

Expert:innenpapier

„Pflegebudget als ein notwendiges und lernendes System“ (Kurzversion)

Kernforderungen des Deutschen Pflegerates (DPR) im Kontext einer Weiterentwicklung des Pflegebudgets

1. Datenbasierte Steuerung

Den Aufbau einer validen und kontextgeprüften Datengrundlage als Voraussetzung einer transparenten Budgetsteuerung.

2. Bedarfsgerechten Pflegepersonaleinsatz

Die systematische Erfassung des Pflegebedarfs und dessen verbindliche Übersetzung in einen bedarfsgerechten Pflegepersonaleinsatz.

3. Berufs- und leistungsrechtliche Verankerung

Die konsequente Anbindung an professionsentwickelnde Gesetzgebung und damit die Stärkung pflegerischer Vorbehaltsaufgaben sowie der Heilkundenausübung durch Pflegefachpersonen.

4. Qualitätsorientierte Finanzierung

Die Berücksichtigung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und Ergebnisparameter bei der Refinanzierung von Pflegepersonal.

5. Einbezug von Pflegepersonalbemessungsinstrumenten

Die verbindliche Berücksichtigung bestehender Pflegepersonalbemessungsinstrumente in die Finanzierungsarchitektur.

Historische Schieflage und die Einführung des Pflegebudgets

Die Pflegepersonalausstattung in deutschen Krankenhäusern war über Jahrzehnte einem erheblichen strukturellen Kostendruck ausgesetzt. Mit der Abschaffung der verbindlichen Pflegepersonalregelung (PPR) Mitte der 1990er Jahre und der Einführung des DRG-Systems wurde diese Entwicklung massiv verschärft. Zwischen 1996 und 2006 gingen im Pflegedienst mehr als 50.000 Vollzeitstellen verloren. Damit wurden nicht nur zuvor aufgebaute Pflegepersonalressourcen wieder abgebaut, sondern ein langfristiger Personalmangel systematisch verstärkt.

Parallel dazu begünstigte das DRG-System einen deutlichen Personalaufbau im ärztlichen Dienst. Da medizinische Leistungen unmittelbar erlösrelevant sind, während pflegerische Leistungen in der ökonomischen Logik des DRG-Systems nur nachrangig berücksichtigt werden, entstand eine strukturelle Asymmetrie zwischen den Berufsgruppen.

Internationale Studien zeigen eindeutig, dass **eine höhere Pflegepersonaldichte mit geringer Mortalität, weniger Komplikationen und besserer Versorgungsqualität verbunden ist**. Der Abbau pflegerischer Ressourcen hat und hatte somit nicht nur arbeitsmarktpolitische, sondern auch unmittelbare versorgungsrelevante Folgen.

Erst durch die Einführung des Pflegebudgets wurde die strukturelle Voraussetzung geschaffen, bedarfsnotwendige Pflegepersonalstellen wieder aufzubauen, tarifgerecht zu refinanzieren und rechtlich gegen Zweckentfremdung abzusichern. **Das Pflegebudget korrigiert damit eine historisch gewachsene Unterfinanzierung**. Diese Konstruktion macht es im Kontext

der Personalzahlentwicklung der letzten Jahrzehnte und den aufgrund des demografischen Wandels gestiegenen Personalanforderungen zu einem essenziellen Struktursicherungsinstrument. Die im Gegensatz dazu weiterhin pauschalisierte Finanzierung der übrigen Kostenblöcke erzeugt einen systematischen Druck, der in der Fachöffentlichkeit teilweise auf das Pflegebudget projiziert wird. Der Druck auf das Pflegebudget ist also auch Ausdruck eines Gesamtfinanzierungsproblems.

Pflegebudget als lernendes System

Die Einführung des Pflegebudgets hat einen grundlegenden Systemwechsel markiert. Zugleich zeigt die aktuelle Debatte, dass ein einmal etabliertes Finanzierungsinstrument allein nicht ausreicht, um komplexe Versorgungsrealitäten dauerhaft sachgerecht abzubilden. **Vor diesem Hintergrund ist das Pflegebudget nicht als statisches Instrument, sondern als lernendes System zu begreifen**, das Schutz, Transparenz und Weiterentwicklung miteinander verbindet.

Die Refinanzierung des Pflegepersonals muss einer sach- und fachlogischen sowie nachvollziehbaren Systematik folgen. Dies erfordert einen konstruktiven und lösungsorientierten Diskurs, der von einer objektiven Bewertung vorliegender und zu erhebender Daten geprägt ist. Im Zentrum der Debatte muss die Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität stehen und nicht allein ökonomische Fragen unter Hinzunahme begrenzter Daten ohne Kontextbezug.

Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets

Für eine datenbasierte, bedarfsgerechte und professionsorientierte Weiterentwicklung des Pflegebudgets fordert der DPR ein systematisches, evidenzbasiertes und transparentes Vorgehen, das in mehreren Schritten erfolgen muss.

1. Valide Datengrundlage schaffen und kontextbezogen prüfen

Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Pflegebudgets ist die **Schaffung einer belastbaren, von Einzelinteressen unabhängigen Datengrundlage**. Dabei sind insbesondere folgende Daten und Abschätzungen notwendig:

- die volumenmäßige Entwicklung des Pflegebudgets,
- die volumenmäßige Entwicklung im Verhältnis zu den Kosten- und Erlösentwicklungen,
- der Einbezug der aktuellen Quote der Budgetverhandlungen mit Auswirkungsanalyse auf die Liquidität und Planungssicherheit der Kliniken sowie
- Abschätzungen zu diskutierten Fehlanreizen mit daraus resultierenden finanziellen und fachlichen Belastungen.

Die Daten müssen dabei unter Berücksichtigung einheitlicher Betrachtungszeiträume und der Einordnungen in die Versorgungsrealität bewertet werden. Zudem ist der Einbezug von im Verlauf vorgenommenen Nachjustierungen des Pflegebudgets wie z. B. Änderungen der Anrechenbarkeit von pflegeentlastenden Maßnahmen sowie deren Auswirkungen auf die oben genannten Aspekte unabdingbar.

2. Berücksichtigung des Pflegebedarfs und eines bedarfsgerechten Pflegepersonalbedarfs

Im Kontext des Pflegebudgets ist es zentral, den Pflegebedarf der Patient:innen sowie ihren An- und Zugehörigen in den Mittelpunkt zu stellen. **Direkte pflegerische Versorgung beschreibt einen umfassenden prozessorientierten Verantwortungsbereich**. Dazu gehört u. a. die kontinuierliche Einschätzung individueller Pflegebedarfe und -bedürfnisse, die Planung, Durchführung und Anpassung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen, deren Evaluation sowie die klinische Beobachtung. Professionelle Pflege erfordert zudem eine

begleitende Beratung, Edukation, An- und Zugehörigenarbeit sowie die Koordination im intra- und interprofessionellen Team im Hinblick auf die individuellen Ziele und aktuellen sowie zukünftigen Versorgungsbedarfe der Patient:innen. Diese Bedarfseinschätzung bestimmt Inhalt und Umfang der erforderlichen pflegerischen Maßnahmen mit den hierzu erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationsniveaus der Pflegepersonen.

Für das Pflegebudget muss maßgeblich sein, welches Personal in welcher Qualifikation und mit welchen Kompetenzen erforderlich ist, um den individuell bestehenden Pflegebedarf fachgerecht und qualitativ hochwertig zu decken. Dies schließt erweiterte Kompetenzprofile, akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sowie neue Rollen- und Aufgabenmodelle mit ein. **Pauschale Durchschnittswerte oder starre Kategorien werden dem nicht gerecht.** Der gezielte Ausbau eines krankenhaus- und fachabteilungsspezifischen Skill-Grade-Mix ist notwendig, um dem Fachpersonalmangel zu begegnen, die Professionalisierung voranzutreiben und die Versorgungsqualität zu verbessern. Vor diesem Hintergrund erweist sich auch die Begrifflichkeit „Pflege am Bett“, die als Ausgangspunkt der Abgrenzung pflegerischer Tätigkeit im Rahmen des Pflegebudgets gilt, als fachlich problematisch, irreführend und unpassend.

3. Einbezug professionsentwickelnder Gesetzgebung

Eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets muss zudem professionsentwickelnde Gesetze und laufende Gesetzgebungsverfahren berücksichtigen. Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung müssen die damit verbundenen erweiterten Aufgabenprofile unbedingt einbezogen werden. **Würde das Pflegebudget gedeckelt, ohne diese Entwicklungen und die Ziele des Befugniserweiterungsgesetzes zu berücksichtigen, besteht die Gefahr, dass Kliniken trotz investierter Personalentwicklung und Qualitätsverbesserung in eine finanzielle Schieflage geraten,** weil entsprechende Stellen sowie der notwendige Aufbau nicht mehr sachgerecht refinanziert werden. Der Gesetzgeber würde damit die eigenen professionspolitischen Ziele im Bereich der Pflege konterkarieren.

4. Berücksichtigung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und Ergebnisparameter

Neben genannten Aspekten bedarf es der Berücksichtigung evidenzbasierter patient:innenrelevanter pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und Ergebnisparameter.

Erst wenn der eingesetzte Input, d. h. ein qualifikationsdifferenzierter und angemessener Skill-Grade-Mix systematisch mit pflegesensitiven Outcomes verknüpft und bewertet wird, lässt sich beurteilen, ob die Finanzierung den angestrebten Versorgungszielen und -ergebnissen gerecht wird.

Vor diesem Hintergrund sollte der Weiterentwicklung des Pflegebudgets eine angemessene Definition direkter pflegerischer Versorgung zugrunde gelegt werden, die sich am Pflegebedarf, an aufwandstreibenden Maßnahmen, an qualifikationsdifferenzierten Einsatzkonzepten und an messbaren Qualitätszielen orientiert. Gesetzgeberische Initiativen zur Beschreibung pflegerischer Leistungen und Kompetenzen, insbesondere im Sinne eines Muster-Scope-of-Practice gemäß § 8 Absatz 3c SGB V, sind vor diesem Hintergrund dringend erforderlich und damit ausdrücklich zu begrüßen.

5. Berücksichtigung bestehender Personalbemessungsinstrumente

In der aktuellen Diskussion über eine Begrenzung des Pflegebudgets wird häufig eine Koppelung an Personalbemessungsinstrumente wie die PPR 2.0 für Erwachsene, die Kinder- und Kinderintensiv-PPR 2.0 (im Verlauf PPR 2.0) vorgeschlagen.

Die Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 ist das zentrale Instrument, um die bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung im somatischen Bereich der akutstationären Versorgung pauschalisiert zu quantifizieren. Eine sachgerechte Bewertung dieses Ansatzes setzt jedoch

voraus, **dass die Möglichkeiten und Grenzen des Instrumentes, auch im Kontext seiner Weiterentwicklung, reflektiert werden.**

Somit ist zu beachten, dass

- bisher keine Meldungen zu den PPR-Daten vorliegen (Jahresmeldung 2025 steht noch aus),
- besondere Versorgungsbedarfe durch die PPR 2.0 bisher nicht strukturiert erfasst werden,
- ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix, der über den Einsatz von Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen hinaus geht, bisher nicht ermittelt wird,
- der pflegerische Personalbedarf im Nachtdienst bisher nicht bedarfsgerecht ermittelt wird (die PpUG stellt eine Mindestanforderung dar und kann nicht als Basis der Refinanzierung des Personals dienen) sowie
- bisher nicht alle Versorgungsbereiche erfasst werden, obwohl bedarfsgerechte Personalbemessungsinstrumente bereits vorliegen und erprobt sind (Impuls® für die intensivpflegerische Versorgung von Erwachsenen).

Einige dieser Aspekte sollen im Rahmen der Weiterentwicklung der PPR 2.0 (WiWePP) aufgegriffen werden. Dennoch ist hier eine **pflegefachliche Prüfung notwendig, ob die Ergebnisse von WiWePP in eine Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) eingearbeitet werden können** und die notwendigen Grenzen adressiert werden.

Damit ein Instrument wie die PPR 2.0 bzw. PPR 2.X als finanzielles Steuerungsinstrument infrage kommen kann, braucht es demnach nicht nur die Ergebnisse der Weiterentwicklung sowie die Berücksichtigung der bereits erläuterten Aspekte, inbegriffen der Berücksichtigung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und Ergebnisparameter.

Eine perspektivische Verknüpfung der PPR mit dem Pflegebudget unter Berücksichtigung der erläuterten Voraussetzungen kann darüber hinaus **nicht selektiert einer notwendigen pflegefachlich und pflegewissenschaftlich fundierten Auswertung** der verfügbaren Personalbemessungsdaten im Kontext von Versorgungsrealität und ordnungspolitischen Steuerungszielen interpretiert werden.

Ein vom DPR langjährig gefordertes Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) kann die Ergebnisse und Optionen einer Weiterentwicklung der Personalbemessung fundiert bewerten und in konkrete Empfehlungen für ordnungspolitische Vorgaben übersetzen, einschließlich der Frage, wie Erfüllungsgrade oder Zielkorridore so gestaltet werden können, dass sie eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen.

In jeglichen Bestrebungen zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets ist der DPR als maßgebliche Berufsorganisation der Pflege auf Bundesebene zu beteiligen.

(Weitere Ausführungen und Literaturhinweise siehe Langversion)

Berlin, März 2026

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de
Tel.: + 49 30 / 398 77 303