

Pflegebudget sichern – Versorgungsqualität erhalten

Policy Brief zu den Reformempfehlungen 27, 28 und 57 der
FinanzKommission Gesundheit vom Deutschen Berufsverband
für Pflegeberufe – DBfK e. V.

Berlin, 17. April 2026

Das Wichtigste im Überblick

1. **Pflegebudget:** Die Rückführung des Pflegebudgets in das DRG-System (Empfehlung 27) reaktiviert bekannte Fehlanreize und gefährdet die Versorgungsqualität.
2. **Kostensteigerungen sind komplex:** Kostensteigerungen im Pflegebudget sind überwiegend als Nachholeffekt einer jahrzehntelangen Unterfinanzierung zu verstehen.
3. **Pflegeentlastende Maßnahmen:** Die Streichung pflegeentlastender Maßnahmen (Empfehlung 28) verschärft den Personalmangel faktisch und verschärft die Übernahme pflegefremder Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen.
4. **Pflegebedarf ist nicht gleich Pflegelast:** Die Annahmen der FinanzKommission sind fachlich nicht belastbar. Der verwendete Pflegelastkatalog basiert auf DRG-Kostendaten und bildet nicht den tatsächlichen Pflegebedarf von Patient:innen oder Stationen ab.
5. **Strukturreformen sind notwendig:** Eine nachhaltige Reform erfordert strukturelle Veränderungen – nicht erneute Einsparungen in der Pflege.
6. **Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen:** Eine politische Maßnahme zur Sicherung der Attraktivität des Pflegeberufs und einer stabilen Versorgung.

Aus diesem Befund leiten sich aus pflegerischer Perspektive **zentrale Forderungen** für die Reformempfehlungen der FinanzKommission Gesundheit ab:

- Das Pflegebudget muss reformiert werden. Es darf auf keinen Fall abgeschafft und ins DRG-System zurückgegliedert werden. Für Reformvorschläge braucht es eine Expert:innenkommission mit echter Mitgestaltung durch Pflegefachpersonen und Pflegemanagement und unter aktiver Beteiligung des DBfK.
- Es müssen Anreize geschaffen werden, damit pflegefremde Tätigkeiten von den geeigneten Berufsgruppen übernommen werden. Das ist im Sinne der Pflegefachpersonen, der Patient:innen und der GKV-Finzen.
- Weitere Strukturreformen im Gesundheitswesen sind schnell und verbindlich umzusetzen. Dazu gehört insbesondere ein stärkerer Fokus auf Prävention, ein gut ausgebautes Primärversorgungssystem und eine wohnortnahe Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV).
- Tarifsteigerungen in der Pflege müssen dauerhaft und vollständig refinanziert sein. Nur so kann gewährleistet werden, dass bessere Bezahlung tatsächlich bei den Pflegefachpersonen ankommt, die Attraktivität des Berufs nachhaltig gestärkt wird und die Versorgungssicherheit in einem zunehmend angespannten System erhalten bleibt.

1. Das Pflegebudget: Korrektur eines systemischen Fehlanreizes

Im Bericht der FinanzKommission Gesundheit wird das Pflegebudget zunehmend als Kostenfaktor problematisiert, während die Bedeutung einer ausreichenden Pflegepersonalausstattung für Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit relativiert wird. Ganz im Gegenteil wird sogar davon ausgegangen, dass die Reformempfehlung „Wiedereingliederung des Pflegebudgets ins DRG-System“ die Versorgungsqualität nicht beeinträchtigen soll als Kategorie A: Einsparungen ohne erwartbare Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Diese Sichtweise steht im klaren Widerspruch zur pflegewissenschaftlichen Evidenz und Erfahrungen aus der Versorgungspraxis, wonach Unterbesetzung nachweislich zu erhöhten Komplikationsraten, längerer Verweildauer und erhöhter Mortalität führt (u.a. WHO 2026, Schlenker 2024, Winter et al. 2021, Dall’Óra et al. 2022, Driscoll et al. 2018, Aiken et al. 2014).

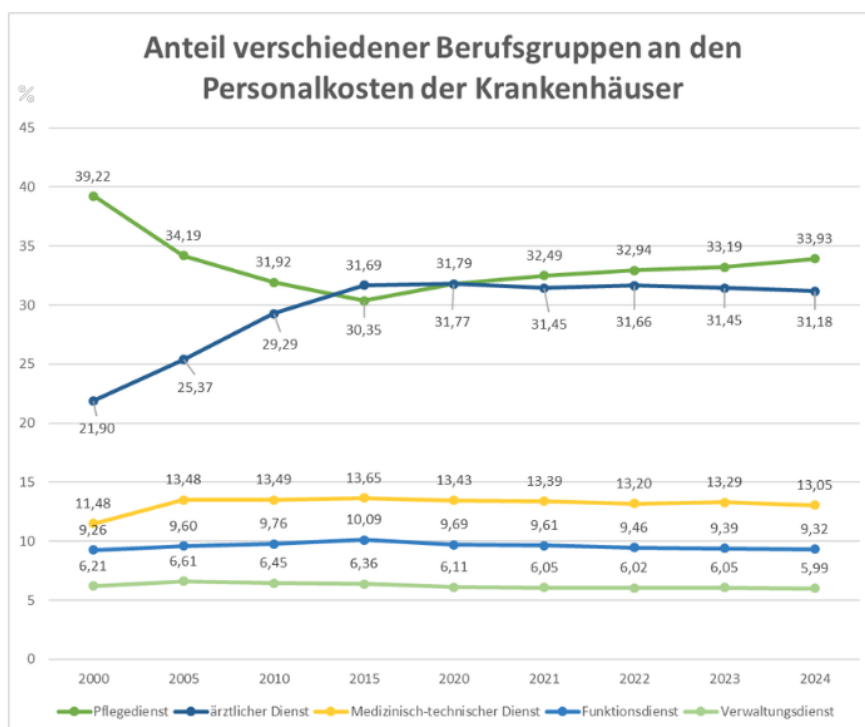
Gleichzeitig benennt die FinanzKommission Gesundheit, „dass sich die Einhaltung der PpUG trotz Personalaufwuchses nicht verbessert hat: 2024 wurden in 14,3 % der Schichten die Vorgaben nicht eingehalten, nachdem der Anteil 2023 und 2022 jeweils über 15 % und 2021 bei 13,4 % gelegen hatte“ (FachKommission Gesundheit, S. 223). Unter den Rahmenbedingungen von einem „Aufbau von Pflegepersonal über den Pflegebedarf hinaus“ (ebd., S. 220) zu sprechen, kann nicht nachvollzogen werden.

Die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Pflegepersonalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser sind gut dokumentiert: Zwischen 1996 und 2007 wurden über 50.000 Vollkräfte im Pflegedienst abgebaut; das Personalniveau von 1995 wurde erst 2020 wieder erreicht (Simon 2021, Statistisches Bundesamt 2000-2024a). Im gleichen Zeitraum (1995-2020) beträgt der Personalzuwachs im ärztlichen Dienst ca. 69 % von 101.590 Vollkräften auf 171.367 Vollkräfte (Statistisches Bundesamt 2000-2024a). Hätte der Pflegedienst im Zeitraum von 1995-2020 ein gleiches Wachstum wie der ärztliche Dienst gehabt, dann hätte bis 2020 ein Wachstum auf 591.344 Vollkräfte im Pflegedienst stattfinden müssen – es waren aber nur 362.844 Vollkräfte.

Das Pflegebudget wurde genau aus diesem Grund politisch eingeführt, um einen zentralen Fehlanreiz im DRG-System zu korrigieren. Eine Rückführung in das DRG-System wird sicherlich den bekannten Fehlanreiz reaktivieren. Insbesondere der Professionalisierung der Pflege im Krankenhaus, z. B. durch die Schaffung von Stellen für Advanced Practice Nurses, wird die Finanzierungsbasis entzogen und damit die ein wichtiger Aspekt für Versorgungsqualität zunehmend unter Druck geraten.

2. Die Komplexität der Kostensteigerungen in der Pflege im Krankenhaus

Das Pflegebudget hat also seit seiner Einführung zentrale Fehlentwicklungen der DRG-Finanzierung korrigiert und die Finanzierung der Pflegepersonalkosten gesichert, wodurch ein notwendiger Stellenaufbau nach jahrzehntelangem Abbau ermöglicht wurde. Die Kritik an angeblich überproportionalen Ausgabensteigerungen greift zu kurz, denn wenn die Kostenanteile für verschiedene Berufsgruppen (Abbildung 1) betrachtet werden, dann zeigt sich, dass der Anteil des Pflegedienstes an den Gesamtpersonalkosten der Krankenhäuser vor Einführung der DRG wesentlich höher war als er aktuell ist: Lag er im Jahr 2000 noch bei über 39 Prozent, ist seitdem ein stark rückläufiger Trend zu beobachten. So fiel der Anteil der Pflege an den Gesamtpersonalkosten bis 2020 auf unter 32 Prozent (Statistisches Bundesamt 2000-2024b). Zwischen 2000 und 2024 ist dieser Anteil lediglich um rund zwei Prozentpunkte gestiegen. Dagegen ist der Anteil der Personalkosten im ärztlichen Dienst zwischen 2000 und 2015 um 10 Prozent von knapp 22 Prozent auf rund 32 Prozent gestiegen und hält sich seitdem ungefähr auf dem Niveau. Wenn der Betrachtungszeitraum erweitert wird, kann also nicht im Geringsten von einer überproportionalen Ausgabensteigerung die Rede sein.



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

Abbildung 1: Anteil verschiedener Berufsgruppen an den Personalkosten der Krankenhäuser

Neben dem Personalaufbau sind auch noch andere Einflussfaktoren für einen Kostenanstieg differenziert zu betrachten: Unter anderem die tariflichen Lohnsteigerungen, steigende Versorgungs- und Pflegekomplexität, der Ausbau höherqualifizierter Rollen wie Advanced Practice Nurses, höhere Krankenstände sowie der Aufbau bislang fehlender Strukturen wie Springer Pools. Der Anstieg der Pflegepersonalkosten ist damit Ausdruck notwendiger und politisch gewollter Verbesserungen – nicht einer Überfinanzierung.

3. Pflegeentlastende Maßnahmen sind ein notwendiger Finanzierungsbaustein

Pflegeentlastende Maßnahmen sind ein zentraler Baustein für eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung in einem Skill-Grade-Mix und dürfen keinesfalls zur Disposition gestellt werden. Pflegefachpersonen müssen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden – die Übernahme pflegefremder Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen widerspricht nicht nur professionellen Standards, sondern gefährdet auch die Patient:innen, wenn nicht ausreichend Personal für pflegerische Kernaufgaben zur Verfügung steht. Zudem ist die Übernahme pflegefremder Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen aus ökonomischer Sicht der GKV-Finzen zu kritisieren, da Pflegefachpersonen „teurere“ Fachkräfte sind und damit Tätigkeiten übernehmen für die sie überqualifiziert sind.

In der Praxis zeigt sich jedoch zunehmend, dass Pflegefachpersonen in erheblichem Umfang Tätigkeiten wie Reinigungs-, Service- oder Logistikaufgaben übernehmen müssen, wodurch wertvolle Pflegezeit verloren geht. Gerade vor diesem Hintergrund ist es fachlich nicht nachvollziehbar pflegeentlastende Maßnahmen weiter zu schwächen, wie die FinanzKommission Gesundheit in der Reformempfehlung Nr. 28 vorschlägt.

Bereits mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wurden erste Änderungen bei den pflegeentlastenden Maßnahmen eingeführt und eine Teilrückführung in das DRG-System beschlossen. Dadurch sind die Abgrenzungsfragen zunehmend schwieriger geworden und unterstützendes Personal ohne mindestens 1-jährige Pflegeausbildung wurde nicht mehr finanziert, auch wenn Mitarbeitende seit Jahren fest in Pflegeteams eingebunden waren. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde der Anteil für pflegeentlastende Maßnahmen von ursprünglich 4 % auf 2,5 % des Pflegebudgets reduziert – eine Entscheidung, die die Problematik der Übernahme von pflegefremden Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen weiter verschärft hat. Besonders kritisch ist dabei die fehlende Zweckbindung dieser Mittel: Rund 650 Millionen Euro jährlich können derzeit von Krankenhäusern ohne Zweckbindung für pflegeentlastende Maßnahmen verwendet werden. Dies öffnet Fehlanreize Tür und Tor und konterkariert das eigentliche Ziel, Pflegepersonal von nicht-pflegerischen Tätigkeiten zu entlasten.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass nicht die Abschaffung, sondern vielmehr die Stärkung und konsequente Zweckbindung pflegeentlastender Maßnahmen erforderlich ist. Nur so kann sichergestellt werden, dass die eingesetzten Mittel tatsächlich zu einer Entlastung der Pflege beitragen, die Arbeitsbedingungen verbessern und die Versorgungsqualität nachhaltig sichern.

4. Fehlannahmen zum Pflegebedarf auf Basis des Pflegelastkataloges

Zentral für die Argumentation der FinanzKommission Gesundheit ist die Annahme, der Pflegebedarf habe sich in den vergangenen Jahren kaum erhöht. Diese Schlussfolgerung ist jedoch fachlich nicht haltbar, da sie auf einer ungeeigneten und methodisch problematischen Datengrundlage basiert, die sich im Wesentlichen auf den sogenannten Pflegelastkatalog stützt. Dieser Datensatz ist jedoch nicht geeignet, den tatsächlichen Pflegebedarf abzubilden. Der Pflegelastkatalog basiert auf Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser und der dokumentierten Ist-Leistung von Pflege innerhalb des bestehenden DRG-Systems. Er misst damit nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf von Patient:innen, sondern spiegelt vielmehr die historisch gewachsene Personalausstattung wider, die über Jahrzehnte hinweg von Unterbesetzung geprägt ist. In der Folge wird nicht Bedarf gemessen, sondern ein strukturell bedingter Mangel fortgeschrieben (DBfK 2020). Die daraus von der FinanzKommission gezogene Schlussfolgerung, es sei Pflegepersonal „über Bedarf“ aufgebaut worden, beruht somit auf einer unzulässigen Gleichsetzung von vorhandenem Personal zu tatsächlichem Bedarf an Pflegepersonal. Diese Gleichsetzung ist fachlich nicht vertretbar und führt zu erheblichen Fehlinterpretationen. Tatsächlich wird mit der herangezogenen Methodik ein durch Unterfinanzierung geprägter Status quo zur Norm erhoben.

Entsprechend ist der Pflegepersonalquotient, der auf dem Pflegelastkatalog basiert, kein valides Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Finanzierung und eine Kopplung an das Pflegebudget. Die enorme Spannweite der ausgewiesenen Werte (z. B. von 4,29 bis über 400) verdeutlicht zudem, dass eine sinnvolle und sachgerechte Koppelung des Pflegebudgets an diese Kennzahl weder fachlich begründbar noch praktisch umsetzbar ist. Das Ziel einer evidenzbasierten und bedarfsgerechten Steuerung der Krankenhausversorgung würde damit untergraben.

Für eine valide Abbildung des Pflegebedarfs sind stattdessen Instrumente erforderlich, die sich am tatsächlichen Versorgungsaufwand orientieren – wie etwa die aktuell eingeführte Pflegepersonalbemessung (PPR 2.0), die jedoch erst mittelfristig belastbare Daten liefern kann.

5. Strukturreformen sind ein Teil der Lösung

Weitere Strukturreformen im Gesundheitswesen sind dringend erforderlich und müssen konsequent sowie verbindlich umgesetzt werden. Zentrale Ansatzpunkte liegen dabei in einer stärkeren Ausrichtung des Systems auf Prävention, Gesundheitsförderung und eine sektorenübergreifende Versorgung. Der DBfK betont, dass ein primär kurativ ausgerichtetes Gesundheitssystem den zukünftigen Herausforderungen – insbesondere durch demografischen Wandel und steigende Versorgungsbedarfe – nicht gerecht werden kann. Stattdessen braucht es eine systematische Verschiebung hin zu frühzeitiger Intervention, kontinuierlicher Begleitung und wohnortnaher Versorgung (DBfK 2021).

Ein entscheidender Baustein hierfür ist der Aufbau eines leistungsfähigen Primärversorgungssystems, das Prävention in den Fokus nimmt. Der DBfK fordert die Etablierung multiprofessioneller Primärversorgungszentren, in denen Pflegefachpersonen eine eigenständige und gestärkte Rolle einnehmen. Diese Zentren ermöglichen eine niedrighschwellige, koordinierte und kontinuierliche Versorgung und tragen dazu bei, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Insbesondere der Einsatz von Community Health Nurses sowie eine klare Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen können Versorgungslücken schließen und Ressourcen effizienter nutzen (vgl. DBfK 2021, DBfK 2023a).

Darüber hinaus kommt sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) eine zentrale Bedeutung zu. Ziel muss es sein, starre Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzubrechen und eine integrierte Versorgung zu ermöglichen. Der DBfK kritisiert jedoch, dass aktuelle Ausgestaltungen diese Potenziale nicht ausreichend nutzen und insbesondere die Rolle der Pflege zu wenig berücksichtigen. Pflegefachpersonen übernehmen bereits heute eine Schlüsselrolle in der Koordination, Kontinuität und Qualität der Versorgung und müssen entsprechend systematisch in neue Versorgungsstrukturen eingebunden werden (DBfK 2023b).

Insgesamt wird deutlich: Nachhaltige Effizienzgewinne im Gesundheitssystem lassen sich nicht durch kurzfristige Einsparungen in der Pflege erzielen, sondern nur durch strukturelle Reformen, die Versorgung am Bedarf der Menschen ausrichten. Pflegefachpersonen sind dabei nicht nur Teil der Lösung, sondern eine zentrale Voraussetzung für das Gelingen dieser Transformation.

6. Tarifsteigerungen: Politische Zielsetzung und Finanzierung müssen zusammen gedacht werden

Aus Sicht des DBfK ist es hoch problematisch und politisch widersprüchlich, wenn tarifgebundene Bezahlung in der Pflege als zentrales Instrument zur Fachkräftesicherung gewollt ist, die Refinanzierung dieser Löhne jedoch gleichzeitig infrage gestellt wird. Eine Tarifbindung ohne verlässliche Refinanzierung verlagert das wirtschaftliche Risiko auf Einrichtungen und Beschäftigte und erzeugt einen erheblichen Zielkonflikt zwischen politischem Anspruch und betrieblicher Realität. Die Folgen sind absehbar: steigender Kostendruck führt zu Personalabbau, Arbeitsverdichtung und Einschränkungen im Leistungsangebot – mit direkten Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit. Bereits jetzt ist in der stationären und ambulanten Pflege die Versorgung nicht gesichert und Pflegebedürftige bekommen regelmäßig Ablehnungen und Kündigungen von Pflegediensten bzw. Pflegeheimen. Die FinanzKommission benennt selbst, dass mit der Reformempfehlung die Gewinnung weiterer Fachkräfte beeinträchtigt werden könnte (FachKommission Gesundheit, S. 372).

Wird die Vergütung gedeckelt, betrifft das die Pflegeberufe als klassische Frauenberufe besonders – es widerspricht nicht nur dem Ziel der Personalgewinnung sondern vergrößert zugleich den Gender Pay Gap.

Literatur:

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus W., RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. Volume 383, Issue 9931, P1824-1830.
- Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*. 2022 Oct;134:104311, [online] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922001407?via%3Dihub> [12.01.2026].
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2026): Positionspapier - Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK-Positionspapier_Pflegebudget_PPR_Leistungsgruppen.pdf [08.04.2026].

Policy Brief zu den Reformempfehlungen 27, 28 und 57 der FinanzKommission Gesundheit

- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023a): Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln: die Community Health Nurses als zentraler Akteur [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_vdaee_vdpp_DBfK.pdf [08.04.2026].
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023b): Policy Brief Krankenhausstrukturreform - Pflegefachliches Potenzial entfalten [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Policy_Brief_KHStrukturreform.pdf [08.04.2026].
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Positionspapier - Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen [online] <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Weiterentwicklung-Primaerversorgung-2021-11.pdf> [08.04.2026].
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Positionspapier- Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V). [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf [08.04.2026].
- Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, Lehwaldt D, McKee G, Munyombwe T, Astin F. The effect of nurse-topatient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2018 Jan;17(1):6-22.
- FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit – Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf [08.04.2026].
- Schlenker, Oliver (2024) : The deadly consequences of labor scarcity: Evidence from hospitals, Working Paper Series, No. 42, University of Konstanz, Cluster of Excellence "The Politics of Inequality", [online] <https://doi.org/10.48787/kops/352-2-1ii51x0tstwlz2> [23.02.2026].
- Simon, M. (2021). Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik, [online] https://f5.hshannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder_Datein/UEber_uns/Personen/Simon_2021_Pflegepersonal_in_Krankenha_usern_-_neuere_Entwicklungen.pdf [12.01.2026].
- Statistisches Bundesamt (2000-2024a): Grunddaten der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23111. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2000-2024b): Kostennachweis der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23121. Wiesbaden.
- WHO Regional Office for Europe (2026): Policies and approaches to promote safe nurse staffing: technical brief. [online] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f94aa53a-1925-4432-9631-9a35d280ebd7/content> [24.02.2026]
- Winter V, Dietermann K, Schneider U, Schreyögg J. Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals, [online] <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e051133.full.pdf?with-ds=yes> PMID: 34753760 [12.01.2026]

Berlin, 17. April 2026



Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe