

Hinweispapier: Pflegefolgekosteninduktion

Wertschöpfungsverlust und verdeckte Mehrbelastung entlang sozialmedizinischer Folgekostenpfade mit haushaltswirksamer Systemdynamik

Stand: 8. Juni 2026 | Zur fachlichen Kenntnisnahme im Kontext des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

Schwarz Institut für gesellschaftliche Verantwortung | service@schwarz-institut.com

Executive Summary

Verdeckte Mehrbelastung und Wertschöpfungsverlust entstehen, wenn Begrenzungen ausgewiesener Einzelposten oder Aufwendungen dynamische Anschlussbelastungen entlang sozialmedizinischer Folgekostenpfade auslösen. Pflegefolgekosteninduktion beschreibt diesen Mechanismus.

Die Folgelasten fallen dabei außerhalb des ausgewiesenen Postens an: in stationären Mehraufwendungen, Anschlussversorgung, volkswirtschaftlichen Kosten und fiskalischen Folgewirkungen. Damit tritt die Differenz zwischen tatsächlicher Gesamtbelastung und isoliert ausgewiesener Entlastung hervor.

Sichtbare Pflegekosten sind deshalb nicht mit vermeidbaren Systemkosten gleichzusetzen. Entscheidend ist vielmehr, ob Folgekosten und Bruttowertschöpfungsverluste über Versorgungs-, Haushalts- und Sozialversicherungsgrenzen hinweg erkennbar bleiben.

I. Begriff und Ausgangspunkt

Seit 2020 werden Pflegepersonalkosten im Krankenhaus aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert.¹

Für die Belastungsdiagnose reicht dieser Einzelposten allein nicht aus. Relevant sind die Belastungen, die außerhalb dieses Postens entstehen oder sichtbar werden. Die Ausgliederung weist pflegebezogene Aufwendungen als eigene Kostenposition aus und erzeugt damit eine Einzelpostenlogik.

Pflegefolgekosteninduktion bezeichnet diese Folgekostendynamik entlang sozialmedizinischer Kostenpfade. Sie richtet den Blick auf die Systemdifferenz zwischen ausgewiesener Einzelpostenbegrenzung und tatsächlicher Gesamtbelastung in Akutversorgung, Rehabilitation, Langzeitpflege, Sozialhilfe, Arbeitsmarkt und Wertschöpfung.

II. Empirische Anker in der Akutversorgung

Versorgungsdefizite haben bereits im Akutbereich messbare Folgen. ZEW Mannheim und ifo Institut berichten für deutsche Grenzregionen, dass Krankenhäuser nach Abwanderung von Pflegekräften im Schnitt rund 12 Prozent ihres Pflegepersonals verloren. Die Sterblichkeit stieg insgesamt um 4,4 Prozent, bei Herzinfarktpatientinnen und -patienten um 17,7 Prozent und bei Sepsis um 11,6 Prozent.²

Die RN4CAST-Analyse in The Lancet ordnet diese Befunde in einen europäischen Evidenzkontext ein. Jeder zusätzliche Patient pro Pflegefachperson ist mit einem um rund 7 Prozent höheren 30-Tage-Sterberisiko verbunden.³ Diese Befunde betreffen zunächst die Wirkungsseite: geringere pflegerische Personalausstattung geht mit zusätzlichen Kostenwirkungen und höherer Sterblichkeit einher.

Auch die Kostenwirkung bleibt nicht auf den unmittelbaren Behandlungsverlauf beschränkt. Bei Engpässen in der pflegerischen Anschlussversorgung fallen längere Krankenhausverweildauer und stationäre Zusatzkosten an. RWI-Daten beziffern die Verlängerung der Krankenhausverweildauer betroffener Patientinnen und Patienten auf durchschnittlich drei bis vier Tage und die zusätzlichen Krankenhauskosten auf rund 400 Euro je Fall. Nachgelagerte Aufwendungen in Rehabilitation und Langzeitpflege sind darin jedoch noch nicht enthalten.⁴

III. Kostenpfade und Bewertungsanker

Die Kostenkaskade verläuft über mehrere Stufen. Dazu gehören zusätzliche stationäre Behandlungsaufwendungen durch längere Verweildauer, Wiederaufnahmen und Komplikationen, Produktivitätsverluste durch Arbeitsunfähigkeit, direkte Rehabilitationsausgaben und Verluste an Bruttowertschöpfung bei vorzeitiger Mortalität oder Erwerbsminderung. Die Größenordnung lässt sich dabei an bestehenden Bewertungsankern ablesen.

So beziffert die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin den Produktionsausfall je Arbeitsunfähigkeitstag für 2024 rechnerisch auf rund 152 Euro und den Ausfall an Bruttowertschöpfung auf rund 258 Euro.⁵ Für medizinische Rehabilitation ergeben Daten der Deutschen Rentenversicherung für 2023 rechnerisch rund 5.270 Euro je Fall.⁶

Die Werte verdeutlichen die fiskalische Reichweite solcher Folgelasten. Berührt werden dabei insbesondere Produktivität, Beitragsbasis, Bruttowertschöpfung und gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

IV. Häusliche Pflege, Arbeitsmarkt und Sozialhilfe

Die Kette endet nicht an der Krankenhausgrenze. So weist der Achte Pflegebericht aus, dass 2021 rund 84 Prozent der knapp fünf Millionen pflegebedürftigen Menschen zu Hause versorgt wurden. 61 Prozent der zu Hause Versorgten wurden dort ausschließlich durch Angehörige oder nahestehende Personen gepflegt.⁷

Eine Auswertung des Sozio-ökonomischen Panels nennt zudem rund 7,1 Millionen informell Pflegende, darunter rund 4,1 Millionen Erwerbstätige.⁸ BMG-Statistiken unterstreichen auch für 2024 die hohe Bedeutung ambulanter Versorgung: 83,6 Prozent der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger entfielen auf den ambulanten Bereich.⁹

Folgelasten reichen auch in private Haushalte hinein, wenn professionelle Pflege- und Anschlussstrukturen nicht ausreichen. Der Versorgungsaufwand verlagert sich dann stärker in Familien und nahestehende Personen. Daraus ergeben sich für pflegende Angehörige Einschränkungen der Erwerbstätigkeit. Berührt werden somit Erwerbsumfang, Arbeitskräfteangebot sowie Steuer- und Sozialbeitragsbasis.

Ein weiterer Kostenpfad führt in die Sozialhilfe. Der Achte Pflegebericht weist für 2023 Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege von rund 4,5 Milliarden Euro aus, überwiegend für vollstationäre Pflege.¹⁰

V. Sichtbarer Einzelposten und Gesamtbelastung

Für die Belastungsbewertung zählt daher auch die Wirkung über den Pflegeposten hinaus. Besonders deutlich tritt diese Einzelpostenlogik in der Krankenhausfinanzierung hervor: Die Krankenhausvergütung setzt sich seit 2020 aus DRG-Fallpauschalen und Pflegebudget zusammen; das BMG weist für 2024 rund 103 Milliarden Euro GKV-Zahlungen an Krankenhäuser aus.¹¹

Die parlamentarische Befassung mit Pflegebudget, Zweckbindung, Fehlanreizen und Transparenzfragen unterstreicht, dass pflegebezogene Kostenpositionen bereits eigenständige Bewertungsgegenstände sind.¹²

Sobald eine Begrenzung des Pflegepostens haushaltswirksame Anschlussbelastungen in anderen Versorgungs- und Finanzierungssystemen nach sich zieht, entsteht verdeckte Mehrbelastung. Was im Einzelposten als Begrenzung entlastend wirkt, kann sich in der Gesamtbetrachtung durch Folgekosten als zusätzliche Belastung erweisen. Systementlastung liegt insofern erst vor, wenn eine Kostenkaskade außerhalb dieses Postens den Entlastungseffekt nicht aufhebt.

VI. Ergebnis der Betrachtung

Pflegefolgekosteninduktion bezeichnet die Differenz zwischen der durch Begrenzung eines Einzelpostens ausgewiesenen Entlastung und den damit verbundenen Belastungen in anderen Bereichen.

Vollständig wird eine Belastungsdiagnose damit erst, wenn auch induzierte Pflegefolgekosten über Versorgungs-, Haushalts- und Sozialversicherungsgrenzen hinweg erkennbar und zurechenbar werden.

Systemischer Wertschöpfungsverlust bleibt folglich verdeckt, solange die Betrachtung an der ausgewiesenen Begrenzung endet.

Quellen

1. § 6a Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Pflegebudget; GKV-Spitzenverband, Pflegebudget Krankenhaus.
https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/_6a.html;
https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/kh_pflegebudget/pflegebudget_kh.jsp
2. ZEW Mannheim / ifo Institut, Pressemitteilungen 12.01.2026 zur ZEW-ifo-Studie: Pflegekräfteabwanderung und Sterblichkeit. Die Befunde beruhen auf Daten der Jahre 2006-2017; identifiziert wird der Effekt über die starke Aufwertung des Schweizer Franken 2011 und die dadurch ausgelöste Abwanderung von Pflegekräften in Grenzregionen zur Schweiz.
<https://www.zew.de/das-zew/aktuelles/pflegekraefteabwanderung-hat-folgen-fuer-lebenserwartung>;
<https://www.ifo.de/pressemitteilung/2026-01-12/zew-ifo-studie-pflegekraeftemangel-erhoeht-sterblichkeit>
3. Aiken, Linda H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, The Lancet 383 (2014), Nr. 9931, S. 1824-1830, DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
 Je zusätzlichem Patienten pro Pflegefachperson stieg die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach Aufnahme zu versterben, um 7 Prozent (Odds Ratio 1,068; 95%-Konfidenzintervall 1,031-1,106).
4. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Pflegenotstand erhöht Verweildauer von Krankenhauspatienten, Pressemitteilung vom 19.11.2024.
<https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/pflegenotstand-erhoeht-verweildauer-von-krankenhauspatienten>
5. BAuA, Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2024 (Zahlen | Daten | Fakten). Die BAuA weist für 2024 rund 134 Mrd. Euro Produktionsausfall und rund 227 Mrd. Euro Ausfall an Bruttowertschöpfung bei 881,5 Mio. Arbeitsunfähigkeitstagen aus; daraus errechnen sich rund 152 Euro bzw. rund 258 Euro je Arbeitsunfähigkeitstag.
<https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit>
6. Deutsche Rentenversicherung, Reha-Atlas 2024, Angaben zu medizinischer Rehabilitation 2023. Der Pro-Fall-Wert von rund 5.270 Euro ist rechnerisch ermittelt aus rund 5,24 Mrd. Euro Ausgaben für medizinische Leistungen (ohne Übergangsgeld und Sozialversicherungsbeiträge) bezogen auf rund 994.000 medizinische Rehabilitationsleistungen 2023.
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2024/rehaatlas-2024-download.pdf>

7. BMG, Achter Pflegebericht - Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung, Berlin 2024; Datenbasis Pflegestatistik 2021 (Statistisches Bundesamt).
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Achter_Pflegebericht_bf.pdf
8. Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik FIT, Aktualisierung der Daten zur informellen Pflege in Deutschland, Pressemitteilung vom 30.11.2023 (Auswertung des Sozio-oekonomischen Panels SOEP 2021): rund 7,1 Mio. informell Pflegende, davon rund 4,1 Mio. Erwerbstätige. Zu beachten ist eine erhebliche Schätzbreite; abweichende Größenordnungen werden u. a. vom BMFSFJ genannt.
https://www.fit.fraunhofer.de/de/presse/23-11-30_aktualisierung-der-daten-zur-informellen-pflege.html
9. Bundesministerium für Gesundheit, Soziale Pflegeversicherung: Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2024, Tabelle 1 (Zeile "Ambulant insgesamt", Spalte "Anteil in %"); ergänzend Jahresdurchschnitt 2025.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2024_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.pdf; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/05-Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden-Jahresdurchschnitt-2025-barrierefrei.pdf
10. Bundesministerium für Gesundheit, Achter Pflegebericht - Angaben zu Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege 2023; Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 295 vom 13.08.2024 (Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege 2023 von knapp 4,5 Mrd. Euro, +27,4 %); ergänzend BMAS, Leistungen der Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/08/PD24_295_221.html;
<https://www.bmas.de/DE/Soziales/Sozialhilfe/Leistungen-der-Sozialhilfe/leistungen-der-sozialhilfe.html>
11. Bundesministerium für Gesundheit, Krankenhausfinanzierung - Betriebskostenfinanzierung durch die Kassen (Dualfinanzierung); für 2024 rund 103 Mrd. Euro GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung>;
ergänzend Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Ausgaben für stationäre Behandlungen.
<https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/gkv-ausgaben-fuer-stationaere-behandlungen>
12. Bundestag, Drs. 21/5870, Antwort der Bundesregierung zur Transparenz von Fehlanreizen der Pflegebudgets im Krankenhauswesen (Antwort auf die Kleine Anfrage Drs. 21/5572).
<https://ds.bundestag.de/btd/21/058/2105870.pdf>