

Weiterentwicklung des Pflegebudgets: Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Professionalisierung

Diskussionspapier

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Stand 09_2026



(Quelle: eigene Darstellung, grafische Umsetzung unter Nutzung generativer KI)

Kernaussagen

- Das heutige Pflegebudget ist notwendig, reicht aber für die zukünftigen Anforderungen nicht mehr aus.
- Pflege muss künftig nach vier Dimensionen finanziert werden - Struktur, Bedarf, Qualifikation und Qualität und dabei auf einer gemeinsamen Datenbasis sowie dem regionalen Versorgungsbedarf aufbauen.
- Pflegefinanzierung muss sich künftig am tatsächlichen Pflegebedarf und an den Ergebnissen der Pflege orientieren, über verschiedene Versorgungssettings hinweg und nicht allein an Personalkosten.

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

Cottbus, 01.09.2026

Abkürzungsverzeichnis

AKG	Allianz Kommunalen Großkrankenhäuser e. V.
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
DPR	Deutsches Pflegerat
GKV-BStabG	GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
KHAG	Krankenhausreformenpassungsgesetz
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	16
Abbildung 3: Vier-Säulen-Modell in systemischem Kontext	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: International etablierte Systeme	13
Tabelle 2: PROMs, PREMs, VBHC und Ergebniswirksamkeit als Qualitätsdimensionen	14
Tabelle 3: Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets	15
Tabelle 4: Anforderungen an den Sockelbetrag	19
Tabelle 5: Systemische Implikationen einer modernen Pflegefinanzierung	20

Management Summary

Die Pflegefinanzierung in Deutschland steht vor einem notwendigen Entwicklungsschritt. Das bestehende Pflegebudget schafft Transparenz und trägt dazu bei, ökonomisch motivierten Personalabbau zu begrenzen, 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 Personal- und Qualitätsanforderungen sowie die notwendige pflegerische Grundausstattung (PPR 2.0 und PpUGV) 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	14
8. Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets	15
8.1. Das Vier Säulen Modell im Kontext aktueller Veröffentlichungen	17
9. Politischer Kontext und Reformdruck.....	18
10. Bedeutung eines ausreichend hohen Sockelbetrags	19
11. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation	19
12. Handlungsempfehlungen für Deutschland	20
13. Fazit und Ausblick.....	21
Literaturverzeichnis	22
Anhang	26
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 Ausgestaltung der Pflegefinanzierung beeinflusst dabei unmittelbar Personalausstattung, Qualifikationsniveau und Versorgungsqualität.

Mit der Einführung des DRG-Systems wurden pflegerische Leistungen über Fallpauschalen mitfinanziert, jedoch nicht eigenständig abgebildet. Pflege blieb damit weitgehend „unsichtbar“ und wurde vielfach zur variablen Kostenposition. Die Folge waren strukturelle Unterfinanzierung, Arbeitsverdichtung und Risiken für die Versorgungsqualität (Busse et al. 2011).

Seit 2020 werden Pflegepersonalkosten über ein eigenständiges Pflegebudget refinanziert. Dieser Schritt hat zur Stabilisierung der Pflegefinanzierung beigetragen, bildet jedoch weder den tatsächlichen Pflegebedarf noch pflegerische Qualität systematisch ab. Internationale Entwicklungen sowie aktuelle Stellungnahmen (DBfK, DKG, Fachgesellschaft Profession Pflege e. V.) verdeutlichen daher den Bedarf einer Weiterentwicklung hin zu einer stärker bedarfs- und qualitätsorientierten Ausgestaltung.

Mit dem 2026 beschlossenen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) zeichnen sich zudem veränderte Rahmenbedingungen für die Pflegefinanzierung ab, die den Reform- und Weiterentwicklungsbedarf des Pflegebudgets zusätzlich unterstreichen.

Auch gesundheitsökonomische Analysen, etwa von Beivers (2026), verdeutlichen strukturelle Schwächen der aktuellen Krankenhausfinanzierung. Die Kopplung der Vorhaltefinanzierung an Leistungsvolumina gefährdet die Struktursicherheit vieler Standorte und unterstreicht die Notwendigkeit eines kohärenten Modells, das Pflegebedarf, Qualität und Professionalisierung integriert.

Zudem setzen die aktuellen Reformen entsprechende Impulse. Während das Krankenhausreformenmanpassungsgesetz (KHAG, 2026) Qualitätsanforderungen, Transparenz und Versorgungsstufen stärkt, schafft das BEEP-Gesetz (2025) erstmals eine gesetzliche Grundlage für die pflegerische Diagnostik und damit für die systematische Erfassung pflegerischer Bedarfe.

Mit dem Krankenhausreformenmanpassungsgesetz (KHAG, 2026) gewinnen Qualitätskriterien, Versorgungsstufen und Transparenz weiter an Bedeutung. Gleichzeitig stärkt das BEEP-Gesetz (2025) die pflegerische Diagnostik und schafft damit erstmals eine gesetzliche Grundlage für eine bedarfsorientierte Abbildung pflegerischer Leistungen.

Vor diesem Hintergrund entwickelt das vorliegende Diskussionspapier auf Basis aktueller Evidenz und internationaler Erfahrungen ein Konzept zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets. Ziel ist es, Pflege als eigenständige, qualitätsrelevante und bedarfsorientiert finanzierte Leistung im Gesundheitswesen 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 Neuausrichtung des Systems erforderlich machen.

Ein zentrales Problem ist die fehlende Abbildung des tatsächlichen Pflegebedarfs. Das Pflegebudget orientiert sich primär an vorhandenen Stellen und nicht an Pflegeintensität, Pflegekomplexität oder individuellen Versorgungsbedarfen. Dadurch bleiben Unterschiede im tatsächlichen Pflegeaufwand unzureichend berücksichtigt.

Zudem fehlt bislang eine konsequente Qualitätsorientierung. Pflegequalität ist nicht unmittelbar vergütungsrelevant, sodass vorhandene Qualitätsindikatoren die tatsächliche Wirksamkeit pflegerischer Leistungen nur eingeschränkt abbilden (Welton & Harper, 2016). Eine systematische Verknüpfung von Finanzierungs- und Qualitätssteuerung besteht bislang nicht.

Ein weiteres Defizit liegt im hohen administrativen Aufwand. Budgetverhandlungen und umfangreiche Nachweispflichten binden erhebliche personelle Ressourcen, ohne einen spürbaren Steuerungsgewinn zu erzeugen.

Besonders bedeutsam ist das Fehlen einer standardisierten pflegerischen Diagnostik als Grundlage der Finanzierungslogik. Pflegebedarf wird bislang nicht systematisch über etablierte Klassifikationen wie NANDA-I, NIC und NOC erfasst. Dadurch bleibt der tatsächliche pflegerische Aufwand nur eingeschränkt sichtbar und kann weder bedarfsgerecht gesteuert noch finanziert werden.

Ein weiteres strukturelles Problem ergibt sich aus der Nutzung des Pflegelastkatalogs. Dieser basiert auf historischen Kosten- und Leistungsdaten und bildet den aktuellen Pflegeaufwand nur verzögert ab. Pflegebedarf entwickelt sich dynamisch und orientiert sich nicht ausschließlich an medizinischen Diagnosen, sondern an individuellen pflegerischen Problemen, Ressourcen und Versorgungszielen (Sermeus et al. 2011). Eine Finanzierung auf Basis historischer Leistungsdaten wird dieser Dynamik nicht gerecht.

Für eine valide Erfassung des Pflegebedarfs ist daher die strukturierte Nutzung standardisierter Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomes erforderlich. Nur so lassen sich pflegerische Leistungen transparent beschreiben und bedarfsgerecht finanzieren (Doran, 2011).

Aktuelle Analysen bestätigen den Reformbedarf. Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO, 2026) zeigen, dass die Ausgaben des Pflegebudgets seit seiner Einführung deutlich stärker gestiegen sind als andere Kostenbereiche im Krankenhaus. Gleichzeitig ist das Leistungsvolumen vieler Krankenhäuser weiterhin niedriger als vor der COVID-19-Pandemie. 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 zeigen sich zunehmende systemische Nebenwirkungen. Hierzu zählen die wachsende Komplexität der Budgetverhandlungen, Abgrenzungskonflikte zwischen Pflegebudget und DRG-System sowie Verschiebungen von Pflegepersonal zwischen Krankenhaus- und Langzeitpflege. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass das bestehende Pflegebudget zwar wichtige Impulse gesetzt hat, jedoch nicht ausreicht, um Pflegebedarf, Qualität und Effizienz langfristig miteinander zu verbinden.

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 nachvollziehbar nutzt, um Unterbesetzung sichtbar zu machen und Versorgungsqualität verbindlich abzubilden. Das vorgeschlagene indikatorengeleitete Pflegebudget mit Ampelmodell zeigt, dass eine datenbasierte, operationalisierbare Steuerungslogik möglich ist, die Bürokratie reduziert und gleichzeitig Qualitätsentwicklung fördert.

Diese Einschätzung wird durch die Position des Deutschen Pflegerats (DPR 2026a) gestützt. Er bewertet das Pflegebudget als unverzichtbaren Bestandteil der Krankenhausfinanzierung und spricht sich zugleich für dessen kontinuierliche Weiterentwicklung aus. Im Mittelpunkt stehen dabei eine stärkere Orientierung am pflegerischen Bedarf, die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten sowie die Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung.

Auch aktuelle Stellungnahmen von Berufsverbänden (DBfK 2026), Fachgesellschaften und gesundheitsökonomischen Analysen (Beivers 2026) weisen auf die Notwendigkeit einer stärker bedarfs-, qualitäts- und indikatorengestützten Ausgestaltung hin. Übereinstimmend wird darauf verwiesen, dass die bisherigen Finanzierungsmechanismen wichtige Fortschritte ermöglicht haben, ihre Steuerungswirkung jedoch begrenzt bleibt.

Vor diesem Hintergrund besteht die Herausforderung darin, die Stabilisierungseffekte des Pflegebudgets zu erhalten und zugleich Bedarfs- und Qualitätsaspekte stärker in die Finanzierungslogik einzubeziehen.

Mit dem am 24. Juli 2026 verabschiedeten und am 29. Juli 2026 verkündeten GKV-BStabG verändern sich die Rahmenbedingungen für die Pflegefinanzierung ab 2027. Die verpflichtende Anwendung der PPR 2.0 sowie die damit verbundenen Strukturen zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung entfallen; an ihre Stelle tritt eine allgemeiner formulierte Verpflichtung zu einer auskömmlichen Personalausstattung in patientennahen Berufsfeldern. Gleichzeitig wird die Fortschreibung des Pflegebudgets stärker begrenzt: Übersteigt die Tarifentwicklung den maßgeblichen Veränderungswert, werden bereits ab 2026 und damit auch rückwirkend lediglich 50 Prozent der darüberhinausgehenden Kosten berücksichtigt. Die gesonderte Finanzierung

pflegeentlastender Maßnahmen bleibt für 2027 und 2028 grundsätzlich erhalten, wird jedoch deutlich reduziert und läuft anschließend aus. Damit werden zentrale Elemente einer bedarfs- und qualitätsorientierten Pflegefinanzierung zunehmend begrenzt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, das Pflegebudget von einer primär kostenorientierten hin zu einer stärker bedarfs-, qualifikations- und qualitätsorientierten Finanzierungslogik weiterzuentwickeln.

3. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland

International existieren unterschiedliche Modelle der Krankenhaus- und Pflegefinanzierung, die sich hinsichtlich Zugangslogik, Steuerungsmechanismen und der Sichtbarkeit pflegerischer Leistungen unterscheiden.

Internationale Vergütungssysteme zeigen jedoch mehrere gemeinsame Entwicklungslinien:

- Entkopplung der Pflege von klassischen Fallpauschalen,
- Stärkere Qualitätsorientierung durch Outcome-Messung (Porter 2010),
- Förderung hoher Pflegequalifikationen,
- Systematische Erfassung von Pflegeaufwand und Pflegequalität,
- Zunehmende Professionalisierung der Pflege.

Für Deutschland besonders relevant ist die Erkenntnis, dass diagnosebezogene Vergütungssysteme pflegerischen Aufwand nur unzureichend abbilden. 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.

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 indikatorengestützten 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 indikatorengeletzte 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 Notfalleleistungen 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 Befugnisserweiterung 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 und schafft eine wichtige Voraussetzung für eine stärker bedarfsorientierte Abbildung pflegerischer Leistungen.

Mit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) entsteht ein neues Versorgungssetting, in dem neben stationären auch ambulante und pflegerische Leistungen erbracht werden können. Dies verdeutlicht die zunehmende Bedeutung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen und stellt zugleich die Frage, wie pflegerische Leistungen in diesen Strukturen bedarfs-, qualifikations- und qualitätsorientiert abgebildet und finanziert werden können. Das Vier-Säulen-Modell bietet hierfür einen Ansatz, indem es Struktursicherung, Pflegebedarf, Qualifikation und Skill-Mix sowie Qualität miteinander verbindet.

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.

Mit der Möglichkeit, in süV auch pflegerische Leistungen zu erbringen, gewinnt die Frage ihrer angemessenen finanziellen Abbildung an Bedeutung. Ein modernes Pflegefinanzierungsmodell muss daher sicherstellen, dass pflegerische Diagnostik, pflegegeleitete Versorgung und pflegerische Vorbehaltsaufgaben auch in sektorenübergreifenden Strukturen bedarfsgerecht und qualitätsorientiert berücksichtigt 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 Neuausrichtung der Pflegefinanzierung sollte auf einem professionellen Pflegeverständnis basieren. Die „Fundamentals of Care“ bieten hierfür einen international etablierten Bezugsrahmen (International Learning Collaborative, o. J.).

Das Modell verdeutlicht, dass Pflege nicht nur auf einzelne Tätigkeiten reduziert werden kann, sondern aus dem Zusammenspiel körperlicher, psychosozialer und relationaler Dimensionen besteht. Pflegebedarf entsteht daher nicht allein aus medizinischen Diagnosen, sondern aus individuellen Unterstützungsbedarfen und Versorgungssituationen.

Das Framework (Abb. 1) bildet zugleich eine fachliche Grundlage für die Qualitätsorientierung der Pflege, indem es zentrale Dimensionen guter Pflege und deren Bedeutung für patienten-relevante Outcomes systematisch beschreibt.

Für die Finanzierung bedeutet dies, dass pflegerische Leistungen differenzier erfasst und sichtbar gemacht werden müssen. Standardisierte Pflegediagnosen (NANDA-I), Interventionen (NIC) und Outcomes (NOC) bieten hierfür eine geeignete Grundlage.

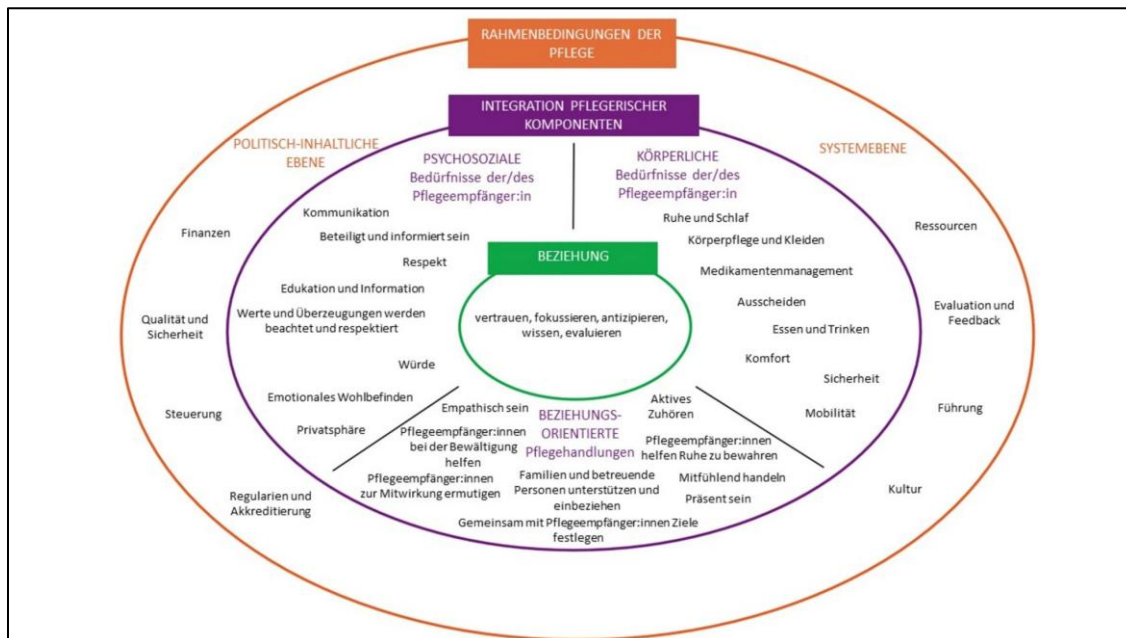


Abbildung 1: Fundamentals of Care Framework - Deutsche Übersetzung

Internationale Qualitätsprogramme wie Magnet® (American Nurses Credentialing Center (ANCC) 2024) zeigen, dass die strukturierte 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.

süV verdeutlichen, dass pflegerische Kernaufgaben auch in neuen Versorgungsstrukturen angemessen berücksichtigt und finanziell abgebildet werden müssen. 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.

Die Fundamentals of Care bieten damit einen geeigneten theoretischen Rahmen für die Berücksichtigung pflegerischer Leistungen und Outcomes in Finanzierungsmodellen.

6. Pflegediagnostik und Qualitätskriterien als Grundlage bedarfsorientierter Finanzierung

Eine bedarfsorientierte Finanzierung setzt eine standardisierte Erfassung pflegerischer Bedarfe voraus. Voraussetzung hierfür sind standardisierte und interoperable pflegfachliche Terminologien, die über eine gemeinsame Referenz miteinander verknüpft werden können. Der Deutsche Pflegerat weist darauf hin, dass standardisierte Terminologien die Grundlage für eine konsistente pflegerische Dokumentation, digitale Interoperabilität sowie die Vergleichbarkeit pflegerischer Leistungen bilden. Sie schaffen damit zugleich die Voraussetzung, Pflegebedarf, Pflegeinterventionen und Pflegeoutcomes transparent abzubilden und in zukünftige Finanzierungsmodelle einzubeziehen (DPR, 2026b). Die international etablierten Systeme NANDA-I, NIC und NOC ermöglichen die strukturierte Beschreibung von:

- Pflegebedarf und Pflegeproblemen,
- Pflegerischen Interventionen,
- Pflegerischen Ergebnissen.

Gemeinsam bilden NANDA-I, NIC und NOC ein konsistentes System zur Planung, Durchführung und Bewertung pflegerischer Leistungen. Das Zusammenspiel von Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomes ermöglicht:

- Transparente Abbildung von Pflegeaufwand,
- Objektivierbare Bedarfsermittlung,
- Vergleichbarkeit pflegerischer Leistungen,
- Integration qualitätsbezogener Vergütungsbestandteile.

Pflegediagnostik und pflegesensitive Qualitätsindikatoren stellen damit eine zentrale Grundlage für die Weiterentwicklung eines bedarfs- und qualitätsorientierten Pflegefinanzierungssystems dar.

Tabelle 1: International etablierte Systeme

NANDA-I – Pflegediagnosen (NANDA-I 2024)	NIC – Pflegeinterventionen (NIC 2024)	NOC – Pflegeoutcomes (NOC 2024)
Erfassen Pflegebedarf, Pflegeintensität und Komplexität.	Beschreiben die pflegerischen Maßnahmen, die zur Bewältigung der Diagnosen notwendig sind.	Messen die Wirksamkeit pflegerischer Interventionen.

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).

Die Nutzung standardisierter Klassifikationen entspricht zugleich den aktuellen fachpolitischen Empfehlungen des Deutschen Pflegerats, der eine einheitliche pflegfachliche Terminologie als wesentliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung professioneller Pflege, digitaler Dokumentationssysteme und datenbasierter Steuerungsinstrumente hervorhebt (DPR, 2026b).

7. PROMs, PREMs und VBHC als Qualitätsdimensionen

Pflegequalität muss über patientenrelevante Ergebnisse und Erfahrungen sichtbar gemacht werden. Neben klassischen Struktur- und Prozessindikatoren gewinnen deshalb PROMs (Patient Reported Outcome Measures) und PREMs (Patient Reported Experience Measures) zunehmend an Bedeutung.

Ergänzend sollte die Ergebniswirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit berücksichtigt werden. Eine funktionierende Zusammenarbeit verbessert Kommunikation, Entscheidungsprozesse und Patientensicherheit und trägt nachweislich zu besseren Versorgungsergebnissen bei. Die Ergebniswirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit lässt sich über validierte Instrumente wie die Interprofessional Collaboration Scale (ICS) erfassen, die zentralen 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).

Die Berücksichtigung der in Tabelle 2 aufgeführten Qualitätsdimensionen schafft die Grundlage für eine qualitätsorientierte Ausgestaltung der Pflegevergütung.

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

PROMs – Ergebnisqualität	PREMs – Prozessqualität	VBHC – Systemqualität	Ergebniswirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit
Pflege beeinflusst u. a.: – Mobilität – Schmerz – psychisches Wohlbefinden – Lebensqualität – Symptomlast (Black 2013)	Pflege prägt Patientenerleben stärker als jede andere Berufsgruppe. Wichtige Dimensionen: – Kommunikation – Reaktionszeit – wahrgenommene Sicherheit – Empathie – Kontinuität (Jenkinson et al. 2002)	Value = Outcomes / Kosten Pflege beeinflusst: – Komplikationsraten – Mortalität – Wiederaufnahmeraten – Liegedauer – Patientenzufriedenheit (Porter 2010)	Evidenz zeigt: – bessere Teamkommunikation – geringere Fehlerquote – schnellere Entscheidungsprozesse – höhere Patientensicherheit – bessere Outcomes (Kenaszchuk et al. 2010)

8. Vier-Säulen-Modell zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets

Das vorgeschlagene Vier-Säulen-Modell verfolgt das Ziel, Pflege als eigenständige und qualitätsrelevante Leistung bedarfsorientiert zu finanzieren. Es verbindet Struktursicherung, Bedarfsgerechtigkeit, Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in einem integrierten Finanzierungssystem.

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 (Bryant-Lukosius et al. 2016) – 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 erweitert das bestehende Pflegebudget um eine Bedarfs- und Qualitätsdimension und verknüpft Finanzierung, Professionalisierung und Versorgungsqualität in einer gemeinsamen Steuerungslogik.

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 Reform 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.

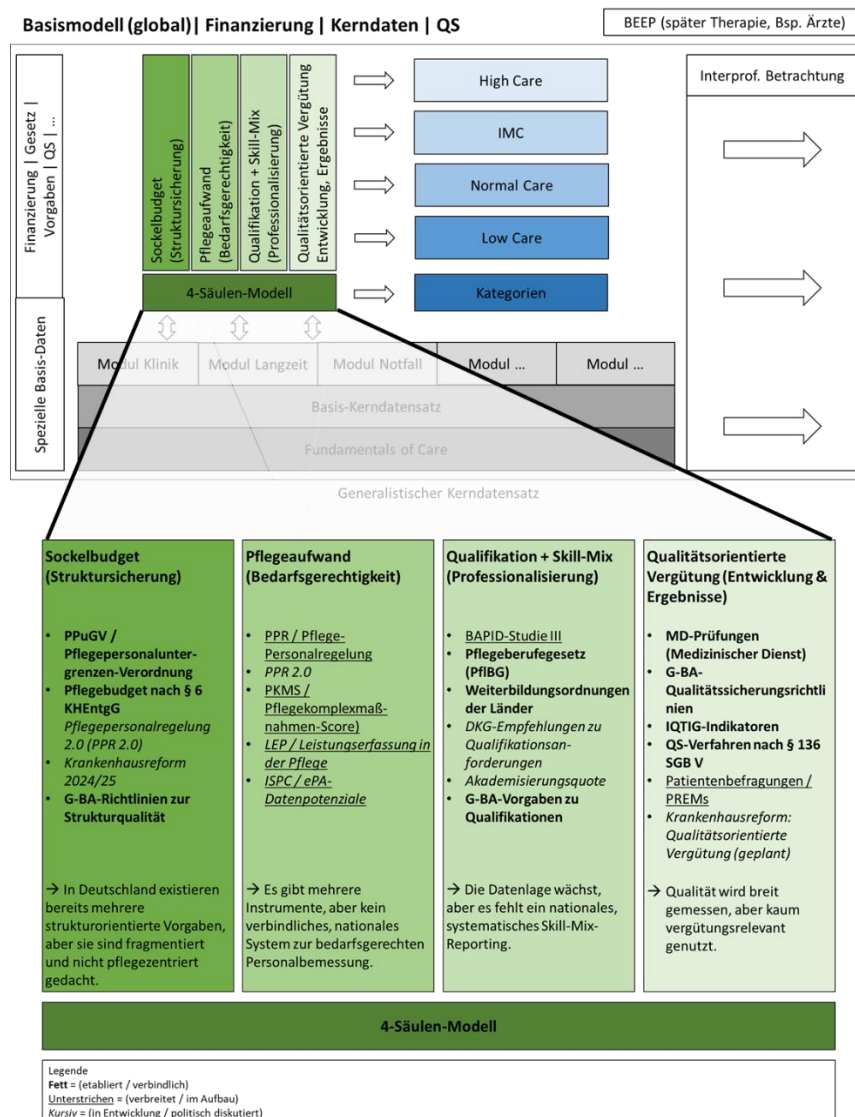


Abbildung 2: Systemische Einbettung des Vier-Säulen-Modells – Struktur, Finanzierung, Kerndaten und Qualitätsdimensionen

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

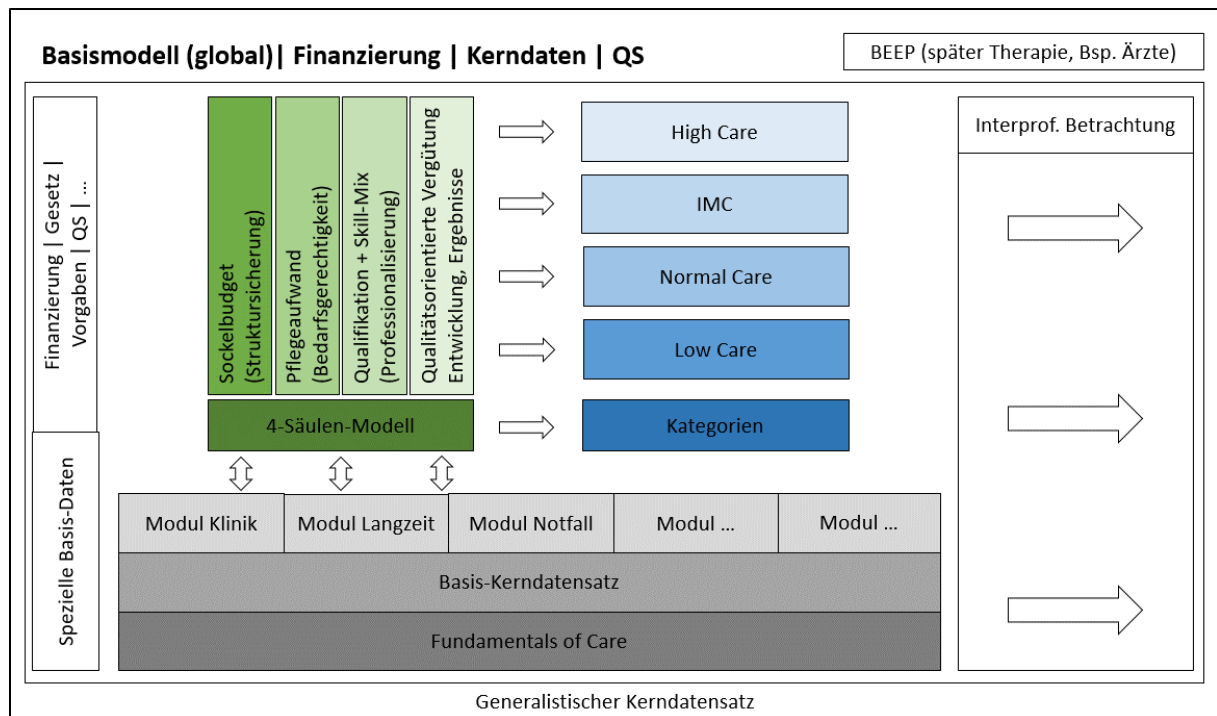


Abbildung 3: Vier-Säulen-Modell in systemischem Kontext

Die praktische Anschlussfähigkeit des Vier Säulen Modells wird im Anhang anhand konkreter Versorgungssituationen, darunter Wundversorgung, Sepsis, Delir, gefäßkatheterassoziierte Infektionen und invasive Beatmung, exemplarisch dargestellt. Es wird visualisiert, wie Sockelbudget, Pflegeaufwand, Qualifikationsmix und Qualitätsindikatoren in einem konkreten Versorgungsszenario zusammenwirken. Die Abbildungen zeigen, 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

Aktuelle Stellungnahmen und Reformvorschläge unterstützen zentrale Elemente des Vier-Säulen-Modells (vgl. Beivers 2026, DBfK 2026, Fachgesellschaft Profession Pflege 2026, süV-Ver einbarung 2026).

Der DBfK betont die Bedeutung ausreichender Personalausstattung und qualitätsorientierter Steuerung. Die Fachgesellschaft Profession Pflege fordert indikatorengestützte Instrumente zur Sichtbarmachung von Pflegebedarf und Pflegequalität. Die DKG spricht sich für eine stärkere Bedarfsorientierung des Pflegebudgets aus.

Mit dem KHAG (2026) werden Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität weiter gestärkt. Gleichzeitig weisen aktuelle Analysen auf Defizite der sektorenübergreifenden Finanzierung und bestehende Fehlanreize im Krankenhausbereich hin.

Das Vier-Säulen-Modell greift diese Anforderungen auf, indem es Struktur-, Bedarfs-, Qualitäts- und Professionalisierungsaspekte in einem gemeinsamen Finanzierungsansatz zusammenführt.

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.

9. Politischer Kontext und Reformdruck

Die aktuelle Reformdiskussion zeigt, dass das bestehende Pflegebudget politisch und finanziell zunehmend unter Druck gerät. Gleichzeitig besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Rückkehr zur vollständigen Integration der Pflegekosten in das DRG-System keine nachhaltige Lösung darstellt.

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. Neben den aktuellen Reformvorhaben werden zunehmend auch Konzepte diskutiert, die über die Weiterentwicklung einzelner Finanzierungsinstrumente hinausgehen. Ein Beispiel hierfür ist das Konzept „Care Share 13“, das eine regional organisierte, interprofessionelle und sektorübergreifende Versorgungsarchitektur beschreibt. Im Mittelpunkt stehen populationsbezogene Steuerungs- und Finanzierungsansätze, regionale Versorgungsverbünde sowie eine stärkere Orientierung an Versorgungsbedarfen und Versorgungsergebnissen. Auch wenn Care Share 13 deutlich über die Fragestellung des Pflegebudgets hinausgeht, verdeutlicht das Konzept die zunehmende Bedeutung integrierter und qualitätsorientierter Versorgungsmodelle für die zukünftige Ausgestaltung von Gesundheits- und Pflegefinanzierung (IPAG 2025).

Aktuelle gesundheitsökonomische Konzepte gehen darüber hinaus und diskutieren zunehmend regionale Budgetierungsansätze, bei denen finanzielle Mittel nicht ausschließlich einzelnen Leistungserbringern, sondern populationsbezogen einer Versorgungsregion zugeordnet werden. Ziel ist es, sektorübergreifende Kooperationen zu fördern, Fehlanreize zwischen Leistungsbereichen zu reduzieren und die Finanzierung stärker am tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf auszurichten. Aus Sicht des WIdO können regionale Budgets dazu beitragen, Versorgungskapazitäten bedarfsgerechter zu steuern und Wirtschaftlichkeit sowie Versorgungsqualität gemeinsam weiterzuentwickeln (WIdO, 2026). Das im vorliegenden Diskussionspapier entwickelte Vier-Säulen-Modell ist mit solchen regionalen Steuerungsansätzen grundsätzlich kompatibel, da es Pflegebedarf, Qualitätsindikatoren und Professionalisierung unabhängig von einzelnen Einrichtungen betrachtet.

In eine ähnliche Richtung argumentiert auch der Verband der Allgemeinen Krankenhäuser (AKG 2026). Er bewertet das Pflegebudget als unverzichtbares Instrument zur Sicherung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung und warnt vor kurzfristigen Eingriffen, die zu zusätzlicher Bürokratie oder einer Schwächung der pflegerischen Versorgung führen könnten. Zugleich spricht sich die AKG für eine praxisnahe Weiterentwicklung des bestehenden Systems aus, anstatt die erreichten Fortschritte grundsätzlich infrage zu stellen.

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 Grundlohnsumme 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.

Die diskutierten Reformoptionen zeigen, dass die Ausgestaltung der Pflegefinanzierung bereits politisch vorbereitet wird. Das Vier-Säulen-Modell ist daher nicht nur fachlich begründet, sondern auch politisch anschlussfähig.

10. Bedeutung eines ausreichend hohen Sockelbetrags

Der Sockelbetrag bildet die strukturelle Grundlage des Modells. Er muss so ausgestaltet sein, dass gesetzliche Anforderungen tatsächlich erfüllt werden können.

Im Sockelbetrag müssen insbesondere berücksichtigt werden:

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

Ein unzureichend ausgestatteter Sockelbetrag würde die Wirksamkeit aller weiteren Finanzierungsbestandteile erheblich einschränken.

11. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation

Die in Tabelle 5 (S. 20) 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, dass Pflegefinanzierung ein zentrales Steuerungsinstrument für Qualität und Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens ist.

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 (Needleman et al. 2011)	– Valide Datenbasis für Steuerung – Klare Verantwortlichkeiten – Bessere Planbarkeit – Höhere Transparenz gegenüber Kostenträgern

Diese Perspektive wird auch durch aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichungen gestützt. Sie weisen darauf hin, dass die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung nicht allein unter dem Gesichtspunkt der Ausgabenentwicklung betrachtet werden sollte. Vielmehr kommt dem Pflegebudget eine zentrale Steuerungsfunktion für Versorgungsqualität, pflegerische Professionalisierung und die nachhaltige Sicherung personeller Ressourcen zu. Vor diesem Hintergrund erscheint eine stärkere Verknüpfung von Bedarfs-, Qualitäts- und Strukturindikatoren als folgerichtige Weiterentwicklung des bestehenden Finanzierungssystems (Dutschkus et al. 2026).

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:

- Reform des Pflegebudgets um bedarfs- und qualitätsorientierte Komponenten,
- Einführung standardisierter Pflegeklassifikationen zur Erfassung von Pflegeintensität und Pflegekomplexität,
- Stärkung pflegerischer Eigenverantwortung und pflegegeleiteter Versorgungsmodelle
- Verknüpfung von Finanzierung und Pflegequalität durch PROMs, PREMs und pflegesensitive Indikatoren,
- Förderung von Fachpflege, akademischer Pflege und Advanced Practice Nursing (Buchan et al. 2018),
- Reduktion administrativer Belastungen bei gleichzeitiger Sicherung von Transparenz und Steuerungsfähigkeit sowie

- Prüfung der Anschlussfähigkeit des Pflegebudgets an regionale bzw. populationsbezogene Budgetierungsmodelle zur Förderung sektorenübergreifender Versorgung und bedarfsge-rechter Ressourcensteuerung (WIdO, 2026).

Ergänzend sollte sich die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung an vier strategischen Zielgrößen orientieren:

- Vermeidung von Fehlallokationen
- Wahrung der Interessen der Profession Pflege
- Reduktion von Transaktionskosten
- langfristige Outcome-Orientierung

Diese Zielgrößen bieten einen geeigneten Orientierungsrahmen für zukünftige Reformen. Die vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen stehen im Einklang mit aktuellen Positionierungen zentraler Akteure aus Pflege, Krankenhauswesen und Wissenschaft, die übereinstimmend eine stärker bedarfs-, qualitäts- und professionsorientierte Weiterentwicklung des Pflegebudgets fordern.

13. Fazit und Ausblick

Das Pflegebudget hat wesentlich dazu beigetragen, die Finanzierung der Pflege im Krankenhaus zu stabilisieren und ökonomisch motivierten Personalabbau zu begrenzen. Gleichzeitig zeigen internationale Erfahrungen, aktuelle Reformdiskussionen und gesetzliche Entwicklungen, dass eine reine Kostenrefinanzierung den Anforderungen einer modernen Gesundheitsversorgung nicht mehr genügt.

Zentrale Herausforderungen bestehen weiterhin in der fehlenden Abbildung von Pflegebedarf, Pflegequalität und Professionalisierung. Eine zukunftsfähige Pflegefinanzierung muss diese Dimensionen systematisch berücksichtigen und in die Steuerungslogik integrieren.

Das vorgeschlagene Vier-Säulen-Modell verbindet Struktursicherung, Bedarfsgerechtigkeit, Professionalisierung und Qualitätsorientierung in einem kohärenten Finanzierungsansatz. Durch die Nutzung standardisierter Pflegediagnostik, qualitätsbezogener Indikatoren und differenzierter Anreizstrukturen entsteht die Grundlage für eine bedarfs- und qualitätsorientierte Neuausrichtung des Pflegebudgets.

Die schrittweise Umsetzung auf Basis bestehender Routinedaten ermöglicht eine praktikable Weiterentwicklung ohne grundlegenden Systembruch. Gleichzeitig schafft das Modell die Voraussetzungen dafür, Pflege als eigenständige, qualitätsrelevante und wirksame Leistung sichtbar zu machen und angemessen zu finanzieren.

Damit bietet das Vier-Säulen-Modell einen anschlussfähigen Rahmen für die Reform der Pflegefinanzierung in Deutschland und für die nachhaltige Stärkung professioneller Pflege im Gesundheitswesen.

Literaturverzeichnis

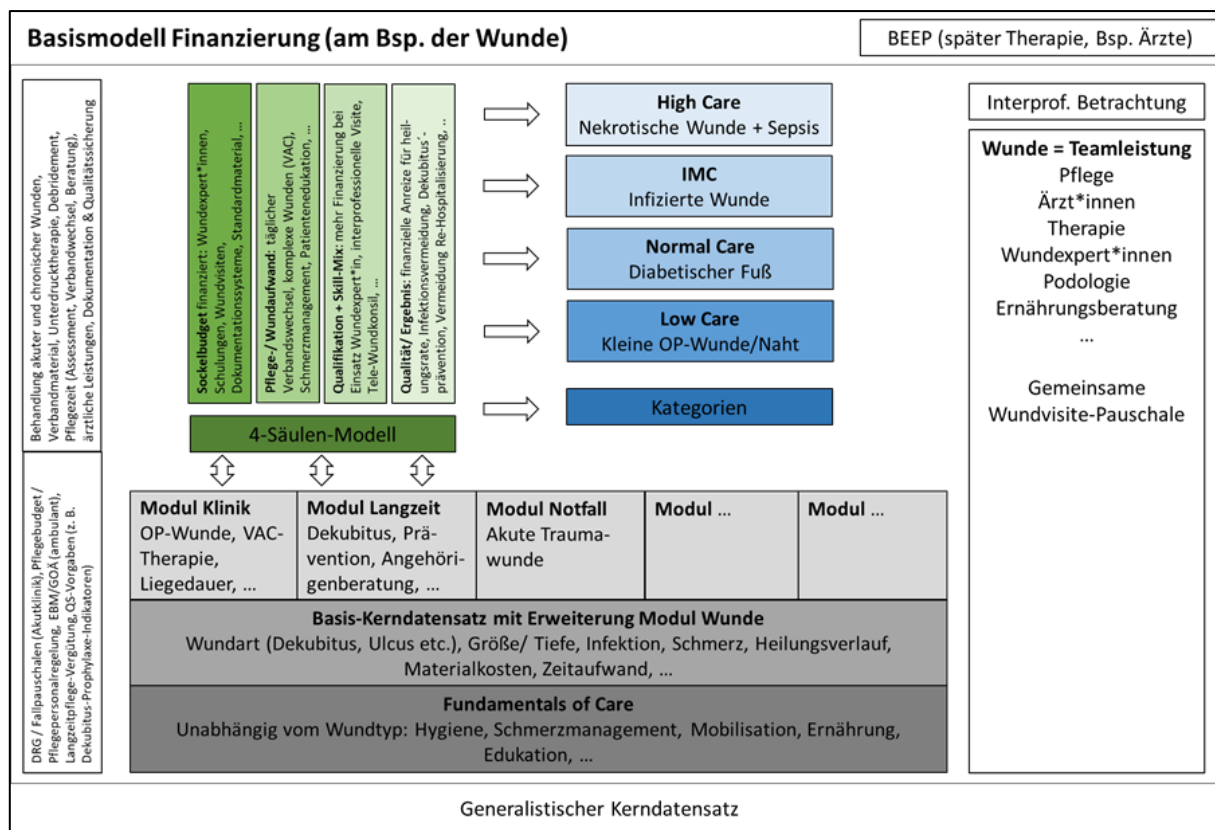
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries*. The Lancet, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Aiken, L. H., et al. (2017). *Nurse staffing and patient outcomes: A longitudinal study*. BMJ Quality & Safety, 26(7), 559–567.
- Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e. V. (AKG) (2026). UPDATE: AKG-Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Abgerufen am 29.06.2026 von <https://akg-kliniken.de/aktuelles-zentral?blog=227>
- 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.
- Deutscher Pflegerat (DPR). (2026a). *Expert:innenpapier „Pflegebudget als ein notwendiges und lernendes System“*. Abgerufen am 29.06.2026 von: https://deutscher-pflegerat.de/download/dpr_pp_pflegebudget_langversion_20250306.pdf
- Deutscher Pflegerat (DPR). (2026b). *Pflegfachliche Terminologie – Gemeinsames Verständnis als Grundlage professioneller Pflege, Digitalisierung und Interoperabilität*. Berlin. Abgerufen am 24.07.2026 von: https://deutscher-pflegerat.de/download/2026-07-13_dpr_pp_fk-digi_terminologie_final.pdf
- 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.
- Dutschkus, F., Freytag, A. & Stöcker, A. (2026). *Bewertung des Pflegebudgets: Notwendigkeit, Analyse und erste Ergebnisse*. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/a-2850-8955>
- ETKHO. (2026). *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.
- Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 24. Juli 2026, BGBl. 2026 I Nr. 228.
- 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*.

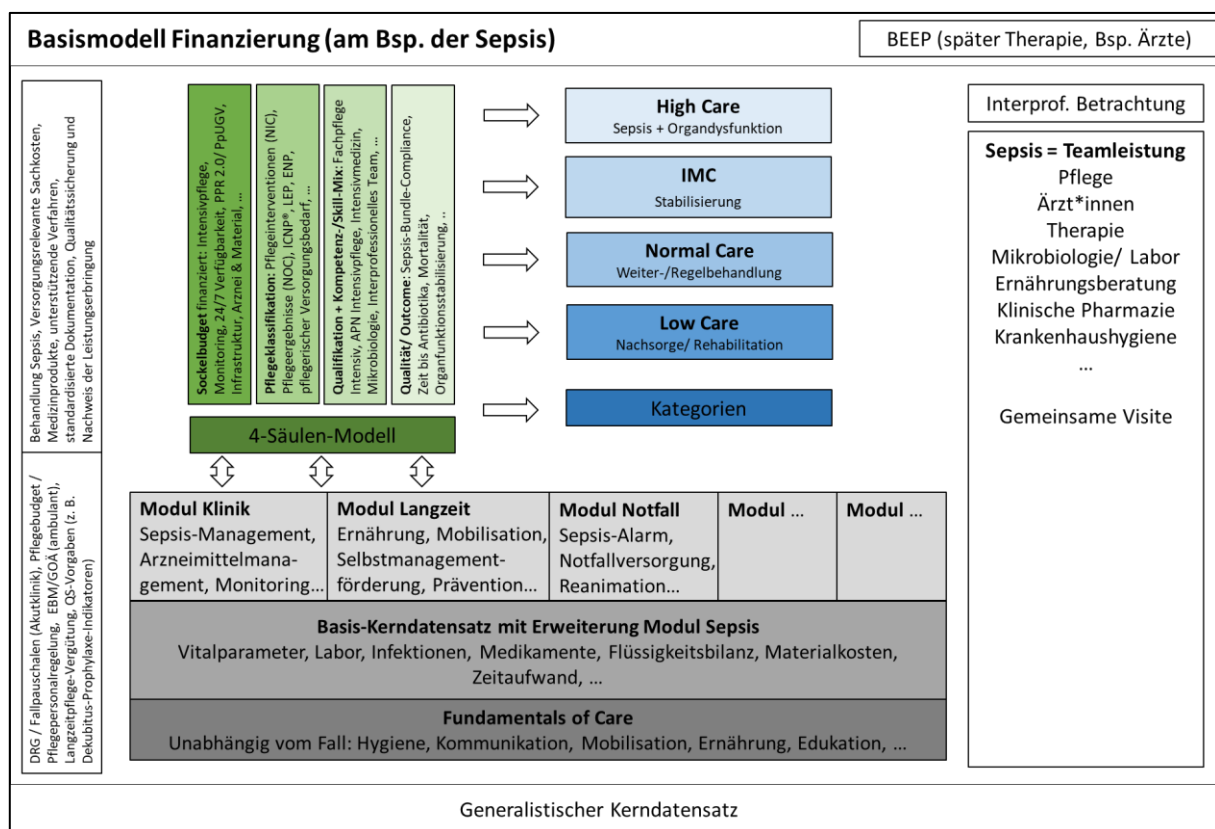
- *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*. (o. J.). Standard sets. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://www.ichom.org>
- International Learning Collaborative (ILC). (o.J.). *The Fundamentals of Care Framework*. Abgerufen am 20.02.2026 von <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>
- IPAG – Expert:innenrat. (2025). *Care Share 13: Das Systemdesign für eine zeitgemäße Versorgungsinfrastruktur und eine menschenzentrierte Gesundheitsversorgung*. Stand 17.11.2025. Abgerufen am 05.06.2026 von <https://www.i-pag.de/care-share-13/>
- 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.

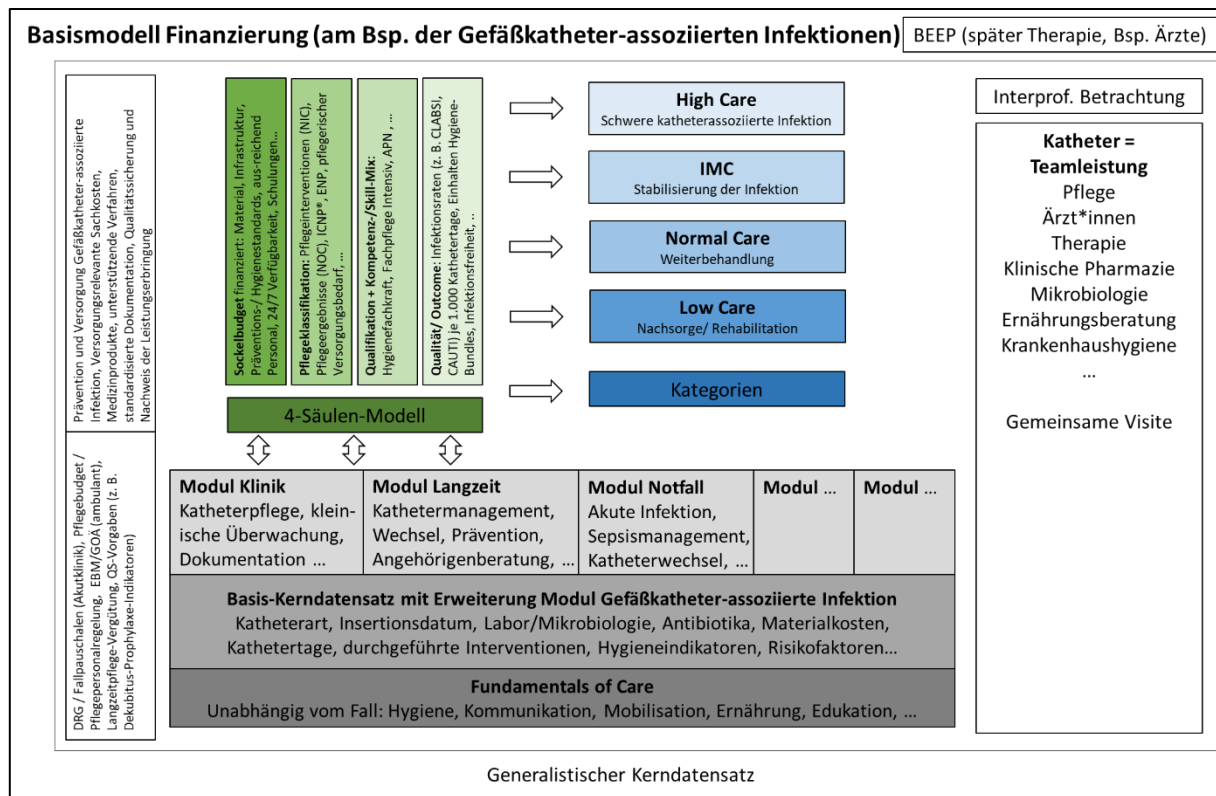
Anhang



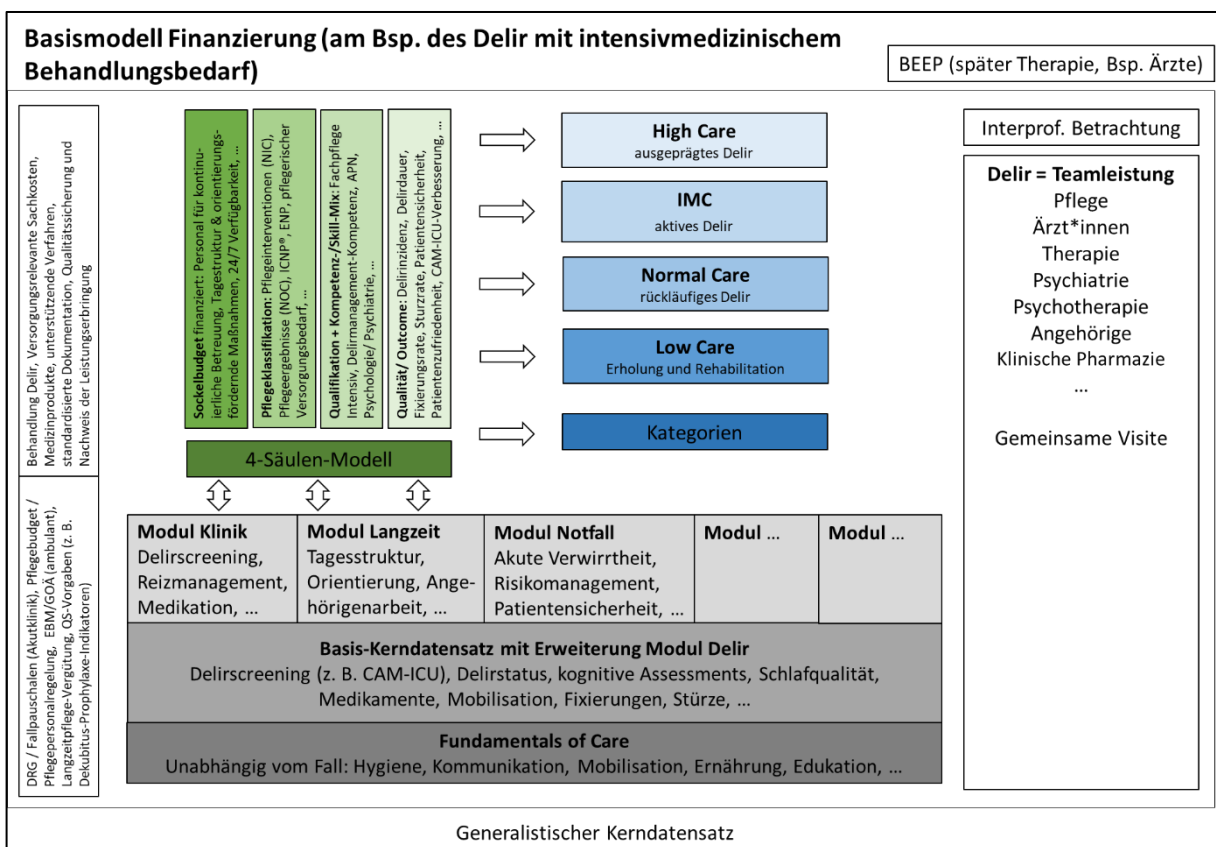
Anhang 1: Beispielhafte Anwendung des Vier-Säulen-Modells in der Wundversorgung



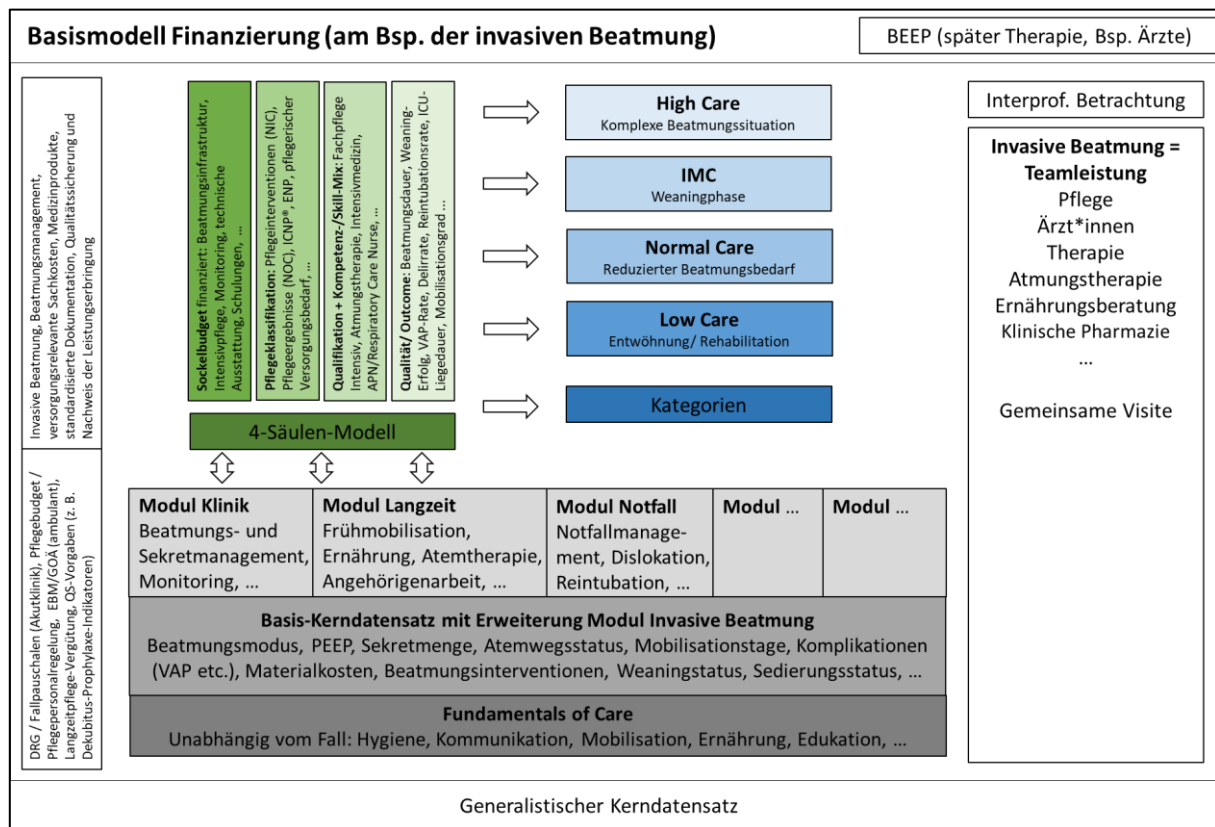
Anhang 2: Beispielhafte Anwendung des Vier-Säulen-Modells – High Care Bereich – Sepsis



Anhang 3: Beispielhafte Anwendung des Vier-Säulen-Modells – High Care Bereich – Gefäßkatheter-assoziierte Infektion



Anhang 4: Beispielhafte Anwendung des Vier-Säulen-Modells – High Care Bereich - Delir mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf



Anhang 3: Beispielhafte Anwendung des Vier-Säulen-Modells – High Care Bereich – Invasive Beatmung

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
- Sturzszenarien
- 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 interoperable Datenstrukturen und eine gemeinsame Referenzterminologie miteinander verknüpft 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.