Empfehlung für eine kurzfristige Weiterentwicklung des Pflegebudgets

im Auftrag des AOK-Bundesverbandes

OBERENDER

AOK
AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Empfehlung für eine kurzfristige Weiterentwicklung des Pflegebudgets

Impressum

Autoren: Andreas Schmid, Christiane Matzke, Lars Neufer, Sarah Gubitz und Jochen Baierlein

Unter Mitwirkung von Giuseppina Wildung

Disclaimer: Das Gutachten wurde vom AOK-Bundesverband beauftragt und finanziert.

DOI: 10.15495/EPub_UBT_00009692

Oberender AG
Ihr Partner im Gesundheitswesen

Standort Bayreuth

Wahnfriedstraße 3
95444 Bayreuth

Standort München

Heimeranstraße 35
80339 München

Telefon: +49 (0)921 745443 - 0
Website: www.oberender.com

Bayreuth und München, 28.2.2026

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary 1

1. Relevanz des Pflegebudgets in der aktuellen Finanzdiskussion 2

1.1. Finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung 2

1.2. Notwendigkeit einer Intervention 2

1.3. Zielstellung 4

2. Entwicklung Rahmenbedingungen 4

2.1. Entwicklung unter DRG-Bedingungen 4

2.2. Ausgewählte weitere Entwicklungen in der Pflege ab 2017 6

2.2.1. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) 6

2.2.2. Pflegepersonalquotient 7

2.2.3. Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) 8

2.3. Pflegebudget 11

2.3.1. Einführung und rechtliche Grundlagen 11

2.3.2. Intendierte Wirkungen 12

2.3.3. Probleme und Fehlentwicklungen 13

2.4. Einordnung in die Entwicklung des Krankenhaussektors 14

3. Dimensionen zur Bewertung von Alternativen 16

4. Handlungsempfehlung für ein kurzfristig umsetzbare Weiterentwicklung des Pflegebudgets 19

4.1. Handlungsraum 19

4.2. Eckpunkte 20

4.3. Konkrete Umsetzung 21

4.4. Budgetverlustbegrenzung als Härtefallregel 22

4.5. Ermittlung der Mengen- und Preiskomponente 23

4.5.1. Methodisches Vorgehen für die Mengenkomponente 23

4.5.2. Alternative Bemessung der Mengenkomponente auf Basis der PPR 2.x 25

4.5.3. Methodisches Vorgehen für die Preiskomponente 25

4.5.4. Nachweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung 26

4.6. Bewertung 26

4.6.1. Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung 26

4.6.2. Erfüllung der Voraussetzungen bedarfsgerechter Pflege 29

4.6.3. Anreize zur Behebung von Fehlallokationen 30

4.6.4. Senkung der Transaktionskosten 30

4.6.5. Kurzfristige Umsetzbarkeit des Änderungsvorschlags 30

5. Einordnung und Fazit 30

Literaturverzeichnis 32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Personal im Pflegedienst, Vollkräfte 2011–2024 3
Abbildung 2: Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets 2020–2024, Veränderung zum Vorjahr in % 3
Abbildung 3: Selbstkostendeckung als wirtschaftliches Problem 15
Abbildung 4: Entwicklung Fälle, Personal und Produktivität im Krankenhaus inklusive Psychiatrie, 2024 gegenüber 2014 16
Abbildung 5: Dimensionen zur Bewertung möglicher Lösungsansätze 17
Abbildung 6: Schematische Darstellung des Grundgedankens für die Weiterentwicklung 20
Abbildung 7: Fahrplan zur Umsetzung des neuen Pflegebudgets 22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: GKV-Ausgaben für Krankenhaus-Pflegepersonalkosten 2
Tabelle 2: Annahmen für Szenarien zu den Auswirkungen auf die Finanzen der GKV 27

Executive Summary

Die prekäre Entwicklung der GKV-Finanzen macht es erforderlich, insbesondere Ausgabenbereiche mit sehr hoher Dynamik kritisch zu beleuchten. Hierzu gehört auch das 2020 eingeführte Pflegebudget, das als Instrument der Selbstkostendeckung die intendierten Wirkungen erzielt hat: Pflegepersonal wurde deutlich aufgebaut, das Gehaltsniveau massiv gesteigert. Ob hiermit ein optimaler Zustand erreicht wurde, ist objektiv nicht zu ermitteln und nicht Gegenstand dieser Ausführungen. Als Annahme wird vielmehr unterstellt, dass mit den im Jahr 2026 erreichten Werten die mit der Pflegebudgeteinführung verbundenen Ziele erreicht wurden. Da der aktuelle Entwicklungspfad nicht tragfähig ist, muss kurzfristig eine Stabilisierung sichergestellt werden, an die in wenigen Jahren ein nachhaltiges Konzept zur Finanzierung der Pflege anknüpft.

Ziel des Beitrags ist es, eine kurzfristige Entwicklungsoption für das Pflegebudget zu konkretisieren und damit eine Grundlage für eine inhaltsbezogene Diskussion zu liefern. Als Bewertungsrahmen werden verschiedene Dimensionen herangezogen, die möglichst weitgehend adressiert werden sollen: Die Weiterentwicklung soll dazu beitragen, dass durch die Entwicklung der Pflegekosten keine weitere Erhöhung des Beitragssatzes zur GKV ausgelöst wird. Zugleich muss sichergestellt werden, dass wichtige Voraussetzungen für bedarfsgerechte Pflegeleistungen nicht gefährdet werden. Die im Status quo des Pflegebudgets festzustellenden Fehlallokationen sollen in der Tendenz abgebaut werden. Die Transaktions- bzw. Bürokratiekosten sind zu reduzieren. Abschließend sollte, um der Zielvorgabe einer kurzfristig umsetzbaren Maßnahme gerecht zu werden, eine Implementierung zum 1.1.2027 realisierbar sein.

Vorgeschlagen wird ein Modell, welches die Berechnung des Pflegebudgets deutlich vereinfacht und einen kleineren Teil der Pflegekosten wieder ins DRG-System eingliedert. Hierdurch wird eine moderate Preissensitivität der Nachfrage nach Pflegepersonal hergestellt. Abgesichert wird dies durch die Kalkulation des Pflegebudgets, welche sich an dem mit einem Faktor versehenen Personalbedarf zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) orientiert. Dieser Wert (Mengenkomponente) wird mit einem durchschnittlichen Gehalt (Preiskomponente) sowie einem weiteren Faktor multipliziert. Das Residuum aus bisherigem Pflegebudget inklusive pflegeentlastenden Maßnahmen wird in die DRG zurückgeführt. Um eine missbräuchliche Nutzung des Pflegebudgets einzudämmen, wird ein vereinfachtes Testat zur sachgerechten Mittelverwendung gefordert. Durch die Festlegung der Faktoren innerhalb gewisser Korridorgrenzen kann eine Akzentuierung der Anreizintensität zwischen einem an Personalzahlen orientierten Budget und einem eher an der Leistungsmenge orientierten DRG-System vorgenommen werden. Eine Budgetverlustbeschränkung minimiert Verwerfungen im Übergang.

Die Zieldimensionen Begrenzung des Kostenanstiegs und Reduktion der Transaktionskosten werden damit umfänglich bedient. Hinsichtlich der Umsetzbarkeit zum 1.1.2027 wäre eine äußerst effiziente gesetzgeberische Umsetzung erforderlich. Die Preissensitivität wird partiell wieder hergestellt, was einen Abbau von Fehlallokation befördert. Die Kopplung an die PpUG stellt einen Kompromiss dar, da diese keine Bedarfsorientierung abbilden, sondern lediglich eine normative Grenze zur Gewährleistung der Pflegesicherheit. Eine PPR 2.x könnte als Verteilungsmaßstab ein differenzierteres Instrument darstellen, ist kurzfristig aber noch nicht umsetzungsreif. Durch die Multiplikatoren wird ein ausreichender Abstand zur PpUG sichergestellt.

Entsprechend kann und soll der formulierte Vorschlag nur eine Übergangslösung sein, die in wenigen Jahren durch ein nachhaltiges und vermutlich modulares System der Pflegevergütung abgelöst wird, das sinnvoll mit dem Instrument der Vorhaltevergütung kombiniert wird. Als erster vollständig operationalisierter Vorschlag kann er jedoch eine inhaltsorientierte Diskussion zu kurzfristigen Entwicklungsmöglichkeiten erleichtern.

1. Relevanz des Pflegebudgets in der aktuellen Finanzdiskussion

1.1. Finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die finanzielle Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist kritisch. Die letzten Beitragssatzsteigerungen können das strukturelle Problem einer sich vergrößernden Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben nicht lösen. Dies trifft auf einen schwierigen wirtschaftlichen und politischen Kontext, in dem eine Stabilisierung der Lohnnebenkosten und damit auch der Beitragssätze zur GKV eine hohe Priorität einnehmen. Entsprechend klar hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) auch den Auftrag an die FinanzKommission Gesundheit (FKG) formuliert:

> *„Die Kommission soll konkrete Maßnahmen auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite der GKV vorschlagen, mit denen der Beitragssatz in der GKV bereits ab dem Jahr 2027 dauerhaft stabilisiert werden kann. Damit die hierfür notwendigen gesetzlichen Änderungen bereits zum 1. Januar 2027 in Kraft treten können, ist ein zweistufiges Verfahren vorgesehen: Einen ersten Bericht soll die Kommission bereits Ende März 2026 vorlegen. Dieser Bericht soll kurzfristig wirksame Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze ab dem Jahr 2027 vorschlagen. Ein zweiter Bericht ist bis Dezember 2026 vorzulegen und soll Reformoptionen für strukturelle Anpassungen der GKV aufzeigen, die das Ausgabenwachstum in der GKV mittel- bis langfristig wesentlich reduzieren und den Herausforderungen auf der Einnahmenseite begegnen.“* (BMG 2025, S. 1)

Bereits Ende März 2026 sollen also konkrete Vorschläge vorgelegt werden, die ab dem 1.1.2027 Wirkung entfalten können. Blickt man nun auf die Treiber der Ausgabenentwicklung in den letzten Jahren, so ist insbesondere die Entwicklung der GKV-Ausgaben für Pflegekosten auffällig. Diese haben sich von 15,2 Mrd. Euro im Jahr 2020 auf 22,9 Mrd. Euro im Jahr 2024 erhöht (Tabelle 1). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung um 10,8%. Aufgrund der sich deutlich schwächer entwickelnden Grundlohnrate wirkt sich dies in spürbarem Umfang auf die Beitragssätze aus. Kumuliert entspricht die Steigerung zwischen 2020 und 2024 rund 0,4 Beitragssatzpunkten. Aus dieser starken Dynamik leitet sich unmittelbar die Frage ab, ob hier ein Gegensteuern angezeigt ist und geeignete Ansatzpunkte bestehen.

Tabelle 1: GKV-Ausgaben für Krankenhaus-Pflegepersonalkosten

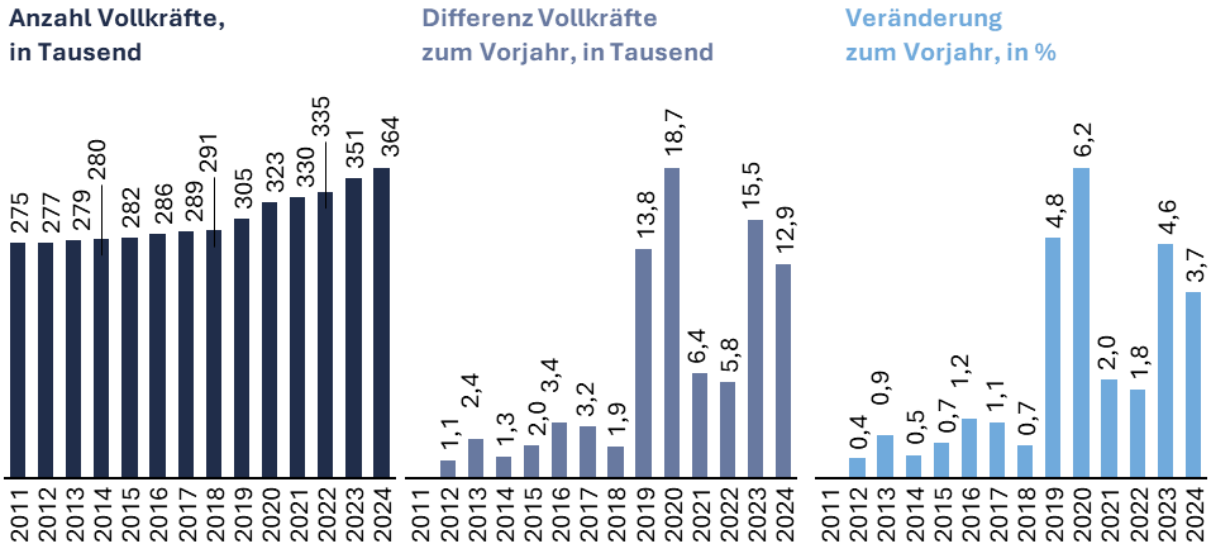
Jahr	Grundlohn-rate	GKV-Ausgaben Pflegekosten	VÄR abs. zum Vorjahr	VÄR rel. zum Vorjahr	VÄR zum Vorjahr in Beitrags-punkten
2020	3.66%	15.208.360.581			
2021	2.53%	17.320.381.723	2.112.021.142	13,9%	0,14
2022	2.29%	18.669.460.088	1.349.078.365	7,8%	0,08
2023	3.45%	20.492.872.256	1.823.412.168	9,8%	0,11
2024	4.22%	22.898.715.791	2.405.843.535	11,7%	0,13

Quelle: Beivers et al. 2025, eigene Darstellung

1.2. Notwendigkeit einer Intervention

Die Entwicklung lässt sich direkt auf die Einführung des Pflegebudgets zum 1.1.2019 zurückführen. Es handelt sich dabei um ein Instrument der Selbstkostendeckung, durch welches der allergrößte Teil der Pflegepersonalkosten von Krankenhäusern direkt an die Krankenkassen weitergereicht werden kann. Das damit verbundene politische Ziel lautete, durch eine Entkopplung der

Pflege von wirtschaftlichen Zwängen einen quantitativen Aufwuchs sowie eine bessere Bezahlung der Pflege zu inzentivieren und dadurch die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Betreuung der Patientinnen und Patienten zu verbessern



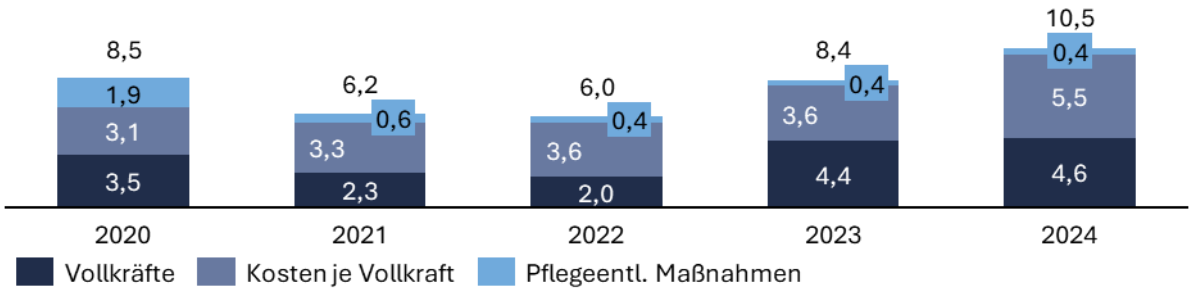
Anmerkung: Ausgewiesen mit der Anzahl Vollkräfte mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis. Ohne Vollkräfte, die in der Psychiatrie arbeiten.

Abbildung 1: Personal im Pflegedienst, Vollkräfte 2011–2024

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025, eigene Darstellung

Blickt man sowohl auf die Entwicklung der Vollkräfte (Abbildung 1) als auch auf die Zusammensetzung der Kostensteigerungen (Abbildung 2), so wurde dieses Ziel erreicht. Die Zahl der Vollkräfte hat 2024 mit 364 Tsd. einen Höchststand erreicht. Die Dynamik nahm mit Einführung des Pflegebudgets 2019 massiv zu. Auch das steigende Gehaltsniveau lässt sich in den Kosten je Vollkraft und die darauf zurückzuführenden Budgetsteigerungen gut illustrieren.

Die Erreichung des politischen Ziels ist jedoch mit zwei Problemen verbunden: Zum einen lässt es die Frage nach einem angemessenen Niveau unbeantwortet und es bleibt unklar, inwiefern damit konkrete Verbesserungen z.B. hinsichtlich der Versorgungsqualität erreicht wurden. Zum anderen wurde bei Einführung trotz vorhersehbarer Entwicklung kein Exit bzw. keine Überführung in ein wie auch immer gestaltetes Regelsystem geplant.



Anmerkung: N = 969. Die Steigerung der pflegeentlastenden Maßnahmen (PEM) im Jahr 2020 um 1,9% stellt einen Basiseffekt dar, da die PEM im Jahr 2019 noch nicht in der Basis enthalten waren.

Abbildung 2: Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets 2020–2024, Veränderung zum Vorjahr in %

Quelle: Hentschker et al. 2026, eigene Darstellung

Aus ökonomischer Sicht sind ein Personalaufbau oder eine Ausgabensteigerung per se nicht negativ zu bewerten. Das Problem entsteht durch die Finanzierung über ein verpflichtendes Solidarsystem und das Fehlen einer freien Preisbildung, die sicherstellen würde, dass den Ausgabensteigerungen stets auch angemessene Werte gegenüberstehen. Da dieser Mechanismus im Gesundheitswesen nur eingeschränkt wirken kann und im Fall des Pflegebudgets sogar ganz bewusst und vollständig außer Kraft gesetzt wurde, führt dies nun mit Blick auf die eingangs dargestellten Rahmenbedingungen zu einer prekären Situation, die bereits 2018 vorhersehbar war (Wehner et al. 2018).

Zum Zwecke der vorliegenden Ausarbeitung soll vereinfachend angenommen werden, dass mit dem Jahr 2026 erreichten Niveau – sowohl hinsichtlich der personellen Ausstattung der Pflege als auch der Vergütungsniveaus – das politische Ziel des Pflegebudgets erreicht wurde. Es handelt sich an dieser Stelle explizit nicht um eine inhaltliche Bewertung dieses Niveaus. Diese komplexe Diskussion ist an anderer Stelle zu führen. Folgt man dieser Annahme und berücksichtigt die Rahmenbedingungen sowie die angesprochene Dynamik, ist eine Korrektur angezeigt und sind die möglichen Handlungsoptionen zu prüfen.

1.3. Zielstellung

Mit Blick auf den Auftrag der FinanzKommission soll im Zuge dieses Kurzgutachtens der Frage nachgegangen werden, durch welche Veränderungen eine kurzfristige Stabilisierung der Ausgabensituation im Bereich der Pflegekosten erreicht werden kann. Ziel des Gutachtens ist es mithin nicht, weitergehende Einsparpotentiale zu identifizieren. Es gilt die formulierte Annahme, dass mit dem Jahr 2026 das politisch intendierte Zielniveau erreicht wurde.

Neben der reinen Kostendimension sind weitere Herausforderungen zu berücksichtigen, welche zum einen die initiale Einführung des Pflegebudgets motiviert und zum anderen durch die besondere Charakteristik des Pflegebudgets in der Folge entstanden sind. So sind hinsichtlich der Wirkrichtung möglicher Interventionen notwendige Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Pflege zu sichern, Allokationsprobleme zu verringern und Transkations- bzw. Bürokratiekosten zu reduzieren. Auch die Situation der Krankenhäuser kann für die Entwicklung einer tragfähigen Lösung nicht außer Acht gelassen werden. Aufbauend auf eine Beschreibung dieser Aspekte wird im weiteren Verlauf ein Bewertungsrahmen formuliert, an dem sich die Erarbeitung einer Handlungsempfehlung orientiert.

Es gilt dabei nicht der Anspruch, eine mittel- bis langfristig optimale Lösung zu entwickeln. Der Schwerpunkt liegt auf der kurzfristigen Umsetzbarkeit und bei einer Anwendungsdauer von wenigen Jahren. Dieser wird zwangsläufig nicht alle Ziele in gleicher Weise bedienen können und deutlichen Limitationen unterliegen. Entsprechend ist unmittelbar und parallel mit großer Intensität zu prüfen, wie eine mittel- und langfristige Lösung aussehen könnte, welche eine angemessene Pflegequalität sicherstellt, sowie für alle Stakeholder tragfähige wirtschaftliche Rahmenbedingungen bietet.

2. Entwicklung Rahmenbedingungen

2.1. Entwicklung unter DRG-Bedingungen

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 und das im Jahr 2002 in Kraft getretene Fallpauschalengesetz legten für die Krankenhäuser mit der Finanzierung der Diagnosis Related

Groups (DRG) ein neues Vergütungssystem fest. Ab 2004 war die Abrechnung mit Fallpauschalen verpflichtend und wurde im Zuge einer Konvergenzphase über mehrere Jahre mit zunehmender wirtschaftlicher Konsequenz umgesetzt. Daran waren wie Braun et al. 2010 konstatieren, eine Reihe von Erwartungen und Befürchtungen geknüpft: „Als vordringlichstes Ziel galt und gilt die Kostenreduktion bei gleichbleibender oder sogar steigender Versorgungsqualität. Alle unnötigen Behandlungen sollten vermieden und benötigte Leistungen effizienter erbracht werden. Gleichzeitig sollte auch die Transparenz der Krankenhausleistungen gesteigert werden“ (Braun et al. 2010, S.6, ähnlich Köhler 2025). Speziell für die Pflege wurden mögliche Chancen für eine weitere Professionalisierung angesprochen, beispielsweise durch eine vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte. Neben diesen Chancen wurden jedoch auch Risiken diskutiert (Isfort 2010). Die intendierte stärker wettbewerbliche Ausrichtung war ein Anreiz für innerbetriebliche Optimierung und damit auch, (Personal-) Kosten zu senken, um Gewinne zu erwirtschaften oder Verluste zu vermeiden. Auf die Personalsituation in der Pflege hatte dies weitgehend negative Auswirkungen, denn pflegerisch erbrachte Leistungen wurden als reiner Kostenfaktor gewertet, zumal die Leistungen anders als im ärztlichen Dienst keine Erlösrelevanz besaßen. Allein zwischen 2002 und 2006, also rund um die Einführung der Fallpauschalen, fielen an deutschen Akutkrankenhäusern 33.000 Vollzeitstellen in der Pflege weg. Parallel kam es 2003 zu einer deutlichen Ausdehnung des ärztlichen Personals, als der Europäische Gerichtshofs entschied, dass ärztlicher Bereitschaftsdienst vollständig als Arbeitszeit zu werten ist (EuGH, Urteil vom 9. September 2003, C-151/02). Bundesweit wurden deutlich mehr Ärzte eingestellt, um rechtskonforme Dienstpläne sicherstellen zu können, während das Pflegepersonal reduziert wurde. Der Personalabbau in der Pflege begann allerdings bereits mit Beendigung der Pflegepersonalregelung (PPR) 1997, so dass im Zeitraum von 1995–2005 bundesweit ca. 50.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser abgebaut worden sind (Braun et al. 2010).

Die Logik der DRGs unterstützte auch den schon vor Einführung der DRG bestehenden Trend zur Reduktion von Verweildauern (Milstein und Schreyögg 2020). Bei konstanten Belegungstagen führen kürzere Verweildauern zu einer Mehrbelastung, da die Intensität der pflegerischen Betreuung im Mittel steigt. Dieser Effekt wird durch die Ambulantisierung eher leichter Fälle weiter verstärkt. Mit deutlich gestiegenen Anforderungen an das Controlling für die Abrechnung der DRGs sowie weiteren Dokumentationsanforderungen auch mit dem Ziel der Qualitätssicherung kam es in allen Berufsgruppen zu einem deutlich erhöhten administrativen Aufwand, was zu einer Reduzierung der verfügbaren Zeit in der direkten Patientenversorgung führte. Differenzierte Analysen mit angemessenem methodischem Standard für eine Überprüfung der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität liegen nicht in ausreichendem Maße vor. Exemplarisch für die generell sehr geringe Befassung mit dem Thema ‘Erfassung der Qualität der Pflegeleistung‘ sei auf die Liste der vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewerteten Qualitätsindikatoren verwiesen, die sich abgesehen von der Dekubitus-Profilaxe nahezu ausschließlich mit vorrangig ärztlich verantworteten medizinischen Eingriffen und Prozeduren beschäftigen (G-BA 2025, Anhang 3: Qualitätsindikatoren). Braun et al. (2010) verweisen in einer empirischen Querschnittsuntersuchung sowie einer Längsschnittuntersuchung für die Jahre 2003 bis 2008 auf eine Reihe von signifikanten und stabilen Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Arbeitsbedingungen und das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte im Krankenhaus. Dabei handelt es sich u.a. um Arbeitsverdichtungsprozesse sowie zunehmende Dissonanzen zwischen Normen und dem beruflichen Alltag. Auch Winter et al. (2023) diskutieren die Studienlage kritisch.

Im internen Ringen um Ressourcen hatte die Pflege somit aus verschiedenen Gründen einen schweren Stand: Rechtliche Änderungen forcierten einen Aufbau im ärztlichen Dienst, der zudem abrechnungsrelevante Leistungen generierte. Die Tätigkeit der Pflege hatte keinen unmittelbaren Effekt auf die Erlössituation einer Klinik und der Beitrag der Pflege zur Versorgungsqualität wurde und wird wenig erhoben und noch weniger transparent gemacht. Der Fokus lag bei der Pflege stark auf den resultierenden Personalkosten während zugleich eine Arbeitsverdichtung stattfand. In der Summe litt auch die Attraktivität des Pflegeberufs deutlich.

2.2. Ausgewählte weitere Entwicklungen in der Pflege ab 2017

2.2.1. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)

Im Jahr 2017 hat der Gesetzgeber mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (Infektionsschutzgesetz) Pflegepersonaluntergrenzen in sogenannten pflegesensitiven Bereichen eines Krankenhauses gesetzlich verankert (§ 137i SGB V). Als pflegesensitiv werden inzwischen all die Bereiche in Krankenhäusern eingestuft, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Inneren Medizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, allgemeinen Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kardiologie, Neurologie, allgemeinen Pädiatrie, pädiatrischen Intensivmedizin, speziellen Pädiatrie, neonatologischen Pädiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Rheumatologie, Urologie oder Herzchirurgie erbracht werden. Faktisch betreffen die Grenzen nahezu alle Fachbereiche, da Patienten häufig auf gemischten Stationen versorgt werden und die Regelungen entsprechend „ausstrahlen". Die Krankenhäuser sind seit 2019 verpflichtet, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) umzusetzen, die Nichteinhaltung ist sanktionsbewehrt.

Mit den PpUG will der Gesetzgeber ein Mindestversorgungsniveau in den Krankenhäusern sichern, sie dienen damit der Patientensicherheit. Die PpUG orientieren sich am Prinzip der Patient-Pflegepersonal-Relation und definiert in Tag- und Nachtschichten die Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft auf Stationsebene. Allerdings muss festgehalten werden, dass das Niveau der PpUG nicht im engeren Sinne evidenzbasiert ist, d.h. dass nachweisbar wäre, dass im deutschen Setting ein Über- oder Unterschreiten bestimmter Grenzwerte eine konkrete Auswirkung auf das erzielbare Qualitätsniveau erwarten ließe. Vielmehr wurde ein sehr pragmatischer Weg gewählt:

> *„PpUG werden seither auf Grundlage von Auswertungen der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über die Personalausstattung und die Patientenbelegung von Stationen anhand des sogenannten „Perzentilansatzes" normativ festgelegt. Mit dieser methodischen Herangehensweise sollten je pflegesensitiven Bereich etwa 10 bis 20 % der Krankenhäuser unterhalb des festgelegten Niveaus betroffen und dazu angehalten sein, die Personal- und Patientensituation für die Einhaltung der PpUG anzupassen. Untergrenzen werden dabei als Mindestniveau verstanden und nicht als ein bedarfsgerechter Pflegepersonal- Patienten-Schlüssel."* (DKG und GKV-SV 2024, S. 4)

Dies lässt beispielsweise auch unberücksichtigt, dass zwei Kliniken, die im gleichen pflegesensitiven Fachbereich tätig sind, gravierend unterschiedliche Komplexitätsgrade an Patienten versorgen können:

> *„Laut Gesetz sind zudem für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus die PpUG differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand festzulegen.*

Eine solche Ausdifferenzierung nach Schweregradgruppen in den pflegesensitiven Bereichen ist bislang jedoch nicht durch das BMG umgesetzt worden." (DKG und GKV-SV 2024, S. 5)

Allerdings wird damit bundesweit Transparenz über die (normativ festgelegte Mindest-)Besetzung des pflegerischen Personals geschaffen. Laut Krankenhausreport 2023 zeigen Nachweise des dritten Quartals 2022 von rund 1.400 Krankenhäusern, dass knapp 16% der einzelnen rund 2,4 Mio. Tag- und Nachtschichten unterbesetzt waren (Schmedders et al. 2023). Die größten Defizite werden in den erstmals ab 2022 geregelten Bereichen der Speziellen Pädiatrie sowie in der Neurologischen Stroke-Unit und in der Neurologischen Frührehabilitation festgestellt. Hentschker et al. (2026) zeigen, dass die Zahl der unterbesetzten Schichten im Jahr 2024 leicht auf 14,3% absank. Sie verweisen auch auf Unterschiede nach Trägerschaft. Dabei wurden die PpUG bei privaten Trägern in 20% der Schichten nicht eingehalten, bei öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Trägern lag der Anteil bei 12% bzw. 14%. Dies zeigt insgesamt weiteren Handlungsbedarf im Bereich der Personalausstattung und -verteilung im Pflegedienst der Krankenhäuser auf.

Ohne Frage ist die durch die PpUGV hergestellte Transparenz hilfreich, doch daraus Rückschlüsse auf Versorgungsqualität abzuleiten, ist aus den genannten Gründen nicht möglich. Der zur Bestimmung gewählte „Perzentil-Ansatz" bietet keinerlei Evidenz zu einem kausalen Zusammenhang zwischen dem Erreichen des konkreten Grenzwertes und der erzielbaren Versorgungsqualität. Ebenso berücksichtigt die starre Patient-Personal-Relation in keiner Weise den sehr heterogenen Pflegebedarf der Patienten auf den Stationen. Für organisatorische Innovationen auf den Stationen gibt es mit einer zu starren und engen Regulierung keinen Anreiz. Ebenso geht mit den PpUG ein erheblicher bürokratischer Mehraufwand einher. Als Instrument für eine bedarfsgerechte und dynamische Personalsteuerung ist die PpUGV nicht geeignet. Entsprechend kritisch fällt auch der gesetzlich vorgeschriebene Bericht zu den Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen aus (DKG und GKV-SV 2024).

2.2.2. Pflegepersonalquotient

Den Pflegepersonalquotienten (PpQ) hat der Gesetzgeber im Januar 2019 im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz in § 137j SGB V gesetzlich verankert. Der PpQ soll ergänzend zu den stationsbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen die Pflegepersonalbesetzung des gesamten Krankenhauses betrachten (Ganzhausansatz). Auch hier folgt die Politik der Intention, die Patientensicherheit zu erhöhen. Bis heute wurde jedoch keine Rechtsverordnung zur Definition der Untergrenze des PpQ erlassen. Es bleibt auch fragwürdig, ob das Erlassen dieser Regelung in Konkurrenz zur PpUGV, die bereits mehr als 90% der Belegungstage abdeckt, zielführend ist. Der Pflegepersonalquotient beschreibt:

„[...] das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses." (§ 137j Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Hierbei ist der Pflegeaufwand – auch „Pflegelast" genannt – einer der wesentlichen Faktoren für den PpQ. Die Pflegelast wird als Bewertungsrelation beschrieben, d.h. je höher die Bewertungsrelation/Pflegelast bei einer DRG ist, desto vermeintlich aufwendiger ist die zu versorgende Person. Dabei schränkt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) selbst ein, dass der eigentliche Pflegebedarf als Kenngröße nicht zur Verfügung steht, so dass die weitere

Berechnung der Pflegelast durchaus vom tatsächlichen Pflegebedarf abweichen kann. Darin liegt aus pflegewissenschaftlicher Perspektive der erste Fehler des PpQ, denn der Pflegebedarf leitet sich nicht unbedingt aus der medizinischen Diagnose ab. Um das Verhältnis der Anzahl der Vollkräfte des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung zum Pflegeaufwands eines Krankenhauses abzubilden, hat das InEK den sogenannten „Kehrwert" eingeführt, der das Verhältnis aus Pflegeaufwand geteilt durch die Pflegekräfte beschreibt. Je kleiner diese Zahl, desto vermeintlich weniger belastet war das Pflegepersonal. Allerdings sagt der Kehrwert nichts über die Arbeitsbedingungen vor Ort aus. So kann es sein, dass pflegeintensive Patienten beispielsweise durch sehr gute Prozesse unterstützt werden, und das Pflegepersonal durch sinnvollen Einsatz von Digitalisierung sowie neuen Technologien die anfallenden Aufgaben gut bewältigen kann. Weiterhin ist die Bewertung des PpQ unklar. Es existieren keine Referenzwerte, die einen Schluss zulassen würden, ob ein bestimmter Mittelwert positiv oder negativ zu bewerten wäre. Es gibt hierzu europaweit keinen Benchmark und klar ist auch, dass der PpQ keine Qualität der pflegerischen Versorgung misst. Der PpQ kann nicht als Personalbemessungsinstrument verstanden werden, dafür wurde er auch nicht eingeführt. § 137j Abs. 2 SGB V sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt ist, per Rechtsverordnung und mit Zustimmung des Bundesrates

> *„[...] eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist."* (§ 137j Abs. 2 SGB V)

Allerdings hat der Gesetzgeber bisher davon noch keinen Gebrauch gemacht, was sich u.U. darin begründet, dass für das Unterschreiten der PpQ-Untergrenze entweder die Möglichkeit von Vergütungsabschlägen oder auch Fallzahlreduzierungen vorgesehen sind. Das könnte in ländlichen Regionen zu Versorgungsengpässen führen, weshalb sich die Länder hier auch Einfluss auf die Steuerung vorbehalten. Auch methodisch fällt der PpQ hinter die kritisch zu hinterfragende PpUG zurück (Evers 2025).

2.2.3. Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)

Im Januar 2020 wurden im Rahmen der Konzertierte Aktion Pflege (KAP)[1] von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Gewerkschaft ver.di eine grundlegend überarbeitete Version der PPR (aus dem Jahr 1993) als PPR 2.0 sowie Eckpunkte zu deren Umsetzung präsentiert (Fleischer 2020). Das Instrument zur Personalbemessung wurde anders als die PpUGV oder der PpQ mit vertiefter pflegefachlicher Expertise entwickelt. Das notwendige Pflegepersonal wird mit diesem Instrument auf der Grundlage der Pflegebedarfe der Patienten im Krankenhaus ermittelt. In der PPR 2.0 wurden die Grundwerte[2] und die Fallwerte[3] sowie die Leistungsinhalte in den Bereichen Allgemeine Pflege (A-Bereich) und Spezielle Pflege (S-Bereich) fachlich neu bewertet. In der Konsequenz wurden jeweils eine weitere Stufe, A4 und S4 für Patienten mit hochkomplexen Pflegebedarfen geschaffen. Die vorherig

[1] Die Konzertierte Aktion Pflege wurde von den drei Bundesministerien für Gesundheit (BMG), Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie Arbeit und Soziales (BMAS) im Jahr 2018 initiiert.

[2] Feste Zeitvorgaben in Minuten, die pro Patient und Tag für pflegerische Tätigkeiten ohne direkten, individuellen Pflegebezug veranschlagt werden.

[3] Fester zeitlicher Zusatzwert, der einmalig pro Krankenhausaufenthalt (Aufnahme/Entlassung) für jeden Patienten veranschlagt wird und die administrativ-organisatorischen Aufgaben abbildet.

gültigen Pflegekomplexmaßnahmen (PKMS) wurden abgeschafft. Die Patienten werden täglich in den Leistungsbereichen A 1-4 und den Leistungsbereich S 1-4 eingestuft. Dabei steht die Stufe 1 für Grundleistungen, die Stufe 2 für erweiterte Leistungen, die Stufe 3 für besondere Leistungen und die Stufe 4 für hochaufwendige Leistungen. Insgesamt ergeben sich 16 Einstufungsklassen. Die jeweiligen Leistungsstufen sind mit Minutenwerten hinterlegt. Für besondere Erfordernisse, wie z.B. die Isolation werden Zusatzminuten berechnet.

Auf der Grundlage des so kategorisierten Pflegebedarfs der Patienten wird die Soll-Personalausstattung errechnet. Sie erstreckt sich allerdings nicht auf den Nachtdienst und nicht auf die Intensivstation, was ihre Nutzbarkeit für den vorliegenden Kontext beschränkt.

Da es dem Gesetzgeber darum gegangen ist, ein Instrument zu entwickeln, das möglichst schnell in die Anwendung gebracht werden kann, einigte man sich darauf, dieses Instrument nach einer Erprobungsphase im Jahr 2023 als Übergangslösung mit der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) zum 1.6.2024 einzuführen. In einer weiteren Vereinbarung der Konzertierten Aktion wurde festgelegt, dass parallel zur Einführung der PPR 2.0 ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument entwickelt werden soll. Der DPR forderte in diesem Zusammenhang die Etablierung eines Instituts für Personalbemessung in der Pflege (InPep), um eine verstetigte pflegewissenschaftliche Evaluation und Weiterentwicklung des Instruments sicherzustellen (DPR 2023). Die DKG forderte die Integration der Pflegepersonaluntergrenzen in die PPR 2.0, um Doppeldokumentationen zu vermeiden (DKG 2023). Ein weiterer Kritikpunkt betraf die zunächst vorgesehene Unterteilung in Kranken- und Kinderkrankenpflegefachkräfte, die später fallen gelassen worden ist. So wird in der PPR 2.0 inzwischen nur noch zwischen dreijährig examinierten Pflegefachkräften und mindestens einjährig ausgebildeten Pflegehilfskräften unterschieden.

Im Auftrag der DKG, des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung wurde zuletzt im zweiten Halbjahr 2024 der Auftrag für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (WiWePP) auf der gesetzlichen Grundlage zur Weiterentwicklung der PPR 2.0 (§ 137l SGB V) vergeben. Hierbei soll u.a. das Thema Qualifikationsmix in der Pflege im Krankenhaus in den Blick genommen werden, um eine möglichst unbürokratische und aufwandsarme Integration des Qualifikationsmixes in die PPR 2.0 zu erreichen. Ebenso sollen die berufsgesetzlich verankerten Vorbehaltsaufgaben stärker berücksichtigt werden. Es gilt außerdem zu prüfen, ob die bisher getrennten PPR 2.0 Erwachsene und PPR 2.0 Kinder zusammengeführt werden können und die PPR 2.0 auch auf den Nachtdienst ausgeweitet werden kann. Das wesentliche Ziel der wissenschaftlichen Weiterentwicklung besteht allerdings darin, dass mit einer wissenschaftlich abgesicherten Standardisierung eine bundesweit einheitliche Anwendung sichergestellt werden kann, die möglichst keine Spielräume für Interpretationen oder Überkodierungen zulässt. Dazu gehört auch, dass im Ergebnis Standard-Pflegedokumentationen digital abgebildet werden und diese Daten automatisiert in die PPR 2.0 einfließen.

Bei allen Limitationen des Personalbemessungsinstruments PPR 2.0 stellt dieses unter den im deutschen System verankerten Instrumenten derzeit das relativ differenzierteste dar, um Pflegebedarfe zu erheben, Pflegeleistungen transparent abzubilden und Ableitungen zum Personalbedarf für die Gewährleistung einer mindestens „sicheren Pflege“ (im Sinne von Fiechter und Meier 1993) zu ermöglichen. Die noch bestehenden Lücken (z.B. fehlende Erfassung der Nachtschichten und Intensivstationen) limitieren jedoch die Einsatzmöglichkeiten.

Die bisher vorliegenden Daten zur PPR 2.0 weisen auf ein weiteres Problem hin. Die von der KPMG (2023) erhobenen Pretest-Daten zeigten Erfüllungsgrade von ca. 80% bei Erwachsenen und ca. 90% bei Kindern. D.h. selbst die seit Einführung des Pflegebudgets deutlich gesteigerten Personalzahlen dürften nicht ausreichen, den kalkulierten Soll-Wert abzudecken. Sollte die PPR 2.0 in einer finanzierungsrelevanten und sanktionsbewehrten Personalbemessungsverordnung gesetzlich verankert werden, könnte die Festlegung eines Erfüllungsgrades notwendig sein. Der Erfüllungsgrad der PPR 2.0 misst das Verhältnis zwischen dem ermittelten Pflegebedarf (Soll) und der tatsächlich verfügbaren Pflegezeit (Ist) auf bettenführenden Stationen.

Aktuell ist die PPR 2.0 noch nicht ausgereift und befindet sich in der Validierungsphase sowie Weiterentwicklung zum Personalbemessungsinstrument PPR 2.x (Böing 2025). Die tatsächliche, sanktionsbewertete Umsetzung ist aufgrund politischer Verzögerungen und Übergangsregelungen voraussichtlich erst ab 2027 in vollem Umfang zu erwarten. Wesentliche Entwicklungspotentiale für eine PPR 2.x beziehen sich laut Böing (2025, S. 56) im Wesentlichen auf:

- die Festlegung eines differenzierten **Qualifikationsmixes**, der sowohl die Pflegeassistenzberufe als auch akademische Qualifikationen berücksichtigt:
- die Einbeziehung von evidenzbasierten **Assessmentinstrumenten**, wie beispielsweise Barthel Index (BI), Functional Independence Measure (FMI) oder Mini-Mental-Status-Test (MMST). Sie können die Einstufungen in die Pflegekategorien ggf. kombiniert mit handlungsbezogenen Pflegeaktivitäten als Indikatoren begründen.
- die **automatische digitale Ausleitung** der PPR 2.x, um die Anwendung praktikabler und effizienter zu gestalten. Bereits heute können Systeme, wie beispielsweise ePa AC (Elektronische Patientenanamnese Akuthaus) und in Kombination mit LEP (Leistungserfassung Pflege) PPR 2.0 Daten aus der Pflegedokumentation ausleiten. Die PPR 2.x kann damit dazu beitragen, den digitalen Reifegrad der Krankenhäuser erhöhen und gleichzeitig die pflegefachliche Prozesssteuerung fördern.

In der Berufsgruppe der Pflege besteht weitgehende Einigkeit darüber, dass die PPR 2.0/PPR 2.x der richtige Schritt ist, um bedarfsgerechte, pflegerische Leistungen in der Patientenversorgung transparent zu machen sowie den daraus resultierenden quantitativen und qualitativen Pflegepersonalbedarf abzubilden (Böing 2025).

Aus ökonomischer Sicht ist ein derartiges Instrument nicht unproblematisch, da es einen bestimmten Einsatz an Produktionsfaktoren normativ vorgibt. Ein gegebenes Qualitätsniveau lässt sich jedoch auf unterschiedlichen Wegen erreichen. Qualifikationsmix, personelle und technologische Ressourcen, Organisationsformen und Prozesse können in unterschiedlicher Gewichtung und Ausformung genutzt und kombiniert werden. Entsprechend lässt sich selbst aus fachlich hergeleiteten oder empirisch aufwändig ermittelten (Ist-)Werten kein fixes, objektiv optimales Soll-Niveau einer Personalausstattung ableiten, zumal sich diese Faktoren im Zeitablauf kontinuierlich verändern. Man denke nur an sich verändernde Qualifikationen, neue Berufsbilder, Kompetenzprofile und technologische Entwicklungen. Ein Ansetzen an Inputfaktoren wirkt entsprechend innovationshemmend und schränkt die Möglichkeiten ein, auf heterogene Herausforderungen individuell zu reagieren – beispielsweise bei regional variierenden Fachkräfteengpässen oder sachlichen Ausstattungsniveaus. Hier kommt verschärfend hinzu, dass faktisch unerfüllbare Sollvorgaben (z.B. bei einem regional vorliegenden Fachkräfteengpass, siehe hierzu auch die Ausführungen von Pohlmann und Evers (2025) zur erwarteten Fachkräftelücke) zu einer abnehmenden Relevanz und Akzeptanz entsprechender Vorgaben führt und selbst eine

Sanktionsbewehrung ggf. verpufft, wenn die konsequente Umsetzung einer Aufrechterhaltung von bedarfsnotwendigen Versorgungsangeboten entgegensteht. Dem Grunde nach vorzuziehen ist deshalb eine Qualitätssicherung, die am Outcome ansetzt und den Weg der Zielerreichung weitestmöglich offen lässt. Mit Blick auf eine langfristige und nachhaltige Vergütungslösung, sollten Strukturvorgaben möglichst weitgehend auf sehr sensible Bereiche beschränkt bzw. je nach Sensibilität des Bereichs differenziert auf das notwendige Minimum reduziert werden. Wie auch in anderen Bereichen (Breyer et al. 2013; Schmid et al. 2020) kann durch einen modularen Aufbau von Vergütung die Anreizwirkung verschiedener Vergütungsformen zielgerichtet kombiniert werden. Die PPR 2.x kann dabei eine wichtige Rolle spielen, die Reichweite normativer Ableitungen ist jedoch stets kritisch zu hinterfragen.

2.3. Pflegebudget

2.3.1. Einführung und rechtliche Grundlagen

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sowie die Einführung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung ab dem Jahr 2020 wurde mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018 (PpSG; zum 01.01.2019 in Kraft getreten) beschlossen. Der GKV-SV, der Verband der privaten Krankenkassen und die DKG (Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) haben sich dabei nach gesetzlichem Auftrag gem. § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG auf die Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zuordnung der Pflegepersonalkosten geeinigt (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung). Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach gesetzlichem Auftrag gem. § 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets festgelegt (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung) (InEK 2026).

Das Pflegebudget ist damit ein zentrales Instrument und wichtiger Teil des Gesamtbudgets eines Krankenhauses. Der Gesetzgeber zielt darauf ab, sicherzustellen, dass ausreichende Ressourcen für die Pflege von Patientinnen und Patienten bereitgestellt werden. Das PpSG sollte unmittelbar spürbare Entlastungen in der Krankenhauspflege durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen bewirken. Über das Pflegebudget werden sämtliche Pflegepersonalkosten[4] in der Patientenversorgung am Bett nach dem Selbstkostenprinzip vergütet. Außerdem werden im Pflegebudget pflegeentlastende Maßnahmen (PEM) refinanziert, die pauschal 2,5% des Pflegebudgets betragen und mehr Zeit für die direkte pflegerische Versorgung der Patienten ermöglichen sollen.

Laut § 6a Abs.2 Satz 1 KHEntgG ist die Summe der im Vorjahr für ein Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten die Ausgangsgrundlage für die Verhandlung des Pflegebudgets. Unabhängig von dieser Ausgangsbasis wird für ein bestimmtes Jahr jedoch immer ein Pflegebudget in Höhe der tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten des jeweiligen Jahres vereinbart. Den gesetzlichen Rahmen bilden § 17b Abs.4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Satz 1-3 KHG und § 6a KHEntgG. Darüber gelten zwei wesentliche Vereinbarungen: 1. Die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (PflegePkAbgrV) sowie 2. die Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung.

[4] Die Kosten für Leiharbeit werden im Rahmen des Pflegebudgets nur bis zur Höhe des Tariflohns (z.B. TVöD) vergütet.

1. Ziel der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung ist es „die Sicherstellung der größtmöglichen Kongruenz zwischen der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundesebene und der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten auf Ebene der Krankenhäuser“ (PflegePkAbgrV, 2019, S. 2). Demnach sind alle in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehenden Kosten für Pflegefachkräfte und Pflegehilfspersonal im stationären Bereich dem Pflegebudget zuzuordnen: Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte mit einer Ausbildung von mindestens einjähriger Dauer, Medizinische Fachangestellte, Anästhesietechnische Assistenten, Notfallsanitäter, Rettungsassistenten, Hilfskräfte und „sonstige Berufe, wie beispielsweise Serviceassistenten sowie Auszubildende in den Pflegeberufen. In den Folgejahren wurde die PflegePkAbgrV immer wieder nachjustiert. Ab 2025 dürfen nur noch qualifizierte Pflegekräfte für das Pflegebudget berücksichtigt werden. Hilfskräfte und „sonstige Berufe“, wie beispielsweise Op-Assistenten, Serviceassistenten, Krankengymnasten oder Personal eines freiwilligen sozialen Jahres (FSJ) dürfen nicht berechnet werden. Gleichzeitig wurden die Personalkosten für Hebammen ab 2025 vollständig, d.h. nun auch hinsichtlich ihrer Tätigkeiten abseits der Station wie im Kreissaal, aus den DRG ausgegliedert und in das Pflegebudget aufgenommen. Die pflegeentlastenden Maßnahmen werden ab dem Jahr 2025 pauschal mit 2,5% anteilig an den Pflegepersonalkosten berücksichtigt, wobei hierfür kein Nachweis mehr über Durchführung und Kosten zu erbringen ist (§ 6a Abs.2 KHEntgG).

2. Ab dem Vereinbarungsjahr 2020 haben der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG in einer Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung festgelegt, die jährlich aktualisiert wird. „Dazu gehören insbesondere Vorgaben zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln, zur einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Pflegebudgets sowie der wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten, im Pflegebudget zu berücksichtigenden Kosten und der Höhe des Pflegebudgets. Die Vertragsparteien kommen mit der Vereinbarung ihrem gesetzlichen Auftrag nach.“ (GKV-SV und DKG 2025, S. 2)

2.3.2. Intendierte Wirkungen

Die Einführung des Pflegebudgets führte in den vergangenen Jahren zu einem starken Personalaufbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. In der Folge sind die Pflegepersonalkosten laut GKV-SV in einem Kalkulationsjahr um rund 1,6 Mrd. Euro unter Berücksichtigung der Tarifsteigerungen sowie des Pflegestellenförderprogramms gestiegen, wofür keinerlei Gegenfinanzierung gegeben war (GKV-SV 2025). Der Pflegedienst ist mittlerweile einer der größten Kostentreiber im stationären Bereich – seine Ausgaben sind seit 2019 bis 2024 sehr stark um rund 44 Prozent gestiegen, das entspricht etwa 9 Mrd. Euro. Ein wesentlicher Teil der Mehrausgaben entfällt dabei auf deutliche Lohnsteigerungen (z. B. TVöD), die über das Budget eins zu eins an die Kostenträger weitergereicht werden. Blickt man auf Abbildung 2, zeigt sich, dass der Effekt der Preiskomponenten (Kosten je Vollkraft) einen stärkeren Beitrag zum Budgetwachstum leistete als die Mengenkomponente (Vollkräfte) (Hentschker et al. 2026).

Die Anzahl an Vollkräften im Pflegedienst der Krankenhäuser (ohne Psychiatrien) stieg von rund 305 Tsd. VK im Jahr 2019 auf ca. 364 Tsd. im Jahr 2024 (Abbildung 1). Dies entspricht einem

Anstieg von über 59 Tsd. VK (20%) seit Beginn der Reform. Gleichzeitig kam es mit Beginn der Corona-Pandemie 2020 zu einem erheblichen Rückgang der stationären Fallzahlen um -13,5% gegenüber dem Jahr 2019, die bis heute nicht mehr auf das Ausgangsniveau zurückgekehrt sind (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025).

Aus der Perspektive der Pflege hat das Pflegebudget der Krankenhauspflege nach vielen Jahren des Kostendrucks und Personalabbaus ermöglicht, sich in ihrer wesentlichen Rolle in der unmittelbaren Patientenversorgung zu stabilisieren und weiterzuentwickeln. Viele Kliniken nutzen die aus dem Budget resultierenden Freiräume z.B. für die Etablierung von Pflegeprojektstellen, für die Einführung von Advanced Practice Nursing oder allgemein die Integration akademisierter Pflege. Auch die Bildung von Springerpools ließ sich dadurch vielfach leichter umsetzen (Böing 2025). Der Gesetzgeber förderte zudem in den vergangenen Jahren die weitere Professionalisierung der Pflege, was sich u.a. in der Einführung der Vorbehaltsaufgaben oder der Erweiterung der zukünftigen Befugnisse im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege abbildet. Im Zusammenspiel konnte das Pflegebudget an vielen Standorten als Professionalisierungstreiber genutzt werden.

2.3.3. Probleme und Fehlentwicklungen

Trotz des enormen Zuwachses an Pflegepersonal in den Kliniken hat sich die Einhaltung der PpUG in den Jahren 2021 bis 2024 nicht signifikant verbessert. Wurden im Jahr 2021 bei 13,4% aller Schichten die PpUG nicht eingehalten, steigt der Anteil in den Jahren 2022-2023 auf 15,6% und sinkt im Jahr 2024 leicht auf 14,3% (Hentschker et al. 2026). Daraus lässt sich schließen, dass das für die Einhaltung der gesetzlichen Mindestpersonalregelung notwendige Fachpersonal nicht flächendeckend ankommt. Die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung bleiben zugleich offen.

Auch allokativ ist die Wirkung des Pflegebudgets problematisch. Analog zu einem Market of Lemons profitieren Kliniken mit ohnehin guter Personalausstattung und damit in der Tendenz guten Arbeitsbedingungen, da sie ohne negative wirtschaftliche Konsequenzen weiter Pflegepersonal aufbauen können. Kliniken mit exogen verursacht schlechten Ausgangsbedingungen haben kaum eine Chance, sich aus dieser Situation zu befreien. Kliniken mit Pflegepersonal über Bedarf haben zudem keinen Anreiz, dieses abzugeben, auch wenn anderswo ein Engpass herrscht. Auch innerhalb von Kliniken zeigt sich dieses Verhältnis zwischen mehr oder weniger attraktiven Arbeitsbereichen. Die aktuelle Arbeitsmarktsituation mit einem deutlichen Nachfrageüberhang verschärft dies weiter.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 07.11.2022 die Vorgaben zur Abgrenzung des im Pflegebudget zu berücksichtigenden Personals neu geregelt, um Fehlanreize des Pflegebudgets wie u.a. eine „Doppelfinanzierung“ abzustellen. Ab dem Jahr 2025 wird das Personal der „Sonstigen Berufe“ u.a. Servicepersonal wieder über die DRG-Fallpauschalen vergütet. Das führte zu einer Rückverlagerung einfacher, nicht pflegetypischer Aufgaben wie beispielsweise Essensverteilung u.a. hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder Transportdiensten auf examiniere Pflegefachpersonen, die bis dahin von Pflegehilfs- und Servicekräften übernommen worden waren. Diese Entwicklung verschärft den Fachkräftemangel eher, als dass sie ihn behebt und führt zu weniger Ressourcen des Pflegefachpersonals für notwendige pflegerische Interventionen in der unmittelbaren Patientenversorgung. Auch dem Ziel die Arbeitszufriedenheit zu fördern, läuft diese Entwicklung entgegen.

Dieses unintendierte Ergebnis ist bei Betrachtung der ökonomischen Anreize wenig überraschend (Wehner et al. 2018). So kommt es durch die Selbstkostendeckung einer Berufsgruppe zu einer massiven Verzerrung der Anreize im Sinne einer optimalen Teamproduktion. Eine hochqualifizierte, knappe und teure Berufsgruppe ist kostenfrei einsetzbar und damit deutlich teurer, als eine geringer qualifizierte Hilfskraft. Dies stellt einen massiven ökonomischen Anreiz dar. Diesem wie im KHAG formuliert (BT-Drucksache 21/4527, § 6a (2) Satz 12 neu KHEntgG) durch eine Beschränkung auf einen Ausschluss pflegefremder Tätigkeiten aus dem Pflegebudget zu begegnen, erscheint weder praktikabel noch zielführend. Ein derartig starker Fehlanreiz setzt regelhaft eine Interventionsspirale in Gang, um die immer neuen Ausweichbemühungen der Gegenseite einzugrenzen. Dies maximiert den bürokratischen Aufwand, ohne dem zugrundeliegenden Fehlanreiz zu beseitigen.

2.4. Einordnung in die Entwicklung des Krankenhaussektors

Um Entwicklungsoptionen für das Pflegebudget bewerten zu können, ist das Thema in den größeren Kontext des Krankenhaussektors einzuordnen. Krankenhäuser müssen – völlig losgelöst von der Art der Trägerschaft – Gewinne erwirtschaften, um ihrem Auftrag der Leistungserbringung langfristig nachkommen zu können (Augurzky 2020). Die Notwendigkeit, einen hinreichend hohen Gewinn zu erzielen, wurde durch eine über viele Jahre insuffiziente Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder weiter verschärft. Werden im Zuge der dualen Finanzierung zu wenig Investitionsmittel bereitgestellt, führt dies dazu, dass auch zur Aufrechterhaltung der notwendigen Infrastruktur Betriebsüberschüsse verwendet werden müssen. Die Systematik der DRG bedingt dabei einen Wettbewerb um einen möglichst wirtschaftlichen Einsatz der Betriebsmittel. Kliniken, die in der Erlös- und Kostengestaltung besonders erfolgreich sind, können höhere Gewinne erzielen. Dass die Anreize unter reinen DRG-Bedingungen nicht optimal austariert sind, ist an anderer Stelle dargestellt (Milstein und Schreyögg 2024).

Bereits 2019 zeichnete sich ab, dass viele Kliniken mit strukturellen wirtschaftlichen Problemen konfrontiert waren, die sie aus eigener Kraft nur noch in Teilen bewältigen konnten. Diese Problemlage wurde durch die Covid-19 Pandemie und die dadurch ausgelösten Sonderzahlungen für einige Jahre überdeckt. Im Zusammenspiel mit einem deutlichen Fallzahlrückgang im Nachgang wurden nach dem Wegfall der Zahlungen eine dramatisch verschlechterte Lage transparent. Das Zusammenspiel aus Fachkräftemangel, Fallzahlrückgang, sich verändernden Anforderungen in der Medizin und diversen weiteren Faktoren führte zu einer maximalen Stresssituation für die Kliniken. Die angestoßene Krankenhausreform konnte bisher keinen Beitrag leisten, diese Situation zu verbessern. Der Ansatz, strukturelle Anforderungen an die Kliniken zu erhöhen, um dadurch indirekt eine Marktbereinigung zu forcieren, trifft alle Akteure und verschlechtert die wirtschaftliche Lage weiter (Schmid et al. 2024). Da sich parallel auch die wirtschaftliche Lage der Kommunen deutlich verschlechtert hat, sind für öffentliche Häuser die Chancen, dass Verluste durch die Träger ausgeglichen werden, deutlich limitiert. Bei freigemeinnützigen Trägern führt die Lage zu einer überproportional hohen Insolvenzquote. Die weitgehend zum Erliegen gekommene Privatisierung zeigt, dass auch private Träger kaum Perspektiven für einen nachhaltig wirtschaftlichen Betrieb von aktuell defizitären Kliniken sehen. Der wirtschaftliche Druck auf die Kliniken ist entsprechend bereits heute maximal.

Die Einführung des Pflegebudgets hat die Situation nur vordergründig verbessert. So erscheint es zunächst attraktiv, Kosten vollumfänglich an die Kostenträger weiterreichen zu können. Es gibt jedoch auch massive wirtschaftliche Nachteile. Während unter DRG-Bedingungen durch das

Zusammenspiel von Relativgewicht und Landesbasisfallwert ein positiver Deckungsbeitrag erwirtschaftet werden kann, entfällt diese Chance beim Pflegebudget komplett. Der auf die Pflege entfallende Umsatz ist durch das Pflegebudget margenfrei gestellt. Wie eingangs dargestellt, müssen Krankenhäuser Gewinne erwirtschaften. Wird ein wesentlicher Teil des Umsatzes margenfrei gestellt, steigt der Druck, die notwendigen positiven Deckungsbeiträge in den anderen Bereichen zu realisieren. Zugleich werden nicht die vollständigen Kosten für die Pflege übernommen. Müssen Kliniken beispielsweise auf Leiharbeitskräfte zurückgreifen, werden die Kosten hierfür nur in Höhe der einschlägigen Tariflöhne erstattet. Die Kosten für Leiharbeitskräfte liegen jedoch erheblich über Tariflöhnen. Insbesondere Kliniken, die aufgrund regionaler Arbeitskraftengpässe überproportional auf Leiharbeitskräfte angewiesen sind, leiden entsprechend doppelt: Sie können im Bereich der Pflege keine Rücklagen aufbauen, müssen zugleich überschüssige Kosten selbst tragen (Abbildung 3). Bei genauer Betrachtung ist damit das Pflegebudget als Instrument der Selbstkostendeckung für die Kliniken kein Gewinn, sondern ein wirtschaftliches Problem.

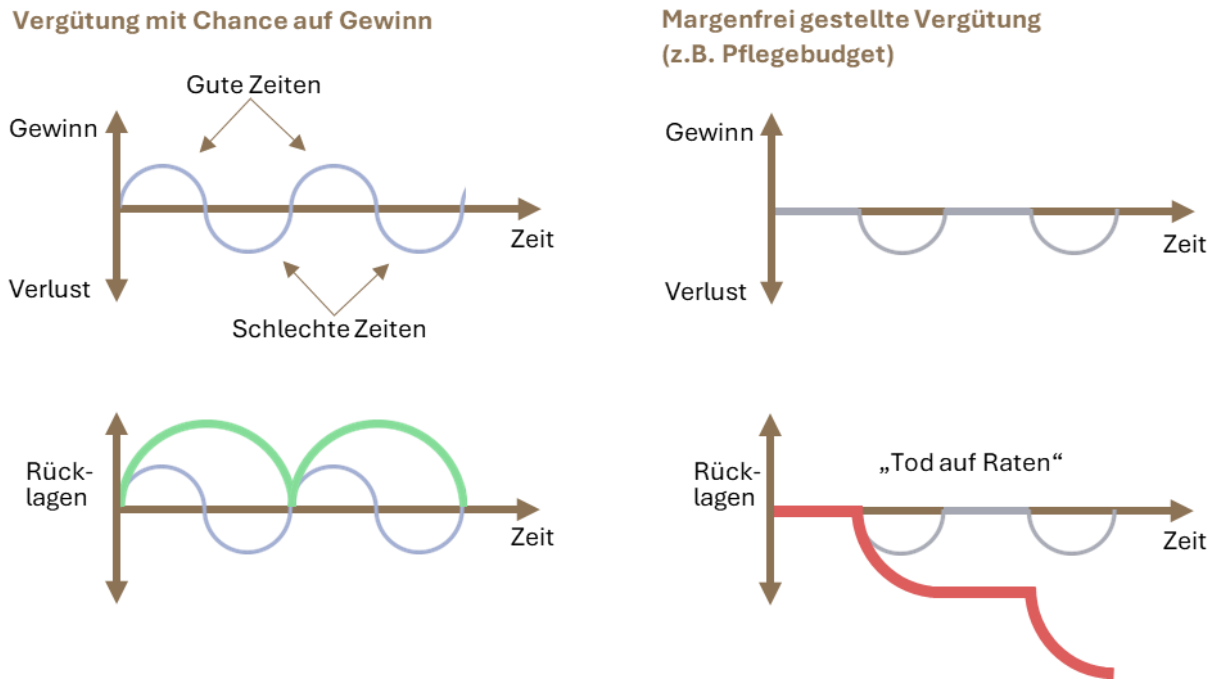
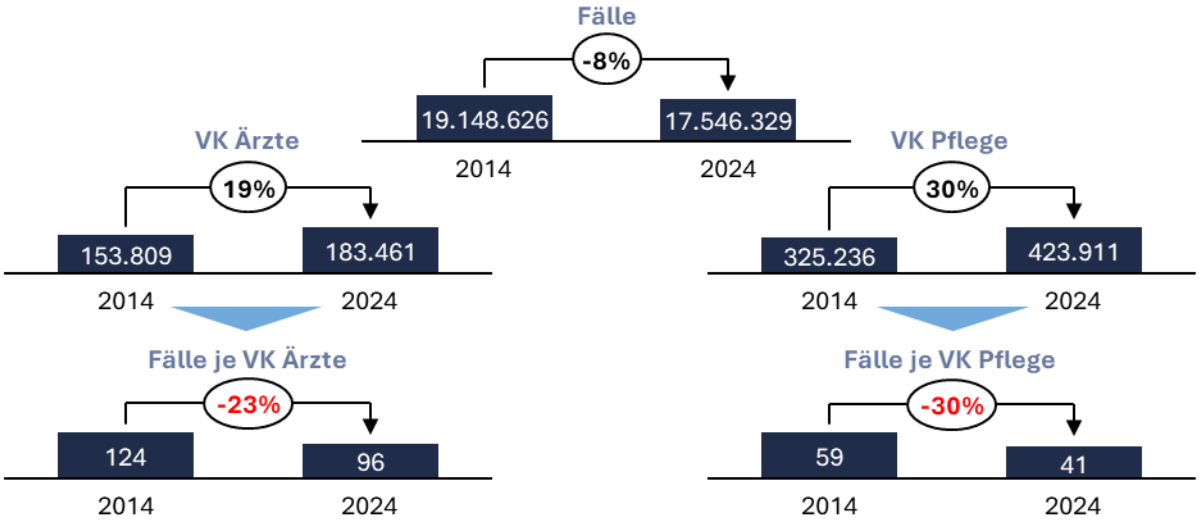


Abbildung 3: Selbstkostendeckung als wirtschaftliches Problem

Quelle: Eigene Darstellung

Blickt man aus betriebswirtschaftlicher Sicht auf die Personalproduktivität, ist festzuhalten, dass die verschiedenen beschriebenen Faktoren inklusive des Fallzahlrückgangs nach der Covid-19 Pandemie zu einem massiven Rückgang geführt haben. Betrachtet man statt der Fälle den Casemix, ist der Rückgang nur geringfügig schwächer. Auch wenn dies eine politisch gewollte Entwicklung darstellt, impliziert dies im Umkehrschluss, dass mit einem gegebenen Personalpool eine erheblich geringere Zahl an Patienten versorgt wird, was bei steigenden Bedarfen und abnehmender Fachkräfteverfügbarkeit zu erheblichen Verteilungsproblemen führen kann (Abbildung 4).



Anmerkung: Personal, umgerechnet in Vollkräfte (VK), sowohl mit als auch ohne direktes Beschäftigungsverhältnis.

Abbildung 4: Entwicklung Fälle, Personal und Produktivität im Krankenhaus inklusive Psychiatrie, 2024 gegenüber 2014

Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025, eigene Darstellung

Wird den Kliniken im Zuge von Sparbemühungen zur Stabilisierung der Beitragssätze ein Teil ihres Erlösvolumens entzogen, ohne zugleich Optionen zur Reduktion von Strukturkosten zu eröffnen, verlagert dies das Defizit der Krankenkassen lediglich auf die Kliniken und vergrößert deren Defizite. Eine Argumentation, dass durch eine damit erzielte Erhöhung des wirtschaftlichen Drucks die Bemühungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in den Kliniken erhöht werden, erscheint nur bedingt zielführend, wenn man die bereits jetzt prekäre Finanzlage betrachtet.

Blickt man auf die Prognosen zur Fachkräftelücke im Bereich der Pflege und berücksichtigt, dass auch heute – trotz Pflegebudget – von Kliniken PpUG-Vorgaben nicht gehalten werden können, wird ebenfalls deutlich, dass die Definition von Strukturvorgaben bei faktischer Unerfüllbarkeit zunehmend ins Leere laufen wird. Dies gilt umso mehr als das sich die personellen und strukturellen Herausforderungen je nach Region, Versorgungsstufe und -portfolio sehr heterogen darstellen und sich kaum auf einen einheitlichen Nenner bringen lassen.

Stellen die Inputfaktoren keine zielführende Steuerungsgröße dar, so ist der Fokus stärker auf das Ergebnis zu richten, mithin die Sicherstellung der Versorgung mit einer bedarfsgerechten Pflegequalität. Den Verantwortlichen vor Ort sind Freiräume zu eröffnen, wie sie durch alternative Lösungsansätze das Ziel erreichen können. Je nach spezifischem Kontext, können die Schlüssel im Personaleinsatz, im Grade- und Skill-Mix, in technologischen Ansätzen oder alternativen Organisationsformen liegen. Entsprechend kritisch ist zu hinterfragen, wenn die Wirkung von Strukturvorgaben wie nun im KHAG (BMG 2026) verbreitert statt auf ein notwendiges Minimum – so werden Strukturvorgaben auf absehbare Zeit in besonders sensiblen Bereichen unverzichtbar bleiben – reduziert werden.

3. Dimensionen zur Bewertung von Alternativen

Wie im Weiteren noch gezeigt wird, sind verschiedenste Ansätze denkbar, wie das Pflegebudget weiterentwickelt werden könnte. Für die Ableitung einer Empfehlung ist ein Bewertungsrahmen erforderlich. Für die vorliegende Ausarbeitung wurden fünf Dimensionen identifiziert, die bei einer Bewertung zu berücksichtigen sind (Abbildung 5).



Abbildung 5: Dimensionen zur Bewertung möglicher Lösungsansätze

Quelle: Eigene Darstellung

Die dominante Dimension ist mit Blick auf die Aufgabenstellung die Begrenzung des weiteren Anstiegs der Kosten für die Pflege in dem Sinne, dass sie keinen Treiber für eine weitere Erhöhung der Beitragssätze darstellt. Positiv zu bewerten sind vor diesem Hintergrund auch Veränderungen, die wieder eine gewisse wirtschaftliche Sensibilisierung herbeiführen. Zugleich besteht kein Anspruch, direkte Einsparungen zu realisieren. Dies gründet primär in der Prämisse, dass das aktuell vorliegende Niveau einer politisch gewünschten Zielvorgabe entspricht.

Die zweite Dimension widmet sich den Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Leistungserbringung der Pflege. Viele Entscheidungen, die eine qualitativ hochwertige Pflege ermöglichen, werden vor Ort in den Kliniken getroffen, beispielsweise durch die Wahl von Organisationsstrukturen, Optimierung von Prozessen, Personalbesetzungen inkl. eines sinnvollen Qualifikationsmixes, Führungsverhalten, Weiterbildung etc. Dies ist nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Von Relevanz ist jedoch, dass die Rahmenbedingungen die notwendigen Voraussetzungen schaffen, auf denen eine qualitativ hochwertige Pflege realisierbar ist. Mit Blick auf die Entwicklung der Pflege unter DRG-Bedingungen ist zu konstatieren, dass die Pflege systembedingt keine Erlösrelevanz hatte und damit vorrangig als zu minimierender Kostenfaktor wahrgenommen wurde. Indirekte Effekte, wie über eine höhere Qualität der Pflege einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Wettbewerbern zu erzielen, konnten dies nicht kompensieren. Es erscheint naheliegend, dass eine langfristige Lösung hier eine Balance herstellen muss, indem der Beitrag der Pflege zur Qualität des Versorgungsergebnisses auch finanziell hinterlegt wird. Einer Outcome-Orientierung ist hierbei – mit Ausnahme hochgradig sensibler Leistungsbereiche – stets der Vorzug gegenüber Strukturvorgaben zu geben. Letztere sind wenig flexibel, hemmen Innovationen und lassen sich nur bedingt auf die stets kontextabhängigen Herausforderungen anpassen. Insbesondere mit Blick auf den sich in den nächsten Jahren noch deutlich verschärfenden Fachkräftemangel ist hier der Raum für unterschiedlichste Lösungsansätze zu öffnen, um das gewünschte Qualitätsniveau zu erreichen. Der Status quo ist hier noch deutlich von einem Idealzustand entfernt, der sich in einer bedarfsgerechten, sicheren, evidenzbasierten und menschlich zugewandten Patientenversorgung zeigt. Konkret erfordert dies u.a. eine fachkompetente Pflegediagnostik, in der die körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten erfasst,

Angehörige einbezogen werden, klinische Entscheidungen über notwendige Pflegeinterventionen getroffen und umgesetzt werden, Pflegefehler durch prophylaktische Maßnahmen vermieden werden, sowie die Wirkung von Pflegemaßnahmen regelmäßig evaluiert wird. Darüber hinaus sollten Pflegefachpersonen die Kontinuität im Versorgungsprozess gewährleisten, beispielsweise durch feste Bezugspflegepersonen, eine kompetente Überleitungspflege sowie das Einbringen der pflegefachlichen Perspektive im interprofessionellen Behandlungsteam (Dobbert et al. 2026; DBfK 2026; PflBG). Im Sinne eines kurzfristigen Ansatzes mit nur temporärer Anwendung ist ein derartiger Idealzustand jedoch nicht der primäre Maßstab. Es gilt jedoch sicherzustellen, dass beispielsweise Mindestbesetzungen weiter gewahrt werden können und in der Tendenz negative Befunde des Status quo verbessert und nicht verschlechtert werden. Hierzu gehören auch weiche Faktoren wie die Attraktivität des Berufsfeldes Pflege, die Vermeidung einer Übertragung fachfremder Tätigkeiten und eine Absicherung gegen eine vorrangig auf die Kosten reduzierte Betrachtungsweise.

In der dritten Dimension soll Eingang finden, inwiefern ein neuer Ansatz die beschrieben Allokationsprobleme adressiert. Das heißt, einem über den Bedarf hinausgehenden Personalaufbau entgegenzuwirken und dadurch mehr personelle Ressourcen für Bereiche zur Verfügung zu haben, die faktisch unterbesetzt sind. Dies gilt sowohl zwischen Kliniken als auch innerhalb von Kliniken. Es ergeben sich dabei auch Schnittmengen zur zweiten Dimension, wenn beispielsweise auch eine optimale Ausgestaltung der Teamproduktion (Skill- and Grade-Mix, Interprofessionalität, Interdisziplinarität etc.) befördert werden soll. Dies wird aktuell durch die nahezu vollständige Refinanzierung einer bestimmten Berufsgruppe massiv verzerrt. Die Verlagerung fachfremder Tätigkeiten in den Bereich der Pflege ist ein Symptom dieser Entwicklung.

Die vierte Dimension stellt auf den bürokratischen Aufwand der Umsetzung des Pflegebudgets insbesondere im Kontext der Budgetverhandlungen ab. Von den Krankenhäusern müssen im Vorfeld der Verhandlung umfangreiche Unterlagen zum Pflegebudget erstellt werden. Insbesondere bei prospektiven Budgetverhandlungen bedeutet es großen Arbeitsaufwand, abzuschätzen, wie sich die Zahl der Vollkräfte und die Personalkosten pro Vollkraft entwickeln werden. In der eigentlichen Verhandlung verursacht es dementsprechend auch großen Aufwand, über noch nicht endgültig feststehende Zahlen zu debattieren. Die Vorbereitung und Erstellung von Testaten produzieren Kosten ohne tatsächlich Aussagekraft für die Arbeitsbedingungen bzw. die Qualität der Pflege ableiten zu können. In einer Phase, in der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ein weiterer Aufwuchs an Bürokratie und administrativem Aufwand zu konstatieren ist und personelle, auf die Qualität der Versorgung einzahlende Ressourcen knapp sind, erscheint dies für alle Beteiligten von besonderer Bedeutung.

Die fünfte Dimension setzt der Kreativität praktische Grenzen. Vieles was wünschenswert und denkbar wäre, lässt sich nicht in kurzer Frist umsetzen. Entsprechend ist diese Dimension ein rein pragmatischer Filter, der implizit einfache und leicht umsetzbare Lösungen priorisiert. Entsprechend lässt sich hieraus aber auch schließen, dass die abgeleitete, kurzfristige Empfehlung keinen Maßstab für eine langfristige Lösung darstellt.

4. Handlungsempfehlung für ein kurzfristig umsetzbare Weiterentwicklung des Pflegebudgets

4.1. Handlungsraum

Die Optionen für den Umgang mit dem Pflegebudget lassen sich zwischen den Polen „Fortschreibung des Status quo“ und „Vollständige Rückkehr in die DRG-Logik“ einordnen. Während die Fortschreibung des Status quo aufgrund der einleitend dargestellten Lage und des sehr dynamischen Entwicklungspfads nicht haltbar ist, wäre auch eine vollständige Rückkehr ins DRG-System nicht zielführend.

Lösungsversuche, die nicht an der grundsätzlichen Anreizproblematik der Selbstkostendeckung ansetzen, führen zu einer massiven Erhöhung des Dokumentations- und Kontrollaufwandes, ohne das eigentliche Problem zu adressieren. Hierzu zählen Versuche wie die stärkere Differenzierung verschiedener Tätigkeiten und eine selektive Ein- bzw. Ausgliederung dieser aus dem Budget.

Wird lediglich die Wachstumsrate des Budgets z.B. auf Höhe des Veränderungswertes gekappt bzw. gedeckelt, müssten Mechanismen zur Differenzierung von Krankenhäusern mit aktuell zu niedriger oder zu hoher Personalausstattung gefunden werden. Sonst würde die im Status quo bestehende Fehlallokation lediglich fortgeschrieben.

Ein ersatzloses Streichen der pflegeentlastenden Maßnahmen (PEM) würde dem Krankenhaussektor Geld entziehen. Die Sinnhaftigkeit einer derartigen Maßnahme wäre mit Blick auf die allgemeine wirtschaftliche Lage der Kliniken kritisch zu hinterfragen. Die pflegentlastenden Maßnahmen haben seit Einführung des Pflegebudgets eines der größten Streitthemen in den Budgetverhandlungen dargestellt, da nicht eindeutig geklärt war, was genau eine pflegeentlastende Maßnahme darstellen kann. Insbesondere in der Anfangszeit der Pflegebudgets wurden hier seitens der Häuser oft Maßnahmen gefordert, über deren Sinnhaftigkeit gestritten werden konnte und auch heutzutage lässt sich nicht eindeutig sagen, dass alle im Rahmen der PEM finanzierten Maßnahmen dem Willen des Gesetzgebers entsprechen. Erfahrungswerte zeigen jedoch, dass sich die Vertragsparteien auf Ortsebene seit 2020 auf Maßnahmen verständigt haben, welche sowohl von beiden Seiten für sinnvoll erachtet werden und die Krankenhäuser die Mittel heutzutage für gut durchdachte Maßnahmen nutzen. Es ist davon auszugehen, dass diese Erfahrungen dazu beigetragen hat, den Betrag gesetzlich auf pauschal 2,5% festzuschreiben. Da viele Häuser diese Mittel heutzutage zur Förderung sinnvoller, innovativer Maßnahmen nutzen, die oft mit laufenden Kosten verbunden sind und die angespannte personelle Situation im Bereich der Pflege nachhaltig verbessern, erscheint es als kontraproduktiv, diese Mittel ersatzlos zu streichen. Da jedoch auch keine Garantie für eine sachgerechte Mittelverwendung besteht, ist die fehlende Preissensitivität problematisch.

Aus ökonomischer Sicht wäre statt der Selbstkostendeckung im Bereich der Pflege eine Co-Finanzierung aus Mitteln der Krankenhäuser sinnvoll, um wieder eine Sensibilisierung für die Kosten der Personalvorhaltung zu erreichen. Selbst bei einem einheitlichen Prozentsatz würde dies bei Umsetzung auf Basis krankenhausindividueller Budgets den Aufwand eher weiter erhöhen. Eine prospektive Ausgliederung des Eigenanteils in die DRG wäre in einem derartigen Setting zudem nicht trivial umsetzbar.

Als Instrumente zur Ermittlung einer objektiv angemessenen Pflegepersonalausstattung eignen sich weder PpUG noch PPR 2.0 / 2.x. Die Limitationen sind vorangehend beschrieben. Werden sie dennoch als Proxy für eine Annäherung an Personalbedarfe genutzt, sind diese Einschränkungen zu berücksichtigen und transparent darzulegen.

4.2. Eckpunkte

Mit der vorgeschlagenen und im Folgenden detailliert dargestellten Weiterentwicklungsoption werden ein Teil des Pflegebudgets sowie der für die Etablierung pflegeentlastender Maßnahmen aufgewendete Betrag wieder in die DRG zurückgeführt (Abbildung 6). Dies führt einerseits dazu, dass ökonomische Überlegungen bei Entscheidungen zum Personalaufbau nicht mehr komplett ausgeblendet werden und ein gewisses Maß an Preissensitivität wieder Eingang in Personalentscheidungen hält. Andererseits bleibt ein für die Gewährleistung sicherer Pflege auskömmlicher Betrag garantiert, der durch die pflegepersonalbezogenen DRG-Anteile weiter aufgestockt wird.

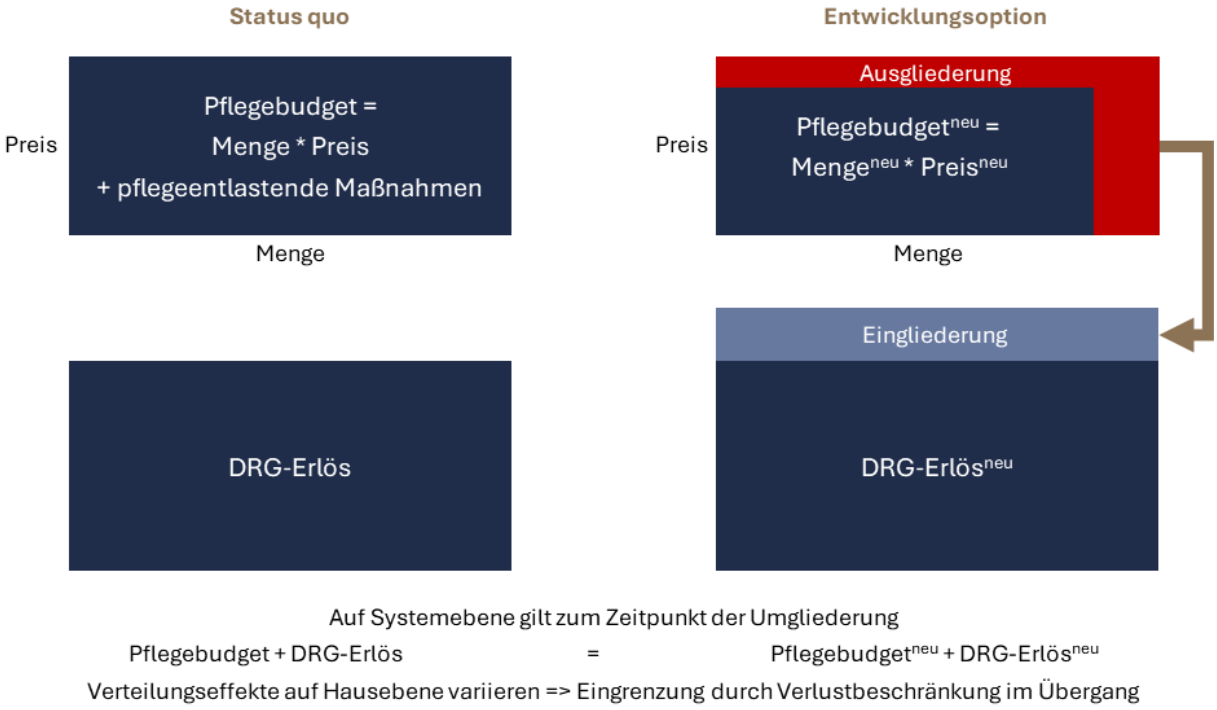


Abbildung 6: Schematische Darstellung des Grundgedankens für die Weiterentwicklung

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Bemessung des Pflegebudgets wird ein radikal einfacher Ansatz gewählt, der einen hohen Pauschalierungsgrad aufweist und hierfür – trotz aller diskutierten Limitationen – an der PpUG sowie einem kalkulatorischen Entgelt ansetzt. Das Pflegebudget wird von zwei Zahlen abhängig gemacht, welche beide kein Verhandlungstatbestand sind: Zum einen der sich aus der PpUG-Jahresmeldung ergebende Mindest-VK-Wert, erhöht um einen festzulegenden bundesweit einheitlichen Multiplikator, sowie das durchschnittliche Jahresgehalt einer Vollkraft in Tarifgruppe TVöD-Entgeltgruppe P 8 (Stufe 3), ebenfalls erhöht um einen festzulegenden bundesweit einheitlichen Multiplikator. Zukünftig soll sich das Pflegebudget aus diesen beiden Eckdaten errechnen. Die Multiplikatoren sind so festzulegen, dass die aggregierten Pflegebudgets der Häuser durch diese Neuregelung unter dem Niveau des Pflegebudgets im Status quo liegen. Das Residuum inklusive des Betrags für die pflegeentlastenden Maßnahmen wird wieder in die DRG eingegliedert. Die exakte Höhe der Multiplikatoren wäre im Weiteren noch zu validieren, da nicht alle

relevanten Daten öffentlich zugänglich und damit für dieses Gutachten verfügbar waren. Die im Folgenden genutzten Größen sind entsprechend als erste, vorläufige Orientierungswerte zu interpretieren. Um das Missbrauchsrisiko zu reduzieren, wird ein vereinfachtes Testat zum sachgerechten Mitteleinsatz eingeführt, wodurch das krankenhausspezifische Pflegebudget auf die realen Pflegepersonalkosten beschränkt wird. Dies schränkt auch das Risiko ein, dass Kliniken mit einem niedrigeren oder gänzlich ohne Tarifvertrag hiervon unlauter profitieren.

Im Ergebnis wird damit verhindert, dass die Entwicklung der Kosten für die Pflege im Krankenhaus durch einen Personalaufbau getrieben werden kann, dem keine entsprechende Leistung gegenübersteht. Allein eine Veränderung der Leistungsmenge kann über die daraus abgeleiteten PpUG-Bedarfe die Mengenkomponente des neuen Budgets beeinflussen. Dies gilt auch für die in die DRG zurückverlagerten Anteile. Wird durch Maßnahmen wie die Einführung der Hybrid-DRG eine weitere Reduktion der Belegtage erreicht, wirkt sich auch dies aus. In der Preiskomponente wäre die Entwicklung auf die Entwicklung der Tariflöhne festgelegt. Durch die Effizienzanreize im Bereich der in die DRG verlagerten Vergütungsanteile wird sich mittelfristig auch eine weitere Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ergeben. Die Lösung wäre administrativ mit einem deutlichen Abbau von Transaktionskosten verbunden und würde die Budgetverhandlungen erheblich erleichtern. Allerdings entsteht durch die Wiedereingliederung eines Teils des Pflegebudgets ein (weitestgehend einmaliger) Zusatzaufwand beim InEK. Auch können nicht alle Fehlanreize beseitigt werden. Entsprechend wichtig ist es, dieses Instrument als Übergangslösung zu verstehen und nach einer möglichst kurzen Frist von wenigen Jahren durch eine nachhaltige Alternative abzulösen.

4.3. Konkrete Umsetzung

Eine Umsetzung zum 1.1.2027 ist ambitioniert, wäre aber bei einem effizient abgewickelten Gesetzgebungsverfahren denkbar. Im November 2026 veröffentlicht das InEK den DRG-Katalog des Jahres 2027, basierend auf den § 21-Daten des Jahres 2025. Da im Jahr 2027 aufgrund der Neuregelung die Pflegebudgets der Häuser sinken werden, werden die DRG-Bewertungsrelationen steigen, da die Beträge, die aus dem Pflegebudget ausgegliedert werden, wieder in die DRGs eingegliedert werden. Abbildung 7 illustriert den Fahrplan zur Umsetzung des neuen Pflegebudgets.

Das InEK verfügt selbst über alle dafür notwendigen Daten: Die Krankenhäuser senden ihm sowohl ihre PpUG-Jahresmeldungen als auch ihre Pflegebudget-Testate und Vereinbarungen. Sobald eine Neuregelung also gesetzlich fixiert wäre, könnte das InEK die Auswirkungen auf die Pflegebudgets anhand von bereits vorliegenden Daten ermitteln und daher auch die Höhe der Aufwertung der DRGs ermitteln.

Bis zum 31.12.2026 reichen Krankenhäuser ihre Forderungsunterlagen für das Jahr 2027 ein. Ein Teil dieser Unterlagen wird eine Pflegebudget-Forderung für das Jahr 2027 sein, die auf der PpUG-Meldung 2025 basiert, da zu diesem Zeitpunkt noch keine PpUG-Meldung 2026 vorliegt.

Die Pflegebudget-Forderung basiert auf einer Mengen- und einer Preiskomponente. Die Mengenkomponente ergibt sich aus dem Mindest-VK-Wert der PpUG-Meldung 2025, erhöht um den eingangs angesprochenen Multiplikator, welcher für alle Häuser gleich ist. Die mit der Mengenkomponente zu multiplizierende Preiskomponente ergibt sich aus einem kalkulatorisch festgelegten Gehalt pro VK, welches ebenfalls für alle Häuser gleich ist. Dieses Gehalt soll auf dem Gehalt einer Vollkraft in der TVöD-Entgeltgruppe P 8 (Stufe 3) basieren und wird auf Bundesebene festgelegt.

Auch für die Preiskomponente ist ein Multiplikator möglich, der unter anderem übliche Zuschlagsquoten berücksichtigt.

Auf Basis dieser beiden Werte errechnet sich für jedes Haus ein vorläufiges Pflegebudget für das Jahr 2027. Die Berechnung erfolgt automatisch und ohne jedwede Art von Verhandlung, da beide Zahlen eindeutig feststehen und allen Vertragsparteien vorliegen. Sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen erhalten dadurch Planungssicherheit.

Gleichzeitig werden sowohl das erstmalige neue Pflegebudget als auch der DRG-Katalog des dazugehörigen Jahres auf Daten des Jahres 2025 basieren, es herrscht also Kongruenz innerhalb des Systems. Die Abfinanzierung des neuen Pflegebudgets würde weiterhin über den Pflegeentgeltwert und die Pflegebewertungsrelationen erfolgen, da es sich hierbei um bewährte Systeme handelt.

Sobald im Jahr 2028 die PpUG-Jahresmeldung des Jahres 2027 vorliegt, kann anschließend das endgültige Pflegebudget des Jahres 2027 bestimmt werden. Daraufhin wird anhand der Differenz zwischen vorläufigem Pflegebudget und endgültigem Pflegebudget ein Ausgleich ermittelt, der sowohl zugunsten als auch zulasten der Häuser ausfallen kann.

Sollte sich eine Umsetzung zum 1.1.2027 als nicht realisierbar darstellen, müsste der Start um ein Jahr auf den 1.1.2028 verschoben werden.

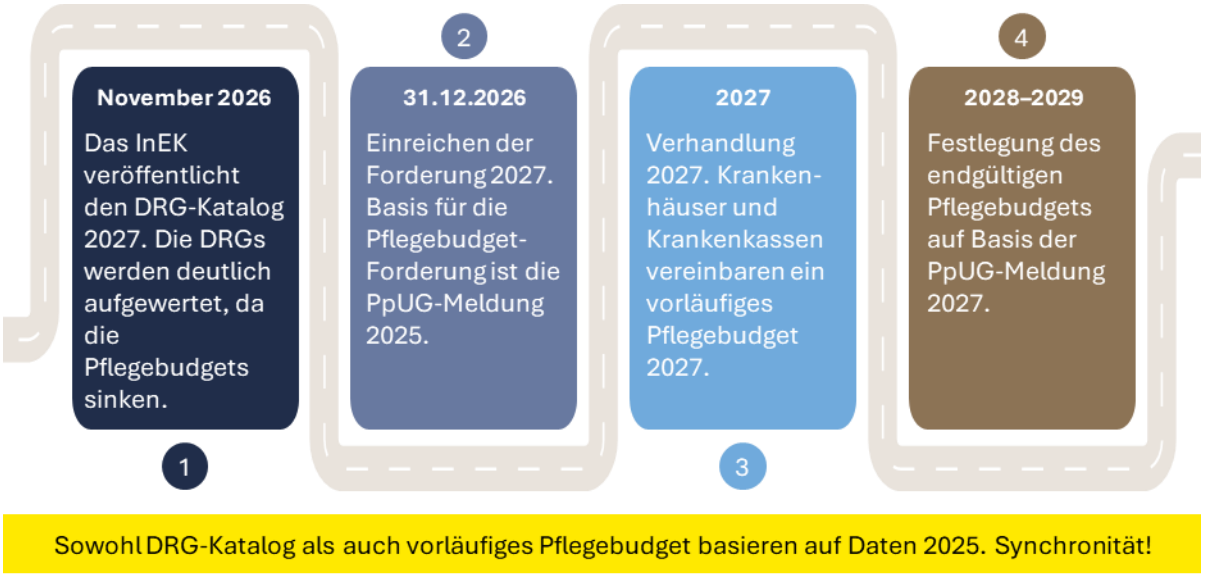


Abbildung 7: Fahrplan zur Umsetzung des neuen Pflegebudgets

Quelle: Eigene Darstellung

4.4. Budgetverlustbegrenzung als Härtefallregel

Wie bei jeder Umstellung wird es – auch wenn die Umstellung auf Systemebene nicht zu einer Reduktion des Finanzvolumens führt – zu Umverteilungseffekten zwischen den Häusern kommen. Dabei lässt sich nicht pauschal herleiten, wer profitiert und wer nicht. Während im Bereich der PpUG keine Schwergradjustierung vorgenommen wird, kann sich ein überproportionaler Pflegeaufwand bei komplexen Fällen in der DRG-Komponente durchaus abbilden. Um ökonomischen Härtefällen entgegenzuwirken soll – ähnlich wie bei Einführung des Pflegebudgets – eine Budgetverlustbegrenzung eingeführt werden. Diese könnte am Gesamtbudget oder am Pflegeerlös aus Pflegebudget und Pflege-DRG-Erlös ansetzen. Sollte das Ergebnis für ein Haus im neuen

System um mehr als einen bestimmten Prozentsatz niedriger ausfallen als im alten System, erhält das Haus jenseits der üblichen Ausgleichsregelung einen gesonderten Ausgleich.

Die Wirkung kann an folgendem Beispiel illustriert werden: Ein Haus hat im Jahr 2026 ein Gesamtbudget von 100.000.000 €, das sich zusammensetzt aus einem Pflegebudget in Höhe von 20.000.000 € und einem Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 in Höhe von 80.000.000 €. Bei einer Budgetverlustbegrenzung von 5% würde dies bedeuten, dass ein Haus einen gesonderten Ausgleich erhält, wenn sein Budget im Jahr 2027 weniger als 95.000.000 € beträgt, also um mehr als 5.000.000 € niedriger ist als das Budget im Ausgangsjahr. Dieser Ausgleich wäre in dem Fall genau so hoch, dass das neue Gesamtbudget des Hauses inklusive des Ausgleichs 95.000.000 € beträgt.

Zu treffen wäre hier noch eine Regelung, welche Sondereffekte aus der Betrachtung ausschließt. Die Budgetverlustbegrenzung soll ausschließlich Effekte aus der Neuregelung des Pflegebudgets betreffen. Wenn beispielsweise aus krankenhausplanerischen Gründen – wie dem Entzug von Leistungsgruppen – Budgets sinken, darf dies nicht in die Berechnung eingehen.

4.5. Ermittlung der Mengen- und Preiskomponente

4.5.1. Methodisches Vorgehen für die Mengenkomponente

Bei den beiden Komponenten, aus denen sich das neue Pflegebudget zusammensetzt, also dem VK-Wert (Mengenkomponente) und dem Gehalt (Preiskomponente), sind verschiedene Varianten denkbar.

Für den im Rahmen der VK-Ermittlung anzusetzenden Multiplikator würde ein Faktor von 1,0 bedeuten, dass der VK-Wert genau den Mindest-VK aus der PpUG-Meldung entspricht. Er sollte maximal so hoch sein, dass im Vergleich zum Status quo keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Ein Faktor von 1,0 wäre zu niedrig, da er zu wenig Spielraum für eine zur Erfüllung der PpUG ausreichende Personalausstattung lassen würde. Gleichzeitig erscheint ein Faktor von beispielsweise 2,0 als zu hoch, da der sich daraus ergebende VK-Wert wahrscheinlich in vielen Häusern höher wäre als der VK-Wert, der dem Haus über das aktuelle Pflegebudget refinanziert wird.

Eine Möglichkeit zur Ermittlung des Faktors ist es, die Ist-VK aus den Pflegebudget-Testaten mit den Mindest-VK aus den PpUG-Jahresmeldungen abzugleichen. Für das Jahr 2024 liegen von insgesamt 1.318 Häusern sowohl PpUG-Jahresmeldungen als auch Pflegebudget-Testate vor.

Exkurs – Erläuterungen zur PpUG

Die Fachkraftvorgabe bezeichnet hier die Regelung aus § 6 Abs. 3 der PpUGV: „Führt die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen zu dem Ergebnis, dass für die auf einer Station oder in einer intensivmedizinischen Behandlungseinheit zu versorgenden Patientenanzahl weniger als eine Pflegekraft vorgehalten werden müsste, ist die Anwesenheit mindestens einer Pflegefachkraft sicherzustellen.“ Die Berücksichtigung dieser Quote führt dazu, dass mehr Vollkräfte benötigt werden, als rein nach der Patientenzahl benötigt werden würden.

Die VK-Anzahl wird berechnet, indem die Stunden, welche zur Erfüllung der PpUG benötigt werden, in VK umgerechnet werden. Für die Netto-Jahresarbeitszeit einer Pflegefachkraft kann – nach Abzug von Urlaub, Feiertagen und Ausfallzeiten für Fortbildung oder bei Krankheit – beispielsweise von 1.600 Stunden ausgegangen werden.

In der PpUG existieren Vorgaben dafür, wie viele Patienten auf einer bestimmten Station in entweder der Tag- oder Nachtschicht auf eine Pflegekraft kommen dürfen. Für die Tagschicht ist eine Dauer von 16 Stunden hinterlegt und für die Nachtschicht eine Dauer von 8 Stunden. Aus den festgelegten Stunden pro Schicht und der benötigten Menge an Pflegekräften pro Schicht pro Station lässt sich ermitteln, wie viele Stunden benötigt werden. Werden beispielsweise auf einer Station in der Tagschicht für die vorhandenen Patienten 3 Pflegekräfte benötigt, entspricht dies 48 Stunden. Anhand dieser addierten Stundenzahlen lässt sich eine Gesamtstundenzahl ermitteln, welche sich wiederum anhand der Jahresarbeitszeit in Stunden pro VK in VK umrechnen lässt.

Von diesen VK kann Teil VK Pflegehilfskräfte im Sinne der PpUG sein. Im Residuum ergibt sich die VK-Zahl für Pflegefachkräfte im Sinne der PpUG. Pflegefachkräfte im Sinne der PpUG sind 3-jährig examinierte Pflegefachfrauen und -männer (beziehungsweise gleichwertige Qualifikationen); zu den Pflegehilfskräften im Sinne der PpUG gehören mindestens 1-jährig ausgebildete Pflegehilfskräfte, medizinische Fachangestellte, anästhesietechnische Assistenten und Notfallsanitäter. Zusätzlich können auf Stationen der Gynäkologie und Geburtshilfe auch Hebammen wie Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Pflegehilfskräfte dürfen, je nach Schicht und Fachabteilung, zu einem Anteil zwischen 0% und 20% angerechnet werden. Es ist also nicht möglich, eine komplette Schicht mit Pflegehilfskräften zu besetzen, doch sie können punktuell eingesetzt werden, um die Pflegefachkräfte zu entlasten.

Bei den 1.318 Häusern ergibt sich unter der Berücksichtigung der Fachkraftvorgabe eine Mindest-VK-Anzahl für die PpUG. Anhand der addierten Stundenzahlen lässt sich eine Gesamtstundenzahl ermitteln, welche sich wiederum mit einer angenommenen Jahresarbeitszeit von 1.600 Stunden pro VK in 201.061 VK umrechnen lässt (WIdO 2026, eigene Berechnungen, die angenommene Stundenzahl pro VK berücksichtigt übliche Urlaubs- und Ausfallzeiten). Da die PpUG derzeit näherungsweise nur 93,5% der gesamten stationären Behandlungsfälle abdeckt (DKG und GKV-SV 2024), ergibt sich aus den 201.061 VK bei einer Hochrechnung auf eine 100%-ige Abdeckung eine Mindest-VK-Zahl in Höhe von 215.039 VK zur Abdeckung der PpUG-Vorgaben in allen deutschen Krankenhäusern (WIdO 2026, eigene Berechnungen). Die Option, im Rahmen der Vorgaben auch Pflegehilfskräfte zur Erfüllung der PpUG anrechnen zu dürfen, bleibt davon unberührt. Zum Zwecke der Vereinfachung und eines mit Blick auf den gewählten Ansatz fehlenden Mehrwertes fließt diese Differenzierung allerdings nicht in die Kalkulation ein.[5] Der Fokus liegt damit ausschließlich auf den Pflegefachkräften.

Dem gegenüber steht die Gesamtzahl an Ist-VK des Jahres 2024, welche sich aus den übermittelten und beim InEK veröffentlichten Pflegebudget-Testaten (InEK 2026) ableiten lässt. Hierbei handelt es sich, wenn man die Fachkräfte mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis berücksichtigt, um insgesamt 292.273 VK.

Der Quotient aus den Ist-VK, die sich aus den Pflegebudget-Testaten ergeben, und den Mindest-VK zur Erfüllung der PpUG liegt also bei 292.273/215.039 = 1,36.

Auf jede VK Pflegefachkraft, welche zur Erfüllung der PpUG benötigt wird, kommen aktuell also 1,36 VK Pflegefachkraft im Pflegebudget. Die Obergrenze für den Multiplikator der VK, welcher

[5] Von den daraus resultierenden 201.061 VK können insgesamt bis zu 15.821 VK Pflegehilfskräfte im Sinne der PpUG sein. Die Mindestanzahl für Pflegefachkräfte im Sinne der PpUG liegt damit bei 185.240 VK. Für die weitere Rechnung wird jedoch nur auf die 201.061 VK abgestellt, d.h. unterstellt, dass die Quote rein durch Pflegefachkräfte abgedeckt wird.

zur Ermittlung des neuen Pflegebudgets genutzt werden soll, würde also bei 1,36 liegen, sofern eine ebenfalls durchschnittliche Preiskomponente hinterlegt wird. Ein höherer Multiplikator würde dazu führen, dass die Krankenhäuser insgesamt ein Pflegebudget für mehr VK erhalten, als sie beschäftigen. Da zur Kostensensibilisierung jedoch eine partielle Rückgliederung des Pflegebudgets in die DRG angestrebt wird, muss der Faktor unter 1,36 liegen.

Wird der Faktor beispielsweise bei 1,15 angesetzt, würden den zur Erfüllung der PpUG benötigten 215.039 VK insgesamt kalkulatorisch 247.295 VK gegenüberstehen, die den Häusern über das neue Pflegebudget refinanziert werden würden. Die übrigen 44.978 VK im Bereich der Pflege würden wieder Bestandteil des DRG-Systems werden. In Summe wird den Krankenhäusern durch diese Umgliederung entsprechend kein Geld entzogen. Es ergeben sich jedoch Umverteilungseffekte, da die Ausschüttung über die DRG eher der Leistungsmenge und weniger dem realen Personalbestand folgt.

Der hier genannte Faktor ist lediglich ein Beispiel und kann – auch abhängig davon, wie stark die Steuerungswirkung akzentuiert werden soll – variiert werden. Bewegt man sich Richtung der PpUG-Untergrenze (Multiplikator gleich eins), wird ein größerer Teil in die DRG verlagert und der ökonomische Effizienzanreiz wirkt stärker. Wichtig ist, dass der Faktor nicht zu hoch – d.h. das aktuelle Pflegebudget übersteigend – angesetzt wird. Basierend auf den Daten des Jahres 2024 muss der der Faktor unter 1,36 liegen.

4.5.2. Alternative Bemessung der Mengenkomponente auf Basis der PPR 2.x

Statt der PpUG könnte beispielsweise auch die PPR 2.x zur Bestimmung des Multiplikators verwendet werden. Auch wenn auch die PPR 2.x nicht geeignet wäre, eine objektiv angemessene Pflegepersonalausstattung zu ermitteln, wäre sie besser geeignet als die PpUG eine angemessene Differenzierung des Pflegebedarfs zwischen den Kliniken abzubilden. Sie könnte dementsprechend im Sinne eines Verteilungsmaßstabs und Verwendung eines Erfüllungsgrades genutzt werden. Da die Fertigstellung der PPR 2.x aktuell aber noch nicht verbindlich vorhergesagt werden kann und entsprechend auch noch keine konkreten Zahlen vorliegen, kommt sie für eine kurzfristig umsetzbare Lösung zumindest nach aktuellem Stand nicht in Frage.

4.5.3. Methodisches Vorgehen für die Preiskomponente

Für die Preiskomponente wurde die TVöD-Entgeltgruppe P 8 (Stufe 3) angenommen, um ein ausreichend hohes durchschnittliches Qualifikationsniveau des im Rahmen des neuen Pflegebudgets eingesetzten Pflegepersonals zu refinanzieren. In der Realität werden beispielsweise auf Intensivstationen wahrscheinlich mehr VK in einer höheren Gruppe eingesetzt, wohingegen auf Normalstationen auch VK aus niedrigeren Gruppen eingesetzt werden.

Nicht berücksichtigt in dieser Systematik sind Zuschläge für beispielsweise Arbeit am Wochenende oder in der Nacht. Hierzu müsste, um auch die Kosten hierfür abzudecken, auch beim Gehalt ein Multiplikator eingesetzt werden, welcher das angenommene Gehalt in TVöD-Entgeltgruppe P 8 Stufe 3 weiter erhöht. Zur finalen Bestimmung dieses Multiplikators wären weitere Analysen zur Gehaltsstruktur notwendig. Diese würde die Zielstellung dieses Beitrags übersteigen; die exakte Höhe des Multiplikators hat jedoch keine grundlegenden Auswirkungen auf das hier vorgeschlagene System. Wird auf einen Multiplikator verzichtet bzw. liegt er – was im Sinne des Ansatzes zu empfehlen wäre, zumindest leicht unter den realen durchschnittlichen Zuschlägen –, bleibt der hierfür notwendige Betrag nicht unberücksichtigt. Er wird lediglich nicht über das Pflegebudget, sondern über die DRG abgegolten.

Das Monatsgehalt einer Pflegekraft in TVöD-Entgeltgruppe P 8 Stufe 3 im Jahr 2025 beträgt ohne Zuschläge 3.757,59 €. Zur Berechnung des Jahresgehalts muss dieser Wert mit dem Faktor 12,85 multipliziert werden (Aufgrund von Urlaubs- und Weihnachtsgeld), das Arbeitnehmer-Jahresgehalt beträgt also 48.285 €. Für den Arbeitgeber-Anteil kann ein Zuschlag von 21% angenommen werden, womit das Arbeitgeberbrutto-Jahresgehalt bei 58.424 € liegt. Hier fehlen noch Zulagen für beispielsweise Arbeit in der Nacht oder am Wochenende, wofür eine weitere Steigerung um 25% angenommen wird. Damit liegt das jährliche Arbeitgeberbrutto inklusive sämtlicher Zulagen für eine Pflegekraft in TvÖD Entgeltgruppe P 8 Stufe 3 im Jahr 2025 bei 73.031 €.

Dieser Wert liegt sehr nah am Durchschnittsgehalt der Berufsgruppen 1-10 im Pflegebudget (also inklusive Hilfskräfte, aber ohne sonstige Berufe und Personen ohne Berufsabschluss), welches im Jahr 2024 bei 73.316 € lag.

4.5.4. Nachweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung

Um Fehlanreizen entgegenzuwirken, wird empfohlen, dass die Häuser ein Testat über die zweckentsprechende Mittelverwendung anfertigen lassen müssen. Dieses Testat wäre allerdings deutlich weniger komplex als die derzeitigen Testate im Rahmen des Pflegebudgets.

Der testierende Wirtschaftsprüfen muss nur die verbuchten Kosten für das Pflegepersonal, welches im Rahmen der PpUG eingesetzt wurde, mit dem Wert des Pflegebudgets abgleichen. Falls das Haus mindestens das endgültige Pflegebudget des Jahres für Pflegepersonal ausgegeben hat, entsteht aus dem Testat kein weiterer Handlungsbedarf. Falls die zweckentsprechende Mittelverwendung jedoch nicht nachgewiesen werden kann, also das Haus weniger als das endgültige Pflegebudget für Pflegepersonal verwendet hat, müsste es die zu viel erhaltenen Beträge an die Kostenträger zurückzahlen.

Es besteht damit zweifelsohne ein Anreiz das Pflegepersonal in Richtung dieser Grenze abzusenken. Sie bildet jedoch eine Sicherungslinie, die den Ansatz deutlich vom klassischen DRG-System unterscheidet. Mit Blick auf ein Abwägen der Ziele im Sinne einer kurzfristigen Lösung erscheint dies als ein pragmatischer Kompromiss.

4.6. Bewertung

4.6.1. Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung

Das derzeitige Pflegebudget ist in den letzten Jahren über alle Krankenhäuser betrachtet kontinuierlich stark gestiegen. Die gesamten testierten Personalkosten des Pflegebudgets, welche beim InEK nach § 6a Abs. 3 S. 6 KHEntgG veröffentlicht werden, lagen im Jahr 2022 über alle Häuser, deren Daten veröffentlicht wurden, bei 21,1 Mrd. Euro. Im Jahr 2023 stieg dieser Betrag auf 23,1 Mrd. Euro und im Jahr 2024 auf 25,6 Mrd. Euro. Im Schnitt bedeutet dies eine Steigerung um 10,7% pro Jahr.

Dem gegenüber stehen beispielsweise die GKV-Ausgaben für Pflege aus Tabelle 1 (Kapitel 1.1). Hier beträgt die Steigerung 10,8%, also ein sehr ähnlicher Wert wie die 10,7%, welche sich aus der Entwicklung der testierten Kosten ergeben. Zur Einordnung sei noch auf die Zahlen aus Abbildung 2 verwiesen, welche die Steigerungen der Pflegebudgets von 2020 bis 2024 nur für eine Stichprobe von 969 Häusern darstellt und den Schwerpunkt auf die Unterteilung des Gesamtbetrags in die einzelnen Komponenten legt. Hier liegt die durchschnittliche Steigerung pro Jahr bei lediglich 8,18%. Für die Bewertung des realisierten Gesamteffekts sind die beiden erstgenannten Werte jedoch sachgerecht. Unterstellt man entsprechend für die letzten Jahre eine

durchschnittliche Steigerung von rund 10% und nimmt an, dass dieser Trend bei unveränderter Anreizsituation entsprechend anhält, würde dies unabhängig von einer positiven Entwicklung der Fallzahlen oder Belegtage jährliche Kostensteigerungen von über 2,5 Mrd. Euro implizieren.

Dem gegenüber stünden im Rahmen der Neuregelung deutlich geringere Beträge. Beim zuvor angesprochenen Faktor von 1,15 auf die PpUG-Mindestvorgabe wären dies 247.295 VK (=1,15 * 215.039 VK), die den derzeit 292.273 VK in den Pflegebudget-Testaten gegenüberstehen. Beim in Abschnitt 4.5.3 angenommenen Gehalt von 73.031 € pro Jahr würde der Gesamtbetrag des Pflegebudgets damit nur noch bei 18,1 Mrd. Euro liegen (247.295 VK * 73.031 € pro VK). Im Vergleich zu den 25,6 Mrd. Euro testierten Pflegepersonalkosten 2024 ist dies eine Reduktion um 29%. Das Residuum würde in die DRG überführt. Bezogen auf das Gesamtsystem ist dieser Schritt zunächst budgetneutral. Die finanziellen Effekte ergeben sich durch die vom Status quo abweichenden Entwicklungsraten (s.u.) und die wieder wirkenden Effizienzanreize.

Für die Frage, ob die Entwicklung der Pflegekosten sich künftig weiter erhöhend auf die Beitragssätze auswirkt, ist die Entwicklung der Pflegekosten im Vergleich zur Entwicklung der Grundlohnsumme zu betrachten.

Für beide Dimensionen gilt, dass die aktuellen wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen exakte Prognosen deutlich erschweren. Im Folgenden soll deshalb ein grober Korridor aufgespannt werden, der sich aus Sicht der Finanzlage der GKV mit einem positiven, einem neutralen und einem negativen Szenario beschreiben lässt. Die Werte für die einzelnen Parameter werden zum Teil aus längerfristigen Durchschnitten, zum Teil aus aktuellen Zahlen oder aus üblichen Erfahrungswerten abgeleitet und stellen Annahmen dar (Tabelle 2).

Tabelle 2: Annahmen für Szenarien zu den Auswirkungen auf die Finanzen der GKV

	Negativ	Neutral	Positiv
Grundlohnsumme	2,6%	**3,0%**	3,2%
Pflegebudget neu			
Belegungstage	0,5%	**0,0%**	-0,5%
TVöD	2,9%	**2,6%**	2,0%
Pflege in der DRG			
Casemix	0,5%	**0,0%**	-0,5%
Veränderungswert	2,9%	**2,5%**	2,0%

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung

Auf der Einnahmenseite der GKV ist insbesondere die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen, der sogenannten Grundlohnsumme ausschlaggebend. Sie definiert die Basis, mit der die Beitragssätze multipliziert werden. Die Veränderung der Grundlohnsumme bewegte sich in den letzten zehn Jahren zwischen 2,3% und 5,17% (GKV-SV 2025). Für die längerfristige Entwicklung der Grundlohnsumme wird ein Wert von rund 3,0% angenommen (BMAS 2025). Sollte es zu negativen Beschäftigungsentwicklungen auf dem Arbeitsmarkt kommen, könnte dies zu einer Reduktion von einigen zehntel Prozentpunkten führen. Umgekehrt könnten positive Entwicklungen zu einer entsprechend höheren Grundlohnsummer führen. Für unsere Rechnung unterstellen wir im neutralen Szenario eine Entwicklung von 3,0%, die auch im Bereich des längerfristigen Durchschnitts liegt. Für das aus Sicht der GKV negative Szenario unterstellen wir eine Entwicklung von 2,6%, im positiven Fall von 3,2%.

Für die Ausgabenseite sind nun zwei Komponenten zu differenzieren. Zum einen die Entwicklung der Pflegekosten, die über das neue Pflegebudget abgedeckt werden, zum anderen die Entwicklung der Pflegekosten, die in die DRG umgegliedert werden. Je nach Komponente, treiben abweichende Faktoren die Entwicklung.

Die Entwicklung des neuen Pflegebudgets ergibt sich aus der Entwicklung der Belegungstage über die PpUG und der Entwicklung der Gehälter im TVöD. Bei den Belegungstagen ist nach den Post-Corona-Steigerungen eine Stagnation zu beobachten. Die künftige Entwicklung wird durch viele, zum Teil gegenläufige, Entwicklungen beeinflusst. Während demographisch eine leichte Fallzahlsteigerung plausibel wäre, sind die Verweildauern weiter rückläufig und Entwicklungen im Bereich der Ambulantisierung wirken ebenfalls dämpfend. Entsprechend wird für die Berechnung eine konstante Entwicklung der Belegtage unterstellt, bei einem moderaten Korridor zwischen aus Finanzsicht der GKV positiver -0,5%-iger und negativer +0,5%-iger Veränderung.[6]

Die Tariflöhne im Bereich der Pflege haben sich seit Einführung des Pflegebudgets überdurchschnittlich entwickelt. Es ist unwahrscheinlich, dass diese Raten auch in den nächsten Jahren realisiert werden können. Das längerfristige Mittel liegt bei rund 2,6%. Mithin wäre die Erwartung in einem neutralen Szenario, dass sich die Entwicklung des neuen Pflegebudgets in dieser Größenordnung bewegen wird. Dadurch bedingt, dass die Belegungstage wahrscheinlich konstant bleiben, verändert sich die Mengenkomponente nicht. Veränderungen des neuen Pflegebudgets ergeben sich ausschließlich durch die Veränderungen der Preiskomponente, also die Steigerung der Tariflöhne. Im für die Krankenkassen negativen Szenario wird eine Veränderung von 2,9% unterstellt, im positiven von 2,0%.

Für den in die DRG umgegliederten Anteil der Pflegekosten kann nur eine grobe Annäherung vorgenommen werden, da hier diverse System- und Kalkulationseffekte zusammenwirken. Unterstellt man, dass über den Veränderungswert und den Casemix auch die Entwicklung der Pflegekostenanteile näherungsweise abgebildet werden kann, sind diese beiden Faktoren zu prüfen. Für den Casemix gilt ähnlich wie für die Belegungstage, dass es gegenläufige Entwicklungen gibt. Entsprechend wird auch hier von einer konstanten bzw. mit +/-0,5% moderaten Entwicklung ausgegangen. Der Veränderungswert war zuletzt ein politisch umkämpfter Wert. Für das neutrale Szenario unterstellen wir einen Wert von 2,5, im aus GKV-Sicht negativen Fall 2,9% bzw. im positiven Fall von 2,0%.

Damit ergibt sich ausgabenseitig als Produkt im negativen Szenario für beide Komponenten jeweils ein Wert von 3,4% bzw.im positiven Szenario ein Wert von 1,5 %. Diesen stehen einnahmeseitig Werte von 2,6% bzw. 3,2% gegenüber. Bei einem Zusammenfallen von negativer Einnahmen- und Ausgabenentwicklung, könnte sich damit eine beitragssatzsteigernde Wirkung der Entwicklung der Pflegekosten ergeben. Im gespiegelten positiven Szenario kommt es zum gegenteiligen Effekt. Diese Resultate sind durch die jeweils deutlich pointierten Ausprägungskombinationen wenig überraschend. Interessanter ist, dass auch beim neutral gehalten Szenario die Entwicklung der Pflegekosten unterhalb des Niveaus der Grundlohn-Veränderungsrate bleibt, ganz ohne extreme Annahmen zu möglichen Reformeffekten. Selbst bei einer eher negativen

[6] Werden konsequent weitere Reformschritte umgesetzt, kann sich die Fallzahl wie auch die Zahl der Belegtage deutlich reduzieren, siehe hierzu exemplarisch Augurzky und Karagiannidis (2026). Dies würde sich aus Sicht der GKV vorteilhaft auf die finanzielle Bewertung des vorgeschlagenen Modells auswirken.

Entwicklung der Grundlohnsumme bliebe die Entwicklung ausgeglichen. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass selbst im negativen Ausgabenszenario die Steigerungen im Bereich der Pflegekosten von rund 3,4% erheblich unter den Steigerungsraten des Pflegebudgets in den letzten Jahren von über 10% liegt.

Wie dargestellt sind die konkreten Werte jedoch von zahlreichen Einflussfaktoren abhängig, sodass der Wert nur als grober Orientierungspunkt zu interpretieren ist. Nimmt man die Pflegekosten der GKV in Höhe von 22,9 Mrd. Euro für das Jahr 2024 (Kapitel 1.1) als Ausgangspunkt, würde ein Unterschied von 5 Prozentpunkten einen Unterschied von 1,15 Mrd. Euro implizieren. Längerfristige Effizienzgewinne durch das Wirken eines moderaten Preissignals würden den Effekt noch verstärken.

4.6.2. Erfüllung der Voraussetzungen bedarfsgerechter Pflege

Die hier vorgeschlagene Neuregelung des Pflegebudgets gewährleistet, dass mindestens der vom Gesetzgeber für eine sichere Pflege normativ vorgegebene Personalstock zuzüglich eines über den Faktor steuerbaren Zuschlags umfänglich finanziert wird. Durch das Festlegen eines VK-Wertes, der oberhalb der PpUG-Mindestvorgabe liegt, wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser im Rahmen des Pflegebudgets weiterhin genug Budget erhalten, um damit die Patientenversorgung sicher abzubilden. Gleichzeitig wird durch den Multiplikator dafür gesorgt, dass Krankenhäuser auch darüberhinausgehendes Personal einstellen können, ohne dadurch wirtschaftliche Nachteile zu erfahren.

Dadurch, dass die übrigen Beträge aus der derzeitigen Pflegebudget-Systematik wieder in das DRG-System eingegliedert werden, entstehen den Krankenhäusern in Summe durch die Neuregelung keine Mittelkürzungen. Die Personalausgaben im Bereich der Pflege können jedoch nicht mehr im gleichen Umfang (vollständig refinanziert) gesteigert werden. Der Anreiz, den Umfang der Beschäftigung von Leiharbeitskräften möglichst zu minimieren, bleibt bestehen.

Verschiedene, den Status quo betreffende Kritikpunkte, können auch mit dem neuen Ansatz nicht vollständig ausgeräumt werden. Ein Problem der aktuellen Pflegebudget-Systematik ist der Anreiz zur Übertragung fachfremder Tätigkeiten in die Pflege. Da das Personal im Pflegebudget vollständig erstattet wird, herrscht ein Anreiz, examinierte Pflegekräfte einzustellen und ihnen Tätigkeiten zu übertragen, für welche sie eigentlich über- bzw. fehlqualifiziert sind, wie beispielsweise die Speiseversorgung am Bett oder Reinigungstätigkeiten. Dieser Fehlanreiz wird nur graduell abgeschwächt, da für Pflegefachkräfte, die über das im neuen Pflegebudget abgebildeten VK wieder ein Preissignal vorliegt, mithin die Fachkraft nicht mehr „umsonst“ und damit zwangsweise günstiger als eine Hilfskraft ist. Je näher die Klinik an die für das Pflegebudget kalkulierte VK-Grenze kommt, desto „günstiger“ wird die examinierte Pflege. Der grundsätzliche Anreiz, möglichst viele fachfremde Aufgaben an diese zu übertragen, bleibt bestehen. Langfristig könnte hier eine am Outcome ansetzende Vergütungskomponente ein sinnvolles Gegengewicht darstellen, da hierdurch der Einsatz einer in ausreichendem Maße qualifizierten und mit für die eigentliche Pflegetätigkeit mit ausreichend Zeit ausgestattete Fachkraft belohnt wird.

Des Weiteren sind die PpUG ein System, welches sich nicht am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientiert, sondern lediglich an normativen Anhaltszahlen zum Patientenschutz, die zudem Schweregrade nicht differenziert. Perspektivisch könnte hier durch eine Nutzung der PPR 2.x eine etwas bessere, wenn auch nach wie vor nicht optimale Annäherung erreicht werden.

4.6.3. Anreize zur Behebung von Fehlallokationen

Aktuell kann ein Haus losgelöst vom Bedarf eine beliebig hohe Anzahl von examinierten Pflegekräften einstellen, die dem Haus in voller Höhe über das Pflegebudget erstattet werden. Gleichzeitig ist das Arbeitsumfeld in Häusern, die relativ zum Pflegeaufwand besonders viele Pflegekräfte beschäftigen, eher besser als in anderen Häusern. Pflegepersonal aus Häusern mit einem Personalüberschuss hat keinen Anreiz, in ein Haus mit weniger guten Bedingungen zu wechseln, auch wenn dort ein deutlich höherer Bedarf bestehen würde. Das mit einem Personalüberschuss arbeitende Haus selbst hat keine Motivation, Personal abzugeben. Es findet keine effiziente Allokation mehr statt.

Mit dem vorgeschlagenen Ansatz werden die derzeit bestehenden Anreize zur Fehlallokation von Pflegepersonal gesenkt. Auslöser hierfür ist zum einen das Preissignal, das für jene Pflegekräfte besteht, die über das vom neuen Pflegebudget gedeckte Volumen hinausgehen. Zum anderen wirkt die Logik des neuen Pflegebudgets auf die Verteilung ein. Für die Dimensionierung der Mengenkomponenten im Pflegebudget erfolgt die Allokation über das Instrument der PpUG. Wie bereits ausgeführt sind die PpUG kein sehr gutes Allokationsinstrument. Sie orientieren sich an aus einem Perzentilansatz abgeleiteten Werten ohne konkreten Bezug zum Pflegebedarf. Sie stellen aber gegenüber dem Status quo, in dem völlig ohne Orientierung und Preissignal eingestellt werden kann, eine Verbesserung da. Für eine langfristige Lösung erscheinen sie jedoch nicht geeignet.

4.6.4. Senkung der Transaktionskosten

Die Neuregelung des Pflegebudgets, die hier vorgeschlagen wird, hätte eine sehr starke Vereinfachung der Budgetverhandlungen zur Folge. Die Preiskomponente wäre für alle Häuser identisch und der VK-Wert ergibt sich aus den PpUG-Unterlagen, die ebenfalls identisch für alle Häuser sind und ohnehin von den Häusern befüllt und ermittelt werden, auf Basis einheitlicher Vorgaben. Auch die Multiplikatoren werden bundeseinheitlich festgesetzt. Für das Pflegebudget wäre damit keine Verhandlung mehr nötig. Ähnlich wie beispielsweise der Telematik-Zuschlag wäre es eine sich weitgehend automatisch ergebende Rechengröße. Gleichzeitig sinkt auch der Verwaltungsaufwand für die Krankenhäuser erheblich, da keine Unterlagen für das Pflegebudget mehr erstellt werden müssen. Das neue Testat würde lediglich den kalkulierten Wert des Pflegebudgets mit den real verbuchten Pflegekosten abgleichen. Für die Ausgliederung entsteht beim InEK ein (weitgehend einmaliger) Mehraufwand.

4.6.5. Kurzfristige Umsetzbarkeit des Änderungsvorschlags

Theoretisch wäre eine Umsetzung zum 01.01.2027 möglich. Dies würde jedoch eine unmittelbare gesetzgeberische Umsetzung erfordern sowie eine entsprechend hohe Flexibilität und Leistungsfähigkeit des InEK. Entsprechend ist eine Plausibilisierung der Zeitschiene mit den relevanten Stakeholdern erforderlich. Sollte eine Umsetzung zum 1.1.2027 nicht möglich sein, muss die Intervention um ein volles Jahr auf den 1.1.2028 verschoben werden.

5. Einordnung und Fazit

Spätestens seit dem Sommer 2025 wird zunehmend intensiv über die Zukunft des Pflegebudgets diskutiert. Zugleich steigt der Druck, eine schnell umsetzbare Lösung zu finden. Wenige Diskussionsbeiträge werden jedoch konkret, was den Fortschritt der Diskussion erschwert. Erst konkrete Vorschläge erlauben es, Vor- und Nachteile explizit zu benennen, Alternativen zu vergleichen und bessere Vorschläge zu entwickeln.

Der hier formulierte Vorschlag wurde möglichst konkret gefasst. Einzig einzelne Parameter (Multiplikatoren, zur Kalkulation heranzuziehende Stunden je VK usw.) sind noch zu validieren bzw. zu konsentieren. Innerhalb der beschriebenen Grenzen kann hier auch eine ggf. politisch zu entscheidende Akzentuierung der Anreize vorgenommen werden. Bereits die vorliegende Fassung erlaubt es, sich kritisch damit auseinander zu setzen und ggf. eigene Alternativen zu formulieren.

Wie die vorangehenden Ausführungen zeigen, kann der vorliegende Vorschlag nicht alle herangezogenen Bewertungsdimensionen in gleicher Weise befriedigen. Entsprechend wichtig ist es zu betonen, dass der Vorschlag keine langfristige Lösung darstellen soll, sondern eine Brücke bauen soll zwischen dem Status quo (dessen Dynamik nicht fortgeschrieben werden kann) und einem neuen Ansatz, der beispielsweise eine bessere Orientierung am Pflegebedarf erlaubt. Die PPR 2.x könnte hierfür einen sinnvollen Ansatzpunkt darstellen.

Zugleich bleibt festzuhalten, dass es vermutlich eine Utopie sein dürfte, einen objektiv korrekten Personalbedarf aus einem wie auch immer operationalisierten Pflegebedarf ableiten zu können. Daraus folgt nicht, dass Ansätze wie die PPR 2.x keine Rolle spielen können oder sollen. Die Grenzen ihrer normativen Wirkung sind jedoch stets kritisch zu prüfen. Entsprechend wäre es plausibel, dass ein langfristig nachhaltiges Vergütungsmodell modular[7] ausgestaltet ist und die verschiedenen Elemente für eine angemessene Balance der jeweiligen Anreize sorgen. Auch dies wird kein statisches Gefüge, sondern regelmäßig zu adjustieren sein. Zugleich wird es Mut für eine schlichte Struktur und Toleranz für ein gewisses Maß an Ungleichheit erfordern, um nicht im Streben nach Perfektion ein bürokratisch nicht händelbares Konstrukt zu formen.

Aus diesem Grund sollte die Vergütung für den Bereich der Pflege auch nicht isoliert gedacht werden. Die Herausforderung, unterschiedliche Anreize sinnvoll zu gewichten, besteht insgesamt im DRG-System. In Konsequenz sollte im Zuge der letzten Reform (KHVVG) eine Vorhaltevergütung implementiert werden. Ob die gefundene Lösung zielführend ist, steht in Frage (Schmid und Ulrich 2026). Bei einer ggf. anstehenden Überarbeitung wäre zu prüfen, ob nicht eine sinnvolle Integration der Pflegevergütung (bzw. entsprechender Teile davon) möglich wäre.

Für die Entwicklung nachhaltiger Vergütungssysteme wird es gleichermaßen von essentieller Bedeutung sein, dass der Begriff der Qualität und des Beitrags der Pflege zur Versorgungsqualität der Patienten stärker einer empirischen Überprüfung zugeführt wird. Hier bestehen trotz einer stärker werdenden Pflegeforschung in Deutschland nach wie vor gravierende Defizite. Den bisherigen zur Sicherung der Strukturqualität herangeführten Instrumenten wie der PpUG fehlt es an empirischer Evidenz. Der Beitrag des im Kontext des Pflegebudgets erfolgten Personalaufbaus zur Versorgungsqualität ist derzeit nicht zu ermitteln.

Für die Entwicklung einer nachhaltigen Lösung gilt es die Kompetenz der Pflege einzubeziehen ohne den Blick auf ökonomische Rahmenbedingungen, die Anforderungen an den wirtschaftlichen Betrieb eines Krankenhauses und die Wirkung von Anreizen zu verschließen. Pflegewissenschaft und Ökonomik sind gefordert, gemeinsam die verschiedenen Aspekte zu einem stimmigen Ganzen zusammen zu führen.

[7] Der Grundgedanke eines modularen Ansatzes findet sich – aus Perspektive der Pflegewissenschaft gedacht – beispielsweise auch im Modell von Dobbert et al. 2026.

Literaturverzeichnis

Augurzky, Boris (2020): Gewinne im Krankenhaus. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 185–204.

Augurzky, Boris; Karagiannidis, Christian (2026): Die Krankenhausstrukturen zukunftsfest machen! rwi Impact Notes. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen. Online verfügbar unter https://www.rwi-essen.de/fileadmin/user_upload/RWI/Publikationen/Impact_Notes/rwi_impact_note_Zukunftsfeste_Krankenhausstrukturen.pdf, zuletzt geprüft am 27.02.2026.

Beivers, Andreas; Scheller-Kreinsen, David; Schmid, Andreas (2025): Das Pflegebudget – ein kostspieliges Trauerspiel. Online verfügbar unter https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/das-pflegebudget-ein-kostspieliges-trauerspiel, zuletzt geprüft am 19.02.2026.

BMAS (2025): Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, der Nachhaltigkeitsrücklage sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15 Kalenderjahren gemäß § 154 Abs. 1 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Rentenversicherung - (SGB VI). (Rentenversicherungsbericht 2025). Online verfügbar unter https://sozialbeirat.de/media/rvb_2025.pdf, zuletzt geprüft am 03.03.2026.

BMG (2025): Auftrag an die "FinanzKommission Gesundheit" (FKG). 8. September 2025. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/250908_Kommission_Arbeitsauftrag_FKG.pdf, zuletzt geprüft am 17.02.2026.

BMG (2026): Regelungsvorschläge zum Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG). Stand 10.02.2026.

Böing, Ingo (2025): Von PPR 2.0 zu PPR 2.X. Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung. In: *Die Schwester | Der Pfleger* 64 (2898), S. 54–57.

Braun, Bernhard; Klinike, Sebastian; Müller, Rolf (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: *Pflege & Gesellschaft* 15 (1). Online verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-1-2010.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2026.

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2013): Gesundheitsökonomik. 6., vollst. erw. u. überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

DBfK (2026): Positionspapier. Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK-Positionspapier_Pflegebudget_PPR_Leistungsgruppen.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2026.

DKG (2023): Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung – PPBV). Stand:

29.11.2023. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Stellungnahmen/2023-11-29_DKG-Stellungnahme_RefE_Pflegepersonalbemessungsverordnung.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2026.

DKG; GKV-SV (2024): Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft mit Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung an den Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2024-01-22_KH_Gem_Bericht_ueb_d_Auswirkungen_d_PpUG_final.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2026.

Dobbert, Lisa; Güttler, Lea; Werner, Doreen (2026): Weiterentwicklung des Pflegebudgets: Bedarfsgrechtigkeit, Qualität und Professionalisierung. Diskussionspapier. Stand 03_2026. Hg. v. Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem. Cottbus. Online verfügbar unter https://mul-ct.de/uploads/client/pms/files/20260303_pflegebudget_diskussionspapier_endfassung_mul_ct.pdf, zuletzt geprüft am 05.03.2026.

DPR (2023): Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Verordnung über die Maßstäbe und Grundsätze für die Bemessung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonalbemessungsverordnung - PPBV). Stand: 26.10.2023. Berlin.

EuGH: Judgment of the Court of 9 September 2003 in Case C-151/02 (Reference for a preliminary ruling from the Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein): Landeshauptstadt Kiel v Norbert Jaeger (Social policy — Protection of the safety and health of workers — Directive 93/104/EC — Concepts of "working time" and "rest period" — On-call service ("Bereitschaftsdienst") provided by doctors in hospitals) (OJ C, C/264, 01.11.2003.

Evers, Arne (2025): Der Pflegepersonalquotient – (k)ein Instrument der Personalbemessung? In: Arne Evers und Martin Pohlmann (Hg.): Personalbemessung in der Pflege. Zwischen Gesetz und Gestaltungsraum. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 127–135.

Fiechter, Verena; Meier, Martha (1993): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. 9. Aufl. Basel: RECOM.

Fleischer, Steffen (2020): Pre-Test einer modernisierten Pflegepersonal-Regelung für Erwachsene. PPR 2.0. Hg. v. DKG. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5._Personal_und_Weiterbildung/2.5.0._PPR_2.0/Abschlussbericht_DKG_Pre-Test_PPR2.0_final.pdf.

G-BA (2025): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R). in der Fassung vom 16. Mai 2013 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.07.2013 B5) in Kraft getreten am 25. Juli 2013 zuletzt geändert am 18. Juni 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 01.08.2025 B4) in Kraft getreten am 2. August 2025. Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der

datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Online verfügbar unter https://www.g-ba.de/richtlinien/39/, zuletzt geprüft am 25.02.2026.

GKV-SV (2025): Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/gl_veraenderungsrate/gl_veraenderungsrate.jsp, zuletzt aktualisiert am 22.02.2026.

GKV-SV; DKG (2025): Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) über die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets für den Vereinbarungszeitraum 2026 (Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung 2026). Online verfügbar unter https://dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.1._Stationaere_Verguetung/2.2.1.3._Pflegefinanzierung/Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung_2026.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2026.

Hentschker, Corinna; Moster-Brenck, Carina; Scheller-Kreinsen, David (2026): Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz. WIdO e-Paper 6. Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Berlin. Online verfügbar unter https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Krankenhaus/wido_kra_pflegebudget_0226.pdf.

InEK (2026): Veröffentlichung der Angaben gemäß § 6a Absatz 3 Satz 6 KHEntgG. Online verfügbar unter https://www.g-drg.de/pflegebudget-2023-und-2024/veroeffentlichung-der-angaben-gemaess-6a-absatz-3-satz-6-khentgg, zuletzt geprüft am 27.02.2026.

Isfort, Michael (2010): Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus – oder zur Beharrlichkeit der Normativität. In: *Pflege & Gesellschaft* 15 (1), S. 22–23.

Köhler, Heidi (2025): Das Pflegebudget. In: Arne Evers und Martin Pohlmann (Hg.): Personalbemessung in der Pflege. Zwischen Gesetz und Gestaltungsraum. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 113–127.

KPMG (2023): Erprobung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und der Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0). Abschlussbericht. Hg. v. BMG. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Kinder_PPR_Erprobung_20230831.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2026.

Milstein, Ricarda; Schreyögg, Jonas (2020): Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG-Systems. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem und Andreas Beivers (Hg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 25–39.

Milstein, Ricarda; Schreyögg, Jonas (2024): The end of an era? Activity-based funding based on diagnosis-related groups: A review of payment reforms in the inpatient sector in 10 high-income countries. In: *Health policy* 141, S. 104990. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104990.

PflBG: Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 371) geändert worden ist.

Pohlmann, Martin; Evers, Arne (2025): Gesundheitspolitische Einordnung: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In: Arne Evers und Martin Pohlmann (Hg.): Personalbemessung in der Pflege. Zwischen Gesetz und Gestaltungsraum. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 17–31.

Schmedders, Mechtild; Trewendt, Christina; Egerer, Johannes (2023): Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Heidelberg: Springer Berlin, S. 213–232.

Schmid, Andreas; Baierlein, Jochen; Heinz, Katja; Leibinger, Philipp (2024): Krankenhausreform – ein Blick zurück, ein Blick nach vorn. In: Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp (Hg.): Gesundheitswesen aktuell 2024. Beiträge und Analysen. Berlin, S. 14–27.

Schmid, Andreas; Günther, Sarah; Baierlein, Jochen (2020): Perspektiven für die Vergütung von PORT-Gesundheitszentren. Hg. v. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Schmid, Andreas; Ulrich, Volker (2026): Die Vorhaltevergütung im Lichte des KHVVG. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2026. [im Druck], S. 171–184.

SGB V: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 28 des Gesetzes vom 3. Februar 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 28) geändert worden ist.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025): Statistischer Bericht. Grunddaten der Krankenhäuser 2011–2024. EVAS-Nummer 23111 und Fachserie Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Wehner, Rosemarie; Werblow, Andreas; Spika, Simon; Pauer, Frederic; Schmid, Andreas (2018): Weiterentwicklung DRG-System: Pflegepersonaluntergrenzen. Diskussionsbeitrag des Ausschusses Stationäre Versorgung, 10. dggö Jahrestagung, Hamburg: DOI: 10.13140/RG.2.2.36324.48006.

WIdO (2026): Angefragte Auswertungen zu pflegebezogenen Statistiken. Berlin.

Winter, Vera; Schreyögg, Jonas; Blume, Kai Svane (2023): Pflegeintensität und pflegesensitive Ergebnisindikatoren in deutschen Krankenhäusern. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2023. Schwerpunkt: Personal. Heidelberg: Springer Berlin, S. 59–83.