

## Forschungsbericht

### Das Pflegebudget als Sicherungsfaktor pflegerischer Versorgung in deutschen Kliniken:

#### Eine bundesweite Befragung des Pflegemanagements

##### 1. Ausgangslage und Problemstellung

Die pflegerische Versorgung in deutschen Krankenhäusern steht seit Jahren unter erheblichem Druck: Personalengpässe, steigende Versorgungsintensität und wachsende Anforderungen an Qualität und Patientensicherheit treffen auf ein Finanzierungssystem, das historisch stark über Fallpauschalen (DRG) gesteuert wurde. In diesem Kontext wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) ein zentraler Reformschritt eingeleitet, der u. a. die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG und die Einführung eines krankenhausindividuellen Pflegebudgets vorsieht.

Seit 2020 werden Pflegepersonalkosten im Krankenhaus – parallel zum DRG-System – über ein Pflegebudget nach Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Ziel ist es, Pflege am Bett zu stärken, Personal zu sichern und Pflegequalität/Versorgungssicherheit zu stabilisieren. Gleichzeitig zeigt die Praxis, dass Pflegebudget-Verhandlungen komplex sind und Abgrenzungsfragen (welche Berufsgruppen/Kosten zählen in welchem Jahr dazu?) eine relevante Steuerungs- und Konfliktlinie darstellen.

Parallel wird politisch und fachlich diskutiert, wie Personalbemessung, Mindestuntergrenzen und bedarfsorientierte Instrumente (z. B. PPR 2.0 als Interimslösung) die Versorgung absichern können. International zeigen OECD-Daten zudem die strukturelle Relevanz der Pflegeberufe in Krankenhäusern (größte Berufsgruppe im Krankenhaus), was die Bedeutung stabiler Finanzierungs- und Personalmechanismen unterstreicht.

Problemkern der angewandten praxisorientierten Studie: Trotz der politischen Intention ist bislang nicht ausreichend systematisch dokumentiert, wie das Pflegemanagement in deutschen Kliniken den Beitrag des Pflegebudgets zur Sicherstellung der Versorgung, zur Pflegequalität und zur Personalstabilität bewertet – und welche Risiken bei Reduktion/Wegfall erwartet werden. Genau hier setzt die Befragung als evidenzbasierte Grundlage für ein politisches Statement an.

Die Querschnittsbefragung (n=76) bildet primär Perspektiven des Pflegemanagements in Krankenhäusern ab. Die Rückmeldungen stammen überwiegend aus Pflegedirektionen und großen/mittelgroßen Häusern.

## **2. Kurzübersicht Literatur- und Kontextrecherche**

### **2.1 Pflegebudget: rechtlicher und systemischer Rahmen**

Das Krankenhaus-Pflegebudget ist Ergebnis einer politischen Neuordnung der Pflegefinanzierung im stationären Sektor. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde die Richtung hin zu einer Stärkung der Pflegepersonalausstattung und einer veränderten Finanzierungslogik maßgeblich vorbereitet. Zentral ist seit 2020 die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und die krankenhausesindividuelle Finanzierung über ein Pflegebudget (Selbstkostendeckung) mit Zweckbindung. Rechtsgrundlagen und zentrale Verfahrensregeln sind im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; u. a. § 17b) und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG; u. a. § 6a) verankert. Die konkrete Abgrenzungs- und Verhandlungslogik wird über bundesweite Vereinbarungen operationalisiert (z. B. Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung und Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung), die definieren, welche Kosten/ Personalkategorien dem Pflegebudget zugeordnet werden und wie Nachweise bzw. Rückzahlungslogiken praktisch umgesetzt werden.

### **2.2 Pflegepersonalsteuerung, Mindeststandards, Personalbemessung**

Parallel zur Budgetlogik existieren bzw. entstehen Steuerungsinstrumente, die Personalausstattung und Qualität indirekt oder direkt beeinflussen. Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) sind als Mindestschutz in pflegesensitiven Bereichen konzipiert und werden politisch wie fachlich kontrovers diskutiert (u. a. Umsetzbarkeit, Verlagerungseffekte, Steuerungswirkung). Mit der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wird zudem ein Schritt hin zu einer systematischen Personalbedarfsbemessung im Krankenhaus etabliert; in Deutschland steht hierbei die PPR 2.0 als zentraler Referenzrahmen im Hintergrund (Einführung/Umsetzung über Rechtsverordnung). Damit rückt die Frage in den Vordergrund, ob das Pflegebudget nicht nur Finanzierung „absichert“, sondern messbar mit Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Personalstabilität zusammenhängt – genau an dieser Schnittstelle setzt die Befragung an.

### **2.3 Politischer Bezug / Verbands- und Meinungsbildung**

Das Projekt ist als politisches Statement und Trendanalyse angelegt („Pflege braucht Ihre Stimme“) und bündelt Wahrnehmungen aus der Praxis, um evidenzbasierte Argumente in die gesundheitspolitische Debatte einzuspeisen. In der Literatur ist für solche Vorhaben wichtig, die Wirkannahmen explizit zu machen:

Welche Mechanismen werden unterstellt (z.B. Zweckbindung = mehr Pflegepersonal/ Qualifikationsmix - bessere Kontinuität/Qualität - höhere Sicherheit/Attraktivität - stabilere Teams)? Für diese Explikation eignet sich ein etabliertes Wirklogik-/Logic-Model-Vorgehen W.K. Kellogg Foundation. (2004), das Planung, Wirkannahmen und Auswertung stringent miteinander verbindet.

## 2.4 Internationale Perspektive: Personalbemessung und Staffing-Regulierung

International werden Pflegepersonalausstattung und Patientensicherheit häufig über (a) Leitlinien/Standards, (b) verpflichtende Mindestbesetzungen oder (c) gesetzliche Personal-zu-Patient-Relationen adressiert. Für England hat NICE eine evidenzbasierte Leitlinie zur sicheren Pflegepersonalbesetzung auf Normalstationen vorgelegt und betont, dass starre Quoten allein nicht genügen, sondern kontextbezogene Bedarfsmodelle, Monitoring und Managementprozesse erforderlich sind. Andere Systeme setzen stärker auf gesetzliche Mindestquoten: In Kalifornien sind nurse-to-patient ratios in einer staatlichen Regelung festgeschrieben (mit spezifischen Quoten je Versorgungsbereich, inkl. Psychiatrie). Auch Australien (z. B. Victoria) verankert Personal-zu-Patient-Relationen gesetzlich und entwickelt diese weiter. Ergänzend liefern internationale Reports einen Makro-Kontext: Der WHO-Weltbericht zur Pflege hebt globale Engpässe, Investitionsbedarfe und die Bedeutung von Pflege für Versorgungsqualität und Resilienz von Gesundheitssystemen hervor. OECD-Indikatoren ermöglichen zudem die Einordnung Deutschlands im internationalen Vergleich (u. a. Ressourcen, Outcomes, Systemdruck).

Für die Querschnittsbefragung ist diese Perspektive wichtig, weil das deutsche Pflegebudget im Kern ein Finanzierungs- und Zweckbindungsinstrument ist – international werden ähnliche Ziele teils über Personalbemessung, teils über verbindliche Quoten erreicht. Damit schärft die internationale Literatur die Interpretation der Ergebnisse: Sie zeigen nicht „nur“ Zustimmung/Meinung, sondern spiegeln ein Steuerungsprinzip (zweckgebundene Finanzierung) im Vergleich zu alternativen Steuerungslogiken (Quoten/Guidelines/Bedarfsbemessung).

## 3. Forschungsfrage und Hypothesen

### 3.1 Forschungsfrage

**Welchen Beitrag leistet das Pflegebudget zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Pflegequalität und Personalstabilität in deutschen Kliniken?**

### 3.2 Hypothesen (H1–H5) und Operationalisierung

Die Hypothesen wurden im Studiendesign bereits mit Item-Zuordnungen vorbereitet:

- **H1 – Bedeutung / Versorgung:** Skala **B (B1–B4)**
- **H2 – Pflegequalität & Sicherheit:** Skala **D (D1–D4)**
- **H3 – Personal / Arbeitgeberattraktivität:** Skala **E (E1–E4)**
- **H4 – Zukunftsrisiko:** Skala **F (F1–F4) + G (G1a–G1e)**
- **H5 – Implementierungslogik:** Skala **C (C1–C5)** Effekte **D & E**

## 4. Forschungsdesign

### 4.1 Design und Setting

- **Design:** quantitative Querschnittsbefragung
- **Setting:** ausschließlich Krankenhäuser

#### 4.2 Zielgruppe

- Zielgruppe: Pflegemanagement/Leitungsfunktionen im Krankenhaus (z. B. Pflegedirektion, zentrales Pflegemanagement, Bereichs-/Stationsleitungen; weitere Funktionsrollen möglich).
- Einschlusskriterien: **Krankenhauszugehörigkeit** (keine weiteren formalen Kriterien).
- Mehrfachteilnahmen pro Klinik: möglich

#### 5. Erhebungsrahmen / Feldphase

- **Erhebungszeitraum:** 28.11.2025 bis einschließlich 19.12.2025.
- **Distribution:** über App-Mitglieder (aktuell 103) plus Newsletter (circa 800).
- **Rücklaufquote:** nur eingeschränkt berechenbar, da Reichweite/Empfängerkreis (Newsletter) nicht eindeutig der Zielpopulation zuordenbar.

#### 6. Datenerhebung

##### 6.1 Fragebogen Instrument

Standardisierter Fragebogen „Das Pflegebudget als Sicherungsfaktor ...“ mit:

- **Abschnitt A: Basisdaten (Rolle, Trägerschaft, Größe, Bundesland etc.):**

Die Stichprobe umfasst n = 76 Rückmeldungen aus dem Krankenhauskontext und spiegelt primär die Sicht des Pflegemanagements wider. Den größten Anteil stellen Pflegedirektionen (65,8%), gefolgt von Bereichs-/Stationsleitungen (14,5%) und dem zentralen Pflegemanagement (6,6%); weitere Rollen sind nur vereinzelt vertreten.

Hinsichtlich der Trägerschaft überwiegen öffentliche Krankenhäuser (47,4%) und freigemeinnützige Träger (40,8%); private Träger sind mit 11,8% vertreten.

In Bezug auf die Einrichtungsgröße dominieren mittlere bis große Häuser, insbesondere 200–499 Betten (34,2%) sowie  $\geq 800$  Betten (30,3%); Einrichtungen mit 500–799 Betten (21,1%) und  $< 200$  Betten (14,5%) sind geringer vertreten.

Die Verteilung nach Bundesland ist heterogen; einzelne Länder sind stärker repräsentiert, jedoch sind bundeslandspezifische Unterschiede aufgrund teils kleiner Teilgruppen insgesamt vorsichtig und eher explorativ zu interpretieren.

##### 6.2 Missing Values / Abbrüche

- Alle Fragen waren als Pflichtfragen angelegt; „keine Angabe“ innerhalb eines abgeschlossenen Datensatzes ist damit nicht möglich.
- Abbruch war jederzeit möglich; leere Datensätze werden (sofern vorhanden) als Abbruch interpretiert.
- Ergebnisdarstellung (Legende)

#### **Legende (zur Ergebnisdarstellung)**

Die Items wurden auf einer 5-Punkte-Likert-Skala beantwortet:

**(1 = stimme überhaupt nicht zu ... 5 = stimme voll zu);**

bei G-Items: **(1 = sehr unwahrscheinlich ... 5 = sehr wahrscheinlich).**

Angaben in Klammern wie **(5:50 / 4:15 / 3:6 / 2:5 / 1:0)** sind Häufigkeiten je Antwortkategorie; die Summe ergibt **n=76**.

**MW** = Mittelwert (gewichteter Durchschnitt),

**SD** = Streuung der Antworten,

**Median** = mittlerer Wert der sortierten Antworten.

**Top-2-Box** bezeichnet den Anteil der Antworten 4 oder 5/n.

**Index/Skalenwert** (z. B. B-, C-, D-, E-Index) ist der Mittelwert über die zugehörigen Items.

**Cronbach's  $\alpha$**  beschreibt die **interne Konsistenz** einer Skala

(0,70 akzeptabel;  $\geq 0,80$  gut;  $\geq 0,90$  sehr hoch).

In H4/H5 bedeutet UV/IV „unabhängige Variable“ und AV „abhängige Variable“.

## **7. Datenauswertung**

### **7.1 Datenaufbereitung**

- Rekodierung der Likert-Antworten in numerische Werte (1–5).
- Bildung von Skalenwerten (Mittelwerte je Skala): B, C, D, E, F, G.
- Auswertung von Mehrfachantworten (H1–H3) als Häufigkeiten/Prozent (Mehrfachnennungen).

### **7.2 Statistik**

- Deskriptiv: Häufigkeiten, Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD), ggf. Top-2-Box (4–5) (Top-2-Box = Anteil der Personen, die die zwei höchsten Kategorien wählen).
- Reliabilität: Cronbach's Alpha je Skala.

### **7.3 Hypothesentests:**

- Korrelationen (Pearson und Spearman; Spearman als robuste Variante für ordinale Skalen)
- Optional: lineare Regression(en) (z. B. C D/E bei H5)

## **8. Forschungsergebnisse**

### **8.1 Stichprobe (n = 76; deskriptiv)**

- Funktionen: überwiegend Pflegedirektion (65,8%), gefolgt von Bereichs-/Stationsleitung (14,5%) und zentralem Pflegemanagement (6,6%); weitere Einzelfunktionen sind vertreten.
- Trägerschaft: Öffentlich (47,4%), freigemeinnützig (40,8%), privat (11,8%).
- Einrichtungsgröße: v. a. 200–499 Betten (34,2%) und  $\geq 800$  Betten (30,3%), danach 500–799 (21,1%) und  $< 200$  (14,5%).

*(Tabellenanhang A1–A3: Verteilungen Rolle/Trägerschaft/Größe.)*

## 8.2 Hypothese 1 (H1) – Bedeutung Pflegebudget: Sicherstellung pflegerischer Versorgung

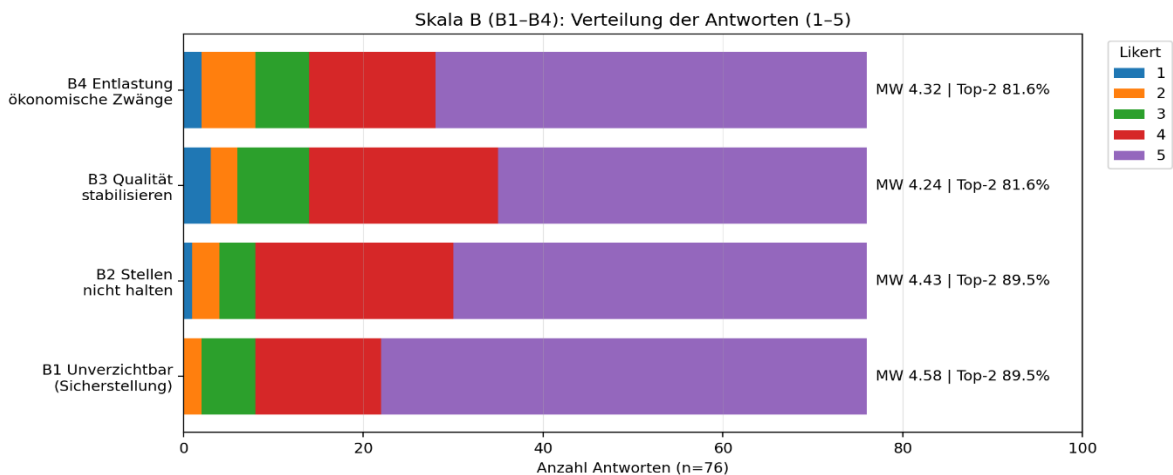
**Hypothese 1: Je höher die Bedeutung des Pflegebudgets eingeschätzt wird, desto stärker wird seine Funktion für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bewertet.**

### 8.2.1 Deskriptive Ergebnisse Messung: Skala B1–B4.

- B1 („unverzichtbar für Sicherstellung“): MW = 4,58; SD = 0,75; Top-2-Box (4–5): 89,5%
- B2 („ohne Pflegebudget Stellen nicht halten“): MW = 4,43; SD = 0,87; Top-2-Box: 89,5%
- B3 („Stabilisierung/Verbesserung Pflegequalität“): MW = 4,24; SD = 1,06; Top-2-Box: 81,6%
- B4 („Entlastung von wirtschaftlichen Zwängen“): MW = 4,32; SD = 1,09; Top-2-Box: 81,6%

Skalenmittelwert (B1–B4): MW = 4,39; SD = 0,76

Reliabilität (Cronbach's Alpha):  $\alpha = 0,81$  (gute interne Konsistenz)



### Fazit H1 :

Das Pflegebudget wird breit und sehr deutlich als Sicherungsfaktor der pflegerischen Versorgung bewertet.

### Interpretation:

Die hohe Zustimmung über alle Items hinweg stützt H1; Zusammenhänge zwischen den Itemdimensionen sind im Tabellenanhang ausgewiesen (Korrelationen: vgl. Tabellenanhang B3). Damit wird H1 klar unterstützt.

(Tabellenanhang B1: Itemverteilungen; B2: Skalenkennwerte; B3: Korrelationsmatrix B.)

## 8.3 Hypothese 2 (H2) – Pflegequalität & Patientensicherheit

**Hypothese 2: Das Pflegebudget wird mit einer Verbesserung der Pflegequalität und der Patientensicherheit assoziiert.**

(5-Punkte-Likert: 1 = stimme überhaupt nicht zu ... 5 = stimme voll zu).

Datengrundlage: n = 76 (Pflichtfragen, keine Item-Missings).

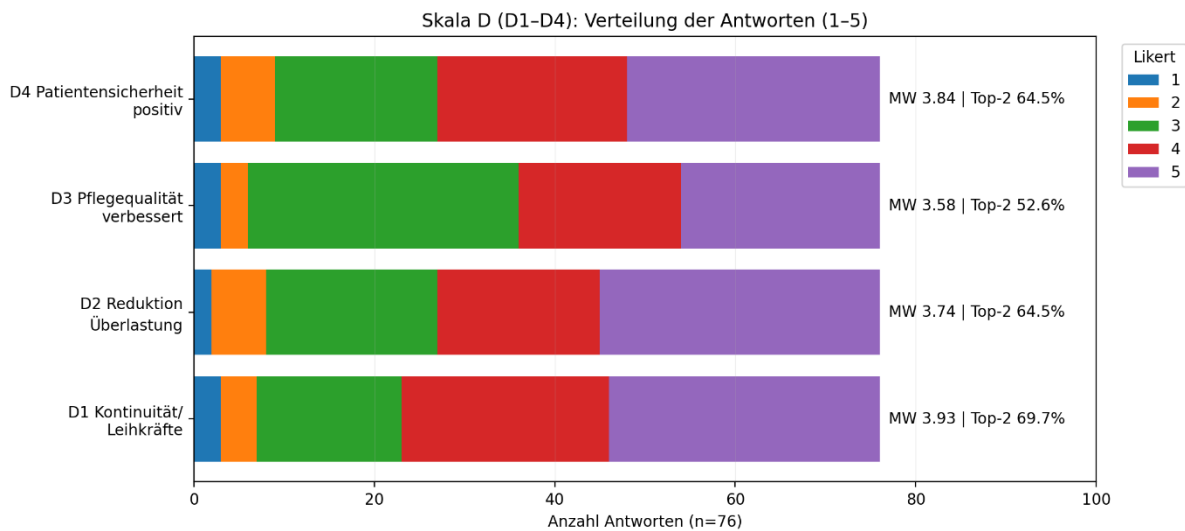
### 8.3.1 Deskriptive Ergebnisse Messung: Skala D1–D4

Itemkennwerte (MW  $\pm$  SD; Median; Top-2=4–5):

- D1 Kontinuität/Leihkräfte: MW = 3,93  $\pm$  1,21; Median = 4; Top-2 = 69,7%
- D2 Reduktion Überlastung: MW = 3,74  $\pm$  1,22; Median = 4; Top-2 = 64,5%
- D3 Pflegequalität verbessert sich: MW = 3,58  $\pm$  1,09; Median = 4; Top-2 = 52,6%
- D4 Patientensicherheit positiv: MW = 3,84  $\pm$  1,02; Median = 4; Top-2 = 64,5%
- D-Index (D1–D4): MW = 3,77  $\pm$  1,03; Median = 4,00.

Reliabilität der Skala D (D1–D4)

- Cronbach's Alpha:  $\alpha = 0,93$  (sehr hohe interne Konsistenz).



### Fazit H2

Das Pflegebudget wird spürbar mit Qualitäts- und Sicherheitsgewinnen verbunden – allerdings moderater als die Effekte auf Personal und Versorgungssicherung.

### 8.3.2 Interpretation

Die Ergebnisse werden überwiegend positiv bewertet und die Wirkungen des Pflegebudgets auf Kontinuität, Entlastung, Pflegequalität und Patientensicherheit liegen deskriptiv über dem Skalenmittelpunkt. Damit wird H2 unterstützt.

### 8.4 Hypothese 3 (H3) – Personal & Arbeitgeberattraktivität

**Hypothese 3: Ein höher wahrgenommener Nutzen des Pflegebudgets geht mit einer besseren Einschätzung der Personal- und Stellenstabilität einher.**

(5-Punkte-Likert: 1 = stimme überhaupt nicht zu ... 5 = stimme voll zu).

Datengrundlage: n = 76 (Pflichtfragen, keine Item-Missings).

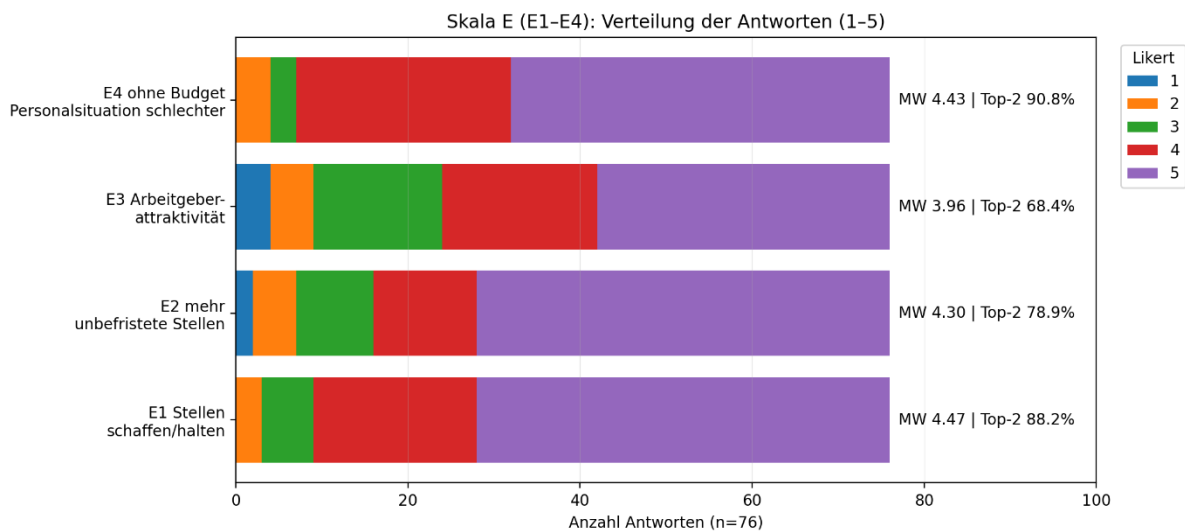
### 8.4.1 Deskriptive Ergebnisse Messung: Skala E1–E4

#### Itemkennwerte (MW $\pm$ SD; Median; Top-2):

- E1 Stellen schaffen/halten: MW = 4,47  $\pm$  0,81; Median = 5; Top-2 = 88,2%
- E2 mehr unbefristete Stellen: MW = 4,30  $\pm$  1,08; Median = 5; Top-2 = 78,9%
- E3 Arbeitgeberattraktivität: MW = 3,96  $\pm$  1,18; Median = 4; Top-2 = 68,4%
- E4 Personalsituation ohne Budget schlechter: MW = 4,43  $\pm$  0,81; Median = 5; Top-2 = 90,8%
- E-Index (E1–E4): MW = 4,29  $\pm$  0,79; Median = 4,50.

#### Reliabilität der Skala E (E1–E4)

- Cronbach's Alpha:  $\alpha = 0,82$  (gute interne Konsistenz).



**Interpretation des Tests:** Je stärker der Nutzen des Pflegebudgets für Stellenaufbau/-erhalt, unbefristete Beschäftigung und Arbeitgeberattraktivität eingeschätzt wird, desto stärker wird auch die Stabilitätsrelevanz (E4) betont.

### 8.4.2 Interpretation

Die Ergebnisse sprechen für eine deutliche personalpolitische Relevanz des Pflegebudgets: Die Zustimmung zu E1/E4 ist sehr hoch, E2 ebenfalls klar positiv, während E3 (Attraktivität) etwas heterogener ausfällt. Der moderate bis deutliche positive Zusammenhang zwischen Nutzenindex und Stabilitätsindikator unterstützt H3.

#### Fazit H3:

Das Pflegebudget wird als starkes Personalstabilisierungsinstrument wahrgenommen (Stellen sichern/halten, Entfristung), mit einem zusätzlichen, aber heterogeneren Attraktivitäts-Effekt.

## 8.5 Hypothese 4 (H4) – Zukunftsrisiko bei Wegfall/Reduktion

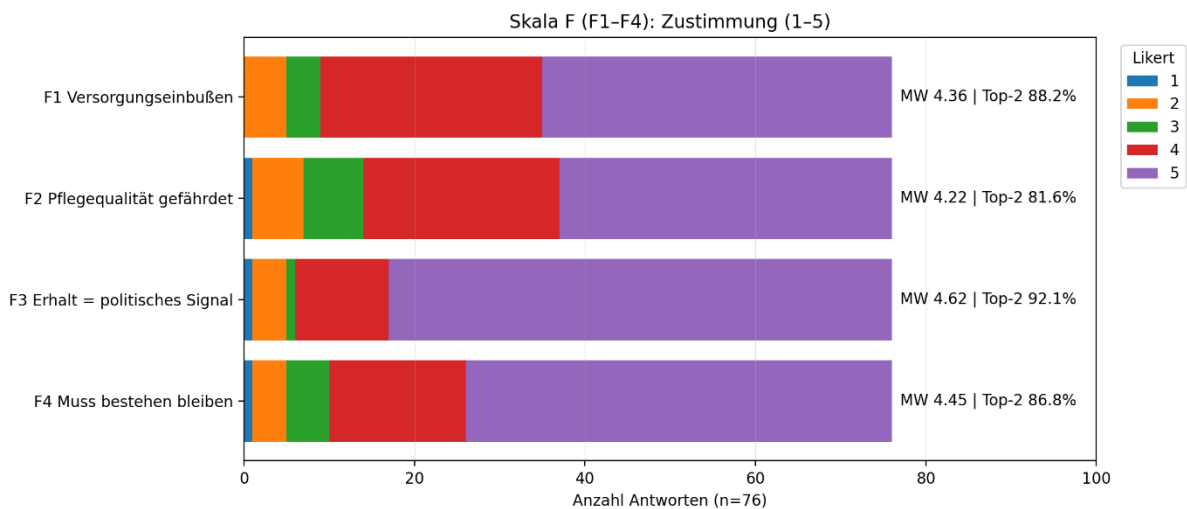
**Hypothese 4: Ein erwarteter Wegfall des Pflegebudgets wird mit einer signifikanten Verschlechterung der Versorgungs- und Personalsituation verbunden.**

Messung:

- Skala F1–F4 (5-Punkte-Likert: Zustimmung; Wegfall-/Erhaltsbewertung)
- Skala G1a–G1e (5-Punkte-Likert: Eintrittswahrscheinlichkeit der Risiken)  
Datengrundlage: n = 76 (Pflichtfragen, keine Item-Missings).

### 8.5.1 Deskriptive Ergebnisse (Skala F und G)

- Skala F (Zustimmung)
- F1 Versorgungseinbußen: MW = 4,36 ± 0,86; Median = 5; Top-2 = 88,2% (5: 41 / 4: 26 / 3: 4 / 2: 5 / 1: 0)
- F2 Pflegequalität gefährdet: MW = 4,22 ± 1,09; Median = 5; Top-2 = 82,9% (5: 39 / 4: 23 / 3: 7 / 2: 6 / 1: 1)
- F3 Erhalt = politisches Signal: MW = 4,62 ± 0,86; Median = 5; Top-2 = 92,1% (5: 59 / 4: 11 / 3: 4 / 2: 1 / 1: 1)
- F4 Muss unbedingt bestehen bleiben: MW = 4,45 ± 0,96; Median = 5; Top-2 = 86,8% (5: 50 / 4: 15 / 3: 6 / 2: 5 / 1: 0)
- IV-Index (F1+F2): MW = 4,29 ± 0,87; Median = 4,50.



### Skala G (Wahrscheinlichkeit von Risiken)

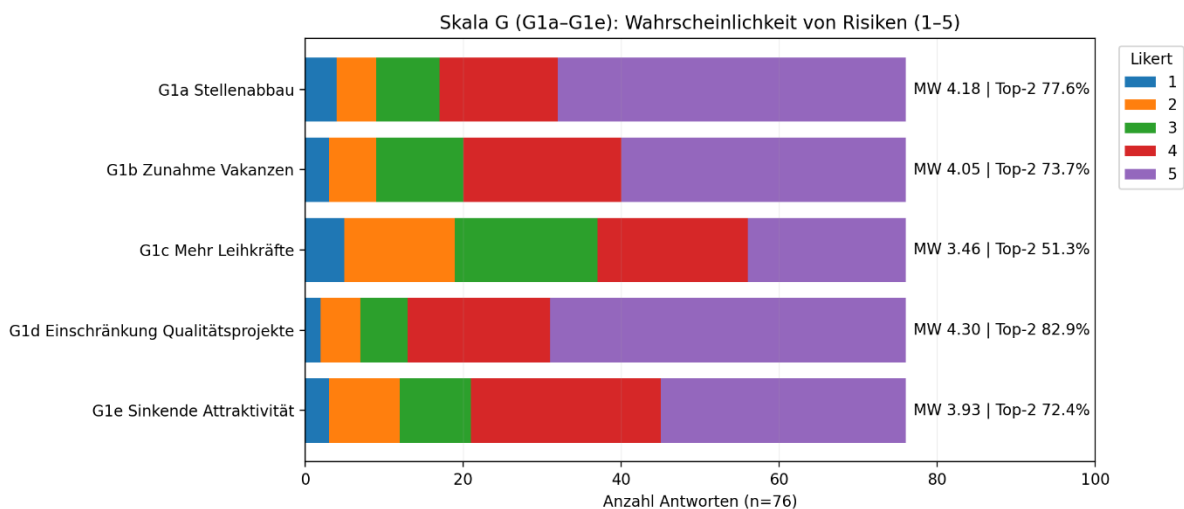
- G1a Stellenabbau: MW = 4,18 ± 1,19; Median = 5; Top-2 = 77,6% (5: 44 / 4: 15 / 3: 8 / 2: 5 / 1: 4)
- G1b Zunahme Vakanzen: MW = 4,05 ± 1,14; Median = 4; Top-2 = 73,7% (5: 36 / 4: 20 / 3: 11 / 2: 6 / 1: 3)
- G1c Mehr Leihkräfte: MW = 3,46 ± 1,25; Median = 4; Top-2 = 51,3% (5: 20 / 4: 19 / 3: 18 / 2: 14 / 1: 5)
- G1d Einschränkung von Qualitätsprojekten: MW = 4,30 ± 1,05; Median = 5; Top-2 = 82,9% (5: 45 / 4: 18 / 3: 6 / 2: 5 / 1: 2)
- G1e Sinkende Arbeitgeberattraktivität: MW = 3,93 ± 1,17; Median = 4; Top-2 = 72,4% (5: 31 / 4: 24 / 3: 9 / 2: 9 / 1: 3)

AV-Index (G1a–G1e): MW = 3,99 ± 0,93; Median = 4,20.

H4-Gesamtindex (F1, F2, G1a–G1e): MW = 4,07 ± 0,84; Median = 4,29.

#### Reliabilität

- Skala F (F1–F4): Cronbach's  $\alpha = 0,89$  (hoch)
- Skala G (G1a–G1e): Cronbach's  $\alpha = 0,86$  (hoch)
- H4-Index (F1, F2, G1a–G1e): Cronbach's  $\alpha = 0,88$  (hoch)



### 8.5.2 Interpretation

Die Befragten verbinden den erwarteten Wegfall des Pflegebudgets sehr deutlich mit negativen Zukunftsfolgen: Versorgungseinbußen (F1) und Gefährdung der Pflegequalität (F2) werden mit hoher Zustimmung bewertet; parallel werden konkrete Risiken wie Stellenabbau, mehr Vakanzen und Einschränkung von Qualitätsprojekten als wahrscheinlich eingeschätzt (G-Skala). Der signifikante positive Zusammenhang zwischen F-Index (Wegfall-Folgen) und G-Index (Risiken) stützt die Logik von H4 zusätzlich. Insgesamt wird H4 klar unterstützt.

#### Fazit H4 :

Ein Wegfall wird in der Gesamtschau als massives Risiko bewertet: Versorgungseinbußen + Personalabbau + Qualitätsprojekte unter Druck. Leiharbeit ist zwar relevant, wird aber uneinheitlicher eingeschätzt.

### 8.6 Hypothese 5 (H5)

#### H5 – Implementierungslogik

**Hypothese 5: Je transparenter und beteiligungsorientierter die Umsetzung des Pflegebudgets (Nutzung/Implementierung), desto positiver die wahrgenommenen Effekte.**

Stichprobe für die Analysen: n = 76 (vollständig ausgefüllte Pflichtfragen; keine Item-Missings).

2) Deskriptive Ergebnisse (Skala C1–C5: Nutzung/Implementierung)

C-Index (C1–C5):  $M = 4,06$ ;  $SD = 0,69$ ;  $Median = 4,40$

65,8 % liegen im Mittel bei  $\geq 4,0$  (eher/volle Zustimmung) → insgesamt hohe Zustimmung zur beschriebenen Implementierungslogik.

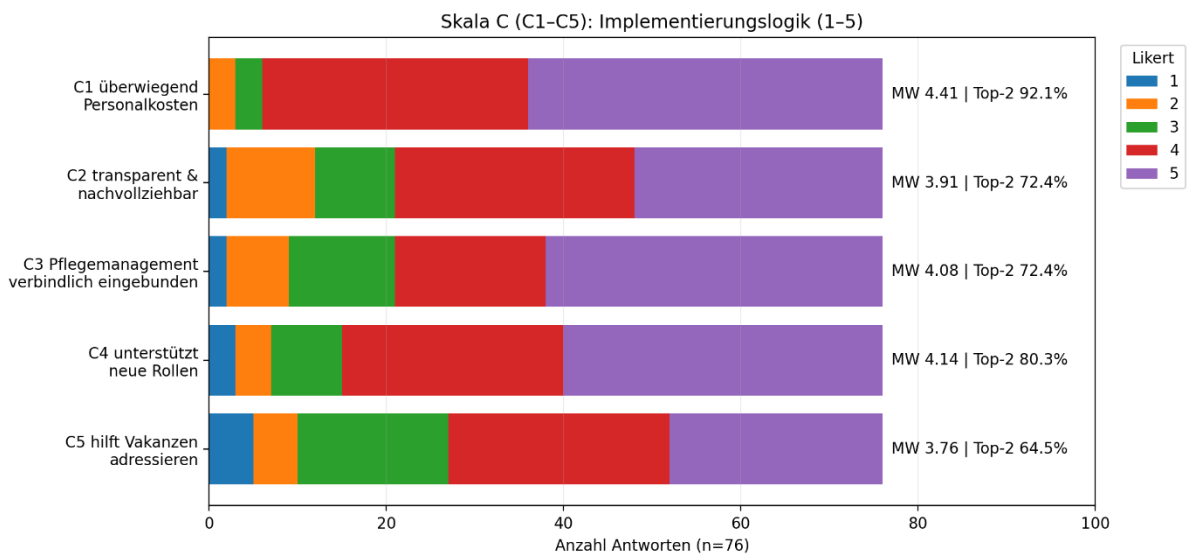
Itemübersicht Skala C (MW/SD; Top-2 = Anteil 4–5):

- C1 (überwiegend Personalkosten):  $M 4,41 / SD 0,75$ ; Top-2 92,1 %
- C2 (transparent & nachvollziehbar):  $M 3,91 / SD 1,12$ ; Top-2 72,4 %
- C3 (Pflegemanagement verbindlich eingebunden):  $M 4,08 / SD 1,13$ ; Top-2 72,4 %
- C4 (unterstützt neue Rollen):  $M 4,14 / SD 1,07$ ; Top-2 80,3 %
- C5 (hilft Vakanzen adressieren):  $M 3,76 / SD 1,16$ ; Top-2 64,5 %

**Interpretation:** Die stärkste Zustimmung liegt bei „Einsatz für Personalkosten“ (C1). Relativ „streuungsstark“ (also heterogener) sind Transparenz (C2) und Beteiligung (C3) – genau die Kerndimensionen der H5-Logik.

Reliabilität (interne Konsistenz)

- Skala C (C1–C5): Cronbach's  $\alpha = 0,820$  → gute Reliabilität.



**Gesamtinterpretation:** Je stärker Transparenz/Einbindung/Umsetzungsorientierung (C), desto positiver werden sowohl Qualitäts-/Sicherheitswirkungen (D) als auch Personal-/Attraktivitätswirkungen (E) bewertet (es zeigen sich positive Zusammenhänge in den Korrelationsanalysen; vgl. Tabellenanhang).

## 5) Ergebnis zu H5

H5 wird klar unterstützt. Die Daten sprechen dafür, dass eine transparentere und beteiligungsorientiertere Umsetzung des Pflegebudgets (Skala C) mit stärker positiv bewerteten Effekten sowohl auf Pflegequalität/Patientensicherheit (D) als auch auf Personal-/Stellenstabilität & Arbeitgeberattraktivität (E) zusammenhängt.

### Fazit H5 :

Die Ergebnisse zeigen eine klare Botschaft: Das Pflegebudget wirkt nicht automatisch – Wirkung hängt an der Umsetzung. Transparenz, Einbindung und strategische Nutzung verstärken die wahrgenommenen Effekte.

## 8.7 Ergebnisse – Management summary

In der Gesamtschau bewerten die befragten Pflegemanagement-Vertreter das Pflegebudget als zentrales Instrument zur Sicherstellung pflegerischer Versorgung. Besonders deutlich wird dies in den Bereichen Personal- und Stellenstabilität sowie Versorgungssicherung: Die Zustimmung zu Aussagen, wonach das Pflegebudget unverzichtbar sei und ohne Pflegebudget Stellen nicht gehalten werden könnten, ist sehr hoch. Positive Effekte auf Pflegequalität und Patientensicherheit werden ebenfalls mehrheitlich bestätigt, jedoch weniger ausgeprägt als die personalbezogenen Effekte. Ein erwarteter Wegfall bzw. eine Reduktion des Pflegebudgets wird mit Versorgungseinbußen, Stellenabbau und Einschränkungen qualitätssichernder Maßnahmen verbunden. Darüber hinaus zeigt sich eine relevante Implementierungsdimension: Wo die Umsetzung des Pflegebudgets als transparenter und beteiligungsorientierter erlebt wird, werden Effekte auf Qualität/Sicherheit und Personal deutlich positiver eingeschätzt. Insgesamt stützen die Ergebnisse die Annahme, dass das Pflegebudget einerseits als strukturelles Sicherungsinstrument wirkt, andererseits seine Wirkung maßgeblich von der Umsetzungsqualität (Governance) abhängt.

### Ergebnisse - Implementierungsbedingungen und Governance

Die Auswertung der Implementierungsindikatoren zeigt eine hohe Streuung bei der wahrgenommenen Transparenz der Mittelverwendung sowie bei der Einbindung des Pflegemanagements in Budgetentscheidungen. Dies deutet auf eine heterogene Umsetzung des Pflegebudgets zwischen den befragten Einrichtungen hin. Gleichzeitig zeigen sich Zusammenhänge zwischen positiveren Bewertungen der Implementierungsbedingungen und höheren wahrgenommenen Effekten auf Personalstabilität und Qualität.

Die dargestellten Ergebnisse zu Implementierungsbedingungen und antizipierten Risikoszenarien bilden die Grundlage für die nachfolgende Diskussion der Steuerungswirkungen und potenziellen Fehlanreize des Pflegebudgets.

## 9. Diskussion

Die Befunde der vorliegenden Querschnittsbefragung ergeben ein konsistentes Wirkungsbild: Aus Sicht des Pflegemanagements hat das Pflegebudget eine zentrale Bedeutung für die Stabilisierung pflegerischer Personalkapazitäten und damit für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Diese Schwerpunktsetzung ist plausibel, da das Pflegebudget im

Krankenhauskontext primär als Finanzierungsmechanismus für Pflegepersonalkosten verankert ist und von den Befragten entsprechend als struktureller Hebel zur Personalbindung und Stellenstabilität interpretiert wird. Die Ergebnisse stützen somit eine Wirklogik, in der Personalstabilität als zentrale Voraussetzung für Versorgungssicherheit verstanden wird.

Die Effekte auf Pflegequalität und Patientensicherheit werden ebenfalls überwiegend positiv eingeschätzt, fallen jedoch moderater aus. Dies ist fachlich erwartbar: Qualität und Sicherheit stellen in der Regel mittelbare Outcomes dar, die nicht allein durch Finanzierung determiniert werden, sondern maßgeblich von Arbeitsorganisation, Skill- und Grade-Mix, interprofessioneller Zusammenarbeit, klinischen Standards, Führung sowie organisationalen Lernprozessen beeinflusst werden. Die Befunde sprechen daher weniger für eine automatische Qualitätswirkung des Pflegebudgets als vielmehr für die Notwendigkeit, finanzielle Ressourcen gezielt in struktur- und prozessbezogene Verbesserungen zu übersetzen.

Vor diesem Hintergrund rückt die Frage nach möglichen Fehlanreizen und Steuerungswirkungen des Pflegebudgets in den Fokus, wie sie sich aus der beobachteten Heterogenität der Implementierungsbedingungen ableiten lassen. Die Ergebnisse der Querschnittsbefragung deuten darauf hin, dass potenzielle Fehlsteuerungen weniger aus dem Instrument selbst resultieren, sondern aus der Art seiner organisatorischen Umsetzung. Insbesondere die Art und Weise, wie Budgetentscheidungen transparent gestaltet und pflegfachliche Entscheidungsträger eingebunden werden, erweist sich als zentraler Einflussfaktor für die wahrgenommene Wirksamkeit.

Die Ergebnisse sprechen damit für einen integrierten Steuerungsansatz, in dem Finanzierung, Personalbemessung und Qualitätsanforderungen nicht getrennt, sondern gemeinsam verhandelt und gesteuert werden. Wird diese Verzahnung nicht systematisch berücksichtigt, besteht das Risiko, dass die intendierten Effekte des Pflegebudgets abgeschwächt werden oder sich unerwünschte Nebenwirkungen ergeben. Umgekehrt legen die Ergebnisse nahe, dass ein solcher integrierter Ansatz als Interpretations- und Ableitungsrahmen eine zentrale Voraussetzung dafür darstellt, finanzielle Mittel nachhaltig wirksam werden zu lassen.

Besonders deutlich wird dieser Zusammenhang in den antizipierten Folgen eines Wegfalls oder einer Reduktion des Pflegebudgets. Die Befragten erwarten in diesem Szenario nicht nur eine Verschlechterung der Personal- und Versorgungssituation, sondern auch Einschränkungen in qualitätssichernden und -entwickelnden Aktivitäten. Diese Einschätzung unterstreicht die Bedeutung finanzieller Stabilität als Grundlage für kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Krankenhaus.

Insgesamt machen die Ergebnisse sichtbar, dass das Pflegebudget nicht allein als fiskalisches Instrument zu verstehen ist, sondern als Bestandteil einer umfassenderen Steuerungsarchitektur. Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Beteiligung fungieren dabei als zentrale Moderatoren der Wirkungsentfaltung. Damit verschiebt sich die Perspektive von einer rein instrumentenbezogenen Betrachtung hin zu einer Governance-Frage: Nicht allein die Existenz des Pflegebudgets, sondern seine partizipative und transparente Implementierung entscheidet über seine Wirkung.

Methodisch ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine Querschnittsbefragung handelt, die subjektive Einschätzungen abbildet und keine kausalen Wirkungsnachweise erlaubt. Die Zusammensetzung der Stichprobe mit einem Schwerpunkt auf pflegerischen Leitungsfunktionen

stärkt die politische Relevanz der Ergebnisse, begrenzt jedoch die Übertragbarkeit auf andere Akteursgruppen. Gleichwohl liefert die Querschnittsbefragung eine belastbare empirische Grundlage zur Bewertung des Pflegebudgets als Sicherungsfaktor pflegerischer Versorgung und identifiziert mit der Implementierungsdimension einen zentralen Ansatzpunkt für zukünftige Steuerungsstrategien und weiterführende Forschung.

## 10. Fazit und politisches Statement

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass das Pflegebudget aus Sicht des Pflegemanagements ein zentraler Sicherungsfaktor für die pflegerische Versorgung in deutschen Krankenhäusern ist. Seine stärkste wahrgenommene Wirkung liegt in der Personal- und Stellenstabilität, die wiederum als wesentliche Grundlage für Versorgungssicherheit betrachtet wird. Positive Effekte auf Pflegequalität und Patientensicherheit werden ebenfalls mehrheitlich bestätigt, erscheinen jedoch stärker abhängig von organisationalen Bedingungen und der konkreten Umsetzung.

Für die politische und strategische Ableitung bedeutet dies: Ein Wegfall oder eine substantielle Reduktion des Pflegebudgets wird von den Befragten mit erheblichen Risiken verbunden – insbesondere Versorgungseinbußen, Stellenabbau und Einschränkungen qualitätsbezogener Aktivitäten. Gleichzeitig legen die Ergebnisse nahe, dass die Wirksamkeit des Instruments durch Transparenz, Beteiligung und eine strategische, pflegefachlich geführte Budgetsteuerung deutlich verstärkt wird. Damit entsteht eine doppelte Schlussfolgerung: Erstens ist das Pflegebudget als Finanzierungsinstrument aus Sicht der Versorgungssicherung zu erhalten; zweitens sollte seine Umsetzung durch klare Governance-Standards so gestaltet werden, dass Personalsicherung, Qualitätsentwicklung und Patientensicherheit nachhaltig unterstützt werden.

Kernaussage für ein politisches Statement: Das Pflegebudget wirkt als Versorgungs- und Personalstabilisator – und seine Wirkung wird dort am stärksten, wo die Umsetzung transparent, beteiligungsorientiert und strategisch an Qualitäts- und Personalzielen ausgerichtet ist.

## Literaturverzeichnis

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study*. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).

Bundesgesetzblatt. (2018). *Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)* (BGBl. I 2018 Nr. 45, S. 2394–2422). Bundesgesetzblatt. (2024).

*Verordnung über die Grundsätze der Personalbedarfsbemessung in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV)* (BGBl. I 2024 Nr. 188).

Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (n.d.). *Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) § 6a (Einzelnorm)*. Gesetze im Internet. (Abgerufen am 13. Januar 2026).

Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz. (n.d.). *Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) § 17b (Einzelnorm)*. Gesetze im Internet. (Abgerufen am 13. Januar 2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). *Erster Schritt für einheitliche Personalbemessung im Krankenhaus (Pflegepersonalbemessungsverordnung: Inkrafttreten)*. (Abgerufen am 13. Januar 2026).

Bundesministerium für Gesundheit. (2025, 10. Oktober). *Pflegepersonaluntergrenzen*.

California. (n.d.). *California Code of Regulations, Title 22, Division 5, Chapter 1, Article 3, Section 70217: Nursing service staff*. (Abgerufen am 13. Januar 2026).

Deutsche Krankenhausgesellschaft. (n.d.). *Pflegefinanzierung: Vereinbarungen zum Pflegebudget (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung; Pflegepersonalkosten abgrenzungsvereinbarung)*. (Abgerufen am 13. Januar 2026).

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals (NICE guideline SG1)*.

OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Office of the Chief Parliamentary Counsel. (2025). *Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Amendment Act 2025 (Act No. 12 of 2025)*.

W.K. Kellogg Foundation. (2004). *Logic Model Development Guide: Using logic models to bring together planning, evaluation, and action*.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. World Health Organization.

Berlin, den 5. März 2026

Bundesverband Pflegemanagement e.V.  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin

Sarah Lukuc  
Vorstandsvorsitzende  
[sarah.lukuc@bv-pflegemanagement.de](mailto:sarah.lukuc@bv-pflegemanagement.de)  
[www.bv-pflegemanagement.de](http://www.bv-pflegemanagement.de)

Forschungsanfragen an Marie-Luise Gaßmann und Prof. Dr. Ruth Anna Weber  
Email: [marie-luise.gassmann@bv-pflegemanagement.de](mailto:marie-luise.gassmann@bv-pflegemanagement.de)

Der **Bundesverband Pflegemanagement e.V.** ist die Interessenvertretung des Pflegemanagements in Politik und Öffentlichkeit. Der Verband ist bereits seit 1974 aktiv. Der Bundesverband Pflegemanagement ist Gründungsmitglied des Deutschen Pflegerates (DPR). Durch seine Managementkompetenz, sein starkes Netzwerk und eine klare Organisationsstruktur wird der Verband heute als einer der Hauptansprechpartner unter den Pflegemanagement-Verbänden gehört und ist auf Bundes- wie Landesebene in die Gestaltung von Gesetzesvorlagen involviert und in Gremien engagiert. Vorstandsvorsitzende ist Sarah Lukuc.