

Expert:innenpapier

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

Begründungsrahmen und Forderungen

Das Pflegebudget ist als lernendes System zu verstehen und kein statisches Finanzierungsinstrument. Es bildet die Grundlage, die bedarfsgerechte Refinanzierung von Pflegepersonal im Krankenhaus mit der notwendigen kontinuierlichen Professionsentwicklung und der Evaluation pflegerischer Aufgabenausführung zu verbinden. Damit schafft es die Voraussetzung, pflegerische Unterbesetzung und Qualitätsrisiken zu vermeiden und zugleich neue Rollen und Qualifikationsanforderungen für Pflegefachpersonen sowie veränderte Versorgungsbedarfe der Patient:innen mit ihren An- und Zugehörigen sachgerecht abzubilden. Eine wirksame Vermeidung von Zweckentfremdungen ist dabei ein wesentlicher Bestandteil dieses Systems.

Der Deutsche Pflegerat (DPR) fordert im Zuge aktueller Überlegungen zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets eine Auseinandersetzung mit einem bedarfsgerechten Pflegepersonaleinsatz und qualitätssichernden Aspekten, anstelle einer rein ökonomisch getriebenen Budgetsteuerung.

Darüber hinaus ist die Beteiligung des DPR als maßgebliche Berufsorganisation der Pflege auf Bundesebene bei Bestrebungen zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets unabdingbar.

Im Kontext einer Weiterentwicklung des Pflegebudgets fordert der DPR

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 der Finanzierungsarchitektur.

Historische Schieflage

Die Pflegepersonalausstattung in deutschen Krankenhäusern stand seit Jahrzehnten unter starkem Kostendruck. Dieser verschärfte sich durch Budgetkürzungen Mitte der 1990er Jahre und dem massiven Stellenabbau nach Einführung des DRG-Systems. Allein nach Abschaffung der verbindlichen Pflegepersonalplanung (PPR) und Einführung der DRGs wurden zwischen 1996 und 2006 im Pflegedienst mehr als 50.000 Vollzeitbeschäftigte abgebaut. Im Ergebnis wurden die in den Jahren 1993 bis 1995 mit der PPR und dem Selbstkostendeckungsprinzip mühsam aufgebauten knapp 18.000 zusätzlichen Pflegepersonalstellen mit Einführung des DRG-Systems nicht nur wieder abgebaut, sondern der Pflegepersonalmangel insgesamt verschärft (Simon, 2021; Statistisches Bundesamt, 2012).

Parallel dazu hat das DRG-System einen deutlichen Personalaufbau im ärztlichen Dienst begünstigt. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass medizinische Leistungen in diagnosen- und prozedurenbasierte Fallgruppen eingeteilt werden und damit direkt erlösrelevant sind. Im Gegensatz dazu spielt das pflegerische Handeln in der ökonomischen Logik des DRG-Systems eine untergeordnete Rolle, wodurch die Pflegepersonalausstattung vor Ausgliederung und Einführung des Pflegebudgets verstärkt wirtschaftlichen Fehlanreizen ausgesetzt war. Die Krankenhausstatistik belegt, dass die Zahl ärztlicher Vollzeitbeschäftigter zwischen 2000 und 2023 um über 70 % gestiegen ist. Im gleichen Zeitraum wuchs die Zahl der pflegerischen Vollzeitbeschäftigten nur um etwa 27 %, wobei der Pflegedienst in der frühen DRG-Phase von 2002 bis 2006 sogar einen absoluten Stellenabbau von rund 33.000 Vollzeitbeschäftigten hinnehmen musste (DKG, 2025; Simon, 2021; Statistisches Bundesamt, 2012). **Zwar steigen auch die Pflegepersonalkosten nominal durch Tarifabschlüsse, jedoch weisen die Personalkosten im ärztlichen Dienst durch die Kombination aus Tarifsteigerungen und massivem Stellenaufbau deutlich höhere Wachstumsraten auf.**

Aufgrund fehlender Anreizsysteme zum Aufbau einer qualitativen pflegerischen Patient:innenversorgung sowie ordnungspolitischer Rahmenbedingungen für deren bedarfsgerechte Refinanzierung, wurde über Jahrzehnte eine strukturelle Schieflage in der Pflegepersonalausstattung deutscher Krankenhäuser geschaffen (DIP, 2014; Statistisches Bundesamt, 2012; Statistisches Bundesamt, 2018).

Dabei zeigen internationale Vergleiche und Studienergebnisse, dass höhere Pflegepersonaldichten mit geringerer Mortalität, weniger Komplikationen und besserer Versorgungsqualität einhergehen (Aiken et al., 2014; Meyer, 2016; Schlenker, 2026). Der (Wieder-)Aufbau und Erhalt von Pflegepersonalstellen ist daher zentral für Patient:innensicherheit und positive Behandlungsergebnisse sowie die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals.

Das Pflegebudget – Kein Luxus, sondern ein bedarfsnotwendiges Instrument

Das Pflegebudget refinanziert seit 2020 die Personalkosten des Pflegepersonals („Pflege am Bett“) auf bettenführenden Stationen vollständig nach dem Selbstkostendeckungsprinzip. Krankenhäuser erhalten zweckgebundene, tagesbezogene Pflegeentgelte, die ausschließlich für Pflegepersonalkosten verwendet werden dürfen. Damit ersetzt die Regelung die frühere Teilfinanzierung von Tarifsteigerungen durch eine vollständige Refinanzierung und ermöglicht, bedarfsnotwendiges Pflegepersonal auch bei steigenden Tarifen zu halten.

Anders als die DRG-Fallpauschalen unterliegt das Pflegebudget damit aktuell keiner Obergrenze. Mehr- oder Minderkosten werden im Rahmen einer Ganzjahresbetrachtung vollständig ausgeglichen. Diese Konstruktion macht das Pflegebudget im Kontext der Personalzahlentwicklung der letzten Jahrzehnte und den aufgrund des demografischen Wandels

gestiegenen Personalanforderungen zu einem essenziellen Struktursicherungsinstrument. **Es korrigiert eine historisch gewachsene Unterfinanzierung.**

Der aktuell in der Fachöffentlichkeit diskutierte Kostenanstieg ist in wesentlichen Teilen ein Effekt aus bedarfsnotwendigem Personalaufbau, Tarifsteigerungen sowie allgemeiner Preisentwicklung und stellt, anders als zum Teil postuliert, keine „überproportionale Ausgabensteigerung“ dar (Beivers et al., 2025).

Das Pflegebudget ist ein selbstkostenbasierter Sonderbereich der Krankenhausfinanzierung. Die im Gegensatz dazu weiterhin pauschalisierte Finanzierung der übrigen Kostenblöcke erzeugt einen systematischen Druck, der in der Fachöffentlichkeit teilweise auf das Pflegebudget projiziert wird. Dies ist nicht zuletzt ein Symptom der Tatsache, dass das DRG-System zu Kostendruck und Sparlogik führt und die Finanzierung der „Pflege am Bett“ als einziger Bereich aus dieser Logik ausgegliedert wurde. **Der Druck mit dem Fokus auf das Pflegebudget ist also auch Ausdruck eines Gesamtfinanzierungsproblems.**

Keine vorschnelle Deckelung, sondern sachgerechte Weiterentwicklung und Vermeidung von Fehlanreizen

Das Pflegebudget schützt in seiner aktuellen Konstruktion die Pflege in der akutstationären Versorgung vor dem ökonomischen Druck der DRG-Systematik. Gleichzeitig haben sich durch den insgesamt wachsenden Kostendruck in der Krankenhausfinanzierung Fehlanreize herausgebildet, die diese Schutzfunktion gefährden. Damit wird das ursprüngliche Ziel, pflegerische Unterbesetzung zu vermeiden und Qualitätsrisiken zu verringern, in der Praxis teilweise konterkariert. **Deshalb ist eine sachgerechte Weiterentwicklung des Pflegebudgets notwendig, ohne den grundlegenden Schutzmechanismus infrage zu stellen.**

Würde die Refinanzierung der Pflege erneut vollständig in die Logik der DRG-Fallpauschalen zurückgeführt, bestünde die Gefahr, dass sich die historisch gewachsene Schieflage zu Lasten der Profession Pflege wiederholt und der derzeit massiv steigende wirtschaftliche Druck unmittelbar auf das Pflegepersonal durchschlägt.

Eine vorschnelle Deckelung des Pflegebudgets mit Instrumenten, deren Eignung nicht hinreichend geprüft wurde, ist aus pflegefachlicher und -wissenschaftlicher Sicht abzulehnen. Dies würde zudem gerade jene Kliniken bestrafen, die in den vergangenen Jahren in pflegerische Versorgungsqualität, neue Rollenkonzepte (z. B. Advanced Practice Nursing) und Kompetenzaufbau erfolgreich investiert haben.

Der aktuelle öffentliche Diskurs zu Entwicklungen der pflegerischen Personalausstattung im Krankenhaus unterstreicht die Notwendigkeit einer transparenten Beschreibung der Ist-Situation. Die in der Fachöffentlichkeit vielfach kommunizierten jüngsten Personalentwicklungen im Pflegedienst stehen in keinem Verhältnis zum pflegerischen Personalbedarf, sodass sie für einen konstruktiven und lösungsorientierten Diskurs ungeeignet sind. An dieser Stelle wird die gesamtwirtschaftliche Lage des deutschen Gesundheitssystems ohne sachlichen Kontext auf die Profession Pflege verlagert. Einen derartigen Diskurs lehnt der DPR entschieden ab.

Unstrittig ist, dass die Refinanzierung des Pflegepersonals einer sachlogischen und nachvollziehbaren Systematik folgen muss. Gleichzeitig ist Bürokratie abzubauen und ein sachgerechtes Maß zwischen Pauschalisierung, Transparenz, pflegerischer Handlungsautonomie sowie patient:innen- bzw. klinikindividuellen Besonderheiten zu wahren. In diesem Zusammenhang sind mögliche Steuerungsmechanismen auf struktureller, prozessualer und/oder qualitativer Ebene pflegefachlich hinreichend auf ihre Eignung zur Steuerung finanzieller Ressourcen zu überprüfen.

Um bestehende Fehlanreize abzubauen und gleichzeitig keine neuen unerwünschten Mechanismen zu schaffen, bedarf es eines strukturierten Vorgehens. **Forderungen zur vorschnellen Deckelung des Pflegebudgets lehnt der DPR daher entschieden ab.**

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

Die stark ökonomisch getriebenen Forderungen nach Begrenzung oder Flexibilisierung des Pflegebudgets werden als eine zentrale Stellschraube der kurzfristigen Ausgabenbegrenzung positioniert, ohne den historischen Kontext und die tatsächliche Personalentwicklung in den Kliniken angemessen zu berücksichtigen. Zahlen werden dabei nicht selten ohne einheitliche Betrachtungszeiträume und ohne Einordnung in die Versorgungsrealität genutzt.

Voraussetzung für jede Weiterentwicklung ist daher zunächst die Schaffung einer belastbaren, von Einzelinteressen unabhängigen Datengrundlage. Dazu gehören insbesondere valide Daten zur volumenmäßigen Entwicklung des Pflegebudgets. Diese sind in ein sachrichtiges Verhältnis zu anderen Kosten- und Erlösentwicklungen sowie zur aktuellen Lage der Budgetverhandlungen mit ihren Auswirkungen auf die Liquidität und Planungssicherheit der Krankenhäuser zu setzen. Zudem müssen Umfang und Struktur der diskutierten Fehlanreize mit möglichen Abschätzungen zu den daraus resultierenden finanziellen und fachlichen Belastungen berücksichtigt werden. Darüber hinaus braucht es den Einbezug der im Verlauf vorgenommenen Nachjustierungen des Pflegebudgets (z. B. pflegeentlastende Maßnahmen) sowie deren Auswirkungen auf die Volumenentwicklung.

Vorliegende Auswertungen zeigen, dass die Verhandlungen über das Pflegebudget häufig konfliktbehaftet sind und sich teils über mehrere Jahre hinziehen. Aktuelle Analysen belegen zwar einen deutlichen Aufholprozess mit mittlerweile hohen Vereinbarungsquoten, zugleich aber weiterhin deutliche Unterschiede nach Trägerschaft und Bundesland. So ist in knapp 20 % der Fälle für das Jahr 2023 noch kein Pflegebudget vereinbart (PwC, 2025). Eine verlässliche und sachgerechte Debatte über die Weiterentwicklung des Pflegebudgets setzt valide und belastbare Daten aus einem längeren Zeitraum voraus.

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. Der Pflegebedarf ergibt sich aus der Gesamtheit der pflegerischen Anforderungen, die sich aus Gesundheitszustand, funktionalen Einschränkungen, Risiken, psychosozialen Situationen, Präventions-, Schulungs- und Beratungsbedarfen sowie den gemeinsam vereinbarten Behandlungs- und Pflegezielen ergeben. Dieser Bedarf bestimmt Inhalt und Umfang der erforderlichen pflegerischen Maßnahmen mit den hierzu erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationsniveaus der Pflegepersonen und kann deshalb nicht über pauschale Durchschnittswerte oder starre Kategorien angemessen abgebildet werden.

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. Dieser Begriff suggeriert, Pflege sei im Wesentlichen an körpernahe Verrichtungen und räumliche Nähe zu Patient:innen gebunden und blendet damit zentrale Elemente professioneller Pflege aus, die unweigerlich auch heute schon zur Abgrenzungsproblematik führt. Zudem versorgen Pflegefachpersonen keine Betten, sondern Menschen aller Altersgruppen, die pflegerische Versorgung benötigen sowie ihre An- und Zugehörigen.

Direkte pflegerische Versorgung beschreibt einen umfassenden prozessorientierten Verantwortungsbereich. Dieser umfasst die kontinuierliche Einschätzung individueller Pflegebedarfe und -bedürfnisse, die Planung, Anpassung und Durchführung evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen, deren Evaluation sowie die klinische Beobachtung verschiedenster Parameter. 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. Dies entspricht im Wesentlichen, aber auch darüber hinaus der Pflegeprozessverantwortung und -steuerung gemäß den Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG.

Eine Finanzierungssystematik, die an einer engen, räumlich oder tätigkeitsbezogen verstandenen „Pflege am Bett“ ansetzt, läuft Gefahr, tatsächliche Bedarfe komplexer Pflegesituationen systematisch zu unterschätzen und einen bedarfsgerechten und professionsentwickelnden Qualifikationsmix zu verhindern als auch die professionelle Entscheidungs- und Prozessverantwortung der Profession Pflege zu unterlaufen. **Für das Pflegebudget muss hingegen maßgeblich sein, welches Personal in welcher Qualifikation und mit welchen Kompetenzen erforderlich ist, um den bestehenden Pflegebedarf fachgerecht und qualitativ hochwertig zu decken.** Dazu gehören ausdrücklich erweiterte Kompetenzprofile, akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen sowie neue Rollen- und Aufgabenmodelle in klinischer Entscheidungsfindung, Versorgungssteuerung entsprechend der aktuellen Gesetzeslage.

Eng verbunden damit ist die Qualitätsentwicklung in der Pflege. Der gezielte Ausbau eines krankenhaus- und fachabteilungsspezifischen Skill-Grade-Mix ist notwendig, um dem Fachpersonal-mangel zu begegnen, die Professionalisierung voranzutreiben und die Versorgungsqualität zu verbessern.

3. Einbezug professionsentwickelnder Gesetzgebung

Eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets muss professionsentwickelnde Gesetze und laufende Gesetzgebungsverfahren berücksichtigen. Mit dem Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, das zum 01. Januar 2026 in Kraft getreten ist, ist in § 8 Absatz 3c SGB XI die Förderung wissenschaftlicher Expertisen zu Leistungen nach dem Elften und dem Fünften Buch SGB verankert, die durch Pflegefachpersonen jeweils abhängig von ihren Kompetenzen erbracht werden können. Diese Expertisen sollen perspektivisch als Grundlage für die Ausarbeitung eines bundesweiten Muster-Scope-of-Practice sowie für pflegerische Leistungskataloge dienen, insbesondere für den akutstationären Bereich gemäß § 112a SGB V. Die damit verbundenen erweiterten Aufgabenprofile erfordern vertieftes, teilweise hochschulisch vermitteltes pflegewissenschaftliches Wissen. Zugleich bestehen derzeit in dem Kontext noch keine verbindlichen Vorgaben zu notwendigen akademisierten Pflegefachpersonen in der akut- und langzeitstationären sowie der ambulanten Versorgung.

Personalentwicklungsprozesse im Pflegedienst, etwa der Aufbau erweiterter Rollenprofile oder akademischer Qualifikationen, sind langfristig angelegt und erfordern Strukturen, Fortbildungs- und Prüfprozesse.

Würde das Pflegebudget gedeckelt, ohne diese Entwicklungen und die Ziele des Befugnisenerweiterungsgesetzes 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 Rahmen eines bundesweiten 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. **Eine sachgerechte Bewertung dieses Ansatzes setzt voraus, dass die Möglichkeiten und Grenzen des Instrumentes, auch im Kontext seiner Weiterentwicklung, reflektiert werden.**

Die Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 ist das zentrale Instrument, um die bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung im somatischen Bereich der akutstationären Versorgung pauschalisiert zu quantifizieren. Mit dem Inkrafttreten der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) werden seit dem 01. Oktober 2024 dem Institut für das Entgeltsystem (InEK) quartalsweise Daten zur pflegerischen Ist-Personalausstattung und dem Soll-Personalbedarf übermittelt. Der Gesetzgeber erhält gemäß § 9 PPBV erstmals zum 30. September 2026 die dem InEK übermittelte Jahresmeldung der PPR-Daten des Jahres 2025.

Die PPR 2.0 erfasst derzeit den durchschnittlichen Pflegepersonalbedarf je Organisationseinheit auf Basis von Hinweisen auf den Pflegebedarf. Damit werden besondere Versorgungsprofile bisher nicht strukturiert erfasst und ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix, der über den Einsatz von Pflegefachpersonen und Pflegehilfspersonen hinausgeht, ist bisher in der PPR 2.0 nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass in der aktuellen PPBV der Personalbedarf in der Nacht weiterhin über die PpUG geregelt wird. Die PpUG stellt jedoch eine Mindestanforderung dar. Mindestgrenzen können nicht als Obergrenze zur Refinanzierung des Pflegepersonals herangezogen werden. Zudem werden aktuell nicht alle Versorgungsbereiche erfasst. So sind seit der Erprobung des Instrumentes Impuls® als bedarfsgerechtes Personalbemessungsinstrument für die intensivpflegerische Versorgung von Erwachsenen keine weiteren Bestrebungen des Gesetzgebers erfolgt, um eine flächendeckende Einführung zu ermöglichen.

Nicht nur mit Blick auf einen bedarfsgerechten Qualifikationsmix, einschließlich akademisierter Pflegefachpersonen und einer sachgerechten Abbildung des Personalbedarfs in der Nachtschicht ist es erforderlich, die Ergebnisse des Projekts zur Wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP) gemäß § 137I SGB V abzuwarten. Es bedarf zudem einerseits einer pflegefachlichen Prüfung, ob die Ergebnisse von WiWePP in eine Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) eingearbeitet werden können. Andererseits bedarf es einer Prüfung möglicher Qualifikationsanforderungen betreffend des Befugnisserweiterungsgesetzes.

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

Ergänzend hierzu sind Auswirkungen bestehender regionaler Tarifverträge und ihre Verschränkung mit der PPR 2.0 im Kontext einer finanziellen Steuerungslogik zu prüfen.

Darüber hinaus bedarf es einerseits einer systematischen und auf Dauer angelegten Weiterentwicklung der PPR 2.0, um auch qualifikationsbezogene Entwicklung der Profession Pflege sowie sich ändernde Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen. **Andererseits kann eine perspektivische Verknüpfung der PPR mit dem Pflegebudget nicht selektiert von einer notwendigen pflegefachlich und pflegewissenschaftlich fundierten Auswertung der verfügbaren Personalbemessungsdaten im Kontext von Versorgungsrealität und ordnungspolitischen Steuerungszielen interpretiert werden.**

Ein nationales pflegewissenschaftliches Institut für die Personalbemessung in der Pflege (InPeP) kann hierfür eine klare, unabhängige Zuständigkeit schaffen, indem es Personalbemessungsdaten systematisch und wissenschaftlich fundiert mit Personalentwicklungsdaten (u. a. Stellenentwicklung, Kompetenz- und Qualifikationsmix, Rollenprofile) verknüpft, auswertet und in steuerungsrelevante Aussagen für Einrichtung- und Bundesebene überführt. Damit entsteht zugleich eine belastbare und valide Datengrundlage, um die Refinanzierung von Pflegepersonal sachgerecht an pflegerischen Bedarfen auszurichten.

Darüber hinaus kann ein InPeP 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.

Dazu gehört es auch, bestehende Mindestvorgaben zur Personalausstattung ins Verhältnis zu einer bedarfsorientierten Personalbemessung analytisch einzuordnen und Weiterentwicklungsbedarfe transparent zu machen. Perspektivisch müssen pflegesensitive Qualitätskriterien die Basis für pflegerische Strukturvoraussetzungen darstellen.

Fazit – Weiterentwicklung vorbereiten und Schutz beibehalten

Das Selbstkostendeckungsprinzip im Pflegebudget ist der zentrale Schutzmechanismus dafür, dass die Profession Pflege in der akutstationären Versorgung nicht erneut zum Opfer ökonomischer Kürzungslogiken wird. Es markiert den Bruch mit der Phase, in der Personalstellen im Pflegedienst systematisch unter Kostendruck geraten und abgebaut wurden, während Personalstellen anderer Berufsgruppen gleichzeitig aufgebaut werden konnten.

Die Etablierung des Pflegebudgets kann damit als maßgeblicher Prädiktor zur Korrektur der historisch gewachsenen, systematischen Unterfinanzierung des Pflegedienstes in Krankenhäusern gewertet werden.

Durch das Selbstkostendeckungsprinzip konnte eine erfolgreiche Entkoppelung der Pflegepersonalkosten von rein erlösorientierten ökonomisch-medizinischen Fallpauschalen realisiert werden. Dieser Mechanismus ermöglicht es, eine notwendige personelle Stabilität herzustellen und eine bedarfsgerechte Patient:innenversorgung zu ermöglichen. Erst durch diese finanzielle Absicherung konnten die notwendigen Kapazitäten geschaffen werden, um den komplexen Anforderungen moderner (Hochleistungs-)Medizin und einer damit auch verbundenen (Hochleistungs-)Pflege, insbesondere im Kontext von Akademisierung und einem differenzierten Qualifikationsmix, zu begegnen. Die positiven Effekte des Pflegebudgets auf die Versorgungsqualität und die Attraktivität des Berufsfeldes sind als systemrelevanter Erfolg einzustufen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden, stetig steigenden Pflegebedarfs von Menschen aller Altersgruppen ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit eine Revision dieser Finanzierungssicherheit oder eine Rückkehr zu kompetitiven Kürzungsanreizen mit dem Ziel einer nachhaltigen und qualitätsgesicherten Patient:innenversorgung vereinbar ist.

Eine Fortführung der vollen Refinanzierung notwendiger pflegerischer Personalkosten, mindestens bis zu einer verstetigten Berücksichtigung und Umsetzung in diesem Papier erwähnter Faktoren, wird daher als unverzichtbare Voraussetzung angesehen, um die Funktionsfähigkeit deutscher Kliniken mit dem Anspruch einer evidenzbasierten und bedarfsgerechten pflegerischen Patient:innenversorgung dauerhaft zu gewährleisten.

Für künftige Reformprozesse wird die Beibehaltung dieser Schutzfunktion als Grundlage für eine datengestützte Weiterentwicklung des Finanzierungsinstruments betrachtet. **Die aktive Beteiligung der pflegerischen und pflegewissenschaftlichen Expertise, repräsentiert durch den DPR (maßgebliche Organisation der Pflegeberufe auf der Bundesebene), wird hierbei als notwendige Bedingung für die Vermeidung von Fehlanreizen und die Förderung der gesetzlich intendierten Professionalisierung eingestuft. Eine konstruktive, wissenschaftlich fundierte Ausgestaltung der Rahmenbedingungen dient somit der langfristigen Sicherung der akutstationären Versorgungsqualität.**

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus W., RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet. Volume 383, Issue 9931, P1824-1830.
- Beivers, A., Scheller-Kreinsen, D., Schmid, A. (2025). Das Pflegebudget – ein kostspieliges Trauerspiel. Tagesspiegel Background.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) (2014). Zugriff am 22.01.2026. Abgerufen von https://www.dip.de/wp-content/uploads/2025/02/Pflege-Thermometer_2014.pdf
- DKG (2025). DKG-Fachkräftemonitoring 2025. Neue Veröffentlichungsreihe der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI).

- Meyer, G. (2016). Auswirkungen der Pflegequalität auf die Versorgungs- und Ergebnisqualität. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Zugriff am 20.01.2026. Abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Pflegekapazitaet_Meyer.pdf.
- PwC (2025). Vorstellung PwC Pflegebudget Benchmark 2025. Zugriff am 22.01.2026. Abrufbar unter <file:///C:/Users/FranziskaBerghoff/Downloads/pwc-whitepaper-pflegebudget-benchmark.pdf>
- Schlenker, O. (2026). The Deadly Consequences of Labor Scarcity: Evidence From Hospitals. Discussion Paper. No. 24-071. Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH Mannheim. Zugriff am 20.01.2026. Abrufbar unter <https://www.zew.de/fileadmin/FTP/dp/dp24071.pdf>.
- Simon, M. (2021). Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik. Hochschule Hannover.
- Statistisches Bundesamt (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. Zugriff am 22.01.2026. Abrufbar am https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2012/02/20-jahre-krankenhausstatistik-022012.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (2018). Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Zugriff am 22.01.2026. Abrufbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00057363/2120630187004_korr14102020.pdf.

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