

- Stellungnahme -

Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 26.05.2026 Stellung zu nehmen.

Der vorliegende Entwurf verfolgt das finanzpolitische Ziel einer Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus Sicht des DBfK und der Profession Pflege ist jedoch der gewählte Ansatz in seiner Systematik nicht zielführend und kritisch zu bewerten. Statt pauschaler Ausgabenbremsen fordert der DBfK konsequente Strukturreformen: Eine stärkere Präventionsorientierung, ein tragfähiges Primärversorgungssystem unter maßgeblicher Beteiligung der Profession Pflege und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen, in denen Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen wirksam einbringen können. Nachhaltige Entlastung der GKV entsteht nicht durch Kürzungen in der Pflege, sondern durch ein besser organisiertes Gesundheitssystem sowie die Vermeidung von teuren Krankenhauseinweisungen und Fehlanreizen, die zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Der Entwurf verschiebt die Finanzierungslogik pflegerelevanter Leistungen deutlich in Richtung einer einnahmenorientierten Deckelung an der Grundlohnrate und erhebt damit eine fiskalische Zielgröße zum zentralen Maßstab der Versorgungssteuerung. Damit wird ein grundlegender Zielkonflikt erzeugt: Finanzstabilisierung wird gegen Versorgungssicherung gestellt. Pflege wird implizit wieder als variabler Kostenfaktor behandelt, obwohl sie tatsächlich ein eigenständiger, qualitätsbestimmender Leistungsbereich ist. Diese Verkürzung wird der Versorgungsrealität nicht gerecht. Die im Entwurf angelegte Logik unterstellt, dass eine Begrenzung der Ausgabendynamik entlang der Einnahmenentwicklung ohne Abstriche an Leistungsniveau und Versorgungsqualität möglich ist. Diese Sichtweise steht im klaren Widerspruch zur pflegewissenschaftlichen Evidenz und zu Erfahrungen aus der Versorgungspraxis, wonach Unterbesetzung nachweislich zu erhöhten Komplikationsraten, längerer Verweildauer und erhöhter Mortalität führt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für den DBfK die Frage nach den Auswirkungen des Gesetzesentwurfs: Der Entwurf lässt in seiner aktuellen Form erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung unter diesen Rahmenbedingungen dauerhaft sichergestellt werden kann. Im Krankenhausbereich bleibt das Pflegebudget formal bestehen, wird jedoch ab dem Jahr 2027 deutlich verändert und gedeckelt. Zusätzlicher Personalaufbau wird grundsätzlich nicht mehr refinanziert, sofern er nicht auf extern vorgegebene Mindestvorgaben zurückzuführen ist. Damit wird das Pflegebudget von einem Instrument zur bedarfsorientierten Stärkung der Pflege zu einem fortgeschriebenen Budget mit begrenzter Entwicklungsfähigkeit umgebaut. Zudem wird mit den Gesetzesänderungen die Ungleichverteilung der finanziellen Ressourcen für Pflegepersonal zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Bundesländern zementiert, anstatt das Pflegebudget als Finanzierungsbasis bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Dies ist vor dem Hintergrund der tatsächlichen Versorgungssituation besonders kritisch zu bewerten. Der Personalaufbau im Pflegedienst ist in vielen Bereichen noch nicht abgeschlossen, Unterbesetzungen sind weiterhin Realität und die Anforderungen an pflegerische Versorgung steigen kontinuierlich. Selbst die FinanzKommission Gesundheit benennt, „dass sich die

Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) trotz Personalaufwuchses nicht verbessert hat: 2024 wurden in 14,3 % der Schichten die Vorgaben nicht eingehalten, nachdem der Anteil 2023 und 2022 jeweils über 15 % und 2021 bei 13,4 % gelegen hatte“ (Fachkommission Gesundheit, S. 223). Eine Deckelung des Pflegebudgets in dieser Phase bedeutet nicht die Stabilisierung eines erreichten Gleichgewichts, sondern das Einfrieren eines noch unvollständigen Aufholprozesses. Zugleich verschiebt sich die Anreizstruktur im System: Wenn Budgetsteigerungen nur noch im Kontext gesetzlicher Mindestvorgaben möglich sind, entsteht faktisch eine Orientierung an Mindeststandards statt an bedarfsgerechter Versorgung, das bedeutet aktuell an den Pflegepersonaluntergrenzen, die zu der neuen Norm der Personalausstattung werden. Diese markieren jedoch keine Zielgröße guter Versorgung, sondern die Schwelle, unterhalb derer Versorgung kritisch wird.

Im ambulanten Bereich entfaltet der Entwurf besonders weitreichende negative Auswirkungen, obwohl genau dieser Bereich dringend eine Stärkung braucht, um die politisch gewollte Ambulantisierung zu unterstützen. Die Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der häuslichen Krankenpflege und in der außerklinischen Intensivpflege bei gleichzeitigem Wegfall der vollständigen Tariffinanzierung führt zu einem strukturellen Zielkonflikt. Einerseits wird Tariftreue politisch eingefordert und als Instrument zur Fachkräftesicherung gestärkt, andererseits wird die Refinanzierung der daraus resultierenden Kostensteigerungen begrenzt. Dieser Widerspruch wird in der Versorgungspraxis nicht auflösbar sein. Arbeitgeber wurden durch die gesetzlichen Vorgaben zur tarifgebundenen bzw. tariforientierten Vergütung zu einer entsprechenden Bezahlung verpflichtet, was der DBfK begrüßt. Wenn diese Tarifbindung jetzt in den Vergütungsverhandlungen nicht mehr verpflichtend ist und eine Refinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, dann ist das ein Rückschritt und das wirtschaftliche Risiko für Tariftreue wird vollständig auf die Leistungserbringer verlagert – mit absehbaren Folgen für Angebotsstruktur, Personalbindung, -gewinnung und Versorgungssicherheit.

Hinzu kommt, dass der Entwurf die Versorgungsrealität der ambulanten Pflege nur unzureichend abbildet. Häusliche Krankenpflege nach SGB V und Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI werden in der Praxis häufig durch dieselben Dienste, mit denselben Pflegefachpersonen und in integrierten Versorgungssettings erbracht. Eine isolierte Deckelung im SGB V wirkt daher unmittelbar auf das gesamte Versorgungssystem. Es entstehen systemische Verschiebungseffekte: Leistungen werden in andere Rechtskreise verlagert, Versorgungsprozesse verzögert oder eingeschränkt, und finanzielle Belastungen werden perspektivisch in Richtung Pflegeversicherung und Sozialhilfe verschoben. Damit droht ein Verschiebeparkplatz zwischen SGB V, SGB XI und SGB XII – ohne Effizienzgewinn, aber mit realen Risiken für Versorgungssicherheit und öffentliche Haushalte. Diese Risiken wiegen umso schwerer, als auch parallel diskutierte Reformvorhaben in der Pflegeversicherung (PNOG) keine hinreichende Entlastung solcher Verschiebungseffekte erwarten lassen. Die vorgesehenen Regelungen treffen ausgerechnet den Versorgungsbereich, der für die politisch gewollte Ambulantisierung gestärkt werden müsste. Zusätzlicher wirtschaftlicher Druck erhöht das Risiko von Insolvenzen, Angebotsrückzügen und Aufnahmestopps und gefährdet damit die Versorgungssicherheit pflegebedürftiger Menschen.

Darüber hinaus setzt der Entwurf auch innovationspolitisch ein restriktives Signal. Die Verschärfung der Beitragssatzstabilität als absolute Grenze für Modellvorhaben kann insbesondere pflegegetriebene Innovationen im ambulanten und sektorenübergreifenden Bereich erschweren. Gerade in einem System, das zunehmend auf neue Versorgungsformen, erweiterte Pflegekompetenzen und mehr Verantwortungsübernahme durch nicht-ärztliche Berufsgruppen angewiesen ist, ist dies ein problematischer Impuls.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Der Entwurf stabilisiert Beitragssätze wesentlich dadurch, dass pflegerische Leistungsbereiche gedeckelt werden. Er verlagert damit fiskalischen Druck in die Versorgung. Im Krankenhaus wird das Pflegebudget in seiner Wachstums- und Schutzfunktion deutlich beschnitten, im ambulanten Bereich droht eine strukturelle Unterfinanzierung zentraler pflegerischer Leistungen. Zugleich entstehen widersprüchliche Signale im Bereich der Tariffinanzierung. Die Bewertung des DBfK ist daher eindeutig: Reformen müssen vor allem strukturell angelegt sein. Es darf keine Rückkehr zu einer Finanzierung geben, die Pflege nur bis zum Mindestniveau und nicht nach realem Versorgungsbedarf sowie Attraktivität des Pflegeberufs absichert.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 23 - § 61 Änderungen

Die Erhöhung auf 7,50 bis 15 Euro sowie die Anhebung der Zuzahlung je Verordnung auf 15 Euro bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege sieht der DBfK als schwierig, weil wiederkehrende pflegeintensive Verordnungsfälle dadurch besonders belastet werden.

Änderungsbedarf:

Streichung der Erhöhung der Zuzahlungen bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege. Hilfsweise ist eine Ausnahme- bzw. Härtefallregelung für wiederkehrende pflegeintensive Verordnungsfälle vorzusehen.

Nr. 24 – § 63 SGB V

Die Streichung der bisherigen Konkretisierung in § 63 SGB V führt nach der Begründung dazu, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Modellvorhaben nunmehr als absolute Grenze gilt. Das ist nicht nur eine technisch-juristische Änderung. Sie kann den Spielraum für neue pflegerische Versorgungsformen verkleinern, etwa für nurse-led Modelle, APN-orientierte Steuerung, regionale Übergangsversorgung oder andere sektorenübergreifende Pilotierungen. Gerade in der ambulanten Pflege, die auf Innovation und Flexibilisierung angewiesen ist, setzt der Entwurf damit ein restriktives Signal.

Änderungsbedarf:

Einführung eines Innovationsvorbehalts für pflegebezogene Modellvorhaben.

Nr. 25 – § 71 SGB V

Mit der Neufassung des § 71 SGB V wird die Grundlohnrate zur festen Obergrenze für Vergütungssteigerungen erhoben. Diese Regelung verengt die Finanzierungssystematik sektorenübergreifend auf eine Einnahmenlogik und bildet die tatsächliche Kosten- und Bedarfsentwicklung in der Pflege nicht ab. Die Gehälter in der Pflege liegen immer noch deutlich unter dem vom DBfK geforderten Niveau von 4.000 Euro Einstiegsgehalt. Die Grundlohnrate ist als Steuerungsmaßstab für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen ungeeignet.

Änderungsbedarf:

Erforderlich ist eine Öffnungsklausel für tarifbedingte und qualitätsbedingte Mehrkosten sowie auf Mehrkosten durch Pflegepersonalbemessungsinstrumente, die auf dem Pflegebedarf ausgelegt sind.

Nr. 52 und 53 – § 132a und 132I SGB V

Mit den neuen Sätzen in §§ 132a und 132I SGB V werden die Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege auf die Grundlohnrate begrenzt. Gleichzeitig entfällt die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.

Aus pflegefachlicher Sicht sind diese Regelungen hoch problematisch. Medizinische Behandlungspflege, Versorgung in komplexen häuslichen Situationen, Brückenversorgung nach Krankenhausaufenthalten sowie Dienste zu Randzeiten sind personalintensiv und in vielen Regionen ohnehin unter Druck. Eine Koppelung an die Grundlohnrate bildet weder Tariftreue noch Fachkräftemangel ab. Die außerklinische Intensivpflege ist hochspezialisiert, personalintensiv, oft 24 Stunden an 7 Tagen sicherzustellen und in besonderem Maße von Fachkräftengpässen

betroffen. Eine unterdeckte Refinanzierung führt hier nicht zuerst zu Effizienzgewinnen, sondern sehr schnell zu Angebotsverknappung und Selektionsdruck zulasten komplexer Versorgungsfälle. Pflegepolitisch entsteht ein grundlegender Widerspruch: Einerseits wird bessere Vergütung und Tariftreue als Mittel der Fachkräftesicherung gewollt; andererseits soll die Refinanzierung und Verpflichtungen dieser Kostensteigerungen begrenzt werden. Das ist kein nur theoretisches Problem, sondern ein reales Insolvenz- und Rückzugsrisiko für Anbieter.

Änderungsbedarf:

Streichung von Nr. 52 und 53. Die vollständige Tarifrefinanzierung muss erhalten bleiben. Hilfsweise ist eine Schutzklausel für tarifgebundene Anbieter vorzusehen.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3 – § 6a KHEntgG

Die in Artikel 3 vorgesehenen Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes greifen in einen zentralen Bereich der pflegerischen Versorgung ein und sind vor dem Hintergrund der Entwicklung des Pflegebudgets und seiner gesundheitspolitischen Funktion einzuordnen.

Das Pflegebudget wurde eingeführt, um einen systemischen Fehlanreiz der DRG-Finanzierung zu korrigieren. Über viele Jahre bestand im Krankenhausbereich ein struktureller ökonomischer Druck, Pflegepersonalkosten zu reduzieren, da diese nicht unmittelbar erlösrelevant waren. Die Folgen dieser Fehlsteuerung sind gut dokumentiert: Zwischen 1996 und 2007 wurden über 50.000 Vollkräfte im Pflegedienst abgebaut, und erst im Jahr 2020 wurde das Personalniveau von 1995 wieder erreicht (Simon 2021, Statistisches Bundesamt 2000-2024a). Im gleichen Zeitraum wuchs der ärztliche Dienst erheblich stärker. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass es sich nicht um ein isoliertes Problem einzelner Einrichtungen, sondern um eine systemische Fehlentwicklung handelte. Das Pflegebudget stellte insofern eine gezielte Korrektur dar, indem es die Pflegepersonalkosten aus der Logik der Fallpauschalen herauslöste und damit einen Schutzmechanismus gegenüber ökonomisch induzierten Personalreduktionen etablierte. Es ermöglichte erstmals seit vielen Jahren wieder einen gezielten und notwendigen Personalaufbau und schuf die Grundlage für qualitative Weiterentwicklungen der Pflege, etwa durch neue Rollenprofile wie Advanced Practice Nurses.

Vor diesem Hintergrund ist die im Referentenentwurf angelegte Neuausrichtung des Pflegebudgets kritisch zu bewerten. Auch wenn eine formale Rückführung in das DRG-System nicht erfolgt, wird durch die vorgesehene Fortschreibung des Budgets ab 2027 unter Begrenzung durch den Veränderungswert ein Mechanismus etabliert, der in seiner Wirkung einer erneuten Einbindung in eine gedeckelte Finanzierungslogik gleichkommt. Die Refinanzierung zusätzlicher Personalaufwüchse wird faktisch auf externe Mindestvorgaben beschränkt, die aktuell vor allem durch die Pflegepersonaluntergrenzen und G-BA Richtlinien bestimmt werden. Diese Entwicklung steht in einem deutlichen Spannungsverhältnis zu den tatsächlichen Versorgungsanforderungen und zur pflegewissenschaftlichen Evidenz. Die im Kontext der Finanzkommission Gesundheit geäußerte Einschätzung, wonach Einsparungen im Bereich des Pflegebudgets ohne Auswirkungen auf die Versorgungsqualität möglich seien, ist aus fachlicher Sicht nicht haltbar. Zahlreiche internationale und nationale Studien belegen, dass eine unzureichende Pflegepersonalausstattung mit erhöhten Komplikationsraten, längeren Verweildauern und einer erhöhten Mortalität einhergeht (u.a. WHO 2026, Schlenker 2024, Winter et al. 2021, Dall'Óra et al. 2022, Driscoll et al. 2018, Aiken et al. 2014). Pflegepersonalausstattung ist somit kein nachrangiger Kostenfaktor, sondern eine zentrale Determinante von Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität.

Hinzu kommt, dass die Annahme eines über den Bedarf hinausgehenden Personalaufbaus durch die Versorgungslage nicht gestützt wird. Selbst unter den Bedingungen eines Personalszuwachses gelingt es weiterhin in einem erheblichen Anteil der Schichten nicht, bestehende Personalvorgaben einzuhalten. Dies verdeutlicht, dass die derzeitige Personalausstattung vielerorts weiterhin angespannt ist und kein überproportionaler Aufbau vorliegt. Auch die Diskussion um angeblich überproportionale Kostensteigerungen im Bereich der Pflege greift zu kurz. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass der Anteil des Pflegedienstes an den Gesamtpersonalkosten der

Krankenhäuser langfristig nicht überproportional gestiegen ist. Vielmehr lag dieser Anteil vor Einführung der DRG deutlich höher und ist im Zeitverlauf zunächst erheblich gesunken. Während der Anteil der Pflege an den Personalkosten im Jahr 2000 noch bei über 39 Prozent lag und bis 2020 auf unter 32 Prozent zurückging, entwickelte sich der Anteil des ärztlichen Dienstes im gleichen Zeitraum deutlich dynamischer. Erst in den letzten Jahren ist ein moderater Anstieg des Pflegeanteils auf 34 Prozent zu verzeichnen, der jedoch als Aufholprozess und nicht als Überfinanzierung zu interpretieren ist (Statistisches Bundesamt 2000-2024b, siehe auch DBfK 2026a und DBfK 2026b).

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Kostensteigerungen im Pflegedienst nicht monokausal auf Personalaufbau zurückzuführen sind. Sie resultieren aus einer Vielzahl struktureller und politisch gewollter Faktoren. Hierzu zählen insbesondere tarifliche Lohnsteigerungen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zur Fachkräftesicherung, eine zunehmende Versorgungs- und Pflegekomplexität, höhere Qualifikationsanforderungen sowie der gezielte Aufbau neuer Versorgungsstrukturen. Auch Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgung, etwa der Aufbau von Springerstrukturen oder der Umgang mit erhöhten Krankenständen, tragen zur Kostenentwicklung bei. Der Anstieg der Pflegepersonalkosten ist damit Ausdruck notwendiger Anpassungen und Qualitätsentwicklungen – nicht einer Fehlsteuerung.

Vor diesem Hintergrund ist die im Referentenentwurf vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets nicht geeignet, eine sachgerechte Steuerung zu gewährleisten. Vielmehr besteht die Gefahr, dass ein zentraler Korrekturmechanismus der Krankenhausfinanzierung geschwächt und ein bereits überwundener Fehlanreiz reaktiviert wird. Wenn zusätzlicher Personalaufbau nicht mehr refinanziert wird, geraten nicht nur bestehende Versorgungsstrukturen unter Druck, sondern auch die Weiterentwicklung der professionellen Pflege. Insbesondere innovative und qualifikationsorientierte Versorgungsansätze – etwa der Einsatz von Advanced Practice Nurses – verlieren ihre Finanzierungsgrundlage. In der Konsequenz droht eine Rückkehr zu einer Finanzierungssystematik, die Pflege primär unter Kostendruck stellt und damit mittelbar die Versorgungsqualität beeinflusst. Dies steht im Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Zielen der vergangenen Jahre, die auf eine Stärkung, Professionalisierung und Qualitätsentwicklung der Pflege ausgerichtet waren.

Ein weiterer zentraler Aspekt im Kontext des Pflegebudgets betrifft die Finanzierung und Ausgestaltung pflegeentlastender Maßnahmen. Diese sind ein unverzichtbarer Bestandteil einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung und müssen im Rahmen eines differenzierten Skill-Grade-Mix strukturell abgesichert werden. Pflegefachpersonen müssen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Die Übernahme pflegefremder Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen widerspricht nicht nur professionellen Standards, sondern beeinträchtigt auch unmittelbar die Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit, wenn für pflegerische Kernaufgaben nicht ausreichend Zeit und Personal zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist die Fehlallokation von hochqualifiziertem Pflegepersonal auch aus ökonomischer Perspektive kritisch zu bewerten. Pflegefachpersonen sind hochqualifizierte und entsprechend kostenintensive Fachkräfte. Wenn sie Tätigkeiten übernehmen, für die keine entsprechende Qualifikation erforderlich ist, werden Ressourcen ineffizient eingesetzt. Eine solche Praxis steht im Widerspruch zu einer nachhaltigen und zielgerichteten Steuerung der GKV-Finzen. Insofern ist es nicht nachvollziehbar die pflegeentlastenden Maßnahmen zukünftig bei der Kalkulation der Fallpauschalen zu berücksichtigen, wo sie keiner Zweckbindung unterliegen, aber kalkulatorisch ebenso eingepreist werden müssen und dadurch keine Einsparungen beitragen werden.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde der Anteil für pflegeentlastende Maßnahmen zudem von ursprünglich vier Prozent auf 2,5 Prozent des Pflegebudgets reduziert. Diese Reduktion hat die bestehende Problematik weiter verschärft und den Druck auf Pflegefachpersonen erhöht, pflegefremde Tätigkeiten zu übernehmen. Besonders kritisch ist in diesem Zusammenhang die fehlende Zweckbindung der Mittel. Derzeit können erhebliche Finanzmittel ohne verbindliche Vorgaben für pflegeentlastende Maßnahmen eingesetzt werden. Dies schafft Fehlanreize und unterläuft das Ziel, Pflegepersonal wirksam zu entlasten. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass nicht eine weitere Einschränkung, sondern vielmehr eine gezielte Stärkung und verbindliche Zweckbindung pflegeentlastender Maßnahmen erforderlich ist. Nur wenn sichergestellt ist, dass entsprechende Mittel tatsächlich für die Entlastung der Pflege

eingesetzt werden, können Arbeitsbedingungen verbessert, Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt und die Versorgungsqualität nachhaltig gesichert werden.

Aus Sicht des DBfK ist daher festzuhalten: Die geplanten Regelungen in Artikel 3 führen nicht zu einer sachgerechten Konsolidierung, sondern bergen das Risiko, strukturelle Fehlentwicklungen der Vergangenheit zu reaktivieren und notwendige Weiterentwicklungen der Pflege zu behindern. Das Pflegebudget muss daher in seiner Schutz- und Entwicklungsfunktion erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Insbesondere ist eine Verknüpfung mit bedarfsgerechter Personalbemessung notwendig, die PPR 2.0 bildet dafür die Grundlage. Eine Verknüpfung mit der PPR 2.0 ist auch aus dem Grund notwendig, weil die Erfüllungsgrade sehr unterschiedlich sind zwischen den Bundesländern und auch zwischen den einzelnen Stationskategorien. Das lässt darauf schließen, dass Personal nicht auf Basis des Versorgungsbedarfs eingesetzt wird, sondern eher auf Basis lokaler Verfügbarkeit und Arbeitsbedingungen. Die Erfüllungsgrade sind aktuell veröffentlicht und ersichtlich in den ersten Quartalsmeldungen zur PPR 2.0, die im Rahmen der kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend „Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegepersonal-Regelung PPR 2.0“, BT-Drucksache 21/5981 beantwortet wurde. Schlussfolgernd wird eine Verknüpfung der (weiterentwickelten) PPR 2.0 als lernendes Instrument mit dem Pflegebudget als Finanzierungsgrundlage ein zielführender Ansatz sein, um bestehende Fehlanreize zu korrigieren, ohne die Schutzfunktion des Pflegebudgets zu gefährden.

Änderungsbedarf:

- Streichung des Artikels 3 Nr. 3
- Einsetzung einer Expert:innenkommission mit echter Mitgestaltung durch Pflegefachpersonen und dem Pflegemanagement und unter aktiver Beteiligung des DBfK, die eine Systematik der Verknüpfung von PPR 2.0 und Pflegebudget erarbeitet.
- Zweckbindung und Erhöhung der pflegeentlastenden Maßnahmen auf 4%. Wiederherstellung des § 6a KHEntgG wie vor erlassenen Änderungen im KHVVG und KHAG.

Nr. 4 – § 6c KHEntgG

Durch die Änderungen im § 6c KHEntgG wird eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip für Pflegepersonal in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) vollzogen. Dabei schließen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) wichtige Versorgungslücken, indem sie den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung absichern und insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie komplexen Pflegebedarfen eine wohnortnahe Basisversorgung stärken. Entsprechend sollten süV als integrierte, sektorenübergreifende Einrichtungen verstanden werden, in denen multiprofessionelle Teams auf Augenhöhe zusammenarbeiten und die Versorgung konsequent an den tatsächlichen Bedarfen der Patient:innen ausrichten. Gerade angesichts des hohen pflegerischen Versorgungsanteils in diesen Einrichtungen muss eine gute Finanzierung von qualifizierten Pflegefachpersonen ausdrücklich ermöglicht werden. Das gilt insbesondere auch für Community Health Nurses (CHN) und Advanced Practice Nurses (APN), die auch die fachliche Leitung der süV übernehmen können sollten. Eine starre Fortschreibungslogik wird solche Modelle und innovativen Versorgungsstrukturen eher bremsen als fördern.

Änderungsbedarf:

Streichung von Art. 3 Nr. 4.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 – § 3 BPfIV

Mit Artikel 5 Nr. 1 wird die Deckelungslogik auf psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser übertragen. Auch dort wird der Gesamtbetrag künftig an den Veränderungswert gebunden. Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser drohen vergleichbare Fehlsteuerungen wie im somatischen Bereich. Auch hier ist eine Verknüpfung einer

bedarfsgerechten Personalausstattung mit der Finanzierung anzustreben; Grundlage dafür kann die PPP-RL als weiterzuentwickelndes lernendes Instrument sein.

Änderungsbedarf:

Streichung von Art. 4 Nr. 1.

Quellen und Literatur

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus W., RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. Volume 383, Issue 9931, P1824-1830.

BT-Drucksache 21/5981 (2026): Kleine Anfrage der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Dr. Armin Grau und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 18.05.2026 - Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegepersonal-Regelung 2.0. [online] <https://dserver.bundestag.de/btd/21/059/2105981.pdf>

Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*. 2022 Oct;134:104311, [online] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922001407?via%3Dihub> [12.01.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2026a): Positionspapier - Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK-Positionspapier_Pflegebudget_PPR_Leistungsgruppen.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2026b): Pflegebudget sichern - Versorgungsqualität erhalten. Policy Brief zu den Reformempfehlungen 27, 28 und 57 der FinanzKommission Gesundheit vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e. V. [online] https://www.dbfk.de/media/docs/Berufspolitik/stellungnahmen/2026-04-17_DBfK_Policy_Brief_FinanzKommission-Gesundheit.pdf [20.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023a): Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln: die Community Health Nurses als zentraler Akteur [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_vdaae_vdpp_DBfK.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023b): Policy Brief Krankenhausstrukturreform - Pflegefachliches Potenzial entfalten [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Policy_Brief_KHStrukturreform.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Positionspapier - Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen [online] <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Weiterentwicklung-Primaerversorgung-2021-11.pdf> [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Positionspapier- Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V). [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf [08.04.2026].

Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, Lehwaldt D, McKee G, Munyombwe T, Astin F. The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018 Jan;17(1):6-22.

FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit – Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf [08.04.2026].

Schlenker, Oliver (2024) : The deadly consequences of labor scarcity: Evidence from hospitals, Working Paper Series, No. 42, University of Konstanz, Cluster of Excellence "The Politics of Inequality", [online] <https://doi.org/10.48787/kops/352-2-1ii51x0tstwlz2> [23.02.2026].

Simon, M. (2021). Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik, [online] https://f5.hshannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder_Datein/UEber_uns/Personen/Simon_2021_Pflegepersonal_in_Krankenha_usern_-_neuere_Entwicklungen.pdf [12.01.2026].

Statistisches Bundesamt (2000-2024a): Grunddaten der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23111. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2000-2024b): Kostennachweis der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23121. Wiesbaden.

WHO Regional Office for Europe (2026): Policies and approaches to promote safe nurse staffing: technical brief. [online] <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f94aa53a-1925-4432-9631-9a35d280ebd7/content> [24.02.2026]

Winter V, Dietermann K, Schneider U, Schreyögg J. Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals, [online] <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e051133.full.pdf?with-ds=yes> PMID: 34753760 [12.01.2026]

Berlin, 19.06.2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

