

VON PEBEM ZUR DEUTSCHEN PFLEGEKLASSIFIKATION

Warum Deutschland eine activity-basierte Terminologiearchitektur für
die Pflege braucht

Diskussions- und Konzeptpapier

Stand: Juli 2026

Executive Summary

Deutschland verfügt bis heute über keine einheitliche, öffentlich verantwortete und sektorenübergreifend nutzbare Fachsystematik, mit der pflegerische Bedarfe, Aktivitäten, Qualifikationsanforderungen und Ergebnisse konsistent beschrieben werden können.

Das 2020 abgeschlossene Projekt PeBeM zur einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen enthält jedoch bereits einen möglichen methodischen Ausgangspunkt. Für PeBeM wurde nicht lediglich ein Personalschlüssel berechnet. Vielmehr entwickelte das Projekt zunächst eine Messkonzeption für Pflege, deren Kern ein einheitlicher Interventionskatalog war. Für einzelne pflegerische Interventionen wurden Art, Häufigkeit, Zeitaufwand und erforderliches Qualifikationsniveau betrachtet. Erst aus dieser aktivitätsbezogenen Analyse wurde der Personalbedarf abgeleitet.

Damit entstand, zumindest in Teilen, bereits der methodische Rohbau einer activity-basierten Pflegeklassifikation.

Pflegebedarf → notwendige Aktivität → Ausführungsbedingungen → Qualifikationsniveau → Zeitbedarf → Personalbedarf

Der Gedanke, diese Methodik über die Personalbemessung hinaus zu einer deutschen Pflegeklassifikation weiterzuentwickeln, ist in den öffentlich zugänglichen PeBeM-Unterlagen nicht als förmliches Projektziel dokumentiert. Er ist aber fachlich nachvollziehbar und dem Anschein nach, wurde eine deutsche Pflegeklassifikation als mögliche fachliche Grundlage einer aktivitätsbezogenen Personalbemessung mitgedacht.

Das aktuelle Expert:innenpapier des Deutschen Pflegerats zur bundeseinheitlichen Terminologiearchitektur greift das zugrunde liegende Problem erneut auf. Der DPR stellt fest, dass Pflegebedarf, Pflegeleistungen und Pflegeergebnisse in Deutschland bislang weder hinreichend aufgabenorientiert definiert noch einheitlich klassifiziert und systematisch nutzbar seien. Zugleich warnt er vor einem einzigen monolithischen Klassifikationssystem und empfiehlt stattdessen eine Zwei-Ebenen-Architektur aus versorgungsnahen Fach- beziehungsweise Interface-Terminologien und einer interoperablen Referenzterminologie, insbesondere SNOMED CT.

Dieses Konzeptpapier schlägt deshalb keine isolierte deutsche Insellösung vor. Empfohlen wird eine Deutsche Pflegeklassifikation als öffentlich verantwortetes, activity-basiertes Referenzmodell innerhalb der DPR-Terminologiearchitektur. Sie soll vorhandene Pflegefachsprachen nicht verdrängen, sondern deren Inhalte verbinden, pflegerische Aktivitäten standardisieren und über SNOMED CT international anschlussfähig machen.

1. Das Grundproblem: Pflege findet statt, bleibt aber datenstrukturell unsichtbar

In Deutschland werden jeden Tag Millionen pflegerischer Entscheidungen und Handlungen erbracht. Sie erscheinen jedoch nur teilweise in strukturierten, vergleichbaren Daten.

- Freitext
- lokale Maßnahmenbezeichnung
- individueller Leistungskatalog eines Herstellers
- Eintrag in einer Pflegeplanung

- Leistungsnachweis
- Erlös- oder Abrechnungstatbestand
- Bestandteil eines Assessments
- unspezifischer Zeitwert

Dadurch entstehen mehrere parallele Wirklichkeiten. Was in einer Einrichtung als „Mobilisation“, in einer anderen als „Transferunterstützung“ und in einer dritten als „Unterstützung beim Aufstehen“ dokumentiert wird, kann fachlich ähnlich, aber technisch nicht ohne Weiteres vergleichbar sein.

Die Folgen reichen weit über Dokumentationsprobleme hinaus:

- Der tatsächliche Beitrag der Pflege bleibt gesundheitspolitisch schwer messbar.
- Personalbedarf kann nur eingeschränkt leistungsbezogen erklärt werden.
- Pflegequalität lässt sich unzureichend mit konkreten Interventionen verbinden.
- Daten aus unterschiedlichen Systemen sind nicht semantisch interoperabel.
- KI-Systeme lernen aus heterogenen und teilweise mehrdeutigen Daten.
- Pflegeleistungen bleiben gegenüber medizinischen Diagnosen und Prozeduren strukturell benachteiligt.
- Pflege wird zunehmend in der intersektoralen Versorgung aktiv und muss nach unterschiedlichen Konzepten agieren

Der DPR beschreibt diese Situation ausdrücklich als Folge einer fragmentierten und außerhalb der interoperablen Gesundheitsdateninfrastruktur stehenden pflegerischen Semantik.

2. PeBeM war mehr als eine Personalformel

PeBeM wurde aufgrund des gesetzlichen Auftrags nach § 113c SGB XI entwickelt. Ziel war ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben. Der Zuschlag für das Projekt wurde 2017 erteilt; der Abschlussbericht wurde 2020 vorgelegt.

Methodisch bemerkenswert ist, dass die Projektgruppe den Personalbedarf nicht lediglich aus vorhandenen Stellenbesetzungen oder Pflegegraden ableitete. Die Projektkonzeption verband einen empirisch-vergleichenden mit einem analytischen Ansatz.

Das Vorgehen umfasste:

1. die Entwicklung einer Messkonzeption für Pflege in Form eines Interventionskatalogs,
2. die Definition bedarfsgerechter Leistungserbringung,
3. die Zuordnung bedarfsgerechter Qualifikationsniveaus,
4. die Beobachtung der tatsächlich erbrachten Pflege,
5. den Vergleich von Ist-Leistung und fachlich erforderlicher Soll-Leistung,
6. die Ermittlung notwendiger Zeiten und Qualifikationen pro Intervention,
7. die Ableitung des entsprechenden Personalbedarfs.

Der PeBeM-Interventionskatalog wurde für die Bestimmung der fachlich notwendigen pflegerischen Interventionen entwickelt und in Experten- und Entscheidungsgremien konsentiert. Gleichzeitig wurde ausdrücklich festgehalten, dass er zunächst ein Messinstrument sei und an die bestehende Pflegepraxis

anschließen müsse. Seine Kategorien, Teilschritte und Anforderungen wurden jedoch bereits am Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit orientiert.

Diese Einschränkung ist entscheidend: PeBeM hat keine fertige Pflegeklassifikation geschaffen. Der Interventionskatalog war projektbezogen, auf die stationäre Langzeitpflege ausgerichtet und primär für die Personalbemessung konzipiert.

Aber PeBeM hat gezeigt, dass pflegerische Arbeit bundesweit nach einem einheitlichen activity-basierten Modell beschrieben und empirisch untersucht werden kann.

3. Der übersehene methodische Schatz von PeBeM

Der eigentliche Innovationsgehalt von PeBeM liegt in der Verbindung mehrerer Dimensionen, die in klassischen Personalschlüsseln voneinander getrennt bleiben:

Dimension	PeBeM-Frage
Pflegebedarf	Was benötigt die pflegebedürftige Person?
Intervention	Welche konkrete pflegerische Aktivität ist notwendig?
Häufigkeit	Wie oft muss sie durchgeführt werden?
Ausführungsqualität	Unter welchen fachlichen Bedingungen muss sie erfolgen?
Qualifikation	Welches Kompetenzniveau wird benötigt?
Zeit	Wie viel Zeit ist fachlich angemessen?
Personalbedarf	Welcher Personalumfang und Personalmix folgen daraus?

Eine solche Struktur ist nicht nur für Personalbemessung relevant. Sie kann auch als gemeinsamer Bezugsrahmen für weitere Anwendungsfälle dienen:

- Pflegeplanung
- Aufgaben- und Kompetenzverteilung
- Qualitätsmessung
- Leistungsdarstellung
- Pflegeforschung
- Vergütungsmodelle
- Ausbildung und Kompetenzentwicklung
- Entscheidungsunterstützung
- KI-gestützte Dokumentation
- nationale Gesundheitsberichterstattung
- Minimal Nursing Data Set

Die entscheidende Weiterentwicklung bestünde darin, den PeBeM-Ansatz von einem Messkatalog für ein Forschungsprojekt zu einem dauerhaft gepflegten semantischen Modell pflegerischer Aktivitäten auszubauen.

4. Was unter einer Deutschen Pflegeklassifikation zu verstehen wäre

Eine Deutsche Pflegeklassifikation sollte nicht als starre Liste einzelner Verrichtungen verstanden werden. Sie müsste ein mehrdimensionales Modell sein, das pflegerische Aktivitäten in ihrem fachlichen Kontext beschreibt.

Beispiel: Kernaktivität

Unterstützung beim Transfer vom Bett in den Stuhl

Mögliche semantische Merkmale

- Anlass beziehungsweise Pflegebedarf
- Ziel der Aktivität
- Grad der Unterstützung
- Eigenaktivität der versorgten Person
- notwendige Hilfsmittel
- Zahl der erforderlichen Pflegepersonen
- kognitive oder kommunikative Anforderungen
- Risiko- und Sicherheitsmerkmale
- erforderliches Qualifikationsniveau
- typische Teilschritte
- mögliche Ergebnisparameter
- Zuordnung zu Pflegeprozess und Versorgungssetting

Eine solche Aktivität wäre nicht nur ein Textbaustein. Sie könnte als maschinenlesbares Konzept mit stabiler Kennung, Definition, Synonymen und Beziehungen zu anderen Konzepten geführt werden.

- Transfer mit verbaler Anleitung
- Transfer mit teilweiser körperlicher Unterstützung
- Transfer mit vollständiger Übernahme
- Transfer mit technischem Hilfsmittel
- Transfer unter besonderen neurologischen Bedingungen
- Transfer mit zwei Pflegepersonen
- Transfer mit erhöhtem Sturz- oder Verletzungsrisiko

5. Kein Widerspruch zum DPR-Papier

Auf den ersten Blick könnte der Vorschlag einer Deutschen Pflegeklassifikation dem aktuellen DPR-Papier widersprechen. Der DPR warnt davor, ein einziges monolithisches System gesetzlich vorzugeben, das sämtliche Versorgungsbereiche und Fachgebiete der Pflege abdecken soll. Die Pflege im Krankenhaus, in der Langzeitpflege, in der Psychiatrie, Pädiatrie oder im Quartier unterscheide sich in Zielsetzungen und Dokumentationsanforderungen.

Diese Kritik ist berechtigt. Die Konsequenz sollte aber nicht sein, auf einen gemeinsamen deutschen Referenzrahmen zu verzichten. Vielmehr muss zwischen drei Ebenen unterschieden werden:

Ebene 1: Versorgungsnahe Fachsprache

Pflegefachpersonen dokumentieren mit geeigneten, settingbezogenen Instrumenten und Fachsprachen. Dazu können beispielsweise SeMPA, carMA, ENP®, epa®, apenio®, LEP®, ICNP-basierte Systeme oder spezialisierte Fachmodule gehören.

Ebene 2: Deutsche Pflegeklassifikation beziehungsweise nationales Pflegereferenzmodell

Diese Ebene enthält standardisierte pflegerische Kernkonzepte, insbesondere Pflegebedarfe, Pflegeziele, Aktivitäten und Interventionen, Kompetenzanforderungen sowie Ergebnisdimensionen. Sie stellt die gemeinsame fachliche Verbindung zwischen unterschiedlichen Dokumentationssystemen her.

Ebene 3: Internationale Referenzterminologie

Die nationalen Konzepte werden, soweit möglich, mit SNOMED CT und anderen relevanten internationalen Standards verknüpft.

Die Deutsche Pflegeklassifikation wäre in diesem Modell daher kein Ersatz für SNOMED CT und keine Konkurrenz zu vorhandenen Pflegefachsprachen. **Sie wäre eine öffentlich verantwortete nationale Kuratierungs- und Verbindungsschicht.**

6. Warum nicht einfach nur SNOMED CT?

SNOMED CT ist die weltweit umfassendste Gesundheitsterminologie und wird in Deutschland vom BfArM als zentraler Baustein semantischer Interoperabilität bereitgestellt. Deutschland verfügt mittlerweile über eine National Edition und beteiligt sich an der deutschsprachigen Übersetzung.

Trotzdem löst SNOMED CT allein das deutsche Pflegeproblem nicht. SNOMED CT stellt Konzepte, Beziehungen und Ausdrucksmöglichkeiten bereit. Es entscheidet jedoch nicht automatisch:

- welche Pflegekonzepte in Deutschland prioritär benötigt werden,
- wie deutsche Pflegepraxis fachlich strukturiert wird,
- welche Aktivitäten zu welchen Kompetenzniveaus gehören,
- welche Inhalte für Personalbemessung relevant sind,
- welche pflegerischen Kerndaten verbindlich ausgetauscht werden,
- welche deutschen Synonyme und Definitionen fachlich bevorzugt werden,
- wie bestehende Klassifikationen und Herstellerkataloge zueinander gemappt werden.

Dafür braucht es nationale Governance und eine fachlich verantwortete Auswahl relevanter Konzepte, sogenannte Referenzsets und verbindliche Implementierungsleitfäden.

Die Aufgabe lautet nicht: Deutschland oder SNOMED CT?

Sondern: Wie organisiert Deutschland seine pflegerische Fachlogik so, dass sie über SNOMED CT international interoperabel wird?

7. Warum der Activity-Ansatz besonders geeignet ist

Pflegeklassifikationen können an unterschiedlichen Ausgangspunkten ansetzen: an Pflegediagnosen, Pflegeproblemen, Ressourcen, Outcomes, Pflegezielen, Aktivitäten oder Interventionen sowie an Zeit- oder Erlösdaten.

7.1 Er ist unmittelbar versorgungsnah

Pflegefachpersonen können konkrete Aktivitäten leichter beobachten und beschreiben als abstrakte Erlöskategorien.

7.2 Er verbindet Bedarf und Leistung

Die Aktivität kann mit dem zugrunde liegenden Pflegebedarf und dem angestrebten Ergebnis verknüpft werden.

7.3 Er ermöglicht qualifikationsorientierte Aufgabenverteilung

Aktivitäten können danach differenziert werden, ob sie Anleitung, Durchführung, Beobachtung, Evaluation oder komplexe klinische Entscheidung erfordern.

7.4 Er ist für Personalbemessung geeignet

Häufigkeit, Dauer und Qualifikationsanforderung können empirisch untersucht werden.

7.5 Er unterstützt digitale Assistenzsysteme & KI

Sprachmodelle und Ambient-Documentation-Systeme können aus Gesprächen oder Versorgungssituationen vorgeschlagene Aktivitäten erzeugen, sofern eine belastbare semantische Struktur vorhanden ist. Aber auch neuere KI-Funktionen (automatische Maßnahmen-Erkennung, Humanoide Robotik) entfalten ihren höchsten Nutzen auf einer einheitlichen semantischen Interoperabilität.

7.6 Er macht Pflegeleistungen sichtbar

Pflegerische Arbeit wird nicht nur über Diagnosen oder Dokumentationsaufwand beschrieben, sondern über ihren konkreten Beitrag zur Versorgung.

8. Eine moderne Architektur statt eines starren Katalogs

Die nationale Pflegeklassifikation sollte nicht nach dem Muster eines jährlich gedruckten Schlüsselverzeichnisses entwickelt werden. Sie müsste als digitale, versionierte und modular erweiterbare Wissensstruktur aufgebaut sein.

Modul A – Pflegebedarf und pflegerische Diagnostik

Strukturierte Beschreibung pflegerelevanter Zustände, Risiken, Ressourcen und Reaktionen.

Modul B – Pflegeaktivitäten und Interventionen

Activity-basierter Kern, aufbauend auf PeBeM, bestehenden Fachklassifikationen und empirischer Pflegepraxis.

Modul C – Kompetenz- und Qualifikationsanforderungen

Zuordnung von Aktivitäten zu fachlichen Entscheidungskompetenzen und Qualifikationsniveaus.

Modul D – Pflegeergebnisse

Beobachtbare Ergebnisse, Veränderungen und Zielerreichung.

Modul E – Kontextmerkmale

Versorgungsbereich, Altersgruppe, Komplexität, Hilfsmittel, Risiken, Interaktionsanforderungen und organisatorische Bedingungen.

Modul F – Terminologisches Mapping

Verbindungen zu SNOMED CT, ICNP, bestehenden deutschsprachigen Pflegefachsprachen und gegebenenfalls weiteren internationalen Klassifikationen.

9. Governance: Die Klassifikation darf niemandem allein gehören

Eine nationale Pflegeklassifikation darf weder einem einzelnen Softwarehersteller noch einem privaten Terminologieanbieter, Kostenträger oder Verband gehören.

Erforderlich wäre eine öffentlich legitimierte Governance mit Beteiligung von:

- Pflegewissenschaft
- Pflegepraxis
- Pflegeberufekammern und Berufsverbänden
- Deutschem Pflegerat
- BMG
- BfArM
- gematik
- GKV-Spitzenverband
- Leistungserbringern
- Pflegebildung
- Medizininformatik und Pflegeinformatik
- Standardisierungsorganisationen
- Softwareherstellern
- Patienten- und Betroffenenvertretungen

Die fachliche Entscheidungshoheit über pflegerische Inhalte muss bei der Profession Pflege liegen. Technische Institutionen sollten Interoperabilität, Terminologieserver, Versionierung und Verteilung unterstützen.

Ein mögliches institutionelles Modell wäre ein Nationales Kompetenzzentrum Pflegefachsprache und Pflegedaten, angebunden an oder eng koordiniert mit dem BfArM und der vom DPR vorgeschlagenen Pflege-Informatik-Initiative.

10. Vorgehensmodell

Phase 1: Sicherung und Analyse der PeBeM-Artefakte

Zunächst müssten der PeBeM-Interventionskatalog, das dazugehörige Handbuch, die Qualifikationsanforderungen und die verwendeten Aktivitätsdefinitionen terminologisch analysiert werden.

- Welche Konzepte sind dauerhaft fachlich nutzbar?
- Welche sind ausschließlich Messkategorien?
- Welche Konzepte sind zu grob oder zu speziell?
- Welche Definitionen lassen sich auf andere Settings übertragen?
- Welche Mappings zu SNOMED CT oder ICNP bestehen bereits?

Phase 2: Vergleich vorhandener Systeme

PeBeM müsste systematisch mit bestehenden deutschsprachigen und internationalen Pflegeklassifikationen abgeglichen werden. Ziel wäre nicht, ein weiteres Konkurrenzsystem zu bauen, sondern vorhandene Vorarbeiten zu nutzen.

- Übereinstimmungen identifizieren
- Lücken sichtbar machen
- Synonyme ordnen
- nationale Kernkonzepte festlegen

Phase 3: Entwicklung eines Nationalen Pflegeaktivitäten-Kernsets

Als erster praktischer Schritt könnte ein begrenztes Kernset entwickelt werden.

- Mobilität und Transfer
- Selbstversorgung
- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Ausscheidung
- kognitive und kommunikative Unterstützung
- Schmerzmanagement
- Haut- und Wundversorgung
- medikationsbezogene Pflege
- klinische Beobachtung
- Prävention und Sicherheitsmanagement
- Beratung, Anleitung und Schulung
- psychosoziale Unterstützung
- Koordination und Evaluation

Phase 4: Pilotierung in mehreren Sektoren

Das Kernset müsste parallel in unterschiedlichen Versorgungsbereichen erprobt werden.

- stationäre Langzeitpflege
- ambulante Pflege
- akutstationäre Pflege
- Rehabilitation

- psychiatrische Pflege
- pädiatrische Pflege

Phase 5: Integration in Interoperabilitätsstandards

Die Konzepte müssten als maschinenlesbare Terminologieartefakte veröffentlicht werden.

- Terminologieserver
- FHIR-CodeSystems
- FHIR-ValueSets
- ConceptMaps
- nationale SNOMED-CT-Referenzsets
- verbindliche Implementierungsleitfäden

Phase 6: Nutzung für Personalbemessung und Forschung

Erst danach sollten aus den standardisierten Aktivitäten belastbare Anwendungen abgeleitet werden.

- Personalbemessung
- Kompetenzmix
- Pflegequalität
- Versorgungsforschung
- KI und Automatisierung
- gegebenenfalls Vergütung

11. Risiken

Überbürokratisierung

Eine zu detaillierte Klassifikation könnte die Dokumentationslast erhöhen. Deshalb sollte der Grundsatz gelten: Automatisierung und Wiederverwendung statt zusätzlicher Erfassung.

Reduktion komplexer Pflege auf Verrichtungen

Pflege besteht nicht nur aus beobachtbaren Tätigkeiten. Beziehungsgestaltung, klinische Einschätzung, Kommunikation und Interaktionsarbeit müssen ausdrücklich modelliert werden.

Dominanz der Vergütungslogik

Sobald klassifizierte Leistungen abrechenbar werden, besteht die Gefahr, dass fachliche Kategorien primär nach Erlösinteressen gestaltet werden. Die fachliche Klassifikation muss deshalb unabhängig von ihrer späteren Finanzierung oder Vergütungsnutzung entwickelt werden.

Herstellerinteressen

Bestehende Anbieter verfügen über erhebliche terminologische Vorarbeiten. Diese sollten genutzt, aber nicht ungeprüft zum nationalen Standard erklärt werden.

Doppelstrukturen

Eine deutsche Entwicklung ohne konsequentes Mapping zu SNOMED CT und ICNP würde eine weitere semantische Insel erzeugen.

12. Politische Handlungsempfehlungen

1. PeBeM terminologisch neu bewerten

Der GKV-Spitzenverband sollte gemeinsam mit BMG, BfArM und Pflegewissenschaft prüfen lassen, welche Bestandteile des PeBeM-Interventionskatalogs als Grundlage eines nationalen Pflegeaktivitäten-Kernsets geeignet sind.

2. Ein nationales Entwicklungsprogramm aufsetzen

Es braucht ein mehrjähriges, öffentlich finanziertes Programm zur Entwicklung einer bundeseinheitlichen Pflege-Terminologiearchitektur.

3. Pflegefachliche Governance gesetzlich absichern

Die Pflegeprofession muss über Inhalte, Definitionen und Prioritäten entscheiden.

4. DPR-Architektur und PeBeM-Ansatz verbinden

Das Zwei-Ebenen-Modell des DPR sollte um ein öffentlich gepflegtes activity-basiertes nationales Referenzmodell konkretisiert werden.

5. SNOMED CT verbindlich einbeziehen

Neue nationale Pflegekonzepte müssen, soweit fachlich möglich, auf SNOMED CT abgebildet oder als deutsche Erweiterung beziehungsweise Referenzset integriert werden.

6. Offene und diskriminierungsfreie Nutzung gewährleisten

Kerndefinitionen, Identifikatoren, Mappings und Implementierungsleitfäden müssen für Versorgung, Forschung und Softwareentwicklung zugänglich sein.

7. Personalbemessung nicht isoliert entwickeln

Zukünftige Personalbemessungsinstrumente sollten auf derselben semantischen Grundlage beruhen wie Pflegedokumentation, Qualitätsmessung und Pflegeforschung.

13. Kernthese

PeBeM hat keine Deutsche Pflegeklassifikation hervorgebracht. Aber es hat gezeigt, wie eine solche Klassifikation methodisch beginnen könnte:

- nicht mit Abrechnung,
- nicht mit einem abstrakten Personalschlüssel,
- nicht mit einer Herstellerlösung,

Welche pflegerische Aktivität ist aufgrund eines konkreten Bedarfs fachlich notwendig, wie muss sie erbracht werden und welche Kompetenz wird dafür benötigt?

Das aktuelle DPR-Papier liefert die geeignete terminologische Architektur. PeBeM liefert einen erprobten activity-basierten methodischen Ansatz. Die Verbindung beider Perspektiven könnte zu einem nationalen Modell führen, das Pflege nicht vereinheitlicht, sondern ihre Vielfalt strukturiert:

Pflegebedarf → pflegerische Diagnostik → Pflegeziel → notwendige Pflegeaktivität → Kompetenz- und Qualifikationsanforderung → Zeit- und Personalbedarf → Pflegeergebnis → Qualität, Forschung und Steuerung

Schlussfolgerung

Die Idee einer Deutschen Pflegeklassifikation ist nicht überholt. Überholt wäre lediglich die Vorstellung, ein abgeschlossenes, monolithisches Verzeichnis könne sämtliche Pflegebereiche vollständig abbilden.

Notwendig ist vielmehr eine lebende, modular aufgebaute und international anschlussfähige Terminologiearchitektur. Ihr activity-basierter Kern könnte an die PeBeM-Methodik anknüpfen. Bestehende Pflegefachsprachen würden dabei nicht abgeschafft, sondern über ein gemeinsames Referenzmodell verbunden.

So verstanden wäre die Deutsche Pflegeklassifikation kein deutsches Gegenmodell zu internationalen Standards. Sie wäre der fachliche Beitrag Deutschlands zu einer interoperablen, datenbasierten und professionell sichtbaren Pflege.

Quellen und weiterführende Dokumente

- PeBeM-Abschlussbericht 2020: https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=a273bc5632.pdf&filename=Abschlussbericht_PeBeM+2020.pdf
- PeBeM-Projektkonzeption / Vortrag 2019: <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=9d6e905a32.pdf&filename=2019-11-19+Rothgang+PeBeM+Diakonie+Dortmund.pdf>
- DPR-Expert:innenpapier 2026: Umsetzung einer bundeseinheitlichen Terminologiearchitektur: https://deutscher-pflegerat.de/download/2026-07-13_dpr_pp_fk-digi_terminologie_final.pdf
- BfArM: Informationen zu SNOMED CT: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Terminologien/SNOMED-CT/Informationen/_node.html

Quellenkritische Einordnung

Dass eine daraus hervorgehende Deutsche Pflegeklassifikation von Beteiligten ausdrücklich als weiterführende Perspektive diskutiert wurde, lässt sich aus den bisher gefundenen öffentlichen PeBeM-Unterlagen nicht belegen.

Die Recherche und Texte sind zum Teil mit Unterstützung von KI entstanden.