

K O M M E N T A R

Dortmunder „Antrag auf Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)“ ist keine Lösung

„Jede Patientin und jeder Patient auf Intensivstationen deutscher Krankenhäuser muss die Sicherheit haben, wenigstens eine definierte Minimalversorgung und -überwachung durch Pflegepersonal zu erhalten.“

Hannover, 13.11.2018

Mit einem „**Antrag auf Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für den Bereich der Intensivmedizin¹ in der kreisfreien Stadt Dortmund**“ haben sich die Geschäftsführungen der fünf Dortmunder Kliniken bzw. Klinik-Gesellschaften

- Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH
- Lukas-Gesellschaft Dortmund – Castrop-Rauxel
- Klinikum Dortmund gGmbH
- Hüttenhospital Dortmund
- St.-Marien Krankenhaus Lünen/Werne

in einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) gewandt. Dieser hatte im Oktober per Verordnung konkrete Untergrenzen für vier sogenannte „pflegesensitive“ Krankenhausbereiche verfügt, die ab 2019 gelten sollen (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, PpUGV). Mit der Verordnung werden Untergrenzen als maximale Anzahl von Patientinnen und Patienten pro „Pflegekraft“² festgelegt. Hierbei wird jeweils zwischen Tag- und Nachtschichten unterschieden. Eine Unterbesetzung von pflegesensitiven Abteilungen im Krankenhaus könne fatale Folgen für Patientinnen und Patienten haben, begründet das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Verordnung auf dessen Website. Hiermit reagiert das Ministerium auf einen wissenschaftlich bestätigten Zusammenhang zwischen pflegerischer Personalbesetzung und Patientensicherheit. Auch die Intensivmedizin gehört zu den vier Bereichen, in denen zum 01.01.2019 Mindestvorgaben für den Pflegepersonaleinsatz festgelegt worden sind. Die Festlegung der Werte erfolgte über den Quartilsansatz. Der Quartilsansatz definiert den Grenzwert der 25 Prozent der Kliniken mit der schlechtesten Personalausstattung. 75 Prozent der betreffenden Kliniken liegen momentan demnach über diesem Wert. **Die fünf Dortmunder Klinikgeschäftsführer machen jetzt öffentlich, dass ihre Pflegepersonalausstattung unter den am schlechtesten besetzten 25 Prozent der Kliniken in Deutschland liegen muss. Nur so ist eine Forderung der Aussetzung der Verordnung zu verstehen. Der DBfK Nordwest begrüßt die mit der Forderung**

¹ In der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) werden Untergrenzen für den Einsatz beruflich Pflegenden im Bereich der „Intensivmedizin“ geregelt. Wir zitieren hier, weisen aber darauf hin, dass es korrekt wäre den Begriff „Intensivpflege“ zu nutzen.

² Eine quotierte „Pflegekraft“ wird in der PpUGV per „Quote in der Quote“ als eine schicht- und fachbereichsabhängige Symbiose aus „Pflegehilfskraft“ und dreijährig ausgebildeter „Pflegefachkraft“ definiert.

einhergehende Transparenz aber wir fordern auch eine Umsetzung gesetzlicher Vorgaben. Das Ersuchen einer politischen Ausnahmeregelung ist keine Lösung, nicht zu akzeptieren und zeigt die Versäumnisse im Personalmanagement der Dortmunder Kliniken auf. Die Forderung zeigt, wie vergleichsweise miserabel die Besetzung mit Pflegepersonal in den betreffenden Dortmunder Kliniken derzeit sein muss. Der Antrag der Dortmunder Kliniken zielt auf die Genehmigung einer „unter-unterdurchschnittlichen Pflegepersonalausstattung“ ab, zu deren Kommentar wir uns gezwungen sehen.

Lesen Sie im Folgenden, wie der DBfK Nordwest die Aussagen des offenen Briefes im Einzelnen kommentiert:

Die fünf Dortmunder Klinikgeschäftsführer machen sich Sorgen, dass die Festlegung von Minimalvorgaben für Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals in der Betreuung von Patientinnen und Patienten auf ihren Intensivstationen „erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung“ habe. Sie sprechen sich zwar für eine „bessere Besetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser“ aus und beschreiben, dass sie mit einem „breiten Angebot von Ausbildungsplätzen“ selber für „entsprechenden Nachwuchs“ sorgen würden. An anderer Stelle des offenen Briefes geben Sie aber an, dass mehr qualifiziertes Intensivpflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar sei:

„(...) Wir würden auch gerne mehr qualifiziertes Intensivpflegepersonal einstellen. Es ist aber auf dem Arbeitsmarkt schlicht nicht verfügbar. (...)“.

Anders formuliert: in der Vergangenheit haben die betreffenden Dortmunder Kliniken es offensichtlich versäumt, selbst ausreichend Pflegepersonal zu qualifizieren bzw. dieses mit attraktiven Arbeitsbedingungen in ihren Häusern zu halten.

Die fünf Geschäftsführer geben zu bedenken, dass die Pflegepersonaluntergrenzen auf einigen ihrer Intensivstationen „überschritten“ und auf anderen auch unterschritten würden. Dies wird mit einem „abgestuften Versorgungskonzept“ begründet:

„(...) Die in Ihrer Verordnung festgesetzten Personaluntergrenzen verordnen allen Intensivstationen denselben Betreuungsschlüssel: 1 : 2,5 tagsüber und 1 : 3,5 nachts. Es gibt aber (gerade in den größeren Kliniken) Intensivstationen mit einem Personalschlüssel, der spürbar höher liegt, und andere, die im Rahmen eines abgestuften Versorgungskonzeptes auch darunter liegen können. (...)“.

Aus Sicht des DBfK Nordwest verkennen die Dortmunder Kliniken, dass die Pflegepersonaluntergrenzen eine Minimalbesetzung, eben eine „Untergrenze“ für die Besetzung mit Pflegepersonal für kranke und überwachungspflichtige Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen festlegen. **Die Besetzung mit Pflegepersonal auf Intensivstationen darf laut PpUGV den Grenzwert der 25 Prozent der Kliniken in Deutschland mit der schlechtesten Personalausstattung (Quartilsansatz) nicht unterschreiten. Die definierten Grenzwerte sind als Instrument der Qualitätssicherung „nach unten“ zu verstehen und stellen keine Vorgabe für die Regelbesetzung dar. Die Vorgaben stellen keine Obergrenze dar, die nicht überschritten werden darf.** Fachverbände befürchten Fehlinterpretationen der PpUGV. Wir haben diese Gefahr politisch mehrfach über den DBfK Bundesverband rückgemeldet. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) merkt in ihrer Stellungnahme zur PpUGV die zwar „sehr gute Absicht“ an, spricht jedoch von einem letztlich formulierten „unerwünschten Minimum“. Im November 2010 veröffentlichte die DIVI eine Strukturempfehlung, die für die pflegerische Versorgung auf Intensivstationen je

Schicht eine bedarfsabhängige Betreuungsquote von mindestens einer Pflegefachperson für je zwei Behandlungsplätze fordert. Eine Differenzierung der Tageszeiten findet durch die Fachgesellschaft keinesfalls statt. Unserer Erfahrung nach und auch laut DIVI existiere für Intensivstationen „keine Evidenz dafür, dass in der Nacht eine geringere Pflegeausstattung als am Tage ausreicht“. Die PpUGV bleibt somit auch acht Jahre später weit hinter den langjährigen Empfehlungen der Fachgesellschaften zurück. Offensichtlich gehören die Dortmunder Kliniken zu den Häusern, die weit davon entfernt sind die auf den Pflegepersonaleinsatz bezogenen Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaft einzuhalten.

Die fünf Dortmunder Klinikchefs kritisieren, dass ihre individuelle Versorgungswirklichkeit nicht beachtet würde:

„(...) Die Versorgungswirklichkeit ist aber in der Verordnung nicht gefragt, sondern der tages- und schichtgenaue Nachweis des Betreuungsschlüssels auf jeder einzelnen Station – völlig unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsaufwand. (...)“.

Liegt der „tatsächliche Versorgungsaufwand“ höher als der auf Basis von Durchschnittswerten kalkulierte Aufwand, so soll und muss zusätzliches Pflegepersonal eingesetzt werden - die PpUGV verbietet dies nicht. Der DBfK Nordwest bezweifelt, dass die pauschale Einhaltung der PpUGV oder gar die Einhaltung der Empfehlungen der DIVI zu mangelnder Auslastung des Pflegepersonals führen werden. Wir sind davon überzeugt, dass zusätzliche Zeitressourcen des Pflegepersonals für eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung dringend notwendig sind.

Bislang liegen drei Viertel der Krankenhäuser Deutschlands über den ab Januar 2019 geltenden Untergrenzen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) stellt auf dessen Website öffentlich fest, dass eine Unterbesetzung mit Pflegepersonal in pflegesensitiven Abteilungen im Krankenhaus fatale Folgen für Patientinnen und Patienten haben könne. Trotz dieser Erkenntnis, macht das BMG den Krankenhäusern das Zugeständnis, den tatsächlichen Einsatz entsprechenden Pflegepersonals nur im Durchschnitt eines Monats nachweisen zu müssen. Die Nicht-Einhaltung der Personaluntergrenzen müsse zudem nur kalkulatorisch ermittelt und die ausgerechnete Anzahl der Schichten pro Monat, in denen die Minimalbesetzung (rein rechnerisch) unterschritten wurde, einmal im Quartal gemeldet werden. **Wenn selbst die kalkulatorische Berechnung der Schichtbesetzungen noch zu einer Unterschreitung der Untergrenzen bei den Dortmunder Kliniken führen würde, ist aus Sicht des DBfK die Frage zu stellen, welchen Risiken derzeit Patientinnen und Patienten sowie beruflich Pflegende dort ausgesetzt sind.**

An anderer Stelle wird in dem Dortmunder Antrag die fehlende Differenzierung nach dem tatsächlichen Behandlungsaufwand beanstandet:

„(...) Das Problem Ihrer Verordnung liegt in der sehr großen Eile der Einführung bei fehlender Differenzierung nach dem tatsächlich benötigten Behandlungsaufwand. Bei der Berechnung des Schlüssels muss unserer Meinung nach zwischen beatmeten und nicht beatmeten Patienten unterschieden werden. Ebenso spielt der Bewußtseinsgrad [sic!] eines Patienten eine Rolle bei der Bedarfsberechnung: Koma oder bei Bewusstsein, orientiert oder desorientiert, mobil oder immobil (...). Wir sind uns mit den Gewerkschaften und anderen Verbänden im Gesundheitswesen einig, dass hier eine differenzierte, aufwandsgerechte Personalbedarfsermittlung erforderlich ist. Die ist nicht bis Januar 2019 machbar, aber in absehbarer Zeit schon. (...)“.

Auch der DBfK kritisiert die fehlende Differenzierung nach tatsächlichem Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten und die fehlende Ermittlung des sich hieraus errechnenden

tatsächlich vorzuhaltenden Pflegepersonals. Der DBfK setzt sich als Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerats (DPR) gemeinsam mit verschiedenen Akteuren für die „(Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern“ ein. Forderungen hiernach wurden bereits in den 70er Jahren gestellt – dies zeigt das historisch gewachsene politische Versagen bei der Gestaltung bedarfsgerechter Arbeitsplätze in der Pflege auf. Anreize des 2004 eingeführten Finanzierungssystems per Diagnosis Related Groups (DRG) haben die bestehende Nicht-Berücksichtigung einer pflegerischen Belastungsgrenze in der Pflege im Krankenhaus verschärft. **Die gesetzlichen Pflegepersonaluntergrenzen sind als absolute Minimalvorgabe leider notwendig, wie der offene Brief der Dortmunder Häuser deutlich macht. Aber: Untergrenzen als Minimalvorgaben oder „Rote Linie“ können nur der erste Schritt sein.** In einem nächsten Schritt muss die flächendeckende Anwendung eines am tatsächlichen Bedarf ausgerichteten Personalbemessungsinstruments, inklusive der Verpflichtung, das entsprechend ermittelte Pflegepersonal auch wirklich vorzuhalten, vorgeschrieben werden.

Ein wesentlicher Kritikpunkt der Dortmunder Kliniken richtet sich gegen die aus ihrer Sicht ungenügenden Ausnahmeregelungen zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in der PpUGV:

„(...) Damit schwanken ab Januar die Intensivkapazitäten der Krankenhäuser mit den akuten Krankheitsverläufen der Pflegenden auf den Stationen. Wird in einer Schicht einer mehr krank als durchschnittlich vorgesehen, müssen zwei bis drei Patienten verlegt werden. Es ist sehr zweifelhaft, dass sich auf diese Weise die Qualität und Sicherheit in der Patientenbehandlung verbessern lässt. (...)“.

Die Darstellung der Dortmunder Kliniken ist hier schlichtweg nicht korrekt, da §8 (2) PpUGV besagt, dass bei „kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen“ oder „bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen“ (z.B. bei Großschadensereignissen) die Minimalvorgaben nicht eingehalten werden müssen. Hier kritisieren wir eine noch zu weiche PpUGV, die offen lässt, wie diese Personalausfälle definiert werden. Wir kritisieren die Dortmunder Kliniken jedoch auch dafür, dass hier weder faktengerecht noch lösungsorientiert argumentiert wird! Wir beobachten leider oft, dass Krankenhäuser noch kein adäquates Personalausfall- und Kompensationskonzept, wie z.B. einen Springerpool für die Intensivpflege oder andere etablierte Ausfallkonzepte vorhalten. **Es ist ein Gewinn der PpUGV, dass solche Missstände jetzt öffentlich diskutiert und behoben werden können. Auf keiner Station darf der kurzfristige krankheitsbedingte Ausfall von Pflegepersonal zu „erheblichen Engpässen“ in der Patientenversorgung führen.** An dieser Stelle soll nochmals das Ziel der Pflegepersonaluntergrenzen für die Intensivmedizin deutlich gemacht werden: **Jede Patientin und jeder Patient auf Intensivstationen deutscher Krankenhäuser muss die Sicherheit haben, wenigstens eine definierte Minimalversorgung und -überwachung durch Pflegepersonal zu erhalten!** Zur Umsetzung dessen bleibt nicht viel Zeit, die Umsetzung wird jedoch auch nur halbherzig forciert. Krankenhäuser haben noch bis Ende März 2019 keinerlei Sanktionen zu befürchten, wenn Sie die Vorgaben nicht einhalten. Dass überhaupt erst Sanktionen notwendig sind, das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer längst empfohlenen Pflegepersonalausstattung zu fordern, bedauern wir sehr.

Die fünf Dortmunder Klinikgeschäftsführer machen in ihrem offenen Brief auf die besonders prekäre Versorgungssituation der Stadt Dortmund aufmerksam. Die Intensivbetten in den vorhandenen Kliniken reichten nicht aus, um die intensivmedizinische Versorgung der Bevölkerung entsprechend sicherzustellen. Es fänden zurzeit Gespräche für eine

Kapazitätserhöhung statt. Durch die PpUGV befürchten die Dortmunder Häuser nun eine weitere Verschlechterung der Situation:

„(...) Statt einer geplanten Erhöhung der Kapazitäten in der Intensivmedizin wird bei allen Krankenhäusern in Dortmund und der Umgebung als Folge der Verordnung eine Reduzierung der Intensivkapazitäten eintreten. Das sicher nicht beabsichtigte Resultat Ihrer Verordnung bedeutet eine absehbare Engpass- und Mangelversorgung in der Intensivmedizin in Dortmund. (...)“.

Die Warnung des Versorgungsengpasses fordern wir politisch ernst zu nehmen, zu prüfen und zeitnah zu handeln. Aufgabe der Krankenhausplanung ist es solche Engpässe zu verhindern. Hierzu ist eine entscheidende Beteiligung der beruflich Pflegenden zwingend notwendig. Ohne Frage muss die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen auch in Zukunft weiterentwickelt und die PpUGV berücksichtigt werden.

Die regionale Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen ist der falsche Weg und ein schlechtes Zeichen. Sie ist keine Lösung. Keiner Patientin und keinem Patienten wird damit geholfen, wenn sie / er in einem Intensivbett liegt, aber das Pflegepersonal politisch legitimiert keine Kapazitäten hat, sie zu überwachen und zu versorgen. Die PpUGV ist nur ein Einstieg in eine längst überfällige Diskussion und weitere Entwicklungen.

Am Ende des offenen Briefes findet sich ein „Hilferuf“. Die Geschäftsführer und Verfasser fordern abschließend die Freisprechung aus einem für sie ethisch wahrgenommenen Dilemma:

„Bringen Sie uns bitte nicht in eine Situation, in der wir nur zwischen unterlassener Hilfeleistung durch Abweisung eines intensivpflichtigen Patienten oder Annahme- und Organisationsverschulden durch die Aufnahme eines Patienten entscheiden müssen, weil die mathematischen Vorgaben Ihrer Verordnung nicht erfüllt sind. (...) Bringen Sie uns nicht in Entscheidungsnotstände! Setzen Sie bitte die Verordnung für die Stadt Dortmund aus!“.

Die formulierte Bitte um eine regionale Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung kommt der Bitte um Freispruch von Verantwortung und des Weiterreichens eines längst bestehenden ethischen Dilemmas gleich. Das Dilemma soll von der kaufmännischen Führungsebene an die beruflich Pflegenden weitergereicht werden bzw. dort offiziell verbleiben. Beruflich Pflegenden sind in deutschen Krankenhäusern täglich mit der Herausforderung konfrontiert auf Grund unlimitierter Maximalbelastung und eigenen endlichen Ressourcen ethisch schwer tragbare Entscheidungen zu treffen. **Die von beruflich Pflegenden erwartete Einteilung unzureichender Ressourcen mündet in das eigenmächtige Streichen von Pausen, Einspringen aus dem Frei, das Weglassen notwendiger Hygiene- und Pflegemaßnahmen.** Nicht selten sind dies Ursachen für den hohen physischen und psychischen Krankenstand der pflegerischen Berufsgruppen und die mangelnde Attraktivität der Pflegeberufe in Deutschland. Wir fordern eine Befreiung der pflegerischen Basis aus dem alltäglichen ethischen Dilemma ihre Leistungen rationieren zu müssen!

Der offene Brief der Dortmunder Klinikgeschäftsführer zeigt eine gesellschaftlich bevorstehende Entscheidung auf: Sollen bestehende knappe Ressourcen im Gesundheitswesen stillschweigend auf Ebene und gesundheitliche Kosten des Pflegepersonals zugeteilt werden oder bekennen sich kaufmännische und politische Führung zu einer ausdrücklichen transparent sichtbaren Einteilung knapper Ressourcen? Die Einhaltung von definierten Personalbelastungsgrenzen wären Mittel eines solchen expliziten Bekenntnisses. Die Pflegedirektion muss bei einem solchen Bekenntnis als TOP-Management in der Geschäftsführung auf Augenhöhe mit

entscheiden dürfen ohne die Versorgungsqualität gefährden zu müssen – leider war dies in der Vergangenheit nur selten der Fall.

Fazit

Primär sind Pflegepersonaluntergrenzen ein Mittel der Qualitätssicherung. Niemand käme auf die Idee zu verlangen, dass ein Pilot zwei Flugzeuge fliegen müsse. In der Pflege wird diese Idee seit vielen Jahren auf Kosten von Pflegepersonal, Versorgungsqualität und Berufsattraktivität täglich gelebt – hiermit muss endlich Schluss sein.

Das Dortmunder Dilemma erfordert in der Tat eine politische Antwort:

- entweder es werden noch mehr Betten auf den Intensivstationen in Dortmund betrieben und die behandelten Patientinnen und Patienten werden von noch weniger Pflegepersonal betreut, oder
- es werden gegebenenfalls weniger Intensivbetten in Dortmund betrieben, die behandelten Patientinnen und Patienten hätten aber die Sicherheit, wenigstens eine definierte Minimalversorgung und -überwachung durch Pflegepersonal zu erhalten.

Statt sich gemeinsam gegen gesetzliche Vorgaben zu richten, erwarten wir als DBfK Nordwest von den Dortmunder Klinikgeschäftsführungen und darüber hinaus, dass Klinikgeschäftsführungen in einen qualitätsbegründeten Wettbewerb um Pflegepersonal treten und Verantwortung übernehmen. Wir erwarten, dass sie kreativ, massiv und langfristig in Pflegepersonal und dessen Aus- und Weiterbildung investieren. Nichts dergleichen wird aus dem offenen Brief und dem resultierenden Status Quo erkennbar. Die Schaffung von Transparenz, pflegerische Versorgungsqualität und die Qualität pflegerischer Arbeitsplätze müssen zukünftig oberste Maxime sein. Verpasste Investitionen in Pflegepersonal müssen nachgeholt werden.

Wir begrüßen die Bekenntnis der Verfasser des offenen Briefes zu einem aktuell nicht tragbaren Status Quo und hoffen auf einen hierauf basierenden Startschuss zielführender Initiativen, die deutlich über das bestehende Maß hinausgehen. Berechtigte Fragestellungen in der Umsetzung müssen politisch durch klare Vorgaben begleitet werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) ist an vielen Stellen zu Recht zu kritisieren. Erkennbar sorgt sie aber für die dringend notwendige öffentliche Debatte um die Notwendigkeit von ausreichend Pflegepersonal für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.

Dieser Kommentar findet sich öffentlich auf unserer Homepage www.dbfk.de im Bereich Nordwest und verlinkt in unseren Sozialen Medien

- [Facebook](#) (Agnes und Karl – DBfK Nordwest e.V.),
- [Twitter](#) (@dbfknordwest) und
- [Instagram](#) (@dbfknordwest).

Quellen

Aktionsbündnis Patientensicherheit, APS; Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften, AWMF; Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, DGP; Deutscher Gewerkschaftsbund, DGB; Deutscher Pflegerat, DPR; Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung, DNVF; Organisationen der Patientenvertretung (BAGP, DAG SHG, BAG Selbsthilfe, SoVD, vdk, ISL, vzbv); Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di (2018): Gemeinsame Forderung der Organisationen: (Weiter-)Entwicklung und verpflichtende Anwendung eines am Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungstools für die Pflege in Krankenhäusern. Online verfügbar unter: https://deutscher-pflegerat.de/aktuelles/Download%20aktuelles/2018-09-17_Gemeinsame_Forderung_final.pdf (13.11.2018).

BGBL, Bundesgesetzblatt (2018): Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV). BGBL 1632, Jg. 2018, Teil I, Nr. 34, Bonn am 10. Oktober 2018. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/KH_PpUGV_BGBL_10.10.2018.pdf (13.11.2018).

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2018): Pflegepersonaluntergrenzen. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html> (13.11.2018).

DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (2018): Patientensicherheit wird auf die lange Bank geschoben. Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2018/2862166281.php> (13.11.2018).

DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Hrsg.) (2010); Jorch, G.; Kluge, S.; König, F. et al.: Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Online verfügbar unter: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin/399-empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion/file> (13.11.2018).

DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2018): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV). Online verfügbar unter: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/stellungnahmen/859-divi-stellungnahme-pflegepersonaluntergrenzen-20181009/file> (13.11.2018).

DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2018): Aktuelle Meldung: DIVI lehnt neue Verordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen entschieden ab. Online verfügbar unter: <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/divi-lehnt-neue-verordnung-zu-pflegepersonaluntergrenzen-entschieden-ab> (13.11.2018).

Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH; Lukas-Gesellschaft Dortmund – Castrop-Rauxel; Klinikum Dortmund gGmbH; Hüttenhospital Dortmund; St.-Marien Krankenhaus Lünen/Werne (2018): Antrag auf Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für den Bereich der Intensivmedizin in der kreisfreien Stadt Dortmund. Online verfügbar unter: <https://www1.wdr.de/nachrichten/ruhrgebiet/dortmunder-kliniken-kritisieren-pflegeverordnung-102.pdf> (13.11.2018).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

Geschäftsstelle | Lister Kirchweg 45 | D-30163 Hannover
Regionalvertretung Nord | Am Hochkamp 14 | D-23611 Bad Schwartau
Regionalvertretung West | Müller-Breslau-Straße 30A | D-45130 Essen
Telefon +49 511 696844-0 | Telefax +49 511 696844-299 | nordwest@dbfk.de
www.dbfk.de

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ist die berufliche Interessenvertretung der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Der DBfK ist deutsches Mitglied im International Council of Nurses (ICN) und Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates (DPR). Mehr Informationen über den Verband und seine internationalen und nationalen Netzwerke finden Sie auf der Homepage www.dbfk.de. Für Interviewwünsche oder weitere Informationen wenden Sie sich bitte per E-Mail an nordwest@dbfk.de oder rufen Sie uns unter 0511 696844-0 an.