

Bericht des VPU e.V. zur Weiterentwicklung pflegebezogener Struktur- und Qualifikationsvorgaben in der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Aktuelle Fassung: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4030/QFR-RL_2025-10-16_iK-2026-01-17.pdf

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) soll die Sterblichkeit und das Risiko frühkindlicher Behinderungen verringern und eine qualitativ hochwertige, zugleich flächendeckend erreichbare Versorgung sicherstellen, unter anderem durch verbindliche Vorgaben für die personelle Besetzung und Qualifikation in Perinatalzentren.

Das Ziel dieser Vorgaben ist grundsätzlich unstrittig. In der derzeitigen Ausgestaltung entstehen jedoch praktische, personelle und wirtschaftliche Fehlanreize. Diese können dazu führen, dass Krankenhäuser sich beispielsweise zur Erfüllung von vorgegebenen Personalschlüsseln und Erfüllungsgraden gezwungen sehen, ihre Behandlungskapazitäten zu reduzieren, obwohl die betroffenen Betten für die Versorgung schwer kranker Früh- und Neugeborener benötigt werden. Die Richtlinie sollte daher so weiterentwickelt werden, dass sie die Sicherheit der Früh- und Reifgeborenen wirksam fördert, ohne Fehlanreize, unverhältnismäßige Sanktionen oder unnötige Einschränkungen des verfügbaren Pflegepersonals zu erzeugen.

Besonders kritisch sieht der VPU e. V. die Auswirkungen der QFR-RL auf die regionale Versorgungsstruktur. Universitäre Maximalversorger tragen eine besondere Verantwortung für die Versorgung von Schwangeren mit Risikoschwangerschaften sowie von Früh- und Reifgeborenen. Gleichzeitig beobachtet der VPU e. V., dass umliegende Kliniken ihr Versorgungsangebot zunehmend einschränken, Level verlieren oder Aufnahmen aufgrund der strikten Einhaltung der Vorgaben begrenzen. Die Folge ist eine zunehmende Konzentration komplexer Fälle auf wenige verbleibende Zentren.

Die Universitätsklinika übernehmen bereits heute einen erheblichen Anteil der regionalen Versorgung. Wenn andere Einrichtungen ihre Kapazitäten reduzieren müssen, können diese Patient:innen nicht unbegrenzt von den verbliebenen Zentren der höchsten Versorgungsstufe, den Level-1-Zentren, aufgefangen werden – insbesondere dann nicht, wenn auch dort Personalvorgaben zu Bettensperrungen führen. Dadurch kommt es zunehmend zu unabweisbaren beziehungsweise medizinisch zwingenden Aufnahmen trotz bereits ausgeschöpfter Kapazitäten.

Für die betroffenen Familien können damit längere Transport- und Anfahrtswege, Verlegungen in weiter entfernte Zentren sowie eine zeitweise Trennung von Eltern und Kind verbunden sein. Dies bedeutet eine zusätzliche Herausforderung in einer ohnehin hoch belastenden Lebenssituation.

Aus unserer Sicht besteht die Gefahr, dass die derzeitige Ausgestaltung der QFR-RL unbeabsichtigte negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit hat. Personalvorgaben, die unter den gegenwärtigen Arbeitsmarktbedingungen vielerorts nicht verlässlich erfüllt werden können, führen zu Kapazitätsabbau und Versorgungsengpässen, ohne dass dadurch zwangsläufig eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht wird. Im Gegenteil: Die Konzentration der Versorgung auf immer weniger Standorte erhöht die Belastung der verbleibenden Zentren erheblich und kann langfristig die Versorgung vulnerabler Patient:innengruppen gefährden.

Nachfolgend werden die Auswirkungen im Einzelnen erläutert.

Auswirkungen der Vergütungsabschläge

Nach der derzeitigen Regelung gelten Vergütungsabschläge aus der QFR-RL für den gesamten Krankenhausstandort und den gesamten Tag. Sie betreffen dabei alle Leistungsbereiche, die unter die

QFR-RL fallen. Die Abschläge werden auf Grundlage der gesamten Abrechnung für den jeweiligen Behandlungsfall, also nicht nur für den Aufenthalt im Bereich der Neonatologie, berechnet.

Das trifft besonders große Krankenhäuser mit vielen Kindern oder mehreren Stationen im Wirkungsbereich der QFR-RL. Viele dieser Kinder sind außerdem sehr schwer krank, müssen lange behandelt und häufig auf anderen Stationen weiterbehandelt werden. Sie verursachen daher während ihres gesamten Aufenthalts einschließlich aller internen Verlegungen hohe Kosten. Diese Kosten beziehungsweise individuellen Fallwerte bilden die Grundlage für die Berechnung der Vergütungsabschläge.

Die Berechnung der Abschläge ist außerdem sehr aufwendig und kann erst nach erfolgter Abrechnung vorgenommen werden. Diese erfolgt allerdings häufig erst zeitverzögert nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Für jedes einzelne Kind wird dabei der gesamte Behandlungsfall betrachtet und daraus ein individueller Betrag berechnet. Dieser Betrag wird für jeden Tag abgezogen, an dem die Vorgaben nicht erfüllt wurden und das Kind auf der Neugeborenenstation behandelt wurde.

Diese Berechnung muss für alle betroffenen Kinder individuell durchgeführt werden, sodass für jeden nicht erfüllten Tag unterschiedliche Abschlagssummen entstehen. Dafür müssen die Tabellen zur Erfüllung der Schichtvorgaben mit den endgültig abgerechneten Behandlungsfällen verbunden werden. In vielen Krankenhäusern müssten deshalb mehrere Abteilungen zusammenarbeiten.

Wenn ein Krankenhaus mehrere Stationen an einem Standort betreibt, verstärken sich die Probleme:

- Erfüllt eine Station die Vorgaben, die andere aber nicht, gilt die QFR-RL für den gesamten Standort, also für beide Stationen, an diesem Tag als nicht erfüllt.
- Ist bei einer Station eine von drei Schichten ausschlaggebend, reicht bei zwei Stationen lediglich eine von sechs Schichten, damit der Tag für beide Stationen als nicht erfüllt gilt.
- Das betrifft dann auch alle auf beiden Stationen anwesenden Kinder, deren Gesamtzahl größer ist, als wenn nur eine Station betroffen wäre.

Die derzeitige Regelung setzt damit einen Fehlanreiz, die Zahl der möglicherweise von Sanktionen betroffenen Stationen, Betten und Kinder so gering wie möglich zu halten. Dies kann zulasten der verfügbaren Versorgungskapazitäten gehen.

Auswirkungen auf die Zahl der verfügbaren Betten

Das Personal, das nach der QFR-RL vollständig angerechnet werden darf, steht bundesweit nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung. Damit die vorgeschriebenen Schichtquoten, also der geforderte Anteil an Schichten mit vollständig erfüllten Personalvorgaben, dennoch erreicht werden können, müssen Krankenhäuser die Zahl ihrer Betten an das vorhandene Personal anpassen. Das bedeutet in der Regel, dass Betten reduziert werden müssen.

Aus wirtschaftlicher Sicht kann es deshalb für Krankenhäuser sinnvoll erscheinen, den Bereich, der unter die QFR-RL fällt, möglichst klein zu halten. Dies betrifft besonders sehr große Versorgungszentren. Mögliche Folgen sind die Reduzierung von Betten oder sogar die Schließung einzelner Stationen. Wenn Stationen geschlossen oder Betten reduziert werden, hat das jedoch weitere Folgen. Betroffen sein können zum Beispiel:

- die Erlaubnis, Fachpersonal weiterzubilden,
- medizinische Lehrstühle,
- vorgeschriebene Mindestmengen,
- Regelungen zur Abrechnung.

Diese Folgen müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Für Patient:innen können reduzierte Kapazitäten längere Transportwege, die Verlegung in weiter entfernte Krankenhäuser oder erschwerte beziehungsweise verzögerte Aufnahmen zur Folge haben. Bislang können Krankenhäuser außerdem keine Ausnahmen geltend machen, wenn sie Kinder aus medizinischen Gründen zwingend aufnehmen müssen oder eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus nicht möglich ist.

Bedarf an anrechenbarem Pflegepersonal

Es gibt einen anerkannten Bedarf an Pflegepersonal. Besonders groß ist dieser Bedarf in der Versorgung von Kindern. Seit 2020 gibt es die generalistische Pflegeausbildung. Sie wurde damit beworben, dass Pflegefachpersonen Patient:innen aller Altersgruppen versorgen können und sollen.

In Richtlinien wie der QFR-RL, der KiON-RL und der KiHE-RL gibt es jedoch zusätzliche, einschränkende Anforderungen, etwa Vorgaben zu bestimmten Stichtagen. Dadurch wird ausgebildetes Pflegepersonal mit einer gültigen Berufserlaubnis teilweise als „nicht anrechenbar“ eingestuft. Es besteht somit ein Unterschied zwischen der allgemeinen Berufserlaubnis und der deutlich geringeren Anrechenbarkeit gemäß der jeweiligen Richtlinie.

Probleme bei Nachqualifizierung und Nachweisen

Pflegefachpersonen aus dem Ausland und Pflegefachfrauen oder Pflegefachmänner ohne nachgewiesene Vertiefung in der Kinderkrankenpflege können nach der derzeitigen Formulierung der QFR-RL nicht oder nur eingeschränkt angerechnet werden, weil die konkrete Berufsbezeichnung einschließlich des Stundennachweises aus der Vertiefung Pädiatrie als Anforderung festgeschrieben ist. Dies gilt auch dann, wenn sie im Krankenhaus fachlich nachqualifiziert wurden.

Das liegt daran, dass die Berufsbezeichnung und die Angaben in der Berufsurkunde unveränderlich sind. Eine Vertiefung Pädiatrie findet zudem nur während der Ausbildung statt, auch wenn vereinzelt fehlende Stunden nach der Ausbildung nachgeholt werden könnten. Krankenhausinterne Einarbeitungs- und Nachqualifizierungsprogramme sind fachlich unbestritten sinnvoll und hilfreich. Sie ändern allerdings nichts an der formalen Anrechenbarkeit nach der Richtlinie, da sie nicht mit der geforderten Vertiefung Pädiatrie gleichzusetzen sind und auch die Berufsbezeichnung nicht ändern.

Nachweise über pädiatrische Ausbildungsinhalte und geleistete Stunden sind sehr heterogen. Die Angaben können sich zum Beispiel in der Berufsurkunde, im Zeugnis oder in einer Anlage befinden. Teilweise ist die pädiatrische Vertiefung zwar genannt, ohne dass dabei die genaue Zahl der Stunden angegeben wird.

Die fachliche Begründung der in der Richtlinie festgelegten Stichtage ist aus Sicht des VPU e. V. nicht hinreichend nachvollziehbar. Die Stichtage sind zudem nicht deckungsgleich mit den Regelungen anderer Richtlinien, zum Beispiel der KiON-RL oder der KiHE-RL. Sie verursachen einen sehr hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand in den Personalabteilungen sowie im Pflege- und Personalcontrolling bei unklarem Nutzen und fehlender Evidenz.

Widersprüche bei der Fachweiterbildungsquote

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne nachgewiesene Vertiefung in der Kinderkrankenpflege können erst nach einer Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege als Pflegepersonal angerechnet werden, trotz dieser abgeschlossenen Fachweiterbildung jedoch nicht auf die Fachweiterbildungsquote, also den vorgeschriebenen Anteil fachweitergebildeter Pflegefachpersonen, angerechnet werden.

Auch langjährige Mitarbeitende aus der Gesundheits- und Krankenpflege sind für die Versorgung sehr wertvoll. Trotzdem können sie häufig nicht oder nicht mehr angerechnet werden. Der Grund ist, dass

sie zwei Voraussetzungen gleichzeitig erfüllen müssen: Sie benötigen eine Fachweiterbildung in der pädiatrischen Intensiv- und Anästhesiepflege und müssen zu einem festgelegten, bereits mehr als fünf Jahre zurückliegenden Stichtag fünf Jahre Berufserfahrung in Vollzeit im relevanten Versorgungsbereich nachweisen. Diese Kombination erfüllen nur noch wenige Beschäftigte.

Langjährige Berufserfahrung von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden kann nur dann als gleichwertig mit einer Fachweiterbildung gelten, wenn sie bereits bis zum Stichtag 1. Januar 2017 vorlag. Berufserfahrung, die seit Januar 2017 besteht – immerhin fast zehn Berufsjahre –, kann nicht mehr als gleichwertige Qualifikation im Sinne einer Fachweiterbildung angerechnet werden.

Die Zahl der nicht anrechenbaren Pflegefachpersonen steigt somit durch die generalistische Ausbildung und die notwendige Auslandsakquise weiter an. Gleichzeitig gehen zunehmend Pflegefachpersonen in Rente, die gemäß den Vorgaben der QFR-RL noch vollständig angerechnet werden können.

Verhältnis zwischen den Vorgaben und dem Behandlungsergebnis

Die Empfehlungen aus der ärztlichen AWMF-Leitlinie 087-001 „Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland“ zu den pflegerischen Personalschlüsseln wurden in der QFR-RL als Mindestanforderungen beziehungsweise als Muss-Kriterien strenger übernommen, als sie in der Leitlinie selbst formuliert wurden. Die Leitlinie ist zudem derzeit aufgrund einer Überarbeitung offline. Pflegerelevante Vorgaben wie die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) oder andere Nurse-to-Patient-Ratios, also Vorgaben zum zahlenmäßigen Verhältnis zwischen Pflegefachpersonen und den von ihnen betreuten Patient:innen, aus der internationalen pflegewissenschaftlichen Literatur wurden hingegen bislang in keine der Überarbeitungen der QFR-RL übernommen.

Das Verhältnis zwischen der Zahl der Pflegefachpersonen und der Zahl der betreuten Patient:innen ist nachweislich wichtig für das Behandlungsergebnis. Dies ist aus diversen pflegewissenschaftlichen Studien bekannt (Dall’Ora et al. 2022; Aiken et al. 2014). Die Erfüllung der Schichtquoten aus der QFR-RL zeigt hingegen keinen nachgewiesenen Zusammenhang mit einer geringeren Sterblichkeit (Roll et al. 2025).

Warum die Richtlinie weiterentwickelt werden muss

Die beschriebenen Probleme verdeutlichen, dass die pflegebezogenen Vorgaben der QFR-RL weiterentwickelt werden müssen. Geprüft werden sollten insbesondere:

- die Höhe und Verhältnismäßigkeit der Vergütungsabschläge,
- die Berechnung für den gesamten Krankenhausstandort, den gesamten Tag und alle Kinder im Wirkungsbereich der Richtlinie,
- fehlende Ausnahmen bei medizinisch zwingenden beziehungsweise unabweisbaren Aufnahmen und nicht möglichen Verlegungen,
- die Auswirkungen auf die Zahl der verfügbaren Betten,
- die Regeln zur Anrechenbarkeit von Pflegepersonal.

Außerdem sollten die Unterschiede zwischen der allgemeinen Berufserlaubnis und der eingeschränkteren Anrechenbarkeit gemäß der Richtlinie überprüft werden. Auch die Möglichkeiten zur Nachqualifizierung, die unterschiedlichen Nachweise, die Stichtagsregelungen und die Anerkennung langjähriger Berufserfahrung sollten neu bewertet und durchlässiger für fachlich nachqualifizierte Personen gestaltet werden. Konkrete Forderungen zur Weiterentwicklung sind dem nachfolgenden Abschnitt zu entnehmen.

Forderungen zur Weiterentwicklung der QFR-RL

Personelle Vorgaben sollten bürokratiearm, kongruent mit gesetzlichen Vorgaben für die Pflege und basierend auf pflegewissenschaftlicher Evidenz gestaltet sein. Hierzu wäre als Mindestanforderung eine Vorgabe gemäß den Pflegepersonaluntergrenzen für pädiatrische Intensivstationen ein pragmatischer Ansatz, insbesondere auch für gemischte neonatologische und pädiatrische Intensivstationen (NICU/PICU), die derzeit mehreren Logiken entsprechen müssen. Dies würde den Dokumentationsaufwand deutlich verringern und die Regelungen konsistent mit denen der anderen Intensivstationen der Kliniken gestalten.

Fachlich-inhaltlich müssen die personellen Vorgaben am tatsächlichen und von den hochqualifizierten Pflegeexpertinnen eingeschätzten pflegerischen sowie in jeder Schicht evaluierten Versorgungsbedarf ausgerichtet werden und den auf den Stationen gültigen Pflegekonzepten folgen. Die Einschätzung des Pflegebedarfs ist als Kern der Befugnisse der Pflege im Rahmen des Pflegeprozesses bereits als Vorbehaltstätigkeit festgeschrieben. Dabei kann auch ein Betreuungsschlüssel deutlich über der Mindestvorgabe notwendig werden. Von Schichterfüllungstabellen und Schichterfüllungsquoten ist bei fehlendem Nachweis eines Nutzens Abstand zu nehmen. Entscheidend muss sein, ob die fachlich erforderliche Versorgung tatsächlich gesichert ist.

Qualifikationsanforderungen sollten stärker kompetenzorientiert und weniger starr an Berufsbezeichnungen oder einzelnen pädiatrischen Ausbildungswegen ausgerichtet werden. Hier ist auf eine fundierte fachliche Einarbeitung und das Vorliegen von standardisierten Arbeits- und Verfahrensanweisungen (SOPs) zu setzen. Fachvertiefende Bachelorstudiengänge, etwa in Pädiatrie, Onkologie, Intensiv- oder Anästhesiepflege, sollten bei Erfüllung festgelegter Kompetenzprofile als gleichwertig mit der Fachweiterbildung anerkannt werden können. Auf Stichtage ist zu verzichten.

International ausgebildete Pflegefachpersonen sollten bei Vorliegen einer deutschen Berufserlaubnis oder Anerkennung grundsätzlich als Pflegefachpersonen ohne pädiatrische Vertiefung berücksichtigt werden. Durch Nachqualifizierungen, Anpassungslehrgänge oder fachvertiefende Module muss ihnen eine weitergehende Anrechenbarkeit ermöglicht werden. Maßgeblich sollte sein, ob die erforderlichen Kompetenzen vorhanden sind oder gezielt erworben werden können.

Gesundheits- und Krankenpflegende sowie Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne pädiatrischen Vertiefungseinsatz sollten auch vor und während der Weiterbildung „Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege“ unter klaren fachlichen Voraussetzungen auf einer neonatologischen Intensivstation eingesetzt werden können. Solange der Arbeitsmarkt die geforderten Qualifikationsprofile nicht ausreichend bereitstellt, sind zudem realistische Übergangs-, Anerkennungs- und Nachqualifizierungsmodelle erforderlich.

Meldepflichten sollten deutlich vereinfacht werden; insbesondere auf unverzügliche Meldungen ist zu verzichten. Der damit verbundene bürokratische Aufwand steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen. Bei einer geforderten Schichterfüllung von 100 Prozent verlören Ausnahmetatbestände zudem weitgehend ihre praktische Bedeutung. Zusätzliche Unterschriftenformulare widersprechen dem Ziel des Bürokratieabbaus, insbesondere bei kurzfristigen unterjährigen Meldungen. Die Meldeverfahren sollten daher vereinfacht, zusammengeführt und auf die tatsächlich erforderlichen Angaben begrenzt werden.

Der Vergütungswegfall nach § 9 Absatz 2 QFR-RL sollte nicht für alle Behandlungsfälle eines Standortes gelten, sondern auf die tatsächlich betroffene Station, Schicht, Zeitspanne und die betroffenen Fälle begrenzt werden. Fehlen beispielsweise 0,25 Vollzeitkräfte (VK), also ein Viertel einer Vollzeitstelle, in einer einzelnen Schicht, kann es ausreichen, dass der gesamte Tag als nicht erfüllt gilt. Eine geringe Abweichung in einer einzelnen Schicht darf nicht dazu führen, dass der gesamte Tag für mehrere

Stationen und alle dort behandelten Kinder als nicht erfüllt gilt. Pauschale Berechnungen sind dabei hochkomplexen und individuellen Fallwertbestimmungen vorzuziehen.

Würden die Pflegepersonaluntergrenzen auch auf die Neonatologie übertragen, könnte auf hochkomplexe individuelle Berechnungen verzichtet und der Logik der Sanktionsvereinbarung zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) gefolgt werden.

Sanktionen müssen insgesamt verhältnismäßig sein. Zu berücksichtigen wären neben Umfang und Dauer der Abweichung auch ihre Auswirkungen auf die Versorgung sowie besondere Situationen wie medizinisch zwingende beziehungsweise unabweisbare Aufnahmen oder fehlende Verlegungsmöglichkeiten.

Für Nachtdienste ist in § 11 Absatz 3 eindeutig festzulegen, welchem Kalendertag eine Nichterfüllung zugeordnet wird. Eine doppelte Erfassung und Sanktionierung desselben Nachtdienstes muss ausgeschlossen werden.

Ziel der Weiterentwicklung muss eine praxistaugliche, evidenzbasierte und sichere Regelung sein, die vorhandene Kompetenzen besser nutzt, Nachqualifizierung ermöglicht und verhindert, dass fachlich geeignete Pflegepersonen ausgeschlossen oder notwendige Versorgungskapazitäten reduziert werden.

Der VPU e. V. spricht sich daher für eine gemeinsame Überprüfung der Regelungen unter Beteiligung der Patientenvertretungen, der Pflegeprofession und der betroffenen Versorgungseinrichtungen aus.

Berlin, 10. August 2026