

POSITIONSPAPIER

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Zusammenfassung

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte wird das Pflegebudget zunehmend als Kostenfaktor problematisiert, während die Bedeutung einer ausreichenden Pflegepersonalausstattung für Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit relativiert wird. Diese Sichtweise steht im klaren Widerspruch zur pflegewissenschaftlichen Evidenz und Erfahrungen aus der Versorgungspraxis, wonach Unterbesetzung nachweislich zu erhöhten Komplikationsraten, längerer Verweildauer und erhöhter Mortalität führt (u.a. WHO 2026, Schlenker 2024, Winter et al. 2021, DallÓra et al. 2022, Driscoll et al. 2018, Aiken et al. 2014).

Das Pflegebudget hat seit seiner Einführung zentrale Fehlentwicklungen der DRG-basierten Finanzierung korrigiert und die Finanzierung der Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen sichergestellt. Die Kritik an angeblich überproportionalen Ausgabensteigerungen greift zu kurz. Der Personalaufbau seit 2020 ist wesentlich als notwendiger Nachholeffekt nach jahrzehntelangem Stellenabbau zu bewerten: Zwischen 1996 und 2007 wurden über 50.000 Vollkräfte im Pflegedienst abgebaut; das Personalniveau von 1995 wurde erst 2020 wieder erreicht. Parallel dazu ist der ärztliche Dienst kontinuierlich und deutlich stärker gewachsen. Neben dem Personalaufbau sind auch noch andere Einflussfaktoren differenziert zu betrachten: Unter anderem die tariflichen Lohnsteigerungen, steigende Versorgungs- und Pflegekomplexität, höhere Krankenstände sowie der Aufbau bislang fehlender Strukturen wie Springer-Pools. Der Anstieg der Pflegepersonalkosten ist damit Ausdruck notwendiger und politisch gewollter Verbesserungen – nicht einer Überfinanzierung.

Erforderlich ist ein schlüssiges Gesamtkonzept. Der DBfK schlägt hierfür vor, Pflegebudget (KHG), Pflegepersonalbemessung (PPBV) und Leistungsgruppen (KHVVG) miteinander in Verbindung zu bringen: Eine bedarfsgerechte Personalausstattung ist eine Voraussetzung für pflegerische Qualität; pflegerische Qualität muss verbindliches Kriterium für die Zuweisung von Leistungsgruppen sein; und die ermittelten Personalbedarfe müssen vollständig finanziert werden. Diese Logik ist im derzeitigen Rechtsrahmen nicht ausreichend umgesetzt. Eine Expertenkommission, unter Beteiligung des DBfK, muss daher Vorschläge zur strukturierten Zusammenführung dieser drei Bereiche erarbeiten. Zudem müssen Pflegemanagement und Pflegefachpersonen von Beginn an mitgestaltend eingebunden sein. Somit ist sichergestellt, dass die Profession Pflege verbindlich an allen Reformschritten beteiligt wird.

Weiterentwicklung des Pflegebudgets aus Perspektive der Profession Pflege

Seit 2020 bildet das Pflegebudget die Grundlage für die vollständige Finanzierung der Personalkosten des Pflegedienstes auf bettenführenden Stationen. Es schützt vor wirtschaftlichem Druck und wirkt dem Fehlanreiz an der Pflege zu sparen, der durch das DRG-System entstanden ist, entgegen.

Die aktuellen Aussagen aus gesundheitspolitischen Debatten zeigen, dass das Pflegebudget zunehmend als Kostenfaktor betrachtet wird, während die Bedeutung ausreichender Personalausstattung für Qualität und Sicherheit unterschätzt wird. Diese Aussagen stehen im Widerspruch zu den Erkenntnissen aus der Pflegewissenschaft und aus dem Pflegemanagement: Das Pflegebudget wird infrage gestellt, obwohl es ein wesentliches Instrument zur Sicherung der pflegerischen Versorgung und Sicherheit von Patient:innen im Krankenhaus darstellt.

Das Pflegebudget hat die Finanzierung der pflegerischen Versorgung seit seiner Einführung deutlich verbessert und Fehlentwicklungen der DRG-basierten Finanzierung korrigiert. Die häufig geäußerten Kritiken, die Kostensteigerungen seit Einführung des Pflegebudgets seien überproportional oder der Personalzuwachs stehe nicht im Verhältnis zur Fallzahlentwicklung, sind nicht belastbar.

Kostensteigerungen sind nicht überproportional

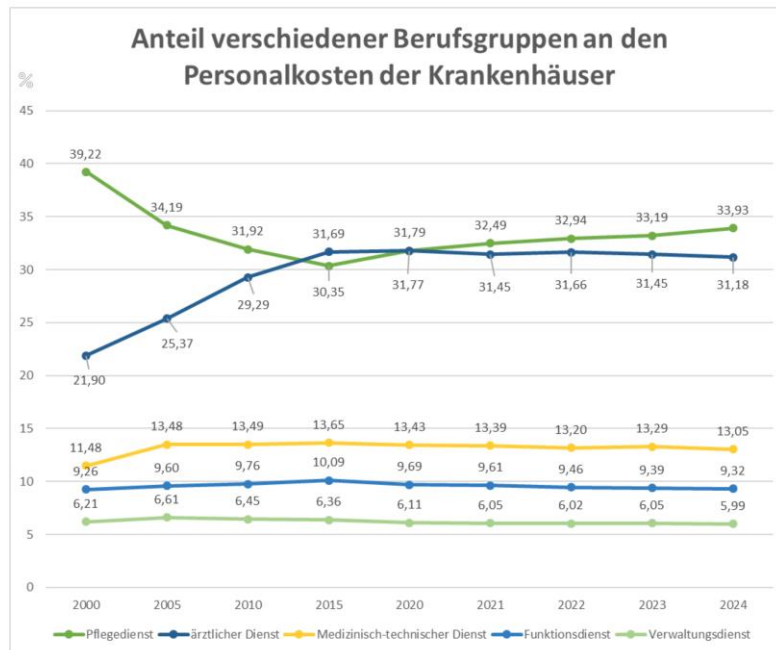
Die Kostensteigerungen lassen sich vielmehr durch strukturelle Entwicklungen erklären, die unabhängig von der Finanzierungsform Pflegebudget eingetreten sind:

- » Zuerst sind Nachholeffekte durch langjährigen Personalabbau in der Pflege im Krankenhaus notwendig geworden. Nach Aussetzung der Pflege-Personalregelung 1996 sind bis zum Tiefstand 2007 über 50.000 Vollkräfte im Pflegedienst abgebaut worden (Simon 2021, Statistisches Bundesamt 2000-2024a). Das Personalniveau im Pflegedienst von 1995 (350.572 Vollkräfte) wurde erst 2020 nach Einführung des Pflegebudgets wieder erreicht (2019 waren es noch 345.407 Vollkräfte, 2020 dann 362.844 Vollkräfte).
- » Im gleichen Zeitraum (1995-2020) beträgt der Personalzuwachs im ärztlichen Dienst ca. 69 % von 101.590 Vollkräften auf 171.367 Vollkräfte (Statistisches Bundesamt 2000-2024a). Hätte der Pflegedienst im Zeitraum von 1995-2020 ein gleiches Wachstum wie der ärztliche Dienst gehabt, dann hätte bis 2020 ein Wachstum auf 591.344 Vollkräfte im Pflegedienst stattfinden müssen.
- » Zudem spielen unter anderem die tariflichen Lohnsteigerungen, der Ausbau höherqualifizierter Rollen wie Advanced Practice Nurses, steigende Behandlungs- und Pflegekomplexität, erhöhte Krankenstände sowie der Aufbau bislang fehlender organisatorischer Strukturen wie Springer-Pools eine Rolle bei Kostensteigerungen.
- » Der Anstieg der Pflegepersonalkosten ist zwar höher ausgefallen als in anderen Bereichen, aber nicht der einzige Ausgabenposten, der zu Preissteigerungen geführt hat. Laut den Kostennachweisen der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes ist das Gesamtbudget der Krankenhäuser zwischen 2020 und 2024 um ca. 23 Prozent gestiegen. Die Pflegepersonalkosten sind im gleichen Zeitraum um ca. 31 Prozent gewachsen, die ärztlichen Personalkosten um ca. 21 Prozent (Statistisches Bundesamt 2020-2024b).

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Auch die Betrachtung der Kostenanteile für verschiedene Berufsgruppen (Abbildung 1) zeigt, dass beim Pflegedienst seit Einführung der DRG ein stark rückläufiger Trend zu beobachten ist:

- » Lag der Anteil der Pflege an den gesamten Personalkosten der Krankenhäuser im Jahr 2000 noch bei über 39 Prozent, fiel er bis 2020 auf unter 32 Prozent (Statistisches Bundesamt 2000-2024b). Zwischen 2000 und 2024 ist dieser Anteil lediglich um rund zwei Prozentpunkte gestiegen.
- » Dagegen ist der Anteil der Personalkosten im ärztlichen Dienst zwischen 2000 und 2015 um 10 Prozent von knapp 22 Prozent auf rund 32 Prozent gestiegen und hält sich seitdem ungefähr auf dem Niveau.
- » Auch der Medizinisch-technische Dienst hat mit DRG-Einführung ein starkes Wachstum aufgewiesen, die weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus sind dagegen relativ stabil geblieben.



DBfK
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Quelle: DBfK auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes
2022-2024: Kostennachweis der Krankenhäuser. EVAS-Nummer 23121. Wiesbaden,
https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESeries_mods_00007815 und
2000-2021: Fachserie/12/6/3. Wiesbaden, https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESeries_mods_00000127

Abbildung 1: Anteil verschiedener Berufsgruppen an den Personalkosten der Krankenhäuser

Die Kostensteigerungen zwischen 2020 und 2024 sind entsprechend Ausdruck notwendiger und fachlich begründeter Verbesserungen der pflegerischen Versorgung bzw. Versorgung von Patient:innen und nicht Resultat einer ineffizienten Mittelverwendung. Von einer Überfinanzierung der Pflege kann im Zeitraum der letzten 25 Jahre also keine Rede sein. Es wird eher deutlich, wie groß der Nachholeffekt für die Pflegeberufe immer noch ist. Festzuhalten ist auch, dass der Anstieg der Pflegepersonalkosten politisch gewollt gewesen ist, um jahrelangen Personalabbau zu korrigieren und dringend benötigte Stellen aufzubauen (Bundesregierung 2018).

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Fehlanreize durch das Pflegebudget

Dennoch entstehen in jedem Finanzierungssystem Fehlanreize und müssen selbstverständlich korrigiert werden. Dazu zählt insbesondere der Einsatz von Pflegepersonal für pflegefremde Tätigkeiten aufgrund der vollständigen Finanzierung von Pflegefachpersonen und fehlender Abgrenzungsmechanismen. Personal für Hauswirtschaft, Service und Reinigung muss aus den DRG-Erlösen finanziert werden. Wenn Pflegepersonal diese Aufgaben übernimmt, kann die Finanzierung über das Pflegebudget erfolgen. Zudem entfällt seit 2025 die Zweckbindung der Mittel von 2,5 Prozent für pflegeentlastende Maßnahmen und entsprechend können diese Mittel auch für alle anderen Krankenhausbereiche genutzt werden. Dadurch entsteht ein ähnliches Fehlanreizsystem wie der damalige Abbau von Pflegepersonal bei Einführung des DRG-Systems, als die eigentlich kalkulierten Kostenanteile für die Pflege zur Quersubventionierung fehlender Investitionsmittel genutzt wurden. Diese Fehlanreize schwächen die Zielrichtung des Pflegebudgets und führen zu Unschärfen in der Finanzierungslogik. Zentral wird eine verbindliche Abgrenzung pflegerischer Aufgaben von Servicetätigkeiten (z.B. zu Hauswirtschaft, Hol- und Bringendiensten, Bettenaufbereitung, Reinigung) sein, um Missbrauch zu vermeiden und pflegerische Expertise konsequent für pflegerische Kernprozesse einzusetzen. Es bedarf einer verbindlichen und weiterführenden Definition, welche Tätigkeiten dem pflegerischen Dienst zuzuordnen sind und von den Pflegefachpersonen sowie Pflegeassistentenpersonen erbracht werden sollen. Die Abgrenzung von Pflege zu pflegefremden Aufgaben schützt Pflegefachpersonen vor der Übertragung professionsfremder Aufgaben und wirkt einer weiteren Deprofessionalisierung der Pflege entgegen.

Darüber hinaus zeigen auch die Pflegebudgetverhandlungen strukturelle Defizite. Das Pflegemanagement muss aus pflegefachlicher Sicht verbindlich in die Verhandlungen einbezogen werden, um die fachliche Perspektive angemessen sicherzustellen. Das ist bei weitem nicht in allen Krankenhäusern gegeben und bedarf dringend einer gesetzlichen Regelung.

Verknüpfung vom Pflegebudget mit einer bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung

Eine systematische Verknüpfung von Pflegebudget und Pflegepersonalbemessung steht bislang noch aus. Mit der Einführung der PPR 2.0 werden erstmals bundesweit strukturiert Daten zur Personalsituation in der Pflege erhoben und in Beziehung zum tatsächlichen Pflegebedarf gesetzt. Die PPR 2.0 ermöglicht damit einen transparenten Abgleich zwischen Personalbedarf und vorhandener Personalausstattung. Die Datengrundlage der PPR 2.0 muss konsequent für eine sachgerechte und evidenzbasierte Weiterentwicklung des Pflegebudgets genutzt werden.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass die PPR 2.0 die Personalsituation derzeit noch nicht vollständig abbildet. Offene Fragestellungen betreffen insbesondere

- » intensivpflegerische Bereiche,
- » Kreißsäle,
- » notwendiger Personalpuffer,
- » krankenhausindividueller Ausfallzeiten,
- » Skill-Grade-Mix,
- » Regelungen für die Nachtdienste,
- » neue Aufgaben der pflegerischen Versorgung, wie sie als „Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung“ im §112a SGB V geregelt sind.

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Voraussetzung für die Verknüpfung von Pflegebudget und Pflegepersonalbemessung ist also eine differenzierte und fundierte Analyse der erhobenen PPR-2.0-Daten und ggf. weiterer Kriterien, um sachgerechte Korridore für Zielerreichungsgrade und Finanzierungslogiken festzulegen. Ergebnisse aus der Weiterentwicklung der PPR 2.0 im Rahmen des gesetzlich beauftragten WiWePP-Projekts (PPR 2.x), können Lösungen für offene Fragestellungen bieten.

Insgesamt zeigt sich: Das Pflegebudget bleibt ein unverzichtbares Instrument zur Sicherung der Versorgung von Patient:innen im Krankenhaus. Seine Weiterentwicklung muss fachlich-systematisch erfolgen, mit klarer Abgrenzung pflegerischer Aufgaben, einer Kopplung an eine bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung, zu entwickelnden qualitätsorientierten Indikatoren und transparenten Mechanismen zur Mittelverwendung. Nur so kann die pflegerische Versorgung von Patient:innen im Krankenhaus langfristig verbessert und zukunftsfähig gestaltet werden.

Pflegepersonalbemessung – Bedeutung für eine sichere pflegerische Versorgung

Eine bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung ist die zentrale Voraussetzung für eine sichere und qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung im Krankenhaus. Mit der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurden die Instrumente PPR 2.0, Kinder-PPR 2.0 und Kinder-Intensiv-PPR als bundesweit einheitliche und praxiserprobte Instrumente eingeführt, die valide Daten zur pflegerischen Leistung liefern. Sie bilden damit die Grundlage für eine präzisere und transparentere Personalbedarfsplanung. Die bisher vorliegenden Erhebungsdaten bestätigen, dass die PPR 2.0 sowohl handhabbar als auch fachlich anschlussfähig ist und eine verlässliche Abbildung des pflegerischen Aufwands ermöglicht (KPMG 2023). Aus Sicht der Profession Pflege stellt sie damit den entscheidenden Ausgangspunkt für eine nachhaltige Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus dar.

Die Implementierung der PPR 2.0 ist noch nicht abgeschlossen

Die derzeitige Ausgestaltung der Pflegepersonalbemessung zeigt erhebliche strukturelle Defizite. Die Erfüllungsgrade der PPR 2.0 sind bislang nicht verbindlich hinterlegt. Die Folge ist, dass Krankenhäuser zwar Daten bereitstellen, diese aber keine Konsequenzen für die tatsächliche Personalausstattung haben. Eine solche Unverbindlichkeit unterläuft das grundlegende Ziel der Pflegepersonalbemessung: nämlich pflegebedingte Risiken zu reduzieren, Überlastung zu vermeiden und die Versorgungsqualität systematisch abzusichern. Eine verbindliche Umsetzung – mit klar definierten Zielerreichungsquoten, Umsetzungsfristen und Sanktionen bei Nichteinhaltung – ist daher unerlässlich.

Zudem ist die institutionelle Verankerung der Pflegepersonalbemessung bislang fachlich nicht angemessen geregelt. Die Zuständigkeit des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) greift zu kurz, da dort keine pflegewissenschaftliche Expertise verankert ist. Für ein dauerhaftes und wissenschaftlich weiterzuentwickelndes Pflegepersonalbemessungsverfahren bedarf es eines eigenständigen pflegewissenschaftlichen Instituts. Ein Institut für Personalbemessung in der Pflege (InPeP) sollte die fachliche Weiterentwicklung, methodische Qualitätssicherung, Datenanalyse und Forschung übernehmen sowie in der Lage sein, neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu pflegerischer Belastung, Skill-Grade-Mix und Versorgungskomplexität systematisch einzubeziehen. Nur so kann Pflegepersonalbemessung langfristig evidenzbasiert bleiben und mit den notwendigen Weiterentwicklungen der pflegerischen Versorgung Schritt halten.

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Ein weiteres strukturelles Problem besteht darin, dass wichtige Versorgungsbereiche in der bisherigen Pflegepersonalbemessung nicht ausreichend berücksichtigt werden. Besonders intensivpflegerische Bereiche für Erwachsene sind weiterhin ungeregelt. Das INPULS-Instrument ist seit Jahren fachlich anerkannt, erprobt (KPMG 2024) und dringend notwendig, um den spezifischen Anforderungen der Intensivpflege gerecht zu werden. Die fehlende Implementierung von INPULS führt dazu, dass hoch sensible und anspruchsvolle Versorgungsbereiche ohne eine bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung auskommen müssen – mit erheblichen Risiken für die Sicherheit der Patient:innen und Arbeitsbelastung des Pflegepersonals.

Darüber hinaus existiert eine Vielzahl konkurrierender Pflegepersonalbemessungsinstrumente, die historisch gewachsen und politisch beeinflusst sind. Diese Parallelstrukturen erschweren eine einheitliche Umsetzung, verursachen zusätzlichen bürokratischen Aufwand und führen zu Unsicherheiten in der Praxis. Eine Vereinheitlichung der Pflegepersonalbemessungsinstrumente ist deshalb zwingend erforderlich. Aus Sicht des DBfK sollte ein konsistentes System etabliert werden, das die PPR 2.0 mit seinen notwendigen Weiterentwicklungen als zentrales und verbindliches Instrument fest schreibt.

Eine bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung für die Sicherheit der Patient:innen

Die nationale und internationale Evidenzlage zeigt eindeutig, dass eine bedarfsgerechte und verbindliche Pflegepersonalbemessung die pflegerische Versorgungsqualität erheblich verbessert und deshalb ein gesundheitspolitisches Erfordernis ist. Eine ausreichende und bedarfsgerechte Personalausstattung korreliert mit geringeren Komplikationsraten, kürzeren Verweildauern, weniger vermeidbaren Wiedereinweisungen und geringerer Mortalität (u.a. WHO 2026, Schlenker 2024, Winter et al. 2021, DallÓra et al. 2022, Driscoll et al. 2018, Aiken et al. 2014). Die Weltgesundheitsorganisation gibt deshalb auch klare Empfehlungen für die Pflegepersonalausstattung und betont, dass volumen- oder budgetbasierte Modelle Pflegekomplexität und Versorgungsintensität unzureichend abbilden. Stattdessen werden Systeme, die Fallschwere (patient-/acuity-based) und Arbeitsaufwand (workload) berücksichtigen als wirksamer und sicherheitsrelevanter beschrieben (WHO 2026). Die PPR 2.0 berücksichtigt die Faktoren Fallschwere und Arbeitsaufwand und unterscheidet sich deshalb von allen anderen verbindlichen Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung.

Aus pflegfachlicher Perspektive steht fest: Eine bedarfsgerechte, verbindliche und wissenschaftlich fundierte Pflegepersonalbemessung ist ein zentraler Baustein der Krankenhausversorgung. Sie muss über ein eigenständiges pflegewissenschaftliches Institut (InPeP) kontinuierlich weiterentwickelt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass Patient:innen im Krankenhaus eine sichere, hochwertige und professionell fundierte Pflege erhalten – und Pflegefachpersonen unter Bedingungen arbeiten können, die ihrem beruflichen Auftrag entsprechen.

Leistungsgruppen als Qualitätsinstrument – Anforderungen der Profession Pflege

Im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungs-Gesetzes (KHVVG) wurden zudem Leistungsgruppen eingeführt, die Struktur- und Qualitätsanforderungen definieren. Sie legen fest, welche Einrichtungen welche Leistungen erbringen dürfen und welche Struktur- und Qualitätskriterien dafür erfüllt sein müssen. Dies soll ein zentraler Schritt hin zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sein. Aus Sicht des DBfK wird dieses Ziel jedoch in der aktuellen Ausgestaltung und in den Änderungen durch das Krankenhausreform- und Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHVVG und KHAG) verfehlt. Die

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Leistungsgruppen bilden pflegerische Anforderungen nicht angemessen ab und berücksichtigen damit weder die Bedeutung der Pflege für die Qualität der Versorgung von Patient:innen noch die pflegewissenschaftlich gesicherten Zusammenhänge zwischen Personalausstattung und Sicherheit der Patient:innen.

Pflegerische Struktur- und Qualitätsanforderungen fehlen

Das zentrale Problem besteht darin, dass pflegerische Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen bislang vollständig fehlen. Die Krankenhausreform benennt zwar Struktur- und Prozessvorgaben, lässt jedoch ausgerechnet jene Berufsgruppe unberücksichtigt, die maßgeblich für die kontinuierliche Versorgung, Beobachtung und Stabilisierung von Patient:innen verantwortlich ist. Damit bleiben Leistungsgruppen hinter ihrem eigenen Anspruch zurück, Versorgungsqualität verbindlich zu regulieren. Einrichtungen können Leistungsgruppen auch bei pflegerischer Besetzung sogar unterhalb der absoluten roten Linie erhalten, obwohl Unterbesetzung nachweislich zu erhöhten Komplikationsraten, verlängerten Liegezeiten und höherer Mortalität führt (u.a. WHO 2026, Schlenker 2024, Winter et al. 2021, DallÓra et al. 2022, Driscoll et al. 2018, Aiken et al. 2014). Eine solche Ausgestaltung widerspricht dementsprechend nationalen als auch internationalen Evidenzgrundlagen.

Entscheidend wird zudem die Etablierung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren sein. International etablierte Kennzahlen wie Infektionsraten, Wiedereinweisungsraten, Verweildauer oder patienten- und angehörigenberichtete Outcomes (PROMs, PREMs) bieten hierfür eine Grundlage. Ergänzend müssen pflegerische Prozessindikatoren entwickelt und pflegewissenschaftlich validiert werden.

Ohne verbindliche pflegerische Qualitätskriterien können Leistungsgruppen ihren Zweck aber nicht erfüllen. Sie definieren die Struktur- und Qualitätsanforderungen aktuell primär anhand ärztlicher Personalausstattung und technischen Voraussetzungen, ohne die kontinuierliche pflegerische Versorgung als relevanten Qualitätsfaktor einzubeziehen. Dies führt zu einer strukturellen Verzerrung: Krankenhäuser können formal die Kriterien erfüllen, ohne eine sichere pflegerische Versorgung gewährleisten zu können. Damit wird die Versorgungssicherheit gefährdet – insbesondere an Standorten, an denen pflegerische Unterbesetzung bereits heute ein zentrales Problem ist.

Erschwerte Beteiligung der Profession Pflege im Leistungsgruppenausschuss

Hinzu kommt die strukturelle Unterrepräsentanz pflegerischer Expertise im Leistungsgruppenausschuss und eine mangelnde Ausstattung der Pflegewissenschaft in Deutschland. Die Organisationen der Pflegeberufe verfügen nicht über die Ressourcen, um die komplexen Aufgaben im Leistungsgruppenausschuss adäquat wahrzunehmen. Eine fachgerechte Ausgestaltung der Leistungsgruppen ist ohne die Expertise der Profession Pflege jedoch nicht möglich. Für eine Qualitätsorientierung benötigen die Organisationen der Pflegeberufe eine bessere strukturelle und finanzielle Ausstattung, um eine gleichwertige Mitwirkung sicherzustellen. Die Pflegewissenschaft in Deutschland braucht als Voraussetzung Forschungsförderungen, um entsprechende pflegewissenschaftliche Forschung durchzuführen und die Disziplinbildung in den Pflegewissenschaften voranzutreiben.

Die Leistungsgruppen können nur dann zu einem tragfähigen Qualitätsinstrument werden, wenn sie pflegerische Anforderungen ausdrücklich berücksichtigen. Die Pflege ist ein zentraler Qualitätsfaktor im Krankenhaus – ihre Nichtberücksichtigung führt zwangsläufig zu einer strukturell unvollständigen und potenziell unsicheren Krankenhausversorgung. Eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit pflegerischen Anforderungen ist daher unerlässlich, um Versorgungssicherheit, Sicherheit der Patient:innen und Professionalität im Gesundheitswesen nachhaltig zu gewährleisten.

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

Forderungen des DBfK

Pflegebudget

Das Pflegebudget darf nicht infrage gestellt, sondern muss zielgerichtet weiterentwickelt werden. Der DBfK fordert

- » eine langfristige Sicherung des Pflegebudget und eine Ausrichtung an klaren fachlichen Kriterien, um die Finanzierung der mit der Pflegepersonalbemessung ermittelten Personalausstattung sicherzustellen: Die Finanzierung von Pflegepersonalkosten muss den tatsächlichen Bedarf abbilden – nicht mehr und nicht weniger.
- » die Pflege in den Diskurs strukturell einbeziehen und die Vorteile des Pflegebudgets zu beleuchten.
- » eine klare Abgrenzung pflegefremder Tätigkeiten (wie Hauswirtschaft, Service und Reinigung) von Kernprozessen und -Aufgaben der medizinischen und pflegerischen Behandlung vorzunehmen, um Fehlzuordnungen, Belastungen und Deprofessionalisierung zu vermeiden.
- » eine Zweckbindung der Mittel für pflegeentlastende Maßnahmen und der Nachweis, dass Konzepte und Personal zur Ausübung pflegefremder Tätigkeiten vorhanden sind.
- » Pflegedirektionen verbindlich in die Pflegebudgetverhandlungen einzubinden.
- » zusätzlich Mittel für die Sicherstellung von Fort- und Weiterbildungen im Pflegebudget zu verankern.
- » eine Regelmäßige Evaluation und Anpassung des Pflegebudgets als lernendes Instrument.

Pflegepersonalbemessung

Eine bedarfsgerechte, strukturell verankerte und langfristige Pflegepersonalbemessung ist unverzichtbar. Der DBfK fordert

- » die Einführung der PPR 2.x, sobald das Instrument fachlich erprobt und seine Wirksamkeit belegt wurde.
- » die Einführung des INPULS-Instruments für Intensivstationen als verbindlichen Standard nach einer Weiterentwicklung zur digitalen Ausleitung.
- » die Definition verbindlicher Erfüllungsgrade für die Umsetzung der PPBV.
- » die Errichtung eines InPeP (Instituts für Personalbemessung in der Pflege), ausgestattet mit ausreichend finanziellen Mitteln und pflegewissenschaftlicher Kompetenz.

Leistungsgruppen

Die Leistungsgruppen müssen zur Abbildung von Pflegequalität genutzt werden. Der DBfK fordert

- » dass Pflegequalität eine verbindliche Rolle in den Leistungsgruppen erhält und nicht weiter ausgeklammert wird.
- » einen verbindlichen Fahrplan zur Verortung der Pflegequalität in den Leistungsgruppen aufzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln (z.B. Integration der PPR 2.0 als Alternative zur PpuGV).

Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus

- » dass bei unzureichender Personalausstattung Leistungsgruppen nicht zugewiesen werden dürfen; pflegerische Qualität muss Voraussetzung für Leistungszuweisungen sein.
- » die Integration pflegesensitiver Qualitätsindikatoren, die Ergebnis- und Prozessqualität abbilden.
- » die systematische Einbindung pflegfachlicher, pflegemanagementspezifischer und pflegewissenschaftlicher Expertise in die Definition und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen.
- » die ausreichende finanzielle Ausstattung der Organisationen der Pflegeberufe und der Pflegewissenschaft, sodass deren Mitarbeit im Leistungsgruppenausschuss fachlich und organisatorisch möglich ist sowie auf evidenzbasierten Erkenntnissen aufbaut.

Darüber hinaus fordert der DBfK

- » eine Expertenkommission, die Vorschläge zum systematischen Zusammenführen der Dimensionen Finanzierung, Pflegepersonalbemessung und Pflegequalität erarbeitet; der DBfK fordert eine aktive Rolle in dieser Kommission.
- » die Entwicklung eines verbindlichen Fahrplans in der Expertenkommission, dessen Umsetzung politisch und organisatorisch eingehalten wird, um allen Akteuren Planungs- und Umsetzungssicherheit zu gewährleisten.

Eine zeitgemäße Krankenhausversorgung braucht eine konsequente Verknüpfung von Pflegebudget, Pflegepersonalbemessung und Leistungsgruppen. Diese drei Dimensionen können nur gemeinsam die Grundlage für eine sichere, qualitätsorientierte und zukunftsfähige Versorgung im Krankenhaus bilden. Ohne die systematische Integration pflegfachlicher Perspektiven bleibt jede Reform im Krankenhaus unvollständig.

Bundesvorstand und Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflegemanagement im DBfK e. V.

Berlin, 5. März 2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Literatur

- 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.
- Bundesregierung (2018): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), Drucksache 19/4453 vom 24.09.2018, [online] <https://dserver.bundestag.de/btd/19/044/1904453.pdf> [23.02.2026].
- Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*. 2022 Oct;134:104311, [online] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922001407?via%3Dihub> [12.01.2026].
- Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, Lehwaldt D, McKee G, Munyombwe T, Astin F. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Jan;17(1):6-22.
- Koalitionsvertrag (2021): Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). Mehr Fortschritt Wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, [online] <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/93bd8d9b17717c351633635f9d7fba09/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [16.01.2026].
- KPMG (2024): Entwicklung und modellhafte Erprobung eines Verfahrens zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf Intensivstationen für Erwachsene, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht ITS_bf.pdf [23.02.2026].
- KPMG (2023): Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0) – Abschlussbericht, [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht Kinder_PPR_Erprobung_20230831.pdf [23.02.2026].
- Schlenker, Oliver (2024) : The deadly consequences of labor scarcity: Evidence from hospitals, Working Paper Series, No. 42, University of Konstanz, Cluster of Excellence "The Politics of Inequality", [online] <https://doi.org/10.48787/kops/352-2-1ii51x0tswlz2> [23.02.2026].
- Simon, M. (2021). Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik, [online] https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder_Datein/UEber_uns/Personen/Simon_2021_Pflegepersonal_in_Krankenhausern_-_neue_Entwicklungen.pdf [12.01.2026].
- Statistisches Bundesamt (2000-2024a): Grunddaten der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23111. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2000-2024b): Kostennachweis der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23121. Wiesbaden.
- SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, [online] https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf [04.01.2024].
- WHO Regional Office for Europe (2026): Policies and approaches to promote safe nurse staffing: technical brief. [online] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f94aa53a-1925-4432-9631-9a35d280ebd7/content> [24.02.2026]
- Winter V, Dietermann K, Schneider U, Schreyögg J. Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals, [online] <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e051133.full.pdf?with-ds=yes> PMID: 34753760 [12.01.2026]