



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) (Drucksache 21/6130)

sowie

Antrag der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Misbah Khan, Ayse Asar und **der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE Grünen: Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe - Krankenkassenbeiträge jetzt senken, Drucksache 21/5753**

Antrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Anne-Mieke Bremer, Maik Büchner, Mandy Eißing und weiterer Abgeordneter und **der Fraktion DIE LINKE: Krankenversicherte entlasten, nicht belasten, Drucksache 21/5487**

anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 22.06.2026

Berlin, 18. Juni 2026

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamtbewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Ziel der Beitragssatzstabilität als zentraler Leitgedanke formuliert. Um dieses Ziel zu erreichen, orientiert sich die Bundesregierung an den beiden Leitprinzipien, welche die Finanzkommission Gesundheit (FKG) in ihrer Empfehlung formuliert hat. Einerseits sollen Preise und Vergütungen in allen Leistungsbereichen an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt werden. Kostensteigerungen sollen künftig auf die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt sein, was ver.di aufgrund der massiven Konsequenzen für die Versorgungssicherheit und -qualität der Bevölkerung und für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und der GKV kategorisch ablehnt. Die Ausgaben im Gesundheitssystem entwickeln sich nach anderen Faktoren als die Grundlohnrate. Es war erklärter politischer Wille, die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen und vor allem in der Pflege durch höhere Entgelte und mehr Personal zu verbessern. Die Erfolge, Arbeiten im Gesundheitswesen attraktiver zu machen, drohen mit diesem Gesetz zunichte gemacht zu werden. Zudem wurde bereits durch die GKV-Finanzkommission klar herausgearbeitet, dass im Bereich der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen keine relevanten Einsparungen zu erzielen sind. Am Versprechen der bedarfsorientierten Behandlung und Versorgung entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darf nicht gerüttelt werden. Dazu bedarf es nicht zuletzt einer gut ausgebildeten, fachkundigen Beratung durch die Beschäftigten der GKV. Auch die geplanten Änderungen bei Krankschreibungen lehnt ver.di entschieden ab. Der vorliegende Entwurf hat eine erhebliche Schiefelage, er belastet vor allem Versicherte bzw. Patient*innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen – die aufgrund der Tatsache, dass sie selbst GKV-versichert sind, doppelt getroffen werden. Während Krankenhäuser zu einem großen Teil durch die Maßnahmen in ihrer Existenz bedroht würden, bleibt die Pharmaindustrie weitestgehend von Sparmaßnahmen verschont.

Die vorgelegten Maßnahmen bieten keine Lösungen für eine faire und nachhaltige Finanzierung der GKV. In weiten Teilen sind sie sowohl aus gesundheits- als auch aus sozialpolitischer Sicht äußerst kritisch zu bewerten und deshalb ganz überwiegend abzulehnen. ver.di setzt sich klar für Reformen im Gesundheitswesen und dessen faire und nachhaltige Finanzierung ein. Nach dem Prinzip „starke Schultern müssen mehr tragen als schwache“ ist die Einnahmeseite zu stärken, versicherungsfremde Leistungen sind aus Steuermitteln zu finanzieren und mittel – und langfristig braucht es Strukturreformen für eine flächendeckende bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Verengung der Maßnahmen auf den Bereich der Ausgabenseite lässt die grundlegenden Herausforderungen und Chancen, die sich auf der Einnahmenseite bieten, völlig außer Acht. Hinzu kommt, dass die einseitige Sicht auf Preise die große Gefahr birgt, dass nicht mehr der Bedarf im Fokus steht, eine Verschlechterung der Versorgung wird damit willentlich in Kauf genommen.

War die Kommission noch an den engen Auftrag gebunden, ausschließlich Sparmaßnahmen zu empfehlen, so kann diese Prämisse nicht für die Bundesregierung gelten; der Gesetzgeber ist an Fragen der Verhältnismäßigkeit und Erforderlichkeit gebunden – diesen Anforderungen entspricht der Entwurf in keiner Weise.

Auch die vorgeschlagene Erhöhung der Zuzahlungen um 50 Prozent stellt eine nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung der Versicherten dar und das in Zeiten, wo die Bundesregierung parallel Bürger*innen z. B. aufgrund der gestiegenen Energiepreise finanziell entlasten will. Nachgewiesenermaßen haben Zuzahlungen auch keine Steuerungswirkung, stellen jedoch Zugangsbarrieren für finanziell schwächere Personen dar. Ausgerechnet Haushalte mit geringem Einkommen werden überproportional belastet, da sie einen größeren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für die Gesundheitsversorgung aufbringen müssen.

Die Einführung von Regelungen zur Teilkrankschreibung samt Teilkrankengeldbezug lehnt ver.di entschieden ab. Krankheit ist bereits heute eines der größten Armutsrisiken. Längere Arbeitsunfähigkeit geht schon jetzt mit erheblichen Einkommenseinbußen einher. Die geplanten Maßnahmen verschärfen dieses Problem, da sie die erforderliche Gesamtgenesungszeit erkrankter Menschen zugunsten einer verfrühten Teilrückkehr an den Arbeitsplatz beschneiden und damit das Risiko chronifizierter Krankheitsbilder und möglicher Folgeerkrankungen verschärfen. Sie stehen damit im Widerspruch zum sozialstaatlichen Anspruch, gesundheitliche Risiken solidarisch abzusichern.

Für völlig verfehlt erachtet ver.di den Ansatz, im Bereich der stationären und ambulanten Krankenversorgung angesichts einer desaströsen gesamtwirtschaftlichen Situation im Krankenhaussektor weitere Einsparungen voranzutreiben, die primär zulasten der Beschäftigten insbesondere im Krankenhausbereich, aber auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung, der Rehabilitation, des Rettungsdienstes und der ambulanten Krankenpflege gehen. Die avisierte Streichung der erst durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 2024 eingeführten vollständigen Tariffinanzierung für Krankenhausbeschäftigte ist ein fatales Signal an die Beschäftigten und steht dem erklärten Ziel der Bundesregierung einer Stärkung der Tarifbindung entgegen, indem tariftreue Arbeitgeber benachteiligt würden. Auch die Deckelung der Refinanzierung in den Bereichen der psychiatrischen Versorgung, der Rehabilitationseinrichtungen, der Rettungsdienste und der ambulanten Krankenpflege setzt fatale Anreize. Das Vorhaben steht zudem diametral zur Verpflichtung des Gesetzgebers – auch entsprechend der EU-Mindestlohnrichtlinie und der dort vorgesehenen Maßnahmen - für eine Stärkung der Tarifbindung und -anwendung in Deutschland zu sorgen. Die Neuregelungen übergehen darüber hinaus die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, wonach tarifliche Personalkosten in Budget- und Entgeltverhandlungen grundsätzlich vollständig zu refinanzieren sind, sofern sie wirtschaftlich, angemessen und nachvollziehbar dargelegt werden.

Tarifbindung im Gesundheitswesen ist eine wesentliche Voraussetzung, um die erforderlichen Fachkräfte zu halten und zu gewinnen. Sie flankiert damit Versorgungstabilität. ver.di schließt sich deshalb der Stellungnahme des Bundesrates in diesem Punkt vollumfänglich an: Ein Gesetz, das faire Entlohnung strukturell bestraft, konterkariert dieses Ziel.

Während sich viele Bundesländer der politischen Verantwortung für eine konsequente, bedarfsgerechte Versorgungsplanung sowie eine bedarfsdeckende Investitionsfinanzierung der stationären Versorgung entziehen, wird die ökonomische Krise vieler Krankenhäuser so zusätzlich verschärft. Mit der Änderung der Meistbegünstigungsklausel in eine Meistbenachteiligungsklausel werden die Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhauspreise in einer ökonomisch höchst angespannten Situation für Krankenhäuser verschlechtert, was zusätzlichen Einspardruck zulasten des Krankenhauspersonals generiert und das Insolvenzrisiko weiter erhöht. ver.di kritisiert die gesetzgeberische Untätigkeit hinsichtlich der drängenden Notwendigkeit, das dysfunktionale Fallpauschalensystem und die hierdurch begünstigte Logik der Fallzahlausweitung bei ständigem Kostensenkungsdruck durch eine vollumfängliche, bedarfsdeckende Vorhaltefinanzierung zu ersetzen und so die beschriebene strukturelle Misere in der stationären Versorgung endlich wirksam anzugehen.

Die ebenfalls vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets durch Einführung der Obergrenze einer jährlich festzusetzenden Veränderungsrate inklusive zusätzlicher Abschläge in den Jahren 2027 bis 2029 bedeutet faktisch die Abkehr vom Ziel, mit einer kostendeckenden Pflegepersonalkostenfinanzierung den mit Einführung des DRG-Systems etablierten Teufelskreis aus personeller Unterbesetzung, Überlastung der Krankenhausbeschäftigten und fortgesetzten Einsparungen zulasten des Krankenhauspersonals durchbrechen zu wollen. Es droht eine Verschärfung des Fachkräftemangel im Krankenhaus- und Pflegebereich. Ohne das Pflegebudget als refinanzierende Grundlage einer bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung werden die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhausbereich wie auch die Qualität in der stationären Versorgung erneut ökonomischen Sach- und Sparzwängen untergeordnet, während mit dem Fallpauschalensystem die Möglichkeiten zur Renditemaximierung und -abschöpfung in der stationären Versorgung bestehen bleiben. ver.di lehnt dies in aller Deutlichkeit ab.

Insgesamt führen die vorgesehenen Änderungen zu einer weiteren Verschärfung sozialer Ungleichheiten. Höhere Eigenbeteiligungen, Leistungskürzungen und Einschränkungen bei Lohnersatzleistungen treffen insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen. Die Maßnahmen stehen damit konträr zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und könnten langfristig sogar zu höheren Folgekosten führen, etwa durch verzögerte Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen.

ver.di kritisiert, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zu einer weiteren Erosion der paritätischen Finanzierung der GKV beitragen. Dass Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen zu gleichen Teilen finanzieren, ist ein Grundprinzip der GKV. Die Maßnahmen im Gesetzentwurf verschieben dieses Gleichgewicht zunehmend zu Ungunsten der Versicherten. Die einseitige Belastung der Versicherten erfolgt einerseits direkt durch Zuzahlungen, andererseits durch Leistungskürzungen und die Begrenzung von Ausgabensteigerungen, die letztendlich zu einem Absinken der Versorgungsqualität oder gar zu Versorgungsengpässen führen können. Dem gegenüber stehen mit der leichten Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der von Arbeitgebern im Rahmen geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse zu tragende Beiträge lediglich zwei Maßnahmen, welche die Arbeitgeberseite deutlich weniger belasten.

Auch die Bundesregierung darf sich ihrer finanziellen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht entziehen. Obwohl die Finanzkommission Gesundheit (FKG) entsprechende Empfehlungen gegenüber dem BMG gemacht hat, beteiligt sich die Bundesregierung laut Gesetzesentwurf nur mit einem minimalen Eigenbeitrag in Höhe von zunächst 250 Mio. Euro, der bis 2031 auf 2 Mrd. Euro anwachsen soll, an der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die im Entwurf vorgesehene Verschiebung der Darlehensrückzahlungen ist keine finanzielle Unterstützung, sondern lediglich eine temporäre aufschiebende Maßnahme. ver.di fordert die Bundesregierung dringend auf, der GKV die versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln kostendeckend zu erstatten, in erster Linie sind dies die Aufwände für die Gesundheitsversorgung der Grundsicherungsempfänger*innen. Allein mit dieser Maßnahme könnten 12 Milliarden Euro an Mehreinnahmen realisiert werden.

ver.di weist das im Zuge des Gesetzesentwurfs konkretisierte Ansinnen der Bundesregierung, einem minimalen Einstieg in die Refinanzierung der GKV-Kosten für Grundsicherungsempfänger*innen eine deutliche Reduktion des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds der GKV in Höhe von 2 Mrd. Euro pro Jahr gegenüberzustellen, entschieden zurück. Derart unseriöse haushaltspolitische Tauschgeschäfte, die obendrein noch darauf angelegt sind, das finanzielle Defizit der GKV zusätzlich zu verschärfen, werden der Verantwortung des Bundes zur Gewährleistung einer stabilen Finanzsituation der GKV wie auch zur Übernahme der Aufwendungen für gesamtgesellschaftlich zu tragender Leistungen nicht gerecht.

Ein weiterer wichtiger Baustein in diesem Zusammenhang ist die Dynamisierung des Bundeszuschusses, der seit 2017 unverändert bei 14,5 Mrd. Euro liegt. Vor dem Hintergrund der hohen Preissteigerungen im Gesundheitsbereich geht die ausbleibende Anpassung des Zuschusses mit einem erheblichen Kaufkraftverlust für die GKV einher. Auch hier stiehlt sich der Bund bislang aus der Verantwortung. ver.di fordert deshalb – wie von der FKG empfohlen – die Dynamisierung des Bundeszuschusses sowie darüber hinaus eine systematische Kopplung des Betrags an die Ausgabenentwicklung der GKV. Das würde Planungssicherheit schaffen und sicherstellen, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben dauerhaft aus Steuermitteln finanziert werden.

Zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Ausweitung der Finanzierungsbasis notwendig. Zentrale Ansatzpunkte hierfür sind insbesondere eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, eine deutliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze sowie der erleichterte Zugang von Beamtinnen und Beamten zur pauschalen Beihilfe und zur Mitgliedschaft in der GKV. Die im Entwurf enthaltene Regelung einer einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze um 300 Euro samt zugehöriger Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie birgt jedoch insofern massive Risiken, als dass sie gemeinsam mit den im Entwurf enthaltenen Leistungskürzungen und der Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung dazu führen kann, dass insbesondere für die GKV wichtige Gutverdienende in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln. Die Risikostruktur würde sich weiter zu Lasten der GKV verschlechtern.

ver.di weist darauf hin, dass die Bundesregierung unbedingt – wie von der Finanzkommission Gesundheit empfohlen – verstärkt in Betracht ziehen muss, eine stärkere Besteuerung gesundheitsschädlicher Produkte samt flankierender Maßnahmen zur Begrenzung von Konsum und Verfügbarkeit umzusetzen. ver.di begrüßt grundsätzlich das Ansinnen, für zuckerhaltige Lebensmittel eine Abgabe vorzusehen. Gleichzeitig sind für Produkte wie Alkohol und Tabak verstärkte Anstrengungen erforderlich, um die gesundheitlichen Folgeschäden samt der durch sie verursachten, enormen volkswirtschaftlichen Kosten in den Griff zu bekommen. Dazu gehörige steuerliche Mehreinnahmen müssen dann jedoch zweckgebunden als Abgaben zur Stabilisierung der Beiträge der GKV verwendet. Neben einer finanziellen Lenkungswirkung zugunsten der GKV hätte dies gleichzeitig präventive Effekte. Ergänzend dazu wäre eine Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, Medizinprodukte und Hilfsmittel sinnvoll, um die Versorgungskosten zu reduzieren und die Versicherten zu entlasten.

Langfristig hält ver.di eine Weiterentwicklung der GKV zu einer Bürgerversicherung, in die alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrem Erwerbsstatus einzahlen, für notwendig. Eine solche Reform würde die Finanzierungsbasis verbreitern und die Risikostruktur des Systems verbessern. Einheitliche Vergütungsstrukturen könnten darüber hinaus zu einer gerechteren Verteilung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen.

Bewertung einzelner Änderungen

Nr. 40 (§ 111 SGB V), Nr. 51 (§ 132 SGB V), Nr. 52 (§ 132a SGB V), Nr. 53 (§ 132l SGB V), Nr. 4 (§ 9 KHAG) - Aufhebung der Tarifierfinanzierung für alle Versorgungsbereiche

Zu den Änderungen wird an dieser Stelle aufgrund ihrer gleichartigen Intention gesammelt Stellung genommen. Die einzelnen Änderungen werden im weiteren Verlauf der Stellungnahme behandelt.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die geltende gesetzliche Grundlage für Tarifierfinanzierungen in allen Versorgungsbereichen aufzuheben.

Bewertung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di lehnt die Aufhebung geltender Tarifierfinanzierungsregeln kategorisch ab. Die erforderlichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Aufwertung einzelner Berufsgruppen und das Gewinnen und Halten von Fachkräften in allen Gesundheitsberufen werden durch diese Streichung aktiv behindert. Auch den Beschäftigten in psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung, somatischer Versorgung, ambulanter medizinischer Behandlungspflege, den Rettungsdiensten und Rehabilitationseinrichtungen wird eine folgenschwere Geringschätzung des Stellenwertes ihrer Arbeit vermittelt. In der Folge wird für alle Versorgungsbereiche der Druck wachsen, höhere Tarifabschlüsse durch andere Einsparmaßnahmen beim Personal zu kompensieren. Es besteht das hohe Risiko, dass der Arbeitskräftemangel durch verschlechterte Arbeitsbedingungen forciert und Personal in den Leistungsbereichen abgebaut wird. Mit dramatischen Folgen für die Versorgungsqualität und -sicherheit der Bevölkerung. Angesichts der äußerst schwierigen ökonomischen Situation im gesamten Sektor der Gesundheitsversorgung und der herausgehobenen Bedeutung, die der täglichen Arbeit der Beschäftigten in allen Versorgungsbereichen zukommt, ist dies weder zu rechtfertigen noch hinzunehmen. Gerade in ländlichen Regionen ist zu befürchten, dass ambulante Pflegedienste und Rehaeinrichtungen aus der Versorgung gehen müssen und damit bereits bestehende Engpässe verschärft werden. In der Konsequenz führt es dazu, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Beeinträchtigungen stattdessen in Krankenhäuser eingeliefert oder anderweitig stationär versorgt werden müssen. Dies widerspricht dem Ziel, Menschen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen. Es ist zu befürchten, dass Arbeitgeber versuchen, dieser Streichung durch Tarifflucht zu begegnen. Dieses Vorhaben steht diametral zur Verpflichtung des Gesetzgebers – auch entsprechend der EU-Mindestlohnrichtlinie und der dort vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Tarifbindung/Tarifanwendung in Deutschland – zu sorgen; das Vorhaben ist damit auch aus unionsrechtlicher Sicht bedenklich.

Änderungsvorschlag

Streichung der Nr. 40, Nr. 51, Nr. 52, Nr. 53, Nr. 4

Artikel 1 – Änderungen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V)

Nr. 1 - Verbot der Erstattung homöopathischer Leistungen (§§ 2, 11 SGB V)

Der Änderungsvorschlag sieht vor, dass Leistungen nur noch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden dürfen. Homöopathische und anthroposophische Leistungen und Arzneimittel werden explizit von der Erstattung im Rahmen der Satzungsleistungen ausgeschlossen.

Bewertung

Die Regelungsänderung wird von ver.di begrüßt, da somit dem Grundsatz der evidenzbasierten Medizin Rechnung getragen wird. ver.di vertritt grundsätzlich die Position, dass nur solche Leistungen erstattet werden soll, deren medizinischer Nutzen nachgewiesen ist.

Änderungsbedarf

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 – Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung (§§ 3, 10, 242 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass Ehegatten und Lebenspartner*innen nicht mehr beitragsfrei mitversichert sind. Ab 2028 soll für Mitglieder mit mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner*innen ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen anfallen. Ausgenommen hiervon sind: Ehegatten und Lebenspartner*innen mit Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, die im Haushalt wohnen und Personen, die Angehörige pflegen, sowie Rentner*innen beziehungsweise Personen oberhalb der Regelaltersgrenze.

Bewertung

ver.di steht dem Ansinnen, die Finanzierung der Solidargemeinschaft GKV auf möglichst viele Schultern zu verteilen, grundsätzlich nicht ablehnend gegenüber. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die soziale Angemessenheit und Ausgewogenheit des Vorschlags gewahrt wird. Die Absenkung der ursprünglich vorgesehenen Beitragsvorschlagshöhe von 3,5 Prozent auf nun 2,5 Prozent erscheint sachgerecht. Gleichzeitig spricht sich ver.di dafür aus, insbesondere für Familien Ausnahmeregelungen vorzusehen, die wachsende Mehrbelastung vermeiden.

Änderungsbedarf

ver.di spricht sich dafür aus, für Familien erweiterte Ausnahmeregelungen vorzusehen. Die Beitragsfreiheit sollte mit Kindern bis zum zwölften Lebensjahr verankert werden. Neben Ehegatten und eingetragenen

Lebenspartner*innen sollte ein weiter gefasster Familienbegriff für die Beitragsbefreiung ermöglicht werden, für den ausschlaggebend ist, dass Personen langfristig und nachweislich an Fürsorge und Erziehung von Kindern im Haushalt beteiligt sind.

Nr. 3 – Begrenzung der Verwaltungsausgaben (§ 4 SGB V)

Nr. 4 – Halbierung der Werbemittel (§ 4a SGB V)

Nr. 54 – Digitaler Versand von Informationsschreiben (§ 175 SGB V)

Nr. 71 – Außertarifliche Bezahlung von Führungskräften bei Krankenkassen, deren Landesverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem MD sowie dem MD Bund (§ 411 SGB V)

Die Regelungen werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs im Folgenden gemeinsam adressiert.

Die Regelung Nr. 3 sieht vor, dass die jährliche Erhöhung der Nettoverwaltungsausgaben die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V nicht überschreiten darf. Diese Obergrenze bezieht sich auf die gesamten Nettoverwaltungsausgaben der Krankenkasse im Verhältnis zur Anzahl ihrer Versicherten im Jahresdurchschnitt. Hierzu gehören sowohl personelle als auch sachliche Verwaltungskosten. Verwaltungskosten, die im Bereich Sicherheit der Informationstechnologie anfallen sind von der Begrenzung ausgenommen.

Die Regelung Nr. 4 sieht eine Halbierung der Werbekosten pro Versicherten vor. Der aktuelle Soll-Wert aus den geltenden Wettbewerbsgrundsätzen wird von 0,15 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB V auf 0,075 Prozent je Mitglied abgesenkt. Aktuell würde die Regelung eine Absenkung von sechs auf drei Euro im Jahr bedeuten.

Die Regelung Nr. 54 sieht vor, dass die Informationsschreiben zur Anpassung der Zusatzbeiträge künftig auch digital versendet werden können. Hierdurch können Druck- und Portokosten eingespart werden.

Die Regelung Nr. 71 begrenzt die Vergütung für außertariflich beschäftigte Führungskräfte in den genannten Institutionen. Erhöhungen können maximal um die Höhe der Grundlohnrate und nur alle sechs Jahre oder zu Beginn einer neuen Amtsperiode durchgeführt werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 gibt es einen 1-prozentigen Abschlag auf die Grundlohnrate.

Bewertung

ver.di begrüßt das Ziel des Gesetzgebers auch in der Verwaltung der GKV wirtschaftlich mit den Versichertenbeiträgen zu haushalten. Die Regelungen Nr. 4 und Nr. 54 sind hierzu angelegt. Das Recht zur Definition von Vergütungsgrundlagen und –Begrenzungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte liegt jedoch ausschließlich bei der sozialen Selbstverwaltung im SGB V. Insofern lehnt ver.di das Ansinnen ab, dass die Bundesregierung hier in verbrieft Organisationsprinzipien des Sozialstaates einzugreifen beabsichtigt.

Die Kopplung der gesamten Verwaltungskosten an die Grundlohnrate lehnt ver.di kategorisch ab. Diese Regelung führt faktisch zu einem harten Deckel für Vergütungssteigerungen der Verwaltungsangestellten – obwohl die Finanzkommission GKV selbst bestätigt, dass die Verwaltungskosten kein Kostentreiber sind:

Die Nettoverwaltungsausgaben betragen nur 4 % der GKV-Gesamtausgaben (13,3 Mrd. € in 2025). Die persönlichen Verwaltungsausgaben stiegen zwischen 2015 und 2025 nur um durchschnittlich 2,4 % pro Jahr – trotz 5,3 % mehr Versicherten und 3 % weniger Beschäftigten. Die sächlichen Verwaltungskosten (+4,0 % p. a.) sind keine Verschwendung, sondern Folge von Digitalisierungspflichten und höheren Sicherheitsanforderungen. Trotzdem wird nun ausgerechnet hier ein Deckel eingeführt – obwohl die Verwaltung nachweislich effizienter arbeitet. Die Folgen wären kontraproduktiv und belasten Beschäftigte wie Versicherte unnötig: Wenn notwendige Lohnsteigerungen nicht mehr refinanziert werden könnten, hätte dies Personalabbau und Arbeitsverdichtung zur Folge, obwohl die Kassen bereits mit weniger Personal mehr Versicherte bedienen. Dies führt unweigerlich zu einer massiven Verschlechterung der Beratung und Betreuung der Versicherten und Leistungsbeziehenden. Modernisierungsprojekte müssten gestrichen oder verschoben werden. Die Ausnahme für IT-Sicherheit ist unzureichend. Schließlich geht es bei den verpflichtenden Maßnahmen zur Cybersicherheit um den Schutz der Gesundheitsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland und damit um notwendige, unvermeidbare und kostenintensive Datenschutzthemen.

Änderungsbedarf

Die Regelung Nr. 4 und Nr. 54 sind zu Streichen. Der Bundesregierung steht die Möglichkeit offen, den Dialog mit den sozialen Selbstverwaltungen der GKV über die genannten Zielsetzungen zu suchen, ohne hierfür in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung einzugreifen.

Die Regelung Nr. 3 ist so anzupassen, dass Veränderungen bei den Personalkosten nicht an die Grundlohnrates gekoppelt sind. Es wird weiterhin ausgangsoffene Tarifverhandlungen geben.

Nr. 7 - Beauftragung des G-BA zur Überprüfung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) sowie der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 25 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der G-BA mit der Überprüfung der beiden genannten Richtlinien beauftragt wird. Die beiden Richtlinien betreffen die allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 SGB V (Check-up) sowie die Hautkrebsfrüherkennung.

Bewertung

ver.di begrüßt die wissenschaftliche Überprüfung der beiden Richtlinien. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin ist es erforderlich, dass Richtlinien kontinuierlich an den Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden.

Änderungsbedarf

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 – Einholen einer Zweitmeinung (§27 b)

Vorgesehen ist, dass Versicherte für planbare Eingriffe Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten, sofern für die zugrunde gelegte Indikation das Risiko besteht, dass sie auch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus festgestellt wurde. Abs. 3 soll regeln, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 01. Januar 2027 jährlich mindestens einen planbaren Eingriff bestimmt, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist.

Bewertung

ver.di begrüßt grundsätzlich die in Abs. 1 vorgesehene Klarstellung, dass Versicherte Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor Durchführung eines planbaren Eingriffs haben. Diese freiwillige Maßnahme stärkt die Patientensouveränität und kann dazu beitragen, unnötige medizinische Eingriffe, die sich aus primär wirtschaftlich motivierten Indikationen ergeben, zu reduzieren. Kritisch sieht ver.di hingegen die in Abs. 3 vorgeschlagene Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Definition von Leistungen, für die die Einholung einer Zweitmeinung die Voraussetzung sein soll. Damit wird Patient*innen das Erfordernis einer Suche nach einem geeigneten Arzt oder einer geeigneten Einrichtung zur Ausstellung einer Zweitmeinung samt verfügbarer zeitlicher Kapazitäten und Terminengpässen bei den Ärzten übertragen. Dies korrespondiert in keiner Weise mit der unzureichenden hausärztlichen und insbesondere fachärztlichen Versorgung in strukturschwachen, dünn besiedelten Regionen oder schlecht versorgten Mittelzentren sowie dem im Zuge der Krankenhausreform forcierten Konzentrationsprozess stationärer Versorgungskapazitäten. Solange der Gesetzgeber keinen Weg aufzeigt, mit dem Patient*innen mit einer entsprechenden Indikation eine ärztliche Zweitmeinung innerhalb einer vertretbar kurzen Frist verbindlich vermittelt werden kann, ohne dass sie hierbei selbst die Last oftmals vergeblicher Terminsuchen und der gesundheitlichen Folgerisiken tragen müssen, ist von einer derartigen Regelung strikt abzusehen.

Änderungsbedarf

Streichung des Abs. 3.

Nr. 15 - Festbeträge für Heil- und Hilfsmittel

Vorgesehen ist, dass durch den GKV geeignete Hilfsmittel bestimmt werden, für die künftig Festbeträge gelten sollen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelisteten Hilfsmittel sollen hierzu in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten ihrer Versorgung festgelegt werden. Maßgabe soll sein, dass die Festbeträge so ausgestaltet sind, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaft-

liche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten orientieren.

Bewertung

ver.di lehnt den vorgeschlagenen Mechanismus zur Festsetzung von Festbeträgen ab. In der jetzigen Ausgestaltung des Entwurfs ist klar zu erkennen, dass der Gesetzgeber primär auf Preisdumping zulasten von Qualitätskriterien bei der Definition von Festbeträgen setzt. Dieses Vorgehen geht unmittelbar zulasten von Aspekten der Versorgungsqualität, da es sich negativ auf definierte Versorgungskriterien, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Patientenversorgung haben, auswirken wird. Dies ist insbesondere im Bereich des Rettungsdienstes, aber auch in anderen Versorgungszusammenhängen, evident. Im Rettungsdienst wäre etwa das Instrument des Hausnotrufes von der Festbetragsregelung betroffen. Sind Dynamisierungen von Hilfsmittelpreisen künftig nicht mehr in dem Umfang vorgesehen, indem Preissteigerungen aufgrund von Inflation, Lohn- und Materialkosten dies erforderlich machen, so sind Einschränkungen beim Gewinnen und Halten von qualifiziertem Personal, das für den Einsatz von Hilfsmitteln erforderlich ist, bis hin zum Versorgungsrückzug von Leistungserbringern, die im geforderten Preisdumping nicht Schritt halten, die Folge.

Änderungsbedarf

Die vorgesehene Änderung ist in ihrer Gänze zu streichen.

Nr. 17 – Teilarbeits(un)fähigkeit, Teilkrankengeld (§§ 44c, 44d SGB V)

Nr. 28 – Vorrangstellung der Teilarbeitsunfähigkeit (§ 74 SGB V)

Zu beiden Regelungen wird aus Gründen des Sachzusammenhangs gemeinsam Stellung bezogen.

Die Regelung sieht die Einführung einer sogenannten Teilarbeitsunfähigkeit vor. § 44c Absatz 1 SGB V bildet die zentrale rechtliche Grundlage dafür, dass Versicherte während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit freiwillig eine teilweise Arbeitsleistung erbringen können. Voraussetzung hierfür ist, dass eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung vorliegt, deren Dauer voraussichtlich mehr als vier Wochen beträgt. Wenn nach ärztlicher Einschätzung trotz dieser Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Ausübung der bisherigen beruflichen Tätigkeit möglich ist und diese der Genesung nicht entgegensteht, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten eine einvernehmliche Entscheidung über die Umstellung auf eine Teilarbeitsunfähigkeit (Teil-AU) treffen. Vorgesehen ist, dass die Teilarbeitsunfähigkeit in drei Stufen 25, 50 und 75 Prozent festgelegt werden kann. Sie bezieht sich auf die Restleistungsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz. Gleichzeitig wird die Zustimmung des Arbeitgebers benötigt. So soll sichergestellt werden, dass betriebliche Belange sowie arbeitsschutzrechtliche Anforderungen berücksichtigt werden. Der Arbeitgeber wird dazu verpflichtet, inner-

halb von sieben Tagen eine Entscheidung über die Möglichkeit einer teilweisen Arbeitsaufnahme zu schaffen. Sollte keine Entscheidung getroffen werden, greift eine Genehmigungsfiktion. Der G-BA wird beauftragt, die bereits von ihm getroffenen Regelungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Arbeitsunfähigkeit um die zur Teil-AU nach § 44c SGB V zu ergänzen. Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes zur Lohnfortzahlung bleiben von den Regelungen zur Teil-AU unberührt.

Ergänzt werden soll § 44c SGB V durch § 44d SGB V, der die Ausgestaltung des Teilkrankengeldes regelt. Das Teilkrankengeld wird für den Anteil der Arbeitszeit gezahlt, den eine erkrankte Person aufgrund eingeschränkter Arbeitsfähigkeit nicht leisten kann. Der Arbeitgeber vergütet die tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung, während die GKV den krankheitsbedingt ausgefallenen Anteil durch Teilkrankengeld ausgleicht. Die Höhe richtet sich nach den allgemeinen Regeln des Krankengeldes (§ 47 SGB V), wird jedoch anteilig entsprechend dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit berechnet. Insgesamt ergibt sich häufig ein höheres Gesamteinkommen als beim vollständigen Krankengeldbezug, da zusätzlich ein anteiliges Arbeitsentgelt gezahlt wird.

§ 74 SGB V regelt, dass gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) vorrangig zu prüfen ist, ob Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit während des Entgeltfortzahlungszeitraums nach § 44c SGB V oder während des Krankengeldbezugszeitraums nach § 44d SGB V ausüben können.

Bewertung

Die Einführung einer Teil-AU mit korrespondierendem Teilkrankengeld ist kategorisch abzulehnen. Dieses Vorhaben wird ebenfalls auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen, die sich, während sie AU sind, Diskussionen und Drucksituationen zu Fragen möglicher Teilarbeitsfähigkeit aussetzen müssen. Zudem ist es doch gerade ein Zeichen von Langzeiterkrankungen, dass Personen schwer und nachhaltig erkrankt sind - diese sollen nun aber bei Erkrankungen von mehr als 4 Wochen in den Druck der Teilarbeitsfähigkeit kommen. Das schadet der Genesungsperspektive der Beschäftigten und trägt im Zweifelsfall dazu bei, die Krankheitslast nicht im kürzest möglichen Zeitraum zu beseitigen. Zudem finden bereits in vielen anderen Bereichen des Arbeitsverhältnisses Fragen von „Freiwilligkeit“ vermehrt Eingang in die öffentliche Diskussion, weshalb sie besonders kritisch zu begleiten sind. Es liegt in Arbeitsverhältnissen jedoch in der Natur der Sache begründet, dass Freiwilligkeit nicht gegeben oder durch das asymmetrische Machtverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht im Sinne des Arbeitnehmers ausgestaltbar ist – dieses Ungleichgewicht darf nicht auch noch auf die Genesungsperspektiven von Beschäftigten ausgedehnt werden.

Besonders problematisch ist auch, dass die Präventionsverantwortung nicht im Gesetz verankert werden soll. Weder die Arbeitgeber noch die Krankenkassen werden in die Pflicht genommen, um gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen für die Betroffenen herzustellen. In ihrer jetzigen Ausgestaltung ist die Regelung daher primär als Instrument zur Flexibilisierung der Arbeitsfähigkeit zu Lasten der Beschäftigten und zugunsten der Arbeitgeber zu verstehen. Weitere Probleme sieht ver.di bei der praktischen Umsetzung. Die Behandler*innen verfügen in der Regel nicht über detaillierte Kenntnisse der konkreten Arbeitsbedingungen

und haben keinen Zugang zu Gefährdungsbeurteilungen und der Gleichen. Bereits heute ist in vielen Betrieben der betriebliche Gesundheitsschutz unzureichend, Gefährdungsbeurteilungen werden nur unzureichend und nicht flächendeckend vorgenommen, auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 SGB IX findet unzureichend statt und ist noch immer keine zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung für arbeitgeberseitig veranlasste personenbedingte Kündigungen.

Die Kombination aus Teil-AU, verkürzten Fristen zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen (§ 51 SGB V) und der Absenkung des Krankengeldzahlbetrages könnte dazu führen, dass der Druck auf erkrankte Beschäftigte weiter steigt, frühzeitig wieder (teilweise) arbeitsfähig zu sein – im Zweifel auf Kosten ihrer Gesundheit.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist deshalb in Gänze abzulehnen.

Nr. 18 – Dauer des Krankengeldbezugs (§ 47 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt wird.

Bewertung

ver.di lehnt strikt ab, dass Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt wird. Im Entwurf wird dies mit einer „systemgerechten“ Angleichung begründet, in der Realität werden an dieser Stelle aber unterschiedliche Schutzkonzepte miteinander vermischt und eine substanzielle Schlechterstellung der Versicherten herbeigeführt. Krankengeld sichert krankheitsbedingte Einkommensausfälle ab, während Arbeitslosengeld an die Arbeitsfähigkeit anknüpft. Zudem führt dieser Vorschlag zu erheblichen Kostensteigerungen bei der gesetzlichen Rentenversicherung, da die Anträge auf Erwerbsminderungsrenten dadurch zwangsläufig steigen werden – in diesem Kontext weist ver.di zudem gleich an dieser Stelle darauf hin, dass die Verkürzung der Fristen von 10 auf 4 Wochen für mögliche diesbezügliche Rentenanträge ebenfalls abgelehnt werden, weil auch dies dazu führt, dass Personen vorzeitig in niedrige Erwerbsminderungsrenten zulasten der GRV abgeschoben werden.

Änderungsbedarf

Vollständige Streichung der vorgeschlagenen Maßnahmen.

Nr. 20 – Zusammenspiel Flexi-Rente und Krankengeld (§ 50 SGB V)

Die Regelung des § 50 SGB V ordnet das zeitliche Nebeneinander von Krankengeld und anderen Leistungsansprüchen mit dem Ziel, den Doppelbezug von Entgeltersatzleistungen öffentlicher Träger zu vermeiden.

Für Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung, die eine Altersrente in voller Höhe erhalten, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) wurden neue Regelungen eingeführt, die dafür sorgen, dass neben dem Bezug einer Altersrente das Arbeitsverhältnis bis zu dessen vereinbartem Ende fortgesetzt werden kann. Für eine solche Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses werden durch die Beschäftigten regulär Rentenversicherungsbeiträge abgeführt, woraus sich ihr Anspruch auf Krankengeld konstituiert. Die Neuregelung sieht nun vor, dass höchstens zwei Drittel der Vollrente bezogen werden dürfen, damit ein Krankengeldanspruch besteht.

Bewertung

ver.di kritisiert, dass durch die beabsichtigte Neuregelung eine anteilige Obergrenze für den Bezug der Vollrente im Rahmen des Flexirentengesetzes eingeführt werden soll. Dies greift in unzulässiger Weise in das Recht der Beschäftigten, durch Arbeitsleistung und Beitragsleistung erworbene Rentenansprüche im von ihnen gewünschten Umfang zu realisieren und in ein für Sie und ihren Arbeitgeber vertretbares Verhältnis zwischen Rentenbezug und fortgesetzter Arbeitsleistung zu konkretisieren, ein. Unabhängig von den Gründen für einen Teilrentenbezug in einem Umfang oberhalb von zwei Dritteln der Vollrente muss es Beschäftigten weiterhin ermöglicht bleiben, durch eine dauerhafte und nicht gedeckelte Entgeltersatzleistung auf Grundlage beitragsbasierter Krankengeldansprüche im Falle krankheitsbedingter Lohninbußen abgesichert zu sein.

Änderungsbedarf

Die vorgesehene Änderung ist in Gänze zu streichen.

Nr. 21 – Frist zur Beantragung der Rehabilitation (§ 51 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die Mitwirkungspflichten beim Bezug von Krankengeld verschärft werden. Versicherte haben künftig nicht mehr zehn Wochen, sondern nur noch vier Wochen Zeit, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen.

Bewertung

Aus sozialpolitischer Sicht ist dieser Vorschlag kritisch zu bewerten. Diese Regelung erzeugt zusätzlichen Druck auf ohnehin bereits erkrankte Versicherte, ohne dass der finanzielle Nutzen erkennbar ist. Bereits heute gelten beim Krankengeld Mitwirkungspflichten. Eine weitere Fristverkürzung verschiebt die Last stärker auf Versicherte, die sich ohnehin in einer gesundheitlich belastenden Situation befinden und ggf. aus Gründen, die in ihrer Erkrankung liegen, nicht in der Lage dazu sind – dieses Vorhaben steht diametral dem Genesungsprozess entgegen.

Änderungsbedarf

Vollständige Streichung der vorgeschlagenen Maßnahmen.

Nr. 22 – Kürzung der befundbezogenen Festzuschüsse für zahnärztliche Leistungen um 50 Prozent (§ 55 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der feste Anteil Kostenübernahme für Zahnersatz in der Regelversorgung ab 2027 wieder um 50 Prozent auf das Niveau von 2021 abgesenkt wird. Ferner verschlechtert sich die Bonus-Regelung, sodass künftig bei guter Vorsorge nur noch ein Zuschuss von 60 Prozent (fünf Jahre) und 65 Prozent (10 Jahre) erreicht werden kann. In Härtefällen werden die Kosten weiterhin voll übernommen. Wenn ein Zahnersatz noch vor Ende 2026 genehmigt wurde, gelten weiterhin die alten Regelungen.

Bewertung

Die Regelung wird von ver.di abgelehnt. Der Vorschlag beinhaltet eine klassische Leistungskürzung und bedeutet für die Versicherten künftig erhöhte Eigenanteile. Die gleichzeitige Absenkung der Bonusregelungen schwächt zudem Anreize zur regelmäßigen Vorsorge und damit die Prävention.

Änderungsbedarf

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 23 – Erhöhung der unteren und oberen Zuzahlungsgrenzen um 50 Prozent (§ 61 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die untere und obere Zuzahlungsgrenze zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung wie z. B. Medikamente um jeweils 50 Prozent auf mindestens 7,50 Euro und maximal 15 Euro angehoben wird. Zusätzlich sollen die Zuzahlungsgrenzen dynamisiert und an die Grundlohnrate angepasst werden. Die aktuell bestehenden Belastungsgrenzen von zwei bzw. einem Prozent für Chroniker*innen bleiben bestehen.

Bewertung

Die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen werden von ver.di strikt abgelehnt, weil sie aus sozialpolitischer aber auch aus wirtschaftlicher Sicht kritisch zu bewerten sind, auch wenn formal Belastungsgrenzen bestehen. Zuzahlungen wirken grundsätzlich regressiv, weil sie unabhängig vom Einkommen erhoben werden und damit Haushalte mit geringem Einkommen überproportional belasten. Die Erhöhung bedeutet für die Versicherten eine spürbare Mehrbelastung im Alltag. Es ist davon auszugehen, dass die Erhöhung der Zuzahlung bei finanzschwachen Personen eine erhebliche Steuerungswirkung entfalten kann und schlussendlich dazu führen kann, dass notwendige Leistungen aus Kostengründen verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Diese zusätzliche Dynamisierung verschärft diesen Effekt langfristig, weil die Eigenbeteiligung kontinuierlich steigt, ohne dass ein Bezug zur individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit besteht. Auf diese Weise wird die strukturelle Verschiebung der Finanzierungslast immer weiter in

Richtung der Versicherten verstetigt. Grundsätzlich ist der Vorschlag auch aus Systemsicht abzulehnen, denn im Endergebnis bedeutet er eine schleichende Erosion der paritätischen Finanzierung der GKV und damit auch eine Verabschiedung aus dem Solidarprinzip. Zuzahlungen sind verdeckte Beitragserhöhungen für Versicherte, ohne dass dies in der paritätischen Beitragslogik sichtbar wird. Zudem leiden die Kaufkraft in Deutschland, Armutsrisiken steigen, hinzu kommt der in dem Reformvorhaben enthaltene Vorschlag verringert Krankengeldzahlung, die einer Erhöhung der Kosten für Erkrankte diametral entgegensteht.

Änderungsbedarf

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 25 – Grundsätzliche Anbindung an die Grundlohnrate; Nicht-Berücksichtigung Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze, Abschlag 2027-2029 (§ 71 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die Grundlohnrate in allen Leistungsbereichen verbindlich als feste Obergrenze gilt. Die Verrechnung von Einsparungen und Mehrausgaben in unterschiedlichen Bereichen ist künftig nicht mehr zulässig. Es wird zudem klargestellt, dass die in § 223 Absatz 4 Satz 1 SGB V geregelte außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027 keine Wirkung auf die Grundlohnrate in den Jahren 2028 und 2029 hat. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 mit schätzungsweise durchschnittlich rund 4 Prozent voraussichtlich noch deutlich höher liegen wird als im langfristigen Schnitt und damit wesentlich oberhalb der geschätzten Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen von 2,5 Prozent. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle ein Abschlag in Höhe von einem Prozent festgelegt, sodass die Grundlohnrate auf rund 3 Prozent prognostiziert wird.

Bewertung

Die Regelung bildet das Herzstück der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, die den Entwurf in seiner Gänze prägt. Sie ermöglicht eine rigorose Kontrolle der Ausgaben mit der Brechstange und trägt kurzfristig zur Stabilisierung der GKV-Finzen bei. Das ist fiskalisch nachvollziehbar, aber mit fatalen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Problematisch ist insbesondere, dass die Regelung völlig undifferenziert wirkt. Die starre Kopplung ignoriert, dass die Kostenentwicklung in den unterschiedlichen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ganz eigenen Dynamiken folgen. Dadurch besteht die Gefahr, dass notwendige Vergütungsanpassungen – etwa zur Sicherung von Personal oder zur Finanzierung neuer Leistungen – nicht mehr möglich sind (zur Notwendigkeit der Bindung an Tariflöhne etc wurde vorangehend bereits einiges geschrieben, auch zur Notwendigkeit der Berücksichtigung der Vorgaben der EU-Mindestlohn-RL im Kontext Tarifbindung/Tarifanwendung). Ebenfalls kritisch zu sehen ist, dass keine Priorisierung innerhalb des Systems mehr stattfinden kann. Wenn einzelne Bereiche höhere finanzielle Bedarfe haben, können diese nicht mehr durch Einsparungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Durch den Re-

formvorschlag drohen erhebliche Qualitätsverluste in der Versorgung, die unmittelbar aus schlechteren Arbeitsbedingungen, höherer Arbeitsverdichtung und Personalabbau resultieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn Personal nicht mehr wettbewerbsfähig vergütet werden kann. Bereits heute verzeichnen die GKV einen zunehmenden Personalverlust in Richtung der freien Wirtschaft. Die Regelung bedeutet das Aus für die vollständige Tariffinanzierung. In Bereichen, wo bereits heute Arbeitskräftemangel besteht, wird dies die Situation weiter verschärfen. Schlussendlich besteht die Gefahr, dass Kosten nicht minimiert werden, sondern lediglich im Rahmen von Leistungsbegrenzungen, längeren Wartezeiten, schlechterer Beratung und damit Zunahme von Sozialgerichtsverfahren oder höheren privaten Zuzahlungen an die Versicherten durchgereicht werden.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist in ihrer Gänze abzulehnen.

Nr. 41 – Begrenzung der Refinanzierung von Vergütungssteigerungen für Rehabilitationseinrichtungen (§ 111c SGB V)

Auch für Rehabilitationseinrichtungen soll die Begrenzung von Ausgabensteigerungen durch Bindung an die Veränderungsrate erfolgen.

Bewertung

ver.di lehnt die Deckelung der Ausgabenentwicklung durch Begrenzung anhand der Veränderungsrate ab. Nach der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die gesetzliche Krankenversicherung der zweitgrößte Finanzierer medizinischer Rehabilitationsleistungen. In der DRV ist zum 01.01.2026 eine neue Vergütungsordnung für die Rehabilitation in Kraft getreten, die bereits zu Verunsicherungen in der Branche führt. Eine zusätzliche Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der GKV würde diese Unsicherheiten weiter verstärken.

Vor dem Hintergrund des bestehenden Arbeitskräftemangels in Rehabilitationseinrichtungen ist zudem von besonderer Relevanz, dass eine Begrenzung von Ausgaben- und Vergütungssteigerungen die Gewinnung und Bindung von Fachkräften erschweren. Insofern sind neben negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aufgrund einer fehlenden Tariffinanzierung und Refinanzierungsgrundlage für den erforderlichen Personalaufbau auch Folgen für die Versorgungsqualität zu erwarten.

Änderungsbedarf

Nr. 41 ist zu streichen.

Nr. 48 - Einführung eines dynamischen Herstellabschlags (§ 130a)

Die Regelung sieht vor, dass ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt wird. Befreit sein sollen hiervon Arzneimittel, die für die ein relevanter Anteil an klinischer Forschung in Deutschland stattgefunden hat und deren Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt ver.di die Möglichkeit, über gezielte standortpolitische Maßnahmen für die Sicherstellung der medizinischen und pharmazeutischen Versorgung in Deutschland zu fördern. Hierzu müssen neben Forschungs- und Produktionsaspekten jedoch auch Maßnahmen für Arbeitsplatzert- und Aufbau sowie Investitionen in gute Arbeitsbedingungen gehören.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist dahingehend zu ergänzen, dass unter Absatz 1c zu den Kriterien für die Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag der nachgewiesene Erhalt von Arbeitsplätzen in Deutschland bzw. der Aufbau von Arbeits- und Ausbildungsplätzen innerhalb eines festzulegenden Zeitraums sowie der Abschluss und die Anwendung von Tarifverträgen für die Beschäftigten in den in Frage kommenden Unternehmen zählen.

Nr 54. - Versorgung mit Krankentransportleistungen

Die Regelung sieht vor, dass auch für die Versorgung mit Krankentransportleistungen künftig die Grundlohnrate die Obergrenze für Preis- und Vergütungssteigerungen bildet. Zudem werden Krankenkassen nur dann in die Pflicht zur Kostentragung versetzt, wenn ihnen oder ihren Verbänden ausreichend Gelegenheit zur Erörterung unter vollständiger Vorlage der Entgeltkalkulation gegeben wurde; wenn keine Investitionskosten und Reservevorkaufungskosten bei der Entgeltbemessung berücksichtigt wurden, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt wurden oder wenn die Leistungserbringung als unwirtschaftlich gilt.

Bewertung

ver.di kritisiert scharf, dass durch die vorgesehene Koppelung an die Grundlohnrate mit klaren Einschränkungen der Versorgungsqualität und der Arbeitsbedingungen zu rechnen ist. Dieser Zusammenhang ist im Bereich der Rettungsdienste und der durch diese erbrachten Krankentransportleistungen evident. Rettungsdienste, die bereits heute häufig als Lückenbüßer für Unterversorgungssituationen in der ambulanten und stationären Versorgung dienen, sollen durch den vorgesehenen Entwurf auf einen Minimalvolumen an erforderlichen Investitionen in die für die Erbringung von Rettungsdienstleistungen benötigten Strukturen und

Sachmittel sowie eine strikte Ausrichtung am Kriterium der Wirtschaftlichkeit verpflichtet werden. Dies führt zu einem hohen Risiko, dass aufgrund hoher Vorhaltekosten und Investitionsbedarfe, die für einen flächendeckend einsatzfähigen und qualitativ leistungsfähigen Rettungsdienst unvermeidbar sind, mit einer sich weiter verschärfenden Unterfinanzierung des Rettungsdienstwesens zu rechnen ist. In der Folge sind zunehmende Finanzierungslücken, Insolvenzen von Leistungserbringern und eine nicht gesicherte Refinanzierung von Personalkosten zu erwarten. Die Tarifrefinanzierung ist damit auch für den Rettungsdienst nicht gegeben und konterkariert damit das erklärte Ziel der Bundesregierung, die Tarifbindung zu stärken. Gerade im Rettungswesen braucht es aufgrund jahrelanger Einsparmaßnahmen und struktureller Personalengpässe stattdessen jedoch eine langfristig gesicherte Finanzierungsgrundlage für die erforderliche personelle Aufstockung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Personalausstattung samt Spielräumen zur Dynamisierung steigender Personalkosten.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist in ihrer Gänze abzulehnen.

Nr. 52 –54 Deckelung Vergütungssteigerungen Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege

Die von Nr. 52 (§ 132a SGB V) und Nr. 53 (§ 132l SGB V) erfassten Betriebe erbringen über das SGB V refinanzierte Leistungen (häusliche Krankenpflege bzw. außerklinische Intensivpflege) und unterliegen zugleich dem Pflegemindestlohn nach § 11 AEntG. Indem der Gesetzesentwurf die Vergütungssteigerungen auf die für 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt abgesenkte Grundlohnrate deckelt und die bisherige Refinanzierung tarifvertraglicher Lohnsteigerungen streicht, entsteht eine strukturelle Refinanzierungslücke: Die Betriebe sind arbeitsrechtlich zur Zahlung steigender Mindest- und Tariflöhne verpflichtet, erhalten diese Steigerungen aber sozialrechtlich nicht mehr refinanziert. Daraus ergibt sich ein klarer Wertungswiderspruch.

Die Einführung einer Höchstgrenze für Vergütungssteigerungen tarifgebundener sowie tarifanwendender Einrichtungen in Höhe der um einen Prozentpunkt verminderten Grundlohnrate (Neuregelung § 132l SGB V und § 132a SGB V, BStabG) ist abzulehnen. Damit würden erneut auch die Einrichtungen bestraft, die durch Tarifverträge und AVRs überhaupt erst die Voraussetzung für eine grundlegende Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege geschaffen haben, zum politischen Ziel einer höheren Tarifbindung beitragen, und die darüber hinaus durch die Meldepflichten zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus (RÜE) in den vergangenen Jahren mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand belastet waren.

Die Ablehnung der Höchstgrenze gilt insbesondere vor dem Hintergrund der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Wirtschaftlichkeit von Tarifverträgen, die bereits vor dem Pflegestärkungsgesetz I Bestand und dieses als Klarstellung des Gesetzgebers zur Folge hatte. Nach der Rechtsprechung des

BSG sind Kostensteigerungen, die auf Einhaltung von Tariflöhnen beruhen, stets als wirtschaftlich anzusehen (BSG 23.06.2016 - B 3 KR 25/15 R, 07.10.2015 - B 8 SO 21/14, 29.01.2009 - B 3 P 6/08R).

Änderungsbedarf:

Die in Nr. 52. und Nr. 53 BStabG (§§ 132a u. 132l SGB V) vorgesehenen Änderungen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 61 – Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze (§ 223 SGB V)

Die Regelung sieht eine einmalige Anpassung der Beitragsbemessungsobergrenze samt korrespondierender Anhebung der Versicherungspflichtgrenze um 3600 Euro im Jahr bzw. 300 Euro pro Monat vor.

Bewertung

Zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus der Sicht von ver.di eine weitere Ausweitung der Finanzierungsbasis notwendig. Die Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze in Verbindung mit Anhebung der Versicherungspflichtgrenze wird grundsätzlich positiv bewertet, geht jedoch nicht weit genug, damit eine Entlastungswirkung für Versicherte in unteren Einkommensgruppen erreicht wird. Höhere Einkommen werden so stärker für die Finanzierung der GKV herangezogen, was grundsätzlich dem Solidarprinzip entspricht. Die vorgesehene Regelung birgt jedoch Risiken für die GKV. Gemeinsam mit den im Entwurf enthaltenen Leistungskürzungen und der Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung könnten insbesondere für die GKV wichtige Gutverdiener*innen Anreize erhalten, in die private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln.

Änderungsbedarf

Die Beitragsbemessungsgrenze sollte auf das Niveau im Bereich der Rentenversicherung angehoben. Leistungskürzungen, etwa im Bereich Festzuschuss für Zahnersatz, sowie die Anhebung der Zuzahlungsgrenze sollten nicht verwirklicht werden, um keine Anreize zu schaffen, damit Gutverdienende einen Wechsel in die PKV anstreben. Darüber hinaus sollte die Beitragsgrundlage auf andere Einkommen wie beispielsweise Kapitalerträge oder Mieteinkünfte erweitert werden.

Nr. 62 – Steigerung des vom Bund getragenen Beitragsaufkommens für die Bezieher*innen von Grundsicherung (§ 232a)

Vorgesehen ist, in den Jahren 2027 und 2028 das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieher*innen von Grundsicherung jeweils um 250 Millionen Euro zu steigern. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 soll der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro entsprechen.

Bewertung

ver.di begrüßt grundsätzlich, dass der Bund beabsichtigt, seiner Verantwortung zur Kostenübernahme gesamtgesellschaftlicher Leistungen stärker gerecht zu werden. Die Anhebung des vom Bund getragenen Beitragsaufkommens um 250 Millionen Euro in 2027 und 2028 sowie um 500 Millionen Euro ab 2029 entspricht jedoch keinesfalls dem erforderlichen Finanzierungsbedarf. Eine relevante Entlastungswirkung für die GKV ist aufgrund der beabsichtigten geringen Entlastungsvolumen nicht zu erwarten. Zugleich beabsichtigt der Bund, mit dem Ziel der Haushaltskonsolidierung den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds der GKV um jährlich 2 Mrd. Euro zu reduzieren. Dies entwertet die hier angeführte Steigerung des vom Bund getragenen Beitragsaufkommens gänzlich und stellt darüber hinaus eine akute Mehrbelastung für die GKV dar, die das finanzielle Defizit der Krankenkassen noch verschärfen würde. Diese Kürzung wird daher von ver.di entschieden abgelehnt.

Änderungsbedarf

Die Erhöhung der monatlichen Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung ist so auszugestalten, dass innerhalb eines zu bemessenden, kurzfristigen Zeitraumes eine vollständige Tragung der jährlichen Gesamtkosten für die Beitragsfinanzierung von Grundsicherungsempfänger*innen aus Bundesmitteln hergestellt wird. Die Kostentragung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht allein von den Beitragszahlenden der GKV und ihren Arbeitgebenden zu tragen sein. Sie ist aus Steuermitteln zu finanzieren.

Die Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro pro Jahr ist nicht zu verfolgen.

Artikel 3 - Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2 – Streichen der Tariffinanzierung für Krankenhausbeschäftigte

Laut vorliegenden Gesetzentwurfs soll Satz 5 des § 6 Abs. 3 KHEntgG geändert werden. Dieser bildet gegenwärtig die Grundlage für die vollständige und unterjährige Refinanzierung von Tarifierhöhungen für Krankenhausbeschäftigte. Künftig soll für das Personal im Krankenhaus eine hälftige Tarifsteigerungsrefinanzierung oberhalb des Veränderungswertes gelten.

Bewertung

Die vorgesehenen Änderungen gehen unmittelbar zulasten der Beschäftigten in Krankenhäusern und mit den entsprechenden Änderungen in der Bundespflegesatzverordnung auch für die Beschäftigten in der

psychiatrischen Versorgung. Sie werden von ver.di aus diesem Grund deutlich kritisiert und abgelehnt. Durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde erstmals 2024 festgelegt, dass eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten gilt. Zuvor galt, dass eine vollständige Tarifrefinanzierung nur für das Pflegepersonal im Krankenhaus zustande kommt, während Tarifierhöhungen für das nichtpflegerische Krankenhauspersonal nur zu 50 Prozent der Tarifierhöhungsrate refinanziert wurden. In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Orientierung am Veränderungswert, für den die Grundlohnrate zudem in den Jahren 2027 bis 2029 noch um einen Prozentpunkt reduziert werden soll, wird eine Obergrenze in der Refinanzierung für nicht in Krankenhäusern Beschäftigte festgeschrieben, die es zuvor so nicht gab.

Für Krankenhausbeschäftigte bedeutet dies, dass Tarifsteigerungen von ihren jeweiligen Krankenhäusern künftig an anderer Stelle refinanziert werden müssten. Angesichts einer schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der gegenwärtig durch die Krankenhausreform angestoßenen Transformationsprozesse würde eine Situation erzeugt, in der erforderliche tariflich geregelte Erhöhungen der Personalkosten krankenhauseseitig durch Maßnahmen wie Querfinanzierungen oder Einsparungen in anderen Bereichen aufgefangen werden müssen. Dabei steht außer Frage, dass Steigerungen der tariflichen Löhne aller Krankenhausbeschäftigten durch gute Tarifabschlüsse zwingend erforderlich sind, um die Attraktivität der Berufsbilder zu steigern, Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten und ein hohes Qualitätsniveau in der stationären Versorgung sicherzustellen. In Verbindung mit den berufsgruppenübergreifend hohen Arbeitsbelastungen im Krankenhaus ist die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen hierzu eine entscheidende Voraussetzung. Tarifauseinandersetzungen werden sich aufgrund schwieriger Refinanzierung verschärfen. Zudem verstärkt dieses Regelungsvorhaben Inflationsrisiken und Preisbelastungen; darüber hinaus gilt auch an dieser Stelle, dass Deutschland die Verpflichtungen aus der EU-Mindestlohn-Richtlinie einzuhalten und für mehr Tarifbindung/Tarifanwendung zu sorgen – der hiesige Regelungsvorschlag bewirkt das Gegenteil und ist deshalb auch rechtlich problematisch.

Änderungsbedarf

ver.di fordert die Streichung von Nr. 2 nachdrücklich, die geltenden Regelungen des § 6 Abs. 3 S. 5 KHEntgG dürfen nicht angetastet werden; die vollständige Tarifrefinanzierung muss beibehalten werden und ausgangsoffene Tarifverhandlungen weiterhin möglich bleiben. Die Streichung des Vorschlages für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung ist ebenfalls umzusetzen.

Nr. 3 - Änderungen der geltenden Regelungen des Pflegebudgets, § 6a KHEntgG

Vorgesehen ist, die im § 6a festgeschriebene Ausgestaltung des krankenhausindividuellen Pflegebudgets dahingehend zu ändern, dass künftig keine Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten im Krankenhaus mehr ermöglicht wird. Der Anstieg des Pflegebudgets soll stattdessen künftig begrenzt werden, indem ab 2027 das jährlich am jeweiligen Vorjahr als Ausgangsgrundlage zu orientierende Pflegebudget höchstens um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b S. 2, 3 erhöht werden darf. Eine Überschreitung des Veränderungswertes soll zulässig sein, sofern es die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderlich macht. Differenzen zwischen tatsächlichen und vereinbarten Pflegepersonalkosten sind durch Ausgleich von Minderkosten für das jeweilige Folgejahr sowie durch Nichtausgleich von Mehrkosten zu verrechnen. Für Pflegepersonal, das nicht in einem direkten Arbeitsverhältnis mit einem Krankenhaus steht, soll der Teil der Vergütung, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgeht, nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden. Nicht durch das Pflegebudget abgedeckt werden sollen Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen. Eine Möglichkeit, in der pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 2,5% des Budgets berücksichtigt werden können, ist nicht weiter vorgesehen.

In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Geltung der zu ermittelnden Veränderungsrate, auf die in den Jahren 2027 bis 2029 eine Reduzierung um einen Prozentpunkt erfolgt, ergibt sich für das Pflegebudget ein zusätzlicher Absenkungseffekt unterhalb der Grundlohnrate.

Bewertung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di lehnt auch die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets strikt ab. Es gelten zum einen die vorangehend beschriebenen Kritikpunkte. Zudem kritisiert ver.di, dass durch den Ansatz einer Begrenzung des Pflegebudgets die Beschäftigten in der Krankenhauspflege wieder regelhaft mit flächendeckender personeller Unterbesetzung und daraus resultierender Überlastung konfrontiert würden, da die Refinanzierung in der Krankenhauspflege erneut an finanziellen Zwängen statt an den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Versorgung ausgerichtet wäre. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen im Jahr 2020 war ein dringend erforderlicher Schritt, um die Pflegebeschäftigten in Krankenhäusern vor den Auswirkungen kontinuierlicher Zwänge zur Kostenminimierung durch Personalabbau im Rahmen des dysfunktionalen DRG-Systems zu schützen.

Anders als in den Ausführungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs (dort S. 55) suggeriert, kann von einer erfolgreichen und damit abgeschlossenen Stärkung der Pflege anhand des Ist-Zustandes nicht gesprochen werden. Durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurde zwar ein Rechtsrahmen geschaffen, der eine bedarfsgerechte Mindest-Personalbemessung anhand der Pflegepersonalbemessungsregelung

(PPR 2.0) in der Krankenhauspflege zum Ziel hat. Allerdings ist der Gesetzgeber bisher eine verbindliche und sanktionsbewehrte Umsetzung der PPR 2.0 schuldig geblieben. Damit fehlt allerdings auch die Grundlage, um von einer am Bedarf orientierten Stärkung der Krankenhauspflege zu sprechen. Personalaufwüchse in der Krankenhauspflege, die durch das Pflegebudget refinanziert wurden, spiegeln vielmehr einen dringend benötigten Personal-Wiederaufbau in der Krankenhauspflege nach Jahren des fortgesetzten Personalabbaus wider. Allein mit Abschaffung der Pflegepersonalregelung (PPR) und der Einführung des Fallpauschalensystems wurden 100.000 Vollzeitstellen in der Krankenhauspflege abgebaut¹. Für den dringend notwendigen Personalaufbau spricht, dass in Deutschland im Vergleich mit anderen Industrienationen laut OECD noch 2019 deutlich weniger Pflegepersonal in Krankenhäusern als Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner vorhanden waren.² Diesen Fortschritten nun durch geplante Einführung einer Begrenzung des Pflegebudgets wieder den Boden zu entziehen würde bedeuten, dass neben einer Abwertung der Krankenhauspflege auch all jenen Berufsbildern in Krankenhäusern, die bisher nicht durch das Pflegebudget refinanziert werden und somit weiter dem Druck des DRG-Systems zu Kostenminimierung und Personalabbau ausgesetzt sind, die dringend erforderliche Perspektive einer Ausgliederung aus dem Fallpauschalensystem genommen wird.

Mit der im Gesetzesentwurf in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV würde das Pflegebudget zunächst nicht auf dem Niveau der GKV-Einnahmen gedeckt. Durch die für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene zusätzliche Reduzierung der Veränderungsrate um einen Prozentpunkt würde effektiv eine engere Begrenzung des Pflegebudgets vorgenommen, als es die reine Einnahmesituation der GKV vorgibt. Die Auswirkung dieser künstlich verstärkten Pflegebudgetbegrenzung würden mit besonderem Gewicht zulasten des Pflegepersonals gehen. Die Tarifaussensetzungen werden sich aufgrund der schwierigen Refinanzierungsgrundlage verschärfen. Die Regelung wird insofern entschieden abgelehnt.

ver.di begrüßt im Grundsatz zwar das Ansinnen sicherzustellen, dass für eine Stellenbesetzung vereinbarte Mittel nicht zweckentfremdet werden und dementsprechend eine Stellenbesetzung stattfindet. Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Rückzahlungen von Minderausgaben und Nichtfinanzierung von Mehrausgaben setzt jedoch einen unverantwortlichen Teufelskreis in Gang, der bei temporär nicht besetzten Stellen, z. B. aufgrund des Fachkräftemangels, die Wiederbesetzung offener Stellen unmöglich macht. Die Personalunterdeckung wird damit gesetzlich angereizt.

¹ Vgl. Simon, Michael: [Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle](#), HBS Düsseldorf, Oktober 2018

² Vgl.: Simon, Michael: Krankenhausreform und internationaler Vergleich, in: Das Krankenhaus 10/2023.

ver.di fordert die Weiterentwicklung des Pflegebudgets. Mit der Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) zielt der Gesetzgeber auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege von Patientinnen und Patienten, indem Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte erlassen wurden. Die Verordnung soll außerdem zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit zur Fachkräftesicherung in diesem Bereich beitragen. Eine Obergrenze ist somit ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn der Erfüllungsgrad von 100 Prozent der PPR 2.0 und damit die bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung vollständig erreicht wird. Damit kann auch die missbräuchliche Mittelverwendung und Fehlallokationen verhindert werden, indem das Pflegebudget durch die PPR 2.0 als Mengenkategorie begrenzt wird.

Die Streichung pflegeentlastender Maßnahmen in ihrer jetzigen Form lehnt ver.di ab. Mit der Pauschalierung und Reduzierung dieses Instrumentes von 4,5 Prozent auf 2,5 Prozent durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden bereits Einsparmaßnahmen realisiert; zudem sind auch diese Tätigkeiten/Maßnahmen für einen funktionierenden Krankenhausbetrieb unentbehrlich und müssen daher entsprechend ausgestattet sein.

Änderungsbedarf

Nr. 3 ist in der vorliegenden Fassung zu streichen.

Artikel 5 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 - Rückzahlungsverpflichtung für nicht verwendete Mittel zur Stellenbesetzung (§ 3 Abs. 3)

Geregelt werden soll, dass nicht verwendete Mittel, die für eine vereinbarte Stellenbesetzung vorgesehen waren, im nächstmöglichen Budgetvereinbarungszeitraum auszugleichen sind, in dem der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken ist. Das gleiche gilt, falls entsprechend vorgesehene Mittel zweckentfremdet verwendet wurden. Liegt nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der Stellenbesetzung vor und wird diese durch die Einrichtung nachgewiesen, findet keine Absenkung statt.

Bewertung

ver.di begrüßt im Grundsatz zwar das Ansinnen sicherzustellen, dass für eine Stellenbesetzung vereinbarte Mittel nicht zweckentfremdet werden und dementsprechend eine Stellenbesetzung stattfindet. Der im Gesetzesentwurf gewählte Weg geht das bestehende Problem einer häufigen personellen Unterschreitung der Mindestvorgaben gemäß PPP-RL jedoch durch Streichung der zur Verfügung gestellten Mittel an. Einrichtungen, die Mittel nicht entsprechend verwendet haben oder zweckentfremdet haben, wird damit kein verbindlicher, sanktionsbewehrter Weg aufgezeigt, um neue Stellenbesetzungen vorzunehmen und so die

Personalvorgaben der PPP-RL einzuhalten, da zuvor vereinbarte Mittel für Stellenbesetzungen nun fehlen. Einrichtungen können dieses Fehlen zunächst nur durch Verwendung von Eigenmitteln ausgleichen, was angesichts der bereits schwierigen ökonomischen Situation vieler Einrichtungen kein probates Instrument für Personalaufbau darstellt. ver.di fordert demgegenüber, gemäß den Vorgaben der PPP-RL eine verbindliche, sanktionsbewehrte Regelung zur Einhaltung der Mindestpersonalbemessungsrichtlinie zu treffen. Sanktionen bei Nichtvornahme von Stellenbesetzungen sind primär über Sanktionsbeträge, die von den Einrichtungen zu zahlen sind, zu regeln. Diese können bei jährlich fortbestehender Stellennichtbesetzung progressiv ausgestaltet sein. Zum Schutz der betroffenen Beschäftigten vor dauerhafter Überlastung durch Unterbesetzung sind vorübergehende Leistungseinschränkungen bis hin zu befristeten Schließungen von Abteilungen oder Bereichen geeignete Maßnahmen. Voraussetzung hierfür ist, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wieder eine stationsgenaue Erfassung und Dokumentation der Stellenbesetzung stattfindet. Von einer Streichung der Mittel für vorzunehmende Stellenbesetzungen ist abzusehen, um Einrichtungen die Gelegenheit zu geben, die Maßnahmen unterjährig zu tätigen.

Änderungsbedarf

Die Sätze 8 bis 10 sind zu streichen.

Der G-BA ist zu beauftragen, im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung der PPP-RL eine Weiterentwicklung der enthaltenen Sanktionsmechanismen vorzunehmen, durch die Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Schritte zur Einhaltung der Mindestvorgaben unternehmen müssen. Hierzu sind auch vorübergehende Leistungseinschränkungen auf unterbesetzten Stationen und Bereichen zulässig.

Der G-BA ist zu beauftragen, die PPP-RL zu einem verbindlichen Instrument zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiterzuentwickeln.

Nr. 2 - Berücksichtigung von Kostendaten im leistungsbezogenen Vergleich von Einrichtungen

Kostendaten von Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen künftig in die Regelungen zum leistungsbezogenen Vergleich von Einrichtungen nach § 4 BpflV aufgenommen werden.

Bewertung

ver.di kritisiert ausdrücklich das Ansinnen, den leistungsbezogenen Vergleich um Kostendaten zu erweitern. Gerade vor dem Hintergrund der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung würden Einrichtungen, deren Personalkosten im Vergleich höher liegen, vermehrt Anreize zur Orientierung an Kennziffern und Wirtschaftlichkeit ausgesetzt. Für die Beschäftigten in den genannten Einrichtungen bedeutet dies ein zusätzliches Risiko, dass daraus entstehender Kostensenkungsdruck durch Personalabbau

oder nicht vorgenommenen Personalaufbau realisiert wird. Die für eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung erforderliche multiprofessionelle Zusammensetzung von Teams in Verbindung mit langfristig erforderlicher Beziehungsarbeit würden erschwert, was effektiv eine Gefährdung der Versorgungsqualität bedeutet.

Änderungsvorschlag

Nr. 2 ist zu streichen.

Nr. 4 – Änderung der Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser (§9)

Vorgesehen ist die Streichung des gegenwärtig bestehenden Erfordernisses, einen gesonderten Veränderungswert für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auszuweisen. Für diese Einrichtungen soll künftig derselbe Veränderungswert gelten wie für somatische Einrichtungen nach § 9 Abs. 1b S. 2 KHEntgG.

Bewertung

Die mit dieser Änderung vorgesehene Vereinheitlichung des Veränderungswertes löst nicht die bestehenden Probleme der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung. Die sich von der Somatik unterscheidenden Vergütungssystematik einer Gesamtbudgetverhandlung hat nicht flächendeckend sicherstellen können, dass psychiatrische und psychosomatische Versorgungseinrichtungen die Vorgaben der Personalbemessungsrichtlinie in der psychiatrischen Versorgung (PPP-RL) erfüllen. Da die PPP-RL als Personalmindestrichtlinie fungiert, wäre eine kostendeckende Refinanzierung des Pflegepersonals oberhalb des Mindestniveaus nicht gegeben.

ver.di fordert, eine Änderung der geltenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung zur Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser zu unterlassen. Erforderlich ist stattdessen die Beauftragung des gemeinsamen Bundesausschusses mit der Entwicklung von Vorgaben für verbindliche, bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, die die PPP-RL perspektivisch ersetzt.

Änderungsbedarf

Nr. 4 ist zu streichen.

Artikel 4 - Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2 – Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Vorgesehen ist, dass bis zum 30. April 2027 für geeignete Fallgruppen eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen) geschaffen wird.

Bewertung

ver.di lehnt die Einführung eines neuen Finanzierungsinstrumentes auf Grundlage des Fallpauschalensystems für Eingriffe mit besonders kurzen Verweildauern strikt ab. Der Hinweis, dass sich aus dem bestehenden, ebenfalls Fehlanreize setzenden Hybrid-DRG-System eine Vergütungsunterdeckung stationärer erbrachter Leistungen und eine Vergütungsüberdeckung ambulant erbrachter Leistungen stattfindet, ist letztlich nur Ausweis der grundsätzlichen und systemischen Fehlentscheidung, im Fallpauschalensystem möglichst geringe Kosten und möglichst hohe Leistungszahlen zu forcieren. Die Kurzzeitfallpauschalen treiben dieses Prinzip auf die Spitze, da sie eine einheitliche Vergütungshöhe für eine Leistungserbringung unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus im Rahmen von maximal drei Kalendertagen vorsehen. Damit wird ein weiterer ökonomischer Anreiz geschaffen, möglichst viele Patient*innen schnellstmöglich zu entlassen und Verweildauern auf das absolute Minimum zu reduzieren. Im Sinne der demgegenüber notwendigen Hinwendung zu einer bedarfsgerechten stationären Versorgung, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt und nicht primär an Sparvorgaben orientiert ist, sind derartige Ansätze strikt abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Nr. 2 ist zu streichen.

Änderungsanträge

1.) Antrag "Krankenversicherte entlasten, nicht belasten" der Fraktion DIE LINKE, Drucksache 21/5487

Der Antrag zielt darauf, einen Ausschluss von Leistungskürzungen und Mehrbelastungen im Rahmen des Gesetzesentwurfs sicherzustellen. Insbesondere sollen keine Kürzungen bei Krankengeld, bei der beitragsfreien Mitversicherung, bei Zuzahlungen und beim Zahnersatz vorgenommen werden. Ebenfalls sollen keine Kürzungen bei Leistungserbringenden vorgenommen werden, wenn sich die Versorgung der Patient*innen dadurch verschlechtert. Für mehr Gleichstellung und eine gerechtere Verteilungswirkung unter den Versicherten sollen Versicherte mit hohem Einkommen die Solidargemeinschaft GKV nicht in die PKV wechseln können. Eine deutliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auf 15.000 Euro wird gefordert.

Bewertung

ver.di begrüßt das mit dem Antrag verbundene Ansinnen, die deutliche soziale Schieflage des Gesetzesentwurfs zu korrigieren, indem Belastungen, die vor allem auf Versicherte durch Leistungskürzungen und finanzielle Mehrbelastungen zukommen würden, aus dem Gesetzgebungsverfahren entfernt werden. Ergänzend ist hier auch explizit das Erfordernis aufzunehmen, dass ebenso keine zusätzlichen Belastungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen entstehen dürfen, die etwa durch die geplante Abschaffung der vollständigen Tarifierfinanzierung, die Bindung der Obergrenze für Tariflohnsteigerungen an die Grundlohnrate und durch die beabsichtigte Deckelung des Pflegebudgets sowie der hierdurch hervorgerufenen zusätzlichen personellen Unterdeckungen und Überlastungen im Gesetzesentwurf konkretisiert sind.

Antrag "Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe - Krankenkassenbeiträge jetzt senken" der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 21/5753

Der Antrag sieht vor, die kurzfristigen Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit im Umfang von 42 Milliarden Euro umzusetzen und so für Entlastungen bei den GKV-Beiträgen um bis zu zwei Prozentpunkte zu sorgen. Hierzu gehören vorrangig eine stärkere Beteiligung des Bundes an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Die Reformmaßnahmen sollen darüber hinaus so ausgestaltet werden, dass sie eine größtmögliche Wirkung im System entfalten, die soziale Ausgewogenheit wahren und die Gesundheitsversorgung stärken.

Hierzu soll eine konsequente Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Bundesmitteln, eine Nichtumsetzung der beabsichtigten Senkung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds um 2 Mrd. Euro pro Jahr, eine stärkere Besteuerung von hochprozentigem Alkohol, eine Herstellerabgabe für stark zuckerhaltige Getränke, eine Anhebung und Angleichung der Steuern auf Tabak- und Nikotinprodukte, das Anheben des Herstellerrabattes für erstattungsfähige Arzneimittel auf 17 Prozent, eine Reform des AMNOG mit dem Ziel einer früheren Preisbegrenzung und konsequenter Berücksichtigung der Ergebnisse der Nutzenbewertung, eine Reform des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) mit dem Ziel einer zeitnahen Einführung der zentralen Steuerungsinstrumente Vorhaltevergütung, bundeseinheitliche Leistungsgruppen und verbindliche Qualitätsvorgaben sowie eine konsequente Umsetzung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes mit dem Ziel der Verzahnung ambulanter, rettungsdienstlicher und stationärer Angebote gesetzlich realisiert werden.

Einordnung

ver.di begrüßt die durch den Antrag konkretisierten Änderungsbedarfe hinsichtlich einer stärkeren politischen und finanziellen Verantwortungsübernahme seitens der Bundesregierung zur Stabilisierung der GKV-Finanzsituation. Diese ist bisher nur auf einem geringen Niveau vorhanden und ignoriert zentrale Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit. Ebenso zu begrüßen sind zahlreiche einzelne Konkretisierungen des Antrags hinsichtlich weiterer Änderungsbedarfe, etwa zur Reform des AMNOG und zu Herstellerrabatten auf Arzneimittel.

Hinsichtlich der im Antrag formulierten Betonung einer zeitnahen Umsetzung der zentralen Steuerungsinstrumente der Krankenhausreform fordert ver.di, dass inhaltliche Korrekturen einer Beschleunigung des Umsetzungsverfahrens vorgeschaltet sein müssen. Ohne vollständige, bedarfsgerechte Vorhaltefinanzierung für Krankenhäuser samt Abschaffung des dysfunktionalen Fallpauschalensystems ist keine materielle Grundlage für den fallzahlunabhängigen, langfristig gesicherten Erhalt versorgungsrelevanter Krankenhäuser als Bestandteil integrierter Versorgungsplanungen zur Umsetzung der Krankenhausreform gegeben.