



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER

Unverzichtbar menschlich.



POSITIONSPAPIER

Weiterentwicklung des Pflegebudgets

Perspektiven für eine nachhaltige Finanzierung
und eine qualitätsorientierte Versorgung

März 2026



Zusammenfassung

Im Kontext der aktuellen Kosteneinsparungsdebatten im Krankenhausbereich wird das Pflegebudget zunehmend in Frage gestellt. Insbesondere von Seiten der Kostenträger wird argumentiert, das Selbstkostendeckungsprinzip setze Fehlanreize, führe zu überproportional steigenden Ausgaben und begünstige eine ineffiziente Personaleinsatzplanung. Gleichzeitig wird den Krankenhäusern angelastet, pflegefremde Tätigkeiten, welche durch Hilfspersonal ausgeübt wurden, auf Pflegefachpersonen zu übertragen.

Diese Debatte greift punktuell reale Steuerungs- und Effizienzfragen auf. Sie verkennt jedoch die ursprüngliche Zielsetzung und systemische Funktion des Pflegebudgets: Es wurde eingeführt, um Pflegepersonalkosten aus dem ökonomischen Wettbewerbsdruck des Fallpauschalen-Systems (DRG) herauszulösen, die Patientensicherheit strukturell abzusichern und pflegerische Versorgungsqualität zu sichern. Das Pflegebudget ist damit kein bloßes Finanzierungsinstrument, sondern ein qualitätspolitischer Schutzmechanismus.

Ziel dieses Positionspapiers ist es daher, die aktuelle Diskussion einzuordnen und die Bedarfs- und Finanzierungslogik transparent darzustellen sowie Reformoptionen aufzuzeigen, die Versorgungsqualität, Versorgungssicherheit und wirtschaftliche Tragfähigkeit miteinander zu verbinden.

Vor diesem Hintergrund wird aufgezeigt, welche Funktion das Pflegebudget im Vergütungssystem erfüllt, welche tatsächlichen Steuerungsdefizite bestehen und wie eine verantwortungsvolle Weiterentwicklung aussehen kann, ohne die pflegerische Versorgungsqualität und die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser zu gefährden. Es darf nicht ausgeblendet werden, dass die katholischen Krankenhäuser für eine personenbezogene, qualitativ hochwertige und an den Bedarfen orientierte Dienstleistung für die ihnen anvertrauten Menschen aller Altersgruppen stehen.

Pflegekostenfinanzierung im DRG-System: Herausforderungen und Reformbedarf

Entwicklung der Pflegefinanzierung

Spardruck und Pflegepersonalmangel sind keine neuen Phänomene in deutschen Krankenhäusern. Sie prägen die Krankenhausfinanzierung seit Jahrzehnten. Mit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 wurde die Vergütung an Fallpauschalen ausgerichtet. Ziel war es, Effizienzreserven zu heben und wirtschaftliches Handeln zu fördern.

Das DRG-System funktioniert über Fallpauschalen, deren Höhe auf Kostendaten von Referenzkrankenhäusern basiert. Krankenhäuser konnten wirtschaftlich erfolgreich arbeiten, wenn es ihnen gelang, ihre Leistungen kosten-

Warum gibt es das Pflegebudget?

Das Pflegebudget wurde 2020 eingeführt, um auf Herausforderungen in der Pflegefinanzierung in Krankenhäusern zu reagieren:

- Kostendruck durch das DRG-System
- Arbeitsverdichtung und zunehmender Personalmangel in der Pflege
- Begrenzte Steuerungswirkung von Personaluntergrenzen
- Steigende öffentliche und politische Aufmerksamkeit für die Pflegesituation
- Stärkung der Pflege als zentraler Qualitätsfaktor der Patientenversorgung

günstiger zu erbringen als die Einrichtungen, deren Daten in die Kalkulation einfließen. Hier waren zunächst auch Pflegepersonalkosten Bestandteil.

Der zentrale Anreiz bestand somit darin, Kosten zu senken und gleichzeitig möglichst viele Fälle abzurechnen. Gerade mit Blick auf die Pflege geriet dies zunehmend in die Kritik, weil die Fallpauschalen weder den tatsächlichen Pflegebedarf noch den dafür erforderlichen Personaleinsatz hinreichend abbildeten.

Wendepunkt: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Mit dem Inkrafttreten des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) im Jahr 2019 wurden die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung ab dem Jahr 2020 aus dem DRG-System ausgegliedert und über das Pflegebudget gesondert finanziert. Ziel war es, die Personalkosten der unmittelbar am Krankenbett tätigen Pflegekräfte vom ökonomischen Druck der Fallpauschalen zu entlasten und damit Patientensicherheit sowie Versorgungsqualität abzusichern. Entscheidend ist deshalb nicht allein die Kostenentwicklung, sondern die tatsächliche Wirkung auf Patient:innen, deren An- und Zugehörige sowie auf das Krankenhauspersonal.

Ein ähnlicher Ansatz zeigt sich auch in der Krankenhausreform 2024, in der weitere Kostenbestandteile, insbesondere Vorhaltekosten, teilweise aus der DRG-Logik herausgelöst werden sollen. Im Rahmen der sogenannten Vorhaltevergütung sollen die Krankenhäuser dann zukünftig für ihre Strukturkosten 30 bis 40 Prozent ihres Budgets pauschal über einen komplizierten Rechenmechanismus erhalten.

Umsetzung der Pflegekostenausgliederung

Im DRG-System wurden die Pflegekosten auf den Stationen ursprünglich auf Grundlage der Pflegepersonalregelung (PPR) den einzelnen Patient:innen sowie den jeweiligen DRG-Fallgruppen zugeordnet. Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wurden die DRG-Fallpauschalen entsprechend bereinigt. Die kalkulatorischen Gesamtkosten einer DRG verringerten sich um den Pflegekostenanteil und die sogenannten Relativgewichte. Der relative Wert einer DRG im Vergleich zum Durchschnitt aller Fallgruppen reduzierte sich um rund 20 Prozent.

In der Folge sanken auch die Erlöse der Krankenhäuser aus den Fallpauschalen in entsprechender Höhe. Diese Anpassung war sachgerecht, da andernfalls eine Doppelvergütung über DRG-Fallpauschalen und Pflegebudget entstanden wäre.

Abgrenzungsprobleme und fortlaufende Anpassungen

Die praktische Umsetzung blieb gleichwohl komplex, weil Abgrenzungsfragen zu Berufsgruppen, Tätigkeiten und unmittelbarer Patientenversorgung fortlaufend präzisiert werden mussten. Insbesondere besteht weiterhin Streit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen darüber, welche Tätigkeiten unter die unmittelbare Patientenversorgung fallen. Entsprechend kommt es regelmäßig zu Anpassungen und Präzisierungen. So wurden nach den aktuellen Abgrenzungsregelungen auch Hebammen der Kreißsäle einbezogen; ihre Berücksichtigung im Pflegebudget erfolgt ab dem Jahr 2025.

Im Gegenzug wurden die Pflegepersonalkosten der Pflegekräfte mit einem sonstigen oder ohne Berufsabschluss ab dem Jahr 2025 wieder in die DRGs zurückgegliedert. Damit wurde ein erhebliches Konfliktpotential vor Ort eliminiert.

Gerade diese Abgrenzungsfragen zeigen, dass es weniger um die Rückkehr zum alten System, sondern vielmehr um eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung gehen muss.

Auswirkungen auf Personalstruktur und Arbeitsbedingungen

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sollte den Aufbau von Pflegepersonal erleichtern und die Versorgung am Bett stärken. Die volle Refinanzierung der angestellten Pflegefachkräfte hat in der Folge zu einem Aufwuchs des Pflegepersonals in den Kliniken geführt; dieser Effekt war politisch gewollt, weil damit auch eine bessere Pflegequalität und bessere Patientenversorgung verbunden wird. Zuvor setzte das DRG-System starke Anreize, Personalkosten auch im Pflegebereich zu begrenzen. Dadurch standen Pflegefachkräfte unter erhöhtem Arbeitsdruck und Aufgaben wurden verstärkt auf andere Berufsgruppen verteilt. Es muss ermöglicht werden, dass eine am Patientenbedarf ausgerichtete Pflegepersonalausstattung über das Pflegebudget finanziert werden kann.

Mit der vollständigen Finanzierung über das Pflegebudget wurde der ökonomische Anreiz teilweise verändert. Tätigkeiten wurden wieder stärker auf Pflegefachkräfte zurückübertragen, während zugleich der direkte Kostendruck auf den Pflegebereich weitgehend entfiel. Diese Entwicklung entsprach jedoch nicht dem eigentlichen Zweck des Pflegebudgets, das auf eine bedarfsgerechte Finanzierung der Pflege und die Stärkung der pflegerischen Versorgung ausgerichtet war.

Reformbedarf beim Pflegebudget

Nun wird verstärkt diskutiert, ob eine Rückkehr zur früheren Systematik tatsächlich zielführend wäre. Eine tragfähige Weiterentwicklung des Pflegebudgets muss Kostensteuerung mit Bedarfsorientierung verbinden. Es ist entscheidend, dass die Finanzierung der Pflege eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleistet, indem der reale, patientenbezogene Pflegebedarf berücksichtigt wird und ein entsprechender Personalbedarf und Qualifikationsmix refinanziert wird. Zugleich sollte die Debatte nicht auf kleinteilige Neuregelungen des Pflegebudgets verengt werden. Angesichts des anhaltenden Finanzierungsdrucks ist das Pflegebudget nur ein Baustein einer umfassenderen Reformdiskussion.

Risiken einer Rückgliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System

Rückkehr zu alten Fehlanreizen

Eine Rückgliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System würde einen gesundheitspolitischen Entwicklungspfad wieder zurückdrehen, der gerade auf eine teilweise Entkopplung zentraler Kosten von der reinen Fallzahlorientierung zielt.

Insbesondere würde eine Abschaffung des Pflegebudgets das Risiko erhöhen, dass aufgebautes Pflegepersonal und ein qualifikationsgerechter Personaleinsatz nicht mehr verlässlich refinanziert werden können. Fällt diese eigenständige Refinanzierung weg, stünde nicht nur der weitere Personalaufbau unter Druck; auch bereits geschaffene Strukturen könnten wirtschaftlich wieder in Frage gestellt werden. Aktuelle Stellungnahmen aus der Pflege betonen ausdrücklich, dass das Pflegebudget die Grundlage dafür geschaffen hat, Pflege-

personal bedarfsgerecht aufzubauen und tarifgerecht zu refinanzieren, und warnen vor Rückschritten in der Versorgung.

Der alte Mechanismus würde wieder greifen, dass Krankenhäuser stärker unter Druck geraten, pflegerische Leistungen organisatorisch möglichst kostengünstig zu erbringen. Erfahrungen aus der Zeit vor der Ausgliederung zeigen, dass Pflegeaufgaben hier verstärkt auf Hilfs- und Assistenzkräfte übertragen wurden oder andere Wege gesucht wurden, um Personalkosten zu reduzieren.

Entwertung von Investitionen in Pflegepersonal

Eine Rückkehr zu diesem System würde zudem diejenigen Krankenhäuser benachteiligen, die in den vergangenen Jahren verantwortungsvoll in Pflegepersonal investiert haben. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen war ein wichtiger Schritt, um zu verhindern, dass wirtschaftliche Erlöse auf Kosten der Pflegenden erzielt werden.

Hinzu kommt, dass sich die Krankenhäuser derzeit in einer besonders angespannten wirtschaftlichen Situation befinden. Erhebungen zufolge schreiben rund 75 Prozent der Krankenhäuser derzeit rote Zahlen.¹ Unter diesen Bedingungen ist davon auszugehen, dass eine Rückgliederung der Pflegepersonalkosten den Kostendruck erneut in besonderem Maße auf den Pflegebereich verlagern würde.

Die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen wäre in diesem Zusammenhang nicht ausreichend, um Pflegekräfte vor den negativen Folgen eines erneuten Kostendrucks zu schützen. Eine Weiterentwicklung des Systems sollte daher zwei zentrale Ziele miteinander

verbinden: Einerseits muss der qualitätspolitische Schutzmechanismus des Pflegebudgets erhalten bleiben, andererseits gilt es, Transparenz und Steuerbarkeit der Ausgaben zu verbessern.

Lösung: Pflegebudget konsequent am Bedarf ausrichten

Bedarfsorientierte und zweckgebundene Finanzierung

Statt einer bloßen Rückkehr zur Finanzierung über das DRG-System sollte das Pflegebudget konsequent am tatsächlich erhobenen Pflegebedarf der Patient:innen ausgerichtet werden und zugleich in seiner Zweckbindung gestärkt werden. Die Mittel müssen verlässlich und nachvollziehbar in die direkte Patientenversorgung und Pflege fließen. Maßgeblich ist eine sachgerechte und möglichst praxistaugliche Personalbedarfsbemessung im Krankenhaus. Vorhandene Instrumente müssen hierbei konsequent weiterentwickelt werden. Auf Basis eines solchen bedarfsorientierten Ansatzes kann der erforderliche Personaleinsatz abgeleitet und mit einer verlässlichen Finanzierung verknüpft werden. Dadurch entsteht ein transparentes Steuerungsinstrument: Krankenhäuser erhalten eine Refinanzierung, die sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert und nicht allein an vorhandenen Stellen oder Kopfzahlen.

Eine solche Bedarfsorientierung verbindet mehrere Vorteile. Es lassen sich Versorgungssicherheit, Kostensteuerung und Effizienzgewinne gleichermaßen fördern.

Zum einen wird sichergestellt, dass ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung steht, um eine qualitativ hochwertige und sichere

¹ Vgl. DKI-Krankenhaus-Barometer 2025

Patientenversorgung zu gewährleisten. Zum anderen werden Fehlentwicklungen begrenzt, da übermäßige Personalausweitungen ohne entsprechenden Versorgungsbedarf nicht refinanziert werden. So kann Kostensteuerung mit Versorgungssicherheit verbunden werden.

Personal- und Qualifikationsvorgaben

Voraussetzung dafür sind valide und praxisnahe Instrumente, die den tatsächlichen Personal- und Pflegeaufwand realistisch abbilden und konsequent weiterentwickelt werden. Personalbemessung muss den realen Personal- und Pflegeaufwand abbilden und zugleich den erforderlichen Skill- und Grade-Mix berücksichtigen. Zugleich müssen die bestehenden Instrumente konsequent an die Entwicklung des Berufs, an veränderte Kompetenzprofile und an neue Versorgungsanforderungen angepasst werden.

Ebenso erforderlich ist eine kohärente Abstimmung von gesetzlichen und normativen Vorgaben zu Personalausstattung, Qualifikationen und Qualitätsanforderungen mit dem tatsächlichen Pflegebedarf. Personalbemessung darf sich nicht in abstrakten Mindestvorgaben erschöpfen.

Aus dem festgestellten Pflegebedarf ergibt sich nicht automatisch, in welcher personellen Zusammensetzung dieser Bedarf zu decken ist. Eine bedarfsgerechte Finanzierung muss ermöglichen, dass Pflegefachpersonen, Pflegeassistenten, weitere unterstützende Funktionen und zunehmend auch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in einem sachgerechten Verhältnis eingesetzt werden können.

Entlastung schaffen, Bürokratie abbauen

Eine bedarfsorientierte Pflegefinanzierung muss auch pflegeentlastende Maßnahmen berücksichtigen. Unterstützungs- und Service-

kräfte übernehmen wichtige Aufgaben und tragen dazu bei, Pflegefachpersonen von nicht-pflegerischen Tätigkeiten zu entlasten. Ein sinnvoll gestalteter Qualifikationsmix ermöglicht es, vorhandene Personalressourcen effizient einzusetzen und Pflegefachpersonen stärker auf ihre Kernaufgaben in der Patientenversorgung zu konzentrieren. Damit diese Entlastungsstrukturen dauerhaft wirksam bleiben, müssen entsprechende Leistungen verlässlich refinanziert werden. In diesem Sinne braucht es eine schnelle und praktikable Weiterentwicklung des Pflegebudgets. Erforderlich ist ein einfacheres, bedarfsorientiertes System mit weniger Bürokratie statt immer neuer Einzelnachweise. Die aktuell geregelte pauschale Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets wäre dafür zunächst weiter tragfähig.

Eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Pflegebudgets per se bietet damit einen sachgerechten Weg für die weitere Reformdebatte. Sie verbindet Kostensteuerung mit Qualitätssicherung und schafft gleichzeitig Planungssicherheit für die Krankenhäuser. Auf diese Weise kann das Pflegebudget seine ursprüngliche Funktion erfüllen: den ökonomischen Druck im Pflegebereich zu lindern und gleichzeitig eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen.

Forderungen des Katholischen Krankenhausverbands:

1. Ausgaben durch Verknüpfung mit dem tatsächlichen Bedarf begrenzen

Eine Verknüpfung der Finanzierung mit dem tatsächlichen Pflegebedarf kann dazu beitragen, die Ausgabenentwicklung sachgerecht zu steuern. Dazu muss auf Ebene des einzelnen Krankenhauses der konkrete Pflegebedarf ermittelt werden. Auf dieser Grundlage kann dann die notwendige Personalausstattung abgeleitet werden. Die Steuerungsmöglichkeit über das Pflegebudget ergibt sich durch den Abgleich von Bedarf und Ausstattung. Nur bei einer bedarfsgerechten Personalausstattung sollte das Haus das entsprechende Budget erhalten.

2. Personalmessungsinstrumente weiterentwickeln und nutzen

Eine bedarfsorientierte Finanzierung setzt verlässliche Instrumente zur Ermittlung des tatsächlichen Pflegebedarfs voraus. Diese müssen konsequent an der tatsächlichen Weiterentwicklung des Pflegeberufs ausgerichtet und entsprechend fortgeschrieben werden. Nur so kann die erforderliche Personalausstattung realistisch bestimmt werden. Eine hohe Versorgungsqualität bei gleichzeitig effizientem Mitteleinsatz kann nur erreicht werden, wenn bei der Personalbemessung auch der Qualifikationsmix berücksichtigt wird. Dazu gehören Pflegefachpersonen, Assistenzkräfte sowie akademisch qualifiziertes Pflegepersonal.

Herausgeber:
Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin | Verantwortlich: Bernadette Rummelin
Titelfoto: South_Agency

www.die-katholischen-krankenhäuser.de

3. Zweckbindung schafft Transparenz

Die Zweckbindung stellt sicher, dass die bereitgestellten Mittel tatsächlich in Pflegepersonal investiert werden und Pflegepersonalkosten verlässlich abgesichert sind. Angesichts der aktuellen Gesetzgebung zur Befugnisserweiterung und Akademisierung bietet das Pflegebudget weiterhin eine verlässliche Finanzierung, die auch Qualifikation, Weiterbildung und Akademisierung umfasst. Dabei sollte die weitere Akademisierung der Pflege in Deutschland besonders in den Blick genommen werden, da im europäischen Vergleich ein deutlicher Aufholbedarf bei hochschulisch qualifiziertem Pflegepersonal besteht. Durch das Pflegebudget kann die pflegepolitisch gewollte Entwicklung zu mehr Verantwortung, Effizienz und besserer Versorgung sachgerecht im Finanzierungssystem nachvollzogen werden.

4. Pflegeentlastende Maßnahmen berücksichtigen und Bürokratie abbauen

Ein gezielter Qualifikationsmix im Team ermöglicht es, pflegerische Kernaufgaben stärker bei Fachkräften zu bündeln und Aufgaben sinnvoll zu verteilen. Damit die Entlastungswirkung erhalten bleibt, müssen Service- und Unterstützungsleistungen verlässlich refinanziert werden. Eine pauschale Finanzierung reduziert Bürokratie und gibt den Krankenhäusern die nötige Flexibilität, vor Ort wirksame Entlastungsmaßnahmen umzusetzen. Zugleich braucht es einen einheitlichen Datensatz ohne unnötige Doppelerfassungen. Vorgaben und Nachweissysteme – etwa aus PpUGV, PPR 2.0 und weiteren Pflegevorgaben – sollten so zusammengeführt werden, dass Steuerung, Qualitätssicherung und Refinanzierung auf derselben Datengrundlage erfolgen.