

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG)

Stand: 19. April 2026

Der Paritätische Gesamtverband nimmt zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BStabG) vom 16. April 2026 wie folgt Stellung.

Zunächst erlauben wir uns eine Vorbemerkung zum Beteiligungsverfahren: Die sehr kurze Frist zur Stellungnahme über ein Wochenende für eines der wichtigsten sozialpolitischen Gesetzesvorhaben der Legislaturperiode ist deutlich zu missbilligen und würdigt die Bedeutung der verschiedenen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen nicht einmal ansatzweise. Gute und demokratische Beteiligungskultur sieht anders aus. Der Paritätische Gesamtverband erwartet, in das förmliche Anhörungsverfahren einbezogen zu werden, und behält sich eine vertiefende Stellungnahme im weiteren Gesetzgebungsverfahren vor.

Inhalt

1. Zusammenfassung und Gesamtbewertung
2. Zentrale Kritikpunkte und Forderungen des Paritätischen
3. Zu den einzelnen Regelungsinhalten
 - 3.1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik / globale Vergütungsbegrenzung (§ 71 SGB V)
 - 3.2. Zuzahlungserhöhungen und Dynamisierung (§ 61 SGB V)
 - 3.3. Familienversicherung / Beitragszuschlag für Ehegatten (§§ 3, 10, 242b SGB V)
 - 3.4. Beitragsbemessungsgrenze und Arbeitgeberbeitrag geringfügig Beschäftigte
 - 3.5. Ambulante ärztliche Versorgung
 - 3.6. Zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz (§§ 28, 55 SGB V)
 - 3.7. Arzneimittelversorgung
 - 3.8. Heilmittel und Hilfsmittel (§§ 36, 125, 125a, 127 SGB V)
 - 3.9. Krankengeld (§§ 44–56 SGB V)
 - 3.10. Häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Vorsorge und Rehabilitation (§§ 132, 132a, 132l SGB V)

1. Zusammenfassung und Gesamtbewertung

Der Referentenentwurf zum GKV-BStabG stellt das umfangreichste Stabilisierungspaket für die gesetzliche Krankenversicherung seit Jahrzehnten dar. Er greift einen wesentlichen Teil der 66 Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG) vom 30. März 2026 auf und zielt auf eine Entlastung der GKV in Höhe von rund 20 Milliarden Euro im Jahr 2027 ab, aufwachsend auf bis zu 42 Milliarden Euro im Jahr 2030.

Der Paritätische Gesamtverband erkennt an, dass angesichts einer strukturellen Deckungslücke von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 gesetzgeberisches Handeln dringend erforderlich ist. Die Finanzierungslücke in der GKV erfordert auch aus Paritätischer Sicht eine Kombination aus Ausgabenbegrenzung, Effizienzsteigerung und einnahmeseitigen Maßnahmen. Positiv zu bewerten sind insbesondere die Regulierung des dynamisierten Herstellerabschlags für Arzneimittel als Beitrag der pharmazeutischen Industrie sowie diverse Maßnahmen zum Abbau von Bürokratie und einer Verbesserung der Effizienz im System. Gleichwohl bewertet der Paritätische das vorliegende Paket in seiner Gesamtheit als sozial unausgewogen und in wesentlichen Teilen für Versicherte und vulnerable Gruppen als unzumutbar. Mit Blick auf die Ursachen der Kostenentwicklung ignoriert das Gesetz einerseits die dramatischen Auswirkungen des Konsums von Alkohol, Tabak und Zucker sowie der schwindenden Gesundheitskompetenz auf das Gesundheitssystem und wälzt die Verantwortung stattdessen auf die am stärksten von Krankheit und Armut Betroffenen sowie auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen ab. Das Gesetz setzt einseitig auf fiskalische Wirkungen und belastet systematisch diejenigen am stärksten, die auf die GKV-Leistungen am dringendsten angewiesen sind: chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Einkommensschwache, pflegebedürftige Menschen sowie Menschen in Care-Verantwortung. Letzteres sind häufig Frauen, so dass der Gesetzentwurf auch eine klare geschlechterspezifische Unwucht aufweist. Trotz der mehrfachen Ankündigungen der Bundesministerin, die Reform sozialverträglich gestalten zu wollen, liegt ein deutlicher Schwerpunkt der Maßnahmen auf primär ökonomisch ansetzenden Hebeln, die keine ausreichende Schutzwirkung für einkommensschwache Menschen aufweisen. Zudem fehlt ein klarer Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung als maßgebliche Leitlinien für eine Reform des Gesundheitswesens. Ungeachtet vieler Beispiele in anderen Ländern fehlt der Mut zu echten Systemveränderungen, die Prävention und Gesundheitsförderung, sprechende Medizin und Gesundheitskompetenz stärken sowie der voranschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens Einhalt gebieten. Die Phantasie- und Mutlosigkeit führt sogar dazu, dass etwa mit der Aufweichung der Tarifrefinanzierung qualitativ stabilisierende Errungenschaften der letzten Jahre wieder zunichte gemacht werden. Es bleibt mithin bei einer rein kurativen Symptombehandlung mit sozialer Schiefelage.

2. Zentrale Kritikpunkte und Paritätische Forderungen

Kritisch bewertet der Paritätische insbesondere:

2.1 Einseitige Lastverteilung zum Nachteil Erkrankter und Einkommensschwacher

Die Kombination aus Krankengeldsenkung, Zuzahlungserhöhung, Rücknahme der Festzuschüsse beim Zahnersatz und Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatt*innen führt zu einer kumulativen Mehrbelastung von Menschen, die ohnehin in finanziell prekären Situationen sind. Wer krank ist und nicht arbeiten kann, verliert künftig mehr Einkommen (Krankengeldabsenkung um 5 %) und zahlt gleichzeitig mehr für Leistungen (Zuzahlungen +50 % und künftige Dynamisierung). Diese Doppelbelastung ist sozialetisch auch mit Blick auf den hinlänglich wissenschaftlichen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit¹ nicht vertretbar. Der Paritätische sieht die nun zusätzlich auf die Beitragszahler*innen zukommenden Belastungen nicht vereinbar mit dem in den letzten Jahren deutlich gestiegenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz – bzw. dem individuell zu zahlenden Zusatzbeitrag. Demnach wurden Versicherte bereits in der Vergangenheit stärker in der Minimierung der Deckungslücke in die Verantwortung gezogen als andere Beteiligte des Gesundheitssystem.

Wir fordern daher:

Keine Armutsfalle durch Krankheit: Krankengeld erhalten

- Vollständige Streichung der geplanten Absenkung des Krankengeldsatzes um 5 Prozentpunkte (§ 47 SGB V-E)
- Keine Verschlechterung der Bezugsdauer für laufende Fälle
- Flankierung des Teilkrankengeldes durch verbindliche Arbeitgeberpflichten

Keine höheren Belastungen für einkommensschwache Bürger*innen bei Zuzahlungen und Zahnersatz

- Aussetzung der Zuzahlungserhöhung
- Verzicht auf eine Dynamisierung ohne eine Entsprechung auf der Seite der Regelsätze in der Grundsicherung und anderer Sozialleistungen
- Absenkung der Belastungsgrenze für alle Versicherten
- Volle Zuzahlungsbefreiung für Bezieher*innen von Bürgergeld, Grundsicherung und vergleichbaren Leistungen.
- Rücknahme der Absenkung der Festzuschüsse beim Zahnersatz (§ 55 SGB V-E)

¹ vgl. BMAS (2025), Siebter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 481ff

2.2 Vernachlässigung der Einnahmeseite und fehlender Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung

Der Entwurf schöpft das einnahmeseitige Potenzial der FKG-Empfehlungen nur unzureichend aus. Die bedeutendsten Empfehlungen – Vollfinanzierung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende aus Steuermitteln (FKG-Empfehlung 62: 12 Mrd. €), Dynamisierung des Bundeszuschusses (FKG-Empfehlung 63) und präventionsorientierter Konsumsteuern auf Tabak, Alkohol und Zucker (FKG-Empfehlungen 64–66) – fehlen vollständig. Der Bund entzieht sich damit seiner gesamtstaatlichen Mitverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge und Beitragssatzstabilität.

Wir fordern daher:

Solidarische Stärkung der Einnahmeseite und Prävention stärken

- Vollständige Bundesfinanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldbeziehende entsprechend der FKG-Empfehlung Nr. 62
- Einführung einer gesetzlichen Dynamisierung des Bundeszuschusses
- Einführung bzw. Erhöhung von Konsumsteuern auf Zucker, Tabak und Alkohol (FKG-Empfehlung Nr. 64–66) und Einrichtung eines Präventionsfonds zur Regelfinanzierung von Präventionsangeboten mit den generierten Mehreinnahmen
- Höhere Verbeitragung hoher Einkommen sowie von Miet- und Kapitalerträgen
- Einführung einer Bürgerversicherung als langfristige Systemreform zur Verbreiterung der Beitragsbasis.

2.3 Risiken für die Versorgungsqualität

Die globale Vergütungsbegrenzung nach dem Grundlohnratens-Prinzip (§ 71 SGB V) ist das finanzwirksamste Element des Pakets. Der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt bis 2029 bedeutet faktisch Reallohnverluste für Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitswesen und gefährdet mittelfristig Personalgewinnung und -bindung. In der Pflege, der ambulanten Versorgung und der Rehabilitation drohen Versorgungsengpässe. Das gesamte Maßnahmenpaket im Hilfsmittelbereich (pauschaler 3-Prozent-Abschlag, Grundlohnratendeckelung, pauschale Festbetragsenerweiterung) gefährdet die Versorgungsqualität für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen.

Wir fordern daher:

Keine neuen Belastungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen

- Streichung des pauschalen Preisabschlags von drei Prozent im Hilfsmittelbereich
- Differenzierte statt pauschaler Vergütungsdeckelung im Hilfsmittelbereich

- Keine Ausweitung des Festbetragssystems

2.4 Tarifbruch in der Pflege: Gefährdung von Versorgung und Personalbindung

Die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 132a und 132l SGB V bricht mit einer erst vor wenigen Jahren eingeführten Garantie, die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen ausdrücklich zur Tarifbindung ermutigt hatte. Nun drohen denjenigen Einrichtungen, die schon jahrelang nach Tarif vergüten, in gutem Glauben Tarifverträge abgeschlossen haben oder alternativ das regional übliche Entgeltniveau umsetzen (SGB XI), ein strukturelles Defizit und erhebliche Unrechtmäßigkeiten. Neben dem unglaublichen moralischen Tiefschlag sind die naheliegenden Folgen Insolvenzen, Personalabbau und Versorgungslücken in der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege und folglich in der Langzeitpflege, da die Löhne keine Grenze zwischen dem SGB V und SGB XI kennen. Gleiches gilt für Rehabilitation und Vorsorge (insbesondere auch für Mütter, Väter und Kinder) sowie für die Rettungsdienste und freigemeinnützige Krankenhäuser. Eine Folgeabschätzung für das SGB XI und die Eingliederungshilfe fehlt vollständig.

Wir fordern daher:

Tarifbindung in Pflege, Rehabilitation und Vorsorge sowie Krankenhäusern unangetastet lassen

- Vollständige Wiederherstellung der bisherigen Sätze 7 und 8 des § 132a Absatz 4 SGB V (häusliche Krankenpflege) und der entsprechenden Regelung in § 132l SGB V (außerklinische Intensivpflege)
- Keine Einführung der Grundlohnrate als Obergrenze für Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege und Rehabilitation sowie in gemeinnützigen Krankenhäusern bzw. zumindest Ausnahmen für Träger, die das regional übliche Entgeltniveau umsetzen oder anerkannte Tarifverträge anwenden
- Gesetzliche Absicherung, dass die Tarifrefinanzierungsgarantie auch im SGB XI erhalten bleibt

2.5 Strukturelle Benachteiligung von Care-Arbeit und gleichstellungspolitisches Versagen

Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatt*innen ohne Kinder unter sieben Jahren trifft überproportional Frauen, die unbezahlte Pflege- und Sorgearbeit leisten. Die Altersgrenze ist willkürlich und berücksichtigt nicht, dass intensive Betreuungsbedarfe weit darüber hinaus bestehen können. Für geringverdienende Haushalte können die 3,5 % eine deutliche Belastung darstellen. Zudem schafft die Umsetzung neue Bürokratie für die Krankenkassen. Der gleichstellungspolitisch zu begrüßende Ansatz, mehr Frauen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und prekäre geringfügige Beschäftigungen abzubauen, wird mit der Maßnahme nicht erreicht werden. Die Steuerung

über die Familienversicherung ist hierfür nicht das richtige Instrument und auch die prognostizierte Finanzwirkung ist kritisch zu hinterfragen.

Wir fordern daher:

Care-Arbeit und Einkommensarmut in der Familienversicherung berücksichtigen

- Überarbeitung der Familienversicherungsregelung: Verlängerung der Altersgrenze auf mindestens zehn Jahre
- Ausweitung auf Pflegepersonen, einkommensabhängige Ausgestaltung. Berücksichtigung von Paaren unterhalb der Regelaltersgrenze, die aufgrund einer Erwerbsminderung eine Rente beziehen sowie für Chroniker nach § 62 SGB V.

Der Paritätische fordert substantielle Nachbesserungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren. Die Last der Konsolidierung darf nicht einseitig auf Versicherte und insbesondere auf vulnerable Gruppen abgewälzt werden. Ohne eine angemessene Beteiligung der Einnahmeseite, ohne einen klaren Fokus auf Prävention, ohne Steuermittelfinanzierung staatlich verantworteter Leistungen und ohne den Schutz der Ärmsten bleibt das Gesetz sozial ungerecht, verursacht Folgekosten und erhöht den Druck auf andere Systeme, etwa die Gesetzliche Rentenversicherung.

3. Zu den einzelnen Regelungsinhalten

3.1 Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik / globale Vergütungsbegrenzung (§ 71 SGB V)

Der Entwurf sieht eine systemische Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik vor: Vergütungs- und Preisanstiege in allen Leistungsbereichen werden dauerhaft auf die Grundlohnrate als Obergrenze begrenzt. Für die Jahre 2027 bis 2029 gilt ein zusätzlicher Abschlag von einem Prozentpunkt.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische bewertet die Wiedereinführung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität als dem Grunde nach notwendig. Eine dauerhafte Entkopplung der Ausgaben von der Einnahmenentwicklung ist nicht finanzierbar. Der Paritätische mahnt jedoch mit Nachdruck: Die Entwicklung der Grundlohnsumme ist kein angemessenes Maß für die tatsächlichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die wesentlich durch Tarifierhöhungen, Energiekosten und Inflation getrieben werden. Der Abschlag von einem Prozentpunkt bedeutet zudem faktisch Reallohnverluste in allen Gesundheits- und Pflegeberufen. Dies gefährdet die Personalgewinnung und -bindung, insbesondere in Pflege, Therapie und Rehabilitation. Zudem werden kleinere Leistungsanbieter im gemeinnützigen Bereich existenziell durch eine globale Vergütungsbegrenzung bedroht. Der Paritätische fordert die Streichung des Abschlags von einem Prozentpunkt und ein Gesamtpaket, dass gezielt bei den strukturellen Ursachen der Schieflage des GKV-Systems ansetzt, anstatt mit einer

globalen Vergütungsbegrenzung die Errungenschaften bei tarifgebundenen gerechteren Löhnen zunichtezumachen und pauschal ganze Versorgungsbereiche zu schwächen.

3.2 Zuzahlungserhöhungen und Dynamisierung (§ 61 SGB V)

Die seit dem Jahr 2004 unveränderten Zuzahlungsbeträge werden entsprechend der zwischenzeitlichen Lohnentwicklung angehoben (ca. +50 %). Die Tagespauschalen bei Krankenhausaufenthalt steigen von 10 auf 15 Euro. Zudem werden die Beträge künftig jährlich mit der Grundlohnrate dynamisiert.

Paritätische Bewertung

*Der Paritätische lehnt die Zuzahlungserhöhungen in der vorliegenden Form ab. Die Erhöhung um 50 Prozent in einem Schritt stellt für Geringverdienende, Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke und Bezieher*innen von Sozialtransferleistungen eine erhebliche Mehrbelastung dar. Die dauerhafte Dynamisierung schreibt eine strukturell höhere Belastung der Patient*innen fest. Die Belastungsgrenze von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen ist für Menschen am Existenzminimum de facto nicht erreichbar. Mit Zuzahlungen werden Versicherte belastet, die Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Zudem haben sie nachweislich (vgl. Studien bzgl. Praxisgebühr) keine leistungssteuernden Effekte. Menschen mit höheren Einkommen werden die Erhöhung in Kauf nehmen, ohne dass sich eine Steuerungswirkung entfaltet, Menschen mit niedrigen Einkommen werden hingegen auf notwendige Versorgung verzichten, wenn das Geld nicht reicht; mit fatalen gesundheitlichen Folgen. Damit ist wesentliche Funktion der Erhöhung die finanzielle Beteiligung der einzelnen Versicherten an den von ihnen „verursachten“ Gesundheitskosten. Dies muss aus Paritätischer Sicht durch andere Instrumente und gerechter verteilt erfolgen. Der Paritätische hält die Erhöhung zudem für kostentreibend und bürokratisch aufwändig, weil jährliche Anpassungen in den Abrechnungssystemen aller Leistungserbringer, die die Zuzahlungsbeträge berücksichtigen müssen, erforderlich sind, bei in der Folge nur geringen zusätzlichen Mehreinnahmen. Zu kritisieren sind zudem Erhöhungen der Zuzahlungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege, auch hier werden ohnehin hochbelasteten Gruppen zusätzliche Kosten auferlegt.*

*Der Paritätische fordert: Verzicht auf die Anpassung der Zuzahlungen, Absenkung der Belastungsgrenze und vollständige Befreiung für Empfänger*innen von Grundsicherungsleistungen.*

3.3 Familienversicherung / Beitragszuschlag für Ehegatten (§§ 3, 10, 242b SGB V)

Ab dem Jahr 2028 wird ein Beitragszuschlag in Höhe von 3,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds fällig, wenn der Ehegatte / die Ehegattin beitragsfrei mitversichert ist und keine Kinder unter sieben Jahren im Haushalt leben, keine pflegebedürftigen Angehörigen oder Kinder mit Behinderungen jenseits der Altersgrenze versorgt werden und die Regelaltersgrenze noch nicht erreicht ist.

Paritätische Bewertung

*Der Paritätische bewertet diese Regelung sehr kritisch. Grundsätzlich kann die stärkere Verbeitragung im Rahmen der Familienversicherung ein vertretbares gleichstellungspolitisches Instrument darstellen. Die konkrete Ausgestaltung weist jedoch schwerwiegende Mängel auf. Die Altersgrenze von sieben Jahren für Kinder ist willkürlich und berücksichtigt nicht, dass intensive Betreuungsbedarfe weit darüber hinaus bestehen – insbesondere bei Kindern mit Behinderungen oder bei Angehörigenpflege unterhalb der Pflegegrad-Schwelle. Zudem ist mit der geplanten Regelung mit erheblichem bürokratischem Aufwand für die Krankenkassen zu rechnen. Der Paritätische fordert eine Erhöhung der Altersgrenze auf mindestens zehn Jahre, ausdrückliche Ausnahme für Betreuende von Kindern mit Behinderungen ohne Altersgrenze, einkommensabhängige Staffelung des Zuschlags sowie die Einbeziehung aller Formen informeller Pflege als Ausnahmetatbestand. Auf jeden Fall muss zudem eine Ausnahme für Erwerbsminderungsrentner*innen vorgesehen werden. Bisher sind zwar Rentner*innen oberhalb der Regelarbeitszeit ausgenommen, für erwerbsgeminderte Personen ist jedoch keine Ausnahme definiert. Auch für Menschen, die unter die Chroniker-Regelung nach § 62 SGB V fallen oder einen Schwerbehindertenstatus haben bzw. gleichgestellt sind, sollten Ausnahmen definiert werden.*

3.4 Beitragsbemessungsgrenze und Arbeitgeberbeitrag geringfügig Beschäftigte (§§ 223, 249b SGB V)

Die monatliche Beitragsbemessungsgrenze wird für das Jahr 2027 einmalig um rund 300 Euro zusätzlich angehoben. Der pauschale Arbeitgeberbeitragsatz für Minijobs wird auf den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent zuzüglich Zusatzbeitrag angehoben.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische begrüßt beide Maßnahmen grundsätzlich als Beitrag zur Beitragsgerechtigkeit. Die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobs korrigiert eine langjährige Subventionierung prekärer Beschäftigung zulasten der Sozialversicherung. Der Paritätische regt dringend an, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze dauerhaft und nicht nur einmalig zu gestalten, eine schrittweise Annäherung an die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung zu prüfen und die Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen, um nicht nur Lohneinkommen zusätzlich zu verbeitragen. Miet- und Kapitalerträge sowie andere Einkommen müssen zur Finanzierung der Daseinsvorsorge auch im Gesundheitsbereich herangezogen werden. Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten ist das schon heute der Fall, Langfristig ist eine Bürgerversicherung anzustreben, die die Einnahmeseite breit und solidarisch aufstellt.

3.5 Ambulante ärztliche Versorgung

3.5.1 Hautkrebs-Früherkennung (§ 25 SGB V)

Der G-BA wird beauftragt, das anlasslose Hautkrebscreening ab 35 Jahren zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Screening zu überführen.

Paritätische Bewertung

*Der Paritätische bewertet den Überprüfungsauftrag kritisch, wenngleich er den Ansatz evidenzbasierter Leistungsgestaltung teilt. Die Beteiligung von Patient*innenvertretungen ist dabei sicherzustellen.*

Eine vollständige Leistungsstreichung ohne risikobasierte Alternative wäre allerdings nicht akzeptabel. Auch hier gilt es klar, Prävention zu stärken. Eine Abschaffung würde einerseits das wachsende Bewusstsein der Versicherten für Hautkrebserkrankungen unterminieren und die Prävention schwächen, auf der anderen Seite sinnvolle Vorsorge in den Bereich ökonomisierter Privatzahlerangebote verschieben, die sich viele Menschen schlicht nicht leisten können.

3.5.2 Zweitmeinungsverfahren (§ 27b SGB V)

Das Zweitmeinungsverfahren wird ab dem 1. Januar 2027 für bestimmte mengenanfällige Eingriffe obligatorisch. Liegt kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vor, darf der Eingriff nicht abgerechnet werden. Der G-BA wird verpflichtet, jährlich mindestens einen weiteren Eingriff dem obligatorischen Verfahren zu unterwerfen.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische unterstützt grundsätzlich ein freiwilliges Zweitmeinungsverfahren. Leistungserbringer sollten noch stärker verpflichtet werden, über die Möglichkeit des Zweitmeinungsverfahrens zu informieren und auf die existierenden Entscheidungshilfen hinzuweisen. Diese Aufklärung sollte nachgewiesen werden. Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren birgt jedoch das Risiko unnötiger Wartezeiten und Belastungen für die Betroffenen.

*Als wirksames Instrument zur Vermeidung nicht indizierter Operationen muss daher sichergestellt werden, dass das Verfahren nicht zu gesundheitsschädigenden Wartezeiten führt und Zweitmeinungsgeber*innen auch in ländlichen Regionen sowie Pflegeheimen und Wohnformen für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind.*

3.5.3 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 87d SGB V)

Im neuen § 87d SGB V wird die Systematik für die extrabudgetär zu vergütenden Leistungen neu geregelt und die Ausgaben für diese Leistungen begrenzt.

Paritätische Bewertung

*Der Referentenentwurf sieht zwar formal keine direkte Budgetierung psychotherapeutischer Leistungen vor - es bleibt dabei, dass die Ausgestaltung der extrabudgetären Vergütung weiterhin dem Bewertungsausschuss obliegt. Neu ist jedoch die Einführung einer Begrenzung (Deckelung) der hierfür zur Verfügung stehenden Mittel. Reichen die Mittel nicht aus, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verpflichtet sein, diese zwischen den Fachärzt*innengruppen zu verteilen. Aufgrund der regionalen Zuständigkeit der KVen wäre zukünftig mit erheblichen regionalen Unterschieden in der Vergütung zu*

rechnen. Es steht zu befürchten, dass auf diesem Wege eine Budgetierung durch die Hintertür eingeführt wird.

Die vorgesehene jährliche Überprüfung extrabudgetärer Leistungen durch den Bewertungsausschuss führt zu einer erheblichen Reduktion von Planungssicherheit und fördert die Destabilisierung der ambulanten Psychotherapie. Zusätzlich zur bereits vorgesehenen Honorarkürzung von 4,5 Prozent werden der psychotherapeutischen Versorgung somit weitere Mittel entzogen. Aufgrund der dadurch zu befürchtenden Verschlechterung des Leistungszuganges fordert der Paritätische, psychotherapeutische Leistungen von der Regelung auszunehmen.

3.6 Zahnärztliche Versorgung und Zahnersatz (§§ 28, 55 SGB V)

3.6.1 Festzuschüsse Zahnersatz (§ 55 SGB V)

Die durch das TSVG im Jahr 2019 erhöhten Festzuschüsse für Zahnersatz werden auf das „Vor-2020-Niveau“ zurückgeführt: von 60 auf 50 Prozent (Regelversorgung), von 75 auf 65 Prozent (mit Bonusheft). Für Härtefälle (nach § 55 Abs. 2 Satz) bleibt der 100-Prozent-Festzuschuss erhalten. Das betrifft etwa Geringverdienende (Bruttoeinnahmen von weniger als 40% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV), Menschen mit Grundsicherungsbezug oder in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische lehnt die Rücknahme der Festzuschüsse entschieden ab. Zahnersatz ist für Millionen Menschen bereits heute mit erheblichen Eigenkosten verbunden. Die Absenkung führt direkt zu einer Verschlechterung der Zahngesundheit einkommensschwacher Patientinnen und Patienten, die sich auf weniger kostspielige, aber qualitativ schlechtere Versorgungsoptionen beschränken müssen. Auch aus Präventionsperspektive ist die Absenkung der Festzuschüsse nicht nachvollziehbar. Der Zusammenhang zwischen Armut und schlechter Zahngesundheit ist gut belegt. Diese Regelung verschärft bestehende gesundheitliche Ungleichheit. Der Paritätische fordert mit Verweis auf das Bekenntnis zur Evidenz die vollständige Rücknahme dieser Maßnahme.

3.7 Arzneimittelversorgung

3.7.1 Dynamischer Herstellerabschlag (§ 130a SGB V)

Ein ergänzender dynamischer Herstellerabschlag wird eingeführt, dessen Höhe von der Abweichung der Arzneimittelausgabenentwicklung von der Grundlohnrate abhängt. Gleichzeitig werden bestehende Leitplanken für Erstattungsbeträge aufgehoben und der Kombinationsabschlag abgeschafft.

Paritätische Bewertung

Die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags ist als Beitrag der Pharmaindustrie grundsätzlich sachgerecht. Die Aufhebung der Leitplanken für Erstattungsbeträge birgt das Risiko deutlich teurerer neuer Arzneimittel. Die Balance zwischen Innovationsanreizen und Kosteneffizienz muss engmaschig beobachtet und ggf. regulatorisch sichergestellt werden.

3.7.2 Cannabisblüten

Cannabisblüten werden aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen. Extrakte, Dronabinol und Nabilon bleiben erstattungsfähig.

Paritätische Bewertung

Die Streichung von Cannabisblüten ist als Maßnahme abzulehnen, da sie keine erwartbare Finanzwirkung zeigen wird. Die Hürden sind bereits jetzt hoch und die Häufigkeit der Verschreibung nur gering. Allerdings betrifft sie überwiegend chronisch schwer erkrankte Patient*innen, die aufgrund von Unverträglichkeiten keine gleichwertigen Darreichungsformen vertragen. Sollte an der Streichung festgehalten werden, so muss für eben diesen Personenkreis ohne gleichwertige Alternative eine individuelle Ausnahmeregelung vorgesehen werden.

3.8 Heilmittel und Hilfsmittel (§§ 36, 125, 125a, 127 SGB V)

3.8.1 Heilmittel

Die Vergütungspauschalen für Blankoverordnungen (erweiterte Versorgungsverantwortung der Therapeut*innen) werden gestrichen. Vergütungssteigerungen werden an die Grundlohnrate gebunden.

Paritätische Bewertung

*Die Streichung der Blankoverordnungspauschalen beeinträchtigt ein innovatives Versorgungsmodell, das Wartezeiten reduziert und patient*innenzentriertere Versorgung ermöglicht. Die Vergütungsbegrenzung bei Heilmitteln muss so gestaltet sein, dass nicht massenhaft Leistungserbringer aus der GKV-Versorgung aussteigen.*

3.8.2 Hilfsmittel (§§ 36, 127 SGB V)

Das Maßnahmenpaket im Hilfsmittelbereich umfasst drei Elemente: (a) einen pauschalen Abschlag von drei Prozent auf alle vertraglich vereinbarten Preise bis Ende 2028, (b) die dauerhafte Bindung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate als Obergrenze (mit zusätzlichem Abschlag von einem Prozentpunkt bis 2029) sowie (c) die verpflichtende Erweiterung des Festbetragsystems durch den GKV-Spitzenverband.

3.8.3 Pauschaler Preisabschlag von drei Prozent (§ 127 SGB V)

Auf alle vertraglich vereinbarten Hilfsmittelpreise wird ein pauschaler Abschlag von drei Prozent eingeführt, der bis Ende 2028 befristet ist.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische lehnt den pauschalen Preisabschlag ab. Gerade im Hilfsmittelbereich ist die Preisspanne zwischen einfachen Standardprodukten und komplexen, individuell angepassten Hilfsmitteln – Rollstühle, Prothesen, orthopädische Schuhe, Kommunikationshilfen für Menschen mit Behinderungen – enorm. Ein pauschaler Abschlag trifft letztere überproportional. Pauschal auf alle Vertragspreise angewandte Abschläge sind ein ordnungspolitisch stumpfes Instrument, das Wirtschaftlichkeitsreserven und notwendige Versorgungsqualität gleichermaßen trifft. Hinzu kommt: Wenn

Leistungserbringer ihre Kosten nicht mehr decken können, werden sie Verträge kündigen und die GKV-Versorgung aufgeben. Dies führt zu Versorgungslücken, die gerade Menschen in strukturschwachen Regionen besonders hart treffen. Der Paritätische fordert die vollständige Streichung des pauschalen Preisabschlags und stattdessen eine differenzierte, produktgruppenspezifische Bewertung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

3.8.4 Vergütungsbegrenzung auf Grundlohnrate (§§ 36, 127 SGB V)

Vergütungssteigerungen im Hilfsmittelbereich werden dauerhaft an die Grundlohnrate geknüpft. Für die Jahre 2027 bis 2029 gilt ein zusätzlicher Abschlag von einem Prozentpunkt.

Paritätische Bewertung

Die Bindung von Hilfsmittelvergütungen an die Grundlohnrate bedeutet, dass Preissteigerungen über die allgemeine Lohnentwicklung hinaus nicht mehr refinanziert werden. Im Hilfsmittelbereich sind die Kostenstrukturen jedoch nicht allein von Lohnkosten, sondern auch von Materialkosten, Energiepreisen, Logistikkosten und Importpreisen abhängig. Ein rigides Grundlohnraten-Regime ist für diesen Bereich strukturell ungeeignet. Der Paritätische lehnt diese Regelung ab und fordert eine sektorspezifische Kostenentwicklungsanalyse als Grundlage für Vergütungsanpassungen.

3.8.5 Erweiterung des Festbetragssystems (§ 36 SGB V)

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, Festbeträge auf bisher nicht geregelte Produktgruppen auszuweiten. Aktuell bestehen in nur vier von 39 Produktbereichen Festbeträge.

Paritätische Bewertung

*Der Paritätische sieht die pauschale Ausweitung des Festbetragssystems kritisch. Festbeträge haben historisch dazu geführt, dass eine ausreichende und qualitätsgesicherte Versorgung für komplexere Bedarfe nur noch mit erheblichen Zuzahlungen möglich ist – ein massives Problem für Menschen mit Behinderungen und einkommensschwache Versicherte. Die gesetzliche Formulierung, dass sich Festbeträge an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten orientieren sollen, widerspricht dem Anspruch auf eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung. Der Paritätische fordert, dass das Sachleistungsprinzip nicht in Frage gestellt wird und besonderen Belangen bestimmter Patient*innengruppen bei der Festbetragsbildung ggf. durch Zuschläge Rechnung zu tragen ist.*

In § 36 Abs. 1 Satz 1 ist „angemessene Versorgung“ zu ändern in „angemessene und bedarfsdeckende Versorgung“. In Absatz 4 ist Satz 4 zu ändern von „Soweit wie möglich ist dabei eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen“ in „Dabei ist eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen.“

3.9 Krankengeld (§§ 44–56 SGB V)

3.9.1 Absenkung des Krankengeldsatzes (§ 47 SGB V)

Das Krankengeld wird von 70 auf 65 Prozent des Brutto- (von 90 auf 85 Prozent des Netto-)Arbeitsentgelts abgesenkt.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische lehnt diese Regelung entschieden ab. Sie ist die schwerwiegendste Direktleistungskürzung im gesamten Paket und trifft besonders Menschen mit längeren Erkrankungsverläufen: chronisch Kranke, Menschen mit psychischen Erkrankungen und schweren körperlichen Erkrankungen. Eine Absenkung auf 65 Prozent des Bruttolohns bedeutet für viele Erkrankte das Abgleiten in oder nahe an die Armutsgrenze. Die in der Begründung genannte Rechtfertigung durch internationale Vergleiche ignoriert, dass andere Länder mit niedrigeren Lohnersatzleistungen in der Regel über bessere alternative Sicherungsnetze oder andere Beschäftigungsstrukturen verfügen. Der Paritätische fordert die vollständige Streichung dieser Maßnahme. Gleiches gilt für die entsprechende Absenkung des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V.

3.9.2 Maximale Bezugsdauer 78 Wochen (§ 48 SGB V)

Die bisherige Regelung, wonach eine neue Erkrankung einen neuen Dreijahreszeitraum eröffnet, wird geändert: Künftig gilt eine absolute Grenze von 78 Wochen im Dreijahreszeitraum.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische lehnt die Begrenzung der maximalen Bezugsdauer ab, da sie insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbiditäten hart trifft. In jedem Falle muss sichergestellt sein, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbiditäten oder schweren psychischen Erkrankungen nicht vorzeitig ohne ausreichende Absicherung aus dem Krankengeld fallen. Übergänge zur Erwerbsminderungsrente müssen nahtlos gestaltet und Härtefallklauseln vorgesehen werden. Für Bestandsfälle ist eine angemessene Übergangsregelung unverzichtbar.

3.9.3 Teilkrankengeld (§§ 44c, 44d SGB V)

Neu eingeführt wird ein Anspruch auf Teilkrankschreibung und Teilkrankengeld: Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit können Versicherte in Absprache mit Arbeitgeber und Ärzt*innen anteilig arbeiten und erhalten für den Ausfallteil ein Teilkrankengeld.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische weist darauf hin, dass bei der Einführung des Teilkrankengeldes als Instrument zur stufenweisen Wiedereingliederung sichergestellt sein muss, dass dieses Instrument nicht als Druckmittel missbraucht wird, um Erkrankte zu frühzeitiger Rückkehr zur Arbeit zu drängen. Die Freiwilligkeit der Teilkrankschreibung und der ausdrückliche Vorrang medizinischer Kriterien gegenüber betrieblichen Interessen müssen im Gesetz verankert sein. Aus der größeren Perspektive werden jedoch auch hier wieder höchstens Symptome adressiert, aber nicht das Hauptproblem. Mehr Investitionen in Prävention,

Gesundheitsförderung und Mental Health hätten wesentlich bessere Effekte und würde dem Erfordernis, (Teil)krankengeld in Anspruch nehmen zu müssen, vorbeugen.

3.9.4 Mitwirkungspflichten und Krankengeldfallmanagement (§§ 51, 44b SGB V)

Die Fristen für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 51 SGB V werden verkürzt. Das Krankengeldfallmanagement der Kassen wird stärker verpflichtend ausgestaltet.

Paritätische Bewertung

*Kürzere Reaktionsfristen und ein aktiveres Fallmanagement können die Wiedereingliederung verbessern. Der Paritätische warnt jedoch davor, dass das Fallmanagement primär als Kontroll- und Kürzungsinstrument eingesetzt werden könnte. Der unterstützende Charakter muss im Vordergrund stehen. Betroffene müssen über ihre Rechte klar informiert werden. Gleichzeitig besteht das Risiko unerwünschter Rückwirkungen auf die Erwerbsminderungsrente und Rehabilitation. Der hier entstehende höhere Druck auf Krankengeldempfänger*innen zur Stellung eines Rehabilitations- oder Rentenantrags oder die Umdeutung des Antrags in einen Erwerbsminderungsrentenantrag bei erfolgloser Rehabilitation (Antragsfiktion) verursacht Kostenverschiebungen in den Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung, ohne die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen langfristig zu erhalten.*

3.9.5 Weitere Krankengeldregelungen

Harmonisierung des Krankengeldes mit dem Arbeitslosengeld bei Beschäftigungsende im Krankengeldfall (§ 47 Abs. 2a), Anpassung bei Teilrente (§ 50)

Paritätische Bewertung

*Die Harmonisierung mit dem ALG-Niveau bei Beschäftigungsende im Krankengeldbezug (§ 47 Abs. 2a) ist kritisch zu sehen, da das Krankengeld als erworbener Leistungsanspruch aus der Zeit der Beschäftigung abzuleiten ist und der durchgehende Status als Mitglied der GKV auch mit Beschäftigungsende fortbesteht. Die Regelung trifft besonders ältere Erkrankte kurz vor dem Renteneintritt und beschleunigt das mit der Erkrankung einhergehende Armutrisiko. Die Anpassung bei Teilrente (§50 SGB V) ist ebenfalls abzulehnen, da überwiegend Menschen mit einem niedrigen Vollrentenanspruch das Angebot der Teilrente wahrnehmen. Der geplante Wegfall bei einer Teilrente in Höhe von mehr als zwei Dritteln der Vollrente bedeutet für die Betroffenen, dass sie im Krankheitsfall unmittelbar in existenzielle Not geraten, sofort in die Vollrente wechseln müssten und dem Arbeitsmarkt als erfahrene Arbeitnehmer*innen nicht mehr zur Verfügung stehen. Das kann arbeitsmarktpolitisch nicht gewollt sein.*

3.10 Häusliche Krankenpflege, außerklinische Intensivpflege, Vorsorge und Rehabilitation (§§ 132, 132a, 132l SGB V) sowie Krankenhäuser

3.10.1 Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 132a und 132l SGB V

Der Entwurf streicht in § 132a Absatz 4 SGB V (häusliche Krankenpflege) sowie in § 132l SGB V (außerklinische Intensivpflege) die bisherigen Sätze 7 und 8:

Bisherige Rechtslage – Satz 7 (Wortlaut): *“Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Satz 8 (Wortlaut): “Bei nicht tarifgebundenen oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Leistungserbringern gilt § 82c Absatz 2 Satz 1 des Elften Buches entsprechend.”*

Neue Regelung (Wortlaut): *“Bei der Vertragsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.”*

Die Gesetzesbegründung stellt ausdrücklich klar: Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische Gesamtverband lehnt die geplante Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 132a und 132l SGB V auf das Schärfste ab. Diese Regelung ist in ihrer Wirkung verheerend und muss vollständig aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden. Die Einführung des Grundsatzes, dass die Bezahlung von Tarifgehältern in der Pflege nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, war eine der bedeutendsten sozialpolitischen Errungenschaften der letzten Jahre. Sie hat den wichtigen Berufen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege endlich einen Anspruch auf angemessene Vergütung verschafft und war politisch ausdrücklich gewollt. Zahlreiche Pflegedienste und Einrichtungen haben sich im Vertrauen auf diese Finanzierungsgarantie erstmals oder wieder Tarifverträgen angeschlossen oder als Tarifanlehner ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeitsvertraglich tarifäquivalente Vergütungen zugesichert. Dieses Vertrauen wird nun gebrochen. Die Folgen sind konkret und schwerwiegend: Pflegedienste, die Tariflöhne zahlen, werden bei Vergütungsverhandlungen künftig auf die Grundlohnrate als harte Obergrenze verwiesen, obwohl Tarifabschlüsse diese regelmäßig übersteigen. Einrichtungen, die ihre Beschäftigten tarifgerecht entlohnen, werden in ein strukturelles Defizit gedrängt.

Ungeachtet dessen gilt grundsätzlich im SGB XI die Einhaltung eines regional üblichen Entgeltniveaus, welches i.d.R. ebenfalls höher als die Grundlohnrate sein dürfte. Insolvenzen und Schließungen sind die unweigerliche Konsequenz. Der Paritätische warnt eindringlich: Wenn die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nicht mehr kostendeckend erbracht werden kann, werden Pflegedienste die GKV-Versorgung aufgeben. Die Folge wäre ein dramatischer Versorgungseinbruch für die

Bevölkerung, insbesondere für schwer erkrankte und beatmungspflichtige Menschen. Besonders gravierend ist der Vertrauensbruch gegenüber den Einrichtungen: Dieselbe Politik, die unter dem damaligen Gesundheitsminister die Tarifrefinanzierung eingeführt und Pflegedienste ausdrücklich zur Tarifbindung ermuntert hat, entzieht diesen nun kurze Zeit später die zugesagte Finanzierungsgrundlage. Pflegedienste brauchen Planungssicherheit. Diese Kehrtwende macht verlässliches Handeln für Einrichtungsträger unmöglich und untergräbt das Vertrauen in die Verlässlichkeit staatlicher Rahmensetzung. Hinzu kommt: mit dem BEEP sollen Pflegefachpersonen zunehmend ärztliche Aufgaben übertragen bekommen, sollen aber nicht mehr nach Tarif bezahlt werden.

Zudem ist zu beachten, dass Pflegeeinrichtungen regelmäßig Verträge sowohl nach SGB V als auch nach SGB XI haben. Im SGB XI ist die Regelung zur Tariftreue in § 72 SGB XI enthalten, auf die die bisherigen §§ 132a und 132l SGB V Bezug nehmen. Pflegedienste haben daher keine Möglichkeit, der Pflicht tariforientierter Entlohnung bzw. auch der Entlohnung nach dem regional üblichen Entgeltniveau zu entgehen – bekommen aber durch diese Reform die Refinanzierung entzogen. Wenn die Tarifrefinanzierungsgarantie im SGB V aufgeweicht wird, droht diese Entwicklung mit dem nächsten Reformgesetz auch im SGB XI. Dies würde die gesamte Tarifarchitektur in der Pflege gefährden.

Der Paritätische fordert: Die bisherigen Sätze 7 und 8 des § 132a Absatz 4 SGB V und die entsprechende Regelung in § 132l SGB V sind vollständig wiederherzustellen. Eine Bindung der Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege an die Grundlohnrate ist abzulehnen.

3.10.2 Vergütungsbegrenzung in der Rehabilitation und Vorsorge (§ 132 SGB V)

Auch für Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen wird die Grundlohnrate als harte Obergrenze für Vergütungssteigerungen eingeführt.

Paritätische Bewertung

Der Paritätische lehnt auch diese Maßnahme ab. Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sind personalintensive Bereiche, deren Kostenentwicklung nicht allein durch die Grundlohnrate abgebildet werden kann. Das gilt umso mehr für Angebote, die sich an Mütter/Väter/Kinder richten. Qualitätssichernde Investitionen in Therapieangebote, Ausstattung und Fachpersonal werden durch diese Deckelung blockiert. Dies gefährdet langfristig die Rehabilitationskapazitäten, die für die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und die Wiedereingliederung von Erkrankten unverzichtbar sind. Der Paritätische fordert eine differenzierte Kosten- und Bedarfsanalyse statt pauschaler Vergütungsdeckelung.

3.10.3 Vergütungsbegrenzung und Tarifrefinanzierung in Krankenhäusern

Der Landesbasisfallwert wird künftig durch die Grundlohnrate gedeckelt. Die vollständige Tariflohnrefinanzierung für Pflegepersonal wird in das allgemeine Vergütungssystem integriert und damit faktisch begrenzt. Die pauschal finanzierte Zulage für pflegeentlastende Maßnahmen (2,5 % des Pflegebudgets) entfällt.

Paritätische Bewertung

Die Rücknahme der vollständigen Tarifrefinanzierung ist kritisch zu sehen: Sie gefährdet die Attraktivität des Pflegeberufes und anderer medizinischer Professionen, die ohnehin unter erheblichem Fachkräftemangel leiden. Insbesondere sind gemeinnützige Träger von Krankenhäusern besonders betroffen, die nicht im gleichen Maße wie profitorientierte Anbieter Rücklagen bilden können. Hier wird auf dem Rücken der gemeinnützigen Daseinsvorsorge ein Abbau notwendiger Versorgungsstrukturen betrieben. Der Paritätische fordert ausdrücklich die weiterhin vollständige Refinanzierung anerkannter Tarifverträge.

Berlin, den 19.04.2026

gez. Dr. Joachim Rock

Hauptgeschäftsführer

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Kontakt: gesundheit@paritaet.org