

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Ärztliche Personalbemessung in Krankenhäusern

Wissenschaftliche Hinweise belegen einen Zusammenhang zwischen der ärztlichen Personalausstattung in Krankenhäusern und der Mortalität und anderen Ergebnisparametern während und nach stationären Aufenthalten (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7910697/>). Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verpflichtet, „eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen“ und Daten zur ärztlichen Besetzung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) zu übermitteln (§ 137m Absatz 1 SGB V).

Ferner wurde das Bundesministerium für Gesundheit durch das KHVVG verpflichtet, „spätestens bis zum 31. März 2025 einen Auftragnehmer im Sinne von § 137k Absatz 2 Satz 1 mit der Erprobung eines in Abstimmung mit der Bundesärztekammer durch das Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern“ zu beauftragen. Im Rahmen der Erprobung sollten insbesondere die folgenden Aspekte untersucht werden:

1. Tauglichkeit des Konzeptes für eine bundesweite Einführung in verschiedenen Typen von Krankenhäusern und in deren unterschiedlichen Abteilungen,
2. Qualität der anhand des Konzeptes erhobenen Daten und ihre bundesweite Vergleichbarkeit,
3. Eignung der anhand des Konzeptes erhobenen Daten zur Einbeziehung als Qualitätskriterium, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsgruppen an Krankenhäuser,
4. Einführungs- und Nutzungsaufwand des Konzeptes für die Krankenhäuser,
5. Möglichkeiten einer digitalisierten und automatisierten Datenerhebung, um den Nutzungsaufwand für die Krankenhäuser zu reduzieren.“

Für die Durchführung der Erprobung sollte der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an zugelassenen Krankenhäusern bestimmen und die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an der Erprobung aktiv zu beteiligen und dem Auftragnehmer eine Reihe von Daten zu übermitteln (§ 137m Absatz 2 SGB V).

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Firma KPMG beauftragt, die oben genannte Erprobung durchzuführen. KPMG hat am 26. November 2025 einen Bericht zu dieser Erprobung vorgelegt (www.bundesgesundheitsministerium.de)

um.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_AEPS-BAEK_20251126_barrierefrei.pdf)

Vor diesem Hintergrund fragen wir die Bundesregierung:

1. Teilt das Bundesministerium für Gesundheit die Ansicht der fragenden Fraktion, dass die Personalbemessung bei Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern ein wichtiges Instrument darstellt, um das Ziel, eine gute Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten und gute Arbeitsbedingungen für das ärztliche Personal zu erreichen und ist daher die Einführung eines Instruments zur ärztlichen Personalbemessung in den Augen der Bundesregierung eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabe?
2. Hat vor der Vergabe des Auftrags zur modellhaften Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen ärztlichen Personalausstattung eine Ausschreibung stattgefunden, und wenn ja, wann erfolgte die Ausschreibung, wie viele Interessenten bewarben sich und aufgrund welcher Vergabekriterien fiel die Auswahl auf die Firma KPMG, und wenn nein, aus welchen Gründen wurde auf eine Ausschreibung verzichtet und nach welchen Kriterien erfolgte die Auswahl zugunsten der Firma KPMG?
3. Welche Leistungsgegenstände wurden vertraglich vereinbart und welche Wünsche hat die Auftraggeberin dem Auftragnehmer noch nebenvertraglich mit auf den Weg gegeben?
4. Wie hoch waren die veranschlagten Kosten für die Auftragsvergabe laut Vertrag und wie hoch waren die tatsächlichen Kosten, die vom Bundesministerium für Gesundheit beglichen wurden und falls eine Differenz zwischen beiden Beträgen besteht, woraus ergibt sich diese Differenz?
5. Warum haben aus der repräsentativen Stichprobe von 72 ausgewählten Krankenhäusern in der zweiten Welle der Untersuchung nur 46 Häuser einen Initialfragebogen und nur 43 einen „ÄPS-BÄK-Bogen“ ausgefüllt haben, obwohl sie laut Gesetz zu einer aktiven Beteiligung verpflichtet waren (§ 137m Absatz 2 SGB V)?
6. War nach Einschätzung des Bundesministeriums die Zahl von 72 Krankenhäusern in der zweiten Welle groß genug, um angesichts der Vielfalt bezüglich Größe, Trägerschaft und Regionalität in der deutschen Krankenhaushauslandschaft eine ausreichend große Stichprobe zu erhalten?
7. Wie beurteilt das Bundesministerium für Gesundheit die Tatsache, dass nur 37 der 72 aufgeführten Krankenhäuser verwertbare Daten geliefert haben und wie schätzt das Bundesministerium diesbezüglich die Repräsentativität der finalen Stichprobe bezüglich Größe, Trägerschaft und Regionalität sowie der teilnehmenden Fachabteilungen ein?
8. Wie schätzt das Bundesministerium die Aussage im Bericht ein, dass sich „im Laufe der Erprobung zeigte [...], dass die Qualität der erhobenen Daten nur als bedingt valide einzuschätzen ist.“ (S. 8 des Berichts, s. o.) und hätte nicht bereits die Erfahrungen aus der Erhebung in der ersten Welle und laufende Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen sowie Nachfragen bei den Krankenhäusern in Kombination mit Unterstützungsangeboten während der zweiten Welle der Erhebung zu besseren Ergebnissen bezüglich der Datenvalidität führen müssen?
9. Welche Schlussfolgerung zieht das Bundesministerium für Gesundheit aus den Feststellungen des Berichts, dass „nach Rückmeldung der Teilnehmenden [...] eine Vielzahl von Zeitangaben innerhalb der ÄPS-BÄK-Systematik auf subjektiven Häufigkeits- oder Zeitaufwandsschätzungen“ beruhen und dass „einheitliche Methodiken zur Zählweise oder Messzeit-

punkte [...] seitens des Instruments nicht vorgegeben“ seien und hält das Bundesministerium hier standardisierte und bessere Erhebungsmethoden zukünftig für erforderlich und wenn ja, welche standardisierten Erhebungsmethoden kämen dafür in Frage?

10. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, dass nach der Ausreißer- und Fehlerbereinigung von ursprünglich insgesamt 137 ÄPS-BÄK-Datensätzen bezogen auf jeweils eine Fachabteilung in einem Krankenhaus nur 78 auswertbare Datensätze übrigblieben und wie beurteilt die Bundesregierung dieses Verhältnis insbesondere im Hinblick auf die Qualität der Studienbetreuung und warum hat keine qualitative Plausibilisierung der eingegebenen Daten stattgefunden?
11. Wie bewertet das BMG den durchschnittlichen Erfüllungsgrad von über 100 Prozent vor dem Hintergrund bekannter Personalengpässe im ärztlichen Bereich und teilt das BMG die Einschätzung, dass der hohe Erfüllungsgrad ein Hinweis auf das Fehlen einer ausreichenden Plausibilisierung der eingegebenen Daten ist?
12. Warum war eine „manuelle Korrektur von technischen System- oder Datenexportfehlern“ (S. 10) nicht Gegenstand des Auftrags von KPMG und hätten solche Korrekturen nicht zu besseren Ergebnissen geführt?
13. Wie beurteilt das Bundesministerium für Gesundheit die hohe Streuung der Ergebnisse bezüglich der Erfüllungsgrade der Personalbemessung (S. 26/27) und die starken Ausreißer nach oben im Hinblick auf Datenplausibilität und -validität?
14. Wann werden die Erhebungsdaten der Bundesärztekammer in anonymisierter Form zugeleitet, um aus den Daten Erkenntnisse ziehen zu können und das ÄPS-BÄK-System zu verbessern und falls dies nicht geschieht, warum?
15. Zu welcher Gesamtbeurteilung kommt das Ministerium bezüglich des Berichts von KPMG und der Studiendurchführung durch KPMG?
16. Wie beurteilt das Ministerium das Instrument ÄPS-BÄK zum jetzigen Zeitpunkt bezüglich der in § 137m Absatz 2 SGB V genannten Kriterien und lässt der Bericht von KPMG in diesem Zusammenhang eine sinnvolle Beurteilung des Instruments nach Ansicht des Ministeriums überhaupt zu oder kommt das Ministerium zu dem Schluss, dass Mängel in der Studiendurchführung eine Beurteilung verunmöglichen?
17. Hält das Ministerium gegebenenfalls eine Wiederholung der Erhebung für erforderlich und welche Änderungen bei der Vertrags- und Auftragsgestaltung wären dabei zu berücksichtigen?
18. Welche weiteren Maßnahmen plant das Ministerium, um das gesetzliche Ziel zu erreichen, „eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen“ (§ 137m SGB V)?
19. Unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit Maßnahmen zur Verbesserung des Systems ÄPS-BÄK, und wenn ja, welche konkreten Maßnahmen beabsichtigt es zu ergreifen, in welchen Bereichen sieht es dabei vorrangigen Weiterentwicklungsbedarf und wie soll die Bundesärztekammer einbezogen werden, und wenn nein, welche alternativen Wege verfolgt das Bundesministerium zur Erreichung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung?
20. Sind dem Ministerium ärztliche Personalbemessungsinstrumente aus anderen Ländern bekannt und wenn ja, welche wurden ggf. zum Vergleich herangezogen und was lässt sich aus diesen Instrumenten lernen?

21. Welche Rolle soll ein Instrument zur ärztlichen Personalbemessung im Rahmen der Krankenhausreform und der Vergabe von Leistungsgruppen spielen?
22. Hat die Bundesregierung die nach § 137n SGB V geforderte Kommission fristgerecht eingerichtet und wie setzt sie sich zusammen, an welchen der in § 137n Absatz 3 genannten Aufgaben hat die Kommission bereits gearbeitet oder arbeitet sie noch?
23. Falls die nach § 137n SGB V geforderte Kommission nicht fristgerecht eingerichtet wurde, wann wird die genannte Kommission eingerichtet und welche Aufgaben soll die Kommission nach den Vorstellungen der Bundesregierung prioritär adressieren?
24. Welche Bedeutung misst das Bundesministerium für Gesundheit dieser Kommission im Hinblick auf die Versorgungsqualität in den deutschen Krankenhäusern bei?

Berlin, den 4. Mai 2026

Katharina Dröge, Britta Habelmann und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.