

Positionspapier des VPU e.V.:

Weiterentwicklung pflegebezogener Struktur- und Qualifikationsvorgaben in G-BA-Richtlinien

Grundsätzliche Einordnung mit Fokus auf Entbürokratisierung bei gleichbleibender Versorgungsqualität

Die G-BA-Richtlinien leisten einen wichtigen Beitrag zur verbindlichen Absicherung von Patientensicherheit, Strukturqualität und einheitlichen Mindeststandards in der Versorgung. Zugleich stellt sich bei ihrer Weiterentwicklung die übergeordnete Frage, wie diese Ziele künftig mit möglichst geringem bürokratischem Aufwand, größerer Einheitlichkeit und einer stärker evidenzbasierten Ausgestaltung erreicht werden können.

Universitätsklinika sind hiervon in besonderem Maße berührt. Als Einrichtungen der Spitzenmedizin- und pflege erbringen sie überdurchschnittlich häufig komplexe, seltene und besonders aufwendige Leistungen sowie Leistungen in spezialisierten Zentren. Insbesondere für diese Versorgungsbereiche enthalten G-BA-Richtlinien regelmäßig spezifische Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, an personelle Vorhaltungen, Mindestmengen, Fachqualifikationen, Dokumentation und Nachweisführung. Bereits heute haben Universitätsklinika daher eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgaben aus verschiedenen Richtlinien zu erfüllen und nachzuweisen. Weitere oder immer detailliertere Anforderungen führen jedoch nicht automatisch zu einer höheren Versorgungsqualität. Entscheidend ist vielmehr, ob die jeweiligen Vorgaben fachlich und evidenzbasiert begründet sind, ob sie tatsächlich zur Patientensicherheit und Versorgungsqualität beitragen und ob sie in ihrer konkreten Ausgestaltung angemessen, praktikabel und verhältnismäßig sind.

Vor diesem Hintergrund sollte der Schwerpunkt bei der Überarbeitung der G-BA-Richtlinien nicht auf zusätzlichen Nachweis-, Prüf- oder Dokumentationspflichten liegen. Im Mittelpunkt sollte vielmehr stehen, bestehende Anforderungen zu reduzieren, zu vereinheitlichen und sachgerecht weiterzuentwickeln. **Ziel sollte eine konsistente, evidenzbasierte und möglichst bürokratiearme Systematik sein, die Versorgungsqualität absichert, ohne personelle und administrative Ressourcen unnötig zu binden.** Dies betrifft insbesondere die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene ([QFR-RL](#)), die Richtlinie zur Kinderonkologie ([KiOn-RL](#)), die Richtlinie zur Kinderherzchirurgie ([KiHe-RL](#)), die ATMP-QS-RL mit ihren diversen Anlagen, die PPP-RL, die QBAA-RL, die MHI-RL, die QSFFx-RL sowie die Regelungen zu den Notfallstrukturen. Diese Regelwerke verfolgen jeweils legitime qualitätssichernde Ziele. Aus übergeordneter Perspektive sollte jedoch geprüft werden, ob ihre Anforderungen untereinander hinreichend abgestimmt sind, ob vergleichbare Sachverhalte vergleichbar geregelt werden und ob Nachweis- und Dokumentationspflichten dort gebündelt, vereinfacht oder reduziert werden können, wo sie keinen eigenständigen Mehrwert für die Versorgungsqualität erzeugen (Blum et al., 2025).

Diese Anforderungen treffen auf eine Versorgungssituation, die bereits heute bekanntlich durch einen anhaltenden Fachpersonenbedarf geprägt ist. Laut OECD/Europäische Kommission besteht in Europa ein erheblicher Mangel an Gesundheitsfachpersonen. Engpässe betreffen somit ausdrücklich auch die Profession Pflege und verschärfen sich besonders in intensivmedizinischen und pädiatrischen Settings. (OECD, 2024). Für die Bewertung der G-BA-Richtlinien bedeutet das: Was vorrangig als qualitätssichernde Mindestvorgabe gedacht war, führt in der Praxis vor allem zu einem erheblichen Umsetzung- und Bindungsaufwand. Das gilt insbesondere dort, wo historische Berufsbezeichnungen, starre Quoten oder enge Anerkennungsregeln mit heutigen Ausbildungswegen, akademischen Pflegeprofilen, internationalen Rekrutierungsstrategien und den tatsächlichen Bedingungen des Versorgungsalltags nicht mehr vollständig zusammenpassen. Zudem zeigt sich, dass die unterschiedlichen Richtlinien in ihren

aktuellen Fassungen teilweise nicht hinreichend aufeinander abgestimmt sind. So unterscheiden sich Stichtage von Anrechenbarkeiten in der QFR-RL, KiOn-RL und KiHe-RL voneinander oder auch die Quoten von anrechenbarem Personal variieren je nach Richtlinie zwischen 15 % und 20 % (Maximum an zulässigen Gesundheits- und Krankenpflegenden (GKP); KiOn-RL und QFR-RL vs. KiHe-RL). Sie erzeugen durch kleinschrittige Dokumentationsansprüche und Schichterfüllungstabellen sowie die Vorgabe von unverzüglichen Meldungen hohe, vermeidbare bürokratische Aufwände für die Klinika und bilden dabei die tatsächliche Arbeitsrealität der Einrichtungen sowie die erschwerten Bedingungen der Personalgewinnung und -planung nicht ausreichend ab. Universitätsklinika benötigen daher Anpassungen in diesen Richtlinien, die einerseits höchste Qualitätsanforderungen sichern, zugleich aber die Realität hochspezialisierter Versorgung, moderner Qualifikationswege und stetig knapper werdender Personalressourcen angemessen berücksichtigen.

Dokumentations- und Nachweislast auf das notwendige Maß begrenzen

Die gegenwärtigen Nachweisverfahren sind in vielen Richtlinien starr und hochgradig formalisiert. Meldungen geschehen in der Regel über zu befüllende PDF-Formulare. Konformitäten müssen beispielsweise bei der QFR-RL auch von mehreren leitenden Personen unterschrieben und im Anschluss postalisch übermittelt werden, die Zeitfenster sind knapp bemessen. Dies ist aus Sicht der Qualitätssicherung nachvollziehbar, bindet jedoch in erheblichem Umfang qualifiziertes Personal für administrative Tätigkeiten statt für die unmittelbare Patientenversorgung. Gerade im Pflegedienst wirkt sich dies in Bereichen mit ohnehin knapper Personaldecke besonders nachteilig aus. Aufwendige Schichterfüllungsdokumentationen sind dabei für sich allein kein geeigneter Maßstab für die tatsächliche Versorgungsqualität (Roll et al, 2025). Diese sollte stärker über Patientenoutcomes und weniger über das Einhalten von reinen Strukturvorgaben erfasst werden (Roll et al., 2025; IQTIG, 2025). Statt einer täglichen Schichtdokumentation eignen sich beispielsweise nachgewiesene Überwachungen und Monitorings, SOPs zur Versorgung sowie patientenorientierte Qualitätsindikatoren wie etwa das Verlegungsgeschehen oder Versterben innerhalb der ersten fünf Lebenstage; in der Neonatologie darf hierzu auf das Verfahren 13 der [Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung](#) verwiesen werden (QS Perinatalmedizin). Zudem existieren mit der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, der Pflegepersonalbemessungsverordnung, der Datei Pflegepersonal im §21-Datensatz, in Tarifverträgen mit Personalvorgaben sowie der Erfassung im Rahmen des Pflegebudgets bereits mehrere Personalerfassungs- bzw. Vorgabeinstrumente für das Pflegepersonal (Bundesministerium für Gesundheit, 2025; Bundesministerium für Gesundheit, 2024; Gesetze im Internet; InEK, 2026).

Neben der Reduktion einzelner Nachweispflichten braucht es auch eine stärkere Vereinheitlichung der Richtlinien untereinander. Unterschiedliche Systematiken, Begrifflichkeiten, Nachweislogiken, Dokumentationspflichten, die zusätzlich zur eigentlichen pflegerischen Dokumentation bestehen, sowie Fristregime mit teilweise unverzüglichen Meldevorgaben erzeugen insbesondere in Mehrschichtsystemen vermeidbare Bürokratie, erschweren die Umsetzung von Vorgaben in der gelebten Praxis und binden personelle Ressourcen, ohne einen entsprechenden Mehrwert für die Versorgungsqualität zu schaffen. Interdisziplinäre Stationen und Stationen mit gemischten Versorgungsstufen (ICU, IMC) werden in keiner der Richtlinien adäquat berücksichtigt.

Auch die Dokumentation von Detailvorgaben und deren zum Teil unverzüglich zu erfüllenden Meldefristen sind darauf hin zu überprüfen, ob sie für die Versorgungsqualität tatsächlich erforderlich sind. Dies betrifft insbesondere Vorgaben ohne erkennbaren qualitätsrelevanten Zusatznutzen, etwa die Dokumentation des Zugangswegs oder des Klappentyps, oder die Dokumentation von Personallisten und Schichterfüllungen auf Basis der in den Anhängen der Richtlinie angebotenen Musterformulare, obwohl diese Personalvorgaben gemäß den Richtlinien gar nicht (mehr) gefordert werden (ATMP-QS-RL,

Anlage I, gefordert sind inzwischen mindestens 2 Überwachungen pro Schicht und kein Betreuungsschlüssel von 1:4).

Weiterhin sollte, sofern Schichterfüllungsquoten beibehalten werden, in Hinblick auf die Kenntnis um den Fachpersonenbedarf auf eine weitere Erhöhung bestehender Quoten verzichtet werden. Klar geregelte, einheitliche und pragmatisch zu dokumentierende Ausnahmetatbestände sind vorzusehen, da ad hoc auftretende Ausfälle oder ein erhöhtes Patientenaufkommen in der Versorgungspraxis nicht immer vollständig kompensiert werden können. Erfüllungsquoten dürfen nicht als starre 100%-Vorgaben verstanden werden, sondern müssen realitätsgerecht, verhältnismäßig und versorgungssicher ausgestaltet werden. Auch in Einzelfallprüfungen ist deshalb mehr Spielraum erforderlich.

Forderungen:

- Nachweis- und Dokumentationsverfahren müssen verschlankt, digitalisiert und auf evidenzbasierte, qualitätsrelevante Kernindikatoren konzentriert werden. Hierbei ist auf die Studie von Roll et al. zur QFR-RL zu verweisen, die zeigt, dass die dortigen Vorgaben zum Pflegepersonal nicht mit einem verbesserten Outcome verbunden waren.
- Doppel- und Mehrfachnachweise in unterschiedlichen Richtlinien bzw. Prüfsystemen sind zu vermeiden.
- Unverzügliche Meldefristen sollten zugunsten praktikabler quartalsweiser, halbjährlicher oder jährlicher Nachweiszeiträume entfallen.
- Schichterfüllungsquoten ersetzen durch Fachweiterbildungsquote, SOPs zur Versorgung, Outcome-Orientierte Indikatoren (Roll et al., 2025) und den Verweis auf PPBV und PpUGV (wo gültig). 100%-Quoten-Vorgaben vermeiden, da dies in einem Mangelberuf unrealistisch ist.
- Zugleich sind die pflegebezogenen Anforderungen, Nachweissystematiken und Begriffsbestimmungen der einzelnen Richtlinien stärker zu vereinheitlichen.

Personelle Mindestvorgaben realitätsgerecht und kompetenzorientiert ausgestalten

Personelle Mindestvorgaben sollten realitätsgerecht und am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert ausgestaltet werden. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt konsistent, dass eine bessere Ausstattung mit qualifizierten Pflegefachpersonen mit besseren Patientenergebnissen verbunden ist; besonders belastbar ist der Zusammenhang mit einer niedrigeren Mortalität (Zaranko et al., 2022). Daraus folgt aber nicht, dass starre, formalistische Quoten und Vorgaben unabhängig von der Experteneinschätzung vor Ort oder vom regionalen Arbeitsmarkt, der Schichtbesetzung insgesamt, dem Qualifikationsmix und dem realen Versorgungsbedarf immer das beste Steuerungsinstrument sind.

Deutlich hervorzuheben ist, dass alle examinierten Pflegefachpersonen über eine Berufserlaubnis verfügen – dies gilt für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende sowie für Gesundheits- und Krankenpflegende. Eine künstliche Aufschlüsselung des examinierten Pflegefachpersonals zur unterschiedlichen Anrechenbarkeit von Personen mit einer gültigen Berufserlaubnis, wie sie derzeit durch QFR-RL, KiOn-RL, KiHe-RL und die ATMP-QS-RL gefordert ist, führt zu hohen bürokratischen Aufwänden und zu einem zusätzlichen Nadelöhr in einem bekannten Mangelberuf mit einer steigenden Anzahl an nicht im Rahmen der Richtlinien anrechenbaren Personen. Mindestens dreijährig ausgebildete und examinierte Pflegefachpersonen mit einer gültigen Berufserlaubnis sollten daher unabhängig von ihrem Vertiefungsansatz grundsätzlich auch in den Geltungsbereichen der genannten Richtlinien anrechenbar sein können. Eine künstliche Aufschlüsselung sollte zukünftig daher unbedingt unterbleiben.

Denkbar wäre ergänzend dazu eine Schwelle, wonach der Anteil von Personen ohne geeignete praktische Nachqualifizierung, beispielsweise bei pädiatrischer Nachqualifizierung, 30 % des Pflegedienstes nicht überschreiten darf. Anforderungen wie das Absolvieren einer Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege auf Normalstationen (beispielsweise im Bereich der ATMP für die Anrechenbarkeit von Pflegefachpersonen ohne Vertiefung in der Pädiatrie gefordert) sind nicht verhältnismäßig und sind daher zu streichen.

Benötigt wird dann, insbesondere für Pflegefachpersonen der generalistischen Ausbildung sowie für Gesundheits- und Krankenpflegende, ein tatsächlich durchlässiger und bundeseinheitlich anschlussfähiger Weg der Nachqualifizierung (z.B. mit (Bundes-)Pflegekammer oder DKG-Anerkennung), damit diese Berufsgruppen in pädiatrischen und anderen spezialisierten Bereichen auch offiziell eingesetzt und voll angerechnet werden können. Entsprechendes gilt auch für die Akquise und Anerkennung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Insbesondere, wenn jene aus ihrem Heimatland mehrjährige Praxis in der Pädiatrie nachweisen können. Diese Jahre müssen nach dem erfolgreichen Anerkennungsverfahren vollumfänglich anrechenbar sein.

Zeitgemäße Definition von Qualifikationen: Die seit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes veränderten Ausbildungsstrukturen sollten in den Richtlinien konsequent abgebildet werden. Die generalistische Pflegeausbildung ist dabei systematisch zu berücksichtigen, sowohl mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung als auch ohne entsprechende Vertiefung, sofern sie anschließend eine geeignete fachvertiefende Einarbeitung in ihr Einsatzgebiet (bestmöglich mit Zusatzqualifikation) erworben haben.

Für alle Richtlinien sollten die Qualifikationsanforderungen daher an die generalistische Pflegeausbildung angepasst werden. Pflegefachpersonen mit deutscher Berufserlaubnis oder äquivalenter Anerkennung sollten grundsätzlich als Pflegefachpersonen anrechenbar sein, unabhängig vom gewählten Vertiefungseinsatz. Ergänzend sollten fachqualifizierende Einarbeitungen vorgesehen werden, bspw. über strukturierte Einarbeitungskonzepte, SOPs oder DKG-erkannte Programme.

Für besonders spezialisierte Bereiche sollte weiterhin ein angemessener Anteil spezifisch weitergebildeter Pflegefachpersonen vorgehalten werden. So könnten bspw. mindestens 40 % der anrechenbaren Pflegefachpersonen über eine Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege verfügen. Eine langjährige Tätigkeit in der Neonatologie sollte dabei gleichwertig berücksichtigt werden können, etwa ab mehr als fünf Jahren Vollzeittätigkeit, ohne starren Stichtagsbezug. Zudem sollte der höchste Abschluss gelten, d.h. wurde eine Fachweiterbildung im pädiatrischen Bereich absolviert, ist diese unabhängig von der Grundqualifikation zu betrachten.

In allen Richtlinien mit pädiatrischem Bezug sind die zugelassenen und voll anrechenbaren Berufsgruppen an die heutige Ausbildungs- und Qualifikationsrealität anzupassen. Veraltete Begriffe oder zu enge Bezugnahmen auf einzelne Berufsabschlüsse reichen nicht mehr aus, um die tatsächliche Kompetenzlage im Pflegedienst sachgerecht abzubilden.

Soweit Pflegefachpersonen mit einschlägiger Vertiefung oder nachweisbar passender Grundqualifikation zusätzlich umfangreiche Stundenanforderungen erfüllen müssen, ist kritisch zu prüfen, ob dies sachlich gerechtfertigt ist. Wenn bereits die grundständige Ausbildung auf das betreffende Fachgebiet ausgerichtet ist, bedarf es einer überzeugenden Begründung für zusätzliche starre Stundenumfänge. Zusätzliche Anforderungen wie etwa 1260 Stunden praktischer Tätigkeit erscheinen in dieser Hinsicht nur schwer nachvollziehbar.

Fachweiterbildungsquoten und Qualifikationsanforderungen sollten zudem richtlinienübergreifend harmonisiert werden, insbesondere dort, wo vergleichbare Versorgungsrealitäten vorliegen. Dies betrifft auch einen größeren Einklang mit der MHI-Richtlinie. Auf (heterogene) Stichtage, UND-Kombinationen mehrerer Anforderungen sowie komplexe Anerkennungslogiken sollte vollständig verzichtet werden; maßgeblich sollte jeweils der höchste erreichte Abschluss sein, unabhängig davon, welche vorherigen Abschlüsse vorlagen.

Berufserfahrung ist dabei nicht nur ein Hilfskriterium, sondern grundsätzlich als eigenständiges Qualitätsmerkmal anzuerkennen. Langjährige einschlägige Tätigkeit in spezialisierten Versorgungsbereichen bildet Versorgungskompetenz ab und muss daher in den Richtlinien regelhaft berücksichtigt und zugelassen werden. Auch Stichtagsregelungen sollten vereinfacht werden (Roll et al., 2025). Heterogene und schwer nachvollziehbare Bezugstage sind zu streichen; stattdessen sollte ein einheitlicher Rückblickszeitraum zugrunde gelegt werden. Pflegefachpersonen mit mindestens drei Jahren einschlägiger Berufserfahrung in Vollzeit in geeigneten Bereichen (Normalstation) sollten in diesen Bereichen voll angerechnet werden können, unabhängig von der jeweiligen pflegerischen Berufsbezeichnung. Für den Intensivbereich sollte äquivalentes gelten mit dem Unterschied, dass mindestens fünf Jahre einschlägiger Berufserfahrung in Vollzeit nachgewiesen werden sollte. Auch sollten Personen, die sich in einer Fachweiterbildung befinden, einheitlich gehandhabt werden; in der QFR-RL können sie mit 50 % angerechnet werden, in den anderen Richtlinien nicht. Die zwingende Anerkennung von Berufserfahrung ist hierfür von zentraler Bedeutung.

Akademisierte Pflegefachpersonen, insbesondere mit Bachelor- oder Masterabschluss, müssen in den Richtlinien systematisch mitgedacht und anerkannt werden. Akademische Abschlüsse und deren Gleichwertigkeit mit Fachweiterbildungen, Stationsleitungskursen oder Praxisanleitungsqualifikationen sollten zudem bundeseinheitlich geklärt werden (Rocheffort et al., 2020). Ein pflegebezogenes Studium sollte dabei ausdrücklich auch dort anerkannt werden, wo bislang ein Leitungslehrgang vorausgesetzt wird. Ebenso ist zu klären, wie andere vergleichbare Qualifikationen anerkannt werden können. Der hierzu erforderliche klärende Dialog sollte fortgesetzt werden.

Zudem sollte ein ausdrücklicher Verweis auf pflegerische Personalbemessungssysteme und die PpUGV aufgenommen werden.

Forderung:

Anstelle starrer Prozent- und Stichtagsregelungen sollen bedarfsgerechte und kompetenzorientierte Modelle treten, die Patientensicherheit gewährleisten und zugleich die reale Personalverfügbarkeit abbilden. Berufserlaubnis, tatsächliche Versorgungskompetenz, praktische Nachqualifizierung, Fachweiterbildung, Berufserfahrung und akademische Abschlüsse sind dabei in einer einfachen, bundeseinheitlich anschlussfähigen Systematik zu berücksichtigen. Dies schließt realistische Anerkennungswege für Pflegefachpersonen ohne pädiatrische Vertiefung, für international qualifizierte Pflegefachpersonen sowie für berufserfahrene Pflegepersonen ausdrücklich ein. Berufserfahrung ist ausdrücklich als Qualitätsmerkmal anzuerkennen; Einzelfallprüfungen müssen mit angemessenem Spielraum erfolgen.

Anforderungen an Leitungsfunktionen auf ihre Versorgungsrelevanz begrenzen

Stationsleitungen haben in der Regel für die unmittelbare Betreuung am Bett nur begrenzte Relevanz, deshalb sollten Anforderungen an das Leitungspersonal überprüft, angepasst und bestmöglich gestrichen werden. Größere Bedeutung für die pflegerische Versorgungsqualität hat demgegenüber die Praxisanleitung, insbesondere in spezialisierten Bereichen und bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Die Anforderungen an Leitungsfunktionen und an ihre Stellvertretungen sind in einzelnen Richtlinien in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kaum realistisch erfüllbar. Wenn Mindestqualifikationen faktisch erst nach langen Ausbildungs- und Qualifizierungswegen und zusätzlich ohne ausreichende Anerkennung berufspraktischer Erfahrung erreichbar sind, erschwert dies die Stellenbesetzung erheblich. Geforderte Leitungslehrgänge sollten daher in allen Richtlinien auch durch vergleichbare Qualifikationen, insbesondere einschlägige Studienabschlüsse, ersetzt werden können. Fachweiterbildungsnachweise sollten für das Stationsleitungsteam keine Mindestvorgabe darstellen, da die praktische Einarbeitung in der Regel nicht dem Leitungsteam, sondern (Zentralen) Praxisanleitenden obliegt. Für stellvertretende Stationsleitungen sollten keinerlei Qualifikationserfordernisse normiert werden. Die Anforderungen an die Leitung müssen realistisch erfüllbar bleiben. Beispielsweise ist die Anforderung in der ATMP-QS-RL Anlage I ab 2029 an die Leitungen und deren Stellvertretungen, dass diese in der Pädiatrie die Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege besitzen, nicht sinnvoll und realistisch nicht erfüllbar. Wenn auf diesen (Normal-)Stationen eine Fachweiterbildung Relevanz hat, ist es die der Pflege in der Onkologie.

Forderung:

Anforderungen an Leitungsfunktionen sind auf ihre tatsächliche Relevanz für die Patientenversorgung zu überprüfen und gegebenenfalls zu reduzieren bzw. streichen. Die Funktion und damit einhergehend die Qualifikationsnachweise der Praxisanleitung sollten demgegenüber künftig stärker berücksichtigt werden. Zusätzliche formale Qualifikationsvorgaben für stellvertretende Stationsleitungen sollten vollständig entfallen. Geforderte Leitungslehrgänge sind richtlinienübergreifend auch durch vergleichbare Qualifikationen anzuerkennen. Die Anforderungen an Leitungsfunktionen müssen realistisch, versorgungsnah und unter Einbeziehung einschlägiger Berufserfahrung ausgestaltet werden. Das Vorhandensein einer Fachweiterbildung sollte für die Stationsleitung als Mindestanforderung entfallen und ggf. durch Nachweise von Praxisanleitungen ersetzt werden.

Besondere Versorgungssettings sachgerecht berücksichtigen

In spezialisierten Versorgungsbereichen mit gemischten oder sektorenübergreifenden Stationsstrukturen greifen starre richtlinienbezogene Zuordnungen häufig zu kurz. Dies betrifft etwa Interdisziplinäre Stationen und Stationen mit gemischten Versorgungsstufen wie KMT-Stationen oder neonatologische Intensivstationen im zeitlichen Übergangsbereich zwischen Kreißsaal und operativer Anschlussversorgung. Hier braucht es sachgerechte und praktikable Regelungen, die dem tatsächlichen Patientenmix, den fachlichen Anforderungen und den vorhandenen Kompetenzen des Pflegeteams Rechnung tragen.

Zugleich sollten die Vorgaben von pädiatrischen Richtlinien besser aufeinander abgestimmt und in ihren Qualifikationsanforderungen angeglichen werden, da in pädiatrischen Bereichen Misch-Stationen häufig die gelebte Realität darstellen.

Forderung:

Für Interdisziplinäre Stationen und Stationen mit gemischten Versorgungsstufen sind praktikable Regelungen vorzusehen, die eine qualitätsgesicherte Versorgung ermöglichen, ohne durch widersprüchliche oder nicht anschlussfähige Vorgaben unnötige Umsetzungshürden zu schaffen. Die Vorgaben in QFR-RL, KiON-RL, KiHe-RL sowie den ATMP-QS-RL mit pädiatrischem Bezug sollten dabei soweit wie möglich harmonisiert werden.

Versorgungssicherheit in ländlichen Regionen schützen

Die Sicherstellung gleichwertiger Versorgung in dünn besiedelten Regionen stellt sich bereits heute als eine Herausforderung dar. Dies zeigt sich bei Flächenländern besonders deutlich, etwa beim

vermehrten Wegfall der PNZ I im ländlichen Raum mit der Konzentration auf wenige universitäre Standorte. Dadurch erhöhen sich Fahrtstrecken erheblich, zudem wechselt hochqualifiziertes Personal aus diesen Bereichen wider Erwarten nicht in entsprechendem Umfang mit; dadurch wird an den verbleibenden, konzentrierten Standorten eine Fallzahlerhöhung beobachtet und die Erfüllung der Personalvorgaben zusätzlich erschwert.

Forderung:

Bei der Weiterentwicklung der Richtlinien ist neben der Strukturqualität stets auch die Versorgungssicherstellung mitzudenken. Es braucht Ausnahmeregelungen, Übergangsfristen und kompetenzbasierte Anerkennungsmodelle, damit keine regionalen Versorgungslücken entstehen.

Richtlinien regelmäßig an den aktuellen pflegefachlichen und medizinischen Standard anpassen

Einzelne Vorgaben in den Richtlinien beruhen erkennbar auf tradierten fachlichen Annahmen, Zertifizierungsständen oder Versorgungskonzepten und sollten an den aktuellen medizinischen und pflegefachlichen Standard angepasst werden. Dies betrifft sowohl personelle Anforderungen und Berufsgruppenbezeichnungen als auch einzelne Strukturvorgaben, Dokumentationspflichten und fachliche Detailregelungen. Lang bestehende Bezugnahmen und überholte Personalschlüssel sollten unter Einbezug der betroffenen Berufsgruppen bzw. ihrer Sprachorgane überprüft und fortgeschrieben werden.

Einzelne fachliche Detailvorgaben sollten zudem systematisch daraufhin überprüft werden, ob sie noch dem aktuellen pflegerischen und medizinischen Standard entsprechen, rechtlich tragfähig sind und für die Qualitätssicherung tatsächlich erforderlich bleiben. Dies betrifft insbesondere starre zeitliche Vorgaben, berufsgruppenspezifische Festlegungen ohne aktuelle fachliche Evidenz sowie Detaildokumentationen, die für die Versorgungsqualität keinen eigenständigen Mehrwert erkennen lassen. Vorgaben wie eine 30-Minuten-Erreichbarkeit am Patientenbett bzw. bis zum Patienten sind rechtlich und praktisch zu überprüfen; soweit sie rechtlich nicht tragfähig oder fachlich nicht mehr sachgerecht sind, sollten sie entfallen. Gleiches gilt für fachlich überholte Detailvorgaben, etwa zur präoperativen Diagnostik durch bestimmte Berufsgruppen, sofern diese nicht mehr dem heutigen Versorgungsstandard entsprechen.

Dies umfasst insbesondere die Aktualisierung fachlicher Bezugsdokumente wie des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung, die Überprüfung überholter Personalrelationen wie der 1:2-Regel, soweit diese nur noch für Planungszwecke geeignet sind, die vollständige Anpassung von Berufsgruppenbezeichnungen an das heutige Berufsrecht, die Präzisierung unklarer Begriffe wie „Visitendienst“, „unverzüglich“ sowie die Überarbeitung fachlicher Detailvorgaben in einzelnen Richtlinien. Auch kinderspezifische Notfallstrukturen und andere spezialisierte Module sind an den aktuellen medizinischen Standard anzupassen. Soweit Zertifizierungsvorgaben inhaltlich sachgerecht und anschlussfähig sind, sollte geprüft werden, ob und wie sie in Richtlinien übernommen werden können.

Forderung:

Richtlinien und untergesetzliche Vorgaben sind regelmäßig an den aktuellen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Standard anzupassen. Die einzelnen Richtlinien sind stärker miteinander in Einklang zu bringen und dort zu synchronisieren, wo vergleichbare Versorgungsrealitäten bestehen.

Umgang mit Nichterfüllungen verhältnismäßig regeln

Der Umgang mit Nichterfüllungen muss klar, praktikabel und verhältnismäßig ausgestaltet sein. Hochkomplexe Sanktionsberechnungen und unverzüglich zu meldende Nichterfüllungen sowie deren

Wiedererfüllungen schaffen zusätzlichen bürokratischen Aufwand, ohne zu einer besseren Versorgung beizutragen. Sanktionen und Meldepflichten müssen deshalb so ausgestaltet werden, dass sie Umsetzbarkeit, Transparenz und Versorgungssicherheit nicht gefährden.

Forderung:

Der Umgang mit Nichterfüllungen ist klar und einheitlich zu regeln. Überkomplexe Sanktionsberechnungen sind zu streichen und durch einfache, nachvollziehbare sowie verhältnismäßige Verfahren zu ersetzen. Zudem sollten angemessene Übergangsfristen vorgesehen und vorrangig Verfahren eines klärenden Dialogs etabliert werden, bevor ein unmittelbarer Wegfall der Vergütung in Betracht kommt.

Fazit

Die Weiterentwicklung der Richtlinien sollte weniger als Ausweitung einzelner Detailvorgaben verstanden werden, sondern als Gelegenheit zur systematischen Konsolidierung: durch stärkere Vereinheitlichung, bessere Evidenzbasierung, klarere Priorisierung qualitätsrelevanter Anforderungen und den Abbau vermeidbarer Bürokratie bei gleichbleibend hoher Patientensicherheit.

Ergänzende richtlinienspezifische Argumentationsbasis

Beispielhafte ergänzende, richtlinienspezifische Argumentationsbasis, die konkrete Regelungsstellen (§/Absätze/Anlagen) und richtlinienspezifische Besonderheiten berücksichtigt.

QFR-RL – Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Anpassung der Vorgaben an den tatsächlichen Versorgungsbedarf: Die personellen Vorgaben sollten Dienstzeiten, Patientenschwere und die konkrete Versorgungssituation stärker berücksichtigen. Eine durchgehende personelle Verfügbarkeit sollte nicht mit einer lückenlosen Anwesenheit zu jedem Zeitpunkt gleichgesetzt werden. Kurze dienstplan- oder übergabebedingte Unterbrechungen sollten möglich sein, sofern die bedarfsgerechte Versorgung und Patientensicherheit gewährleistet bleiben. Nicht jede Abweichung von einer formalen Quote bedeutet automatisch ein Qualitätsdefizit; entscheidend ist, ob die fachlich notwendige Versorgung tatsächlich gesichert ist.

Die personellen Vorgaben sollten stärker kompetenzorientiert und weniger starr an einzelnen formalen pädiatrischen Qualifikationsprofilen ausgerichtet werden. Angesichts des bestehenden Fachpersonenbedarfs und der zunehmenden Differenzierung pflegerischer Qualifikationswege braucht es flexible Strukturen, die unterschiedliche, fachlich geeignete Qualifikationen angemessen berücksichtigen, ohne das Sicherheitsniveau der Versorgung abzusenken.

Fachvertiefende Bachelorstudiengänge, wie z.B. in erweiterter klinischer Pflege mit Schwerpunkt Pädiatrie, Onkologie oder Intensiv- und Anästhesiepflege, sollten daher als gleichwertige Qualifikation zur Fachweiterbildung anerkannt werden können, sofern definierte Kompetenzprofile erfüllt sind. Damit würde akademisierte Pflege sichtbar gemacht und zugleich ein Beitrag zur besseren Nutzung vorhandener Qualifikationspotenziale geleistet. Ebenso sollten internationale Pflegefachpersonen bei Vorliegen einer deutschen Berufserlaubnis bzw. Anerkennung grundsätzlich als Pflegefachpersonen ohne Vertiefung berücksichtigt werden können. Darauf aufbauend sollte ihnen ermöglicht werden, sich durch geeignete Nachqualifizierungen, Anpassungslehrgänge oder fachvertiefende Qualifikationsmodule für weitergehende Anforderungen zu qualifizieren. Entscheidend sollte nicht allein der ursprüngliche Qualifikationsweg sein, sondern ob die für den jeweiligen Versorgungsbereich erforderlichen Kompetenzen nachweislich vorliegen oder innerhalb eines definierten Qualifizierungsrahmens erworben werden können.

Solange der Arbeitsmarkt die formal geforderten Profile nicht in ausreichendem Umfang bereitstellt, sind realistische Übergangs-, Anerkennungs- und Nachqualifizierungsmodelle erforderlich. Diese sollten flexible Personaleinsatzkonzepte ermöglichen und zugleich sicherstellen, dass die Patientensicherheit und Versorgungsqualität verlässlich gewährleistet bleiben.

Anlage 1, I.2.2

Es sollte ermöglicht werden, dass GuK oder Pflegefachfrauen/-Männer ohne pädiatrischen Vertiefungseinsatz, die sich in der Weiterbildung "Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege" befinden, auf einer NICU eingesetzt werden können. Auf UND-Kombinationen bei Anforderungen ist zu verzichten. Der höchste Abschluss sollte konsequent angerechnet werden können, unabhängig von der beruflichen Primärqualifikation (GKP, KKP, PFP). Auf Stichtage ist zu zugunsten eines einheitlichen Berichtszeitraums zu verzichten.

Abs. 5) - 7)

Die vorgegebenen Behandlungsschlüssel basieren nicht auf Evidenz, eine Einhaltung zu 100 % ist auch bei Anwendung von Ausnahmetatbeständen unrealistisch; es sollte eine evidenzbasierte Neuregelung geben (Roll et al., 2025).

§ 9 Abs. 2

Der Vergütungswegfall sollte nicht für alle Behandlungsfälle am Standort erfolgen, sondern zumindest auf die Fälle beschränkt werden, in denen die Nicht-Erfüllung vorlag (Roll et al., 2025).

Beispiel dazu: Insbesondere problematisch für Standorte, an denen mehr als eine Station zur QFR-RL gehört. 1 von 6 (statt 1 von 3) Schichten reicht aus, um für beide Stationen für den gesamten Tag limitierend zu gelten. Es können also in 5 Schichten alle (hier 15) Kinder gemäß QFR-RL versorgt gewesen sein, nur in Schicht 6 hat ggf. 0,25 VK gefehlt. Damit gilt der gesamte Tag für alle 15 Kinder als nicht erfüllt.

§ 11 Abs. 3

Für nicht erfüllte Nachtdienste sollte eindeutig geregelt werden, welchem Kalendertag die Nichterfüllung zugeordnet wird. Da Nachtdienste typischerweise zwei Kalendertage umfassen, sollte ausgeschlossen werden, dass derselbe Verstoß doppelt erfasst und dadurch faktisch doppelt sanktioniert wird.

Bauchaortenaneurysma – QBAA-RL

Forderung:

In § 4 Abs. 3 sind neben Gesundheits- und Krankenpflegenden ausdrücklich auch Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aufzuführen.

Zudem ist die Qualifikationsanforderung für die pflegerische Leitung zu streichen.

Sofern die Vorgabe zur pflegerischen Leitung nicht gestrichen wird, bedarf es einer Präzisierung, ob sich die Anforderungen auf die Leitung allein oder auch auf die Stellvertretung beziehen, da im Rahmen von MD-Prüfungen beide Funktionen abgefragt werden. Soweit weiterhin Anforderungen an Leitungspersonen vorgesehen werden, ist die Gleichwertigkeit einschlägiger Studiengänge analog zu anderen Richtlinien anzuerkennen. Dies trifft auf alle G-BA-Richtlinien mit der personellen Vorgabe von pflegerischer Leitung zu (Leitung und stellvertretende Leitung – welcher der beiden teilweise unklar).

Zudem sollte die Stichtagregelung „5 Jahre Erfahrung“ zugunsten eines allgemeinen Erfahrungsnachweises (z. B. 5 Jahre) abgeschafft werden. Diese Personen sollten jedoch auch in der Schichtbesetzung berücksichtigt werden können.

Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen – MHI-RL

§ 5 Abs. 12

Definition von Mindeststandards in der Qualifikation von Kardiotechnikern.

§ 5 Abs. 13

Änderung der personellen und fachlichen Anforderung hinsichtlich des Pflegedienstes. Ergänzend zu Gesundheits- und Krankenpflegenden sollten auch die Pflegefachfrau / der Pflegefachmann aufgeführt werden.

§ 5 Abs. 14

Streichung der Qualifikationsanforderung für die pflegerische Leitung.

Sofern die Vorgabe zur pflegerischen Leitung nicht gestrichen wird, bedarf es einer Präzisierung, ob sich die Anforderungen auf die Leitung allein oder auch auf die Stellvertretung beziehen, da im Rahmen von MD-Prüfungen beide Funktionen abgefragt werden. Soweit weiterhin Anforderungen an Leitungspersonen vorgesehen werden, ist die Gleichwertigkeit einschlägiger Studiengänge analog zu anderen Richtlinien anzuerkennen. Dies trifft auf alle G-BA-Richtlinien mit der personellen Vorgabe von pflegerischer Leitung zu (Leitung und stellvertretende Leitung – welcher der beiden teilweise unklar).

Zudem sollte die Stichtagregelung „5 Jahre Erfahrung“ zugunsten eines allgemeinen Erfahrungsnachweises (z. B. 5 Jahre) abgeschafft werden. Diese Personen sollten jedoch auch in der Schichtbesetzung berücksichtigt werden können.

Kinderherzchirurgie – KiHe-RL

§ 4 Abs. 10

Definition von Mindeststandards in der Qualifikation von Kardiotechnikern unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es keine bundeseinheitliche Regelung zur Ausbildung von Kardiotechnikern gibt. Ebenso muss eine Gleichstellung weiterer Ausbildungswege zum ECCP-Zertifikat erfolgen.

Stichtagsregelungen für Gesundheits- und Krankenpflegende streichen oder auf 2026 anpassen.

20%-Quote streichen: Eine starre Quote bildet die Versorgungsrealität nur unzureichend ab. Zielführender wäre eine Steuerung über nachgewiesene Berufsjahre in Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie, definierte Einarbeitung und kompetenzbasierte Einsatzkonzepte.

Fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss in Vollzeit sollte unabhängig von der spezifischen pflegerischen Berufsbezeichnung als gleichwertig der Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege gelten. Zusätzlich Streichung des Nachweises der Berufstätigkeit im Zeitraum 1. Januar 2011 bis 1. Januar 2019 zugunsten des allgemeinen Nachweises von 5 Jahren.

Kinderonkologie – KiOn-RL

Auf gemischten Stationen (z.B. KMT-Stationen) ist die Richtlinie in ihrer aktuellen Fassung nicht zu erfüllen.

Stichtagsregelungen streichen oder auf ein erfahrungsbasiertes Modell umstellen.

15%-Quote streichen bzw. kompetenzorientiert ersetzen: Die Quote sollte nicht formal, sondern über nachgewiesene Berufsjahre, Zusatzqualifikation, Einarbeitung und Supervisionsstrukturen gesteuert werden.

GKP mit onkologischer Weiterbildung und pädiatrischer Hämatonkologie-Erfahrung anerkennen.

Qualifikationsmix erweitern: Der zumindest teilweise Einsatz von Fachpersonal im Qualifikationsmix, etwa PFA/GKPH oder MFA, sollte dort ermöglicht werden, wo Aufgaben delegationsfähig, standardisiert und patientensicher organisierbar sind.

Notfallstrukturen

Schichtanforderungen konkretisieren: Offen ist aus Versorgungssicht die praktisch bedeutsame Frage, ob eine Pflegefachperson mit Fachweiterbildung Notfallpflege physisch in jeder Schicht anwesend sein muss oder ob definierte Rufbereitschafts- bzw. Hintergrundmodelle zulässig sind. Hier braucht es klare, praxistaugliche Vorgaben.

ATMP-QS-RL - Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Position

Die erstmalige erfolgreiche Prüfung zur Leistungserbringung darf nicht durch wiederholte Nachweisverfahren entwertet werden, wenn Fallzahlen nur deshalb fehlen, weil die Indikation selten ist. Vor diesem Hintergrund sollte auch die Gültigkeitsdauer des Zertifikats in Angleichung an andere Richtlinien auf drei Jahre festgelegt werden.

Forderungen:

Kein wiederholtes Voll-Nachweisverfahren bei fehlenden Fällen trotz vorliegender Erstprüfung
Bei seltener Leistungserbringung sollte ein vereinfachtes Re-Zertifizierungs- oder Aktualisierungsverfahren genügen. Dies gilt insbesondere dort, wo die geringe Fallzahl Ausdruck der Versorgungsrealität und leitliniengerechten Indikationsstellung ist. Beispielsweise im Bereich der CAR-T-Therapien versorgen zahlreiche kideronkologische Einrichtungen nur etwa einen Fall pro Jahr, während sich der Großteil der Behandlungen auf wenige Zentren konzentriert (4-5). Bereits ab einer Schwelle eines Falls sollte daher kein erneutes Voll-Nachweisverfahren erforderlich sein.

ATMP Anlage I

Forderung ab 1. Januar 2029: Eine FWB pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege sollte gestrichen werden. Gleicher Grund wie schon im Dokument beschrieben.

ATMP Anlage II

Forderung ab 1. Januar 2029: Eine FWB pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege sollte gestrichen werden.

Pflegerische Leitung kompetenzbasiert definieren: In Anlage II ist zu prüfen, ob die Leitung des Bereichs zwingend Kinderkrankenpflegekraft sein muss oder ob für die Leitungsfunktion – bei gleichzeitig gesicherter Fachkompetenz im Schichtdienst – stärker Managementweiterbildung bzw. Studium maßgeblich sein sollten. Dabei ist zwischen fachlicher Kompetenz in der Versorgung am Bett und organisatorischer Leitungsverantwortung zu unterscheiden. Die pädiatrische Fachkompetenz im Schichtdienst

muss gesichert sein; sie muss jedoch nicht zwingend vollständig in der Person der Leitung gebündelt sein. Dies gilt insbesondere bei geteilten Leitungsmodellen oder zunehmend akademisch qualifizierten Pflegeleitungen. Die bisherige Anforderung orientiert sich erkennbar an einer ärztlichen Logik, bei der Leitung häufig mit fachlicher Weiterbildungsbefugnis verbunden ist. Für die Pflege greift dieses Verständnis zu kurz, da Leitungsaufgaben vor allem Personalführung, Organisation, Prozesssteuerung und Qualitätsentwicklung umfassen.

PPP-RL – Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Nicht berücksichtigte Punkte außerhalb der in der Richtlinie benannten Regeldienst müssen bei den Budgetverhandlungen auf Ortsebene separat verhandelt werden. Diese Punkte umfassen Ausfallzeiten, strukturelle und organisatorische Besonderheiten der Einrichtungen sowie Leitungspersonen und Bereitschaftsdienste. Falls für eine leitliniengerechte Versorgung mehr Personal erforderlich ist als in den Mindestvorgaben vorgesehen, muss auch dies extra in den Budgetverhandlungen gefordert werden. Die Vertragspartner nehmen allerdings die aktuellen Erfüllungsquoten gemäß Übergangsregelung nach §16 als Obergrenze der zu finanzierenden Pflegefachpersonen.

Forderungen:

Minutenwerte fachlich weiterentwickeln: Die Kategorisierung muss stärker an tatsächlicher Belastung und pflegerischer Komplexität ausgerichtet werden. Die Differenzierung innerhalb der Behandlungsreiche gibt wenig Spielraum für die Abbildung des individuellen Aufwands. Es bildet beispielsweise nur eine Eingruppierung in Regelbehandlung und Intensivbehandlung bei vollstationären Patienten ab ohne die Möglichkeit zur detaillierteren Angabe von womöglich unterschiedlichen Aufwänden im jeweiligen Behandlungsbereich.

Dynamischen Belastungsfaktor einführen: Zusätzliche Belastungsfaktoren wie Suizidalität, hohe Aggressivität, ausgeprägte Deeskalationsbedarfe, engmaschige Beobachtung oder Zwangsmaßnahmen sollten als dynamische Zuschläge berücksichtigt werden.

Starre Mindestvorgaben für jeden einzelnen Nachtdienst auf Grundlage von Vorjahreswerten auflösen und Durchschnittswerte für den Monat/für das Quartal als Erfüllungskriterium verwenden wie in anderen Pflegepersonalbemessungsinstrumenten bzw. Vorgaben für die Personalausstattung im somatischen Pflegebereich üblich. Es müssen sehr aufwendig zu erstellende Ausnahmetatbestände bei Nichteinhaltung von Mindestvorgaben angegeben werden. Insbesondere für die Nachtdienste, bei denen jede einzelne Nacht zur Ermittlung der Erfüllung herangezogen wird, führen u. A. kurzfristige oder vorübergehende Stationsschließungen zu einer Nichterfüllung, da die starre Mindestvorgabe dann nicht erfüllt wird. Eine Sanktionsbefreiung bleibt trotz Angabe von Ausnahmetatbeständen unsicher, da dies von den Vertragspartnern im Rahmen der Budgetverhandlungen entschieden wird.

Um einer Unterfinanzierung der erforderlichen Personalausstattung im Pflegebereich entgegenzuwirken, müssen als Berechnungsgrundlage der Vollkräfte auch 100% der Mindestvorgaben von den Vertragspartnern übernommen werden. Eine zu knappe Personalausstattung anhand einer Vorhaltung von ausschließlich 90% des Personals im Gegensatz zur Vorgabe, führt bei kurzfristigen Ausfällen oder Kündigungen zwangsläufig zu einer Nichterfüllung und Sanktionierung. Auch Leitungspersonen müssen selbstverständlich berücksichtigt werden.

Mehr Flexibilität zwischen Berufsgruppen: Innerhalb multiprofessioneller Teams braucht es größere Flexibilität, solange Aufgabenprofil, Verantwortung und Qualifikation sauber definiert bleiben.

Literaturquellen

- Blum, K., & Ludwig, K. (2025). Bürokratiebelastung im Krankenhaus: Blitzumfrage September 2025. Deutsches Krankenhausinstitut. https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/2025-09_Buerokratiebelastung_im_Krankenhaus_-_final.pdf.
- Bundesministerium der Justiz. (o. J.). § 21 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten. Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG). https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/_21.html.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2024, 14. Juni). Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegepersonalbemessungsverordnung-ppbv>.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2025, 6. November). Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegepersonaluntergrenzen-verordnung-ppugv>.
- Butterworth, H., Wood, L., & Rowe, S. (2022). Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: Systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, 8(6), Article e178.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2018). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. (2025, 6. März). Umsetzungsgrad der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL). <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/umsetzungsgrad-qfr-rl/>.
- OECD, & European Commission. (2024). Health at a glance: Europe 2024: State of health in the EU cycle. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 197–206.
- Rocheftort, C. M., Beauchamp, M. E., Audet, L. A., Abrahamowicz, M., & Bourgault, P. (2020). Associations of 4 nurse staffing practices with hospital mortality. *Medical Care*, 58(10), 912–918. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001397>
- Roll, C., Liersch-Baumann, K., & Bühner, C. (2025). Schichterfüllungsquoten in der Pflege und Überlebenschancen sehr kleiner Frühgeborener – Datenanalyse der Perinatalzentren Level 1 in Deutschland 2019–2023. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 229, 344–348. <https://doi.org/10.1055/a-2618-6341>
- Zaranko, B., Sanford, N. J., Kelly, E., Rafferty, A. M., Bird, J., Mercuri, L., Sigsworth, J., Wells, M., & Proper, C. (2023). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: A retrospective longitudinal study. *BMJ Quality & Safety*, 32(5), 254–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015291>.

Richtlinien:

Gemeinsamer Bundesausschuss. *ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie (ATMP-QS-RL).* [\[g-ba.de\]](#),
[\[kbv.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.* [\[g-ba.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).* [\[g-ba.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL).* [\[g-ba.de\]](#), [\[g-ba.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL).* [\[g-ba.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL).* [\[g-ba.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL).* [\[g-ba.de\]](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss. *Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL).* [\[g-ba.de\]](#)

Berlin, 08.07.2026



Dipl.-Kfm. Torsten Rantzsch, MBA
Vorstandsvorsitzender des VPU e.V.