



Entwicklung eines Modells für ein Indikatoren geleitetes Pflegebudget!

Teilnehmer*innen der Arbeitsgruppe „Pflegebudget-Deckelung“

Michael Krug (erster Vorstand der FG); Frau Dr. rer. medic. Pia Wieteck (zweiter Vorstand FG), Dr. Qiumei Jiang-Siebert (Schriftführerin FG), Korinna Luc; Martina Henke; S. Söffner; Jaufmann-Kligyte, Gintare (Städtisches Klinikum Karlsruhe); Henning Krämer; Judith Babapirali (VPU); Christina Nestler (DBFK Südwest); Marie-Luise Gaßmann (Bundesverband Pflegemanagement e.V.); Thomas van den Hooven (VPU), Heike Fache; Lars Nitzsche; Huebscher, Anja; Elvira Schneider; Hr. Dauer; Thomas Schuler; Sylvia Aschenberner; Michaela Schmid, Michael von Eicken (Beirat der Fachgesellschaft);

Herausgegeben von der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. am 24.03.2026

Im Zuge des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) wurde im Jahr 2020 das Pflegebudget eingeführt. Die Pflegepersonalkosten, welche im G-DRG-System kalkuliert und über die erbrachten G-DRGs dem jeweiligen Krankenhaus für die Leistungserbringung bezahlt wurden, sind mit der Ausgliederung in eine separate Finanzierung überführt worden. Das Pflegebudget ist im § 6a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt und sieht aktuell keine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor. Seit 2020 gilt, dass eingestelltes Pflegepersonal am Bett bei Nachweis der IST-Kosten finanziert wird

1. Problemaufriss

Die Auswirkungen der veränderten Finanzierung der Pflegepersonalstellen im Krankenhaus sind zum einen, dass die **Pflegepersonalstellen seit 2020 kontinuierlich gewachsen** sind. Siehe hierzu die Abb. 1 Entwicklung der Pflegepersonalstellen.

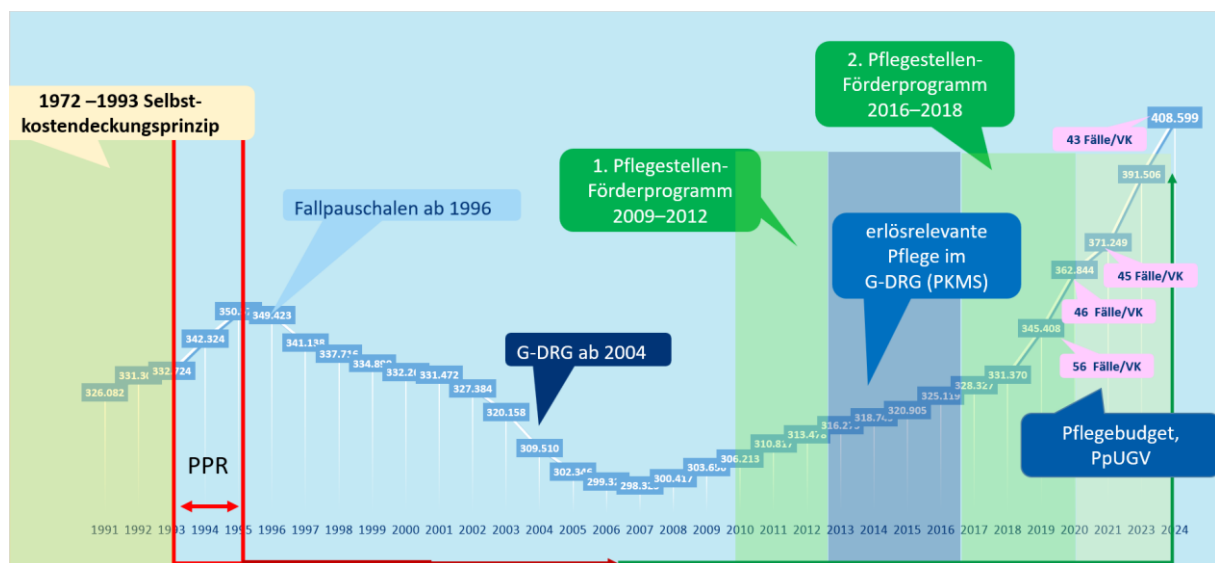


Abbildung 1: Quelle Wietek 2025 Entwicklung der Pflegepersonalstellen basierend auf den Daten des Bundesamtes für Statistik, Fachserie 12 Reihe 6.1.1. 2025 und Vorjahre - Pflegepersonalstellen

Bei der Grafik, welche auf die Daten der ausgewiesenen Pflegepersonalstellen im Krankenhaus des Bundesamtes für Statistik zurückgreifen, wird das gesamte Pflegepersonal ausgewiesen, also nicht nur das Pflegepersonal, welches per Definition unter das Pflegebudget fällt.

Zum anderen sind durch den Pflegepersonalaufwuchs und die Tariflohnsteigerungen die **Pflegepersonalkosten seit 2020 ebenfalls kontinuierlich gestiegen**. Hierzu gibt es unterschiedliche Quellenangaben. Laut AOK <https://www.aok.de/pp/bv/wido-pm/analyse-zum-pflegebudget-im-krankenhaus/> sind die Kosten von 19,4 Mrd. € (2020) auf 26,1 Mrd. € (2024) gestiegen. In 2023 (plus 8,4%) und 2024 (plus 10,5%) sind die Kosten besonders stark gewachsen. Da die Kliniken nach dem Selbstkostendeckungsprinzip sämtliche Kosten des Pflegepersonals direkt an die Krankenkassen weitergeben können, ist der deutliche Anstieg

nicht verwunderlich. Die Akteure im Gesundheitswesen sind sich darüber einig, dass die Aufwüchse auch mit einem enormen Nachholbedarf in Verbindung stehen.

Kritisch diskutiert wird, dass in der gleichen Zeit die Krankenhausbehandlungen das „vor Corona-Niveau“ noch nicht wieder erreicht haben - siehe Abb. 2. Das bedeutet, dass etwas weniger Fälle von mehr Pflegepersonen versorgt werden.

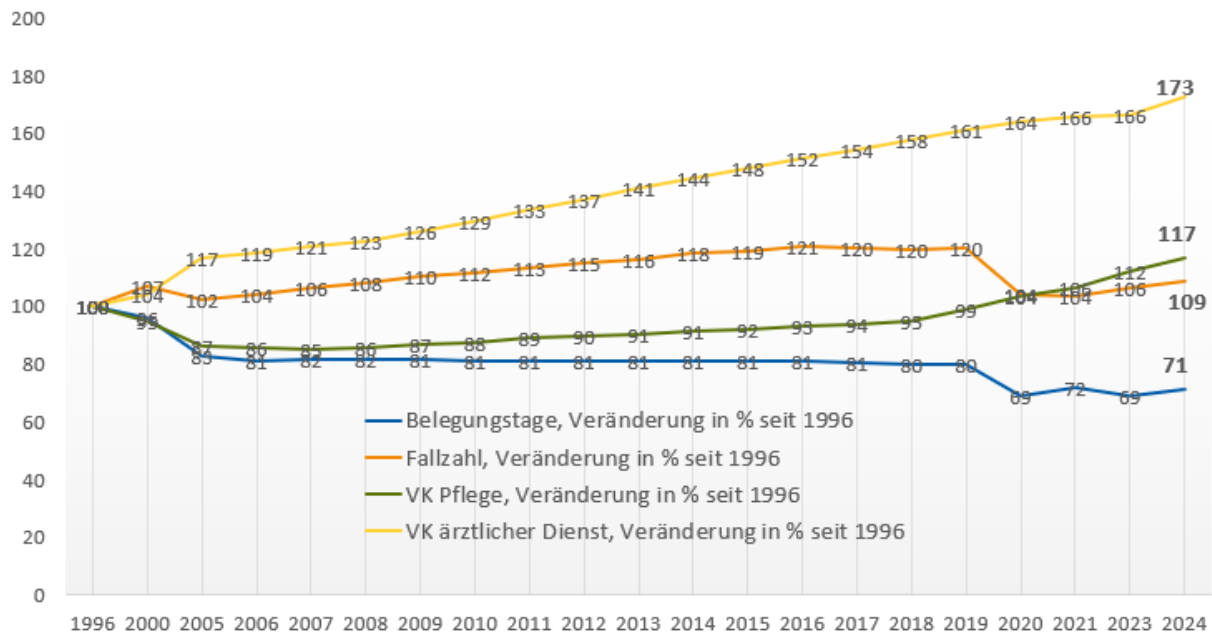


Abbildung 2: Quelle Wieteck 2025 Entwicklung der prozentualen Veränderungen der Krankenhauskennzahlen, basierend auf den Daten des Bundesamtes für Statistik

Darüber hinaus wird als bedenklich angemahnt, dass die gestiegenen Pflegepersonalstellen am Bett nicht dazu geführt haben, dass der **Anteil der unterbesetzten Schichten** laut Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) nicht deutlich abgesunken ist. Im Jahr 2021 lagen die unterbesetzten Schichten bei 13,4 % und im Jahr 2024 bei 14,3 %. Wobei anzumerken ist, dass wir im Jahr 2021 deutlich weniger Fachabteilungen hatten, die unter die PpUGV gefallen sind. Mit der Ausweitung auf fast alle Facheinheiten haben die Kliniken keine Möglichkeit mehr, das Pflegepersonal so zu verschieben, dass keine Schichten unterbesetzt sind (AOK WidO¹).

Die Krankenkassen und Selbstverwaltungspartner weisen zudem in den Diskussionen auf mögliche Fehlanreize und **Zielkonflikte** durch die neue Finanzierung hin. Zu den Zielkonflikten sind z.B. die Verschiebung des Pflegepersonals vom ambulanten Sektor in den Krankenhausbereich aufzuführen². Bei den **Fehlanreizen**, so wird zumindest behauptet, komme es dazu, dass der Pflegepersonalzuwachs unabhängig vom tatsächlichen Pflegebedarf stattfinden würde. Ebenso wird behauptet, dass Pflegepersonal im Pflegebudget mit kalkuliert wird, welches nicht am Bett arbeitet. Eindeutige Belege gibt es für diese Behauptungen nicht, ebenso ist unklar, ob es sich hierbei um Einzelfälle handelt.

Mögliche **Fehlanreize mit Auswirkungen auf die Versorgungsprozesse** können sein:

¹ <https://www.aok.de/pp/bv/wido-pm/analyse-zum-pflegebudget-im-krankenhaus/>

² [Kliniken machen Heimen die Pflegekräfte streitig | FAZ](#)

- Durch den Fokus des Pflegebudgets auf die bettenführenden Stationen sind die Funktionsbereiche ggf. strukturell im Nachteil und es könnte dazu führen, dass Pflegefachpersonal stärker durch weniger qualifizierte Assistenzberufe ersetzt wird (dbfk¹).
- Ambulante Pflegeleistungen im Krankenhaus werden teilweise nicht ausreichend über das Pflegebudget finanziert, obwohl diese Leistungen erbracht werden (dbfk³).
- Offen ist ebenfalls, wie eine künftige Finanzierung von „heilkundlich tätigen Pflegefachpersonen“ gestaltet werden soll und wie sich das künftig auf das Pflegebudget auswirkt.
- Nicht berücksichtigt wird bisher, dass Leistungen, die aus dem Pflegebudget ausgegliedert werden sollen, dann auch wieder in das DRG-System eingegliedert werden müssen (z.B. Logistik, Serviceleistungen u.ä.).

Eine weitere Behauptung, die als Kritikpunkt des Pflegebudgets diskutiert wird, beinhaltet, dass der bisherige Personalaufwuchs zu keinen Verbesserungen (angeführt werden hier unter anderem CMI) geführt haben soll. Hierbei ist zu erwähnen, dass DRG-Indikatoren keine Qualitätsverbesserung des Pflegeprozesses darstellen können. Bisher fehlen hier bundeseinheitliche geeignete Indikatoren. Daher kann diese Kritik klar zurückgewiesen werden.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die Diskussion aktuell an sehr groben Kennziffern orientiert stattfindet. Es fehlen Daten über das tatsächliche Leistungsgeschehen in der Pflege sowie Kenntnisse über die Abbildung im krankenhauseigenen Stellenplan. So gibt es kaum bundeseinheitlich nutzbare und aussagekräftige Qualitätsindikatoren und Outcome Forschungen im Pflegebereich, um Auswirkungen des Pflegepersonalzuwachs zu evaluieren. Zudem fehlen Aussagen darüber, ob die Mitarbeiterbelastung und -zufriedenheit verbessert werden konnte. So zeigen z.B. die Daten der Ausbildungsbeginner*innen im Pflegeberuf seit Einführung des Pflegebudgets einen Anstieg (2023 um 3%; 2024 um 9% lt. Daten destatis⁴). Hier ist nochmal daran zu erinnern, dass wir im Bereich der Pflege, wie in vielen anderen Bereichen ebenfalls, ein Nachwuchsproblem haben. Aktuell ist ein Aufwärtstrend wahrzunehmen, welcher dringend weiter verstärkt werden muss, um die kommenden demographischen Herausforderungen bewältigen zu können.

2. Diskutierte Lösungsansätze

Erste Vorschläge für die Problemlösung liegen vor, es sind aber noch keine politischen Entscheidungen getroffen worden. Nachfolgend zusammengefasst sehen Sie die drei diskutierten Lösungsansätze zur Begrenzung des Pflegebudgets.

2.1 Rückeingliederung der Pflege in das DRG-System

Boris Augurzky et al. (2025) schreibt im Krankenhaus Rating Report 2025⁵, dass, da die Ziele des Pflegebudgets erreicht sind, Pflege wieder in die G-DRGs und Vorhaltefinanzierung auf dem heutigen Kosten-Niveau eingegliedert werden könnte.

³ https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Pflegebudget_Final.pdf

⁴ https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_125_212.html

⁵ <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2025-deutsche-krankenhaeuser-stehen-unter-druck-mehr-als-die-haelfte-schreibt-verluste>

Hauptkritikpunkt der Rückführung ist die fehlende Zweckbindung der im G-DRG-System ausgewiesenen Pflegepersonalkosten. Ohne Zweckbindung ist davon auszugehen, dass sich erneut eine kontinuierliche jährlich Abwärtsspirale einstellen wird. Ein weiterer Kritikpunkt ist die fehlende Möglichkeit der Pflegeentwicklung. Sollen künftig mehr Pflegende am Bett mit einem Hochschulabschluss arbeiten, um das Outcome zu verbessern, (hier gibt es international eine breite Studienlage, welche diese Zusammenhänge belegen) so lässt sich diese Entwicklung schwer mit dem G-DRG-System vereinbaren, da Kliniken hier in Vorleistung treten müssen.

2.2 Koppelung des Pflegebudgets an den Pflegepersonal Quotienten

Die GKV empfiehlt in Ihrer Stellungnahme die Koppelung des Pflegebudgets an den Pflegepersonalquotienten (GKV ⁶).

Der Pflegepersonalquotient ist mehrjährig seit 2020 in Anwendung und wird jährlich vom InEK basierend auf der Rechtsgrundlage (§137j SGB V) ermittelt.

Berechnung des Pflegepersonalquotienten:

Pflegepersonalquotient =
$$\frac{\text{Pflegebelastung (des Standortes)}}{\text{berücksichtigtes Pflegepersonal (am Bett)}}$$

In den jährlichen Veröffentlichungen des Pflegepersonalquotienten durch das InEK wird der Kehrwert des Pflegepersonalquotienten ausgewiesen. Ein Kehrwert des Pflegepersonalquotienten von 50 (bzw. ein Pflegepersonalquotient von $1/50 = 0,02$) bedeutet damit, vereinfacht gesagt, dass an diesem Krankenhausstandort, bezogen auf das Datenjahr 2024, einer Pflegekraft rechnerisch 50 Fälle mit durchschnittlicher Pflegebelastung gegenüberstanden. In der Realität können das auch weniger als 50 Fälle gewesen sein, die dann im Schnitt eine überdurchschnittliche Pflegebelastung von $> 1,0$ aufgewiesen haben, oder mehr als 50 Fälle, die im Schnitt eine unterdurchschnittliche Pflegebelastung $< 1,0$ aufgewiesen haben (InEK⁷).

In der aktuellen Liste der ausgewiesenen Pflegepersonalquotienten gibt es eine enorme Spanne von 4,29 bis 403,03. Es bleibt offen, wie hier eine sinnvolle Koppelung möglich ist und welche Auswirkungen damit verbunden sind.

Welche Nachteile sind bei einer Koppelung des Pflegebudgets an den Pflegepersonalquotienten zu nennen.

Die Kritik welche im Rahmen einer Rückeingliederung in das G-DRG-System zu tragen käme, trifft bei der Nutzung des Pflegepersonalquotienten ebenfalls zu. Der Pflegepersonalquotient basiert auf dem Pflegebelastungskatalog, welcher aus den Kostendaten für die Pflege innerhalb einer G-DRG und den PPR-Minuten (IST-Erbrachte Pflegeleistung) ermittelt wird. Keinesfalls wird hier mit der Pflegebelastung der tatsächliche Pflegebedarf der Patienten eines Krankenhauses bzw. einzelner Stationen beschrieben.

⁶ Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 28.11.2025 an die Finanzkommission Gesundheit
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2024_2025/2025-11-28_GKV-SV_Stellungnahme_FinanzKommission_Gesundheit_final.pdf

⁷ InEK: <https://www.g-drug.de/pflegepersonaluntergrenzen-2025/pflegepersonalquotienten>

2.3 Begrenzung des Pflegebudgets durch Koppelung an den Veränderungswert

In der Stellungnahme der GKV wird als kurzfristige Eindämmung der enormen Kostensteigerungen eine Begrenzung der maximal möglichen jährlichen Steigerungen des Pflegebudgets basierend auf dem Veränderungswert vorgeschlagen.

Der Veränderungswert ist ein zentraler Steuerungswert der deutschen Krankenhausfinanzierung. Er legt fest, wie stark sich die Krankenhausentgelte (z. B. Landesbasisfallwerte) in einem Jahr maximal erhöhen dürfen. Er fungiert somit als Obergrenze für Preissteigerungen im DRG-System und in der Psychiatrie/Psychosomatik (BPfIV-Bereich). Der Veränderungswert wirkt dämpfend auf Kostensteigerungen und ist ein wichtiges Instrument der Beitragssatzstabilität. Der Veränderungswert für das Jahr 2026 wurde in Höhe von 2,98 Prozent veröffentlicht.

Grundsätzlich kann mit einer Pflegebudgetsteigerung, welche sich am Veränderungswert orientiert, keine Entwicklung des Pflegepersonales und der Profession im Krankenhaus sichergestellt werden. Dieser Ansatz sollte daher ausschließlich als Übergangsregelung gesehen werden. Pflege im Krankenhaus hat einen enormen Entwicklungsbedarf, um die Pflege zukunftsfähig zu machen. Gerade Aufgaben, wie die Übernahme der Heilkunde zu etablieren, oder durch eine verbesserte Patientenedukation positive Auswirkungen auf die Gesundheitskosten zu erreichen, sind künftige Herausforderungen, welche mit Lohnstarifen von akademisierten Pflegepersonal Auswirkungen auf das Pflegebudget haben werden.

2.4 Koppelung des Pflegebudgets an die PPR 2.X

Die Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. hat vorgeschlagen, das künftige Pflegebudget an die PPR 2.x zu koppeln (Pro-Pflege⁸). Hierzu wurde eine Arbeitsgruppe von Pflegeexpert*innen (Pfle gewissenschaft, Pflegecontrolling, Pflegemanagement) eingerichtet. Die Arbeitsgruppe wurde von Mitgliedern aus den Berufsverbänden (DbfK, VPU und Bundesverband Pflegemanagement e.V.) unterstützt. Das Modell bezieht sich auf den aktuellen Gültigkeitsbereich der PPbV. Für die Bereiche, welche in PPbV nicht aufgenommen sind, kann das Modell nicht angewendet werden - hier sind eigene Pflegebudgetverhandlungsparameter zu entwickeln.

Das Ergebnis der Arbeitsgruppe soll nachfolgend vorgestellt werden.

Ziele der Koppelung des Pflegebudgets an Leistungskennziffern sind folgende:

- Förderung der Digitalisierungsprozesse und einheitlichen Datengrundlage, um das Leistungsgeschehen evaluieren zu können.
- Anreize für eine verbesserte Pflegequalität setzen.
- Etablieren weiterer Kennziffern, um die Pflegeleistung in den Kliniken sowie das Outcome bewerten zu können.
- Vereinfachung der Verfahren zur Verhandlung eines Pflegebudgets und Abbau von Bürokratie.
- Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen von Pflegebudgetverhandlungen öffnen.
- Nutzung von Routinedaten, um keine zusätzliche Bürokratie aufzubauen.

⁸ <https://www.pro-pflege.eu/termine/aktuelle-termin.html>

3. Vorstellung des Modells zur Koppelung des Pflegebudgets an pflegesensitive Indikatoren

Der Überschrift ist schon zu entnehmen, dass eine ausschließliche Koppelung des Pflegebudgets an die PPR 2.X zu kurz greift. Die Schlagworte haben der Arbeitsgruppe bisher als „Arbeitstitel“ gedient.

In der nachfolgenden Schilderung wird das Arbeitsergebnis der Expert*innengruppe vorgestellt und soll dazu dienen, die Diskussion über einen zukunftsfähigen Lösungsansatz zu fördern.

3.1 Übersicht des Modells „Indikatoren geleitetes Pflegebudget“

Grundsätzlich besteht das Modell aus unterschiedlichen Indikatoren, welche bei den Pflegebudgetvereinbarungen relevant sein können. Diese sind:

- a) Erfüllungsgrad der PPR 2.X,
- b) Prozentualer Anteil der „unerfüllten Schichten“ laut PpUG,
- c) Qualitätsindikatoren beginnend mit Dekubitus Inzidenz lt. IQTiG,
- d) Anteil akademisierter Pflegefachpersonen im Stationsbereich,
- e) Stellenanteil für Führungspersonen und Ausfälle lt. Rechtsverordnung PPbV.

Dabei werden die Indikatoren in einer Art „Ampelmodell“ genutzt, um Anreize zur Verbesserung zu setzen, aufwändige Pflegebudgetverhandlungen zu reduzieren und Freiraum für Pflegeentwicklung für eine zukunftsfähige Pflege⁹ zu ermöglichen.

⁹ **Wieteck, P.** (2018). Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In: K. Keller & F. Lorenz (Eds.), *CSR im Gesundheitswesen. Management-Reihe Corporate Social Responsibility*. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler Verlag, pp. 203–236.

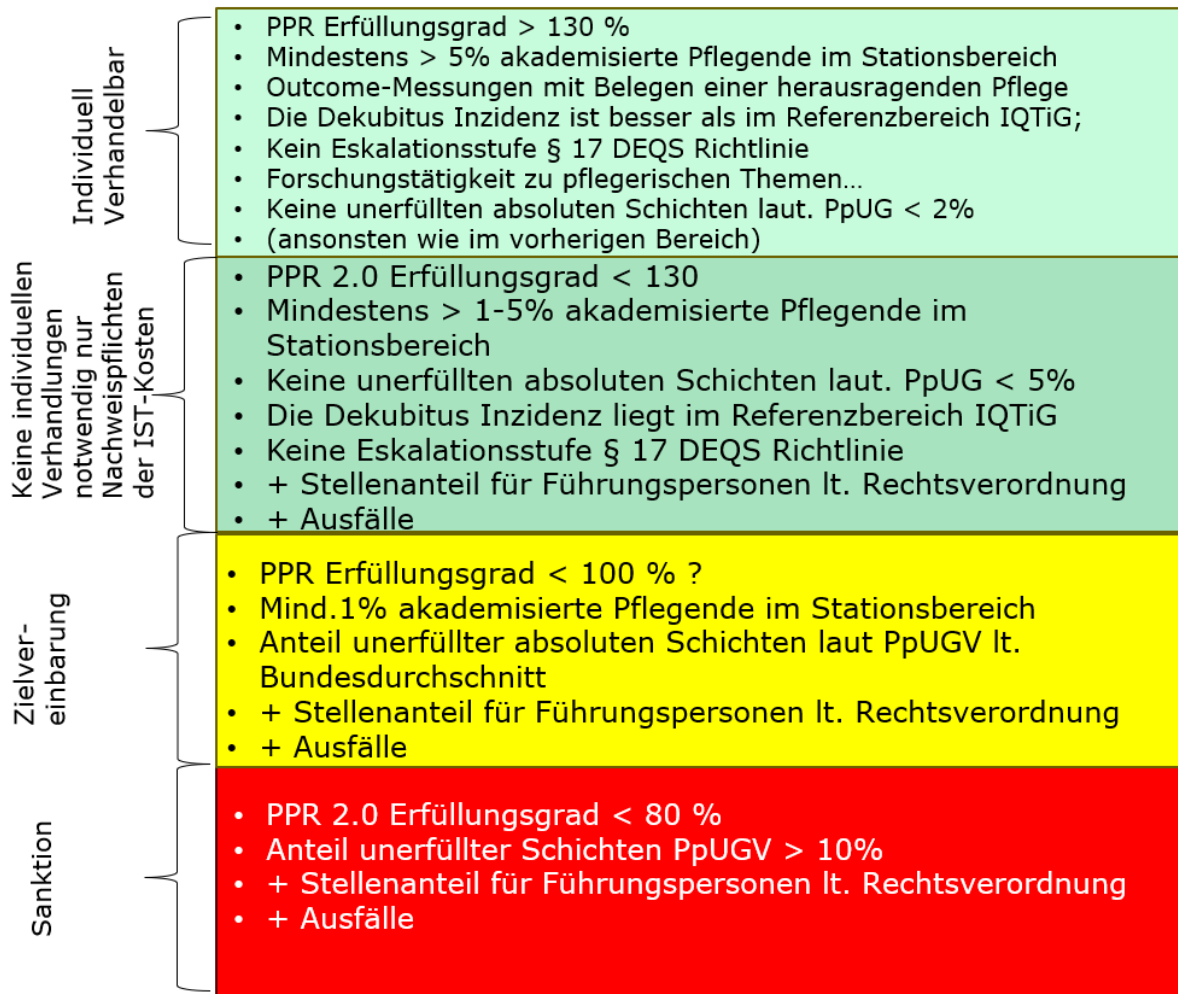


Abbildung 3: Modell eines Indikatoren geleiteten Pflegebudgets – Ergebnis der Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. Stand 01.03.2026

Die Idee basiert darauf, dass für die Kliniken, welche sich mit ihren Indikatoren im „roten“ Bereich befinden, Sanktionszahlungen fällig werden. Im „gelben“ Bereich haben Kliniken den klaren Auftrag sich so auszurichten, dass die Vorgaben des „grünen“ Bereichs erreicht werden. Ggf. könnte man dieses mit Zielvereinbarungen verbinden. Der erste „grüne“ Bereich ist ein akzeptierter und konsentierter Bereich zwischen den Kostenträgern und Kliniken. Befindet sich eine Klinik in diesem Bereich sind keine Pflegebudgetverhandlungen erforderlich.

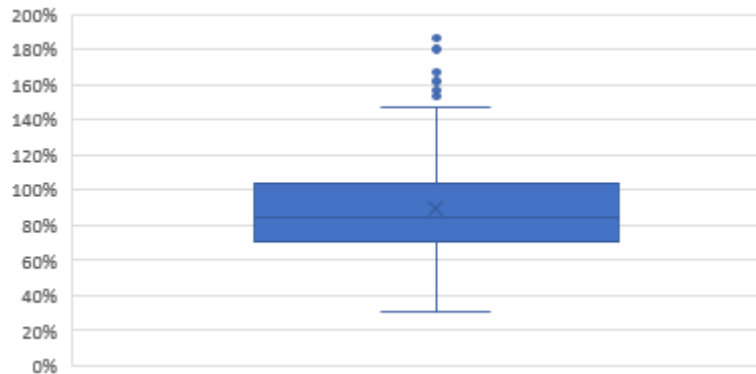
Kommt eine Klinik in den zweiten „grünen“ Bereich, handelt es sich um eine Klinik mit „Exzellenz Ausrichtung“ - hier sind entsprechende Belege und Verhandlungen erforderlich. Die Kliniken sind aufgefordert über Outcome Daten, Forschungsprojekte seitens der Pflege usw. individuell zu verhandeln, so dass ein höherer Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal benötigt wird.

Im nächsten Abschnitt werden wir kurz auf die hier formulierten Indikatoren eingehen. Ebenso stellen wir unsere Überlegungen und Diskussionspunkte zusammenfassend vor.

3.2 Indikator: Erfüllungsgrad der PPR 2.X

Ein zentraler Indikator soll der Erfüllungsgrad der PPR 2.X sein. Diese Daten liegen beim InEK vor und werden auch im Kontext anderer Zwecke genutzt. Das nachfolgende Box-Plot zeigt

insgesamt 2.212 Datensätze mit dem Erfüllungsgrad der Tagschicht aus 19 Kliniken und 31 Fachabteilungen. Zu erkennen ist Q1 ca. 70%; Median ca. 88%, Q3 ca. 102 %. Der untere Whisker ca. 30% und der obere ca. 150%. (Whisker ist der kleinste Wert, welcher noch nicht als Ausreißer bewertet wird)



Da mit der PPR 2.0 Datenlieferung ja erst im Jahr 2025 begonnen wurde, ist davon auszugehen, dass sich die Datenqualität im Verlauf weiter verbessert. Ebenso werden sich Verbesserungen einstellen, wenn die PPR 2.0 durch die PPR 2.X abgelöst wird. Aktuell haben wir in dem Instrument noch zahlreiche Interpretationsspielräume.

Wir empfehlen abhängig von den Bundesdaten die Werte in dem Modell entsprechend den Quantilen jährlich durch InEK und BMG festzulegen. Siehe beispielhaft die Empfehlung basierend auf den aktuellen Daten.

Vorteil dieses Indikators:

- **Nutzung bestehender Datengrundlagen:**

Der Indikator greift auf bereits vorliegende Routinedaten zurück – ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand. Dadurch wird die Einführung unkompliziert, ressourcenschonend und unmittelbar anschlussfähig an bestehende Prozesse.

- **Förderung der PPR 2.X-Einstufung mit positiver Wirkung auf die G-DRG-Kalkulation:**

Durch die Stärkung der PPR 2.X-Dokumentation verbessert sich nicht nur die Datenqualität im Pflegebereich, sondern sie entfaltet zudem positive Effekte in der G-DRG-Kalkulation. Das sorgt für mehr Transparenz, Präzision und eine realitätsnähere Abbildung der pflegerischen Versorgungsleistung.

- **Impuls für die Digitalisierung:**

Die Nutzung digitaler Routinedaten wird aktiv gefördert. Perspektivisch kann die PPR 2.X direkt aus der standardisierten Regeldokumentation abgeleitet werden – erste valide Softwarelösungen stehen bereits zur Verfügung. Dies reduziert manuelle Prozesse und stärkt die digitale Pflegeinfrastruktur.

- **Aufbau eines detaillierten PPR-Datensets zur besseren Steuerung des Leistungsgeschehens:**

Durch die systematische Erfassung und Nutzung granularer PPR-Daten entsteht ein hochrelevanter Datenpool, der künftig ein deutlich besseres Verständnis des pflegerischen Leistungsgeschehens ermöglicht. Dies schafft die Grundlage für zielgenauere Steuerungsentscheidungen und eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Pflegepraxis.

3.3 Prozentuale Anteile der „unerfüllten Schichten“ laut PpUG

Dieser Indikator ist ebenfalls bereits vorhanden und wird von den Klinken als Datensatz an das InEK übermittelt. Die „unerfüllten Schichten“ laut PpUG sind ein maßgeblicher Indikator für die Arbeitsbelastung. Wenn es regelhaft zur Unterbesetzung kommt, ist die Arbeitsbelastung hoch und das Risiko für unerwünschte Ereignisse steigt.

Wie bereits eingangs dargestellt, haben sich die „unerfüllten Schichten“ bis 2024 noch nicht wesentlich verbessert. Dazu ist zu erwähnen, dass in der Arbeitsgruppe diese Kennziffer aktuell deutlich besser liegt und davon auszugehen ist, dass 2025 eine Verbesserung erkennbar sein könnte.

Jahr ▲	2021	2022	2023
Bereich ▲	unterbesetzte Schichten	unterbesetzte Schichten	unterbesetzte Schichten
Allgemeine Chirurgie	15,1 %	17,1 %	15,7 %
Allgemeine Pädiatrie	.	13,2 %	11,7 %
Geriatric	12,0 %	13,1 %	15,0 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	.	19,2 %	18,0 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	.	.	14,6 %
Herzchirurgie	13,4 %	15,9 %	13,4 %
Innere Medizin	11,0 %	11,8 %	11,8 %
Intensivmedizin	14,9 %	16,0 %	14,6 %
interdisziplinär	12,5 %	15,1 %	14,1 %
Kardiologie	12,0 %	13,4 %	12,2 %
Neonatologische Pädiatrie	.	22,3 %	18,0 %
Neurologie	15,2 %	16,7 %	16,0 %
Neurologische Frührehabilitation	15,7 %	19,0 %	19,0 %
Neurologische Schlaganfallereinheit	19,9 %	21,1 %	20,6 %
Orthopädie	.	21,2 %	16,9 %
Pädiatrie	10,4 %	.	.
Pädiatrische Intensivmedizin	15,0 %	16,6 %	14,8 %
Rheumatologie	.	.	19,2 %
Spezielle Pädiatrie	.	27,1 %	27,3 %
Unfallchirurgie	15,0 %	14,8 %	14,1 %
Urologie	.	.	17,4 %
Gesamt	13,4 %	15,6 %	14,8 %

Abbildung 4: Unerfüllte Schichten laut GKV-Fachabteilungsbezogen¹⁰

Vorteil dieses Indikators:

- Die Daten zu „unerfüllten Schichten“ liegen bereits vor und können ohne zusätzlichen administrativen Aufwand genutzt werden. Damit wird das Modell nahtlos anschlussfähig an bestehende Routinedaten und unterstützt den Anspruch, Prozesse zu vereinfachen und Bürokratie konsequent abzubauen.

¹⁰ <https://dserver.bundestag.de/btd/20/108/2010810.pdf>

- Das Modell setzt einen klaren Anreiz, die Pflegepersonalsteuerung weiter zu verbessern – und damit sowohl Arbeitsbelastung als auch Arbeitszufriedenheit nachhaltig positiv zu beeinflussen.

3.4 Qualitätsindikatoren beginnend mit Dekubitus Inzidenz lt. IQTiG

Der Indikator der IQTiG Dekubitusprophylaxe liegt ebenfalls vor. Die Kennziffern können für das Modell genutzt werden.

Referenzbereich 2024	≤ 2,45 (95. Perzentil)
Referenzbereich 2023	≤ 2,27 (95. Perzentil)

Abbildung 5: IQTiG Dekubitusprophylaxe Rechengrundlage ¹¹

Ergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer

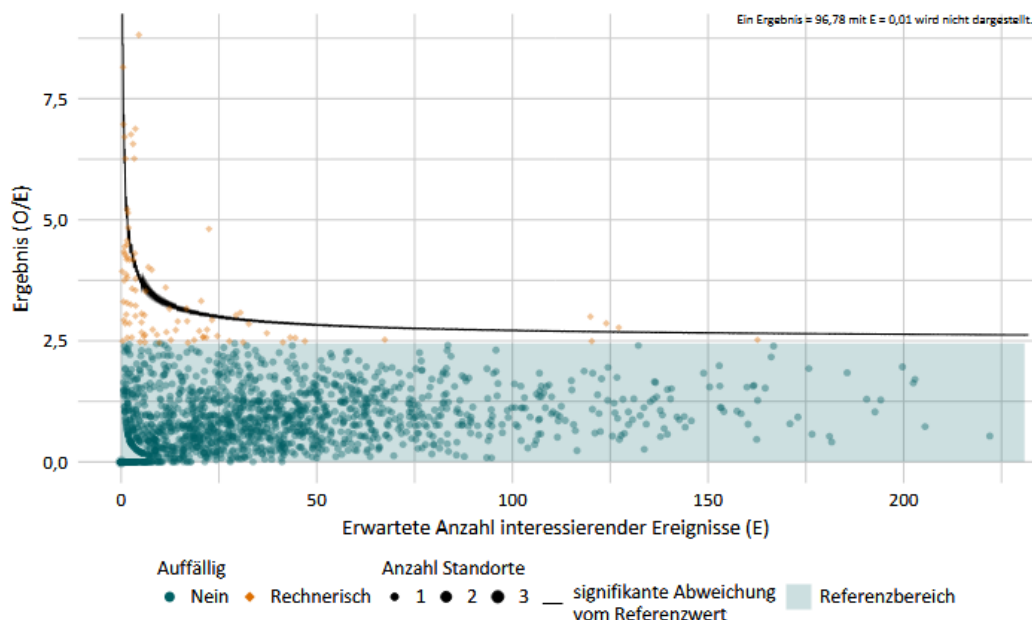


Abbildung 6: Beispielhafte Auswertung des IQTiG aus dem Auswertungsergebnis 2025¹²

Die Kennziffern im Modell sollen sich an den IQTiG Ergebnissen orientieren. Auch hier kann man zur Festlegung der Referenzwerte die Daten nach den Quantilen staffeln.

Vorteil dieses Indikators:

- Die notwendigen Daten liegen bereits vor und können ohne zusätzlichen administrativen Aufwand genutzt werden. Dadurch wird das Modell unmittelbar anschlussfähig an bestehende Routinedokumentationen und stärkt zugleich den Anspruch, Bürokratie spürbar zu reduzieren.

¹¹ https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2025/dek/DeQS-RL_DEK_AJ2025_QIDB-RR-E_V01_2025-05-28.pdf

¹² **IQTiG Dekubitusprophylaxe Auswertungsergebnisse**
https://iqtig.org/downloads/auswertung/aj2025/dek/DeQS-RL_DEK_AJ2025_BUAW_V02_2025-08-15.pdf

- Das Modell setzt einen gezielten Anreiz, die Pflegequalität im Bereich des Dekubitusmanagements weiter zu verbessern.

Wir verfolgen hier einen iterativen Ansatz und weitere Qualitätsindikatoren sollten Schritt für Schritt erweitert werden.

3.5 Anteil akademisierter Pflegefachpersonen im Stationsbereich

Der Wissenschaftsrat empfiehlt auch für die Pflege am Bett eine Akademisierungsquote von 10% -20%. Damit soll eine künftige evidenzbasierte Pflege erreicht, bzw. gesichert werden. Dieses bei steigenden Versorgungsanforderungen.

In der Diskussion über die Quoten, welche in dem Modell empfohlen wurden, waren sich alle Beteiligten einig:

- a) Die Vorgaben des Wissenschaftsrates anzustreben bedeutet, da es eine hohe Evidenz im internationalen Forschungsbereich gibt, dass die unerwünschten Ereignisse sich bei diesen Zahlen auch in Deutschland voraussichtlich deutlich verbessern ließen.
- b) Ebenso waren sich die Expert*innen darüber einig, dass die Vorgaben zum Startzeitpunkt nicht so hoch sein dürfen, da aktuell die akademisierten Pflegepersonen nicht in dem Maße verfügbar sind.

Wir empfehlen hier eine kontinuierliche Steigerung, bis mindestens die Empfehlungen des Wissenschaftsrates erreicht sind. Dieses unter Auswertung der Bundesdaten und Outcome Bewertungen. Offen ist noch, wie genau „akademisch ausgebildetes Pflegepersonal“ definiert ist.

Vorteile dieses Indikators:

- Setzt klare Anreize, akademisierte Pflegepersonen verstärkt einzusetzen und schafft zugleich die notwendigen tariflichen Rahmenbedingungen sowie strukturellen Voraussetzungen, um deren Kompetenzen voll zur Entfaltung zu bringen.
- Steigert die Attraktivität des Pflegeberufs nachhaltig, indem berufliche Entwicklung, erweiterte Verantwortungsbereiche und moderne Rollenprofile sichtbar gefördert und systematisch ermöglicht werden.

3.6 Stellenanteil für Führungspersonen und Ausfälle lt. Rechtsverordnung PPbV

Die bisherigen Regelungen sollen weiter Bestand haben. Der Anteil von Führungspersonal oberhalb der Stationsleitung pro 50 Pflegefachpersonen laut PPbV sollte im Pflegebudget angesetzt werden können. Dieses Personal unterstützt unmittelbar die Pflege am Bett und ist maßgeblich für die Qualitätssteuerung verantwortlich.

Der VK-Anteil der sich aus dem hausinternen Ausfall (Krankheit, Urlaub, Fort-und Weiterbildung) ergibt, muss ebenfalls im Pflegebudget ansetzbar sein. Beide Werte werden in der Jahresmeldung des InEK ausgewiesen und durch Wirtschaftsprüfer geprüft und bestätigt.

4. Abschlussgedanken

Die Arbeitsgruppe der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. legt mit ihrem neuen Modell für ein **indikatorengesteuertes Pflegebudget** einen entscheidenden Baustein für eine zukunftsfähige und nachhaltige Steuerung der Pflegefinanzierung vor. Anstelle pauschaler Verteilung setzt das Modell auf eine gezielte Leistungskoppelung und schafft klare Anreize für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Damit wird die Profession Pflege sichtbar gestärkt – und letztlich die Versorgung der Patient*innen spürbar verbessert.

Erstmals werden qualitative und quantitative Parameter in einem integrierten Ansatz zusammengeführt, um Pflegebudgets differenziert, transparent und bedarfsorientiert zu steuern. Durch die konsequente Ausrichtung auf Pflegequalität rückt die hochwertige pflegerische Versorgung in den Mittelpunkt aller Entscheidungen. Das Modell ermöglicht zugleich eine flexible Skalierung in Abhängigkeit von der angestrebten und nachweisbaren Versorgungsqualität – ein deutlicher Fortschritt gegenüber bestehenden Verfahren.

Darüber hinaus setzt das Modell ein wichtiges Signal für die Attraktivität der Pflegeberufe: Eine Finanzierung, die Qualität sichtbar macht und honoriert, stärkt nicht nur die Versorgung, sondern auch das Berufsbild. Damit entsteht eine belastbare Grundlage, auf der künftig auch Aspekte der Personalentwicklung, Karrierewege und Kompetenzprofile systematisch verankert werden können. Das Konzept ist bewusst offen für einen kontinuierlichen

Weiterentwicklungsprozess gestaltet und bietet damit Raum für Innovation, Digitalisierung und die fortlaufende Anpassung an neue Anforderungen. Perspektivisch ist zu prüfen, inwiefern Instrumente wie die PPR 2.X sinnvoll in den Leistungsgruppen verortet werden können, um eine noch präzisere Abbildung pflegerischer Leistungen zu ermöglichen.

Mit diesem Modell setzt die Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. einen klaren Impuls für eine moderne, transparente und qualitätsorientierte Pflegefinanzierung, die Pflege stärkt, Bürokratie abbaut und die Zukunftsfähigkeit des Systems nachhaltig sichert.