

An den
Deutschen Bundestag
Ausschuss für Gesundheit – Ausschusssekretariat
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
vorab per E-Mail

18. Juni 2026

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BStabG), BT-Drucksache 21/6130

Anlass: öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22. Juni 2026

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die außerklinische Intensivversorgung steht in diesem Entwurf namentlich im Gesetz: § 132l SGB V ist ausdrücklich erfasst. Als Fachgesellschaft dieses Versorgungsbereichs reichen wir – ohne besondere Aufforderung – diese Stellungnahme ein und bitten, sie den Mitgliedern des Ausschusses und den Berichterstatterinnen und Berichterstattern vor der Anhörung zugänglich zu machen. Sie beschränkt sich bewusst auf die zwei Regelungen, die diesen Bereich unmittelbar treffen.

1. Wer wir sind

Die CNI – Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung e. V. vereint bundesweit rund 40 Mitgliedsunternehmen: Pflegedienste der außerklinischen Intensivpflege, spezialisierte Hilfsmittel-Provider und Bildungsanbieter dieses Versorgungsbereichs. Sie versorgen zusammen rund 3.000 beatmungs- und intensivpflegebedürftige Patientinnen und Patienten – Erwachsene wie Kinder.

Zur Einordnung: Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V versorgt Menschen, die dauerhaft beatmet werden oder bei denen jederzeit lebensbedrohliche Krisen eintreten können – zu Hause und in Wohngemeinschaften, rund um die Uhr, häufig im Verhältnis eins zu eins, ausschließlich durch dreijährig examinierte Pflegefachpersonen mit Zusatzqualifikation. Die Verträge mit den Krankenkassen regelt § 132l SGB V.

2. Unsere Forderungen in Kürze

- **Tariflich oder gesetzlich gebotene Personalkosten von der Vergütungsobergrenze ausnehmen.** Die Bindung an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme (§ 71 SGB V) widerspricht der geltenden gesetzlichen Garantie der Tariffinanzierung (§ 132a Abs. 4 Satz 7, § 132l Abs. 5 Satz 2 SGB V). Für die personalintensive Intensivpflege ist sie keine Wirtschaftlichkeitsvorgabe, sondern eine Defizitgarantie.
- **Versorgungskritische Hilfsmittel vom dreiprozentigen Vergütungsabschlag ausnehmen.** Der Abschlag nach § 127 SGB V trifft dieselben Leistungserbringer ein zweites Mal. Beatmungszubehör ist nicht aufschiebbar und nicht substituierbar – in der Kinderversorgung in besonderem Maße.

- **Erst der Bericht, dann der Eingriff.** Keine Vergütungsdeckelung in der Intensivpflege, bevor der gesetzlich vorgesehene Erfahrungsbericht nach § 37c SGB V dem Bundestag vorliegt und ausgewertet ist. Für laufende Verfahren nach § 132l Abs. 6 SGB V braucht es eine Übergangsregelung.

3. Im Einzelnen

3.1 Vergütungsobergrenze (§ 71 SGB V) und Tariftreue – ein Widerspruch im Gesetz

Der Entwurf führt die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 SGB V als feste Vergütungsobergrenze in allen Leistungsbereichen wieder ein, ausdrücklich auch für die medizinische Behandlungspflege und die außerklinische Intensivpflege; in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich mit einem Abschlag von einem Prozentpunkt. Zugleich beendet er die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen. Die Gesetzesbegründung sagt es offen: *„Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.“*

Dem steht eine ausdrückliche gesetzliche Garantie gegenüber. § 132l Abs. 5 Satz 2 SGB V bestimmt für die außerklinische Intensivpflege, dass die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen *„nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“*. Für die häusliche Krankenpflege regelt § 132a Abs. 4 Satz 7 SGB V denselben Vorrang und stellt zusätzlich klar: *„§ 71 gilt insoweit nicht.“* Der Gesetzgeber hat damit für beide Bereiche eine konkrete Ausnahme von der Obergrenze normiert. Der Entwurf hebt deren Wirkung faktisch auf, ohne sie förmlich aufzuheben. Es geht uns deshalb nicht um eine neue Ausnahme, sondern um die Bewahrung einer bestehenden.

Der Widerspruch reicht über das SGB V hinaus. Viele Intensivpflegedienste sind zugleich nach dem SGB XI zugelassen, wo die Bezahlung nach Tarif seit dem 1. September 2022 Zulassungsvoraussetzung ist (§ 72 Abs. 3a und 3b SGB XI). Entscheidend ist jedoch ein davon unabhängiger Punkt: Bestehende Tarif- und Arbeitsverträge binden die Dienste arbeitsrechtlich (§ 3, § 4 Abs. 5 TVG sowie arbeitsvertragliche Bezugnahmeklauseln), gleich was die Kassen refinanzieren. Auch eine im Pflegeordnungsgesetz (SGB XI) diskutierte befristete Aussetzung der Tariftreue ändert daran nichts: Sie entlastet allein die Pflegekassen von der Refinanzierung, nicht die Dienste von ihrer Zahlungspflicht. Es bleibt dabei: Die Pflicht zu zahlen bleibt. Die Refinanzierung fällt.

Für die Intensivpflege ist die Vergütungsobergrenze deshalb keine Wirtschaftlichkeitsvorgabe, sondern eine Defizitgarantie. Der Personalkostenanteil liegt bei rund 80 Prozent; einen Hilfskraft-Kostenpuffer gibt es nicht, weil ausschließlich examinierte Fachpersonen eingesetzt werden. Die Lohnentwicklung ist gesetzlich erzwungen: Der Pflegemindestlohn für Fachkräfte stieg von 15,40 Euro (September 2022) auf 21,03 Euro (Juli 2026) – ein Plus von 36,6 Prozent in vier Jahren. Die Grundlohnrate läuft dieser Entwicklung systematisch hinterher, mit dem zusätzlichen Abschlag erst recht. Wer gesetzlich zur Zahlung steigender Löhne verpflichtet, aber an deren Refinanzierung gehindert ist, hat zwei Auswege: Insolvenz oder Versorgungsabbruch.

Das Einsparziel steht dazu in keinem Verhältnis. Der Entwurf beziffert die Minderausgaben aus der Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung in Haushaltshilfe, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege auf 130 Millionen Euro im Jahr 2027 – bei GKV-Ausgaben von rund 369 Milliarden Euro weniger als 0,04 Prozent. Dem stehen Versorgungsabbrüche bei beatmeten Menschen gegenüber, deren einzige Auswechoption das Krankenhaus ist. Ein Intensivbett kostet die Solidargemeinschaft ein Mehrfaches der außerklinischen Versorgung. Wer hier kürzt, spart nicht. Er verlagert – in den teuersten Sektor des Systems.

Die Lage ist dokumentiert. Nach Auswertung des Arbeitgeberverbands Pflege waren allein von Januar 2023 bis Juli 2024 über 1.000 Pflegeeinrichtungen von Insolvenz, Schließung oder Leis-

tungseinschränkung betroffen; 2023 betrafen die Insolvenzen über 21.000 ambulante Versorgungen. Das ist kein Einzelfall. Das ist ein Muster.

§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V enthält die Lösung bereits selbst: Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nur, soweit die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gewährleistet bleibt. In der Intensivversorgung ist das nicht mehr der Fall. Unsere Forderung verlangt keine Sonderbehandlung; sie konkretisiert einen Vorbehalt, den das Gesetz bereits kennt.

Änderungsvorschlag: Die Vergütungsobergrenze nach § 71 SGB V findet keine Anwendung, soweit Vergütungssteigerungen darauf beruhen, dass Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGB V) und der außerklinischen Intensivpflege (§ 132l SGB V) gesetzlich oder tarifvertraglich gebotene Personalkosten zu tragen haben. Insoweit gelten entsprechende Mehrausgaben nicht als Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Hilfsweise regen wir eine Verordnungsermächtigung an, mit der das Bundesministerium für Gesundheit versorgungskritische Leistungsbereiche von der Obergrenze ausnehmen kann, wenn die Versorgungssicherheit gefährdet ist.

3.2 Dreiprozentiger Vergütungsabschlag auf Hilfsmittel (§ 127 SGB V)

Der Entwurf fügt in § 127 SGB V eine Regelung ein, wonach sich für Hilfsmittelversorgungen nach § 33 SGB V, die zwischen dem 1. Januar 2027 und dem 31. Dezember 2028 begonnen werden, die vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung vermindert.

Damit trifft der Entwurf dieselben Leistungserbringer ein zweites Mal: Die Obergrenze nach § 71 SGB V würgt die Refinanzierung der Personalkosten ab, der Abschlag kürzt zugleich die Hilfsmittelvergütung. Personal gedeckelt, Material gekürzt, beides auf einmal, bei denselben Diensten, die beatmete Menschen zu Hause am Leben halten.

Wir wenden uns nicht gegen den Abschlag als solchen; über seine generelle Reichweite wird an anderer Stelle gestritten. Uns geht es um die versorgungskritischen Hilfsmittel der Intensivversorgung. Bei Beatmungszubehör, Absauggeräten und dem erforderlichen Verbrauchsmaterial bedeutet eine Vergütungskürzung unmittelbar Versorgungsabbruch. Diese Hilfsmittel sind nicht aufschiebbar und nicht substituierbar.

Besonders hart trifft der Abschlag die auf Kinder spezialisierte Intensivversorgung. Der Hilfsmittelbedarf in der pädiatrischen Beatmung ist strukturell höher als bei Erwachsenen: Wachstum erzwingt häufige Größenanpassungen bei Trachealkanülen und Beatmungszubehör, Grunderkrankungen machen Sonderanfertigungen nötig, atraumatische Kindermaterialien sind teurer. Schon heute bilden die Pauschalen diesen Mehraufwand nach Bewertung des Bundesverbands Medizintechnologie (BVMed) nicht angemessen ab. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag macht die Kinderversorgung für spezialisierte Provider wirtschaftlich nicht mehr leistbar. Die Folge ist absehbar – und für beatmete Kinder gibt es regional kaum Ausweichanbieter.

Forderung: Der Vergütungsabschlag nach § 127 SGB V findet keine Anwendung auf versorgungskritische Hilfsmittel der außerklinischen Intensivversorgung, insbesondere Beatmungszubehör, Absauggeräte und das zur Versorgung beatmeter Menschen erforderliche Verbrauchsmaterial. In der pädiatrischen Versorgung gilt dies ausdrücklich auch für Sonderanfertigungen und wachstumsbedingt häufiger ersetzte Hilfsmittel.

3.3 Reihenfolge und Übergang: erst der Bericht, dann der Eingriff

Der Gesetzgeber hat sich für die Intensivpflege selbst eine Prüfpflicht auferlegt: Nach § 37c SGB V legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundestag bis Ende 2026 einen Erfah-

rungsbericht zu diesem noch jungen Leistungsanspruch vor. Der Entwurf greift zum 1. Januar 2027 in die Vergütung genau dieses Bereichs ein – bevor der Bericht ausgewertet sein kann. Das ist die falsche Reihenfolge. Erst messen, dann entscheiden.

Hinzu kommt ein praktisches Problem: Vergütungsverhandlungen und Schiedsverfahren nach § 132I Abs. 6 SGB V laufen über Monate. Der Entwurf enthält keine Übergangsregelung für Verfahren, die bei Inkrafttreten bereits begonnen haben. Das erzeugt vermeidbare Rechtsunsicherheit auf beiden Seiten.

Forderung: Die Obergrenze nach § 71 SGB V findet auf die außerklinische Intensivpflege frühestens Anwendung, nachdem der Erfahrungsbericht nach § 37c SGB V dem Bundestag vorgelegt und ausgewertet worden ist. Für Verfahren nach § 132I Abs. 6 SGB V, die vor dem Inkrafttreten begonnen wurden, gilt das bisherige Recht fort.

4. Schluss

Die genannten Regelungen verfehlen in der außerklinischen Intensivversorgung das Ziel der Wirtschaftlichkeit und gefährden stattdessen die Versorgung der schwächsten Versicherten. Wir bitten den Ausschuss, die außerklinische Intensivversorgung von der Vergütungsobergrenze und vom Hilfsmittelabschlag auszunehmen, und stehen für Rückfragen, für die weitere fachliche Beratung und für eine mündliche Anhörung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Nadya Klarmann

1. Vorsitzende

CNI – Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung e. V.

Quellen

Deutscher Bundestag: Entwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, BT-Drs. 21/6130 vom 26.05.2026; Kabinettsentwurf des BMG vom 29.04.2026.

Ausschuss für Gesundheit: Tagesordnung 49. Sitzung / öffentliche Anhörung am 22.06.2026, BT-Drs. 21/6130.

GKV-Schätzerkreis beim Bundesamt für Soziale Sicherung: Prognose der GKV-Ausgaben 2026 (rund 369 Mrd. Euro), Oktober 2025.

BMG / Pflegekommission: Pflegemindestlohn nach Qualifikationsstufen, 2022–2026 (Fachkraft 15,40 Euro 09/2022 zu 21,03 Euro 07/2026).

Arbeitgeberverband Pflege (AGVP): Auswertung „Deutschlandkarte Heimsterben“, Berlin 2024.

BVMed: Versorgung tracheotomierter Kinder im Pauschalensystem, www.bvmed.de.