

Antwort**der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 21/5982 –**

Ärztliche Personalbemessung in Krankenhäusern

Vorbemerkung der Fragesteller

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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)).

Ferner wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 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/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_AEPS-BAEK_20251126_barrierefrei.pdf)

1. Teilt das Bundesministerium für Gesundheit die Ansicht der Fragenden, 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?

Eine ausreichende ärztliche Personalausstattung ist essentiell für die Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten sowie zum Schutz des Personals vor Überlastung. Gemäß § 137m Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind Krankenhäuser daher verpflichtet, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung sicherzustellen. Es liegt in der Verantwortung und Organisationshoheit der Krankenhäuser, diese gesetzliche Verpflichtung zu erfüllen, wobei sie im eigenen Ermessen Maßnahmen zu treffen haben, um der gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen.

2. Hat vor der Vergabe des Auftrags zur modellhaften Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen ärztlichen Personalausstattung eine Ausschreibung stattgefunden, 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?

§ 137m Absatz 2 SGB V sieht eine insgesamt sechsmonatige Erprobung eines ärztlichen Personalbemessungsinstruments in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern durch eine Auftragnehmerin bzw. einen Auftragnehmer vor. Entsprechend der gesetzlichen Vorgabe wurde in Abstimmung mit der Bundesärztekammer (BÄK) das ärztliche Personalbemessungssystem der BÄK (ÄPS-BÄK) als zu erprobendes Konzept festgelegt. Um eine geeignete Auftragnehmerin bzw. Auftragnehmer zur Durchführung der Erprobung zu finden, wurde ein europaweites Vergabeverfahren mit einer Angebotsfrist vom 27. Januar 2025 bis 5. März 2025 durchgeführt. Sechs Angebote wurden fristgerecht eingereicht. Am 17. März 2025 fand eine Vergabesitzung statt. Danach war der Zuschlag an die Firma KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (KPMG) zu erteilen. Bewertungskriterien waren Angebotspreis, wissenschaftliche sowie methodische Qualität des vorgelegten Konzepts sowie dessen Umsetzbarkeit.

3. Welche Leistungsgegenstände wurden vertraglich vereinbart, und welche Wünsche hat die Auftraggeberin dem Auftragnehmer noch nebenvertraglich mit auf den Weg gegeben?

Gegenstand des Forschungsvorhabens war die Erprobung von ÄPS-BÄK in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Die Leistung wurde in der im Rahmen der Ausschreibung veröffentlichten Leistungsbeschreibung abschließend beschrieben.

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?

Entsprechend des gesetzlichen Auftrags wurde KPMG am 4. April 2025 per Zuschlag mit der Erprobung des ärztlichen Personalbemessungssystems ÄPS-BÄK beauftragt. Der Auftragswert betrug 139.900 Euro netto. Aufgrund von vielfältigem Abstimmungs- und Weiterentwicklungsbedarf am Instrument, hat sich die Erprobung um 10 Wochen verlängert. Der hierfür anfallende Mehraufwand betrug 25.900 Euro netto.

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 (Ärztliches Personalbemessungssystem)-Bogen“ ausgefüllt haben, obwohl sie laut Gesetz zu einer aktiven Beteiligung verpflichtet waren (§ 137m Absatz 2 SGB V)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse im Hinblick auf die Gründe für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern vor.

6. War nach Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit die Zahl von 72 Krankenhäusern in der zweiten Welle groß genug, um angesichts der Vielfalt bezüglich Größe, Trägerschaft und Regionalität in der deutschen Krankenhauslandschaft eine ausreichend große Stichprobe zu erhalten?
7. Wie beurteilt das Bundesministerium für Gesundheit die Tatsache, dass nur 37 der 72 aufgeforderten 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 für Gesundheit 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, Vorbemerkung der Fragesteller), und hätten 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?

Die Fragen 6 bis 8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Für die erste Datenerhebung wurde seitens des Auftragnehmers eine Zufallsstichprobe von zehn Krankenhäusern aus dem Krankenhausverzeichnis 2023 ausgewählt. Dabei wurde seitens des Auftragnehmers auf eine Berücksichtigung hinsichtlich relevanter Strukturmerkmale (Trägerschaft, Region, Größe) geachtet. Für die zweite Datenerhebung wurde eine separate, größere Zufallsstichprobe von 72 Krankenhäusern aus der Grundgesamtheit aller Krankenhäuser mit somatischen Fachabteilungen für Kinder und Erwachsene aus dem Krankenhausverzeichnis 2023 gezogen, die mindestens eine ÄPS-BÄK-relevante Fachabteilung auswiesen. Für jedes fachabteilungs-basierte ÄPS-BÄK-Kalkulationsmodell hat der Auftragnehmer mindestens fünf Erprobungshäuser für die Stichprobe vorgesehen. Um die Repräsentativität der Stichprobe im Vergleich zur jeweiligen Grundgesamtheit beurteilen zu können, wurden die drei Haupt-Repräsentativitätskriterien Trägerschaft, Region und Größe definiert. Zusätzlich wurden verschiedene Regionstypen wie Ballungsräume oder ländliche Regionen berücksichtigt. Die Verteilung in den Stichproben sowie die Verteilung der Teilnehmenden und der Grundgesamtheit können Kapitel 4.1 des Abschlussberichts (abrufbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/erprobung-eines-konzeptes-zur-ermittlung-einer-bedarfs-gerechten-aerztlichen-personalausstattung-in-abteilungen-der-somatischen-versorgung-von-erwachsenen-und-kindern) entnommen werden.

Nach der Datenbereinigung lagen insgesamt 78 vollständig ausgefüllte und für die Auswertung geeignete Kalkulationsbögen vor. Die Zusammensetzung der Krankenhäuser, die an der Erprobung teilgenommen haben, weist in weiten Teilen eine gute Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit laut Krankenhausverzeichnis sowie mit der geplanten Stichprobenverteilung auf, vgl. S. 24 f. des Abschlussberichts (a. a. O.). Auffällig ist eine gewisse Überrepräsentation von Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten im Vergleich zur Grundgesamtheit und zur Stichprobe. Dies lässt sich laut KPMG dadurch erklären, dass spezialisierte, für die ÄPS-BÄK-Erprobung relevante Fachabteilungen häufiger in größeren Häusern vertreten sind und diese daher gezielt zur Sicherstellung einer fachlichen Breite in die Erprobung einbezogen wurden.

Alle Datensätze durchliefen ein Korrekturtool, um eine einheitliche Datengrundlage für die Datenauswertung zu schaffen. Neben diesen quantitativen Ergebnissen wurden ebenfalls qualitative Rückmeldungen aus der Praxis in die Erprobung einbezogen, beispielsweise aus Fokusgruppenbefragungen.

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

Der Abschlussbericht hat aufgezeigt, dass die mittels ÄPS-BÄK erhobenen Personalbedarfe auf subjektiven Schätzungen der Krankenhäuser basieren. Einheitliche Methodiken zur Zählweise oder Messzeitpunkte sind im Instrument nicht vorgesehen. Das der Erprobung zugrunde liegende Instrument eignet sich damit nicht für einen verpflichtenden flächendeckenden Einsatz oder hausübergreifenden Vergleich. Krankenhäuser können das Instrument aber hausintern nutzen, um individuelle Personalbedarfe festzustellen.

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?

Die an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser wurden seitens des Auftragnehmers während des gesamten Erprobungszeitraums eng begleitet. Es wurde ein E-Mail-Postfach sowie eine Projekthotline eingerichtet. Während der gesamten Vorbereitungs- und Datenerhebungsphase stand der Auftragnehmer für organisatorische und technische Fragen zur Verfügung. Bei inhaltlichen oder logikbezogenen Fragen zum Tool wurde überdies die BÄK einbezogen. Zusätzlich führte der Auftragnehmer mit Unterstützung der BÄK zwei Webinare durch, in denen organisatorische und zeitliche Abläufe erläutert sowie die Anwendung durch die BÄK demonstriert wurden. Zur Unterstützung bei der Dateneingabe erhielten die Krankenhäuser sowohl das ÄPS-BÄK-Handbuch als auch ein separat von KPMG erstelltes Teilnehmenden-Booklet. Darüber hinaus wurde von KPMG ein Hilfe- und Downloadcenter eingerichtet.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 6 bis 8 verwiesen.

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?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 9 verwiesen.

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?

Bei der Erprobung von ÄPS-BÄK handelt es sich um eine objektive Erprobung, bei der das Instrument auf dem Entwicklungsstand erprobt wurde, in dem es sich zum Zeitpunkt der Erprobung befand. Im Übrigen durchliefen alle Datensätze ein Korrekturtool, um eine einheitliche Datengrundlage für die Datenauswertung zu schaffen, vgl. auch Antwort der Bundesregierung auf die Fragen 6 bis 8.

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 Datenvalidität?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 9 verwiesen.

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 nicht?

Die BÄK wurde von KPMG eng in die Erprobung einbezogen und die Ergebnisse des Abschlussberichts wurden in einem gemeinsamen Gespräch mit BÄK und KPMG erörtert. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) befindet sich in einem kontinuierlichen Austausch mit der BÄK, sodass davon ausgegangen wird, dass der Informationsbedarf gedeckt ist.

15. Zu welcher Gesamtbeurteilung kommt das Bundesministerium für Gesundheit bezüglich des Berichts von KPMG und der Studiendurchführung durch KPMG?
16. Wie beurteilt das Bundesministerium für Gesundheit 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 Bundesministeriums für Gesundheit überhaupt zu, oder kommt das Bundesministerium zu dem Schluss, dass Mängel in der Studiendurchführung eine Beurteilung verunmöglichen?
17. Hält das Bundesministerium für Gesundheit gegebenenfalls eine Wiederholung der Erhebung für erforderlich, und welche Änderungen bei der Vertrags- und Auftragsgestaltung wären dabei zu berücksichtigen?

Die Fragen 15 bis 17 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Durchführung der Erprobung sowie der von KPMG vorgelegte Abschlussbericht sind als qualitativ hochwertig einzustufen. Eine Wiederholung der Erhebung wird als nicht erforderlich erachtet.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung auf Frage 9 verwiesen.

18. Welche weiteren Maßnahmen plant das Bundesministerium für Gesundheit, 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, 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 für Gesundheit zur Erreichung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung?

Die Fragen 18 und 19 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der gesetzlich vorgesehene Auftrag gemäß § 137m Absatz 2 SGB V wurde mit Abschluss der Erprobung erfüllt. Das BMG befindet sich weiterhin in einem kontinuierlichen Austausch mit der BÄK. Im Übrigen liegt es in der Organisationshoheit und Verantwortung der Krankenhäuser, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung im Sinne von § 137m Absatz 1 SGB V sicherzustellen.

20. Sind dem Bundesministerium für Gesundheit ärztliche Personalbemessungsinstrumente aus anderen Ländern bekannt und wenn ja, welche wurden ggf. zum Vergleich herangezogen, und was lässt sich aus diesen Instrumenten lernen?

Ärztliche Personalbemessungsinstrumente aus dem Ausland sind dem BMG nicht näher bekannt.

21. Welche Rolle soll ein Instrument zur ärztlichen Personalbemessung im Rahmen der Krankenhausreform und der Vergabe von Leistungsgruppen spielen?

Die Leistungen der Krankenhäuser werden zukünftig in sogenannte Leistungsgruppen eingeteilt, für welche die in Anlage 1 zu § 135e SGB V festgelegten Mindestanforderungen gelten. Es werden unter anderem explizite Vorgaben an die Qualifikation sowie die Verfügbarkeit der personellen Ausstattung festgelegt. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können einem Krankenhausstandort grundsätzlich nur dann eine bestimmte Leistungsgruppe zuweisen, wenn an diesem Krankenhausstandort die Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllt sind und insbesondere die adäquate technische Ausstattung sowie das fachärztliche und pflegerische Personal für diese Behandlung vorgehalten wird.

Bei der Zuweisung von Leistungsgruppen handelt es sich um eine Ermessensentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Es ist grundsätzlich denkbar, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde auch die Erfüllung der Anforderungen von Personalbedarfsbemessungssystemen für die Ärzteschaft, wie zum Beispiel ÄPS-BÄK, als Auswahlkriterium in ihre Ermessenentscheidung miteinbezieht.

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?

Die Fragen 22 bis 24 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ziel der Regelung des § 137n SGB V ist zu überprüfen, ob die Entwicklung und Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für weitere als die in § 137k SGB V und § 137m SGB V genannten Berufsgruppen, die im Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, notwendig ist. Nach der gesetzlichen Regelung ist es Aufgabe der Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG), im Einvernehmen mit dem BMG eine Kommission einzurichten, die Empfehlungen zur Personalbemessung für diese Gesundheitsberufe erarbeiten soll. Die konkrete Arbeitsweise der Kommission soll nach dem Willen des Gesetzgebers durch die

Selbstverwaltungspartner festgelegt werden (siehe Gesetzesbegründung, Bundestagsdrucksache 20/13407 vom 16. Oktober 2024, Seite 298). Entsprechend des gesetzlichen Auftrags haben die Vertragsparteien dem BMG fristgerecht bis zum 31. Mai 2025 ein Konzept zur Organisation und Arbeitsweise der Kommission samt Geschäftsordnung zur Genehmigung vorgelegt. Danach sollen die gesetzlich vorgesehenen Themenkomplexe sukzessive bearbeitet werden und zunächst eine Fokussierung auf die Gesundheitsberufe der Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Hebammen vorgenommen werden. Das BMG hat das Konzept und die Geschäftsordnung mit Schreiben vom 10. September 2025 genehmigt. Die abschließende Entscheidung über die Berufung der Mitglieder der Kommission steht noch aus.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.