

Weiterentwicklung des Pflegebudgets: Bedarfsge- rechtigkeit, Qualität und Professionalisierung

Diskussionspapier

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Stand 03_2026

Erstellt von: Lisa Dobbert (M. Sc.), Lea Güttler (M. Sc.), Doreen Werner (M. Sc.)

Cottbus, 10.03.2026

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DRG	Diagnosis Related Group
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association - International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PEM	Pflegeentlastenden Maßnahmen
PPR 2.0	Pflegepersonalregelung 2.0
PPQ	Pflegepersonalquotienten
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Management Summary

Die Pflegefinanzierung in Deutschland steht vor einem notwendigen Entwicklungsschritt. Das bestehende Pflegebudget schafft Transparenz und verhindert ökonomisch motivierten Personalabbau, bildet jedoch weder Pflegebedarf noch Pflegequalität ausreichend ab. Internationale Modelle zeigen, dass moderne Pflegefinanzierung drei Dimensionen integrieren muss: Bedarfsgerechtigkeit, Qualitätsorientierung und Professionalisierung.

Dieses Diskussionspapier schlägt ein Vier-Säulen-Modell vor, das Pflege als eigenständige, qualitätsrelevante Leistung verankert. Ein ausreichend hoher Sockelbetrag stellt sicher, dass gesetzliche Vorgaben wie PPR 2.0, PpUGV und Qualitätsstandards realistisch erfüllbar sind. Pflegeaufwandsbezogene Zuschläge basieren auf standardisierten Pflegediagnosen (NANDA-I), Interventionen (NIC) und Outcomes (NOC) und ermöglichen eine bedarfsorientierte Ressourcensteuerung. Qualifikations- und Skill-Mix-Anreize fördern Fachpflege, akademische Pflege und Advanced Practice Nursing. Eine qualitätsorientierte Vergütung nutzt PROMs, PREMs und VBHC-Indikatoren, um pflegerische Wirksamkeit sichtbar zu machen und gute Pflege zu honorieren.

Ziel ist ein Finanzierungssystem, das nicht nur Personal refinanziert, sondern die Qualität und Professionalität der Pflege stärkt und damit Patientenergebnisse, Versorgungssicherheit und Attraktivität des Pflegeberufs nachhaltig verbessert.

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Ausgangslage und Problemstellung	5
3. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland	7
4. Anforderungen an ein modernes Pflegefinanzierungsmodell	8
5. Fundamentals of Care als pflegerisches Bezugsmodell	8
6. Pflegediagnostik und Qualitätskriterien als Grundlage bedarfsorientierter Finanzierung..	9
7. PROMs, PREMs und VBHC als Qualitätsdimensionen	10
8. Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets.....	10
9. Politischer Kontext und Reformdruck.....	13
10. Bedeutung eines ausreichend hohen Sockelbetrags	14
11. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation	15
12. Handlungsempfehlungen für Deutschland	15
13. Schlussfolgerung	16
Literaturverzeichnis	17
Anhang	20

1. Einleitung

Die Pflege im Krankenhaus ist ein zentraler Faktor für Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Systemstabilität. Gleichzeitig steht sie seit Jahren im Spannungsfeld zwischen steigenden Anforderungen, Fachkräftemangel und ökonomischem Druck. Die Art und Weise, wie Pflege finanziert wird, beeinflusst unmittelbar Personalausstattung, Qualifikationsniveau, Arbeitsbedingungen und damit die Qualität der Versorgung.

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden pflegerische Leistungen über Fallpauschalen mitfinanziert, jedoch ohne eigenständige Abbildung. Pflege war damit „unsichtbar“ und wurde in vielen Kliniken zur variablen Kostenposition. Die Folge war eine strukturelle Unterfinanzierung, die sich in Arbeitsverdichtung, Qualitätsrisiken und sinkender Attraktivität des Pflegeberufs niederschlug.

Seit 2020 werden Pflegepersonalkosten über ein eigenständiges Pflegebudget refinanziert. Dieser Schritt war notwendig, aber nicht hinreichend. Das Pflegebudget ist kostenbasiert, nicht bedarfsorientiert und bildet pflegerische Qualität bislang nicht ab. Internationale Entwicklungen zeigen jedoch klar: Moderne Pflegefinanzierung muss Pflegebedarf, Pflegequalität und Professionalisierung systematisch berücksichtigen.

Aktuelle Stellungnahmen zentraler Akteure bestätigen diese Einschätzung. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) betont in seiner jüngsten Positionierung, dass das Pflegebudget „unverzichtbar“ für Pflegequalität und Patientensicherheit sei und eine politische Relativierung der Zusammenhänge zwischen Personalausstattung und Versorgungsqualität „fachlich falsch und gefährlich“ wäre. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstreicht, dass das Pflegebudget seine politischen Ziele erreicht hat und eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung, insbesondere auf Basis der PPR 2.0, notwendig ist. Diese aktuellen Positionen verdeutlichen, dass das bestehende System zwar stabilisierende Effekte entfaltet, jedoch strukturell weiterentwickelt werden muss, um Bedarf, Qualität und Professionalisierung systematisch abzubilden.

Dieses Diskussionspapier entwickelt auf der Basis aktueller Evidenz und internationaler Modelle ein strukturiertes Konzept zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets. Mit dem Ziel, Pflege als eigenständige, qualitätsrelevante Profession und Leistung zu verankern.

2. Ausgangslage und Problemstellung

Das Pflegebudget hat in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen, die Finanzierung der Pflege zu stabilisieren und ökonomisch motivierten Personalabbau zu reduzieren. Trotz dieser positiven Effekte bestehen weiterhin zentrale strukturelle Defizite, die eine Weiterentwicklung des Systems erforderlich machen. Ein wesentliches Problem liegt in der fehlenden Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfs. Das Pflegebudget orientiert sich primär an den vorhandenen Stellen und nicht an der realen Pflegeintensität oder -komplexität. Dadurch bleiben relevante Unterschiede im Pflegeaufwand unberücksichtigt, was zu einer systematischen Unter- oder Überfinanzierung einzelner Bereiche führen kann.

Hinzu kommt, dass das aktuelle System keine systematische Qualitätsorientierung aufweist. Pflegequalität ist bislang nicht vergütungsrelevant, sodass klassische Indikatoren wie Sturz- oder Dekubitusraten zwar erfasst werden, jedoch nicht ausreichen, um die tatsächliche pflegerische Wirksamkeit abzubilden. Eine qualitätsorientierte Steuerung, die Ergebnis- und Prozessqualität berücksichtigt, findet somit nicht statt.

Ein weiteres Defizit besteht im hohen administrativen Aufwand. Budgetverhandlungen und umfangreiche Nachweispflichten binden erhebliche personelle Ressourcen, ohne dass daraus ein spürbarer Steuerungsgewinn entsteht. Die Komplexität der Verfahren steht in keinem angemessenen Verhältnis zu ihrem Nutzen und erschwert eine effiziente Umsetzung.

Schließlich fehlt im aktuellen System die Integration einer standardisierten pflegerischen Diagnostik und entsprechender Outcomes. Pflegebedarf wird nicht über valide, international etablierte Pflegediagnosen erfasst, sodass eine belastbare Datenbasis für eine bedarfsorientierte Finanzierung fehlt. Ohne die systematische Nutzung von Pflegediagnosen und pflegerischen Outcome-Messungen bleibt die tatsächliche Wirksamkeit pflegerischer Leistungen unsichtbar und kann weder abgebildet noch finanziell berücksichtigt werden.

Ein weiteres strukturelles Problem ergibt sich aus der Nutzung des Pflegelastkatalogs. Dieser basiert in seiner Kalkulation auf Kostendaten, die zwei Jahre zuvor abgerechnet wurden und bildet damit jeweils die aktuellsten plausibilisierten Leistungs- und Kostendaten ab. Der Pflegelastkatalog spiegelt somit nicht den aktuellen Pflegeaufwand wider, sondern orientiert sich an historischen Abrechnungswerten.

Pflege entwickelt sich jedoch dynamisch: Neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse führen, auch bei identischen medizinischen Diagnosen, zu veränderten Interventionen und Outcomes. Eine rückwärtsgewandte Beschreibung anhand vergangener Abrechnungsdaten reduziert die Profession Pflege auf eine Hilfsfunktion der medizinischen Diagnose und widerspricht dem Anspruch einer evidenzbasierten Pflege und Medizin.

Pflegehandlungen orientieren sich nur bedingt an der medizinischen Diagnose, sondern an den individuellen Problemen und Ressourcen der Patienten. Die medizinische Diagnose allein kann pflegerische Handlungsbegründungen nicht abbilden. Um den tatsächlichen Pflegebedarf valide zu erfassen, ist daher eine systematische Darstellung der pflegerischen Probleme und Ressourcen anhand standardisierter Pflegediagnosen (NANDA-I), Interventionen (NIC) und Outcomes (NOC) zwingend erforderlich. Nur so lässt sich der reale Pflegeaufwand adäquat beschreiben und bedarfsgerecht finanzieren.

Eine aktuelle empirische Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO 2026) bestätigt diese Entwicklungen und zeigt deutliche Struktur- und Mengeneffekte seit Einführung des Pflegebudgets. Neben den strukturellen Defiziten zeigen aktuelle empirische Analysen, dass das Pflegebudget seit seiner Einführung eine deutliche Ausgabendynamik entfaltet hat. Die Ausgaben steigen erheblich schneller als andere Kostenblöcke im Krankenhaus. So stieg das Pflegebudget in den Jahren 2021 und 2022 jeweils um über 6 % gegenüber dem Vorjahr, während in den Jahren 2023 und 2024 mit 8,4 % bzw. 10,5 % nochmals deutlich stärkere Zuwächse zu verzeichnen waren. Dieses Wachstum übersteigt die allgemeine Kostenentwicklung im Krankenhaussektor deutlich und weist auf strukturelle Fehlanreize hin.

Gleichzeitig zeigen die Daten, dass der Pflegedienst seit Einführung des Pflegebudgets zwar erheblich gewachsen ist, das Leistungsvolumen der Krankenhäuser jedoch weiterhin unter dem Niveau des Jahres 2019 liegt. Dies deutet darauf hin, dass der Personalaufbau nicht mit einer entsprechenden Leistungsentwicklung einhergeht und die zusätzlichen Ressourcen nicht zwingend zu einer höheren Versorgungskapazität führen.

Darüber hinaus treten zunehmend systemische Nebenwirkungen zutage. Dazu gehören eine steigende Komplexität der Budgetverhandlungen, Abgrenzungskonflikte zwischen DRG-System und Pflegebudget sowie eine ungleiche Verteilung von Pflegepersonal zwischen Krankenhaus und Langzeitpflege. Letzteres führt zu sektoralen Verschiebungen, die die Versorgungs-

sicherheit in beiden Bereichen beeinträchtigen können. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass das bestehende Pflegebudget zwar wichtige Impulse gesetzt hat, jedoch nicht geeignet ist, Pflegebedarf, Pflegequalität und Systemeffizienz langfristig in Einklang zu bringen.

Die Ergebnisse einer aktuellen bundesweiten Befragung des Pflegemanagements (Bundesverband Pflegemanagement, 2026) bestätigen diese Problemlagen empirisch. 89.5 % der Befragten bewerten das Pflegebudget als unverzichtbar für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, und über 80 % sehen ohne Pflegebudget die Personalstabilität gefährdet. Gleichzeitig zeigen die Daten, dass Qualitätsgewinne zwar wahrgenommen werden, jedoch maßgeblich von der Umsetzungsqualität abhängen, insbesondere von Transparenz, Einbindung des Pflegemanagements und einer klaren Governance. Diese Befunde unterstreichen, dass das Pflegebudget in seiner aktuellen Form zwar wirkt, seine Steuerungsfähigkeit jedoch begrenzt bleibt, solange Bedarf, Qualität und Professionalisierung nicht systematisch integriert werden.

3. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland

International existieren unterschiedliche Modelle der Krankenhaus- und Pflegefinanzierung, die sich grob in vier Grundtypen einteilen lassen: steuerfinanzierte Systeme, Sozialversicherungssysteme, privatwirtschaftliche Modelle und Mischformen. Diese unterscheiden sich hinsichtlich Zugangslogik, Steuerungsmechanismen und der Sichtbarkeit pflegerischer Leistungen.

Internationale Vergütungssysteme zeigen klare Trends:

- Entkopplung der Pflege von Fallpauschalen: Pflege wird zunehmend als eigenständige Leistung betrachtet.
- Qualitätsorientierte Vergütung: Outcome-basierte Vergütungsmodelle (z. B. Value-Based Purchasing in den USA) gewinnen an Bedeutung.
- Qualifikationsbezogene Finanzierung: Höher qualifizierte Pflege wird gezielt gefördert (z. B. UK, Niederlande).
- Pflegeaufwandsbezogene Klassifikationen: Die Transparenz über Pflegeleistungen wird systematisch durch Pflegeaufwand und -qualität erfasst (z. B. Japan).
- Starke Professionalisierung der Pflege

Für Deutschland besonders relevant ist die Erkenntnis, dass diagnosebezogene Systeme pflegerischen Aufwand systematisch unterbewerten. Die OECD weist seit Jahren darauf hin, dass Pflege als eigenständige Ressource gesteuert und finanziert werden muss, um Systemstabilität zu sichern. Genau deshalb braucht es pflegerische Diagnostik, etwa NANDA-I, NIC und NOC, um Pflegebedarf sichtbar zu machen und bedarfsorientiert abzubilden.

Die aktuellen Positionierungen von DBfK und DKG spiegeln diese internationalen Trends wider: Beide fordern eine bedarfsorientierte, qualitätsgesicherte und praktikable Weiterentwicklung des Pflegebudgets. Während der DBfK die Verknüpfung von Finanzierung, Personalbemessung und Qualitätsvorgaben betont, fordert die DKG eine konsequente Ausrichtung am objektiv ermittelten Bedarf und warnt zugleich vor überbordender Bürokratie. Diese Übereinstimmung unterschiedlicher Akteursgruppen verdeutlicht die Notwendigkeit eines integrierten, evidenzbasierten Modells.

4. Anforderungen an ein modernes Pflegefinanzierungsmodell

Ein zukunftsfähiges Pflegefinanzierungsmodell muss mehrere zentrale Anforderungen erfüllen, um den tatsächlichen Versorgungsrealitäten gerecht zu werden. Zunächst muss es bedarfsgerecht sein und den Pflegebedarf differenziert erfassen. Dies setzt voraus, dass Pflegebedarf valide und nachvollziehbar abgebildet wird, etwa durch den Einsatz standardisierter Pflegediagnostik und Klassifikationen, die Pflegeintensität und -komplexität systematisch erfassen. Nur so kann eine Finanzierung erfolgen, die sich am tatsächlichen Aufwand orientiert und nicht an historisch gewachsenen Stellenplänen.

Darüber hinaus muss ein modernes Modell qualitätsorientiert sein und pflegerische Qualität messbar machen. Pflegequalität darf nicht länger ein „weicher Faktor“ bleiben, sondern muss vergütungsrelevant werden. Instrumente wie PROMs, PREMs und pflegesensitive Qualitätsindikatoren ermöglichen eine differenzierte Abbildung von Ergebnis- und Prozessqualität. Gleichzeitig müssen gesetzliche Vorgaben wie PPR 2.0, die Pflegepersonaluntergrenzen und weitere Qualitätsstandards realistisch im Finanzierungssystem berücksichtigt werden.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Förderung der Professionalisierung. Qualifikationsmix, Fachpflege und akademische Pflege müssen finanziell abgebildet werden, um die Weiterentwicklung der Pflegeberufe zu unterstützen und pflegegeleitete Versorgungsmodelle zu stärken. Dies umfasst auch die Integration von Advanced Practice Nursing, deren Rollen einen nachweisbaren Beitrag zur Versorgungsqualität leisten.

Zudem muss das Finanzierungssystem strukturelle Sicherheit gewährleisten. Ein ausreichend hoher Sockelbetrag ist notwendig, um gesetzliche Anforderungen tatsächlich erfüllen zu können und eine stabile Grundversorgung sicherzustellen. Ein Sockelbetrag, der unterhalb dieser Schwelle liegt, führt zwangsläufig zu Unterbesetzung, Qualitätsrisiken und einer Überlastung des Pflegepersonals.

Schließlich ist die Reduktion von Bürokratie ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Ein modernes Finanzierungssystem muss steuerungswirksam und gleichzeitig administrativ handhabbar sein. Komplexität darf nur dort bestehen, wo sie einen klaren Nutzen für Transparenz, Qualität oder Steuerung erzeugt. Vereinfachte Nachweis- und Verhandlungsprozesse tragen dazu bei, Ressourcen dorthin zu lenken, wo sie am dringendsten benötigt werden: in die direkte Patientenversorgung.

Die Ergebnisse des Forschungsberichts zeigen zudem, dass die Wirkung des Pflegebudgets maßgeblich von der Governance abhängt. Einrichtungen, in denen Transparenz, Nachvollziehbarkeit und eine verbindliche Einbindung des Pflegemanagements gewährleistet sind, berichten signifikant positivere Effekte auf Qualität, Sicherheit und Personalstabilität. Ein modernes Finanzierungsmodell muss daher nicht nur bedarfs- und qualitätsorientiert sein, sondern auch klare Anforderungen an Transparenz, Beteiligung und Umsetzungsqualität formulieren.

5. Fundamentals of Care als pflegerisches Bezugsmodell

Die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung muss sich an einem professionellen Verständnis von Pflege orientieren. Die „Fundamentals of Care“ bieten hierfür einen international etablierten Bezugsrahmen, der die zentrale Bedeutung der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patienten betont und körperliche, psychosoziale sowie relationale Bedürfnisse integriert. Dieses Modell verdeutlicht, dass Pflege nicht nur aus einzelnen Tätigkeiten besteht, sondern aus

einem komplexen Zusammenspiel von Kommunikation, Vertrauen, klinischer Expertise und kontinuierlicher Bewertung.

Für die Finanzierung bedeutet dies: Pflegebedarf entsteht nicht allein durch medizinische Diagnosen, sondern durch die Gesamtheit der körperlichen, psychosozialen und relationalen Anforderungen eines Menschen. Ein modernes Finanzierungssystem muss diese Dimensionen abbilden, um pflegerische Wirksamkeit realistisch zu erfassen. Die Fundamentals of Care unterstreichen damit die Notwendigkeit standardisierter Pflegediagnostik (NANDA-I), Interventionen (NIC) und Outcomes (NOC), die genau diese Komplexität strukturiert erfassen.

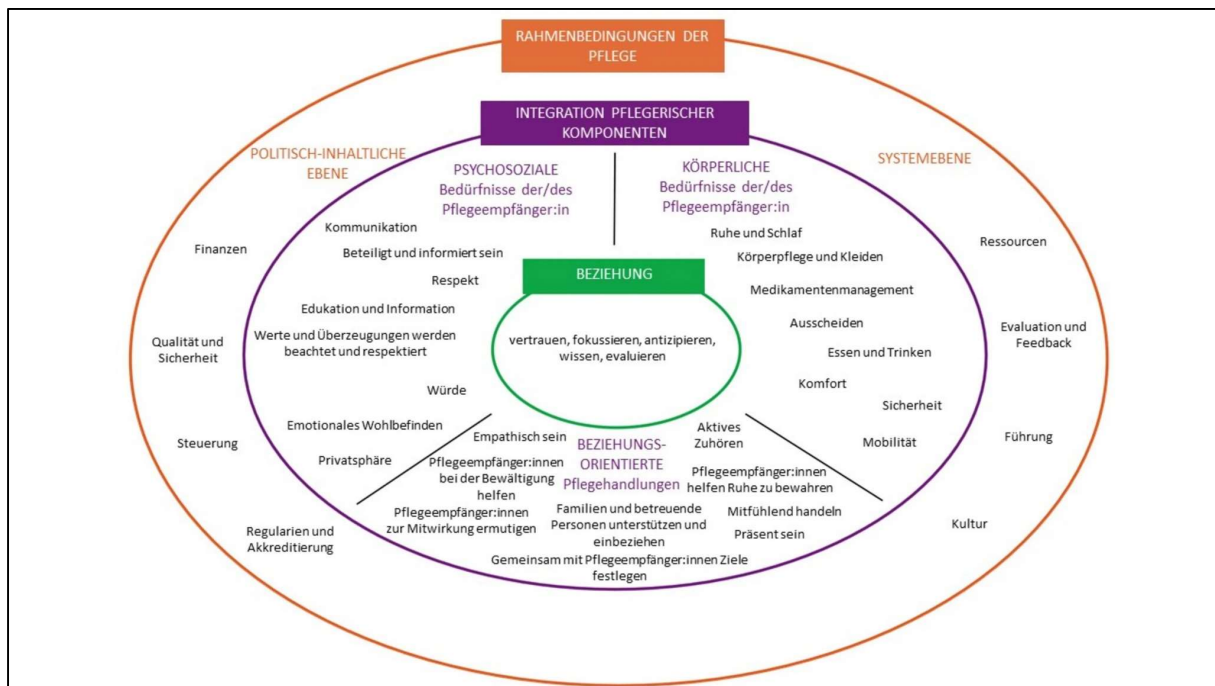


Abbildung 1: Fundamentals of Care Framework - Deutsche Übersetzung

6. Pflegediagnostik und Qualitätskriterien als Grundlage bedarfsorientierter Finanzierung

Eine bedarfsorientierte Finanzierung ist ohne eine standardisierte pflegerische Diagnostik nicht möglich. Die international etablierten Systeme NANDA-I, NIC und NOC bieten hierfür eine valide und konsistente Grundlage, da sie Pflegebedarf, pflegerische Maßnahmen und deren Ergebnisse systematisch erfassen. NANDA-I beschreibt die Pflegediagnosen und ermöglicht damit eine differenzierte Einschätzung von Pflegebedarf, Pflegeintensität und Komplexität. Darauf aufbauend definieren die NIC-Interventionen die pflegerischen Maßnahmen, die zur Bewältigung der jeweiligen Diagnosen erforderlich sind. Die NOC-Outcomes wiederum messen die Wirksamkeit dieser Interventionen und machen pflegerische Ergebnisse sichtbar und vergleichbar.

Diese drei Komponenten bilden gemeinsam ein geschlossenes System, das sowohl die Planung als auch die Bewertung pflegerischer Leistungen ermöglicht. Für die Finanzierung ergeben sich daraus wesentliche Vorteile: Pflegeaufwand wird objektivierbar, die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen wird transparent, und es entsteht eine belastbare Grundlage für pflegeaufwandsbezogene Zuschläge ebenso wie für qualitätsorientierte Vergütungsmodelle. Ein Beispiel verdeutlicht dies: Bei der Pflegediagnose „Beeinträchtigte Mobilität“ können gezielte NIC-Interventionen wie die Mobilitätsförderung eingesetzt werden, deren Erfolg sich über den

entsprechenden NOC-Outcome, etwa das Mobilitätslevel auf einer Skala von 1 bis 5, messen lässt. Ein hoher Pflegeaufwand würde in diesem Modell zu einem entsprechenden Zuschlag führen, während eine nachweisliche Verbesserung des Outcomes zusätzlich über Qualitätsboni honoriert werden könnte.

Tabelle 1: International etablierte Systeme

NANDA-I – Pflegediagnosen	NIC – Pflegeinterventionen	NOC – Pflegeoutcomes
Erfassen Pflegebedarf, Pflegeintensität und Komplexität.	Beschreiben die pflegerischen Maßnahmen, die zur Bewältigung der Diagnosen notwendig sind.	Messen die Wirksamkeit pflegerischer Interventionen.

7. PROMs, PREMs und VBHC als Qualitätsdimensionen

Pflegequalität muss über Ergebnis- und Erfahrungsmessungen sichtbar sein. Die in der Tabelle aufgeführten Dimensionen müssen vergütungsrelevant werden.

Tabelle 2: PROMs, PREMs und VBHC als Qualitätsdimensionen

PROMs – Ergebnisqualität	PREMs – Prozessqualität	VBHC – Systemqualität
Pflege beeinflusst u. a.: – Mobilität – Schmerz – psychisches Wohlbefinden – Lebensqualität – Symptomlast	Pflege prägt Patientenerleben stärker als jede andere Berufsgruppe. Wichtige Dimensionen: – Kommunikation – Reaktionszeit – wahrgenommene Sicherheit – Empathie – Kontinuität	Value = Outcomes / Kosten Pflege beeinflusst: – Komplikationsraten – Mortalität – Wiederaufnahmeraten – Liegedauer – Patientenzufriedenheit

8. Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets

Das Idealmodell zielt darauf ab, Pflege als eigenständige, qualitätsrelevante Leistung zu finanzieren und gleichzeitig Effizienz, Bedarfsgerechtigkeit und Professionalität zu fördern. Es kombiniert Struktursicherung, Bedarfsgerechtigkeit und Qualitätsorientierung.

Tabelle 3: Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets

Säule 1: Pflege-Sockelbudget (Struktursicherung)
– Finanzierung aller notwendigen Pflegestellen – Abbildung von PPR 2.0, PpUGV und Qualitätsvorgaben – Differenzierung nach Qualifikationsniveau – Ziel: strukturelle Unterbesetzung verhindern

Säule 2: Pflegeaufwandsbezogene Zuschläge (Bedarfsgerechtigkeit)
– basierend auf NANDA-I / NIC / NOC – tages- oder fallbezogen – Ressourcen folgen dem tatsächlichen Pflegebedarf Beispiel: Hohe Pflegeintensität bei Delir, Mobilitätseinschränkung, Multimorbidität → Zuschlag.
Säule 3: Qualifikations- und Skill-Mix-Anreize (Professionalisierung)
– Förderung von Fachpflege – Förderung akademischer Pflege – Förderung APN-Rollen – Anreiz für pflegegeleitete Versorgungsmodelle
Säule 4: Qualitätsorientierte Pflegevergütung (Entwicklung)
– PROMs, PREMs, pflegesensitive Indikatoren – Bonus statt Sanktionen – kontinuierliche Qualitätsentwicklung Beispiele für pflegesensitive Qualitätsindikatoren: Schmerzreduktion, Mobilitätsverbesserung, Reduktion von Fatigue, wahrgenommene Sicherheit, pflegesensitive Komplikationen

Das Vier-Säulen-Modell ergänzt das bestehende Pflegebudget um Bedarfs- und Qualitätsdimensionen und verankert Pflege als eigenständige Leistung im Vergütungssystem.

Die Notwendigkeit eines solchen integrierten Modells wird sowohl politisch als auch empirisch gestützt. Der DBfK fordert explizit die systematische Verknüpfung von Pflegebudget, Personalbemessung und Qualitätsvorgaben. Die DKG plädiert für eine bedarfsorientierte Ausrichtung des Pflegebudgets auf Basis der PPR 2.0. Der Forschungsbericht des Bundesverbands Pflege-management zeigt, dass das Pflegebudget zwar als Sicherungsfaktor wirkt, seine Effekte jedoch stark von der Umsetzungsqualität abhängen. Das Vier-Säulen-Modell adressiert diese Anforderungen, indem es Struktur, Bedarf, Qualifikation und Qualität in einem kohärenten System verbindet.

Die nachfolgende Abbildung (Abbildung 1) veranschaulicht das im Diskussionspapier beschriebene Vier-Säulen-Modell in seinem systemischen Kontext. Sie zeigt, wie die vier zentralen Elemente – Sockelbudget, Pflegeaufwand, Qualifikation und Skill-Mix sowie qualitätsorientierte Vergütung – in ein umfassendes Rahmenmodell eingebettet sind, das Finanzierung, gesetzliche Vorgaben, Kerndaten und Qualitätsanforderungen miteinander verbindet.

Die Grafik macht deutlich, dass die Weiterentwicklung des Pflegebudgets nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern auf einem strukturierten Fundament aus Kerndaten, pflegerischen Basisinformationen und Qualitätsanforderungen aufbaut.

Gleichzeitig zeigt sie, wie die vier Säulen unterschiedliche Versorgungsbereiche, von Low Care über Normal Care bis hin zu High Care und IMC, tragen und differenziert unterstützen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Modell sowohl die pflegerische Perspektive als auch eine interprofessionelle Betrachtung berücksichtigt. Die Integration von Kerndaten, pflegesensitiven Qualitätsindikatoren und strukturellen Vorgaben schafft die Grundlage für ein Finanzierungssystem, das Pflegebedarf, Pflegequalität und Professionalisierung gleichermaßen

abbildet. Die Abbildung verdeutlicht damit die Logik eines modernen, evidenzbasierten Pflegefinanzierungsmodells, das sowohl die strukturelle Sicherheit als auch die Weiterentwicklung der Pflegepraxis gewährleistet.

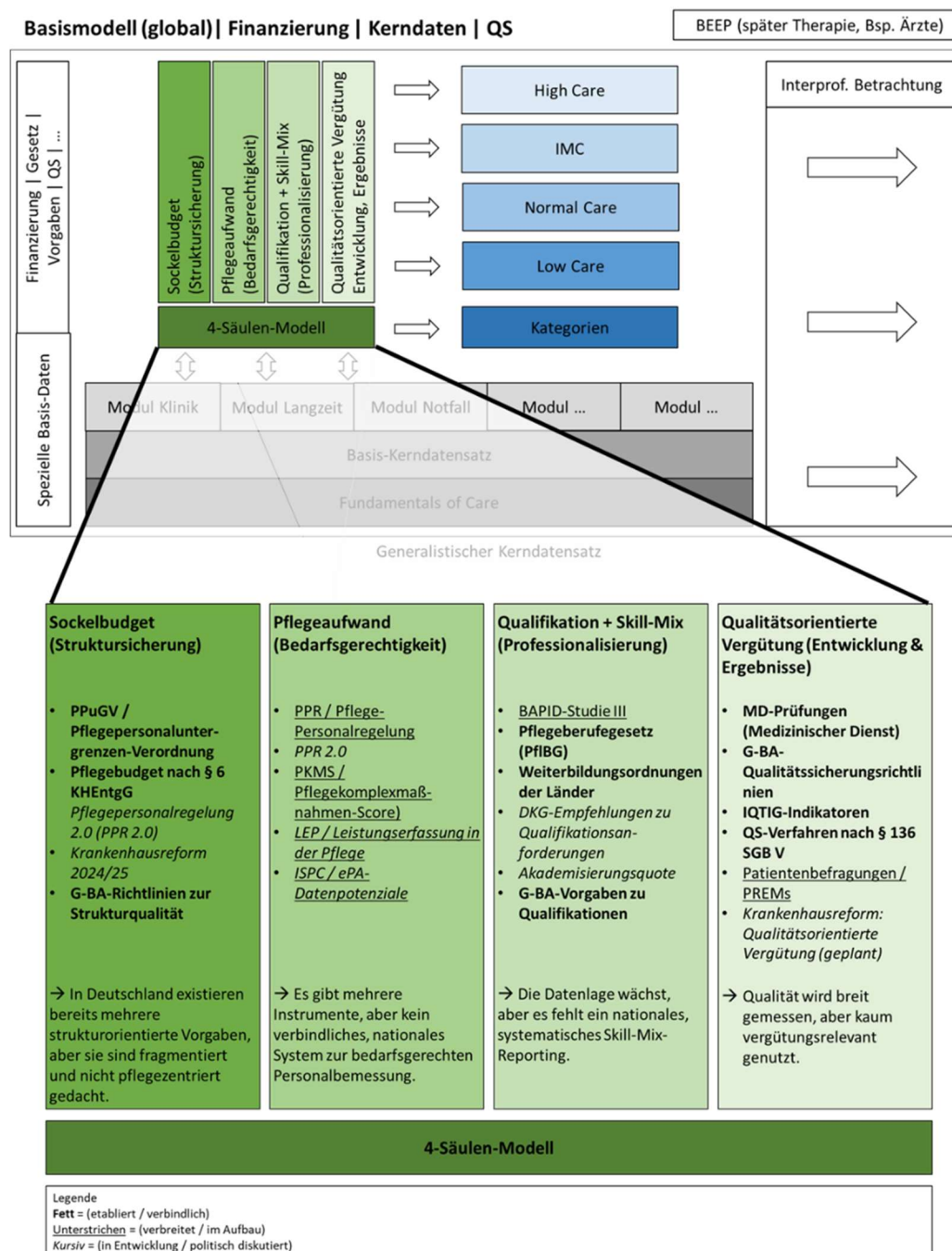


Abbildung 2: Systemische Einbettung des Vier-Säulen-Modells – Struktur, Finanzierung, Kerndaten und Qualitätsdimensionen

Darüber hinaus stärkt das Modell interprofessionelle Zusammenarbeit, da klare Rollen, transparente Verantwortlichkeiten und eine valide Datenbasis gemeinsame Entscheidungsprozesse erleichtern. Interprofessionelle Erfolgsfaktoren wie abgestimmte Kommunikation, gemeinsame Zieldefinition und die Anerkennung pflegerischer Expertise werden damit systematisch unterstützt. Interprofessionelle Erfolgsfaktoren wie abgestimmte Kommunikation, gemeinsame Entscheidungsprozesse und klare Rollenabgrenzungen lassen sich beispielsweise über validierte

Instrumente wie die Interprofessional Collaboration Scale (ICS) erfassen, die zentrale Dimensionen gelingender Teamarbeit systematisch abbildet.

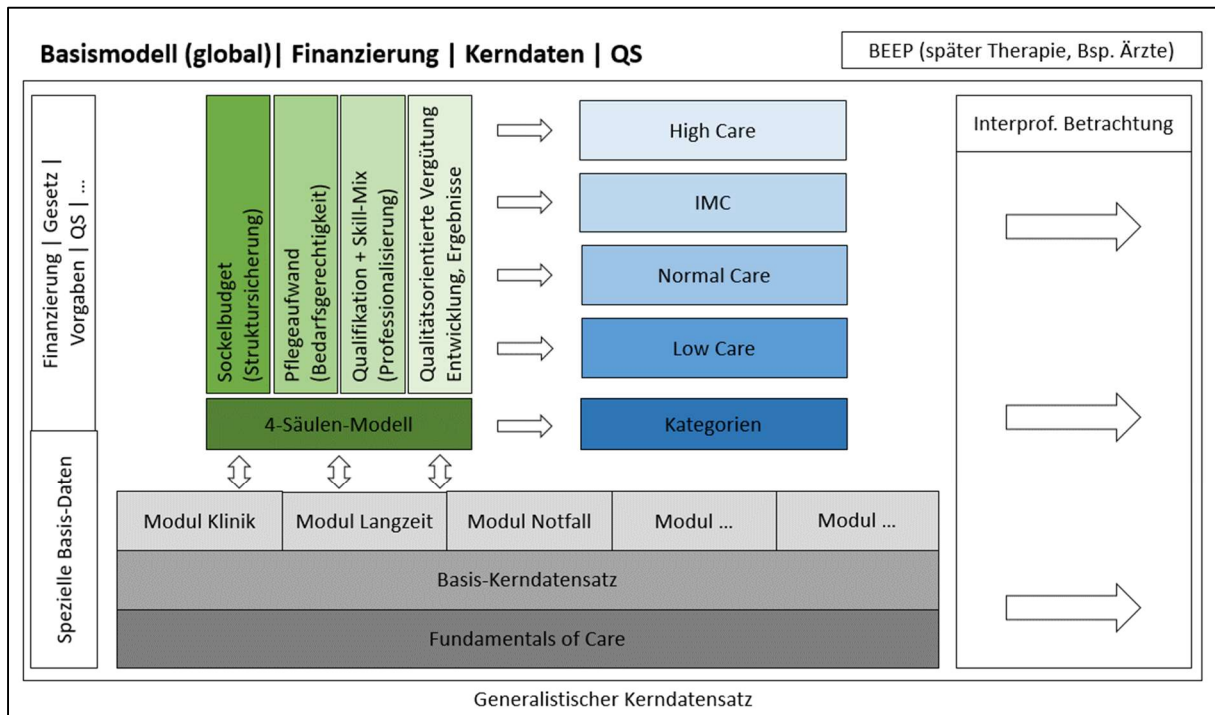


Abbildung 3: Vier-Säulen-Modell in systemischem Kontext

Ein praktisches Beispiel für die Anwendung des Vier-Säulen-Modells findet sich im Anhang. Am Beispiel der Wundversorgung wird dort dargestellt, wie Sockelbudget, Pflegeaufwand, Qualifikationsmix und Qualitätsindikatoren in einem konkreten Versorgungsszenario zusammenwirken. Die Abbildung zeigt, wie das Modell unterschiedliche Versorgungsniveaus, modulare Erweiterungen und pflegerische Kerndaten integriert und damit eine bedarfs- und qualitätsorientierte Steuerung ermöglicht.

9. Politischer Kontext und Reformdruck

Die aktuelle politische Diskussion zeigt deutlich, dass das bestehende Pflegebudget in seiner jetzigen Form nicht als dauerhaft tragfähiges Finanzierungsinstrument betrachtet wird. Sowohl kurzfristige als auch mittelfristige Reformoptionen werden intensiv diskutiert, um Fehlanreize zu reduzieren, Ausgabensteigerungen zu dämpfen und die Steuerungsfähigkeit des Systems zu verbessern.

Die aktuelle Debatte ist geprägt von gegensätzlichen politischen Signalen: Während einzelne Krankenkassen das Pflegebudget als Kostenrisiko darstellen, weisen sowohl DBfK als auch DKG diese Sichtweise zurück und betonen die Gefahren einer politisch motivierten Aushöhlung. Der Forschungsbericht zeigt zudem, dass ein Wegfall des Pflegebudgets aus Sicht des Pflegemanagements zu Versorgungseinbußen, Stellenabbau und Einschränkungen qualitätssichernder Maßnahmen führen würde. Diese Entwicklungen verdeutlichen den Reformdruck und die Notwendigkeit eines evidenzbasierten, integrierten Weiterentwicklungsmodells.

Kurzfristige Maßnahmen (1–2 Jahre)

Kurzfristige Reformansätze zielen darauf ab, die Ausgabendynamik des Pflegebudgets zu begrenzen und Fehlentwicklungen schnell zu korrigieren. Diskutiert werden unter anderem:

- Begrenzung des Personalaufbaus über Schwellenwerte des Pflegepersonalquotienten (PPQ), etwa durch eine Deckelung zusätzlicher Stellen bei besonders hohem Pflegeaufwand je Vollkraft.
- Begrenzung der Kosten je Vollkraft, beispielsweise durch Orientierung an Grundlohnsomme oder Teilorientierungswert.
- Pauschale Budgetdeckelungen auf Hausebene, die unabhängig von Leistungsentwicklung oder Personalstruktur greifen.
- Abschaffung der pauschalen Pflegeentlastenden Maßnahmen (PEM), die seit 2025 ohne Einzelnachweis geltend gemacht werden können.
- Wiedereingliederung einzelner Berufsgruppen (z. B. Entbindungspflege) in das DRG-System.

Diese Maßnahmen verdeutlichen, dass der Gesetzgeber kurzfristig steuernd eingreifen könnte, um die Dynamik des Pflegebudgets zu stabilisieren.

Mittelfristige Maßnahmen (3–5 Jahre)

Mittelfristig werden strukturelle Reformen diskutiert, die stärker an Bedarf und Qualität anknüpfen:

- Einführung eines Pflegebedarfsfaktors im DRG-System, der pflegerischen Aufwand differenziert abbildet.
- Minutengenaue Abrechnung pflegerischer Leistungen, digital dokumentiert und qualifikationsbezogen vergütet.
- Nursing Related Groups (NRG) als pflegebezogenes Pendant zu DRGs, mit pauschalen Bewertungsrelationen je Pflegeaufwand.
- Einführung eines bundesweit einheitlichen Pflegeklassifikationssystems, das Pflegeintensität und -komplexität systematisch erfasst.

Diese Reformoptionen zeigen, dass die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung bereits politisch vorbereitet wird. Das in diesem Diskussionspapier vorgeschlagene Vier-Säulen-Modell ist damit nicht nur konzeptionell, sondern auch politisch anschlussfähig.

10. Bedeutung eines ausreichend hohen Sockelbetrags

Der Sockelbetrag ist die strukturelle Basis des gesamten Modells. Er muss so bemessen sein, dass gesetzliche Vorgaben realistisch erfüllbar sind, nicht nur rechnerisch. Ein Sockelbetrag unterhalb der gesetzlichen Anforderungen führt zwangsläufig zu Unterbesetzung, Qualitätsrisiken und struktureller Überlastung des Pflegepersonals. Im Sockelbetrag zwingend enthalten sein müssen:

Tabelle 4: Anforderungen an den Sockelbetrag

Vorgabe	Bedeutung
PPR 2.0	Mindestpersonal pro Schicht und Kategorie vollständig finanzieren
PpUGV	Untergrenzen dauerhaft sicherstellen
Qualitätsvorgaben	Fachkraftquote, pflegesensitive Outcomes, Qualifikationsmix

11. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation

Die in Tabelle 5 dargestellten Implikationen zeigen, dass eine Reform der Pflegefinanzierung weit über die reine Budgetlogik hinausgeht. Sie beeinflusst unmittelbar die Versorgungsqualität, die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und die Steuerungsfähigkeit der Krankenhäuser. Eine bedarfsgerechte Finanzierung stärkt die Patientensicherheit und reduziert Komplikationen, während gleichzeitig die Attraktivität des Pflegeberufs steigt und qualifizierte Pflege gezielt gefördert wird. Für die Organisationen entsteht eine belastbare Grundlage für Planung, Verantwortungszuweisung und Transparenz. Damit wird deutlich: Eine moderne Pflegefinanzierung ist ein zentraler Hebel für Qualität, Effizienz und Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Tabelle 5: Systemische Implikationen einer modernen Pflegefinanzierung

Versorgung	Personal	Organisation
– Höhere Patientensicherheit – Bessere Ergebnisqualität – Geringere Komplikationsraten – Kürzere Liegedauern	– Entlastung durch bedarfsgerechte Personalausstattung – Höhere Attraktivität des Berufs – Förderung von Fachpflege und akademischer Pflege – Bessere Teamstabilität	– Valide Datenbasis für Steuerung – Klare Verantwortlichkeiten – Bessere Planbarkeit – Höhere Transparenz gegenüber Kostenträgern

12. Handlungsempfehlungen für Deutschland

Für die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung in Deutschland ergeben sich mehrere zentrale Handlungsempfehlungen, die sowohl die strukturellen Anforderungen des Versorgungssystems als auch internationale Erkenntnisse berücksichtigen. Zunächst sollte das bestehende Pflegebudget um bedarfs- und qualitätsorientierte Komponenten erweitert werden. Eine reine Kostenrefinanzierung reicht nicht aus, um pflegerische Wirksamkeit, Pflegeintensität und Versorgungsqualität abzubilden. Stattdessen braucht es ein Modell, das Pflegebedarf systematisch erfasst und gleichzeitig Anreize für qualitativ hochwertige Pflege setzt.

Ein weiterer wesentlicher Schritt ist die Einführung standardisierter Pflegeklassifikationen. Die gesetzliche Verankerung eines einheitlichen Systems zur Abbildung von Pflegeintensität und -komplexität, beispielsweise auf Basis von NANDA-I, NIC und NOC, würde eine valide, vergleichbare und steuerungswirksame Grundlage schaffen. Dadurch ließe sich Pflegebedarf objektiv erfassen und in die Finanzierung integrieren.

Darüber hinaus ist die Stärkung der pflegerischen Eigenverantwortung erforderlich. Pflegerische Leistungen müssen klar im SGB V verortet werden, um die professionelle Autonomie der Pflege zu stärken und rechtliche Klarheit über Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zu schaffen. Dies ist eine Voraussetzung für moderne, pflegegeleitete Versorgungsmodelle.

Die Verknüpfung von Finanzierung und Qualität stellt eine weitere zentrale Empfehlung dar. Durch die Nutzung von PROMs, PREMs und pflegesensitiven Indikatoren in Vergütungsmodellen kann Pflegequalität sichtbar gemacht und finanziell honoriert werden. Eine solche Qualitätsorientierung würde nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch die Attraktivität des Pflegeberufs steigern.

Zudem sollte die Professionalisierung der Pflege durch gezielte finanzielle Anreize gefördert werden. Dies umfasst die Unterstützung von Fachpflege, akademischer Pflege und Advanced Practice Nursing. Ein differenzierter Skill-Mix trägt nachweislich zu besseren Patientenergebnissen, höherer Teamstabilität und effizienteren Versorgungsprozessen bei.

Schließlich ist ein konsequenter Bürokratieabbau notwendig. Nachweis- und Verhandlungsprozesse sollten dort vereinfacht werden, wo sie keinen unmittelbaren Steuerungsnutzen bringen. Ein modernes Finanzierungssystem muss administrativ handhabbar sein, ohne an Transparenz oder Steuerungswirkung zu verlieren.

Ergänzend zu den beschriebenen Handlungsempfehlungen sollte die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung sich an einer klaren Zielmatrix orientieren, die sowohl die Interessen der Pflege als auch die Anforderungen des Gesundheitssystems berücksichtigt. Die politische Diskussion zeigt vier zentrale Zielrichtungen:

Erstens müssen Fehlallokationen vermieden werden. Das Finanzierungssystem darf keine Anreize setzen, pflegerische Tätigkeiten in fachfremde Bereiche zu verlagern oder Personalstrukturen zu verzerren. Zweitens gilt es, die berechtigten Interessen der Pflege zu wahren. Pflege darf nicht als reiner Kostenfaktor betrachtet werden, sondern muss als qualitätsrelevante Profession anerkannt und entsprechend finanziert werden. Drittens müssen die Transaktionskosten reduziert werden. Budgetverhandlungen, Testierungen und Nachweispflichten dürfen nicht mehr Ressourcen binden als notwendig und müssen effizienter gestaltet werden. Viertens sollte langfristig eine Outcome-Orientierung angestrebt werden, bei der der Wert pflegerischer Leistungen, gemessen an Ergebnissen und Patientenerfahrungen, zum zentralen Maßstab der Vergütung wird.

Diese Zielmatrix unterstreicht, dass die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung nicht nur eine technische Anpassung, sondern ein strategischer Schritt hin zu einem modernen, qualitätsorientierten Versorgungssystem ist.

13. Schlussfolgerung

Die Weiterentwicklung des Pflegebudgets ist notwendig, um Pflegebedarf, Pflegequalität und Professionalisierung systematisch abzubilden. Das vorgeschlagene Vier-Säulen-Modell verbindet Struktursicherung, Bedarfsgerechtigkeit und Qualitätsorientierung zu einem modernen, evidenzbasierten Finanzierungssystem. Es schafft die Grundlage dafür, dass Pflege nicht nur refinanziert, sondern als eigenständige, qualitätsrelevante Leistung anerkannt und gefördert wird.

Die aktuellen Positionen von DBfK und DKG sowie die empirischen Ergebnisse des Bundesverbands Pflegemanagement bestätigen die Grundannahmen dieses Papiers: Das Pflegebudget bleibt ein zentraler Sicherungsfaktor, wirkt jedoch nur nachhaltig, wenn Bedarf, Qualität, Professionalisierung und Governance gemeinsam gedacht werden. Das Vier-Säulen-Modell bietet dafür einen klaren, zukunftsorientierten Rahmen.

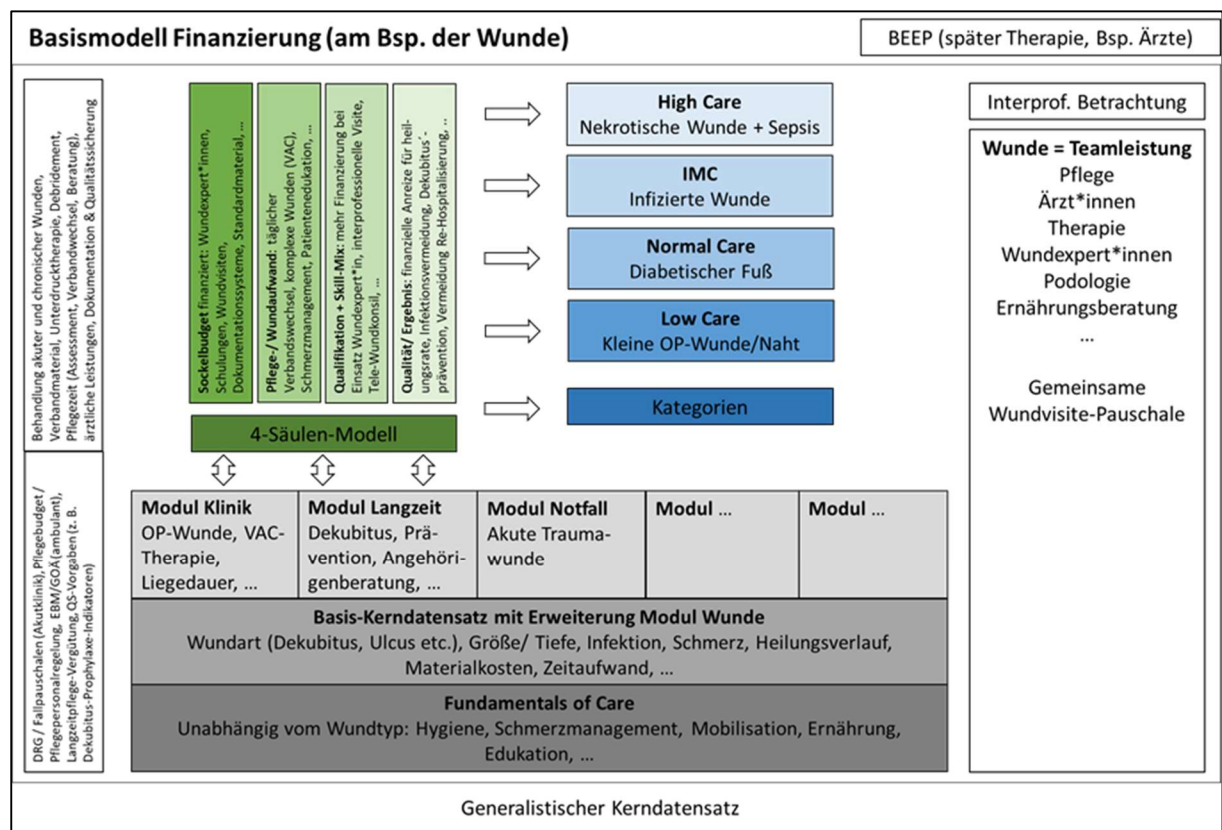
Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*. The Lancet, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken, L. H., et al. (2017). *Nurse staffing and patient outcomes: A longitudinal study*. BMJ Quality & Safety, 26(7), 559–567.
- Black, N. (2013). *Patient reported outcome measures could help transform healthcare*. BMJ, 346, f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
- BMC. (2025). *Regelungsvorschlag Value-Based Care*. <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2025-09-08-BMC-Regelungsvorschlag-VBC.pdf>
- Buchan, J., et al. (2018). *Nursing workforce policy and the economic crisis*. Journal of Nursing Scholarship, 50(1), 5–12.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (Eds.). (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality?* WHO Regional Office for Europe.
- Carefluencer. (2026). *Value-based healthcare*. <https://carefluencer.de/value-based-healthcare/>
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2025). *Forderungen an die zukünftige Bundesregierung*. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://www.dbfk.de/de/index.php>
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2025, 19. November). *Klares Plädoyer für eine Beibehaltung und Reform des Pflegebudgets*. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://www.dbfk.de/de/index.php>
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2026, 27. Januar). *Keine Schnellschüsse in der Debatte ums Pflegebudget*.
- Doran, D. (Ed.). (2011). *Nursing outcomes: The state of the science*. Jones & Bartlett Learning.
- Duckett, S., & Willcox, S. (2015). *The Australian health care system (5th ed.)*. Oxford University Press.
- ETKHO. (2026, Februar 4). *Value-based healthcare: Shifting the paradigm in healthcare*. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://www.etkho.com/en/value-based-healthcare-shifting-the-paradigm-in-healthcare/>
- Griffiths, P., et al. (2018). *Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals*. BMJ Quality & Safety, 27(6), 441–450.
- Griffiths, P., et al. (2018). *Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality*. BMJ Quality & Safety.
- InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2025). *Erläuterungen zum Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand (Pflegelastkatalog), Version 2025*.

- *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*. (o. J.). Standard sets. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://www.ichom.org>
- International Learning Collaborative (ILC). (o.J.). *The Fundamentals of Care Framework*. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>
- Jenkinson, C., Coulter, A., & Bruster, S. (2002). *Patients' experiences and satisfaction with health care*. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 335–339.
- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). *Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration*. *BMC Health Services Research*, 10, 83.
- Kingsley, C., & Patel, S. (2017). *Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures*. *BJA Education*, 17(4), 137–144.
- Kovacs, E., et al. (2021). *The impact of DRG-based hospital payment on nursing resources*. *Health Policy*, 125(10), 1333–1341.
- Needleman, J., et al. (2011). *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*. *New England Journal of Medicine*, 364, 1037–1045.
- NHS England. (2018). *Guidance on the use of PROMs and PREMs in quality measurement*.
- Mühlbacher, A. (2026). *BMC-Impulspapier sektorenunabhängige Versorgung*. LinkedIn. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://de.linkedin.com/pulse/bmc-impulspapier-sektorenunabh%C3%A4ngige-versorgung-mit-care-m%C3%BChlbacher-hru5e>
- OECD. (2017). *Measuring what matters: The patient-reported indicator surveys (PaRIS)*. OECD Publishing.
- OECD. (2019a). *Fiscal sustainability of health systems*. OECD Publishing.
- OECD. (2019b). *Recommendations to OECD Ministers of Health from the PaRIS initiative*. OECD Publishing.
- OECD. (2020). *Health at a glance: Europe*. OECD Publishing.
- Porter, M. E. (2010). *What is value in health care?* *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). *The strategy that will fix health care*. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Sermeus, W., et al. (2011). *Nurse staffing and patient outcomes: Systematic review*. *Health Services Research*, 46(2), 430–449.
- Springer. (2024). Artikel. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00108-024-01767-3>
- Welton, J. M., & Harper, E. M. (2016). *Measuring nursing intensity: Implications for financing*. *Journal of Nursing Administration*, 46(2), 89–96.

- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). (2026). *Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz*. WIdO e-Paper 6.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020*. WHO.
- Wolf, J. A. (2017). *The patient experience: Driving outcomes and value*.

Anhang



Anhang 1: Beispielhafte Anwendung des Vier-Säulen-Modells in der Wundversorgung