

Expert:innenpapier „Qualitätsentwicklung durch die Förderung von Pflegeexzellenz in Deutschland“

Angesichts begrenzter finanzieller Spielräume im Gesundheitssystem müssen Reformen Versorgungsqualität verbessern, damit mittel- und langfristig Folgekosten reduziert werden können bzw. sich nicht weiter erhöhen. Pflegeexzellenz ist dafür ein evidenzbasiertes Instrument, das die Ergebnisqualität erhöht, Fachpersonal sichert und Kosten durch weniger Komplikationen und höhere Systemstabilität reduziert.

Exzellenz in der Pflege ist ein international etabliertes, wissenschaftlich fundiertes Konzept der Qualitäts- und Organisationsentwicklung. Sie beschreibt keinen statischen Zustand, sondern einen kontinuierlichen, datenbasierten Entwicklungsprozess, der auf die dauerhafte Erzielung überdurchschnittlicher Versorgungs- und Ergebnisqualität ausgerichtet ist (EFQM, 2025; ANCC, 2023).

Exzellenz liegt dort vor, wo pflegerische Leistungen die Erwartungen zentraler Anspruchsgruppen – insbesondere der versorgten Menschen und der Mitarbeitenden – sowie des Versorgungssystems erfüllen oder übertreffen und diese Ergebnisse langfristig stabilisiert werden. Deutschland verfügt bislang über keine nationale, strukturierte Strategie zur systematischen Entwicklung und Sicherung pflegerischer Exzellenz.

Pflegeexzellenz basiert auf dem Zusammenspiel von Ergebnisorientierung, professioneller Pflegepraxis, wirksamer Führung, evidenzbasierter Entscheidungsfindung und organisationaler Lernfähigkeit. Wie im Kontext internationaler Exzellenzprogramme (z. B. Magnet®) herausgearbeitet, ist Exzellenz ausdrücklich kein Zertifikat und kein Einzelprojekt, sondern Ausdruck der strukturellen Fähigkeit einer Organisation, Pflegequalität systematisch zu messen, zu reflektieren und weiterzuentwickeln (Kleine et al., 2023).

Zentrale Kernelemente von Exzellenz in der Pflege sind (Aiken et al., 2014; OECD, 2022; WHO, 2018; ICN, 2018; ICN, 2025a; ICN, 2025b; Sharplin et al., 2025; EFQM, 2025; ANCC, 2023; Maier, 2019):

- Ergebnisorientierung und Messbarkeit pflegerischer Qualität durch pflegesensitive Qualitätsindikatoren und Benchmarking,
- evidenzbasierte Pflegepraxis als integraler Bestandteil der Versorgung,
- Nachhaltigkeit in kontinuierlicher Qualitätsentwicklung und organisationaler Lernprozesse,
- Einbettung in organisationale Strukturen, insbesondere durch Beteiligung der Profession Pflege an Steuerungsprozessen und der Strategieausrichtung sowie
- Pflegemanagement mit verbindlichen und rechtlich verankerten Entscheidungskompetenzen.

Internationale Studien belegen, dass Einrichtungen mit hoher Pflegeexzellenz bessere klinische Ergebnisse erzielen, geringere Komplikations- und Folgekosten aufweisen, Mitarbeitende langfristiger binden und organisatorisch resilienter sind (Friese et al., 2008; Rodríguez-García et al., 2020).

Exzellente Pflege wirkt damit qualitätssteigernd und zugleich kostendämpfend. Investitionen in Pflegeexzellenz führen zu einem positiven Social Return on Investment (SROI), indem sie nicht nur individuelle Versorgungsergebnisse verbessern, sondern auch zur Stabilität, Effizienz und Nachhaltigkeit des gesamten Gesundheitswesens beitragen (Yakusheva et al., 2014; Yakusheva et al., 2024; Garkisch et al., 2025).

Internationale Analysen, unter anderem des International Council of Nurses, zeigen zudem übereinstimmend, dass die Qualität der Pflege in direktem Zusammenhang mit der Qualität, Effizienz und Resilienz des gesamten Gesundheitssystems steht (ICN, 2018; WHO, 2018). Trotz dieser zentralen Rolle fehlt in Deutschland bislang eine systematische, wissenschaftlich fundierte und politisch abgesicherte Strategie, um Pflegeexzellenz gezielt aufzubauen, sichtbar zu machen und langfristig zu sichern. Pflegerische Leistungen bleiben dadurch in weiten Teilen untererfasst, nur eingeschränkt vergleichbar und in ihrer Wirkung auf Qualität, Kostenentwicklung und Versorgungssicherheit unzureichend abgebildet (Kleine et al., 2023).

Professionelle Pflege ist die tragende Säule aller Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Sie leistet einen wesentlichen Beitrag zur Patient:innen-, Bewohner:innen- und Klient:innensicherheit und ist eine zentrale Determinante der Versorgungsqualität. Darüber hinaus trägt professionelle Pflege maßgeblich zur nachhaltigen Wertschöpfung und Stabilisierung des Versorgungssystems bei und entfaltet damit einen nachweisbaren SROI für das Gesundheitswesen (Yakusheva et al., 2024; Garkisch et al., 2025).

Professionelle Pflege ist damit nicht allein eine Versorgungsdisziplin, sondern ein strategischer Produktionsfaktor für Ergebnisqualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit. **Dass dieser Zusammenhang in Deutschland bislang nicht systematisch genutzt wird, ist weniger auf fehlende Evidenz als vielmehr auf fehlende strukturelle Voraussetzungen und politische Entscheidungen zurückzuführen** (Stiftungsallianz, 2020).

Zielsetzung des Expert:innenpapiers

Vor diesem Hintergrund verfolgt dieses Expert:innenpapier das Ziel, die Notwendigkeit einer systematischen, wissenschaftlich fundierten und datenbasierten Exzellenzentwicklung in der Pflege darzulegen, Orientierung an internationalen Best-Practice-Modellen zu geben und konkrete, strukturpolitische Handlungsempfehlungen für Politik und Institutionen abzuleiten.

Der DPR fordert im Zuge dessen

1. den Aufbau einer nationalen Dateninfrastruktur sowie der Verbindung einer finanziellen Förderung an Datentransparenz und Qualitätsnutzung,
2. den Aufbau eines nationalen Pflegeforschungsnetzwerks und die Schaffung eines Instituts für Pflegeentwicklung und Exzellenz sowie
3. die strukturelle Stärkung und verbindliche Einbindung des Pflegemanagements.

Professionelle Pflege hebt erhebliche Ressourcenpotenziale für das Gesundheitssystem – insbesondere durch wirksame Prävention, Prähabilitation und sektorenübergreifende Koordination. Eine stärkere Ausrichtung von Aufgaben- und Sektorenzuschnitten an pflegerischer Expertise und an den demografischen Realitäten kann Versorgungslücken reduzieren, Effizienzgewinne ermöglichen und die Nachhaltigkeit des Systems stärken.

Qualitätsanforderungen in Deutschland und internationale Orientierungsmodelle

Qualitätsmanagement ist in vielen Gesundheitssystemen gesetzlich verankert und stellt eine grundlegende Voraussetzung für sichere Versorgung dar. In Deutschland sind Einrichtungen des Gesundheitswesens insbesondere durch das SGB V und das SGB XI zur Einführung und Nutzung von Qualitätsmanagementsystemen verpflichtet. Diese gesetzlichen Vorgaben sichern jedoch primär die Einhaltung von Mindeststandards und sind nicht darauf ausgerichtet, Qualität systematisch weiterzuentwickeln oder Exzellenz im Sinne dauerhaft überdurchschnittlicher Ergebnisqualität zu fördern. Vor dem Hintergrund des zuvor dargestellten Exzellenzverständnisses wird deutlich, dass Qualitätssicherung allein nicht ausreicht, um Pflegeleistungen sichtbar und vergleichbar zu machen sowie eine strategische Steuerung durchzuführen.

Internationale Analysen zeigen, dass klassische Akkreditierungs- und Zertifizierungsmodelle häufig auf Strukturen und Prozesse fokussieren, während die Pflege als zentraler Faktor patient:innennaher Ergebnisqualität nur unzureichend berücksichtigt wird (Gurisch et al., 2024). Dieser internationale Scoping Review verdeutlicht, dass pflegebezogene Qualitätsindikatoren vielfach nur einen begrenzten Ausschnitt professioneller Pflege abbilden. Komplexe Versorgungssituationen, pflegerische Entscheidungsprozesse sowie mittel- und langfristige Effekte pflegerischen Handelns bleiben häufig unberücksichtigt; zugleich fehlt es an einer konsistenten pflegewissenschaftlichen Fundierung der Indikatoren, an geeigneten Dateninfrastrukturen und an einer systematischen Nutzung der Ergebnisse für organisationales Lernen und kontinuierliche Verbesserung.

Diese Begrenzungen zeigen sich auch dort, wo pflegebezogene Qualitätsmessungen bereits etabliert sind. **Insbesondere in der Langzeitpflege erfassen bestehende Kennzahlensysteme nur einen engen Ausschnitt pflegerischer Ergebnisqualität und sind bislang weder hinreichend evidenzbasiert noch systematisch in pflegewissenschaftliche Entwicklungs- und Steuerungsprozesse eingebunden.** Unterschiedliche Dokumentationspraktiken, unzureichende digitale Voraussetzungen sowie ein fehlender Rückbezug auf aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse mindern zusätzlich die Aussagekraft der Indikatoren und ihren Nutzen für Qualitätsentwicklung und Ressourcensteuerung.

Vor dem Hintergrund eines Exzellenzverständnisses, das Ergebnisqualität, Vergleichbarkeit und Nachhaltigkeit in den Mittelpunkt stellt, ist daher eine wissenschaftlich fundierte und infrastrukturelle Weiterentwicklung der Indikatorensystematik zwingend erforderlich.

Internationale Exzellenzprogramme zeigen, wie eine solche Weiterentwicklung gelingen kann. Evidenz aus magnetorientierten Ansätzen belegt, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens mit einer konsequenten Ausrichtung auf pflegebezogene Exzellenzprinzipien über bessere Arbeits- und Versorgungsbedingungen, eine höhere Patient:innensicherheit, höhere Arbeitszufriedenheit sowie eine geringere emotionale Erschöpfung und Fluktuationsneigung bei Pflegefachpersonen verfügen (Aiken et al., 2024; Aiken et al., 2026). Die Ergebnisse aus Magnet4Europe¹ zeigen zudem, dass diese Effekte einrichtungsübergreifend wirken und sich auch positiv auf die Ärzteschaft auswirken, insbesondere im Hinblick auf Wohlbefinden, wahrgenommene Patient:innensicherheit und interprofessionelle Zusammenarbeit (Aiken et al., 2024; Aiken et al., 2025). Damit adressieren Magnet-Prinzipien zentrale Herausforderungen moderner Organisations- und Versorgungssteuerung.

¹ Magnet4Europe ist eine von der EU geförderte Interventionsstudie (2020–2024) mit über 60 Krankenhäusern in sechs europäischen Ländern. Sie belegt, dass die Umsetzung der Magnet-Prinzipien zu besseren Arbeitsbedingungen und verbesserten Versorgungsergebnissen führt (www.magnet4europe.eu)

Für Einrichtungen des Gesundheitswesens bedeutet dies: Magnet-orientierte Exzellenz ist kein additiver Qualitätsansatz, sondern ein strategisches Organisationsentwicklungsmodell, das Pflegequalität, Arbeitsbedingungen und Ergebnisqualität integriert steuert (Aiken et al., 2026). Die europäische Evidenz aus Magnet4Europe zeigt, dass diese Prinzipien von Magnet auch unabhängig vom Gesundheitssystem, in dem sie angewendet werden, wirksam sind und sich in unterschiedlichen regulatorischen und finanziellen Kontexten umsetzen lassen. Damit sind sie grundsätzlich auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar, sofern die notwendigen strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden (Aiken et al., 2024; Aiken et al., 2026). Diese sind:

- Der Aufbau interoperabler Daten- und Benchmarkinginfrastrukturen für pflegesensitive Outcomes,
- die systematische Anbindung an pflegewissenschaftliche Expertise und evidenzbasierte Steuerungsprozesse sowie
- die Schaffung klarer struktureller Rahmenbedingungen, insbesondere die verbindliche Verankerung eines entsprechend qualifizierten Pflegemanagements in der Unternehmensleitung.

Voraussetzungen für die Entwicklung von Pflegeexzellenz in Deutschland

Damit exzellente pflegerische Versorgung dauerhaft ermöglicht wird, bedarf es eines klaren ordnungs- und förderpolitischen Rahmens. Der Gesetzgeber setzt die strukturellen Voraussetzungen, insbesondere durch Mindestanforderungen an Transparenz, Qualitätsmessung, Vergleichbarkeit sowie durch die Schaffung von Grundlagen für Datenerhebung, Forschung und Benchmarking. Die konkrete Ausgestaltung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung exzellenter Pflegepraxis liegt bei Trägern, Einrichtungen und den professionell Pflegenden.

Exzellenz entsteht dabei nicht punktuell oder isoliert, sondern im kohärenten Zusammenspiel unterschiedlicher Handlungsebenen. Erst wenn Anforderungen, Verantwortlichkeiten und Steuerungsmechanismen auf Versorgungs-, Organisations- und Strukturebene ineinandergreifen, kann Pflegequalität wirksam entwickelt, überprüft und nachhaltig gesichert werden.

Vor diesem Hintergrund lässt sich Exzellenz systematisch entlang der Mikro-, Meso- und Makroebene beschreiben.

- **Mikroebene (Versorgungsebene)**
Auf der Ebene der direkten Versorgung entscheidet sich Exzellenz im professionellen Handeln der Teams. Beruflich Pflegenden müssen befähigt werden, evidenzbasiert und personenzentriert zu handeln, Entscheidungen fachlich zu begründen, Outcomes mitzudenken und Verbesserungen aktiv mitzugestalten. Hierfür braucht es klare Rollenprofile und Verantwortlichkeiten, einen bedarfsgerechten Skill- und Grademix sowie kontinuierliche Fort- und Weiterbildung.
- **Mesoebene (Organisationsebene)**
Pflegeexzellenz erfordert organisationale Rahmenbedingungen, die durch die Unternehmensleitung verbindlich verantwortet werden. Dazu zählen angemessene Personal- und Qualifikationsstrukturen, verlässliche Beteiligungsformate zur dezentralen Entscheidungsfindung, ein Arbeitsumfeld, das professionelle Eigenständigkeit und multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht, sowie eine datenbasierte Qualitätssteuerung. Das Pflegemanagement braucht hierfür reale Entscheidungskompetenzen und eine strukturelle Verankerung in der Unternehmensleitung. Qualifikationsanforderungen an Pflegeführung sind eine grundlegende Voraussetzung für professionelle Steuerungsfähigkeit.

- **Makroebene (Strukturebene)**

Exzellenzentwicklung gelingt nur, wenn sie politisch und rechtlich durch bundesweite Strukturentscheidungen gefördert und abgesichert wird. Dazu gehören insbesondere eine verlässliche nationale Infrastruktur für valide Daten und Benchmarking, die interoperable Nutzung pflegebezogener Qualitätsdaten, der Aufbau und die langfristige Förderung pflegewissenschaftlicher Strukturen sowie bundesweite Programme, die die Entwicklung, Implementierung und Verstetigung evidenzbasierter Innovationen in der Pflege unterstützen. Erst auf diese Grundlage können Maßnahmen auf Organisation- und Versorgungsebene wirksam und vergleichbar umgesetzt werden.

Forderungen des DPR zur Förderung von Pflegeexzellenz

Damit Pflegeexzellenz systematisch entwickelt werden kann, braucht es bundesweit tragfähige Strukturen für Transparenz, Qualitätsmessung, Benchmarking und Forschung. Die folgenden Forderungen zielen darauf ab, Voraussetzungen zu schaffen, damit Einrichtungen Pflegequalität verlässlich erfassen, vergleichen und wirksam verbessern können.

1. Nationale Qualitätsdaten- und Benchmarkinginfrastruktur als Grundlage für Pflegeexzellenz

Der DPR fordert den Gesetzgeber auf, die Voraussetzungen für Pflegeexzellenz durch eine bundesweite tragfähige Qualitätsdaten- und Benchmarkinginfrastruktur zu schaffen. Zu berücksichtigen sind im Zuge dessen die Forderungen des DPR entsprechend einer Pflege-Informatik-Initiative (DPR, 2025a).

Eine **nationale Qualitätsdatenbank Pflege** als Referenz- und Benchmarkingstruktur muss

- unter öffentlicher Verantwortung stehen und wissenschaftlich begleitet werden,
- einheitliche Definitionen und interoperable Datenformate bereitstellen, basierend auf einem Kerndatensatz Pflege und
- einen Stufenpfad (Muss-/Soll-/Kür-Daten) abbilden, um Einrichtungen einen realistischen Einstieg zu ermöglichen.

Die Datenbank soll pflegesensitive Indikatoren zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patient:innen- und Mitarbeitendendaten bündeln und damit ein nationales Pflegequalitäts- und Exzellenzmonitoring ermöglichen. Da die pflegerische Versorgung entlang von Versorgungs- und Lebensverläufen wirkt und Übergänge qualitätskritische Schnittstellen darstellen, muss die Datenbank so angelegt sein, dass sie schrittweise sektorenübergreifend erweitert werden kann und konsistente Pflegequalität über alle Settings und Sektoren hinweg abbildet.

Um Einrichtungen einen realistischen Entwicklungspfad zu ermöglichen, wird ein Stufenmodell empfohlen, das zwischen Muss-, Soll- und Kür-Daten unterscheidet. So können Einrichtungen schrittweise von bereits verfügbaren Routinedaten zu anspruchsvolleren Exzellenzindikatoren gelangen, ohne Überforderung zu erzeugen.

Zur pflegfachlichen und pflegewissenschaftlichen Qualitätssicherung der Qualitätsdatenbank sowie deren kontinuierliche Weiterentwicklung ist ein dauerhaftes Expert:innengremium einzurichten. Dieses Gremium ist unter öffentlicher Verantwortung zu mandatieren. Es soll pflegewissenschaftlich geführt und in seiner inhaltlichen Ausrichtung durch die Profession Pflege verantwortet werden. Ergänzend sind Expertisen aus den Bereichen Controlling, Informatik, Statistik und Qualitätsmanagement einzubeziehen, um die Validität, Vergleichbarkeit und Anschlussfähigkeit der Daten zu sichern und kontextbezogene Empfehlungen abzuleiten.

Als maßgebliche Berufsorganisation der Pflege in Deutschland bündelt der DPR die pflegfachliche, pflegewissenschaftliche und berufspolitische Expertise der Profession. Damit kann

er die Perspektive der Profession Pflege in das Gremium einbringen, die Weiterentwicklung der Indikatorensystematik fachlich begleiten und die Anschlussfähigkeit an die pflegerische Praxis sicherstellen.

Parallel dazu fordert der DPR ein **finanzielles Förderprogramm**, das gezielt diejenigen Einrichtungen unterstützt, die pflegesensitive Ergebnisindikatoren standardisiert und systematisch erheben, in die nationale Datenbank einspeisen und die Ergebnisse nachweislich für Qualitätsverbesserung und organisationsinterne Steuerung nutzen.

Förderfähig sind insbesondere:

- Digitalisierung der Datenerhebung und -auswertung,
- Qualifizierung von Mitarbeitenden im Umgang mit Qualitätsdaten,
- Auf- und Ausbau pflegewissenschaftlicher Expertise in allen Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sowie die
- Implementierung strukturierter Verbesserungsprozesse auf Basis der Ergebnisindikatoren.

Damit wird ein klarer Entwicklungspfad geschaffen. Teilnahme der Einrichtungen an der Erhebung von Indikatoren, Datentransparenz und Nutzung der Datenbank werden ermöglicht und intensiviert. Gleichzeitig entsteht eine belastbare nationale Datenbasis für Benchmarking und Exzellenzentwicklung. In diese Phase kann auf bestehende Benchmark- und Qualitätsinitiativen sowie gesetzliche Qualitätsdarstellungsformate (z. B. nach § 115 SGB XI) zurückgegriffen werden, um organisationales Lernen, Vergleichbarkeit und methodische Erprobung zu ermöglichen. Zudem sollen internationale Netzwerke im Bereich des Benchmarks von Pflegequalitätsindikatoren einbezogen werden, um die Anschlussfähigkeit an europäische Entwicklungen sicherzustellen.

2. Nationale Forschungs- und Entwicklungsinfrastruktur schaffen: Pflegeforschungsnetzwerk und Institut für Pflegeentwicklung und Exzellenz

Parallel zur Entwicklung nationaler Qualitätsdaten- und Benchmarkingstrukturen ist der Aufbau einer tragfähigen Forschungs- und Entwicklungsinfrastruktur in allen pflegerischen Settings erforderlich. Hierfür bedarf es eines Nationalen Pflegeforschungsnetzwerks mit einem Institut für Pflegeentwicklung und Exzellenz.

Das **Nationale Pflegeforschungsnetzwerk** bildet den ersten, zentralen Baustein dieser Infrastruktur. Es bündelt bestehende pflegewissenschaftliche, versorgungsforschungsbezogene und pflegeinformatiknahe Aktivitäten und vernetzt Akteure aus Hochschulen, außeruniversitären Forschungseinrichtungen, Versorgungseinrichtungen, Fachgesellschaften und bestehenden Initiativen systematisch miteinander. Ziel ist nicht der Aufbau paralleler Strukturen, sondern die Koordination, Rahmensetzung und Sichtbarmachung bereits vorhandener Expertise. Das Netzwerk dient der gemeinsamen Entwicklung wissenschaftlicher Standards, insbesondere für Indikatorik, Evaluations- und Implementierungsmethodik, dem Ausbau von Forschungskapazitäten sowie dem strukturierten Transfer von Best Practice in die Versorgung.

Zudem ist mittelfristig ein **Institut für Pflegeentwicklung und Exzellenz** auf Bundesebene einzurichten. Es bündelt und koordiniert die vorhandenen pflegewissenschaftlichen Kompetenzen. Ziel ist es, die Voraussetzungen für eine kontinuierliche, datenbasierte und evidenzorientierte Weiterentwicklung der Pflegequalität in allen pflegerischen Settings in Deutschland zu schaffen und zu sichern.

Zu den Kernaufgaben des Instituts gehören:

- die Definition, Priorisierung und kontinuierliche Weiterentwicklung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren unter Einbezug pflegerischer Qualitätsdaten,
- die Sicherung der wissenschaftlichen Validität, Praxisnähe sowie der nationalen, internationalen und sektorenübergreifenden Anschlussfähigkeit der Indikatoren,
- die methodische Begleitung und fachliche Einordnung der Nutzung pflegebezogener Qualitätsdaten für Benchmarking, Qualitätsentwicklung und Steuerungsprozesse,
- die Entwicklung methodischer Standards zur Datenerhebung, -validierung und -interpretation,
- die systematische Wissenszirkulation evidenzbasierter Erkenntnisse in Versorgungspraxis und Einbezug in die Entscheidungen der Gesundheitspolitik sowie
- die Ableitung gesundheitspolitischer Empfehlungen in Bezug auf Versorgungsstruktur, professionsbezogene Kompetenz- und Aufgabenverteilung sowie Personalbemessungsinstrumente.

Das Bundesinstitut stellt damit sicher, dass pflegebezogene Qualitätsdaten nicht nur erhoben, sondern fachlich bewertet, methodisch weiterentwickelt und dauerhaft für Versorgungssteuerung, Qualitätsentwicklung und politische Entscheidungsprozesse nutzbar gemacht werden.

3. Pflegemanagement strukturell stärken und verbindlich einbinden

Der Aufbau einer nationalen Qualitätsdaten- und Benchmarkinginfrastruktur, insbesondere einer Qualitätsdatenbank Pflege, entfaltet seine Wirkung nur dann, wenn die Ergebnisse in den Einrichtungen auch tatsächlich in Organisationsentwicklung, Personalstrukturen und Versorgungsprozesse übersetzt werden. Dafür braucht es eine verbindliche mandatierte pflegerische Führungsebene mit Entscheidungskompetenz und Verantwortung für Qualität, Personal und Versorgungsentwicklung. Pflegeexzellenz ist damit nicht allein eine Frage von Daten und Forschung, sondern in besonderem Maße eine Frage der Steuerungs- und Umsetzungsfähigkeit in den Organisationen. Der DPR knüpft hierzu an die im Forderungspapier „Pflege ist Führungsaufgabe“ formulierten Anforderungen an (DPR, 2025b).

Die pflegfachliche Leitung ist auf höchster Ebene verbindlich sicherzustellen. Gemäß § 107 Absatz 1 Nr. 2 SGB V müssen beispielsweise Krankenhäuser unter ständiger pflegerischer Leitung stehen. Diese Regelung ist rechtsverbindlich in Vorstandstrukturen und oberen Führungsebenen insbesondere über landesrechtliche Regelungen wie den Hochschulmedizingesetzen umzusetzen. Zudem ist pflegerische Führung von operativer Ausführung zu strategischer Mitverantwortung weiterzuentwickeln, mit gleichberechtigter Verantwortung für Versorgungsqualität, Personal- und Kompetenzentwicklung sowie der Nutzung von Qualitätsdaten und Benchmarks. Einrichtungen (u. a. Pflegewissenschaft, Pflegecontrolling, Qualitätsmanagement in der Pflege) sind zu refinanzieren, damit sie auf- und ausgebaut und damit eine datengestützte Qualitätsentwicklung wirksam umgesetzt werden kann. Darüber hinaus sind verbindliche Qualifikations- und Erfahrungserfordernisse, mindestens auf Bachelor-Niveau, für pflegfachliche Spitzenfunktionen festzulegen und die Kompetenzentwicklung gezielt zu fördern. Die Entscheidungs- und Führungskultur muss interprofessionell ausgerichtet werden, damit insbesondere die pflegerische Versorgungslogik angemessen berücksichtigt, komplexe Versorgungsanforderungen zukunftsfähig gesteuert und damit eine von Qualität geleitete und wirtschaftlich tragfähige Versorgung ermöglicht wird.

Fazit

Pflegeexzellenz entsteht nicht von selbst. Sie ist das Ergebnis gezielter politischer und organisationaler Gestaltung sowie des systematischen Aufbaus von Kompetenzen, Strukturen und einer ergebnisorientierten Versorgungskultur. Zentrale Voraussetzung hierfür sind Rahmenbedingungen, die Pflegequalität systematisch und valide messbar machen, Transparenz fördern und die Nutzung pflegesensitiver Daten und Ergebnisse für Steuerung, Lernen und kontinuierliche Verbesserung ermöglichen.

Internationale Erfahrungen zeigen eindeutig, dass Einrichtungen mit transparenter Qualitätsmessung, professionsgeleiteter Steuerung und starker wissenschaftlicher Anbindung bessere Versorgungs- und Arbeitsbedingungen erreichen und langfristig leistungsfähiger sind.

Investitionen in Pflegeexzellenz sind damit keine Zusatzaufgabe, sondern eine strategische Voraussetzung für Versorgungssicherheit, Qualität und Resilienz des Gesundheitswesens mit nachweisbarer Amortisierung der eingesetzten Mittel.

Es ist notwendig, die Profession Pflege als zentrale Berufsgruppe für Ergebnisqualität, Wirtschaftlichkeit und Stabilität der Versorgung anzuerkennen und entsprechend mit Entscheidungskompetenzen, Ressourcen und Forschungsinfrastruktur auszustatten. Nur durch das Zusammenspiel aus politischer Rahmensetzung, datenbasierter Steuerung, pflegewissenschaftlicher Begleitung und gezielter Förderung kann eine nachhaltige Exzellenzentwicklung in der Pflege in Deutschland gelingen.

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Busse, R., Lasater, K. B., Busse, R., McKee, M., Smith, H., Drennan, J., Maier, C. B., Ball, J., Dello, S., Kohnen, D., Lindqvist, R., Lerdal, A., Griffiths, P., Schaufeli, W. B., De Witte, H., Eriksson, L. E., Rafferty, A. M., Köppen, J., Smeds Alenius, L., McHugh, M. D., Magnet4Europe Consortium (2026). Magnet4Europe intervention to improve clinical and patient well-being: A quasi-experimental study of 56 hospitals in 6 European countries. *Medical Care*, 64(2), 50-58. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000002257>.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., McKee, M., Busse, R., Smith, H., Maier, C. B., Drennan, J., Dello, S., Kohnen, D., McHugh, M. D., Lasater, K. B., US Clinician Well-Being Study Consortium (2025). Informing hospital physician well-being interventions in Europe and the US. *JAMA Network Open*, 8(11), e2544067. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.44067>.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McKee, M., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. 383(9931), 1824-1830. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., McKee, M., Lasater, K. B., Sloane, D., Pogue, C. A., Kohnen, D., Dello, S., Maier, C. B., Drennan, J., McHugh, M. D., Magnet4Europe Consortium (2024). Physician and nurse well-being, patient safety and recommendations for interventions: cross-sectional survey in hospitals in six European countries. *BMJ Open*, 14(2), e079931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079931>.
- American Nurses Credentialing Center (ANCC) (2023). Magnet Recognition Program® Manual. Silver Spring.
- Deutscher Pflegerat (DPR) (2025a). Expert:innenpapier Pflege-Informatik-Initiative (PII) – Für eine gleichwertige und evidenzbasierte Nutzung pflegerischer Daten im Gesundheitssystem. Berlin. Abrufbar unter https://deutscher-pflegerat.de/download/2025-09-24_dpr_pflege-informatik-initiative_final.pdf.
- Deutscher Pflegerat (DPR) (2025b). Forderungspapier „Pflege ist Führungsaufgabe“. Berlin. Abrufbar unter https://deutscher-pflegerat.de/download/forderungspapier_pflege_ist_fuehrungsaufgabe_langversion_20250129.pdf.
- European Foundation for Quality Management (EFQM) (2025). Das EFQM Modell 2025. Frankfurt. Abrufbar unter <https://efqm.org/de/das-efqm-modell/#download>.

- Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Service Research*. 43, 1145-63. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x>.
- Garkisch, M., Schellberg K., Popp, S. (2025). Social Return on Investment. Warum sich Krankenhäuser doch rechnen. Abrufbar unter <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/sroi-macht-sozialen-beitrag-von-kliniken-messbar-54044>.
- Gurisch, C., Kleine, J., Maier, C. B. (2024). International models of accreditation and certification for hospital with a focus on nursing: A scoping review. *BMC Health Service Research*, 24, 1385. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11759-6>.
- International Council of Nurses (ICN) (2018). Health is a Human Right. Access, Investment and Economic Growth. International Nurses Day Resources and Evidence. Geneva. Abrufbar unter https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Toolkit_2018_EN_Low%20Res.pdf.
- International Council of Nurses (ICN) (2025a). International Nurses Day 2025. Caring for nurses strengthens economies. Geneva. Abrufbar unter https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-04/ICN_IND2025_report_EN_A4_FINAL_0.pdf.
- International Council of Nurses (ICN) (2025b). 72nd Session of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, 15-17 October 2025. Abrufbar unter https://icn.ch/sites/default/files/2025-10/ICN%20State-ment_%20EMRO_RC%20Agenda%20item%204%28d%29.pdf.
- Kleine, J., Maier, C. B., Köppen, J., Busse, R. (2023). Magnet®-Krankenhäuser: Eine Chance für Deutschland? In: Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt Personal*. Springer. Berlin. S. 107-117. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66881-8_7.
- Maier, C. B. (2019). Konzeptionelle Ansätze und Definitionen von Exzellenz in der Pflege. In: Bundesverband Pflegemanagement, Verband der Pflegedirektor:innen der Universitätskliniken Deutschland (VPU), Katholischer Pflegeverband (Hrsg.). *Exzellenz in der Pflege*. Berlin. Abrufbar unter https://www.bv-pflegemanagement.de/arbeitsgruppen.html?file=files/bvpm/sonstiges/arbeitsgruppen/Exellenz_Brosch_19es.pdf.
- OECD (2022). Healthcare Quality and Outcomes (HCQO) indicators. 2022-23 Definitions. Paris. Abrufbar unter <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/measuring-health-care-quality/definitions-of-health-care-quality-outcomes.pdf>.
- Rodríguez-García, C. B., Márquez-Hernández, V. V., Belmonte-Gracia, T., Gutiérrez-Puertas, L., Granados-Gámez, G. (2020). Original Research: How Magnet hospital status affects nurses, patients, and organizations: A systematic review. *American Journal of Nursing*, 120(7), 28-38. doi: 10.1097/01.NAJ.0000681648.48249.16.
- Sharplin G., Clarke J., Eckert, M. (ICN) (2025). Assessing the Global Sustainability of the Nursing Workforce. A Survey of National Nurses' Association Presidents within the International Council of Nurses. International Council of Nurses. Geneva. Abrufbar unter https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-04/ICN_NNA-Presidents-Survey-Report_EN_FINAL.pdf.
- Stiftungsallianz (Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung, Stiftung Münch) (2020). Zur Diskussion. Pflege kann mehr. *Pflege und Gesellschaft*. 25. Jg. 2020 H.1. Abrufbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Zukunft_Pflege/Positionspapier_Stiftungsallianz.pdf.
- Universität Bielefeld (2025). Magnet für Deutschland (M4D) Projekt in deutschen Krankenhäusern: Exzellentes Arbeitsumfeld für exzellente Pflege verankern und verarbeiten. Abrufbar unter <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag6/projekte/m4d/>.

- World Health Organization (WHO) (2018). Delivering quality health service: A global imperative for universal health coverage. Genf. Abrufbar unter <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fa844d45-886e-4e2e-aedd-48c404dfb9df/content>.
- Yakusheva, O., Lee K. A., Weiss, M. (2024). The Nursing Human Capital Value Model. International Journal of Nursing Studies. Dec:160:104890. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104890.
- Yakusheva, O., Lindrooth, R., Weiss, M. (2014). Economic evaluation of the 80 % baccalaureate nurse workforce recommendation. Medical Care. 52(10), 864-869. doi: 10.1097/MLR.000000000000189.

Berlin, März 2026

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30/ 398 77 303

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de