

Antwort der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Gerrit Huy, Martin Sichert, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 21/5572 –**

Transparenz von Fehlanreizen der Pflegebudgets im Krankenhauswesen

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Pflegebudget deckt die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen pauschal ab (www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Pflegebudget_Final.pdf).

Seit die Selbstkostendeckung für Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen im Jahr 2020 durch die Herauslösung aus den DRG-Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups) eingeführt wurde, ist das Pflegebudget von 15,2 Mrd. Euro (2020) auf 26,1 Mrd. Euro (2024) gestiegen. Für 2025 lag der Anstieg bei 8 Prozent gegenüber 2024. Die Forderungen der Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Stand: Februar 2026) liegen 12 Prozent über dem für 2025 vereinbarten Wert (<https://idw-online.de/de/news866139>).

Sechs Jahre nach Einführung der Selbstkostendeckung ist die angekündigte Verbesserung der Pflege bisher nicht messbar, stattdessen treten die Fehlanreize immer deutlicher zutage (www.aok.de/pp/gg/pflege/selbstkostendeckung-pflege/). Beispielsweise beauftragen Kliniken ihr Pflegepersonal inzwischen häufig mit nichtpflegerischen Aufgaben wie Bettenmachen, Essenverteilen, Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben.

Im Jahr 2017 versorgten 328 500 Pflegevollkräfte (qualifiziertes Pflegepersonal, umgerechnet auf eine volle tarifliche Jahresarbeitszeit) knapp 19,5 Millionen stationär im Krankenhaus behandelte Fälle (www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_292_231.html).

Im Jahr 2024 versorgten 408 599 Pflegevollkräfte knapp 17,5 Millionen stationär im Krankenhaus behandelte Fälle (www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Service/Studien/2025/Anlage_Krankenhausstatistik_2024.pdf).

In sieben Jahren (2017 bis 2024) stiegen somit die Zahlen der Pflegevollkräfte trotz sinkender Fallzahlen (– 10 Prozent) um 24 Prozent. Die Produktivität (Fälle/Pflegevollkräfte) sank um 28 Prozent, und der Aufwand pro Fall (Pflegevollkräfte/Fall) stieg um 38 Prozent.

Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV = gesetzliche Krankenversicherung) sieht vor, dass ab 2025 im Pflegebudget nur noch die Kosten für qualifizierte Pflegekräfte berücksichtigt werden, die in der unmittelbaren Patienten-

versorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind. Servicekräfte dürfen somit seit Anfang 2025 nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden. Dies ist jedoch lediglich eine Finanzierungsmaßnahme und keine gesetzliche Regelung zu exklusiven Aufgaben oder zur Delegation nichtpflegerischer Tätigkeiten. Da eine klare Abgrenzung fehlt, müssen Pflegefachkräfte weiterhin nichtpflegerische Aufgaben übernehmen.

Personaluntergrenzen (PuG) zwingen Kliniken, Personal priorisiert auf regulierte Stationen (bettenführende Stationen) zu verlegen – nichtregulierte Stationen (Funktions- bzw. Ambulanzbereiche) leiden dadurch unter Personalmangel (Verschiebungseffekt).

Die WIdO-Analyse (e-Paper des Wissenschaftlichen Instituts der AOK [WIdO] vom Februar 2026) zeigt auf, dass es im Zuge der Einführung des Pflegebudgets einen beachtlichen Anstieg der Zahl von Altenpflegekräften gab, die in den Krankenhäusern eingestellt worden sind: Die Zahl der ausgebildeten Altenpflegekräfte in den Kliniken hat sich seit 2019 um das 2,5-Fache erhöht. Gleichzeitig ist die Zahl der Vollkräfte in den Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten seit der Einführung des Pflegebudgets deutlich langsamer gewachsen als in den Jahren davor.

Aus Sicht der Fragesteller fördert die Selbstkostendeckung im Pflegebudget zwar kurzfristig den politisch intendierten Personalaufbau, langfristig verschärft sie jedoch Zielkonflikte: zwischen Sektoren (die Krankenhäuser ziehen Pfleger aus anderen Bereichen, beispielsweise Pflegeheime oder Pflegedienste ab, weil sie dort bessere Bedingungen oder mehr Geld bieten können), zwischen Personalaufbau und Produktivität (statt dass mehr Personal zu besserer Pflege führt, wird es teurer und träger) sowie zwischen Kostendynamik und Systemzusammenhang (die Kosten schießen hoch, ohne dass das System insgesamt besser läuft – alles wird teurer für die Krankenkassen und Versicherten; www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Krankenhauser/wido_kra_pflegebudget_0226.pdf).

Dies gibt den Fragestellern Anlass zu der Frage, ob die Einführung des Pflegebudgets zur Fehlallokation von Finanzmitteln geführt hat, insbesondere ob bei der Vorsorge, an der Physiotherapie, an ambulanten Behandlungen gespart wird – und das Geld stattdessen für lukrativere, nicht immer notwendige aufwendige stationäre Eingriffe im Krankenhaus ausgegeben wird, die wiederum viel Pflegepersonal binden (www.faz.net/aktuell/wirtschaft/mehr-wirtschaft/pflege-ist-schlechter-vor-zehn-jahren-experte-erklaert-woran-das-liegt-accg-110832565.html).

1. Aus welchen Bereichen stammen die zusätzlich entstandenen ca. 80 000 Pflegevollkräfte in den Kliniken zwischen 2017 und 2024 genau (beispielsweise Altenpflegeheime, Ausbildung, Ausland), und wie hoch ist davon die Quote derer, die nach zwei bis drei Jahren den Beruf wieder verlassen (bitte ausführlich auflisten)?

Die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Grunddaten der Krankenhäuser geben seit dem Jahr 2018 einen Überblick über die „Pflegevollkräfte nach Berufsbezeichnung, Weiterbildung und Tätigkeitsbereich“ (Tabellen 2.3.4 (2018)/ 23111-16 (2024)). Da die Differenzierung der Pflegevollkräfte nach Berufsbezeichnung und Tätigkeitsbereich erst seit dem Jahr 2018 zur Verfügung steht, ist der nachfolgenden Tabelle ein Vergleich der Pflegevollkräfte nach Berufsbezeichnung in den Jahren 2018 und 2024 zu entnehmen.

Tabelle: Entwicklung der Pflegevollkräfte von 2018 auf 2024, differenziert nach Berufsbezeichnungen

Berufsbezeichnung	2018	2024	Veränderung absolut
Pflegedienst insgesamt	284 377	333 901	+ 49 524
Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen	222 720	231 174	+ 8 454
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerinnen	24 149	25 423	+ 1 274
Altenpfleger/-pflegerinnen	4 333	14 697	+ 10 364
Pflegeschwestern/-fachfrauen	-	15 545	-
Akademischer Pflegeabschluss	2 101	2 609	+ 508
Krankenpflegehelfer/-helferinnen	11 034	15 897	+ 4 863
Altenpflegehelfer/-helferinnen	551	1 905	+ 1 354
Sonstiger Berufsabschluss	13 330	13 215	- 115
Ohne Berufsabschluss	6 160	13 436	+ 7 276

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt

Hinzuweisen ist darauf, dass es sich bei der Auswertung der Vollkräfte im Pflegedienst nach Berufsbezeichnungen um eine fachabteilungsbezogene, nicht tätigkeitsbezogene Abgrenzung handelt. Dabei wurde die Summe über alle Fachabteilungen um die drei psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen (Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik/Psychotherapie) bereinigt. Außerdem wurden aus den Grunddaten für das Jahr 2024 Pflegevollkräfte mit bestimmten Berufsbezeichnungen nicht benannt, da diese Berufsbezeichnungen im Jahr 2018 noch nicht vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen worden sind.

Der Bundesregierung liegen weder Informationen dazu vor, aus welchen Bereichen die Pflegevollkräfte stammen, noch wie hoch die Quote derer ist, die nach zwei bis drei Jahren den Beruf wieder verlassen.

2. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Entwicklung, dass sich die Versorgungslage für Patienten und Personal trotz eines Zuwachses von 80 000 Pflegevollkräften von 2017 bis 2024 und einer parallelen Senkung der stationären Fälle um 2 Millionen nicht verbessert hat?
3. Welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, dass sechs Jahre nach Einführung der Selbstkostendeckung für die Pflege im Krankenhaus die Kosten eklatant gestiegen sind, dennoch die angekündigte Verbesserung der Pflege bisher nicht messbar ist (www.aok.de/pp/gg/pflege/selbstkostendeckung-pflege/)?

Die Fragen 2 und 3 werden gemeinsam beantwortet.

Ziel der Einführung der Selbstkostendeckung in der Pflege war der Aufbau von Pflegepersonal zur Stärkung der Qualität der pflegerischen Versorgung. Dieses gesundheitspolitische Ziel wurde erreicht. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 10 verwiesen.

4. Welche spezifischen Fehlanreize sieht die Bundesregierung ggf. im Mechanismus der Selbstkostendeckung seit 2020?

Eine Vergütung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip kann insoweit Fehlanreize setzen, als dass die vereinbarten Pflegepersonalkosten nicht in dem Maße wirtschaftlich eingesetzt werden, wie es in einem pauschalierten System der Fall ist, wenn beispielsweise mehr Pflegekräfte eingestellt werden als notwen-

dig. Zur Vermeidung der mit einem Selbstkostendeckungsansatz einhergehenden Fehlanreize wurden verschiedene Maßnahmen vorgesehen. Dazu gehört die Nachweisführung über die zweckentsprechende Mittelverwendung oder auch die Begrenzung der Finanzierung der Kosten, die mit der Beschäftigung von Leiharbeitskräften einhergehen (im Pflegebudget werden Leiharbeitskräfte bis zur Höhe der einschlägigen Tariflöhne und ohne die entstehenden Vermittlungsentgelte berücksichtigt).

5. Inwieweit hat aus Sicht der Bundesregierung die Trennung der Pflegekosten aus der Finanzierung der Fallpauschalen ggf. dazu geführt, dass Kliniken Pflegefachkräften zusätzliche nichtpflegerische Aufgaben wie Reinigungs- oder Verwaltungsarbeiten übertragen, um Kosten zu sparen (www.aok.de/gp/krankenhaus/blickpunkt-klinik-newsletter/zu-risiken-und-nebenwirkungen-des-pflegebudgets)?

Zur Verhinderung eines Einsatzes des Pflegepersonals, dessen Kosten im Pflegebudget berücksichtigt werden, für pflegefremde Tätigkeiten sind verschiedene Vorkehrungen getroffen worden. Über die Zeit wurde die Abgrenzung der Berufsgruppen noch enger gezogen: Seit dem Jahr 2025 können im Pflegebudget nur noch Personalkosten für Pflegekräfte mit einer in § 17b Absatz 4a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten pflegerischen Qualifikation berücksichtigt werden, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind. Die gesetzliche Definition der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten ist damit seit dem Jahr 2025 sowohl tätigkeitsbasiert („Pflegepersonal [...], das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist“) als auch qualifikationsbasiert. Darüber hinaus sind die vereinbarten Pflegepersonalkosten zweckgebunden einzusetzen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind vom Krankenhaus zurückzuzahlen. Krankenhäuser müssen unter anderem für die zweckentsprechende Mittelverwendung ein Testat von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer vorlegen. Das Testat umfasst auch die Stellenzahl der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung und die Pflegepersonalkosten.

6. Wird die Bundesregierung klare gesetzliche Regelungen zu den exklusiven Aufgaben von Pflegefachkräften einführen, um nichtpflegerische Tätigkeiten wie Bettenmachen oder Essenverteilen an Hilfskräfte zu delegieren, und wenn ja, wann?

Mit dem Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreform-anpassungsgesetz – KHAG) vom 9. April 2026 (BGBl. 2026 I Nr. 98) wurde klargestellt, dass Kosten für pflegefremde Tätigkeiten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden dürfen. Die Klarstellung zielt darauf ab, dass ausgebildetes Pflegepersonal entsprechend seiner Qualifikation in der Pflege von Patientinnen und Patienten eingesetzt wird und nicht für pflegefremde Tätigkeiten. Es handelt sich insoweit um eine Klarstellung, als dass das Krankenhausfinanzierungsrecht bereits bislang vorsah, dass im Pflegebudget lediglich Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen berücksichtigt werden durften. Dementsprechend sieht die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) eine Abgrenzung von nichtpflegebudgetrelevanten Personalkosten gemäß dem anteiligen Tätigkeitsumfang vor. Die Definition der zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten war somit bereits bislang auch tätigkeitsbasiert. Soweit Tätigkeiten der unmittelbaren Patienten-

versorgung dienen, können sie weiterhin im Pflegebudget berücksichtigt werden. Dies gilt zum Beispiel für die Erstellung der Pflegedokumentation.

7. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung ggf. gegen die Verschiebung von Pflegepersonal von nichtregulierten Stationen zu regulierten Bereichen aufgrund der niedrigen Personaluntergrenzen nach den Gesetzen der ehemaligen Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn und Dr. Karl Lauterbach?

Gemäß § 8 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) bzw. § 6 der Vereinbarung über den Nachweis zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG-Nachweisvereinbarung) sind Personalverlagerungen aus anderen Bereichen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern unzulässig, wenn sie mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität in den anderen Bereichen im Krankenhaus verbunden sind. Wurden für ein Krankenhaus unzulässige Personalverlagerungen festgestellt, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes geeignete Maßnahmen, die das Krankenhaus zur Vermeidung von Personalverlagerungen zu ergreifen hat.

8. Wie viele Fälle von unlauteren Praktiken, wie beispielsweise dem parallelen Einplanen einer Pflegekraft auf zwei Stationen zur Erfüllung von Abrechnungsmodalitäten, sind der Bundesregierung seit dem Jahr 2020 bekannt, und welche Sanktionen gibt es dagegen?

Die Bundesregierung hat keine näheren Erkenntnisse zu derartigen Praktiken. Etwaige Sanktionen ergeben sich aus der Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktionsvereinbarung (PpUG-Sanktionsvereinbarung) der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Die PpUG-Sanktionsvereinbarung sieht Vergütungsabschläge sowie eine Verringerung der Fallzahl als mögliche Sanktionen vor (vgl. im Einzelnen: www.g-drug.de/pflegepersonaluntergrenzen-2025/ppug-sanktions-vereinbarung).

9. Welche Initiativen sind der Bundesregierung ggf. bekannt, um die überdurchschnittlich hohe Zahl unnötiger Operationen in deutschen Kliniken zu reduzieren, die den Pflegebedarf unnötig steigern und Ressourcen binden (www.focus.de/gesundheit/ratgeber/push-sportmediziner-klaert-auf-millionen-ops-sind-unnoetig-welche-fragen-sie-vorher-stellen-sollten_31a63412-ed14-4696-bdba-d69083c596de.html)?

Die Bundesregierung sieht Maßnahmen, die die Entscheidungssicherheit von Patientinnen und Patienten stärkt und die Qualität der erbrachten ärztlichen Leistungen validiert, als geeignet an, um unnötige Operationen zu vermeiden. Bereits heute haben gesetzlich Versicherte in Deutschland vor bestimmten, besonders mengenanfälligen und planbaren Operationen (z. B. Schulterarthroskopie, Wirbelsäuleneingriff, Knieendoprothese) einen Rechtsanspruch auf eine unabhängige ärztliche und kostenfreie Zweitmeinung. Das Verfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Zweitmeinungsverfahren-Richtlinie nach § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt (www.g-ba.de/richtlinien/107/). Ärztinnen und Ärzte mit einer entsprechenden Genehmigung zur Erbringung einer Zweitmeinung können über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen beziehungsweise dem elektronischen Terminservice der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem sogenannten Patientenservice, unter www.116117.de oder der entspre-

chenden mobilen Anwendung ermittelt werden (www.116117.de/de/zweitmeinung.php).

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), der am 29. April 2026 vom Kabinett beschlossen wurde, sieht vor, dies stufenweise in ein verpflichtendes Verfahren umzuwandeln. Der G-BA soll zukünftig für bestimmte mengenanfällige Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren festlegen. Somit soll perspektivisch sichergestellt werden, dass die Patientin oder der Patient verpflichtend eine umfassende Aufklärung über die verschiedenen Therapieoptionen, konservative und weniger invasive Therapiealternativen und die jeweiligen Konsequenzen erhält. Die Entscheidung, ob der Eingriff durchgeführt werden soll, soll auch zukünftig der Patient oder die Patientin treffen.

Mit dem Nationalen Gesundheitsportal bietet das Bundesministerium für Gesundheit (seit dem Jahr 2020) eine Plattform an, die seriöse und wissenschaftlich geprüfte Informationen zu den unterschiedlichen Gesundheitsfragen in fünf Sprachen (deutsch, englisch, türkisch, russisch und arabisch) bereitstellt. Allen Beiträgen liegen festgelegte Qualitätskriterien und Erkenntnisse der aktuellen Forschung zugrunde. Dazu gehören folgende Kernelemente: evidenzbasierte, aktuelle, transparente und verständliche Informationen. Die Gesundheitsinformationen sind leicht verständlich und nutzerfreundlich strukturiert. Die Barrierefreiheit wird gewährleistet. Das Verständnis der Inhalte wird durch grafische Darstellungen (Illustrationen, Bilder, Videos) unterstützt. Das Nationale Gesundheitsportal ist mit seinen seriösen Informationen ein Garant für Vertrauen, Expertise und Glaubwürdigkeit. Mit seinen Angeboten schafft es eine wesentliche Voraussetzung, um die Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger zu steigern. Des Weiteren werden die Menschen in die Lage versetzt, durch entsprechende Hinweise und Verlinkungen (auf weitere seriöse Informationsportale), eigenständig nach zusätzlichen Informationen, Hilfsangeboten, Anlaufstellen usw. zu suchen. Dabei wird insbesondere auch auf Entscheidungshilfen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) verwiesen, die auf der Internetseite www.gesundheitsinformation.de des IQWiG laienverständlich und objektiv verfügbar sind und den Stand des medizinischen Wissens darlegen. Damit wird eine informierte Entscheidung der Erkrankten und ihrer Angehörigen zu anstehenden medizinischen Maßnahmen ermöglicht.

10. Welche konkreten Pläne hat die Bundesregierung zur Neugestaltung des Pflegebudgets ggf. erarbeitet, um Fehlanreize zu eliminieren, den Mittelleinsatz transparenter und effizienter zu gestalten, die Produktivität zu steigern und Beitragssteigerungen für gesetzlich Versicherte zu verhindern?

Es wurde klargestellt, dass Kosten für pflegefremde Tätigkeiten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden dürfen. Auf die Antwort zu Frage 6 wird verwiesen.

Zudem ist auf die Maßnahmen hinzuweisen, die mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehen sind. Für eine Vielzahl von Ausgabenbereichen, darunter auch den Krankenhausbereich, erfolgt eine Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Die Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Bereich der Krankenhäuser umfasst insbesondere die Begrenzung der Entwicklung der Vergütungen auf den Orientierungswert, maximal jedoch auf die Grundlohnrate als Obergrenze und die Rückführung der vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen auch über die Obergrenze hinaus auf eine hälftige Tarifrefi-

nanzierung. Diese Regelungen gelten auch für das Pflegebudget, sodass das jährliche Wachstum des krankenhausesindividuellen Pflegebudgets begrenzt wird. Den Selbstverwaltungspartnern vor Ort wird jedoch die Überschreitung der maßgeblichen Obergrenze beim krankenhausesindividuellen Pflegebudget ermöglicht, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die aufgrund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des G-BA dies erfordert. Ein darüberhinausgehender Aufbau von weiterem Pflegepersonal seitens der Krankenhäuser, der zu einer Erhöhung des Pflegebudgets führt, ist somit nicht mehr möglich. Das Maßnahmenpaket im Gesetzentwurf zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz sieht zudem die Streichung der zusätzlichen und pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets vor.

Mit den vorgenannten Maßnahmen wird ein Beitrag geleistet, um Beitragsatzsteigerungen für gesetzlich Versicherte zu verhindern. Außerdem ist davon auszugehen, dass der Einsatz der Pflegekräfte und der im Pflegebudget vereinbarten Mittel effizienter gestaltet wird.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.