

Weiterentwicklung des Pflegebudgets: Bedarfsge- rechtigkeit, Qualität und Professionalisierung

Diskussionspapier

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Stand 05_2026

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

Cottbus, 21.05.2026

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BEEP-Gesetz	Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group
KHAG	Krankenhausreformanpassungsgesetz
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association - International
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OECD	Organization 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
SGB	Sozialgesetzbuch
süV	sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
VBHC	Value-Based Healthcare
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fundamentals of Care Framework - Deutsche Übersetzung	12
Abbildung 2: Systemische Einbettung des Vier-Säulen-Modells – Struktur, Finanzierung, Kerndaten und Qualitätsdimensionen	17
Abbildung 3: Vier-Säulen-Modell in systemischem Kontext	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: International etablierte Systeme	14
Tabelle 2: PROMs, PREMs, VBHC und Ergebniswirksamkeit als Qualitätsdimensionen	15
Tabelle 3: Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets	16
Tabelle 4: Anforderungen an den Sockelbetrag	20
Tabelle 5: Systemische Implikationen einer modernen Pflegefinanzierung	21

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.

Das vorliegende Diskussionspapier wurde vollständig an die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen und fachpolitischen Entwicklungen angepasst. Alle relevanten Veröffentlichungen, Reformvorhaben und regulatorischen Neuerungen zur Pflegefinanzierung, Personalbemessung und Qualitätsmessung wurden bis einschließlich April berücksichtigt. Damit bildet das Papier den derzeitigen Wissens- und Debattenstand ab und stellt sicher, dass die vorgeschlagenen Struktur- und Finanzierungsansätze sowohl rechtlich anschlussfähig als auch fachlich zukunftsorientiert sind.

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Ausgangslage und Problemstellung	7
3. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland	9
4. Anforderungen an ein modernes Pflegefinanzierungsmodell	10
5. Fundamentals of Care als pflegerisches Bezugsmodell	12
6. Pflegediagnostik und Qualitätskriterien als Grundlage bedarfsorientierter Finanzierung	13
7. PROMs, PREMs und VBHC als Qualitätsdimensionen	15
8. Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets.....	16
8.1. Das Vier Säulen Modell im Kontext aktueller Veröffentlichungen	18
9. Politischer Kontext und Reformdruck.....	19
10. Bedeutung eines ausreichend hohen Sockelbetrags	20
11. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation	21
12. Handlungsempfehlungen für Deutschland	21
13. Fazit und Ausblick.....	22
Literaturverzeichnis	24
Anhang	28
Operationalisierung des Vier-Säulen-Modells.....	29
Umsetzungsschritte und Governance	30

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 (Busse et al. 2011).

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.

Zusätzlich weist die Stellungnahme der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. (2026) darauf hin, dass die bisherige Ausgestaltung des Pflegebudgets zentrale Steuerungsdefizite aufweist. Insbesondere fehle eine indikatorengestützte Qualitäts- und Bedarfssteuerung, die Routinedaten systematisch nutzt, um Unterbesetzung sichtbar zu machen und Pflegequalität verbindlich abzubilden. Das vorgeschlagene indikatorengeleitete Pflegebudget mit Ampelmodell zeigt, dass eine datenbasierte, operationalisierbare Steuerungslogik möglich ist, die Bürokratie reduziert und gleichzeitig Qualitätsentwicklung fördert.

Auch die jüngsten Einschätzungen von Beivers (2026) verdeutlichen, dass die Krankenhausreform in ihrer aktuellen Form zentrale strukturelle Probleme nicht löst. Die Vorhaltefinanzierung bleibe faktisch an Fallzahlen gekoppelt und gefährde damit die Struktursicherheit vieler Standorte. Beivers' Vorschlag einer Dreiteilung der Krankenhausleistungen (akut & nicht planbar, komplex & selten, planbar & elektiv) bestätigt die Notwendigkeit einer differenzierten, qualitätsorientierten und pflegebezogenen Weiterentwicklung der Finanzierung.

Mit dem Krankenhausreformatenpassungsgesetz (KHAG, 2026) wird zudem die Bedeutung verbindlicher Qualitätskriterien, transparenter Versorgungsstufen und struktureller Sicherung weiter gestärkt. Diese Entwicklungen unterstreichen, dass Pflegefinanzierung künftig stärker an Qualitätsindikatoren, pflegerische Diagnostik und strukturelle Anforderungen gekoppelt werden muss.

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 jedoch 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 (Welton & Harper, 2016). 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 (Sermeus et al. 2011). 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 (Doran, 2011).

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 Krankenhausesektor 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 Versorgungssicherheit 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. Inzwischen greifen viele Institutionen und Berufsverbände die Thematik des Pflegebudgets auf. So hat beispielsweise die Fachgesellschaft Profession Pflege (2026) darauf hingewiesen, dass die bisherige Ausgestaltung des Pflegebudgets zentrale Steuerungsdefizite aufweist. Insbesondere fehle eine indikatorengestützte Qualitäts- und Bedarfssteuerung, die Routinedaten systematisch nutzt, um Unterbesetzung sichtbar zu machen und Pflegequalität verbindlich abzubilden. Das vorgeschlagene indikatorengeleitete Pflegebudget mit Ampelmodell zeigt, dass eine datenbasierte, operationalisierbare Steuerungslogik möglich ist, die Bürokratie reduziert und gleichzeitig Qualitätsentwicklung fördert.

Der DBfK (2026) kritisiert, dass die politische Debatte um Kostensteigerungen im Pflegebudget zentrale historische Entwicklungen ausblendet. Der massive Personalabbau zwischen 1996 und 2007 sowie der erst 2020 erreichte Personalstand des Jahres 1995 verdeutlichen, dass der aktuelle Personalaufbau vor allem einen notwendigen Nachholeffekt darstellt. Die Kostensteigerungen sind daher nicht Ausdruck ineffizienter Mittelverwendung, sondern Ergebnis der Korrektur jahrzehntelanger Unterfinanzierung.

Schließlich verdeutlichen die Analysen von Beivers (2026), dass die aktuelle Vorhaltefinanzierung zentrale Fehlanreize erzeugt. Die Kopplung an Leistungsvolumina destabilisiert Standorte mit hohem Versorgungsauftrag, während parallele Logiken (DRG-Restbestand, Vorhaltepauschalen, Leistungsgruppen) zusätzliche Bürokratie schaffen. Diese Kritik bestätigt die Notwendigkeit eines integrierten, kohärenten Modells wie dem Vier-Säulen-Modell.

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 (Porter 2010).
- 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 (OECD, 2025). 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.

International zeigt sich zudem ein deutlicher Trend hin zu indikatoren gestützten Steuerungsmodellen. Länder wie Australien, Kanada und die Niederlande nutzen seit Jahren Routinedaten, um Pflegequalität, Personalbesetzung und Ergebnisqualität systematisch zu überwachen und zu finanzieren. Das von der Fachgesellschaft Profession Pflege vorgeschlagene indikatorengeleitete Pflegebudget mit Ampelmodell orientiert sich explizit an diesen internationalen Vorbildern und überträgt deren Logik auf die deutsche Versorgungsrealität.

Die Dreiteilung der Krankenhausleistungen, wie sie Beivers (2026) vorschlägt, findet internationale Parallelen. In skandinavischen Ländern sowie in Neuseeland wird zwischen hochkomplexen Leistungen, planbaren Leistungen und akutmedizinischen Notfallleistungen differenziert, um Finanzierung, Qualitätsanforderungen und Personalressourcen gezielt zu steuern.

Diese internationale Evidenz stützt die Argumentation, dass eine einheitliche Logik für alle Leistungsarten weder bedarfsgerecht noch effizient ist.

Mit dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz, 2025) wurde die pflegerische Diagnostik erstmals gesetzlich in Deutschland verankert. Dies entspricht internationalen Entwicklungen, in denen pflegerische Diagnosen (z. B. NANDA-I) und pflegerische Outcomes (z. B. NOC) bereits seit Jahren Bestandteil der Vergütungssysteme sind. Deutschland schließt damit eine zentrale Lücke, die bislang eine bedarfsorientierte Pflegefinanzierung verhindert hat.

Die süV-Vereinbarung (2026) zeigt im internationalen Vergleich hingegen deutliche Schwächen: Während andere Länder sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nutzen, um pflegerische Expertise zu stärken (z. B. Nurse-led Clinics in Kanada), droht die deutsche süV-Struktur pflegerische Leistungen zu marginalisieren, da pflegediagnostische und pflegegeleitete Leistungen kaum berücksichtigt werden. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, pflegerische Rollen und Finanzierung explizit in sektorenübergreifende Modelle zu integrieren.

Schließlich verdeutlichen internationale Qualitätsprogramme wie Magnet® (USA) oder das niederländische „Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg“ (Zorginstituut Nederland, 2023), dass Professionalisierung, akademische Pflege und verbindliche Qualitätsindikatoren zentrale Erfolgsfaktoren für Versorgungsqualität sind. Diese Programme zeigen, dass qualifikationsbezogene Anreize, wie sie im Vier-Säulen-Modell vorgesehen sind, nicht nur pflegepolitisch sinnvoll, sondern empirisch wirksam sind.

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 (Bryant-Lukosius et al. 2016).

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.

Mit dem KHAG (2026) wurden die gesetzlichen Anforderungen an Qualitätskriterien, Leistungsgruppen und Transparenz deutlich verschärft. Ein modernes Pflegefinanzierungsmodell muss diese Vorgaben systematisch integrieren. Insbesondere die neuen Qualitätskriterien nach §135e SGB V sowie die Versorgungsstufen nach §135d SGB V verlangen eine klare Verknüpfung von pflegerischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren.

Die Fachgesellschaft Profession Pflege (2026) betont, dass ein modernes Modell zwingend indikatorengestützt sein muss. Ein modernes Finanzierungsmodell muss daher Indikatoren nicht nur erfassen, sondern aktiv zur Vergütung nutzen.

Der DBfK fordert darüber hinaus eine verbindliche Abgrenzung pflegerischer und pflegefremder Tätigkeiten. Tätigkeiten wie Hol- und Bringdienste, Bettenaufbereitung oder hauswirtschaftliche Aufgaben dürfen nicht länger über das Pflegebudget finanziert werden. Ein modernes Modell enthält daher eine klare Zweckbindung der Mittel sowie eine eindeutige Definition pflegerischer Kernaufgaben. Beivers (2026) weist darauf hin, dass die aktuelle Vorhaltefinanzierung zentrale Fehlanreize erzeugt und Standorte mit hohem Versorgungsauftrag strukturell benachteiligt. Ein modernes Modell soll daher eine echte Struktursicherung gewährleisten, die unabhängig von Fallzahlen funktioniert und die Einsatzbereitschaft („Readiness“) der Pflege abbildet.

Die süV-Vereinbarung (2026) zeigt, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen pflegerische Leistungen bislang unzureichend berücksichtigen. Ein modernes Pflegefinanzierungsmodell muss daher sicherstellen, dass pflegerische Diagnostik, pflegegeleitete Versorgung und pflegerische Vorbehaltsaufgaben auch in sektorenübergreifenden Strukturen finanziell abgebildet werden.

Schließlich zeigt das BEEP-Gesetz (2025), dass pflegerische Diagnostik künftig eine zentrale Rolle in der Leistungssteuerung spielen wird. Ein modernes Pflegefinanzierungsmodell muss daher NANDA-I, NIC und NOC bzw. ein adäquates Klassifikationssystem mit Interventionen und Outcome nicht nur dokumentationsseitig, sondern auch vergütungsseitig verankern.

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 (International Learning Collaborative, o. J.). 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.

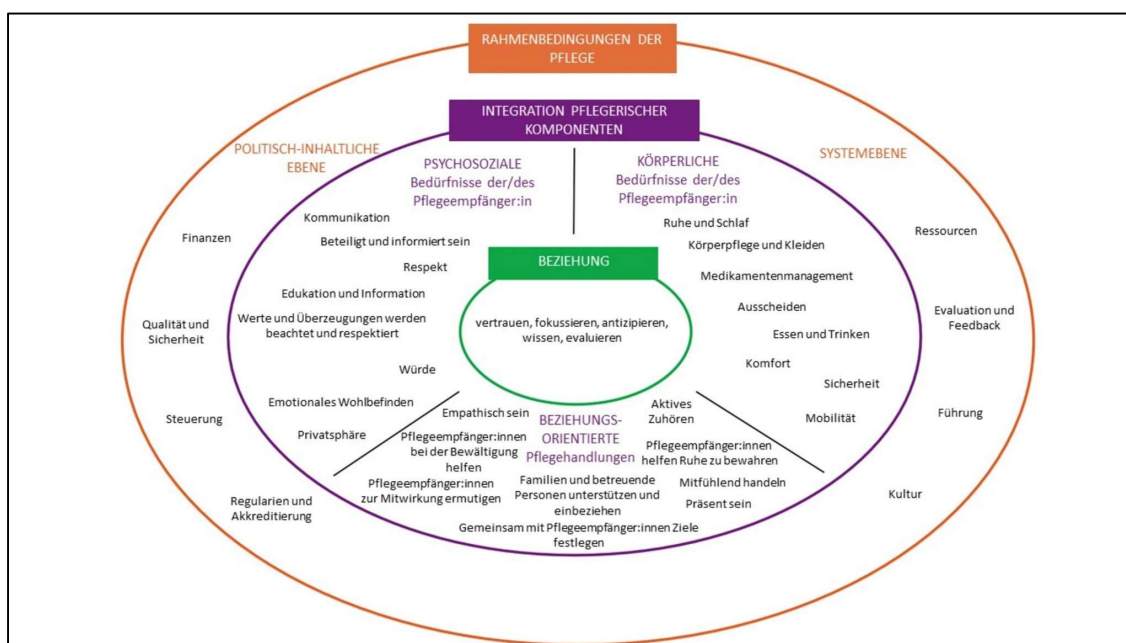


Abbildung 1: Fundamentals of Care Framework - Deutsche Übersetzung

Die Stellungnahme der Fachgesellschaft Profession Pflege (2026) betont, dass die Fundamentals of Care nicht nur ein theoretisches Bezugsmodell darstellen, sondern eine zentrale Grundlage für die Operationalisierung pflegerischer Qualität im Finanzierungssystem. Das indikatorengeladete Pflegebudget nutzt diese Logik, indem es pflegesensitive Qualitätsindikatoren (z. B. Dekubitus-Inzidenz, unerfüllte Schichten, PPR-Erfüllungsgrad) als strukturelle und prozessuale Marker pflegerischer Wirksamkeit einsetzt.

Auch der DBfK (2026) verweist darauf, dass pflegerische Kernaufgaben, wie Beziehungsgestaltung, klinische Beobachtung, Symptomanagement und edukative Unterstützung, bislang im Finanzierungssystem unsichtbar bleiben, obwohl sie zentrale Elemente der Fundamentals of Care darstellen. Die fehlende Abbildung dieser relationalen und psychosozialen Dimensionen führt zu einer systematischen Unterbewertung pflegerischer Leistungen.

Mit dem BEEP-Gesetz (2025) wurde die pflegerische Diagnostik erstmals gesetzlich verankert. Dies stärkt die Bedeutung der Fundamentals of Care, da pflegerische Diagnosen wie z.B.

NANDA-I häufig genau jene relationalen, psychosozialen und funktionalen Bedürfnisse abbilden, die im medizinischen Diagnosesystem nicht vorkommen. Damit entsteht erstmals eine gesetzliche Grundlage, um die Fundamentals of Care auch vergütungsrelevant zu machen.

Internationale Qualitätsprogramme wie Magnet® (American Nurses Credentialing Center (ANCC) 2024) zeigen, dass die systematische Umsetzung der Fundamentals of Care zu messbaren Verbesserungen in Patientensicherheit, Zufriedenheit und klinischen Outcomes führt. Diese Evidenz stützt die Forderung, pflegerische Beziehungspflege, Kommunikation und kontinuierliche Bewertung nicht nur als „Soft Skills“, sondern als qualitätsrelevante Leistungen im Finanzierungssystem zu verankern.

Die süV-Vereinbarung (2026) verdeutlicht hingegen, dass pflegerische Kernaufgaben in sektorenübergreifenden Strukturen bislang unzureichend berücksichtigt werden. Die Fundamentals of Care zeigen, dass gerade in Übergangssituationen, wie sie in süV-Einrichtungen typisch sind, relationaler und edukativer Pflegebedarf besonders hoch ist. Ein modernes Finanzierungssystem muss diese Bedarfe sichtbar machen und strukturell absichern.

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 2024, NIC 2024, NOC 2024).

Mit der Umbenennung von NANDA International in die International Nursing Knowledge Association (INKA) im Jahr 2026 bleibt die Klassifikation NANDA-I unverändert bestehen. INKA übernimmt künftig die Steuerung, Weiterentwicklung und internationale Verbreitung der NANDA-I-Pflegediagnosen sowie der integrierten NNN-Taxonomie (NANDA-I, NIC, NOC). Damit wird die Unterscheidung zwischen Klassifikation (NANDA-I) und Organisation (INKA) deutlicher gefasst und die Anschlussfähigkeit der pflegerischen Diagnostik im deutschen Kontext gestärkt. Die Umstellung des Markenauftritts erfolgt ab Mai 2026 schrittweise, ohne dass sich die inhaltliche Struktur der Pflegediagnosen ändert (Bibliomed Pflege, 2026).

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.

Ein modernes Finanzierungssystem muss daher Pflegediagnostik und Qualitätsindikatoren systematisch integrieren. Dies umfasst sowohl die Erfassung pflegerischer Bedarfe als auch die Abbildung pflegerischer Qualität. Nur so kann eine Finanzierung erfolgen, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert und gleichzeitig Anreize für qualitativ hochwertige Pflege setzt. Mit dem BEEP-Gesetz (2025) wurde die pflegerische Diagnostik erstmals gesetzlich verankert. Dies stellt einen Paradigmenwechsel dar: Pflegebedarf wird nicht mehr ausschließlich über medizinische Diagnosen oder Tätigkeitskataloge abgeleitet, sondern über eigenständige pflegerische Diagnosen. Damit entsteht eine gesetzliche Grundlage, um Pflegebedarf valide zu erfassen und pflegerische Leistungen bedarfsorientiert zu finanzieren.

Die Fachgesellschaft Profession Pflege (2026) betont, dass Pflegediagnostik nicht nur dokumentationsseitig, sondern auch steuerungsseitig genutzt werden muss. Pflegediagnosen ermöglichen eine differenzierte Abbildung von Pflegebedarf und Pflegeintensität und bilden damit die Grundlage für ein indikatorengeleitetes Pflegebudget. Das vorgeschlagene Ampelmodell nutzt Pflegediagnostik, um Unterbesetzung sichtbar zu machen und Steuerungsimpulse zu setzen. Daneben fordert der DBfK (2026), dass pflegerische Diagnostik und pflegesensitive Qualitätsindikatoren verbindlich in die Finanzierung integriert werden müssen. Ohne diese Integration bleibt Pflegebedarf unsichtbar, und pflegerische Leistungen werden weiterhin unterbewertet.

Das KHAG (2026) verschärft die Anforderungen an Qualitätskriterien und Transparenz. Die neuen Qualitätskriterien nach §135e SGB V verlangen eine systematische Erfassung pflegerischer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Pflegediagnostik und pflegesensitive Qualitätsindikatoren müssen daher integraler Bestandteil der Finanzierung werden, um die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen.

Die süV-Vereinbarung (2026) zeigt, dass pflegerische Diagnostik in sektorenübergreifenden Strukturen bislang unzureichend berücksichtigt wird. Dies führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung pflegegeleiteter Leistungen. Ein modernes Finanzierungssystem muss daher sicherstellen, dass pflegerische Diagnostik auch in sektorenübergreifenden Einrichtungen verbindlich genutzt und finanziert wird.

7. PROMs, PREMs und VBHC als Qualitätsdimensionen

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

Interprofessionelle Zusammenarbeit stellt eine zusätzliche Qualitätsdimension dar, die nachweislich Einfluss auf pflegerische und medizinische Outcomes hat. Studien zeigen, dass gut funktionierende interprofessionelle Teams Komplikationsraten reduzieren, Entscheidungsprozesse beschleunigen und die Patientensicherheit erhöhen. Die Ergebniswirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit lässt sich über validierte Instrumente wie die Interprofessional Collaboration Scale (ICS) erfassen, die zentrale Dimensionen wie Kommunikation, Rollenverständnis und gemeinsame Entscheidungsfindung abbildet (Kenaszchuk et al. 2010). Die Integration dieser Dimension in die Qualitätsmessung stärkt die Anschlussfähigkeit des Modells an internationale Qualitätsrahmen wie Magnet® und VBHC (Porter 2010, Porter & Lee 2013).

Tabelle 2: PROMs, PREMs, VBHC und Ergebniswirksamkeit als Qualitätsdimensionen

PROMs – Ergebnisqualität	PREMs – Prozessqualität	VBHC – Systemqualität	Ergebniswirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit
Pflege beeinflusst u. a.: <ul style="list-style-type: none"> – Mobilität – Schmerz – psychisches Wohlbefinden – Lebensqualität – Symptomlast (Black 2013) 	Pflege prägt Patientenerleben stärker als jede andere Berufsgruppe. Wichtige Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> – Kommunikation – Reaktionszeit – wahrgenommene Sicherheit – Empathie – Kontinuität (Jenkinson et al. 2002) 	Value = Outcomes / Kosten Pflege beeinflusst: <ul style="list-style-type: none"> – Komplikationsraten – Mortalität – Wiederaufnahmeraten – Liegedauer – Patientenzufriedenheit (Porter 2010) 	Evidenz zeigt: <ul style="list-style-type: none"> – bessere Teamkommunikation – geringere Fehlerquote – schnellere Entscheidungsprozesse – höhere Patientensicherheit – bessere Outcomes (Kenaszchuk et al. 2010)

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)
<ul style="list-style-type: none"> – Finanzierung aller notwendigen Pflegestellen – Abbildung von PPR 2.0, PpUGV und Qualitätsvorgaben – Differenzierung nach Qualifikationsniveau – Ziel: strukturelle Unterbesetzung verhindern
Säule 2: Pflegeaufwandsbezogene Zuschläge (Bedarfsgerechtigkeit)
<ul style="list-style-type: none"> – basierend auf NANDA-I / NIC / NOC – tages- oder fallbezogen – Ressourcen folgen dem tatsächlichen Pflegebedarf <p>Beispiel: Hohe Pflegeintensität bei Delir, Mobilitätseinschränkung, Multimorbidität → Zuschlag.</p>
Säule 3: Qualifikations- und Skill-Mix-Anreize (Professionalisierung)
<ul style="list-style-type: none"> – Förderung von Fachpflege – Förderung akademischer Pflege – Förderung APN-Rollen (Bryant-Lukosius et al. 2016) – Anreiz für pflegegeleitete Versorgungsmodelle
Säule 4: Qualitätsorientierte Pflegevergütung (Entwicklung)
<ul style="list-style-type: none"> – PROMs, PREMs, pflegesensitive Indikatoren – Bonus statt Sanktionen – kontinuierliche Qualitätsentwicklung <p>Beispiele für pflegesensitive Qualitätsindikatoren: Schmerzreduktion, Mobilitätsverbesserung, Reduktion von Fatigue, wahrgenommene Sicherheit, pflegesensitive Komplikationen</p>

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, pflege-sensitiven 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.

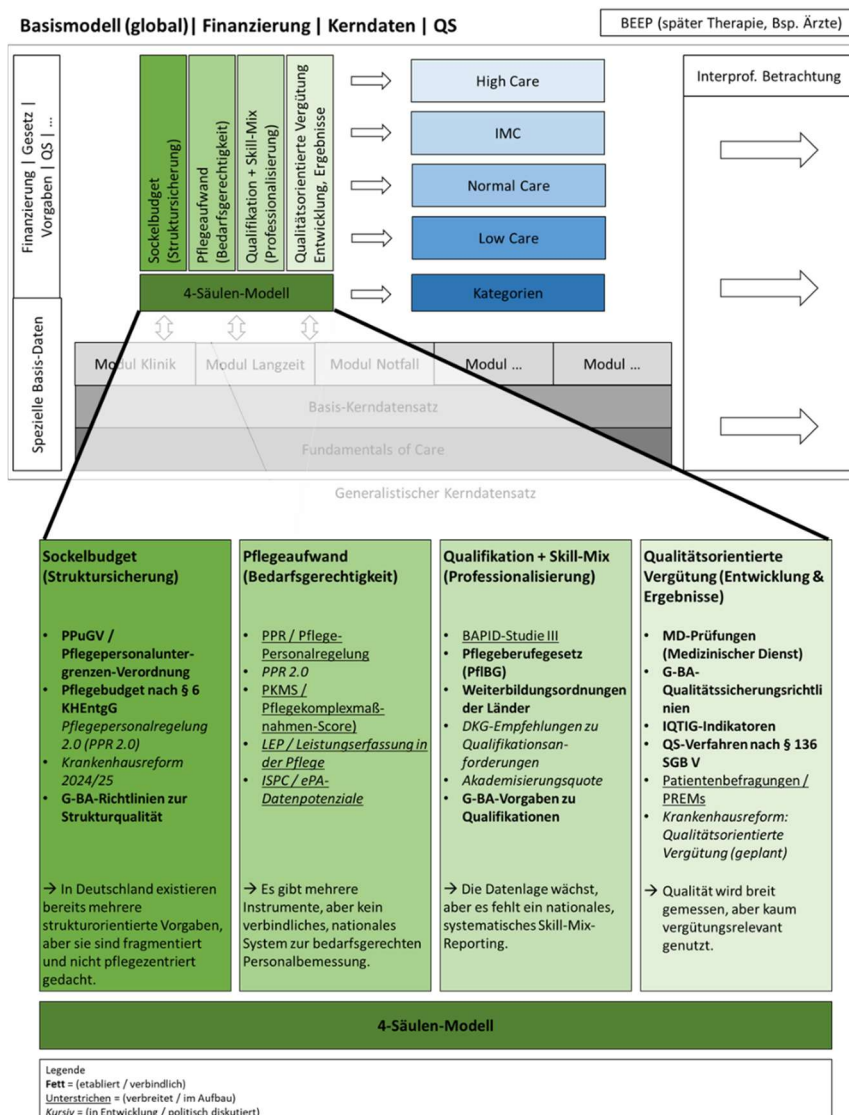


Abbildung 2: Systemische Einbettung des Vier-Säulen-Modells – Struktur, Finanzierung, Kerndaten und Qualitätsdimensionen

Darüber hinaus stärkt das Modell interprofessionelle Zusammenarbeit, da klare Rollen, transparente Verantwortlichkeiten und eine valide Datenbasis gemeinsame Entscheidungsprozesse erleichtern.

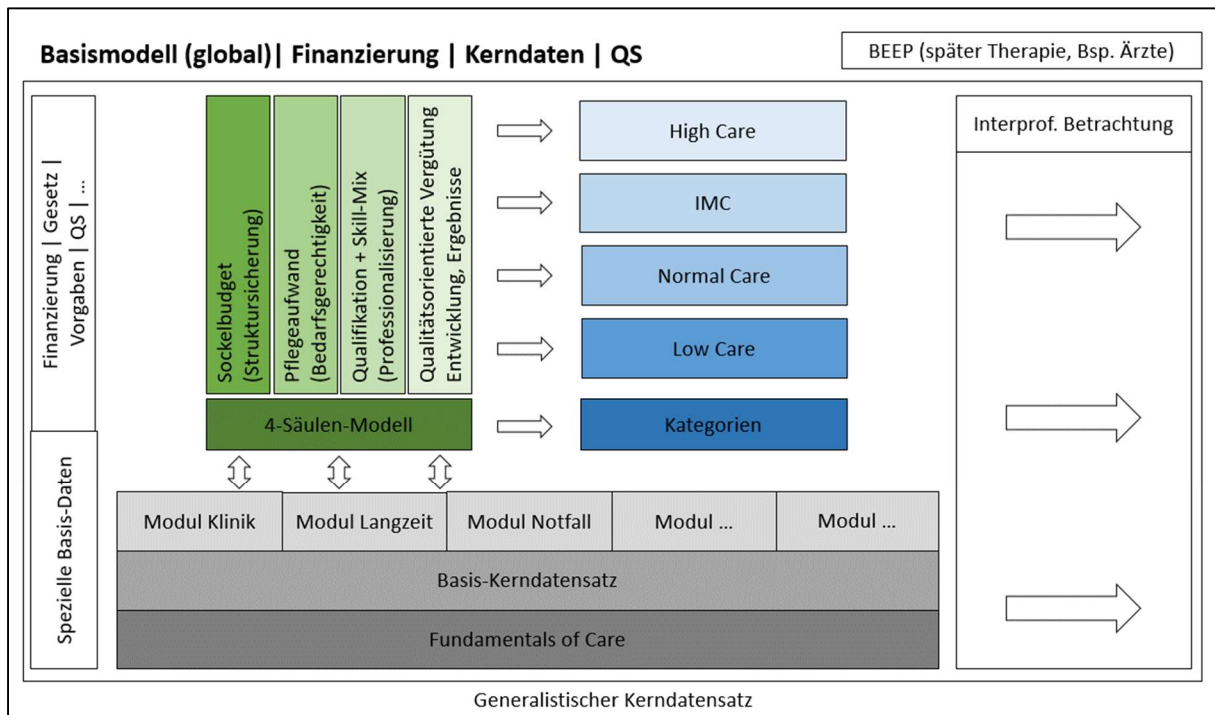


Abbildung 3: Vier-Säulen-Modell in systemischem Kontext

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.

8.1. Das Vier Säulen Modell im Kontext aktueller Veröffentlichungen

Die vom DBfK (2026) angebrachte Problematik, dass die politische Relativierung der Zusammenhänge zwischen Personalausstattung und Pflegequalität fachlich falsch und gefährlich sei, wird vom Vier-Säulen Modell adressiert indem es Pflegequalität und Personalbemessung systematisch miteinander verknüpft und qualitätsorientierte Anreize setzt

Auch die Fachgesellschaft Profession Pflege (2026) bestätigt die Notwendigkeit eines integrierten Modells. Das vorgeschlagene indikatorengeleitete Pflegebudget mit Ampelmodell entspricht funktional der zweiten Säule des Vier-Säulen-Modells. Es nutzt Routinedaten wie PPR-Erfüllungsgrade, unerfüllte Schichten, Dekubitus-Inzidenz und Akademisierungsquoten, um Pflegequalität sichtbar zu machen und Steuerungsimpulse zu setzen. Diese Logik lässt sich nahtlos in die qualitätsorientierte Säule integrieren.

Das KHAG (2026) verschärft die Anforderungen an Qualitätskriterien und Transparenz. Die neuen Qualitätskriterien nach §135e SGB V verlangen eine systematische Erfassung pflegerischer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die zweite und vierte Säule des Modells erfüllen diese Anforderungen und ermöglichen eine gesetzeskonforme Umsetzung.

Beivers (2026) kritisiert, dass die aktuelle Vorhaltefinanzierung zentrale Fehlanreize erzeugt und Standorte mit hohem Versorgungsauftrag strukturell benachteiligt. Die vierte Säule des Modells adressiert diese Problematik, indem sie eine echte Struktursicherung gewährleistet. Die süV-Vereinbarung (2026) zeigt, dass pflegerische Leistungen in sektorenübergreifenden Strukturen bislang unzureichend berücksichtigt werden. Das Vier-Säulen-Modell stellt sicher, dass pflegerische Diagnostik, pflegegeleitete Versorgung und pflegerische Vorbehaltsaufgaben auch in sektorenübergreifenden Einrichtungen finanziell abgebildet werden.

Internationale Modelle, wie Magnet®, das niederländische Qualitätskader oder die skandinavische Dreiteilung der Krankenhausleistungen, bestätigen die Wirksamkeit eines integrierten Modells, das Bedarf, Qualität, Professionalisierung und Struktursicherung systematisch miteinander verknüpft. Das Vier-Säulen-Modell überträgt diese Evidenz auf die deutsche Versorgungsrealität.

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 (WIdO 2026), 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
<ul style="list-style-type: none"> – Höhere Patientensicherheit – Bessere Ergebnisqualität – Geringere Komplikationsraten – Kürzere Liegedauern 	<ul style="list-style-type: none"> – Entlastung durch bedarfsgerechte Personalausstattung – Höhere Attraktivität des Berufs – Förderung von Fachpflege und akademischer Pflege – Bessere Teamstabilität (Needleman et al. 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> – 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 (Buchan et al. 2018).

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. Fazit und Ausblick

Die Analyse zeigt deutlich, dass das bestehende Pflegebudget ein notwendiger, aber nicht hinreichender Schritt zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsorientierten und professionellen Pflege im Krankenhaus ist. Es hat die Finanzierung der Pflege stabilisiert und ökonomisch motivierten Personalabbau reduziert, bildet jedoch weder Pflegebedarf noch Pflegequalität systematisch ab. Die internationale Evidenz, die aktuellen Stellungnahmen zentraler Akteure sowie die gesetzlichen Entwicklungen der Krankenhausreform verdeutlichen, dass eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets zwingend erforderlich ist.

Das vorgeschlagene Vier-Säulen-Modell bietet einen integrierten Ansatz, der Pflegebedarf, Pflegequalität, Professionalisierung und Struktursicherung systematisch miteinander verknüpft. Es schafft eine kohärente Steuerungslogik, die sowohl den gesetzlichen Anforderungen als auch den praktischen Herausforderungen der Versorgung gerecht wird. Die Kombination aus Pflegediagnostik, pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, qualifikationsbezogener Finanzierung und struktureller Absicherung ermöglicht ein modernes, evidenzbasiertes und zukunftsfähiges Pflegefinanzierungssystem.

Die Operationalisierung des Modells (siehe Anhang) zeigt, dass eine Umsetzung mit bestehenden Routinedaten möglich ist und keine zusätzliche Bürokratie erzeugt. Die Nutzung von Pflegediagnostik (NANDA-I), pflegerischen Interventionen (NIC), pflegerischen Outcomes (NOC)

und PPR 2.0 ermöglicht eine valide Erfassung von Pflegebedarf und Pflegequalität. Die schrittweise Einführung und eine verbindliche Governance-Struktur stellen sicher, dass das Modell praktikabel, steuerungswirksam und nachhaltig implementiert werden kann.

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.

Das Vier-Säulen-Modell bietet eine kohärente Grundlage für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Insbesondere die Verknüpfung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entspricht den neuen gesetzlichen Anforderungen nach §135e SGB V.

Es wird sichergestellt, dass pflegerische Diagnostik, pflegegeleitete Versorgung und pflegerische Vorbehaltsaufgaben auch in sektorenübergreifenden Einrichtungen finanziell abgebildet werden. Könnte. Dies ist entscheidend, um pflegerische Expertise in Übergangssituationen zu stärken.

Im Vier-Säulen-Modell wird eine einheitliche, kohärente Steuerungslogik dargestellt, die Pflegebedarf, Qualität und Struktursicherung integriert und damit die Fragmentierung der aktuellen Krankenhausform überwindet.

Internationale Modelle zeigen, dass integrierte, qualitätsorientierte und professionell ausgerichtete Finanzierungssysteme zu messbaren Verbesserungen in Patientensicherheit, Zufriedenheit und klinischen Outcomes führen. Das Vier-Säulen-Modell überträgt diese Evidenz auf die deutsche Versorgungsrealität und bietet eine zukunftsfähige Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung.

Literaturverzeichnis

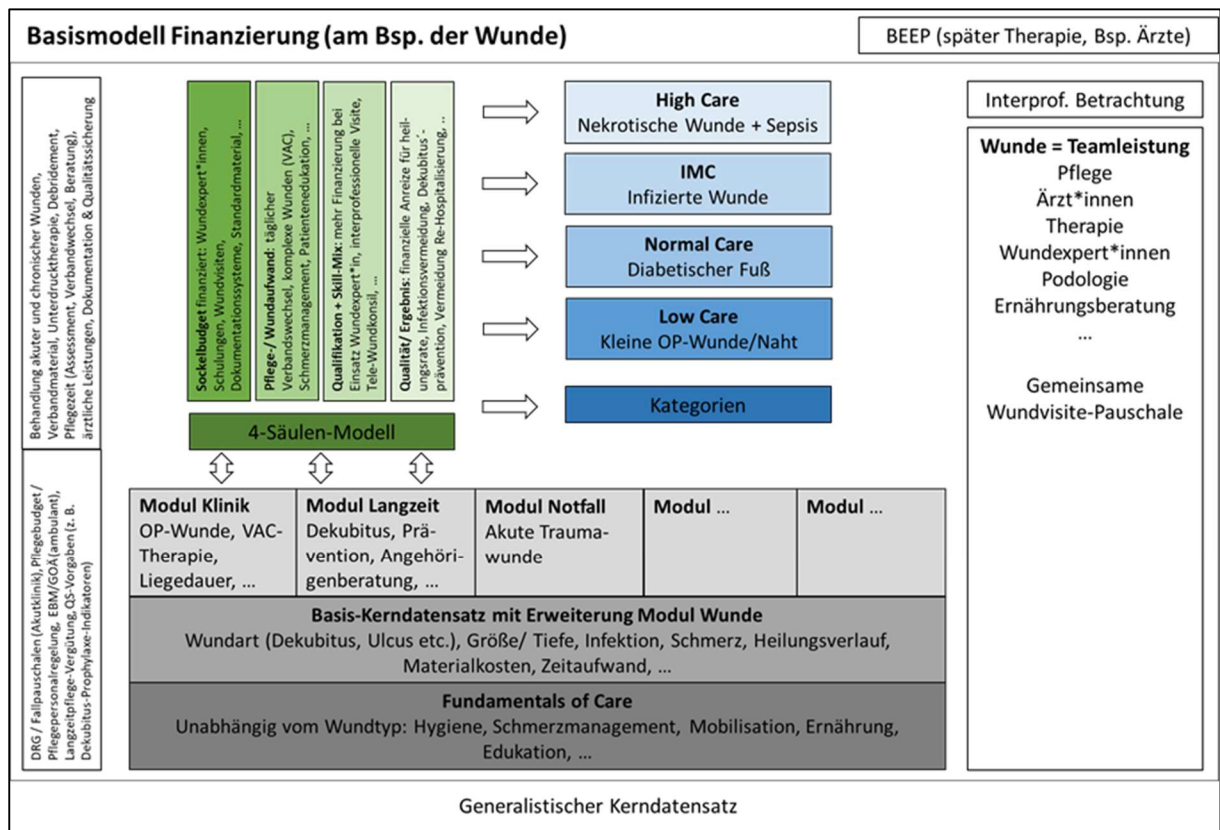
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken, L. H., et al. (2017). *Nurse staffing and patient outcomes: A longitudinal study*. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–567.
- AOK-Bundesverband/ Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2026): *Analyse der Pflegebudget-Entwicklung 2021–2024*. Berlin.
- Beivers, A. (2026): *Krankenhausreform 2026: Strukturelle Fehlanreize und Reformbedarf*. München.
- Bibliomed Pflege (2026): *NANDA International wird zu INKA*. Abgerufen am 20.05.2026 von <https://www.bibliomed-pflege.de/news/nanda-international-pflegediagnosen>
- 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>
- Bryant-Lukosius, D., Spichiger, E., Martin, J., Stoll, H., Kellerhals, S. D., Fliedner, M., ... & Schwendimann, R. (2016). *Framework for evaluating the impact of advanced practice nursing roles*. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 201–209. <https://doi.org/10.1111/jnu.12199>
- Buchan, J., et al. (2018). *Nursing workforce policy and the economic crisis*. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(1), 5–12.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2025): *BEEP-Gesetz – Gesetz zur Einführung der pflegerischen Diagnostik*. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2026): *Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)*. Berlin.
- Bundesverband Pflegemanagement (2026): *Bundesweite Befragung zur Wirkung des Pflegebudgets*. Berlin.
- 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*.
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2026): *Stellungnahme zur aktuellen Debatte um das Pflegebudget*. Berlin.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2026): *Positionierung zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets und zur PPR2.0*. Berlin.
- 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/>
- Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. (2026): *Stellungnahme: Indikatorengeleitetes Pflegebudget und Ampelmodell*. Berlin.
- 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.

- Magnet® Program / American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2024): Magnet Model for Nursing Excellence. Silver Spring, MD.
- 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>
- NANDA International (2024): *NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024–2026*. New York.
- 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*.
- NIC – Nursing Interventions Classification (2024): *Standardized Nursing Interventions*. Iowa City.
- NOC – Nursing Outcomes Classification (2024): *Measurement of Nursing Outcomes*. Iowa City.
- OECD (2025): *Health at a Glance: International Comparisons of Health Systems*. Paris.
- 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.
- Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) (2023/2024): *Gemeinsame Empfehlung von DKG, ver.di und DPR*. Berlin.
- 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.
- PpUGV – Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (2024): *Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen*. Berlin.
- Qualitätskader Verpleeghuiszorg (2023): *Niederländischer Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege*. Den Haag.
- 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>
- süV-Vereinbarung (2026): *Vereinbarung zur sektorenübergreifenden Versorgung*. Berlin.

- 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.
- Wolf, J. A. (2017). *The patient experience: Driving outcomes and value*.
- 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.
- Zorginstituut Nederland. (2023). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg – Samen werken aan kwaliteit*. Den Haag.

Anhang



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

Operationalisierung des Vier-Säulen-Modells

Die Operationalisierung des Vier-Säulen-Modells erfolgt über ein integriertes Steuerungssystem, das Bedarf, Qualität, Professionalisierung und Struktursicherung systematisch miteinander verknüpft. Ziel ist ein Finanzierungssystem, das sowohl steuerungswirksam als auch administrativ handhabbar ist und gleichzeitig die gesetzlichen Anforderungen der Krankenhausreform erfüllt.

Die Operationalisierung erfolgt in drei Schritten:

- Erfassung des Pflegebedarfs
- Bewertung der Pflegequalität
- Finanzielle Zuordnung über die vier Säulen

Diese Schritte greifen ineinander und bilden ein konsistentes Steuerungsmodell, das Pflegebedarf sichtbar macht, pflegerische Qualität stärkt und strukturelle Sicherheit gewährleistet.

Schritt 1: Erfassung des Pflegebedarfs

Die Erfassung des Pflegebedarfs erfolgt über eine Kombination aus:

- Pflegediagnostik (z. B. NANDA-I)
- Pflegerischen Interventionen (z.B. NIC)
- Pflegerischen Outcomes (z.B. NOC)
- PPR 2.0 als ergänzendes Instrument

Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Klassifikation des Pflegebedarfs. Sie ermöglichen eine differenzierte Abbildung pflegerischer Probleme, Risiken und Ressourcen und bilden damit die Basis für eine bedarfsorientierte Finanzierung.

Die PPR 2.0 dient als ergänzendes Instrument zur Abbildung von Pflegeintensität und Personalbedarf. Sie ermöglicht eine differenzierte Erfassung pflegerischer Tätigkeiten und Pflegeintensität und bildet damit eine wichtige Grundlage für die bedarfsorientierte Finanzierung.

Schritt 2: Bewertung der Pflegequalität

Die Bewertung der Pflegequalität erfolgt über pflegesensitive Qualitätsindikatoren, Prozessindikatoren und Ergebnisindikatoren. Diese Indikatoren ermöglichen eine differenzierte Bewertung pflegerischer Qualität und setzen Anreize für qualitativ hochwertige Pflege.

Qualitätsindikatoren umfassen u. a.:

- Dekubitus-Inzidenz
- Sturzraten
- Schmerzmanagement
- Patient*innenzufriedenheit
- PPR-Erfüllungsgrade
- Einhaltung pflegerischer Standards

Ein Teil des Pflegebudgets wird qualitätsorientiert vergeben, um Anreize für qualitativ hochwertige Pflege zu setzen.

Schritt 3: Finanzielle Zuordnung über die vier Säulen

Die finanzielle Zuordnung erfolgt über die vier Säulen des Modells:

- Bedarfsorientierte Pflegefinanzierung – Finanzierung auf Basis des tatsächlichen Pflegebedarfs – Nutzung von Pflegediagnostik, NIC und NOC – Ergänzende Nutzung der PPR 2.0
- Qualitätsorientierte Pflegefinanzierung – Vergütung auf Basis pflegerischer Qualitätsindikatoren – Anreize für qualitativ hochwertige Pflege
- Professionalisierungsorientierte Pflegefinanzierung – Finanzierung akademischer Pflege – Förderung von Advanced Practice Nursing – Abbildung pflegegeleiteter Versorgungsmodelle
- Struktursichernde Pflegefinanzierung – Sockelbetrag zur Sicherstellung der pflegerischen Einsatzbereitschaft – Abbildung gesetzlicher Anforderungen (z. B. PpUGV, PPR 2.0)

Die pflegefremden Tätigkeiten sind ein grundlegender Bestandteil der Versorgung von Patienten in Krankenhäusern, jedoch unbedingt von der Pflege zu trennen. Damit sollte die Finanzierung pflegefremder Tätigkeiten, wie Hol- und Bringedienst, Bettenaufbereitung oder auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten müssen zwingend gesondert finanziert werden. Dies kann entweder durch den Einbezug in das Sockelbudget (als ein zentraler Bestandteil) mit entsprechender Anpassung der Finanzen erfolgen oder durch eine Verankerung in den DRG-Kosten.

Umsetzungsschritte und Governance

Die erfolgreiche Implementierung des Vier-Säulen-Modells erfordert eine klare Governance-Struktur, verbindliche Verantwortlichkeiten und eine schrittweise Einführung. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Pflegebudget zeigen, dass die Wirkung eines Finanzierungssystems maßgeblich von der Umsetzungsqualität abhängt. Transparenz, Beteiligung und klare Rollenverteilungen sind zentrale Erfolgsfaktoren.

Die Umsetzung erfolgt in vier Phasen:

- Vorbereitung und Datenbasis
- Pilotierung und Evaluation
- Schrittweise Einführung
- Verbindliche Governance und kontinuierliche Weiterentwicklung

Phase 1: Vorbereitung und Datenbasis

Die Grundlage für die Umsetzung ist eine valide Datenbasis. Dazu gehören:

- Routinedaten (PPR 2.0, PpUGV-Schichten, Qualitätsindikatoren)
- Pflegediagnostik (NANDA-I)
- Pflegerische Outcomes (NOC)
- Struktur- und Prozessdaten

Diese Daten müssen standardisiert erfasst und in ein einheitliches Datenmodell überführt werden. Die Nutzung bestehender Routinedaten reduziert Bürokratie und ermöglicht eine schnelle Implementierung.

Phase 2: Pilotierung und Evaluation

Die Pilotierung erfolgt in ausgewählten Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen. Ziel ist es, die Praktikabilität, Steuerungswirkung und Datenqualität zu prüfen. Die Evaluation umfasst:

- Pflegebedarf
- Pflegequalität
- Personalentwicklung
- Struktureffekte
- Wirtschaftlichkeit

Die Ergebnisse fließen in die Weiterentwicklung des Modells ein.

Phase 3: Schrittweise Einführung

Die Einführung erfolgt schrittweise, um Überforderung zu vermeiden und Lernprozesse zu ermöglichen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Komplexität der Säulen:

- Struktursicherung (Säule 4)
- Bedarfsorientierung (Säule 1)
- Qualitätsorientierung (Säule 2)
- Professionalisierung (Säule 3)

Diese Reihenfolge stellt sicher, dass zunächst die strukturelle Einsatzbereitschaft der Pflege gesichert wird, bevor komplexere Steuerungsmechanismen implementiert werden.

Phase 4: Governance und kontinuierliche Weiterentwicklung

Eine verbindliche Governance-Struktur ist entscheidend für die Wirksamkeit des Modells. Sie umfasst:

- Verbindliche Beteiligung des Pflegemanagements
- Transparente Datenbereitstellung
- Regelmäßige Qualitätsberichte
- Verbindliche Weiterentwicklung der Indikatoren
- Einbindung wissenschaftlicher Expertise

Governance bedeutet nicht nur Kontrolle, sondern auch Unterstützung, Transparenz und gemeinsame Verantwortung.

Die transparente Datenbereitstellung könnte, wie auch die Fachgesellschaft Profession Pflege (2026) in ihrer Stellungnahme vorschlägt durch eine Ampelmodell erfolgen. Damit wäre eine niedrigschwellige Steuerungsinformation für Management, Aufsichtsgremien und Politik gegeben.

Die Qualitätsindikatoren werden weiterentwickelt, sind aber in ihrer Anwendung verbindlich. Die Entwicklung erweiterter Indikatoren kann mit wissenschaftlicher Begleitung evidenzbasiert erfolgen.

Das Vier-Säulen-Modell stellt sicher, dass pflegerische Diagnostik, pflegegeleitete Versorgung und pflegerische Vorbehaltsaufgaben im Krankenhaus adäquat finanziert werden und durch Qualitätsindikatoren darstellbar sind. Dieses Modell kann auch sektorenübergreifend weiterentwickelt werden.