

- Stellungnahme -

## **Referentenentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)**

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) vom 03. November 2025.

Der DBfK unterstützt die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Eine der zentralen Begründungen für die Krankenhausreform ist die Sicherstellung der Versorgungsqualität für die Bevölkerung. Um dies zu erreichen, darf nicht ignoriert werden, dass die größte Berufsgruppe in der Patientenversorgung – die Pflege – auch in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen berücksichtigt werden muss. Andernfalls wird der Gesetzesentwurf dieses Ziel für die Pflegeberufe nicht erreichen, sondern im Gegenteil die pflegerische Versorgung weiter verschlechtern.

Mit der Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Struktur- und Prozessvoraussetzung aus den Leistungsgruppen entfällt der bislang einzige Hinweis auf pflegerische Qualitätsmerkmale. Statt einer Streichung ist es notwendig, eine erweiterte und bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung als Strukturmerkmal zu verankern. Die PpUG markieren als Strukturqualitätsmerkmal eine rote Linie, die nicht unterschritten werden darf und sollten durch einen Indikator für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung ergänzt werden. Der DBfK schlägt deshalb vor, die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) mit einem verbindlichen Erfüllungsgrad in den Leistungsgruppen zu verankern. Die PPBV ist – anders als die PpUG – als bedarfsgerechtes Instrument ausgestaltet und hat den Vorteil, fachbereichsunabhängig erfasst werden zu können. Sie kann daher in nahezu allen Leistungsgruppen angewendet werden (mit Ausnahme der Leistungsgruppe Intensivmedizin und ggf. der Leistungsgruppe Stroke Unit). Die Weiterentwicklung der PPBV im Rahmen des Projekts WiWePP trägt zudem dem Ziel der Entbürokratisierung Rechnung, da die PPBV zukünftig aus der pflegefachlichen Regeldokumentation leicht digital abgeleitet werden kann und bereits als zentrales Instrument einer bedarfsgerechten Personalausstattung etabliert ist. Als Mindeststrukturmerkmal spricht sich der DBfK für einen Erfüllungsgrad der PPBV von mindestens 80 % aus, der sukzessive auf 100 % gesteigert werden muss.

Darüber hinaus wird in Krankenhäusern aller Versorgungsstufen eine Quote von 30 % akademisch qualifizierten Pflegepersonals als Strukturmerkmal benötigt, um komplexe Fälle mit hoher Qualität zu versorgen und – insbesondere für Level III – den pflegewissenschaftlichen Forschungsauftrag erfüllen zu können. Als erster Schritt fordert der DBfK eine realistische Quote von 2 % akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in den Leistungsgruppen zu etablieren.

Zukünftig müssen neben Strukturkriterien auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren berücksichtigt werden. Dazu sind Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft erforderlich, um entsprechende wissenschaftliche Grundlagen zu schaffen und die Disziplinbildung voranzutreiben.

Der DBfK schlägt deshalb folgenden Fahrplan als mehrstufiges Verfahren für eine Verankerung von Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen vor:

### **1. Die Pflegepersonalgrenzen in den Leistungsgruppen beibehalten**

Die PpUG müssen weiterhin als Struktur- und Prozessvoraussetzung in den Leistungsgruppen beibehalten werden – wie bereits im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geregelt. Dies setzt die Linie

der Krankenhausreform in NRW konsequent fort, da dort die PpUG ebenfalls enthalten sind. Damit bleibt in einigen Leistungsgruppen eine Mindestvoraussetzung erhalten und pflegerische Versorgung ist überhaupt als Qualitätsindikator erfasst.

## **2. Die PPBV als Strukturqualitätsmerkmal etablieren**

Die bedarfsgerechte Personalausstattung muss als Strukturqualitätsmerkmal abgebildet werden. Die PPBV ist hierfür das geeignete Instrument und kann in nahezu allen Leistungsgruppen eingesetzt werden (außer Intensivmedizin und ggf. Stroke Unit). Voraussetzungen dazu sind:

- Einbezug der Weiterentwicklungen aus dem WiWePP-Projekt in die PPBV.
- Festlegung eines verbindlichen Erfüllungsgrad: zunächst mindestens 80 %, mit sukzessiver Steigerung auf 100 %.
- Ergänzung um ein Instrument für Erwachsenen-Intensivstationen (INPULS), um auch hier pflegerische Strukturqualität abzubilden.
- Im Sinne der Bürokratieentlastung kann perspektivisch die PpUG vollständig durch die PPBV abgelöst werden, sobald die PPBV mit mindestens 80 % Verbindlichkeit gesetzlich vorgeschrieben ist.

## **3. Pflegefachliche Qualifikationen aufnehmen**

Qualitätskriterien müssen neben der Personalausstattung auch den notwendigen Qualifikationsmix berücksichtigen. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen pflegerischer Personalausstattung und Patient:innen-Outcomes (Komplikationen, Mortalität).

Ein Ansatzpunkt ist die Aufnahme pflegerischer Spezialisierungen in einzelnen Leistungsgruppen, z. B. Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Palliative Care in „57 Palliativmedizin“ oder Advanced Practice Nurses (APN) in Pädiatrie, Geriatrie oder Neurologie. Der Einsatz von APN erhöht nachweislich Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit. Zudem stellen APN einen attraktiven Karriereweg dar und tragen zur Fachkräftebindung bei.

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Regelung einer Akademisierungsquote in den Leistungsgruppen. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % in den Leistungsgruppen geregelt werden. Eine Akademisierungsquote trägt auch zu dem Ziel bei, mittelfristig eine Akademisierungsquote von mindestens 20 % zu erreichen, um die Versorgung von Patient:innen erkennbar zu verbessern (Empfehlung des Wissenschaftsrats, 2023).

## **4. Einführung von Prozessqualitätsindikatoren**

In einem weiteren Schritt müssen Prozessqualitätsindikatoren eingeführt werden. Im Mittelpunkt muss dabei stehen, dass Pflege entsprechend der vorbehaltenen Tätigkeiten nach §4 PfIBG durchgeführt wird. Das bedeutet, dass eine Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs erfolgen muss; die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses stattfinden muss; die Pflege geplant wird; sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege organisiert sein muss. Die Durchführung der Pflege nach dem Pflegeprozess muss organisiert sein und nachgewiesen werden. Ein weiterer Bestandteil der Prozessqualität kann die gleichberechtigte Einbindung der Pflege in interdisziplinäre Prozesse wie einem Tumorboard oder die federführende Verantwortung der Pflege in einem interdisziplinären Entlassungsprozess im Sinne eines Case- und Care-Managements sein.

## **5. Ergebnisqualität betrachten**

Schlussendlich muss auch die Ergebnisqualität (Outcome-Parameter) betrachtet werden. Dabei sollten nicht nur negative Parameter (z.B. Stürze, Dekubiti), sondern vor allem positive Parameter im Fokus stehen, etwa PREMs (Patient-Reported Experience Measures) und PROMs (Patient-Reported Outcome Measures). Um diese Outcome-Parameter wissenschaftlich und evidenzbasiert zu erfassen, braucht es als Voraussetzung Forschungsförderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern.

## **Bundes-Klinik-Atlas anpassen**

Als Änderung im Bundes-Klinik-Atlas fordert der DBfK erneut die pflegerische Personalausstattung mit maßgeblichen Indikatoren abzubilden. Der aktuell im Bundes-Klinik-Atlas angezeigte Pflegepersonal-Quotient gemäß §137j SGB V hält der DBfK weiterhin für vollkommen ungeeignet zur Darstellung der pflegerischen Personalausstattung. Die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) zeigt an, in wie vielen Schichten selbst die unterste rote Linie einer Personalbesetzung nicht gegeben war und perspektivisch stehen die Daten der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) zur Verfügung, die an einer bedarfsgerechten Personalausstattung orientiert ist. Diese beiden Indikatoren sind im Bundes-Klinik-Atlas aufzunehmen.

## **Medizinisch-pflegerische Leistungserbringung regeln**

Zudem regt der DBfK an, den mit den ersten Entwürfen eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) geplanten § 115h SGB V wieder aufzunehmen. Die rechtliche Grundlage für eine medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen hat sich durch die neuen Regelungen aus dem Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungs-Gesetz (BEEP) grundlegend geändert. Insofern ist es dringend angezeigt eine medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen explizit zu regeln, die den neuen § 112a SGB V „Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung“ als Grundlage der eigenverantwortlichen Leistungserbringung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nimmt.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

## **Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:**

### **Artikel 1**

#### **Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **Zu Nr. 3 Änderung § 135d**

In § 135d Absatz 3, Satz 2, Nr. 3 muss die personelle Ausstattung der Pflege präzisiert werden:

- 3. die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang; **für das Pflegepersonal wird der Leistungsumfang durch die Pflegepersonalbemessungs-Verordnung gemäß § 137k, Absatz 4 und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung gemäß § 137i, Absatz 1 abgebildet,**

#### **Begründung:**

Im aktuellen Bundes-Klinik-Atlas wird der Pflegepersonalquotient nach § 137j als Merkmal der pflegerischen Strukturqualität ausgewiesen. Der DBfK lehnt dieses vehement ab, denn der Pflegepersonalquotient baut auf der falschen Annahme auf, der Pflegeerlös-/Pflegelastkatalog (bzw. „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“) bilde den Pflegeaufwand ab. Der Pflegeerlös-/Pflegelastkatalog bildet nicht den Pflegeaufwand ab, sondern lediglich den in die DRG-Kalkulation eingegangenen Kostenanteil für die Pflegepersonalkosten. Damit gibt der Pflegepersonalquotient keinerlei Auskunft über das Verhältnis zwischen angefallenem Pflegeaufwand und tatsächlicher Personalausstattung.

Um Transparenz über die Strukturqualität der pflegerischen Versorgung herzustellen, ist es sinnvoll, die weiteren erfassten Personalbemessungssysteme zu veröffentlichen, und zwar pro Station bzw. Abteilung eines jeden Krankenhausstandortes. Die systematische und leicht zu vergleichende Veröffentlichung der PpUG nach § 137i ist bisher nicht erfolgt und auch für die PPBV nach § 137k ist noch keine Transparenz hergestellt. Diese beiden Verordnungen sollten als aus pflegefachlicher Sicht sinnvollsten Parametern, die Grundlage für die Transparenz über die pflegerische Personalausstattung im Krankenhaus bilden.

##### **Zu Nr. 4 Änderung § 135e**

Im § 135e Absatz 3 ist die Tätigkeit des Leistungsgruppenausschusses geregelt. Der Gesetzgeber hat klarzustellen, dass ein Auftrag im Leistungsgruppenausschuss ist, Qualitätskriterien für die pflegerische Versorgung im Krankenhaus festzulegen. Formulierungsvorschlag zur Ergänzung:

- Der Leistungsgruppenausschuss ist angehalten für die pflegerische Personalausstattung sowie sonstiger pflegerischer Struktur und Prozessvoraussetzungen bis zum 31.12.2026 Vorschläge zu erarbeiten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Empfehlungen nach Prüfung in einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 zu erlassen.

#### **Begründung:**

Der Leistungsgruppenausschuss ist das Gremium, welches unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Pflege die Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung erarbeitet. Aktuell sind keine pflegerischen Mindestanforderungen definiert. Das ist für die größte Berufsgruppe in der Krankenhausversorgung und mit Verweis auf eine nationale und internationale Studienlage zum Zusammenhang von Personalausstattung und Versorgungsqualität nicht hinnehmbar. Der Gesetzgeber muss dem Leistungsgruppenausschuss deshalb damit explizit beauftragen die pflegerische Qualität zu betrachten und geeignete Mindestanforderungen zu definieren. Damit bekennt sich der Gesetzgeber ausdrücklich für eine Anerkennung der Pflege als wichtige Berufsgruppe für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung.

Der DBfK schlägt als erstes die Etablierung einer bedarfsgerechten pflegerischen Personalausstattung als Strukturqualitätsmerkmal vor. Dafür ist die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) mit einem verbindlichen Erfüllungsgrad in den Leistungsgruppen zu verankern. Die PPBV ist anders als die PpUG als bedarfsgerechtes Instrument angelegt und hat den Vorteil, dass sie fachbereichsunabhängig erfasst wird und daher in nahezu jeder Leistungsgruppe anwendbar ist (außer in der Leistungsgruppe Intensivmedizin und ggf. in der Leistungsgruppe Stroke Unit). Die Weiterentwicklung der PPBV, wie sie derzeit im Rahmen des Projekts WiWePP erfolgt, trägt auch dem Ziel der Entbürokratisierung Rechnung, da sie aus der pflegefachlichen Regeldokumentation leicht digital ausleitbar sein wird und als zentrales Instrument einer bedarfsgerechten pflegerischen Personalausstattung bereits fest etabliert ist. Als Mindeststrukturmerkmal der pflegerischen Personalausstattung spricht sich der DBfK zu Beginn für einen Erfüllungsgrad von 80 % der PPBV aus. Anpassungen bis zu einem Erfüllungsgrad von 100 % müssen sukzessive erfolgen.

Außerdem wird in Krankenhäusern aller Level zukünftig eine Quote von 30 % für akademisch qualifiziertes Pflegepersonal als Strukturmerkmal benötigt, um einerseits die komplexen Fälle mit hoher Pflegequalität zu versorgen und um dem speziell für Level III obligatorischen Forschungsauftrag entsprechen zu können. Als erster Startpunkt kann eine realistische Quote von 2 % in den Leistungsgruppen geregelt werden.

Zukünftig müssen aber auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren betrachtet werden. Dazu braucht es Forschungsforderungen für die Pflegewissenschaft, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften zu fördern. Darauf aufbauend kann der Leistungsgruppenausschuss weitere Qualitätsmerkmale identifizieren.

#### **Zu Anlage 1: Leistungsgruppen und Qualitätskriterien**

Die PpUG müssen weiterhin als Struktur- und Prozessvoraussetzung in den Leistungsgruppen beibehalten werden – wie bereits im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG) geregelt. Dies setzt die Linie der Krankenhausreform in NRW konsequent fort, da dort die PpUG ebenfalls enthalten sind. Änderungsvorschlag:

- Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen, wie im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2024 Teil I Nr. 400, ausgegeben zu Bonn am 11. Dezember 2024.

#### **Begründung:**

Durch die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzung aus den Leistungsgruppen wird der einzige Verweis auf pflegerische Strukturmerkmale in den Leistungsgruppen entfernt. Sinnvoll ist es keine Streichung der PpUG vorzunehmen, sondern eine erweiterte und bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung als

Strukturmerkmal zu verankern (siehe zu Nr. 4 Änderung § 135e). Trotzdem ist eine Beibehaltung der sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen wie im KHVVG geregelt, weiterhin geboten.

### Weitere Änderungsvorschläge:

Die Regelung aus dem Referentenentwurf des KHVVG §115h „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“ ist im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wegfallen und muss wieder eingefügt werden.

- **§115h des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 13. März 2024 wieder einfügen und aktualisieren.**
- **Die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung sind explizit durch eine Rekonvaleszenzbehandlung und einer Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung gemäß §112a zu ergänzen.**
- **Die Berufsorganisationen der Pflege sind bei den Vereinbarungen für eine Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung einzubeziehen.**

### Begründung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben aus Sicht des DBfK das Potenzial, der bestehenden Fehlversorgung etwas entgegenzusetzen. Zum einen bieten sie einen Lösungsansatz, stationäre Übersorgung abzubauen und bedarfsgerechter auf die Versorgungsanforderungen zu reagieren. Außerdem können sie eine Versorgungslücke schließen, die im sektorenübergreifenden Bereich besteht. Die sektorenübergreifenden Versorger können außerdem mit Rekonvaleszenzbetten eine wohnortnahe Anschlussversorgung gewährleisten, wenn Patient:innen aufgrund komplexer Behandlungen zunächst in weiter entfernten und spezialisierten Krankenhäusern behandelt wurden und vor der Entlassung nach Hause noch eine stationäre Versorgung benötigen. Die meisten Patient:innen in diesem Versorgungssetting werden vor allem Pflege benötigen, ansonsten käme in der Regel eine rein ambulante medizinische Versorgung in Betracht. Dies ist vor allem für ältere, multimorbide Patient:innen sinnvoll.

Die rechtliche Grundlage für eine medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen hat sich durch die neuen Regelungen aus dem Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungs-Gesetz (BEEP) grundlegend geändert. Insofern ist es dringend angezeigt eine medizinisch-pflegerische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen explizit zu regeln, die den neuen § 112a SGB V „Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung“ als Grundlage der eigenverantwortlichen Leistungserbringung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nimmt.

Eine medizinisch-pflegerische Versorgung unter pflegerischer Heilkundeausübung in Krankenhäuser ist eine innovative Neuerung und muss daher auch explizit in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden. Besonderes Augenmerk muss neben einer Erbringung von Leistungen nach § 112a, auch auf die Rekonvaleszenzbehandlung gelegt werden. Die Kompetenzen der Pflegefachpersonen können dort gut zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung eingesetzt werden. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden damit gestärkt und eine Lücke in der Versorgungslandschaft kann damit gefüllt werden.

Die genauen Vereinbarungen zur medizinisch-pflegerischen Versorgung können nicht ohne pflegefachliche Expertise erfolgen. Deshalb ist es notwendig die Berufsorganisationen der Pflege bei Aushandlungsprozessen einzubeziehen.

Berlin, 15.12.2025

**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.**  
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de) | [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)