**Deutscher Bundestag**
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0259(7)
gel. VB zur öAnhörung am 17.5.
2017_Pflegepersonaluntergrenzen
14.5.2017

**A**rbeitsgemeinschaft der
**W**issenschaftlichen
**M**edizinischen
**F**achgesellschaften e.V.

*Association of the*
*Scientific*
*Medical*
*Societies in Germany*

Berlin, 12.05.2017

**Stellungnahme**
**der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF e.V.) zum Änderungsantrag**
**der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**
**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten BT-Drs. 18/10938**
**Ausschussdrucksache 18(14)249.2 vom 24.04.2017**
**- Ergänzung Artikel 8a und 8b zu Pflegepersonaluntergrenzen-**

Die AWMF wurde am 04.05.2017 zur Anhörung zu oben genanntem Änderungsantrag am 17.05.2017 eingeladen mit der Möglichkeit zur Stellungnahme bis 12.05.2017.
Aufgrund der sehr kurzen Stellungnahmefrist haben wir - stellvertretend für alle betroffenen Fachgesellschaften- die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh), die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) informiert.

Die DGP, die DGAI und die DGIM haben eine eigene Stellungnahme erstellt. Wir bitten, Aspekte, die in unserer Stellungnahme nicht angesprochen sind, entsprechend zu berücksichtigen, dies betrifft insbesondere Ergänzungen zum vorgesehenen Gesetzestext.

Entsprechend der am 17.03.2017 vorgelegten Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“[1] wird in dem oben genannten Änderungsantrag zum einen

1) ein zu ergänzender §137i (Artikel 8a) gefordert, der beinhaltet dass für pflegesensitive Bereiche bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherungen festzulegen sind.

In der Begründung des Antrags wird ausgeführt: „Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Quali-

[1] Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ Berlin, 7. März 2017siehe: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus.html [Zugriff am 11.05.17]

tätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse besonders evident ist."

2) Darüber hinaus wird eine Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes §§ 4, 5, 8 und 9 (Artikel 8b) vorgeschlagen, die sich aus der Finanzierung der Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen, insbesondere durch die Überführung des Pflegestellen-Förderprogramms mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in die Regelversorgung durch Einführung eines „Pflegezuschlags" ergibt.

**Allgemeine Stellungnahme:**

- Unterstützung der Pflegepersonaluntergrenze im Grundsatz

Die AWMF und die nachfolgend genannten Fachgesellschaften (DGP, DGAI, DGCh, DGIM) unterstützen die Einführung einer Pflegepersonaluntergrenze unter Berücksichtigung von Intensiveinheiten und Nachtschichten für alle Stationen als dringend erforderlich. Betreuungsrelationen von bis zu 1:30 nachts sind auf keiner Station vertretbar.
Ebenso werden die im Gesetz vorgesehenen Übergangsregelungen unterstützt und die Maßgabe, dass die Einstellung von Pflegepersonal finanziell nicht zu Lasten anderer Bereiche geht.

- Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Für essentiell wichtig hält die AWMF die im Gesetz vorgesehene wissenschaftliche Ausrichtung der Begründung für konkrete Untergrenzen sowie die vorgesehene Begleitevaluation unter Beteiligung der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.
Es ist zu erwarten, dass nicht für viele Abteilungen bzw. Bereiche eines Krankenhauses aussagekräftige Studien vorliegen. Die AWMF regt an, auch indirekte Evidenz zu berücksichtigen[1].

Eine interdisziplinär abgestimmte Behandlung zwischen allen Gesundheitsberufen im Krankenhaus wird künftig immer wichtiger werden.
Die AMWF hält es für adäquat, in die vorgesehene Ausgestaltung für Pflegepersonaluntergrenzen auch Aspekte der Kapazität für Teamarbeit und Abstimmung mit anderen Leistungserbringern aufzunehmen.

Patientenrelevante Endpunkte sollten gemeinsam festgelegt werden unter Beteiligung von Patienten. Neben „harten" Endpunkten wie Morbidität und Mortalität sind auch Endpunkte zu berücksichtigen, die die Lebensqualität von Patienten betreffen. Weiterhin soll die Evaluation in Zusammenschau mit den 2017 beschlossenen Änderungen der Diagnosis Related Groups in Bezug auf die Kodierung von Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden.
Da ein Zusammenhang zwischen Privatisierung von Krankenhäusern und Personalreduktion gezeigt werden konnte[2], sollte die Evaluation auch diesen Aspekt berücksichtigen, insbesondere, da nicht gezeigt werden konnte, dass privat geführte Krankenhäuser („for-profit" Träger) grundsätzlich effizienter sind als nicht private Krankenhäuser[3].

Schlussendlich sollten die Pflegenden (Einschätzung in Bezug auf ihre Arbeitssituation) sowie ihre Gesundheit selbst Gegenstand der Evaluation sein[4].

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Dr. med. Monika Nothacker
nothacker@awmf.org

Prof. Dr. C. Spies
spies@awmf.org

## Literatur:


**1.** Meyer G. Auswirkungen der Pflegekapazität auf die Versorgungs- und Ergebnisqualität. n.a. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus.html.

**2.** Heimeshoff M, Schreyögg J, Tiemann O. Employment effects of hospital privatization in Germany. Eur J Health Econ. 2014;15(7):747-757.

**3.** Tiemann O, Schreyögg J, Busse R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. Health Policy. 2012;104(2):163-171.

**4.** Schneider D, Winter V, Schreyögg J. Job demands, job resources, and behavior in times of sickness: An analysis across German nursing homes. Health Care Manage Rev. 2017.


## Anlage:

Stellungnahme der DGP,
Stellungnahme der DGAI,
Stellungnahme der DGIM