



Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz

WIdO e-Paper 6 (2026)

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Das Pflegebudget: eine empirische Zwischenbilanz
WiDO e-Paper 6 (2026)

Berlin, im Februar 2026

Dr. Corinna Hentschker, Carina Mostert-Brenck,
Dr. David Scheller-Kreinsen

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
im AOK-Bundesverband eGmbH – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<https://www.aok.de/pp/impressum/>
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann, Anja Füssel
Satz: Melanie Hoberg
Titelfoto: iStock



Copyright: © 2026 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO).
Creative Commons Namensnennung - 4.0 International (CC BY 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen
genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle
angemessen angegeben werden.

DOI: [10.4126/FRL01-006527042](https://doi.org/10.4126/FRL01-006527042)

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

Zusammenfassung / Abstract	4
1 Einleitung	5
2 Hintergrund und aktuelle Regelungen zur Pflege im Krankenhaus	6
2.1 Hintergrund, Ausgangslage und Pflegepersonalkosten für die Selbstkostendeckung	6
2.2 Änderungen der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025.....	7
2.3 Weitere Regulierung mit Bezug auf die Pflege	8
3 Datenbeschreibung	9
4 Analysen zur Entwicklung des Pflegebudgets und seiner Wirkung.....	12
4.1 Entwicklung des Pflegebudgets seit der Einführung.....	12
4.2 Pflegeentlastende Maßnahmen	16
4.3 Entwicklung der Vollkräfte.....	17
4.3.1 Entwicklung des Pflegedienstes und Funktionsdienstes im Zeitverlauf.....	17
4.3.2 Leiharbeit	20
4.3.3 Zusammensetzung Pflegedienst	21
4.4 Auswirkungen auf die Personalzahlen im Verhältnis zur Leistungserbringung	23
4.5 Auswirkungen auf die Pflegepersonaluntergrenzen.....	24
4.6 Auswirkungen auf die Systemkomplexität	25
4.7 Auswirkungen auf die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen.....	27
4.8 Entwicklungen in der Langzeitpflege	27
5 Zwischenbilanz: 14 Erkenntnisse aus der Analyse des Pflegebudgets	30
6 Fazit.....	32
Literaturverzeichnis.....	33
Abbildungsverzeichnis.....	35
Tabellenverzeichnis.....	36

Zusammenfassung / Abstract

Zusammenfassung

Mit der Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 wurden die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ausgegliedert. Seitdem werden sie über eine krankenhausindividuelle Selbstkostendeckung finanziert. Auf Basis der Analyse von Pflegebudgetdaten und amtlichen Statistiken wird eine empirische Zwischenbilanz gezogen und die Ergebnisse in 14 zentralen Erkenntnissen verdichtet. Die Analyse zeigt ein starkes Wachstum des Pflegebudgets. Gleichzeitig sind deutliche Personal- und Struktureffekte erkennbar: Der Pflegedienst verzeichnet ein deutliches Wachstum, während das Leistungsvolumen der Krankenhäuser unter dem Niveau des Jahres 2019 bleibt. Die Befunde deuten zudem darauf hin, dass sich das Pflegepersonal zunehmend ungleich auf die Sektoren Krankenhaus und Langzeitpflege verteilt. Zu den weiteren systemischen Folgen zählen unter anderem eine höhere Komplexität der Budgetverhandlungen sowie Abgrenzungskonflikte. Insgesamt zeigt die Analyse zahlreiche Faktoren auf, die dafür sprechen, die Pflegefinanzierung über die reine Selbstkostendeckung hinaus weiterzuentwickeln.

Abstract

With the introduction of the nursing budget in 2020, the financing of nursing staff costs was removed from the DRG system and has since been based on hospital-specific cost recovery. An empirical analysis was conducted using nursing budget data and official statistics and the results condensed into 14 key findings. The analysis shows that the nursing budget has grown significantly. At the same time, there have been personnel and structural changes: while the number of nursing staff has increased, the number of inpatients remains below that of 2019. The analysis also indicates that nursing staff are increasingly distributed unevenly across the sectors. Other systemic side effects include an increased complexity of budget negotiations and discrepancies in definitions between the DRG system and the nursing budget. Overall, the analysis highlights numerous factors that suggest further development of nursing care financing beyond pure cost recovery.

1 Einleitung

Bis einschließlich des Jahres 2019 erfolgte die Finanzierung somatischer Fälle hauptsächlich über Fallpauschalen (DRGs). Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde Ende 2018 ein grundlegender Kurswechsel für die Finanzierung des Pflegepersonals eingeleitet: Die Personalkosten für Pflege am Bett wurden aus den DRGs ausgegliedert und in ein krankenhausindividuelles Budget überführt, das auf dem Prinzip der Selbstkostendeckung beruht. Seit dem Budgetjahr 2020 werden damit jedem Krankenhaus die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten finanziert – bis zur tarifvertraglich vereinbarten Höhe. Mit der Einführung des Pflegebudgets verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, Einsparanreize zu Lasten der Pflege aufzulösen. Zugleich sollten Tarifsteigerungen und zusätzlicher Personaleinsatz verlässlich finanziert, die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert und damit die Qualität der Versorgung gestärkt werden (BMG 2018).

Die Umstellung von einer pauschalierten, leistungsbezogenen Finanzierung auf Selbstkostendeckung im Pflegebereich hat die Anreizstrukturen im Krankenhaussektor stark verändert. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten ist seit 2020 nicht mehr durch pauschale Erlöse begrenzt. Damit rücken viele Fragen in den Vordergrund: Welche Kostenentwicklungen sind zu verzeichnen und welche Rolle spielen dabei die Personalmenge, die Vergütung je Vollkraft und pflegentlastende Maßnahmen? Wie verändern sich der Qualifikationsmix und Beschäftigungsformen (z. B. Leiharbeit) in der Pflege? Und welche Wechselwirkungen entstehen im Zusammenspiel mit den weiterhin bestehenden Fallpauschalen – etwa in Bezug auf Systemkomplexität und Abgrenzungsfragen?

Nachdem nun Daten für fünf Jahre praktischer Umsetzung (2020 bis 2024) weitestgehend vollständig vorliegen, ist eine empirisch fundierte Zwischenbilanz möglich. In der vorliegenden Analyse werden auf Basis von Pflegebudgetdaten sowie amtlichen Statistiken erstmals beobachtbare Veränderungen im Krankenhaussektor und in angrenzenden Versorgungsbereichen systematisch beschrieben und eingeordnet. Im Fokus stehen dabei die Entwicklung des Pflegebudgets sowie Struktur-, Mengen- und Verteilungseffekte beim Pflegepersonal. Darüber hinaus werden weitere systemische Aspekte analysiert. Dazu gehören u. a. die stationäre Fallzahlentwicklung, Veränderungen in der Langzeitpflege, die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen und Folgen im stationären Finanzierungssystem.

Die Ergebnisse werden in 14 zentralen Erkenntnissen verdichtet. Diese bündeln die empirischen Befunde entlang von drei Leitdimensionen: (1) Ausgabendynamik und Finanzierungswirkung, (2) Personal- und Struktureffekte und (3) systemische Folgen. Ziel ist es, aus den Daten nicht nur einzelne Trends abzuleiten, sondern die Entwicklung des Pflegebudgets im Gesamtsystem der Krankenhausfinanzierung empirisch zu bewerten und damit eine belastbare Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung zu schaffen.

Die Analyse ist wie folgt aufgebaut: In Kapitel 2 wird ein kurzer Überblick über die aktuell vorliegenden gesetzlichen Regelungen zum Pflegebudget und angrenzende Instrumente gegeben. Um die Effekte der Einführung des Pflegebudgets beurteilen zu können, werden in Kapitel 3 die verwendeten Daten erläutert. Die empirischen Ergebnisse zur Entwicklung der Pflegekosten und des Pflegepersonals sowie weiterführende Analysen werden in Kapitel 4 dargestellt. Kapitel 5 verdichtet die zentralen Erkenntnisse der Analyse des Pflegebudgets. In Kapitel 6 wird ein Fazit gezogen.

2 Hintergrund und aktuelle Regelungen zur Pflege im Krankenhaus

2.1 Hintergrund, Ausgangslage und Pflegepersonalkosten für die Selbstkostendeckung

Im Rahmen der DRG-Vergütung bis 2019 erhielten Krankenhäuser für jeden stationären Behandlungsfall eine fixe Fallpauschale. Die Höhe dieser Pauschale ergibt sich aus der Zuordnung des Patienten zu einer bestimmten Diagnosis Related Group (DRG), die unter anderem auf der Haupt- und den Nebendiagnosen, den durchgeführten Eingriffen bzw. Prozeduren sowie dem medizinischen Schweregrad der Erkrankung basiert. Maßgeblich für die Eingruppierung ist somit primär der medizinische Behandlungsaufwand; der Pflegeaufwand findet nicht explizit Berücksichtigung, obwohl dieser bei gleicher medizinischer Diagnose auch erheblich variieren kann (Leber und Vogt 2020).

Die Kalkulation der DRGs erfolgt auf Grundlage durchschnittlicher Kosten. Entsprechend enthält jede DRG anteilig Kosten für verschiedene Kostenarten, darunter Personalkosten – einschließlich des ärztlichen und des Pflegedienstes –, Sachkosten sowie Infrastrukturkosten. Die DRG-Erlöse sind nicht zweckgebunden, sodass es den Krankenhäusern freisteht, in welchem Umfang sie die Mittel beispielsweise für Pflegepersonal, Ärzte oder andere betriebliche Ausgaben einsetzen. Das DRG-System setzt einen finanziellen Anreiz zur effizienten Gestaltung der Patientenbehandlung auf der Fallebene. Da Pflegeleistungen im DRG-System jedoch nur eine geringe unmittelbare Erlösrelevanz haben, führte dies in der Praxis zu einer Verschiebung im Personalmix, insbesondere zu einer stärkeren Gewichtung des ärztlichen Dienstes zu Lasten der Pflege (Augurzky et al. 2021).

In den letzten zwei Jahrzehnten gab es bereits verschiedene Reformversuche, um die Pflege zu stärken: Von 2009 bis 2011 und von 2016 bis 2019 gab es zwei Pflegestellenförderprogramme und von 2012 bis 2021 bestand die Möglichkeit, hochaufwendigen Pflegebedarf über einen Prozedurenkode (OPS 9-20) zu kodieren und über ein Zusatzentgelt zusätzlich zum DRG-Erlös abzurechnen. Der Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) sollte eine angemessene Vergütung des hohen Pflegeaufwands sicherstellen (Leber und Vogt 2020; Schmedders et al. 2023). Im Jahr 2018 wurden zusätzlich Zusatzentgelte für die Pflegegrade aus der Pflegeversicherung eingeführt. Im Jahr 2019 wurden schließlich Personaluntergrenzen eingeführt, die eine maximale Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft je Tag- und Nachtschicht definieren.

Durch die Umstellung von einer pauschalierten, leistungsbezogenen Finanzierung auf Selbstkostendeckung im Pflegebereich hat der Gesetzgeber die Anreize im Krankenhaussektor verändert. Einerseits wird der Aufbau von Pflegepersonal angeregt, da alle entstehenden Kosten refinanziert werden. Andererseits besteht dadurch ein Anreiz, Pflegepersonal Tätigkeiten in Bereichen übernehmen zu lassen, für die es auch andere Möglichkeiten gäbe.

Über das Pflegebudget werden alle unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entstehenden Kosten bis zur tarifvertraglich vereinbarten Höhe für Pflegepersonal finanziert (§ 2 Abs. 2 Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung). Im Laufe des Jahres 2020 wurde die zusätzliche Vereinbarung getroffen, dass nur Berufe mit mindestens einjähriger Qualifikation berücksichtigt werden; diese unterteilen sich in Pflegefach- und Pflegehilfskräfte.¹ Gemäß den Pflegenachweisen (nach § 17b Abs. 4a KHG) gelten die in Tabelle 1 aufgeführten Berufsgruppen als vollständig berücksichtigungsfähig.

¹ Für mehr Details zur Einführung des Pflegebudgets und den damit einhergehenden Herausforderungen sei verwiesen auf Slowik und Hentschker (2022).

Tabelle 1: Berufsgruppen nach Qualifikation

Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheits- und Krankenpfleger (einschl. Pflegefachleute) • Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger • Altenpfleger • Akademischer Pflegeabschluss 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenpflegehelfer • Altenpflegehelfer • Medizinische Fachangestellte • Anästhesietechnische Assistenten • Notfallsanitäter • Pflege- und Sozialassistenten

© WIdO 2026

Jedoch bleibt bis einschließlich des Budgetjahres 2024 auch Personal ohne pflegerische Qualifikation in den Kategorien „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ berücksichtigungsfähig. Für diese gilt aber ein Referenzwert, der das Pflegebudget dieser Berufsgruppen auf die Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation auf den durchschnittlichen Wert des Jahres 2018 begrenzt. Darüber hinausgehende Kosten für Vollkräfte dieser Berufsgruppen können den pflegeentlastenden Maßnahmen zugerechnet werden. Der Referenzwert muss zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart werden. Außerdem wird auch die Berufsgruppe der „Schüler“ im Pflegebudget berücksichtigt.

Zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten können Krankenhäuser pflegeentlastende Maßnahmen (PEM) mit den Krankenkassen vereinbaren. Hierunter fallen Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal führen. Die PEM können bis zu 4 % der Pflegepersonalkosten erhöhend berücksichtigt werden (§ 5 Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung). Zusätzlich können hier jene Kosten angesetzt werden, die über dem Referenzwert der Kategorie „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ liegen.

Für die Herleitung der pflegebudgetrelevanten Personalkosten wurden zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft standardisierte Formulare entwickelt. Diese sind für jedes Budgetjahr zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern zu vereinbaren. Neben der Angabe der Summe der Kosten und Vollkräfte erfolgt auch eine Aufteilung nach den oben genannten 13 Berufsgruppen/Rubriken.

2.2 Änderungen der Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2025

Im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vom 11.11.2022 wurde beschlossen, dass ab dem Jahr 2025 im Pflegebudget nur noch die Kosten für qualifiziertes Pflegepersonal berücksichtigt werden, das in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt ist. Entsprechend wird Personal, das den Kategorien „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ zugerechnet wird, ab dem Jahr 2025 nicht mehr über das Pflegebudget, sondern wieder über das aG-DRG-System finanziert. Für diese Berufsgruppen wird somit die tätigkeitsbezogene Abgrenzung „Pflege am Bett“ aufgegeben und die Finanzierung erfolgt ausschließlich über das DRG-System (Hentscher et al. 2023).

Zusätzlich ist im Rahmen des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfLEG) festgelegt worden, dass ab dem Jahr 2025 auch die Finanzierung der Hebammen über das Pflegebudget erfolgen soll. Entsprechend wurden die Kosten für Hebammen aus dem aG-DRG-System ausgegliedert. Damit wurde das Pflegebudget erstmals um ein komplett neues Tätigkeitsfeld – die Geburtshilfe – erweitert.

Die pflegeentlastenden Maßnahmen werden ab dem Jahr 2025 pauschal mit 2,5 % anteilmäßig an den Pflegepersonalkosten berücksichtigt. Ein Nachweis über die Durchführung und Kosten der Maßnahmen ist nicht mehr erforderlich (§ 6a Abs. 2 KHEntgG).

2.3 Weitere Regulierung mit Bezug auf die Pflege

Pflegepersonaluntergrenzen

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten wurde die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in pflegesensitiven Bereichen ab dem Jahr 2019 beschlossen (§ 137i SGB V). PpUG geben eine Anzahl von Patienten vor, die von einer Pflegekraft in einer Schicht (Tag- oder Nachtschicht) maximal betreut werden sollten. Die PpUG dienen dem Patientenschutz und als Mindestqualitätsmaß, ab welchem es gemäß Definition unterhalb der PpUG zu einer Patientengefährdung kommt (Schmedders et al. 2023). Bei Nichteinhaltung der PpUG im Monatsdurchschnitt muss ein Krankenhaus Vergütungsabschläge zahlen oder die Fallzahl reduzieren.

Die pflegesensitiven Bereiche wurden seit der Einführung der PpUG stetig erweitert: Im Jahr 2019 wurde mit vier pflegesensitiven Bereichen gestartet; im Jahr 2024 waren es 20 Bereiche. Somit sind durch die PpUG aktuell mehr als 90 % der Belegungstage im Krankenhaus abgedeckt (GKV-SV und DKG 2024).

Pflegepersonalquotient

Wie das Pflegebudget wurde auch der Pflegepersonalquotient (PPQ) mit dem PpSG beschlossen (§ 137j SGB V). Der PPQ setzt den Pflegeaufwand ins Verhältnis zu Pflegevollkräften und wird durch das InEK für jeden Krankenhausstandort berechnet.² Es handelt sich somit um einen Ganzhausansatz. Ein höherer Quotient bedeutet mehr Pflegeaufwand je Vollkraft. Der Pflegeaufwand wird auf Basis des Katalogs zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand ("Pflegebelast-Katalog") bestimmt. Eine Pflegebelast-Bewertungsrelation von 1,0 entspricht der durchschnittlichen Pflegebelast eines Falls. Der PPQ gibt somit an, wie viele Fälle mit durchschnittlicher Pflegebelast einer Pflegekraft gegenüberstanden (InEK 2025). Die Werte zwischen den Jahren sind daher miteinander vergleichbar, wenn sich die durchschnittliche Pflegebelast je Fall nicht geändert hat.

Das BMG ist ermächtigt, durch eine Rechtsverordnung eine Grenze festzulegen, bei der gerade die pflegerische Versorgung ohne Patientengefährdung möglich ist (§ 137j Abs. 2). Jedoch gibt es aktuell keine entsprechende Rechtsverordnung, was mit den gültigen PpUG zusammenhängen kann. Somit dient der PPQ aktuell eher der Transparenz und kann als Orientierungsmaß bzw. als Vergleich zwischen Krankenhausstandorten dienen (Schmedders et al. 2023).

Pflegepersonalbemessung 2.0

Mit dem Krankenhauspflege-Entlastungsgesetz (KHPflegEG) wurde die PPR 2.0 als Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt (§ 137k SGB V). Seit dem 1. Juli 2024 ist die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) in Kraft. Die PPR 2.0 baut auf der alten Pflegepersonalregelung (PPR) von 1993 bis 1996 auf. Mit der PPR 2.0 wird jeder Patient in eine von sechzehn Leistungsstufen eingeordnet. Für jede dieser Stufen ist ein Minutenwert mit Pflegebedarf hinterlegt. Die Summe der Minutenwerte ergibt den erforderlichen Personalbedarf, der entsprechend in Vollkräfte umgerechnet werden kann (Soll-Personalbesetzung). Dieser kann mit der Ist-Personalbesetzung gegenübergestellt werden. Seit 2025 sind Krankenhäuser verpflichtet, die ermittelten Daten an das InEK zu übermitteln. In der aktuellen Form sind durch den Gesetzgeber noch keine zu erreichende Erfüllungsgrade oder Sanktionen für deren Nichteinhaltung festgelegt.

² Im Gesetz ist ursprünglich der PPQ als Verhältnis von Pflegevollkräften zu Pflegeaufwand definiert worden. Veröffentlicht durch das InEK wird jedoch der Kehrwert Pflegeaufwand zu Pflegevollkraft, so dass hier im Text ausschließlich diese Beschreibung genutzt worden ist.

3 Datenbeschreibung

Beschreibung der Datenselektion der Pflegenachweise

Zur Herleitung der pflegerelevanten Personalkosten kann auf die Daten nach § 2 der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung zurückgegriffen werden. Diese müssen für jedes Budgetjahr von den Krankenhäusern an die Krankenkassen geliefert bzw. im Rahmen der Budgetverhandlungen geeint werden. Hier liegen die Ist-, Forderungs- und Vereinbarungsdaten vor. Die Ist-Daten für das zu verhandelnde Budgetjahr werden jeweils für das Vorjahr und das Vorvorjahr geliefert. Erstmals liegen die Ist-Daten für das Jahr 2019 vor, geliefert für das Budgetjahr 2020.

Um die Entwicklung zwischen den Jahren betrachten zu können, werden nur jene Krankenhäuser in die Analysen einbezogen, für die Vereinbarungsdaten von 2020 bis 2024 vorliegen. Krankenhäuser, bei denen in diesen Jahren eine Fusion erfolgt ist, werden zusammengeführt. Es werden die Ist-Daten 2019 bis 2023 genutzt. Um auch Aussagen für das Jahr 2024 treffen zu können, wird hier auf die Vereinbarungsdaten zurückgegriffen. Da die meisten Budgetverhandlungen in den vergangenen Jahren retrospektiv geschlossen worden sind, sind die vereinbarten Werte ein guter Schätzer für die Ist-Werte. Nach wenigen Ausschlüssen aufgrund von Unplausibilitäten in den Nachweisen liegen für den Zeitraum 2019 bis 2024 insgesamt die Daten von 969 Krankenhäusern vor.

Um die Repräsentativität beurteilen zu können, nähert sich die Analyse der Grundgesamtheit der Krankenhäuser auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten für somatische Fälle an. Jedes Krankenhaus, das mit der AOK somatische Fälle abrechnet, hat auch eine Budgetvereinbarung abzuschließen und somit auch ein Pflegebudget zu vereinbaren. Informationen zu Trägerschaft und Bettenzahlen werden den Qualitätsberichten entnommen.

Um die Gesamthöhe des Pflegebudgets zu analysieren, wird jedem Krankenhaus der Grundgesamtheit ein Pflegebudget zugewiesen. Hierfür wird ein gestuftes Vorgehen gewählt: Liegen für ein Krankenhaus bereits Ist- und Vereinbarungsdaten für das jeweilige Jahr vor, so werden die Ist-Pflegekosten sowie die Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen als Pflegebudget für das Krankenhaus angenommen. Wenn die Ist-Daten noch nicht vorliegen, wird auf das vereinbarte Pflegebudget zurückgegriffen. Liegt auch dieses nicht vor, werden die Pflegekostentestate herangezogen. Diese Werte werden um einen Faktor angepasst, der sich aus den Krankenhäusern pro Jahr ergibt, für die jeweils Ist-Daten und Vereinbarungsdaten bzw. Ist-Daten und Testat-Daten vorliegen. Die vereinbarten Werte werden somit leicht erhöht, da die Ist-Daten (einschließlich PEM) im Durchschnitt leicht über den vereinbarten Werten liegen. Testat-Werte werden leicht abgesenkt, da die Testat-Daten im Durchschnitt etwas über den Ist-Werten liegen.

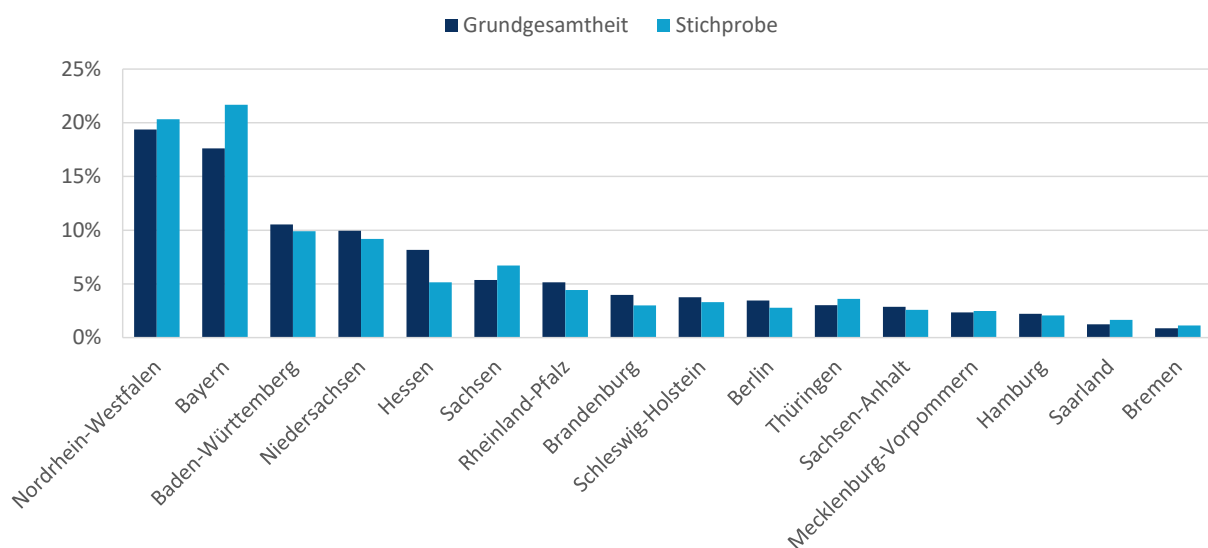
Repräsentativität

Im Jahr 2024 mussten rund 1.350 Krankenhäuser ein Pflegebudget vereinbaren. Die Stichprobe mit 969 Krankenhäusern entspricht somit einem Anteil von rund 70 %. Jedoch verteilt sich der Anteil aufgrund unterschiedlicher Geschwindigkeiten bei den Budgetverhandlungen nicht gleichmäßig nach Trägerschaft und Bundesland. Öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser sind etwas überrepräsentiert und private Krankenhäuser etwas unterrepräsentiert (Tabelle 2). Bei den Bundesländern sind Bayern, Sachsen und Nordrhein-Westfalen überrepräsentiert; Hessen und Brandenburg hingegen unterrepräsentiert (Abbildung 1).

Tabelle 2: Verteilung der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit und Stichprobe

	Anzahl		Verteilung (in %)	
	Grundgesamtheit	Stichprobe	Grundgesamtheit	Stichprobe
Öffentlich-rechtlich	451	336	33 %	35 %
Freigemeinnützig	484	375	36 %	39 %
Privat	422	258	31 %	27 %
Summe	1.357	969	100 %	100 %

© WIdO 2026

Abbildung 1: Verteilung der Krankenhäuser in Grundgesamtheit und Stichprobe nach Bundesland, Anteil in %

© WIdO 2026

Weitere Datenquellen

Zur Analyse der Personalentwicklung im Pflegedienst von Krankenhäusern werden die „Grunddaten der Krankenhäuser“ des Statistischen Bundesamtes genutzt. In der Statistik wird der Pflegedienst in Summe und zusätzlich die Position „davon in der Psychiatrie tätig“ ausgewiesen. Die Differenz aus beiden Positionen ergibt den Pflegedienst für den somatischen Bereich. Da das Pflegebudget nur für die Somatik eingeführt wurde, bezieht sich die Analyse in der Regel auf den Pflegedienst in der Somatik bezogen. In der Statistik wird der Pflegedienst zusätzlich differenziert nach direktem Beschäftigungsverhältnis sowie ohne direktes Beschäftigungsverhältnis. Darüber hinaus werden seit 2018 die Pflegekräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis auch nach Berufen ausgewiesen. Die Berufe umfassen dabei jene gemäß den Pflegenachweisen (siehe Abschnitt 2.1). Um die Effekte der Selbstkostendeckung darzustellen, wird in der Regel ein Vergleich des Jahres 2024 mit 2019 gewählt, also mit dem Jahr vor der Einführung des Pflegebudgets. Dies ist damit begründet, dass sich bereits ein Jahr vor der Einführung Entwicklungen beobachten lassen, die der Selbstkostendeckung zugeschrieben werden können.

Zur Analyse der Personalentwicklungen in der ambulanten und stationären Pflege wird die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes der Jahre 2009 bis 2023 herangezogen. In der Statistik wird das Personal in geschätzten Vollzeitäquivalenten nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im ambulanten Dienst bzw. im Pflegeheim sowie nach Berufsabschluss ausgewiesen. Um eine mit dem Pflegedienst von Krankenhäusern vergleichbare Betrachtung zu ermöglichen, werden nur die Beschäftigten der überwiegenden Tätigkeitsbereiche „Körperbezogene Pflege“, „Zusätzliches Pflegefachpersonal (§ 8

Abs. 6 SGB XI)“, „Zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal (§ 84 Abs. 9 SGB XI)“, „Betreuung“ sowie „Zusätzliche Betreuung (§ 43b SGB XI)“ einbezogen. In einer Subanalyse werden nur Fachkräfte mit einer mindestens dreijährigen pflegerischen Ausbildung betrachtet. Hierzu zählt das Personal mit den Berufsabschlüssen Pflegefachfrau/-mann, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in sowie Personen mit einem pflegewissenschaftlichen Abschluss. Die Pflegestatistik umfasst außerdem die Zahl der Pflegebedürftigen, die vollstationär in Heimen versorgt wurden, sowie diejenigen, die ambulante Pflegedienste in Anspruch nahmen.

Zusätzlich können die Jahresmeldungen der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) für die Jahre 2021 bis 2024 analysiert werden. Für jedes Krankenhaus liegen je Station mit zugewiesenem pflegesensitivem Bereich, je Monat und je Tag- und Nachtschicht die durchschnittliche Patientenbelegung und Pflegepersonalausstattung vor. Darüber hinaus wird in den Nachweisen die Anzahl der Schichten pro Monat ausgewiesen sowie die Anzahl der Schichten, in denen die PpUG im jeweiligen Monat nicht eingehalten wurde. Dabei werden unplausible Datensätze mit einem Verhältnis von weniger als 0,5 bzw. mehr als 50 Patienten zu Pflegekräften ausgeschlossen. Die hauptsächlich interessierende Größe ist der Anteil derjenigen Schichten, in denen die PpUG nicht eingehalten wurde, an der Gesamtzahl der Schichten. Zusätzlich kann die Nichteinhaltung der PpUG im Monatsdurchschnitt bestimmt werden. Die Kennzahlen können je Jahr sowie für die einzelnen Krankenhausträger und die Bettenanzahl ermittelt werden.

Zusätzlich wird der Pflegepersonalquotient der Jahre 2019, 2023 und 2024 betrachtet.³ Die Jahre 2020 bis 2022 werden aufgrund der Corona-Pandemie nicht analysiert. Extreme Werte von Krankenhäusern mit mehr als 200 Fällen mit durchschnittlicher Pflegelast je Pflegekraft werden von den Analysen ausgeschlossen (rund 5 Standorte je Datenjahr).

Limitationen

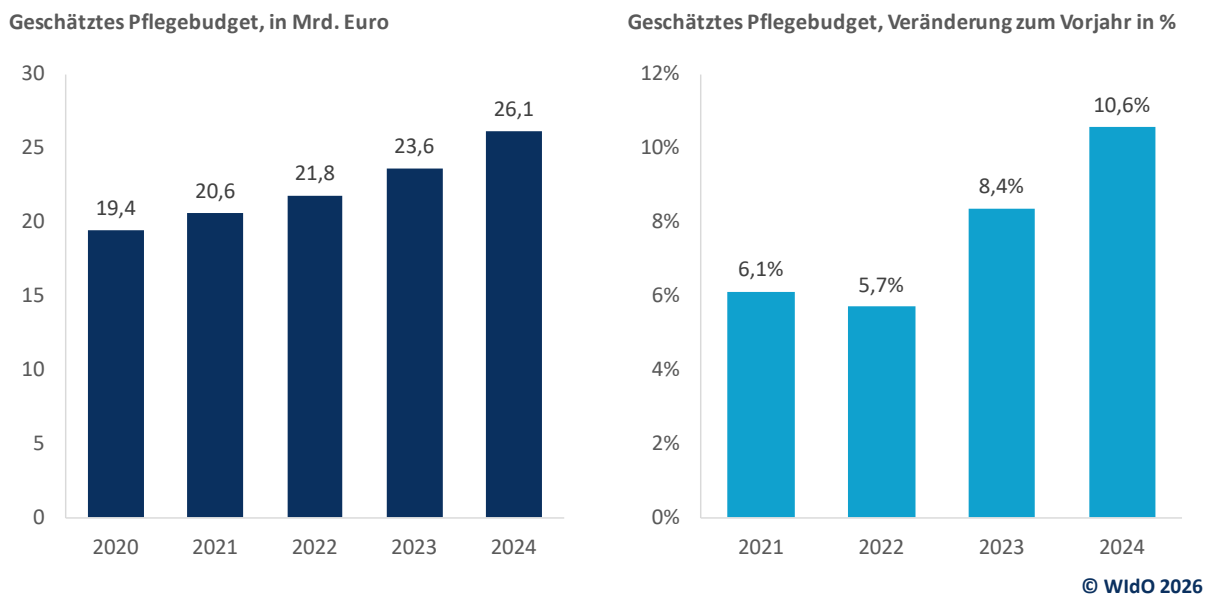
Bei den ausgewerteten Pflegenachweisen handelt es sich um eine Stichprobe. Wenn im Zeitverlauf alle Budgetverhandlungen der Jahre 2020 bis 2024 abgeschlossen sind, können sich die Werte der Analysen ändern. Auf Basis der Pflegenachweise und Daten des Statistischen Bundesamtes können inhaltlich ähnliche Auswertungen erstellt werden. Im vorliegenden Beitrag wurden bei Analysen, für die beide Datenquellen vorlagen, die Daten des Statistischen Bundesamtes verwendet, da es sich hier um eine Vollerhebung handelt. Dabei besteht die Einschränkung, dass bei diesen Daten nicht exakt die gleiche Definition wie bei den Daten des Pflegebudgets genutzt wird.

³ Die Betrachtung der Jahre des PPQ bezieht sich auf das zugrunde gelegte Datenjahr. Bisher wurde der PPQ immer im Folgejahr des Datenjahres veröffentlicht.

4 Analysen zur Entwicklung des Pflegebudgets und seiner Wirkung

Die geschätzte Gesamtentwicklung des Pflegebudgets ist in Abbildung 2 dargestellt. Im Jahr 2020 wurden 19,4 Mrd. Euro über das Pflegebudget finanziert. Bis zum Jahr 2024 stieg dieser Wert auf 26,1 Mrd. Euro. Dabei lagen die Steigerungsraten in den Jahren 2021 und 2022 bei rund 6 %. In den Folgejahren entwickelte sich das Pflegebudget dynamischer: Es wuchs um 8,4 % im Jahr 2023 und um 10,6 % im Jahr 2024. Im Folgenden werden verschiedene Details zu den Entwicklungen erläutert.

Abbildung 2: Geschätztes Pflegebudget 2020 bis 2024



4.1 Entwicklung des Pflegebudgets seit der Einführung

Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets im Vergleich zum Vorjahr

Die Kostensteigerungen beim Pflegebudget setzen sich aus drei Faktoren zusammen:

- Personalsteigerungen,
- Kostensteigerungen je Vollkraft und
- Kostensteigerungen bei den pflegeentlastenden Maßnahmen.

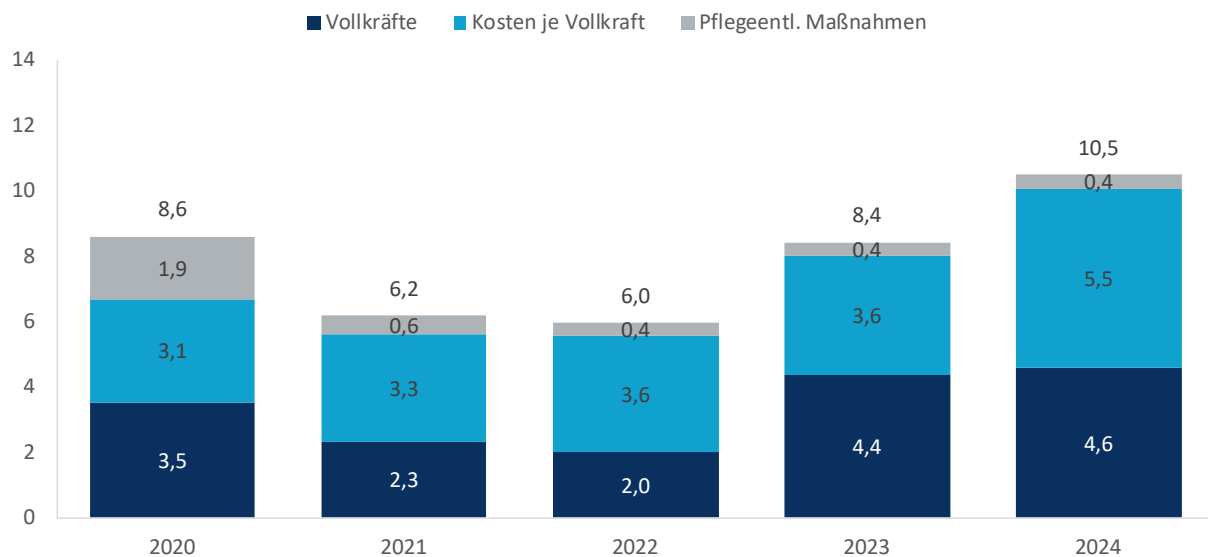
Betrachtet werden die Entwicklungen von 2019 bis 2024, jeweils im Vergleich zum Vorjahr.⁴ Da Krankenhäuser jedoch erst seit 2020 über das Pflegebudget finanziert werden, gibt es die pflegeentlastenden Maßnahmen (PEM) auch erst seit 2020. Die ermittelte Veränderung der PEM im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 ist dabei eher ein Basiseffekt, da die PEM 2019 noch nicht in der Basis enthalten waren.

Das Pflegebudget unterliegt einem dynamischen Wachstum. Bereits im Jahr 2020 lagen die Kosten für Vollkräfte und Kosten je Vollkraft um 6,7 % höher als zur Ausgangsbasis 2019 (Abbildung 3). Hinzu

⁴ Für das Budgetjahr 2020 mussten bereits die Ist-Daten des Jahres 2019 geliefert werden. Somit kann auch die Entwicklung im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr betrachtet werden.

kommt der PEM-Basiseffekt in Höhe von 1,9 %.⁵ In den Jahren 2021 und 2022 war ein ähnliches Wachstum von rund 6 % zu beobachten; gefolgt von deutlicheren Anstiegen 2023 und 2024 mit 8,4 % bzw. 10,5 %. Der Anteil der Kostensteigerungen bedingt durch einen Anstieg der Kosten je Vollkraft überstieg dabei in den Jahren 2021, 2022 und 2024 den Anteil der Kostensteigerungen durch Personalaufwuchs.

Abbildung 3: Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets 2020 bis 2024, Veränderung zum Vorjahr in %



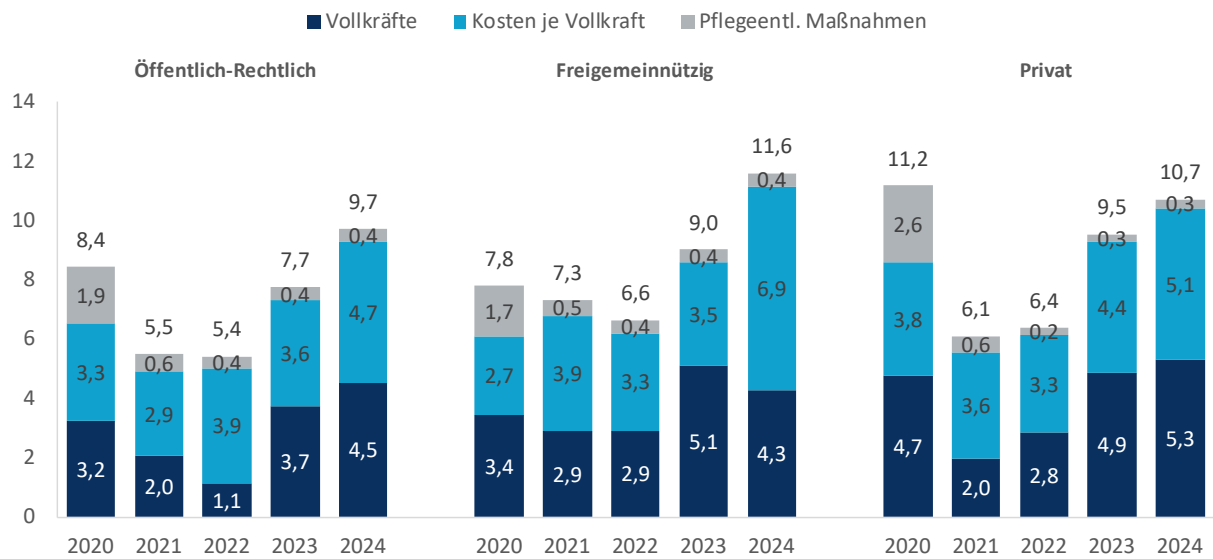
Anmerkung: N = 969. Die Steigerung der pflegeentlastenden Maßnahmen (PEM) im Jahr 2020 um 1,9% stellt einen Basiseffekt dar, da die PEM im Jahr 2019 noch nicht in der Basis enthalten waren.

© WIdO 2026

Bei den Steigerungen des Pflegebudgets sind Unterschiede zwischen den Trägern zu erkennen. Die Steigerungsraten von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern lagen mit Ausnahme des Jahres 2020 immer unterhalb derer von Krankenhäusern in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft (Abbildung 4). Bei den privaten Trägern ist der deutliche Anstieg von 2019 auf 2020 zu erwähnen; alle drei Komponenten der Steigerungsraten lagen hier oberhalb der Krankenhäuser der beiden anderen Trägerarten. In den Folgejahren waren die Steigerungsraten von freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ähnlich. Wird der Zeitraum 2019 bis 2024 in Summe betrachtet, so stieg das Pflegebudget bei den öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern um 42 % und bei freigemeinnützigen und privaten Trägern um rund 50 %.

⁵ Abbildung 3 hat aufgrund der unterschiedlichen Datenzuschnitte teilweise leicht andere Veränderungswerte als Abbildung 2.

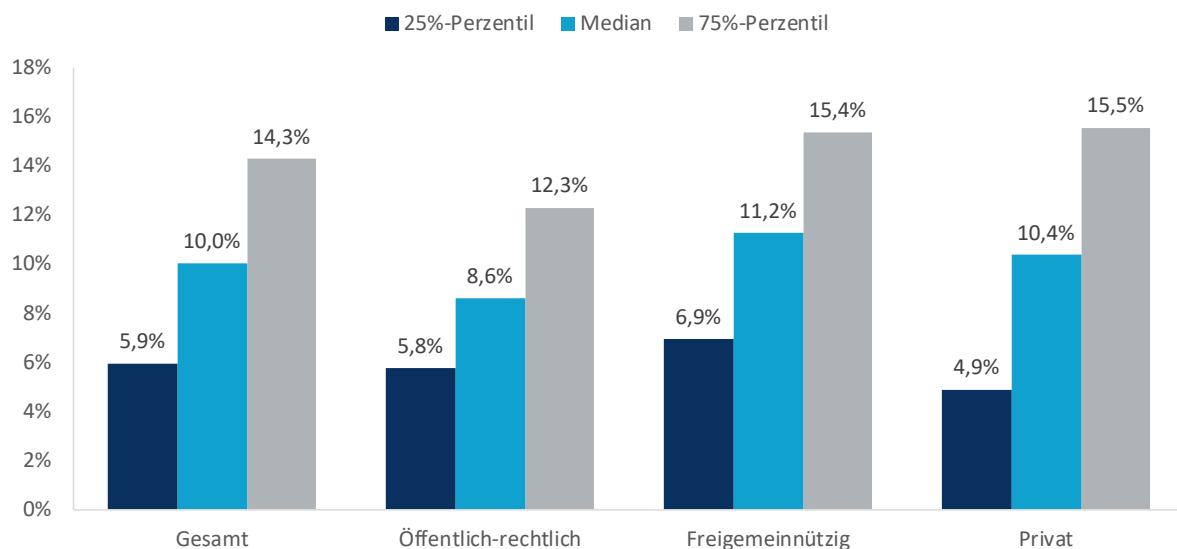
Abbildung 4: Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets nach Träger 2020 bis 2024, Veränderung zum Vorjahr in %



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. © WIdO 2026

Zu beachten ist, dass die Steigerungen beim Pflegebudget auch innerhalb der Trägerschaften stark variieren. So wiesen im Jahr 2024 – mit der bislang stärksten Steigerungsrate von 10,5 % – 25 % der Krankenhäuser eine Steigerungsrate von unter 6 % auf. Dagegen wiesen die 25 % der Krankenhäuser mit den höchsten Steigerungsraten Anstiege von mehr als 14 % auf (Abbildung 5). Auffallend ist, dass die Streuung der Raten bei den privaten Trägern am größten ist.

Abbildung 5: Pflegebudget, Veränderung 2024 zu 2023 in %



Anmerkung: N = 969

© WIdO 2026

Gesamtsteigerungsraten 2019 bis 2024

Auch in den Bundesländern entwickelt sich das Pflegebudget insgesamt unterschiedlich. Bis 2024 verzeichnen Berlin und das Saarland mit einem Anstieg von über 50 % den stärksten Aufwuchs beim Pflegebudget (Abbildung 6). Hingegen ist in Thüringen im gleichen Zeitraum nur ein Anstieg von 37 % zu verzeichnen. Wird die Zusammensetzung der Steigerung zwischen Personalaufwuchs und Steigerung der Kosten je Vollkraft betrachtet (ohne PEM), ist diese je nach Bundesland unterschiedlich. In den Bundesländern im Osten Deutschlands überwiegt der Anstieg der Kosten je Vollkraft mit einem Anteil von 54 % in Sachsen bis hin zu rund 70 % in Thüringen und Brandenburg (Abbildung 7). Im Saarland und Hamburg überwiegt hingegen mit einem Anteil von 53 % der Kostenaufwuchs durch Personalausweitung.

Abbildung 6: Entwicklung des Pflegebudgets von 2019 bis 2024, Veränderung bezogen auf die Basis 2019, in %

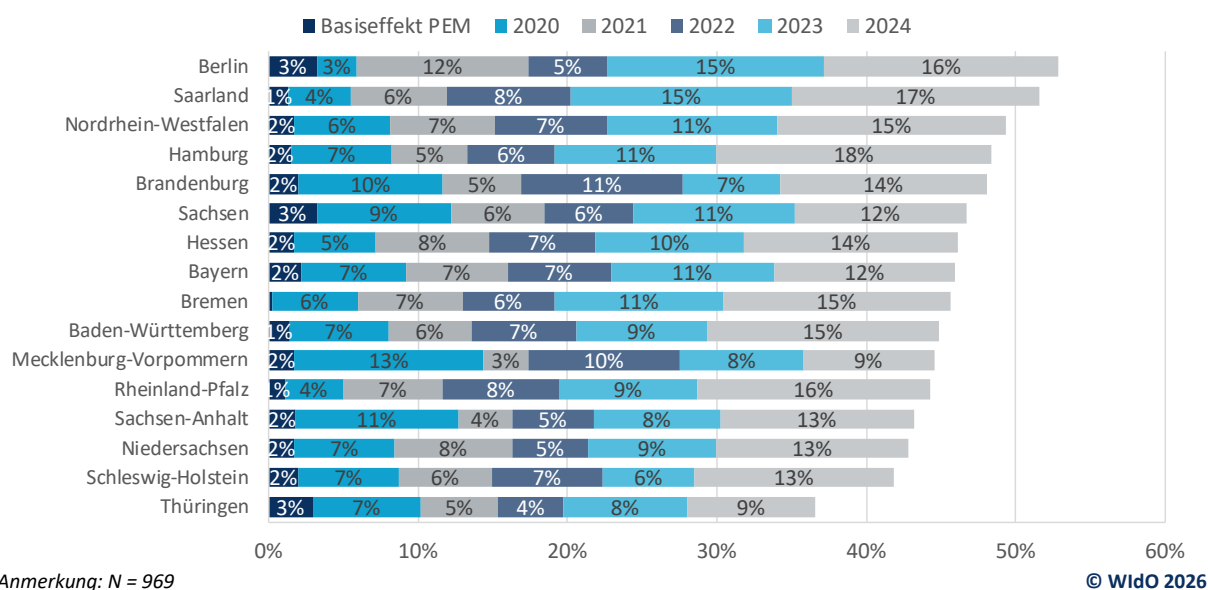
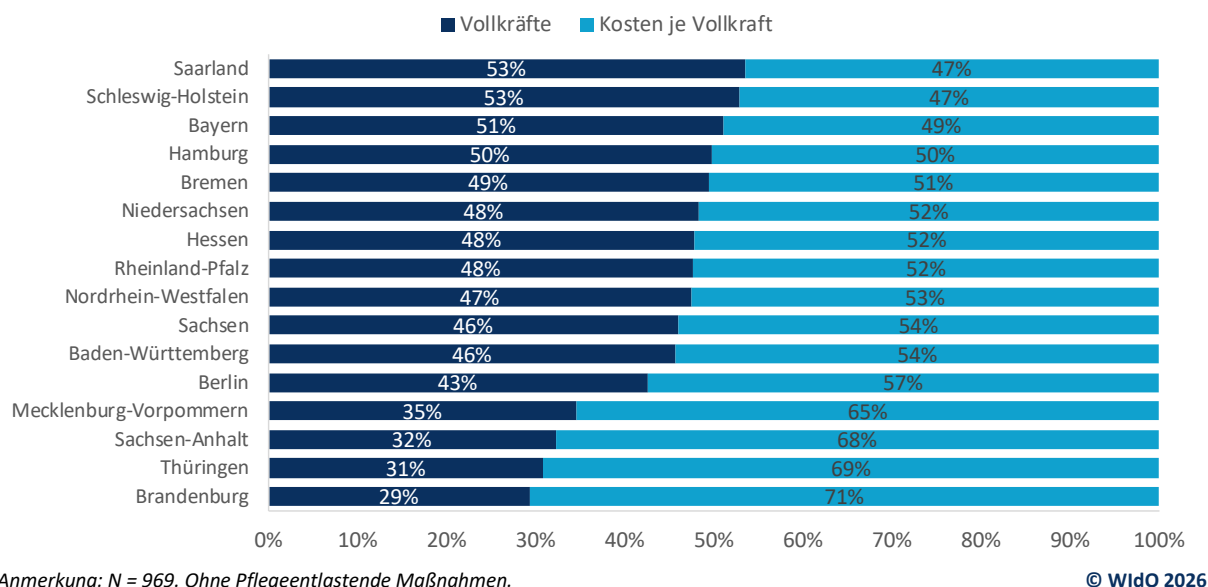


Abbildung 7: Zusammensetzung der Pflegebudgetsteigerung 2019 bis 2024 nach Bundesland, Anteil in %

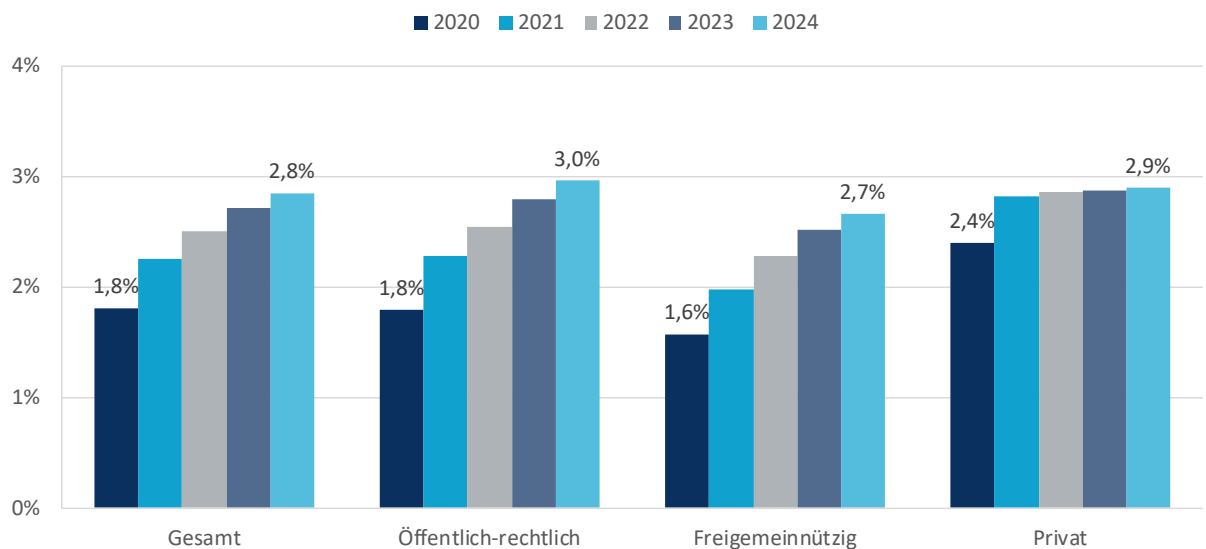


4.2 Pflegeentlastende Maßnahmen

Für Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal führen, kann ein Krankenhaus mit den Krankenkassen so genannte pflegeentlastende Maßnahmen (PEM) vereinbaren (siehe Abschnitt 2.1). Im Zeitverlauf von 2020 bis 2024 zeigt sich ein stetiger Anstieg des Anteils der PEM an den Pflegepersonalkosten von 1,8 % auf 2,8 % (Abbildung 8). Der Anstieg ist durch zweierlei bedingt: Zum einen vereinbarten immer mehr Krankenhäuser PEM – der Anteil der Krankenhäuser mit PEM stieg von 77 % im Jahr 2020 auf 92 % im Jahr 2024. Zum anderen stieg die Höhe des Anteils. Im Jahr 2024 sind etwas mehr als ein Viertel der PEM den über dem Referenzwert liegenden Kosten der Berufsgruppen „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ zuzuordnen.

Bei den Krankenhäusern in privater Trägerschaft lag der Anteil im Jahr 2020 höher als bei öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Im Jahr 2024 sind kaum Unterschiede in der Höhe des Anteils zwischen Krankenhäusern verschiedener Trägerschaft erkennbar.

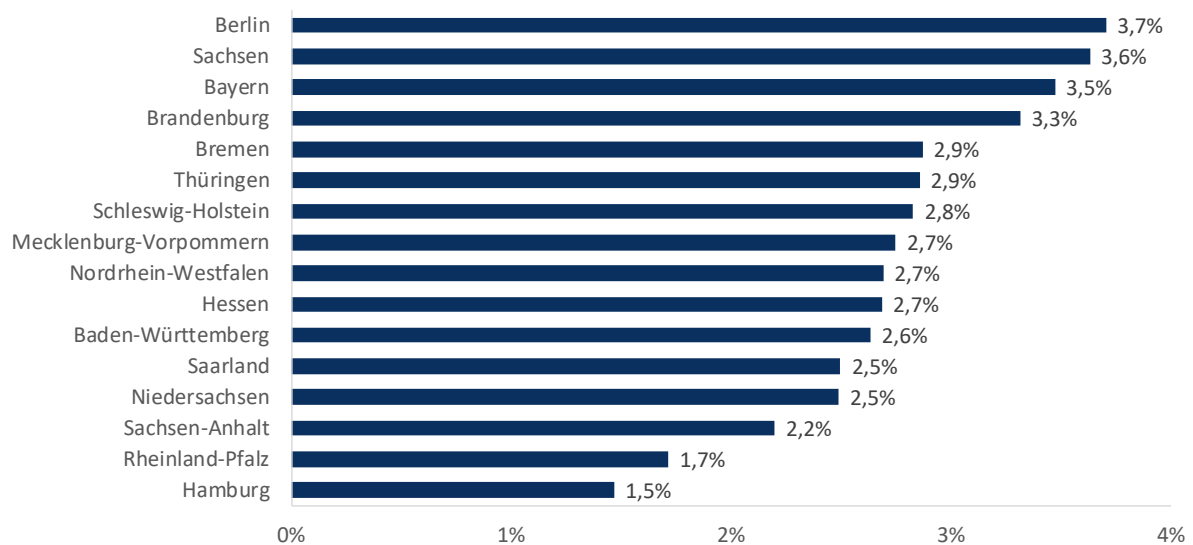
Abbildung 8: Pflegeentlastende Maßnahmen nach Trägerschaft 2020 bis 2024, Anteil in %



Anmerkung: N = 969

© WIdO 2026

Darüber hinaus sind deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern erkennbar. So vereinbarten Krankenhäuser in Berlin, Sachsen, Bayern und Brandenburg im Jahr 2024 PEM von mehr als 3 % der Pflegepersonalkosten (Abbildung 9). Hingegen lag der Anteil der PEM in Hamburg und Rheinland-Pfalz bei nur 1,5 % bzw. 1,7 %.

Abbildung 9: Pflegeentlastende Maßnahmen nach Bundesland 2024, Anteil in %

Anmerkung: N = 969

© WIdO 2026

Legt man die Anteile für PEM auf das geschätzte Pflegebudget um (Abbildung 2), so betrugen die Ausgaben für PEM im Jahr 2020 345 Mio. Euro. Diese sind im Jahr 2024 angewachsen auf 723 Mio. Euro. Insgesamt wurden somit für die PEM bis zum Jahr 2024 2,7 Mrd. Euro finanziert.

4.3 Entwicklung der Vollkräfte

In den folgenden Analysen wird abweichend von den vorherigen auf Zahlen des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen.

4.3.1 Entwicklung des Pflegedienstes und Funktionsdienstes im Zeitverlauf

Die Anzahl der Vollkräfte (VK) im Pflegedienst im direkten Beschäftigungsverhältnis ist mit rund 270.000 im Jahr 2011 auf rund 350.600 im Jahr 2024 angestiegen (Abbildung 10a). Das entspricht einem Anstieg um 30 % und einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum um 2,0 %. Der Anstieg verlief jedoch nicht linear. In den Jahren 2011 bis 2018 lagen die jährlichen Wachstumsraten im Durchschnitt nur bei 0,7 % (Abbildung 10c), was rund 2.000 VK entspricht (Abbildung 10b). Eine deutliche Zunahme um 4,5 % (rund 12.700 VK) und 5,8 % (rund 17.100 VK) ist in den Jahren 2019 und 2020 zu erkennen (Abbildung 10b, c). Diese deutlicheren Zuwächse im Vergleich zu den Vorjahren sind bei allen Trägerschaften zu beobachten, jedoch sind sie bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft mit jeweils 11 % in den Jahren 2019 und 2020 besonders stark ausgeprägt (ohne Abbildung).

In den Jahren 2021 und 2022 sind die Zuwächse nicht mehr so stark ausgeprägt, gefolgt von erneut deutlichen Zuwächsen um 4,2 % in den Jahren 2023 und 2024. Der durchschnittliche jährliche Zuwachs an Pflegekräften zwischen 2019 und 2024 beträgt 3,4 %. Mit der Einführung des Pflegebudgets hat es somit einen deutlichen Zuwachs der Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst gegeben, der auch bereits ein Jahr vor dem Inkrafttreten des Pflegebudgets zu erkennen war.

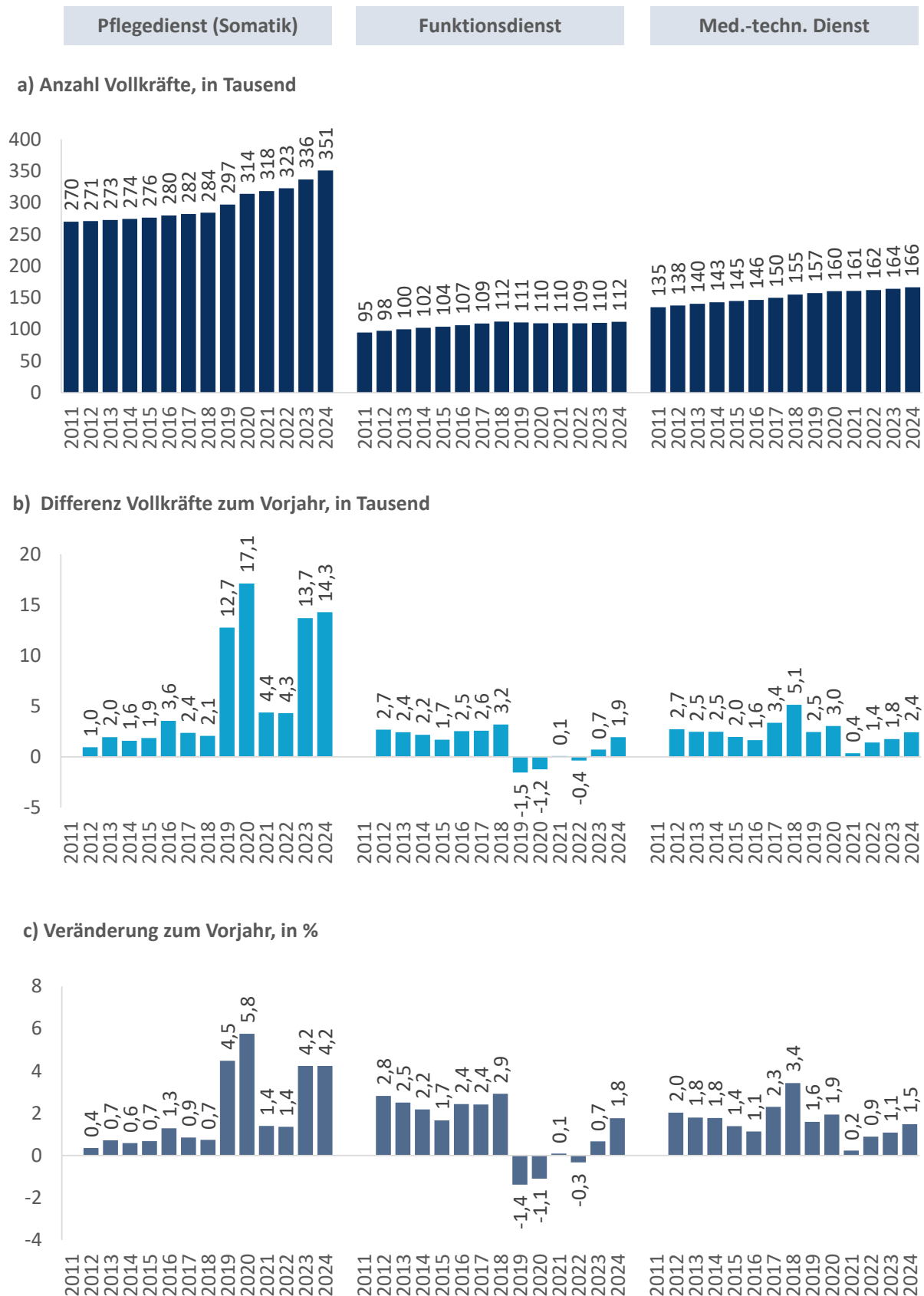
Bei der Anzahl der Vollkräfte im Funktionsdienst gibt es einen entgegengesetzten Verlauf im Vergleich zum Pflegedienst: Deren Anzahl ist von rund 95.000 Vollkräften im Jahr 2011 auf rund 112.000 Vollkräfte im Jahr 2024 angestiegen, was einem Anstieg um 18 % entspricht (Abbildung 10c). Dabei lag der durchschnittliche Anstieg bis zum Jahr 2018 bei 2,4 %, was rund 2.400 VK entspricht. In absoluten

Werten hatten somit Pflege- und Funktionsdienst bis zum Jahr 2018 ein ähnliches Wachstum. Eine ähnliche Entwicklung wie im Funktionsdienst ist auch beim medizinisch-technischen Dienst zu beobachten.

In den Jahren 2019 und 2020 ist ein Rückgang der VK im Funktionsdienst um jeweils -1 % (je -1.500 VK bzw. -1.200 VK) zu verzeichnen (Abbildung 10c). Erst zwei Jahre später, und somit in den Jahren 2023 und 2024, ist wieder ein leichter Anstieg erkennbar. Dieser Anstieg ist jedoch nur auf Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft zurückzuführen. Bei freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern stagniert die Anzahl der Vollkräfte im Funktionsdienst.

Die gegenläufigen Personalentwicklungen im Pflege- und Funktionsdienst in den ersten Jahren nach der Einführung des Pflegebudgets wurden vom BMG anteilig als Umbuchung interpretiert, die zu Bereinigungen der Finanzierungskreise führten (BMG 2021, 2022). Klar ist, dass sich der Aufwuchs im Pflegedienst nicht allein durch Umbuchungen erklären lässt.

Abbildung 10: Pflegedienst, Funktionsdienst und medizinisch-technischer Dienst, Vollkräfte 2011 bis 2024



Anmerkung: Pflegedienst, Funktionsdienst und medizinisch-technischer Dienst ausgewiesen mit der Anzahl Vollkräfte mit direktem Beschäftigungsverhältnis. Pflegedienst ohne Vollkräfte, die in der Psychiatrie arbeiten.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b) und eigene Berechnungen

© WIdO 2026

4.3.2 Leiharbeit

Es besteht die Möglichkeit, dass Vollkräfte im Krankenhaus entweder in einem direkten Beschäftigungsverhältnis oder ohne direktes Beschäftigungsverhältnis – als Leiharbeiterinnen und -nehmer – tätig sind. Im Jahr 2024 waren zusätzlich zu den rund 350.600 Beschäftigten im Pflegedienst der Somatik im direkten Beschäftigungsverhältnis etwa 13.000 Leiharbeiter tätig. Das entspricht einem Anteil von 3,7 %. In den Jahren zwischen 2011 und 2018 schwankte der Leiharbeitsanteil zwischen 2,1 % und 2,3 %, seit 2019 ist er kontinuierlich angestiegen – im Jahr 2023 lag er bei 4,2 %. Im Jahr 2024 war er zum ersten Mal wieder leicht rückläufig und betrug 3,7 %. Bis zum Jahr 2019 gab es nur leichte Unterschiede zwischen den Trägern: Freigemeinnützige Träger hatten eine leicht niedrigere Rate als öffentlich-rechtliche und private Träger (Abbildung 11). Ab dem Jahr 2020 ist ein deutlicher Anstieg des Anteils bei den privaten Trägern zu verzeichnen: Während der Anteil der Leiharbeiter im Jahr 2019 noch bei 2,7 % lag, stieg dieser auf 6,0 % im Jahr 2022 an, um dann wieder auf 4,6 % im Jahr 2024 zurückzugehen.

Auch zwischen den Bundesländern werden Leiharbeiter unterschiedlich häufig eingesetzt; am häufigsten in Berlin (9,4 %) und Bremen (8,0 %) (Abbildung 12). Hingegen spielen Leiharbeiter in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern kaum eine Rolle (Anteil < 1 %).

Abbildung 11: Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis nach Träger 2011 bis 2024, Anteil in %

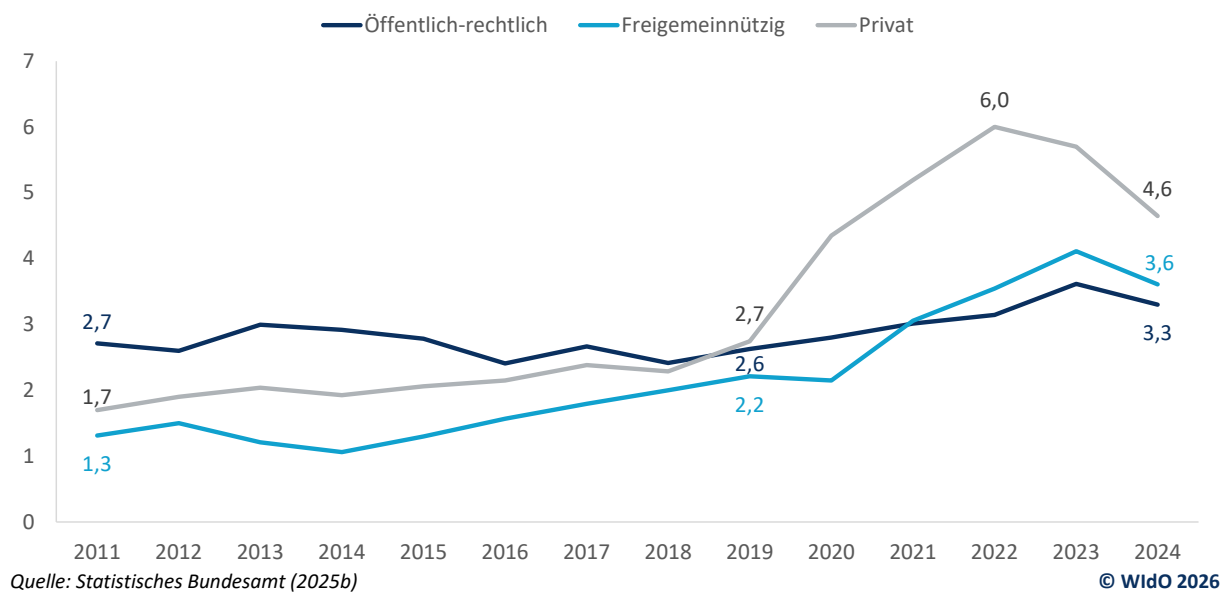
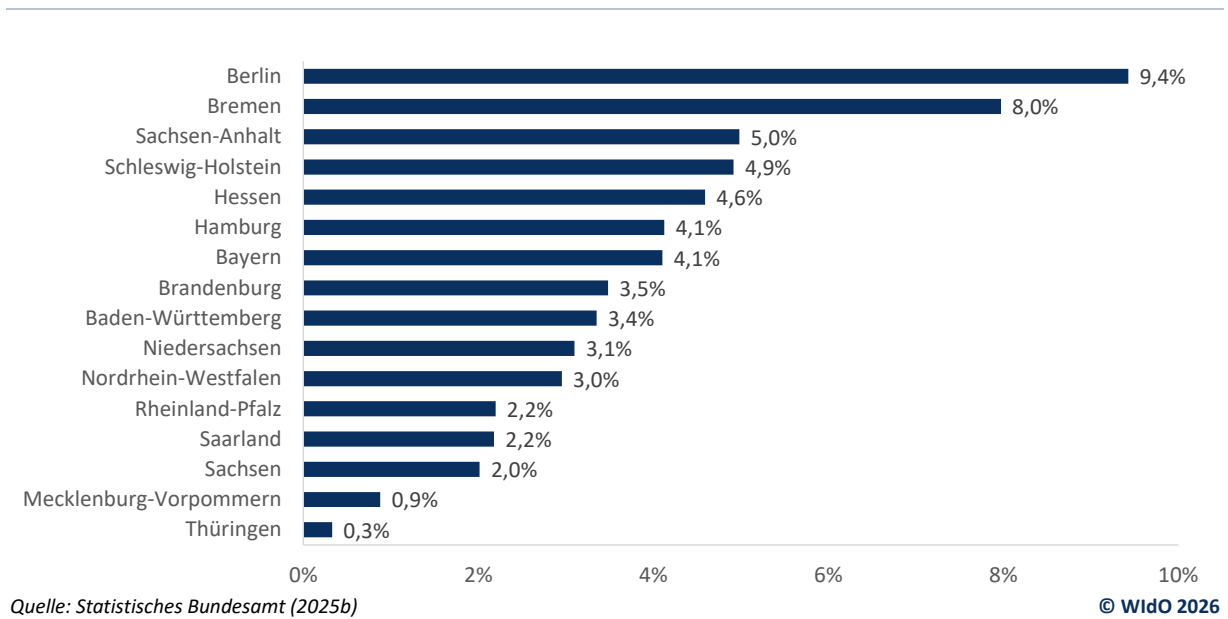


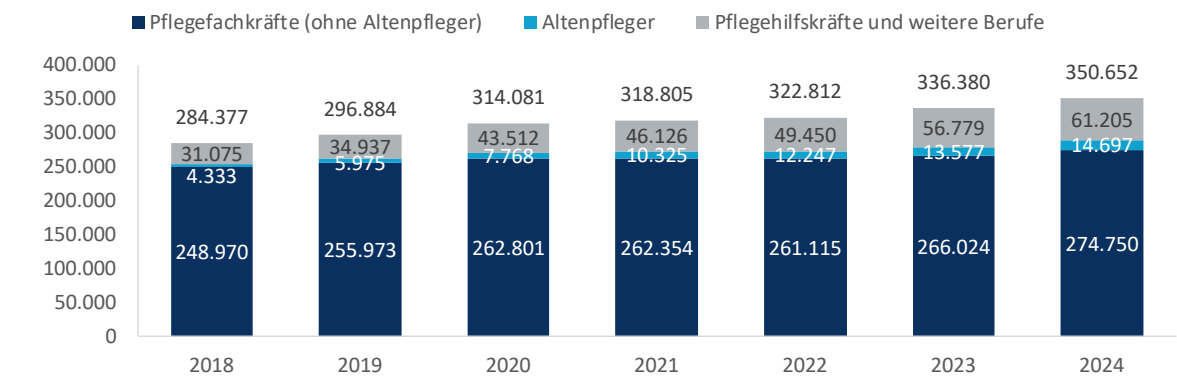
Abbildung 12: Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis nach Bundesland 2024, Anteil in %

4.3.3 Zusammensetzung Pflegedienst

Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst ist von rund 297.000 im Jahr 2019 auf rund 350.600 im Jahr 2024 angestiegen. Dies entspricht einem Anstieg um 18 %. Die Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen verläuft dabei unterschiedlich. So ist die Zahl der Pflegefachkräfte von 261.947 Vollkräften im Jahr 2019 auf 289.447 Vollkräfte im Jahr 2024 gestiegen (Abbildung 13). Das entspricht einem Anstieg um 10 % (rund 27.500 VK). Die Zahl der Pflegehilfskräfte einschließlich der sonstigen Berufe und Personen ohne Berufsabschluss verläuft dynamischer: Von 2019 bis 2024 verzeichnen sie einen Anstieg um 75 % (rund 26.000 VK) von rund 34.900 auf 61.200 Vollkräfte.

Beachtlich ist der Anstieg in der Altenpflege im Krankenhaus: Deren Zahl der Vollkräfte hat sich seit 2019 um das 2,5-Fache erhöht (Abbildung 13). Durch die unterschiedlichen Entwicklungen ändert sich auch die Zusammensetzung des Pflegepersonals insgesamt: Waren im Jahr 2019 anteilmäßig nur 12 % der Beschäftigten im Pflegedienst Pflegehilfskräfte, so stieg deren Anteil im Jahr 2024 auf 17 % (Abbildung 14).

Abbildung 13: Zahl der Pflegekräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis (Somatik) 2018 bis 2024, Vollkräfte

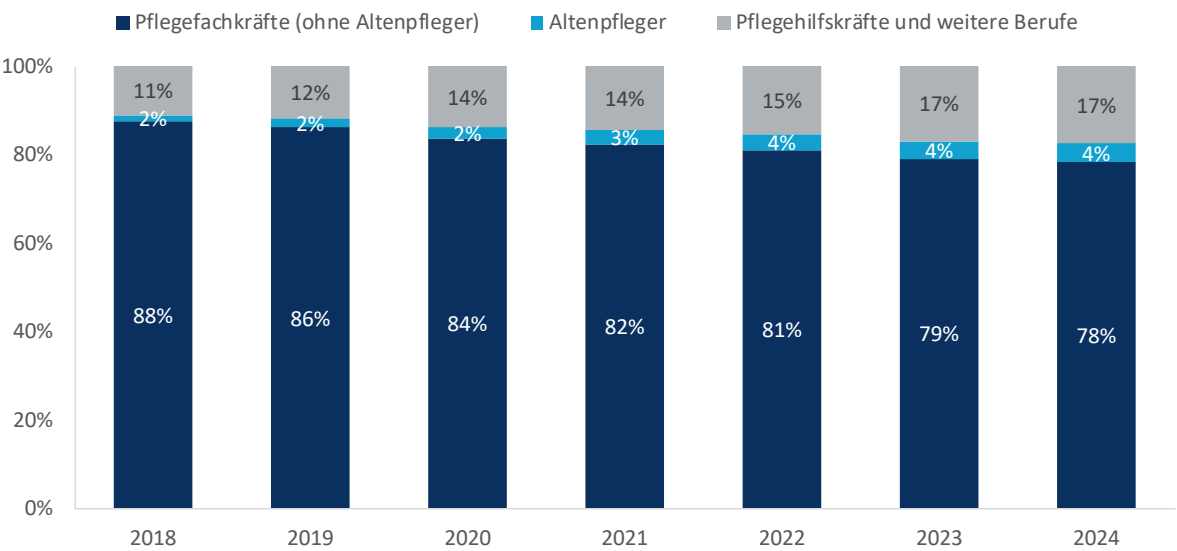


Veränderung zum Vorjahr, in %

Pflegefachkräfte (ohne AP)	3%	3%	0%	0%	2%	3%
Altenpfleger	38%	30%	33%	19%	11%	8%
Pflegehilfskräfte und weitere	12%	25%	6%	7%	15%	8%
Summe	4%	6%	2%	1%	4%	4%

Anmerkung: Pflegefachkräfte (ohne Altenpfleger) umfasst die Berufe Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Pflegefachmänner/-frauen, akademischer Pflegeabschluss. Pflegehilfskräfte und weitere Berufe definiert aus Krankenpflegehelfern, Altenpflegehelfern, anästhesietechnischen Assistenten, Pflegeassistenten, Sozialassistenten, Rettungs-/Notfallsanitätern, medizinischen Fachangestellten, sonstigen Berufen, ohne Berufsabschluss. Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b) © WIdO 2026

Abbildung 14: Zahl der Pflegekräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis (Somatik) 2018 bis 2024, Anteil in %



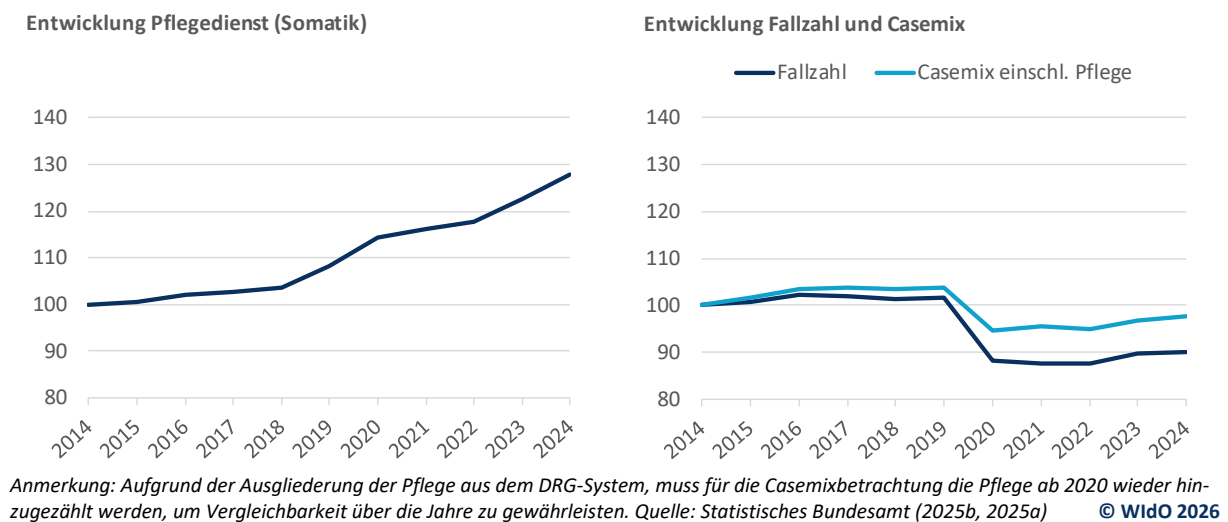
Anmerkung: Pflegefachkräfte (ohne Altenpfleger) umfasst die Berufe Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Pflegefachmänner/-frauen, akademischer Pflegeabschluss. Pflegehilfskräfte und weitere Berufe definiert aus Krankenpflegehelfern, Altenpflegehelfern, anästhesietechnischen Assistenten, Pflegeassistenten, Sozialassistenten, Rettungs-/Notfallsanitätern, medizinischen Fachangestellten, sonstigen Berufen, ohne Berufsabschluss. Quelle: Statistisches Bundesamt (2025b) © WIdO 2026

4.4 Auswirkungen auf die Personalzahlen im Verhältnis zur Leistungserbringung

Bisher fokussierten sich die Betrachtungen nur auf die Entwicklung des Pflegebudgets und der Vollkräfte. Um die Entwicklung der Vollkräftezahlen fachlich einordnen zu können, müssen diese in Relation zur tatsächlich erbrachten Leistung gesetzt werden.

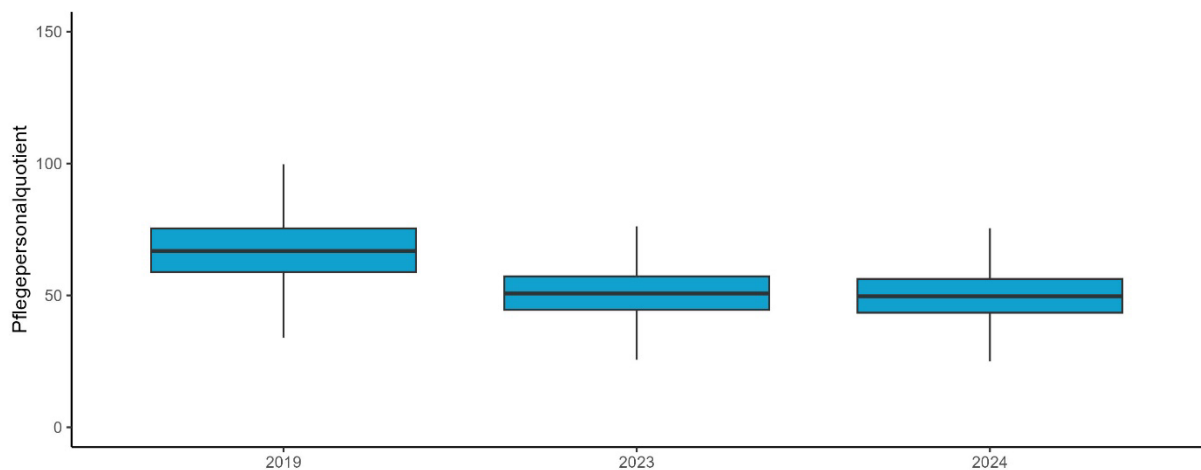
Zwischen 2014 und 2024 ist die Anzahl der Pflegekräfte um 27 % gestiegen. Bis zum Jahr 2019 war auch die Entwicklung der Fälle und des Casemixes leicht steigend: 1,6 % bzw. 3,7 % im Jahr 2019 gegenüber 2014 (Abbildung 15). Mit dem Ausbrechen der Corona-Pandemie im Jahr 2020 sanken die Fallzahlen im Krankenhaus stark; das Casemixvolumen (Fallzahlvolumen gewichtet nach Erkrankungsschwere) ging dabei nicht ganz so stark zurück. Im Vergleich zu 2019 sind die Fallzahl und der Casemix im Jahr 2024 jeweils um 12 % bzw. 7 % geringer. Entsprechend sank das Verhältnis von Pflegepersonaleinsatz je versorgter Fall bzw. Casemix. Anders ausgedrückt: Je erbrachtes Leistungsvolumen werden zunehmend mehr Pflegekräfte eingesetzt.

Abbildung 15: Vollkräfte im Pflegedienst, Fallzahl und Casemix in der Somatik, 2014 = 100



Der Pflegepersonalquotient (PPQ) misst den Pflegeaufwand/Pflegelast je Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung (§ 137j SGB V, siehe Abschnitt 2.3). Ein höherer Quotient bedeutet entsprechend mehr Pflegeaufwand je Vollkraft. Der PPQ und damit die Pflegelast je Pflegekraft ist von 2019 bis 2024 gesunken. Der PPQ kann sinken, wenn die Pflegelast (einschließlich der Fälle) sinkt oder die Zahl der Pflegekräfte steigt. Der Sprung von 2019 auf die Folgejahre hängt vermutlich mit dem Fallzahlrückgang durch die Corona-Pandemie zusammen. Für die Jahre 2023 und 2024 ist keine Veränderung mehr zu beobachten (Abbildung 16). Auch die Verteilung des PPQ nach Gruppen zeigt keine spezifischen Abweichungen nach Gruppen (Abbildung 17). In jeder Gruppe gibt es immer Krankenhäuser mit hohem und niedrigem Pflegeaufwand je Pflegekraft. Zu beobachten ist, dass die Streuung des PPQs insbesondere bei kleinen Krankenhäusern deutlich größer ist, was insbesondere bei privaten Trägern der Fall ist.

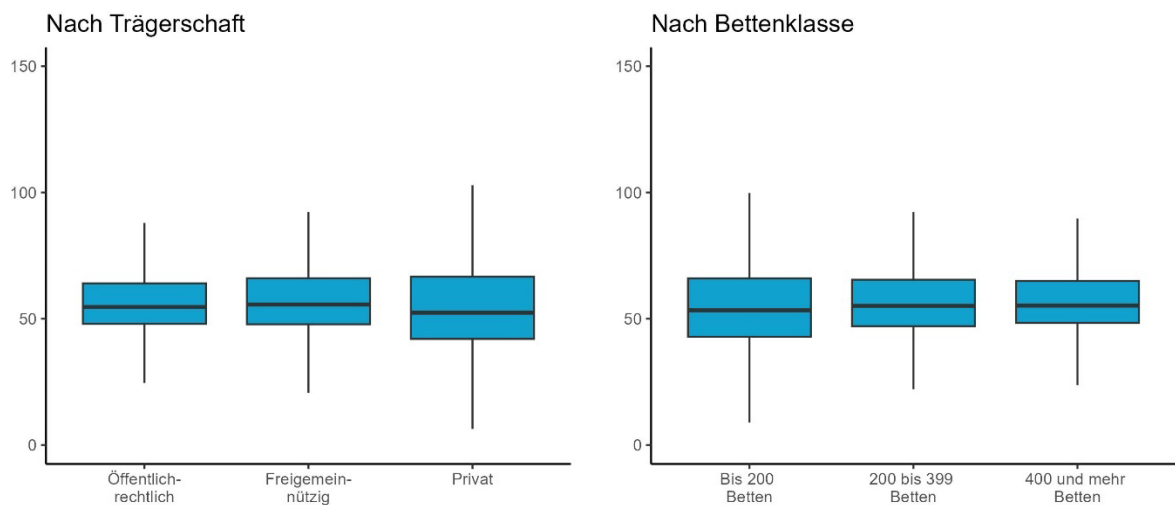
Abbildung 16: Pflegepersonalquotient nach Jahren



Quelle: InEK 2025

© WIdO 2026

Abbildung 17: Pflegepersonalquotient 2024 nach Trägerschaft und Bettenklasse



Quelle: InEK 2025

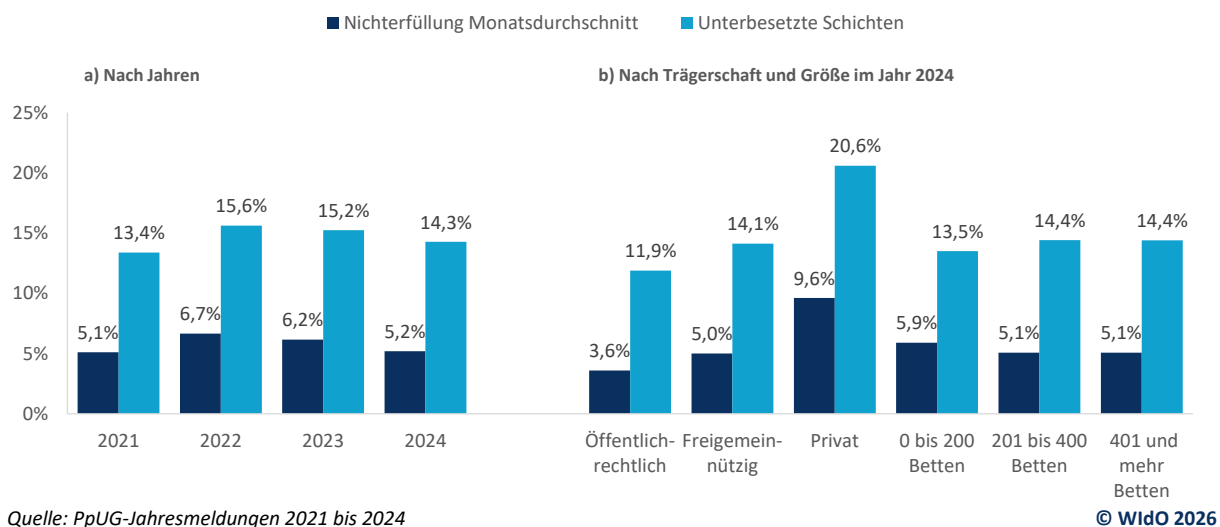
© WIdO 2026

4.5 Auswirkungen auf die Pflegepersonaluntergrenzen

Mit der Einführung des Pflegebudgets sollte unter anderem die Qualität der pflegerischen Versorgung verbessert werden. Eine direkte Messung der Pflegequalität als Prozess- oder Ergebnisqualität ist jedoch methodisch aufwendig und bislang nicht hinreichend entwickelt bzw. etabliert, um eine flächendeckende Bewertung vorzunehmen. Betrachtet werden kann die Entwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG), die ein standardisiertes Strukturmaß darstellen. Unter sonst gleichen Bedingungen, insbesondere bei unveränderter Patientenzahl, kann vermutet werden, dass eine Steigerung der Personalzahlen zu einer besseren Einhaltung der PpUG führt. Zu beachten ist, dass in den Jahren 2021 bis 2024 die Anzahl der pflegesensitiven Bereiche und damit die Gültigkeiten von PpUG von 12 auf 20 Bereiche angestiegen ist (siehe auch Abschnitt 2.3).

Abbildung 18 stellt für das Jahr 2024 die Nichterfüllung der PpUG nach Jahren sowie Träger und Bettenzahl für das Jahr 2024 dar. In den Jahren 2021 bis 2024 hat sich die Einhaltung der PpUG nicht verbessert. Wurden im Jahr 2021 bei 13,4 % aller Schichten die PpUG nicht eingehalten, stieg dieser Anteil in den Jahren 2022 und 2023 auf über 15 % und sank 2024 nur leicht auf 14,3 %. Dabei wurde im Jahr 2024 die PpUG bei den privaten Trägern in 20 % der Schichten nicht eingehalten, bei den öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern waren es 12 % bzw. 14 % der Schichten. Nach Krankenhausgröße zeigt sich kein Unterschied in der PpUG-Nichteinhaltung. Der Anteil der Nichterfüllung der PpUG im Monatsdurchschnitt liegt dabei immer unterhalb der unterbesetzten Schichten.

Abbildung 18: Nichterfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen, Anteil in %



4.6 Auswirkungen auf die Systemkomplexität

Budgetverhandlungen

Im Rahmen der Budgetverhandlungen werden das Budget und die entsprechenden Leistungen festgelegt, die eine Klinik im Folgejahr erbringen soll. Die Budgetverhandlungen sollen grundsätzlich prospektiv erfolgen (§ 18 Abs. 3 KHG). Auch das Pflegebudget muss zwischen Krankenhaus und Kostenträgern verhandelt werden. Seit 2020 sind die Budgetverhandlungen damit komplexer geworden, da Budgetvereinbarungen nun das aG-DRG-System und das Pflegebudget umfassen. Krankenhäuser und Krankenkassen hatten Schwierigkeiten, eindeutig festzulegen, welche Pflegekosten dem Budget zugeordnet werden durften (Slowik und Hentschker 2022).

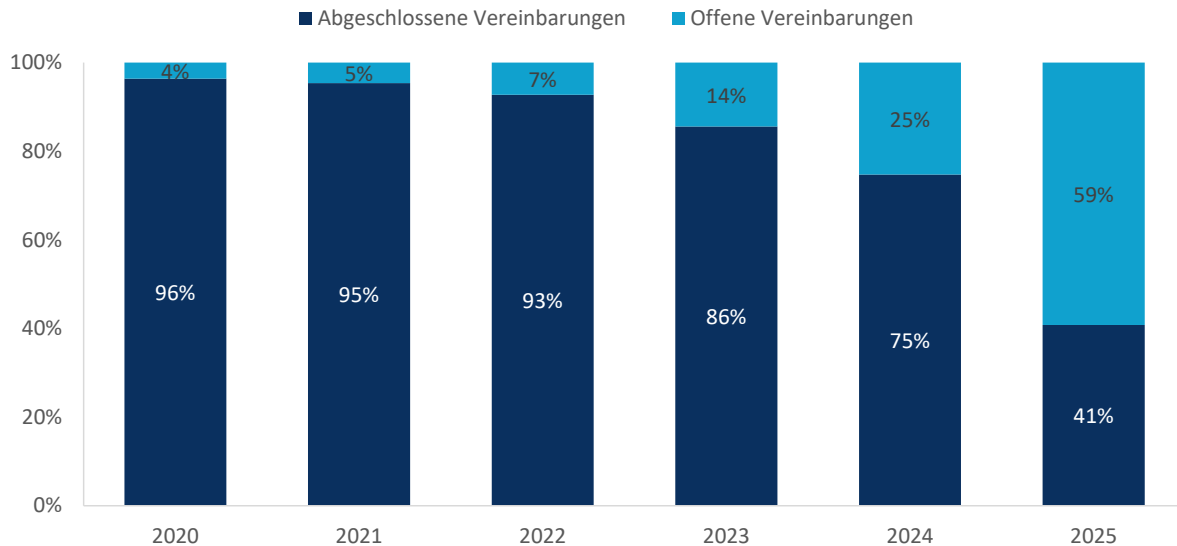
Nicht abgeschlossene Budgetverhandlungen führen dabei zu Unsicherheiten für Krankenhäuser und Krankenkassen (Scheller-Kreinsen und Goerdts 2022). Zusätzlich können bei Krankenhäusern Liquiditätsprobleme entstehen, wenn das Pflegebudget beispielsweise aufgrund fehlender Budgetverhandlungen nicht periodengerecht abfinanziert werden kann. Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber hier bereits interveniert, Fristen für verschiedene Verfahrensschritte bei den Budgetverhandlungen eingeführt und das automatische Tätigwerden einer Schiedsstelle vorgegeben.

Trotz der gesetzgeberischen Interventionen lagen im Oktober 2025 für 14 % der Krankenhäuser keine Budgetvereinbarung für das Jahr 2023 vor und nur 41 % der Krankenhäuser hatten bereits eine Budgetvereinbarung für das Jahr 2025 geschlossen (Abbildung 19).⁶ Insgesamt sind somit für die Jahre 2020 bis

⁶ In den Jahren 2020 und 2021 hatte zunächst auch die Corona-Pandemie die Budgetverhandlungen erschwert.

2025 noch mehr als 1.500 Budgetverhandlungen offen. Für das Jahr 2026 kommen circa 1.300 weitere hinzu.

Abbildung 19: Stand der Budgetverhandlungen (Somatik), Anteil in %



Anmerkung: Stand der Budgetverhandlungen im Oktober 2025

© WIdO 2026

Doppelfinanzierung

Gemäß § 4 Abs. 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung ist eine Doppelfinanzierung von Leistungen auszuschließen. Eine solche Doppelfinanzierung kann entstehen, wenn es nach der Ausgliederung zu Verschiebungen von Kosten aus dem aG-DRG-System in die Pflege kommt. So kam es beispielsweise vor, dass Kosten, die zuvor organisatorisch dem Funktionsdienst bzw. dem medizinisch-technischen Dienst zugewiesen waren, nun dem Pflegedienst zugeordnet werden (siehe auch 4.3.1). Dies kann aus zweierlei Gründen passieren: Zum einen war es im DRG-System aufgrund der pauschalen Vergütung nicht so relevant, wo die Kosten verbucht wurden. Mit der Selbstkostendeckung hat sich das geändert. Zum anderen besteht aufgrund der 1:1-Refinanzierung der Kosten im Pflegebudget immer der Anreiz, Kosten wenn möglich in dieses System zu buchen.

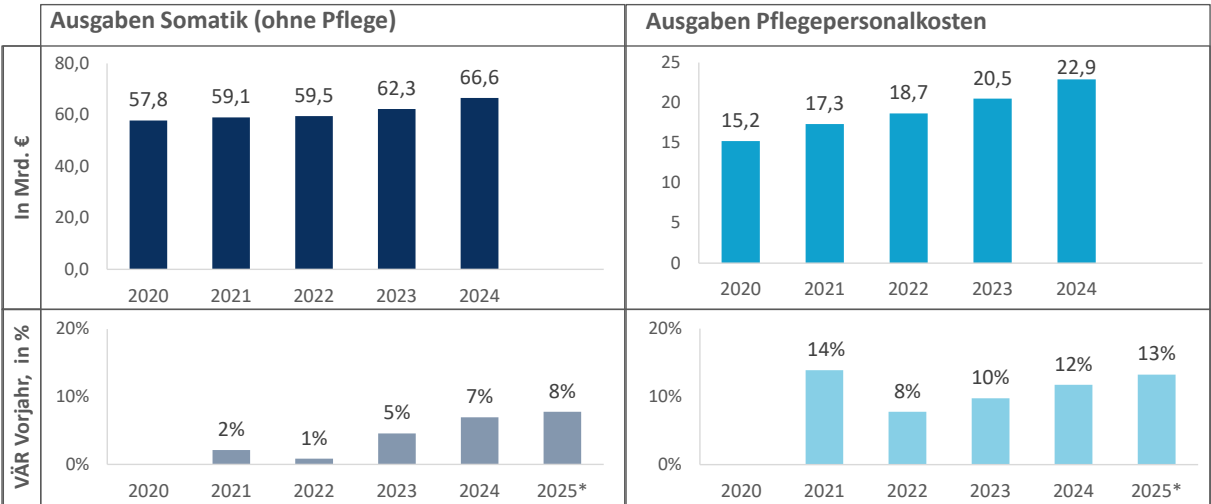
Wird eine Doppelfinanzierung transparent, muss eine Korrektur erfolgen. Eine solche Korrektur wurde bisher dreimal im System vorgenommen, sodass im Rahmen der Normierung im aG-DRG-System das Casemix-Volumen abgesenkt wurde. Im Entgeltsystem 2021 wurde zwischen DKG und GKV-SV ausgehandelt, dass das Casemix-Volumen im aG-DRG-System um 200 Mio. Euro abgesenkt wird. Für die Entgeltkataloge 2022 und 2023 erfolgte jeweils eine Ersatzvornahme durch das BMG (19.11.2021 bzw. 24.11.2022). Im Rahmen der Normierung wurden Bewertungsrelationen im Wert von 175 Mio. Euro (Entgeltkatalog 2022) bzw. 400 Mio. Euro (Entgeltkatalog 2023) absenkend berücksichtigt.

Aufgrund der Parallelität beider Finanzierungssysteme und der unterschiedlichen Anreizwirkungen werden solche Abgrenzungsfragen mit hoher Wahrscheinlichkeit immer wieder relevant sein, beispielsweise durch die Ausgliederung der Hebammen aus dem aG-DRG-System und die Wiedereingliederung des Personals ohne pflegerische Qualifikation in den Kategorien „sonstige Berufe“ sowie der „ohne Berufsabschluss“ in das aG-DRG-System.

4.7 Auswirkungen auf die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen

Die durch das Pflegebudget entstehenden Pflegekosten sind von den Krankenkassen zu finanzieren und stellen einen wesentlichen Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Dieser Ausgabenblock wuchs von 15,2 Mrd. Euro im Jahr 2020 auf 22,9 Mrd. Euro im Jahr 2024 an (Abbildung 20). Somit liegen die Steigerungsraten hier außer im Jahr 2022 immer oberhalb von 10 %.⁷ Dies ist ein deutlich stärkeres Wachstum als bei den übrigen Ausgaben in der Somatik. Entsprechend sind diese Ausgabensteigerungen beitragsatzrelevant. So entsprach die Steigerung der Pflegepersonalkosten im Jahr 2024 in Höhe von 2,4 Mrd. Euro rund 0,13 Prozentpunkten des GKV-Beitragsatzes.

Abbildung 20: GKV-Ausgaben im Krankenhaus (Somatik)



Anmerkung: * Werte 2025 auf Basis der KV 45 bis zum 3. Quartal 2025 im Vergleich zur KV 45 3. Quartal 2024. Genutzte Konten Somatik: 4600, 4610, 4660, 5310, 5520 und Pflege: 4663, 4680, 5313, 5523.
Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (2020 bis 2024) und KV 45 3. Quartal 2024/2025

© WIDO 2026

4.8 Entwicklungen in der Langzeitpflege

Grundsätzlich zählen Pflegeberufe zu den Engpassberufen, da die Nachfrage nach Pflegepersonal regelmäßig das verfügbare Arbeitskräfteangebot übersteigt (BA 2025). Mit der Einführung des Pflegebudgets kam es zu einer deutlichen Ausweitung der Personalzahlen in den Krankenhäusern. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob diese Entwicklung Auswirkungen auf andere Versorgungssektoren hatte. Daher wird im Folgenden die Entwicklung der Personalzahlen in der stationären Pflege in Pflegeheimen sowie in der ambulanten Pflege betrachtet. Abbildung 21 stellt die Entwicklung der Vollkräfte für die stationäre und ambulante Pflege dar. Zum Vergleich werden zusätzlich die Vollkräfte im Krankenhaus ausgewiesen.

Von 2009 bis 2019 gab es für beide Bereiche der Langzeitpflege eine Phase des Wachstums. In Pflegeheimen stieg die Zahl der Vollkräfte in Pflege und Betreuung von rund 339.000 im Jahr 2009 auf über 400.000 bis 2019 (Abbildung 21a). Die zweijährlichen Wachstumsraten lagen in diesem Zeitraum überwiegend zwischen rund 3 % und 8 %, der jährliche Durchschnitt betrug 2,6 % (Abbildung 21b). Auch

⁷ Die unterschiedlichen Steigerungsraten der Pflegepersonalkosten in den GKV-Ausgaben im Vergleich zu den tatsächlichen Pflegepersonalkosten (vgl. Abbildung 2 und Abbildung 3) sind darauf zurückzuführen, dass bis zum Abschluss der Budgetvereinbarungen keine Transparenz über die realen Kostensteigerungen besteht.

in der ambulanten Pflege nahm die Zahl der Vollkräfte zu. Bis zum Jahr 2019 lagen die zweijährlichen Wachstumsraten bei über 10 % (jährlicher Durchschnitt: 5,4 %).

Seit 2019 ist in beiden Bereichen ein Bruch erkennbar. In Pflegeheimen sanken die zweijährlichen Wachstumsraten auf zuletzt nur noch 1,5 %, in der ambulanten Pflege auf 2,0 %. Damit verlangsamte sich der Personalaufbau in der Langzeitpflege. Das durchschnittliche jährliche Wachstum der Vollkräfte lag zwischen 2019 und 2023 in Pflegeheimen nur noch bei 0,8 % und in der ambulanten Pflege bei 2,0 %.

Diese Entwicklung steht im Kontrast zur Bedarfsentwicklung. Während die Zahl der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus in den letzten Jahren stark gesunken ist, blieb die Zahl zu versorgenden Personen in Pflegeheimen im Wesentlichen konstant; deren Zahl in der ambulanten Pflege nahm stark zu und verdoppelte sich zwischen 2009 und 2023 nahezu.⁸

Abbildung 21: Vollkräfte und Fallzahlen im Krankenhaus und in der Langzeitpflege, 2009 bis 2023



Anmerkung: Vollkräfte in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten mit überwiegender Tätigkeitsbereich in Pflege und Betreuung.
Quelle: Statistisches Bundesamt (2024, 2025b, 2025a) © WIDO 2026

Die Gegenüberstellung der Jahre 2019 und 2023 zeigt die unterschiedliche Dynamik der Personalentwicklung zwischen den Versorgungssektoren (Tabelle 3). Während das Pflegepersonal im Krankenhaus insgesamt um 13,3 % zunahm, fiel der Zuwachs in der stationären Pflege mit 3,3 % und in der ambulanten Pflege mit 8,2 % deutlich geringer aus. Auch bei den Fachkräften ist die Divergenz ausgeprägt:

⁸ Hintergrund hierfür ist auch der angepasste Pflegebedürftigkeitsbegriff seit dem Jahr 2017, sodass mehr Menschen als pflegebedürftig gelten und entsprechend mehr Menschen Leistungen der ambulanten Pflegedienste in Anspruch nehmen können (BMG 2017).

Während ihre Zahl im Krankenhaus um 6,7 % stieg, ging sie in Pflegeheimen zurück und in der ambulanten Pflege beträgt die Zunahme lediglich 1,7 %.

Tabelle 3: Vollkräfte nach Sektoren, 2023 im Vergleich zu 2019

	2019	2023	Differenz	Veränderung in %
Pflegepersonal: Gesamt				
Krankenhaus (Somatik)	296.884	336.380	39.497	13,3 %
Stat. Pflege	438.851	453.234	14.383	3,3 %
Amb. Pflege	210.272	227.472	17.200	8,2 %
Pflegepersonal: Fachkräfte				
Krankenhaus (Somatik)	261.947	279.601	17.653	6,7 %
Stat. Pflege	184.101	181.441	-2.660	-1,4 %
Amb. Pflege	107.017	108.883	1.866	1,7 %
Pflegepersonal: Weitere				
Krankenhaus (Somatik)	34.936	56.779	21.843	62,5 %
Stat. Pflege	254.750	271.793	17.043	6,7 %
Amb. Pflege	103.255	118.589	15.334	14,9 %
Nachrichtlich: Anteil weiteres Personal				
Krankenhaus (Somatik)	12 %	17 %		
Stat. Pflege	58 %	60 %		
Amb. Pflege	49 %	52 %		

Anmerkung: Vollkräfte in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten mit überwiegendem Tätigkeitsbereich in Pflege und Betreuung.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2024, 2025b)

© WIdO 2026

5 Zwischenbilanz: 14 Erkenntnisse aus der Analyse des Pflegebudgets

Aus den vorangegangenen Analysen lassen sich zentrale Entwicklungen und Auswirkungen des Pflegebudgets ableiten. Insgesamt können 14 Erkenntnisse identifiziert werden, die die Ausgabendynamik, die Personalentwicklung sowie systemische Effekte betreffen. Diese werden im Folgenden dargestellt.

1. Dynamisches Wachstum des Pflegebudgets

Seit dem Jahr 2020 ist das Pflegebudget von 19,4 Mrd. Euro auf 26,1 Mrd. Euro im Jahr 2024 angestiegen (+ 6,7 Mrd. Euro). Die jährlichen Zuwachsraten beschleunigen sich: Während die Zuwächse in den Jahren 2020 bis 2022 bei rund 6 % lagen, betrugen sie in den Jahren 2023 und 2024 8,4 % bzw. 10,5 %.

2. GKV-Ausgaben: Pflegeausgaben wachsen stärker als übrige Krankenhausausgaben in der Somatik

Die GKV-Ausgaben für die Pflegepersonalkosten steigen stärker als die übrigen Krankenhausausgaben in der Somatik und sind beitragsatzrelevant: Im Jahr 2024 betrug der Anstieg 2,4 Mrd. Euro, was rund 0,13 Prozentpunkten des GKV-Beitragsatzes entspricht.

3. Trägerabhängige Dynamik des Pflegebudgetwachstums

Das Pflegebudget wächst in freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern deutlich stärker als in öffentlich-rechtlichen Einrichtungen. Insgesamt liegt die Steigerung von 2019 bis 2024 bei den freigemeinnützigen und privaten Kliniken bei rund 50 %, bei den öffentlich-rechtlichen Kliniken hingegen bei 42 %.

4. Steigender Pflegepersonaleinsatz bei rückläufigen Leistungsmengen

Dem starken Wachstum im Pflegedienst steht seit 2019 ein rückläufiges Leistungsvolumen (Fallzahl und Casemix) gegenüber. So stieg die Zahl der Beschäftigten beim Pflegepersonal zwischen 2019 und 2024 um 18 %, während die Fallzahlen und der Casemix im gleichen Zeitraum um 12 % bzw. 7 % zurückgingen. Entsprechend werden je erbachten Leistungsvolumen zunehmend mehr Pflegekräfte eingesetzt.

5. Heterogenität der Pflegebudgetsteigerungen zwischen den Krankenhäusern

Die Zuwächse beim Pflegebudget variieren stark zwischen den einzelnen Krankenhäusern: So wiesen beispielsweise im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr ein Viertel der Häuser weniger als 6 % und ein weiteres Viertel mehr als 14 % Wachstum des Pflegebudgets auf.

6. Zunahme pflegeentlastender Maßnahmen

Zwischen 2020 und 2024 steigt der Anteil pflegeentlastender Maßnahmen (PEM) an den Pflegepersonalkosten von 1,8 % auf 2,8 %, da sowohl immer mehr Krankenhäuser PEM vereinbaren als auch die Höhe der vereinbarten Maßnahmen zunimmt.

7. Deutlich stärkere Zunahme des Pflegedienstes seit 2019

Mit der Einführung des Pflegebudgets kam es zu einer deutlich stärkeren Zunahme der Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst im direkten Beschäftigungsverhältnis. Während das durchschnittliche jährliche Wachstum zwischen 2011 und 2018 bei 0,7 % lag, betrug es von 2019 bis 2024 3,4 %. Insgesamt nahm die Zahl der Vollkräfte von 2019 bis 2024 um mehr als 50.000 zu.

8. Zahl der Pflegehilfskräfte steigt stärker als die der Pflegefachkräfte

Zwischen 2019 und 2024 stieg die Zahl der Pflegefachkräfte um 10 %, während die Zahl der Pflegehilfskräfte (inkl. weiterer Berufe) hingegen um 75 % zunahm. Entsprechend erhöhte sich ihr Anteil am Pflegedienst von 12 % auf 17 %.

9. Leiharbeit in der Pflege nimmt zu

Vor 2020 lag der Anteil von Leiharbeiterinnen und -arbeitern im somatischen Pflegedienst bei 2,1 % bis 2,3 %. Seit 2020 ist er deutlich gestiegen und beträgt im Jahr 2024 3,7 %.

10. Überproportionales Wachstum der Altenpfleger im Krankenhaus

Ein deutlicherer Trend hinsichtlich des Wachstums bei den Pflegefachkräften ist in der Altenpflege zu beobachten. So stieg die Zahl der Vollkräfte von rund 6.000 im Jahr 2019 auf rund 14.700 im Jahr 2024 – eine Steigerung um das 2,5-Fache. Ihr Anteil am Gesamtpflegedienst wuchs im selben Zeitraum von 2 % auf rund 4 %.

11. Verlangsamtes Wachstum des Pflegepersonals in der Langzeitpflege seit 2019

Seit 2019 hat sich das Wachstum der Zahl der Vollkräfte in der Langzeitpflege deutlich verlangsamt. In der stationären Pflege sank das durchschnittliche jährliche Wachstum von 2,6 % (2009–2019) auf 0,8 % (2019–2023), in der ambulanten Pflege von 5,4 % auf 2,0 %. In den Krankenhäusern wuchs die Zahl der Pflegekräfte zwischen 2019 und 2023 um 13,3 %, gegenüber 3,3 % in der stationären und 8,2 % in der ambulanten Pflege. Auch bei den Fachkräften zeigt sich diese Divergenz: In Krankenhäusern nahm ihre Zahl um 6,7 % zu, in Pflegeheimen ging sie zurück und in der ambulanten Pflege lag der Zuwachs bei lediglich 1,7 %. Diese Entwicklung steht im Kontrast zur Bedarfsentwicklung: Trotz sinkender Patientenzahlen im Krankenhaus blieb der Pflegebedarf in Heimen konstant und stieg in der ambulanten Pflege deutlich an. Das Pflegepersonal verteilt sich damit zunehmend ungleich auf die Sektoren.

12. Keine Verbesserung bei der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen

Trotz höherer Personalzahlen zeigt sich keine Verbesserung bei der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen: Während im Jahr 2021 bei 13,4 % aller Schichten die PpUG nicht eingehalten wurde, stieg dieser Anteil in den Jahren 2022 und 2023 auf über 15 % an. Im Jahr 2024 lag er bei 14,3 %.

13. Deutlich verlangsamte Budgetverhandlungen

Mit dem Pflegebudget hat die Komplexität der Budgetverhandlungen deutlich zugenommen, da Budgetvereinbarungen nun das aG-DRG-System und das Pflegebudget umfassen. Ende Oktober 2025 lag für 14 % der Krankenhäuser noch keine Budgetvereinbarung für das Jahr 2023 vor; lediglich 41 % hatten bereits eine Vereinbarung für das Jahr 2025 getroffen.

14. Abgrenzungsprobleme und Korrekturen wegen Doppelfinanzierung sind relevant

Um Doppelfinanzierungen und Überschneidungen zwischen den unterschiedlichen Vergütungskomponenten der Kliniken zu vermeiden (aG-DRG-System und Selbstkostendeckung des Pflegebudgets), sind fortlaufende Korrekturen notwendig. In den Jahren 2021 bis 2023 mussten Korrekturen mit einem Volumen von 775 Mio. Euro vorgenommen werden.

6 Fazit

Sechs Jahre nach Einführung des Pflegebudgets lässt sich auf Basis von fünf Budgetjahren (2020 bis 2024) eine belastbare empirische Zwischenbilanz ziehen. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-System und deren Finanzierung über Selbstkostendeckung haben das politische Ziel, kurzfristig „nicht mehr an der Pflege zu sparen“, erkennbar unterstützt. Gleichzeitig zeigt die Analyse, dass diese Finanzierungslogik neue Spannungsfelder erzeugt, die sich sowohl in der Ausgabendynamik als auch in Personal- und Systemeffekten widerspiegeln und mittelfristig kaum tragbar sein dürften.

Erstens ist das Pflegebudget durch ein anhaltend starkes, zuletzt beschleunigtes Wachstum geprägt. Es entwickelt sich dynamischer als andere somatische Ausgabenblöcke. Die Kostensteigerungen sind dabei nicht homogen verteilt. Bei den Personal- und Kostenentwicklungen zeigt sich eine erhebliche Streuung zwischen Trägerschaften, Bundesländern und einzelnen Krankenhäusern. Zudem gewinnen pflegeentlastende Maßnahmen quantitativ an Bedeutung, ohne dass damit automatisch eine zielgenaue Entlastungswirkung einherginge.

Zweitens sind deutliche Personal- und Struktureffekte sichtbar. So ist der Pflegedienst seit 2019 deutlich stärker gewachsen als in den Jahren zuvor. Zugleich verschiebt sich der Qualifikationsmix: Pflegehilfskräfte und weitere Berufsgruppen nehmen deutlich dynamischer zu als Pflegefachkräfte. Auch Beschäftigungsformen wie Leiharbeit gewinnen an Relevanz. Diese Personaldynamik fällt in eine Phase, in der das Leistungsvolumen in den Krankenhäusern (Fallzahlen und Casemix) das Niveau vor der Coronapandemie nicht erreicht – das Verhältnis von Pflegepersonaleinsatz zu erbrachter Leistung verändert sich damit grundlegend. Parallel dazu verlangsamt sich der Personalaufbau in der Langzeitpflege, obwohl die Nachfrage steigt bzw. stabil bleibt. Dies deutet auf eine zunehmend ungleiche Verteilung knapper Pflegearbeitskraft zwischen den Sektoren hin.

Drittens zeigen sich systemische Nebeneffekte und Fehlanreize. Die zusätzliche Finanzierungssäule hat die Verhandlungsprozesse verkompliziert und zu einem erheblichen Rückstand bei den Budgetvereinbarungen beigetragen. Zugleich bleiben Abgrenzungsfragen zwischen Pflegebudget und aG-DRG-System dauerhaft konflikträchtig. Wiederholte Korrekturen zur Vermeidung von Doppelfinanzierung belegen den strukturellen Anpassungsdruck. Darüber wirken weitere Fehlanreize: Die Logik der Selbstkostendeckung bremst notwendige Strukturveränderungen, bspw. im Zuge von Ambulantisierung oder Leistungszentralisierung. Anpassungen in der Leistungsmenge, die mit Personalreduzierungen einhergehen sollten, werden verzögert oder bleiben aus, da es im Pflegebereich kaum finanzielle Anreize für Anpassungen gibt. Zudem übernehmen Pflegekräfte wieder Servicetätigkeiten, für die sie überqualifiziert sind (Graner 2025; Leipziger Volkszeitung 2025). Dies schadet dem Berufsbild und verhindert innovative, interprofessionelle Personalkonzepte. Der demografische Wandel verschärft die Situation dabei zusätzlich: Steigender Pflegebedarf trifft auf ein sinkendes Arbeitskräfteangebot. Damit wird ein effizienter Einsatz des Pflegepersonals künftig noch entscheidender.

In Summe sprechen die Befunde dafür, dass die Selbstkostendeckung im Pflegebudget zwar kurzfristig den politisch intendierten Personalaufbau befördert, langfristig jedoch Zielkonflikte verschärft: zwischen Sektoren, zwischen Personalaufbau und Produktivität sowie zwischen Kostendynamik und Systemkohärenz. Eine Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung scheint daher zwingend notwendig, inklusive einer Ablösung der reinen Selbstkostendeckung. Alternativ sind Optionen zu entwickeln, die für die Vergütung stärker an einer standardisierten, differenzierten und nachvollziehbaren Abbildung von Pflegeleistungen aufsetzen, um zugleich eine Pflegequalitätsmessung, einen pflegerisch sinnvollen Personaleinsatz und einen effizienten Ressourceneinsatz zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Augurzky B, Finke S, Rothe C (2021) Fair und versorgungsrelevant – Pflege richtig vergüten. Anreize für patientenindividuelle, gute Pflege und attraktive Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Impulspapier im Auftrag der AOK Rheinland-Hamburg. https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Service/Gutachten/2021-10-26_Fair_und_versorgungsrelevant_-_Pflege_richtig_vergueten.pdf. Zugriffen: 10. Dez. 2025.
- BA - Bundesagentur für Arbeit (2025) Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt) https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7. Zugriffen: 10. Dez. 2025.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2017) Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii/>. Zugriffen: 11. Dez. 2025.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2018) Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Pflegepersonalstaerkungsgesetz_RefE.pdf. Zugriffen: 12. Dez. 2025.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2021) Referentenentwurf: Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DRG-EKV_2022_RefEntwurf.pdf. Zugriffen: 12. Dez. 2025.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2022) Referentenentwurf: Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023.
- GKV-SV - GKV-Spitzenverband, DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft (2024) Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurz-meldungen-997096> Zugriffen: 10. Dez. 2025.
- Graner N (2025) Pflegefachkräfte sollen künftig auch die Betten putzen. Süddeutsche Zeitung. <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/muenchen-pflege-protest-helios-kliniken-li.3337040>. Zugriffen: 12. Dez. 2025
- Hentschker C, Goerdts G, Scheller-Kreinsen D (2023) Das Pflegebudget der Krankenhäuser im dritten Jahr der Umsetzung: Analysen und Entwicklungen. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg, S 251-264. doi:10.1007/978-3-662-66881-8_16
- InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2025) Pflegepersonalquotient. Hinweise zur Veröffentlichung der vergleichenden Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten gem. § 137j Abs. 1 Satz 9 SGB V im Jahr 2025. <https://www.g-drg.de/pflegepersonaluntergrenzen-2025/pflegepersonalquotienten>. Zugriffen: 11. Dez. 2025.
- Leber W-D, Vogt C (2020) Reformschwerpunkt Pflege: Pflegepersonaluntergrenzen und DRG-Pflege-Split. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A (Hrsg) Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg. Springer, Berlin, Heidelberg, S 111-144. doi:10.1007/978-3-662-60487-8_7
- Leipziger Volkszeitung (2025) Aus Kostengründen: Pflegekräfte sollen am Park-Klinikum selbst putzen. <https://www.lvz.de/lokales/leipzig/helios-park-klinikum-leipzig-pflegekraefte-sollen-betten-putzen-CBUYMPR52FCCHDS3DU7MXQXCDI.html>. Zugriffen: 12. Dez. 2025.
- Scheller-Kreinsen D, Goerdts G (2022) Reformvorschläge für eine Budgetbeschleunigung. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2022 (8):712-715
- Schmedders M, Trewendt C, Egerer J (2023) Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2023: Personal. Springer, Berlin, Heidelberg, S 213-232. doi:10.1007/978-3-662-66881-8_14
- Slowik M, Hentschker C (2022) Pflegeausgliederung – Herausforderungen und erste Analysen der Pflegebudgets. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie. Springer, Berlin, Heidelberg, S 291-317. doi:10.1007/978-3-662-64685-4_17
- Statistisches Bundesamt (2024) Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2009 bis 2023. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2025a) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) 2011 bis 2024. Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (2025b) Grunddaten der Krankenhäuser 2011 bis 2024. Fachserie 12 Reihe 6.1. Wiesbaden

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Krankenhäuser in Grundgesamtheit und Stichprobe nach Bundesland, Anteil in %	10
Abbildung 2: Geschätztes Pflegebudget 2020 bis 2024	12
Abbildung 3: Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets 2020 bis 2024, Veränderung zum Vorjahr in %	13
Abbildung 4: Zusammensetzung der Steigerung des Pflegebudgets nach Träger 2020 bis 2024, Veränderung zum Vorjahr in %	14
Abbildung 5: Pflegebudget, Veränderung 2024 zu 2023 in %	14
Abbildung 6: Entwicklung des Pflegebudgets von 2019 bis 2024, Veränderung bezogen auf die Basis 2019, in %	15
Abbildung 7: Zusammensetzung der Pflegebudgetsteigerung 2019 bis 2024 nach Bundesland, Anteil in %	15
Abbildung 8: Pflegeentlastende Maßnahmen nach Trägerschaft 2020 bis 2024, Anteil in %	16
Abbildung 9: Pflegeentlastende Maßnahmen nach Bundesland 2024, Anteil in %	17
Abbildung 10: Pflegedienst, Funktionsdienst und medizinisch-technischer Dienst, Vollkräfte 2011 bis 2024 ...	19
Abbildung 11: Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis nach Träger 2011 bis 2024, Anteil in %	20
Abbildung 12: Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis nach Bundesland 2024, Anteil in %	21
Abbildung 13: Zahl der Pflegekräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis (Somatik) 2018 bis 2024, Vollkräfte	22
Abbildung 14: Zahl der Pflegekräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis (Somatik) 2018 bis 2024, Anteil in %	22
Abbildung 15: Vollkräfte im Pflegedienst, Fallzahl und Casemix in der Somatik, 2014 = 100	23
Abbildung 16: Pflegepersonalquotient nach Jahren	24
Abbildung 17: Pflegepersonalquotient 2024 nach Trägerschaft und Bettenklasse	24
Abbildung 18: Nichterfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen, Anteil in %	25
Abbildung 19: Stand der Budgetverhandlungen (Somatik), Anteil in %	26
Abbildung 20: GKV-Ausgaben im Krankenhaus (Somatik)	27
Abbildung 21: Vollkräfte und Fallzahlen im Krankenhaus und in der Langzeitpflege, 2009 bis 2023	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsgruppen nach Qualifikation.....	7
Tabelle 2: Verteilung der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit und Stichprobe.....	10
Tabelle 3: Vollkräfte nach Sektoren, 2023 im Vergleich zu 2019.....	29