



GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 2026

Die unsichtbare Mehrbelastung

Wie das GKV-Sparpaket 2026 die ambulante Pflege und die Hilfsmittelversorgung strukturell trifft — und warum politisch niemand davon Notiz nimmt

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) soll ab 2027 jährlich rund 16,3 Milliarden Euro einsparen. Die ambulante Pflege und die Hilfsmittelversorgung tragen davon einen Anteil, der weit über ihre Größe im Gesundheitssystem hinausgeht. Eine Bestandsaufnahme: Maßnahmen, wirtschaftliche Folgen für Pflegedienste und Provider, politische Kalkulation dahinter.

Von Nadya Klarmann, 1. Vorsitzende der CNI – Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung e. V.

Zeitplan: was im Sommer 2026 entschieden wird

Der Kabinettsbeschluss zum GKV-BStabG fiel am 29. April 2026. Das parlamentarische Verfahren ist eng getaktet: Erste Lesung im Bundestag am 12. Juni 2026, Anhörung im Gesundheitsausschuss am 22. Juni 2026, zweite und dritte Lesung am 26. Juni 2026, Bundesratspassage am 10. Juli 2026. Inkrafttreten der wesentlichen Maßnahmen: 1. Januar 2027. Der Beitragszuschlag von 2,5 Prozent auf die Familienversicherung folgt zum 1. Januar 2028.

Die ambulante Pflege

Die Tariffinanzierungs-Pflicht wird ersatzlos gestrichen

Die zentrale Maßnahme des Gesetzes für die ambulante Pflege ist die Streichung der Pflicht zur vollständigen Refinanzierung von Tariflöhnen in den §§ 132a und 132l SGB V. Die Gesetzesbegründung nennt das eine "Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik". Im Klartext:

Tarifsteigerungen, die ein Pflegedienst seinem Personal vertraglich zugesagt hat, sind nicht mehr automatisch in der Vergütungsverhandlung mit den Krankenkassen refinanzierbar. Die Bundesregierung erwartet allein aus dieser einen Maßnahme Einsparungen von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, ansteigend auf 710 Millionen Euro bis 2030 — gespart bei Pflegediensten in der häuslichen Krankenpflege, in der außerklinischen Intensivpflege und in der Haushaltshilfe.

Wer das Tarifrecht ernst nimmt und Personal halten will, finanziert die Differenz ab 2027 selbst — bis das nicht mehr geht. In der außerklinischen Intensivpflege (AKI), wo eine einzige unbesetzte Schicht eine komplette Versorgung zum Kippen bringen kann, ist die Refinanzierungs-Streichung der direkte Übergang zu Versorgungsabbrüchen.

Die Folge ist messbar — und schon eingetreten

Die Insolvenzwelle in der ambulanten Pflege läuft seit 2023. Nach Auswertung des Arbeitgeberverbands Pflege gab es allein von Januar 2023 bis Juli 2024 über 1.000 Schließungen, Insolvenzen oder Angebotsreduzierungen bei ambulanten Diensten; allein im Jahr 2023 waren über 21.000 ambulante Versorgungsleistungen betroffen. Der ETL ADVISION Wirtschaftsmonitor ambulante Pflege weist als Hauptursache eine durchgängige Personalkostensteigerung aus: die durchschnittliche Personalkostenquote in der ambulanten Pflege stieg zwischen 2020 und 2023 von 67,4 auf 72,0 Prozent. Die Refinanzierung ist nicht mitgewachsen. Das GKV-BStabG hebt diese Refinanzierung nun zusätzlich teilweise auf.

Der Mechanismus: SGB XI bleibt — SGB V wird gestrichen

Der eigentliche Konstruktionsfehler des Gesetzes wird sichtbar, wenn man es zusammen mit dem SGB XI betrachtet. Seit dem 1. September 2022 darf nach § 72 Abs. 3a SGB XI ein Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse nur abgeschlossen werden, wenn der Pflegedienst nach Tarif zahlt — oder, für Nicht-Tarifgebundene, an das regional übliche Entlohnungsniveau angelehnt; eine Entlohnung von höchstens 10 Prozent über diesem Niveau gilt nach § 82c Abs. 2 SGB XI als wirtschaftlich. Diese Tariftreuepflicht bleibt: jeder Pflegedienst mit Pflegekassen-Vertrag muss weiter eine tarifliche oder tarifähnliche Entlohnung nachweisen (§ 82c SGB XI).

Im SGB V (§§ 132a für die häusliche Krankenpflege und 132l für die außerklinische Intensivpflege) wird die Pflicht zur vollständigen Refinanzierung genau dieser Tariflöhne nun gestrichen. Wer einen Pflegedienst betreibt, der sowohl SGB-XI- als auch SGB-V-Leistungen abrechnet — und das ist der Regelfall — bleibt zur Tariftreue verpflichtet, bekommt aber für den SGB-V-Anteil keine vollständige Refinanzierung mehr. Tarifsteigerungen, die das Pflegekassen-Recht vorschreibt, finanziert die Krankenkasse nicht mehr mit. In wenigen Jahren wird dann der vertraute Vorwurf zurückkehren: "Pflegedienste halten sich nicht an die Tarife", oder "Pflegekräfte verdienen zu wenig". Die Tariftreue ist dann gesetzlich vorgeschrieben — die Refinanzierung dazu aber nicht mehr.

Spezialisierte Pflegedienste besonders hart betroffen

Besonders hart trifft die Refinanzierungs-Streichung die spezialisierten Pflegedienste mit hoher Fachkraftquote, die hauptsächlich SGB-V-Leistungen erbringen. Dort fehlt der SGB-XI-Anteil als Quersubventionierungsmöglichkeit fast vollständig. Betroffen sind unter anderem:

- Außerklinische Intensivpflege (AKI, Leistungsanspruch § 37c SGB V, Verträge nach § 132I SGB V), durchgängig erbracht von qualifizierten Pflegefachkräften
- Spezialisierte Wundversorgung (Wundpflegedienste mit WBA- oder ICW-Zertifizierten)
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V)
- Ambulante psychiatrische Pflege (häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V)
- Kinderintensivpflege und Kinder-SAPV
- Stomatherapie, Tracheostomie-Versorgung, enterale Ernährung
- Heimbeatmungs-Begleitung

Gerade die Dienste, die hochkomplexe Versorgung am Patienten leisten, trifft die Refinanzierungs-Streichung am direktesten — weil sie ihren Personalkostenanteil nicht aus SGB-XI-Sachleistungen abfedern können.

Welche Wege bleiben den Pflegediensten?

Die Optionen sind überschaubar und führen alle zu Einschnitten an anderer Stelle. Kostenreduktion bedeutet weniger Personal und damit weniger Versorgung. Quersubventionierung aus dem SGB-XI-Anteil ist begrenzt und nicht beliebig fortsetzbar. Verträge nach § 132a oder § 132I SGB V kündigen heißt: das gesamte Geschäftsfeld der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege aufgeben.

Umgekehrt — den SGB-XI-Vertrag kündigen und die Pflegekassen-Zulassung aufgeben — wäre für reine Intensivpflegedienste eine strategisch denkbare Option. Die Patientinnen und Patienten müssten dann einen zweiten ambulanten Pflegedienst für die Laienpflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) beauftragen oder Pflegegeld-Mittel an Angehörige weitergeben. Für den Intensivpflegedienst selbst hätte dieser Schritt einen handfesten Vorteil: Die Tariftreue-Pflicht nach § 72 Abs. 3a SGB XI entfällt, weil sie nur für Pflegedienste mit Pflegekassen-Zulassung gilt.

Die sogenannte Drachenflieger-Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geht auf das Urteil vom 28.01.1999 (B 3 KR 4/98 R) zurück, das die parallel zur Grundpflege erbrachte Behandlungspflege weitgehend in den Hintergrund treten ließ. Mit dem Urteil vom 17.06.2010 (B 3 KR 7/09 R) hat das BSG diese strenge Linie abgeschwächt: Bei 24-Stunden-Intensivpflege ist die Zeit der parallel erbrachten Grundpflege seither nur noch zur Hälfte von der medizinischen Behandlungspflege nach § 37 SGB V abzuziehen, weil die Behandlungspflege einschließlich der Beobachtung auch während der Grundpflege fortbesteht. Die Diskussion um eine Wiederannäherung an Abzugs-Mechanismen lebt in der aktuellen Reformdebatte jedoch wieder auf — und die Bindung an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nach § 71 Abs. 3 SGB V (Branchenjargon: „Grundlohnrate“) wirkt faktisch wie ein versteckter Abzug.

Für gemischte Pflegedienste, die Behandlungspflege nach SGB V und Grundpflege und Sachleistungen nach SGB XI in einer Hand anbieten, ist dieser Weg nicht praktikabel — sie verlören damit die Hälfte ihres Versorgungsumfangs und ihrer wirtschaftlichen Basis. Reine Intensivpflegedienste hingegen geraten in eine paradoxe Lage: Das GKV-BStabG schafft genau dort einen Anreiz, sich aus der Tariftreue zu verabschieden, wo die Versorgungsqualität am sensibelsten ist. Einzelne Austritte aus der SGB-XI-Zulassung änderten am System nichts. Als koordinierte Strategie mehrerer reiner AKI-Dienste wäre der Schritt aber ein politisches Druckmittel: Die Pflegekassen verlören in der Fläche Versorgungspartner für hochkomplexe Fälle, und die Konstruktionsfehler des GKV-BStabG würden in der Versorgungsrealität sichtbar.

Die eigentliche Frage: Disproportionalität

Die Ausgaben der GKV für häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege zusammen lagen 2024 bei rund 10,7 Milliarden Euro — das entspricht etwa 3,4 Prozent der Leistungsausgaben der GKV (312,3 Milliarden Euro). Die Steigerung gegenüber 2023 war hoch (+12,7 Prozent), aber nicht weil "die Pflege teurer geworden ist": Treiber sind die Verlagerung von stationärer in ambulante Versorgung und die seit 2022 verbindliche Tariftreue nach § 72 SGB XI — also genau die Lohnkosten, deren Refinanzierung jetzt gestrichen werden soll.

Damit stellt sich die eigentliche Frage: Warum muss ein Ausgabenbereich, der nur 3,4 Prozent der GKV-Leistungsausgaben ausmacht, eine Einsparung tragen, die innerhalb dieses Sektors bis zu 6,6 Prozent des eigenen Volumens erreicht? Das ist nahezu eine doppelte Überbeteiligung im Verhältnis zur Sektorgröße. Eine proportionale Beteiligung an den geplanten 16,3 Milliarden Euro Gesamteinsparungen würde rund 555 Millionen Euro ausmachen, nicht 710 Millionen. Die Entscheidung, den Pflegediensten überproportional zur Kasse zu bitten, ist keine sektorenrechnerische, sondern eine politische.

Warum geht das politisch durch?

Drei Gründe verstärken sich gegenseitig:

- Die außerklinische Intensivpflege ist ein Nischenbereich. Wenige Patientinnen und Patienten, wenig öffentliche Aufmerksamkeit, kein lautes Lobbying.
- Die ambulante Pflege ist berufspolitisch zersplittert. Sie wehrt sich nicht organisiert — weder gegenüber Kassen noch gegenüber dem Gesetzgeber.
- Im Zweifel springen die Angehörigen ein. Und die Politik weiß das.

Die größte „Berufsgruppe“ in der Pflege: die Angehörigen

Von rund 5,7 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland (Pflegestatistik 2023) werden 4,9 Millionen zu Hause versorgt. Davon erhalten 3,1 Millionen ausschließlich Pflegegeld und werden allein durch Angehörige gepflegt — ohne professionellen Pflegedienst. Die Zahl der pflegenden Angehörigen liegt nach verschiedenen Erhebungen zwischen 4,8 und 7 Millionen Menschen. Zum Vergleich: in der

ambulanten und stationären Pflege sind insgesamt rund 1,7 Millionen hauptberufliche Pflegekräfte beschäftigt. Die Angehörigen sind also rund doppelt bis viermal so viele wie alle hauptberuflichen Pflegekräfte zusammen.

Diese unsichtbare Belegschaft arbeitet ohne Vertrag, ohne Vergütung, ohne Schichtmodell, ohne Pause, ohne Tariftreue. Auf sie verlässt sich die Politik — und sie kalkuliert sie still in jede Pflege-Sparrunde ein. Wer eine Mutter, einen Vater, ein Kind pflegt, taucht in keiner Einsparungsberechnung als Kostenposten auf. Wer einen pflegenden Angehörigen verliert, der zerbricht, taucht aber auch nicht als Verlustposten auf.

Reichen die Einsparungen überhaupt?

Kurze Antwort: nein. Das gesamte GKV-BStabG kommt laut Kabinettsentwurf auf ein Einsparvolumen von 16,3 Milliarden Euro im Jahr 2027 — heruntergerechnet aus den ursprünglich 42,3 Milliarden, die die Finanzkommission Gesundheit im März 2026 vorgeschlagen hatte. Davon gehen 2 Milliarden direkt wieder verloren, weil der Bundeszuschuss zur GKV im gleichen Gesetz um 2 Milliarden gekürzt wird — Netto-Einsparung also rund 14,3 Milliarden. Die GKV-Deckungslücke 2027 wird auf rund 15 Milliarden Euro geschätzt. Selbst rechnerisch reicht das Sparpaket also nicht einmal, die Lücke eines einzigen Jahres zu schließen. Die Zusatzbeiträge werden 2027 trotzdem steigen — Schätzungen gehen von einem zusätzlichen halben bis dreiviertel Prozentpunkt aus. Die soziale Pflegeversicherung, für die dieses Gesetz gar nichts tut, hat parallel ein jährliches Defizit von 5 bis 5,5 Milliarden Euro.

Die nächste Sparrunde ist damit absehbar. Welche Stellschrauben dann gedreht werden, ist eine politische Entscheidung. Im Spiel sind Krankengeld, weitere Zuzahlungs-Anhebungen, neue Refinanzierungs-Streichungen, Leistungsausschlüsse. Ein konkreter Vorgeschmack ist bereits öffentlich: Am 28. Mai 2026 hat der CDU-Fraktionsvize Albert Stegemann gefordert, dass das selbstbewohnte Eigenheim bei Pflegebedürftigkeit vorrangig zur Pflegefinanzierung eingesetzt werden soll, durch Verkauf, Beleihung oder spätere Verwertung. Das wäre ein Bruch mit § 90 SGB XII, der das selbstbewohnte angemessene Haus heute als Schonvermögen vor dem Zugriff des Sozialamts schützt. Aktuelle Pflegekosten liegen im ersten Jahr durchschnittlich bei 3.245 Euro Eigenanteil pro Monat. Eigentum würde damit zur Verhandlungsmasse der Pflegekassen-Defizite.

Die Hilfsmittelversorgung

Vierfachbelastung

Die Hilfsmittelversorgung wird im GKV-BStabG an vier Stellen gleichzeitig belastet: durch einen pauschalen Abschlag von 3 Prozent auf alle neu beginnenden Hilfsmittelversorgungen nach § 33 SGB V im Zeitraum 1. Januar 2027 bis 31. Dezember 2028, durch die Bindung an die Veränderungsrate als Vergütungsobergrenze, durch den zusätzlichen Abzug von 1 Prozentpunkt auf diese Veränderungsrate

für 2027 bis 2029 und durch eine Verschärfung der Festbetragsregelungen, nach der die künftige Kalkulationsbasis am oberen Rand des unteren Drittels der nach Abgabemengen gewichteten Herstellerabgabepreise liegen darf. Festbeträge werden damit systematisch nach unten gedrückt.

Anteil und Einordnung

Hilfsmittel machen laut WvD-Broschüre „Zahlen, Daten, Fakten 2026“ nur 3,1 Prozent der GKV-Gesamtausgaben aus — der Anteil sinkt seit Jahren. Die Finanzkommission Gesundheit hat den Hilfsmittelsektor selbst nicht als Kostentreiber identifiziert. Die Ausgabenentwicklung war moderat. Trotzdem wird er pauschal gekürzt.

Hilfsmittel sind kein reiner Produktmarkt, sondern ein komplexer Dienstleistungsmarkt: Beratung, individuelle Anpassung, Reparatur, Nachversorgung und wohnortnahe Betreuung sind zentrale Bestandteile der Patientenversorgung. Die pauschale Kürzung trifft beides gleichermaßen — ohne zwischen einem Standard-Produkt aus dem Lager und einer hochkomplexen, individuell angepassten Versorgung zu unterscheiden. Genau diese Differenzierung fehlt im Gesetzentwurf vollständig.

„Die 3 Prozent gibt es nicht“

Die drei Prozent existieren in der Branche nicht — weder als Marge noch als versteckter Spielraum. Personalkosten, Energie, Logistik, Beschaffung: die Inflation seit 2022 hat jeden Puffer aufgefressen. Der Pauschalabschlag trifft nicht nur die Produkte. Beratung, Einweisung, individuelle Anpassung, Reparatur und Hausbesuch sind im Vertragspreis enthalten und sinken anteilig mit. Der Zukunftsforscher Thomas Druyen hat es im FOCUS treffend formuliert: Die Hilfsmittelversorgung ist „die stille Infrastruktur der Eigenständigkeit“. Wer dort pauschal kürzt, spart nicht an Überfluss, sondern torpediert die Leistungsfähigkeit eines ganzen Versorgungssektors. Druyen weiter: Die Politik behandle Versorgung wie Produktlogistik. Aber ein Hilfsmittel sei nicht nur ein Gegenstand. Dazu gehörten Mobilität, Würde, Teilhabe, Prävention — und oft der Unterschied zwischen zu Hause leben oder ins Heim müssen.

Die Realität in der Hilfsmittel-Branche: WvD-Branchenumfrage 2026

Die aktuelle WvD-Branchenumfrage 2026 (207 befragte Unternehmen aus allen Bundesländern, Erhebung Januar und Februar 2026) zeigt die strukturelle Belastung der Branche bereits vor der geplanten Kürzung. 66 Prozent der Hilfsmittel-Unternehmen wenden mehr als 30 Prozent ihrer Betriebszeit für Bürokratie auf. 82 Prozent berichten, dass die Bürokratie im Vorjahresvergleich weiter zugenommen hat. 84 Prozent erwarten eine weitere Zunahme. Die größten Bürokratietreiber sind aus Sicht der Betriebe seit Jahren unverändert: die Vielfalt der Verträge mit jeder einzelnen Krankenkasse (89 Prozent Nennung) und die Dokumentationspflichten gegenüber den Kostenträgern (85 Prozent). 76 Prozent rechnen mit einer weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels, 62 Prozent sehen die Hilfsmittelversorgung dadurch bereits gefährdet. Ein konkretes Beispiel aus der WvD-Broschüre: Bei der Versorgung mit einer einfachen Kniebandage stehen 22 Minuten direkter Versorgungszeit ganzen 31

Minuten Bürokratie-Aufwand gegenüber. In dieses System hinein soll jetzt pauschal um 3 Prozent gekürzt werden.

Kinderintensivversorgung doppelt getroffen

Besonders hart trifft der Pauschalabschlag die spezialisierten Hilfsmittel-Provider für die pädiatrische außerklinische Intensivversorgung. Der Hilfsmittelbedarf bei beatmeten Kindern ist strukturell höher als bei Erwachsenen: Wachstum erzwingt häufige Größenanpassungen bei Trachealkanülen, Halsweiten und Beatmungszubehör; spezielle Grunderkrankungen wie Undine-Syndrom oder komplexe Mehrfachbehinderung machen Sonderanfertigungen erforderlich; atraumatische pädiatrische Absaugkatheter und kindgerechtes Verbrauchsmaterial sind teurer; Beratungs- und Anpassungsleistungen für die Familien sind aufwendiger. Bereits die heutigen Pauschalvergütungen bilden diesen Mehraufwand nach Auffassung des BVMed nicht ab. Ein zusätzlicher Pauschalabschlag von drei Prozent ist für spezialisierte Kinder-Provider nicht mehr darstellbar. Die Folge: Kinderversorgungen werden aus dem Sortiment herausgenommen, oder Provider geben den Betrieb auf. Regionale Versorgungsalternativen für beatmete Kinder gibt es kaum.

Was bei den Patientinnen und Patienten ankommt

Druyens Aufzählung der unmittelbaren Folgen für die Versorgten ist konkret und verzichtet auf jede Dramatisierung: Der neue Rollstuhl kommt später. Die Prothese wird schwieriger anzupassen. Die Wundversorgung wird lückenhafter. Der ältere Mensch bleibt länger im Krankenhaus, weil die häusliche Versorgung nicht rechtzeitig organisiert wird. Das behinderte Kind muss weiter fahren, weil regionale Anbieter verschwinden. Auf dem Papier sinken Kosten — im Leben der Menschen steigen Unsicherheit, Wartezeit und Abhängigkeit.

Eingriffe in die Versicherten-Leistungen

Das GKV-BStabG greift weit über die Pflege hinaus. Die Versicherten sollen 2027 zusammen rund 2,5 Milliarden Euro (15 Prozent der Entlastung) tragen. Konkrete Eingriffe:

- Medikamenten-Zuzahlung steigt um 50 Prozent: von 5–10 Euro je Verordnung auf 7,50–15 Euro, künftig dynamisch an die Veränderungsrate der Grundlohnsumme gekoppelt. Die Belastungsgrenze von 2 Prozent vom Bruttoeinkommen (bei chronisch Kranken 1 Prozent) bleibt.
- Familienversicherung wird teilweise kostenpflichtig: Ab 1. Januar 2028 wird ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent auf das Einkommen des erwerbstätigen Mitglieds für beitragsfrei familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner eingeführt. Ausgenommen bleiben Haushalte mit Kindern unter sieben Jahren, mit einem Kind mit Behinderung, mit pflegenden Angehörigen, mit voll erwerbsgeminderten Personen oder Personen ab Regelaltersgrenze. Kinder bleiben generell beitragsfrei mitversichert.
- Zahnersatz-Festzuschuss wird von 60 auf 50 Prozent gesenkt.

- Hautkrebscreening wird auf risikobasiertes Screening umgestellt — flächendeckende Vorsorge fällt weg.
- Für bestimmte planbare, mengenanfällige Eingriffe wird ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren eingeführt; der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt jährlich mindestens einen Eingriff.
- Die Beitragsbemessungsgrenze wird 2027 einmalig zusätzlich um 300 Euro pro Monat angehoben.

Die beitragsfreie Familienversicherung ist seit der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883 ein Kernpfeiler des deutschen Solidarsystems — der Hauptverdiener versichert die Familie mit. Dieser Pfeiler wird mit dem GKV-BStabG erstmals strukturell angebrochen. Besonders betroffen sind Alleinverdiener-Familien mit Schulkindern sowie Haushalte, in denen ein Partner ohne pflegerische oder altersbedingte Befreiungsgründe zu Hause bleibt.

Fazit

Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz ist in der gegenwärtigen Fassung kein strukturelles Reformgesetz. Es ist ein Sparpaket, das auf jede Schulter etwas legt — und das die ambulante Pflege und die Hilfsmittelversorgung überproportional belastet, gemessen an ihrem tatsächlichen Anteil an den GKV-Gesamtausgaben.

Die Streichung der Tarifierfinanzierungs-Pflicht in §§ 132a und 132l SGB V bei gleichzeitigem Erhalt der Tariftreuepflicht nach § 72 SGB XI ist die zentrale Konstruktionsschwäche. Sie führt für die meisten Pflegedienste zu einer Zwickmühle, die nur reine Intensivpflegedienste durch Verzicht auf die Pflegekassen-Zulassung umgehen könnten — mit den entsprechenden politischen und versorgungspraktischen Folgen.

Bei den Hilfsmittel-Providern trifft der pauschale 3-Prozent-Abschlag eine Branche, die laut WvD-Branchenumfrage 2026 bereits zwei Drittel ihrer Betriebszeit mit Bürokratie verbringt und einen massiven Fachkräftemangel zu tragen hat. Standardversorgung wird das überleben. Komplexe, beratungs- und personalintensive Versorgung wird sich aus der Fläche zurückziehen — insbesondere die Versorgung, die für die außerklinische Intensivpflege essentiell sind.

Bei den Versicherten werden zentrale Solidarprinzipien angefasst — am sichtbarsten die beitragsfreie Familienversicherung. Politisch durchsetzbar ist all das, weil die ambulante Pflege berufspolitisch nicht organisiert ist und weil Politik weiß, dass im Zweifel die Angehörigen einspringen. Die größte „Berufsgruppe“ in der Pflege ist die unsichtbare Belegschaft der pflegenden Familien.

Die CNI bereitet zu den hier beschriebenen Eingriffen eine schriftliche Stellungnahme an den Ausschuss für Gesundheit vor. Sie enthält zwei konkrete Änderungsvorschläge: eine Ausnahme von der Vergütungsobergrenze nach § 71 SGB V für tariflich gebotene Personalkosten in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege sowie eine Ausnahme vom 3-Prozent-Hilfsmittelabschlag für versorgungskritische Hilfsmittel der außerklinischen Intensivversorgung.

Was am Ende rechnerisch herauskommt: 16,3 Milliarden Euro Gesamteinsparung 2027, abzüglich 2 Milliarden gekürztem Bundeszuschuss — nicht ausreichend, die GKV-Deckungslücke eines einzigen Jahres zu schließen. Die nächste Sparrunde ist absehbar. Der Vorstoß zum Eigenheim-Zugriff bei Pflegebedürftigkeit, am 28. Mai 2026 öffentlich formuliert, ist der erste konkrete Hinweis darauf, wohin sie führen wird.

Quellen

Alle Online-Quellen abgerufen am 31. Mai 2026. Stand der Gesetzgebung: Kabinettsentwurf vom 29. April 2026.

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz — Kabinettsentwurf vom 29.04.2026. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- BMG: Referentenentwurf zum GKV-BStabG vom 16.04.2026. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- BMG: Vorläufige Finanzergebnisse der GKV für das Jahr 2024. Pressemitteilung vom 07.03.2025. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen>
- GKV-Spitzenverband: Stellungnahme zum Referentenentwurf GKV-BStabG vom 19.04.2026. <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik 2023 — 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023. Pressemitteilung Dezember 2024. <https://www.destatis.de>
- Wir versorgen Deutschland (WvD): Broschüre „Zahlen, Daten, Fakten 2026“ sowie Branchenumfrage 2026. Berlin 2026. <https://www.wirversorgendeutschland.de>
- WvD: „WvD kritisiert Kabinettsbeschluss zum GKV-BStabG“. Pressemitteilung vom 29.04.2026. <https://www.wirversorgendeutschland.de>
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Stellungnahme zum Referentenentwurf GKV-BStabG vom 20.04.2026. <https://www.dbfk.de>
- BIV-OT (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): „GKV-BStabG zerstört Hilfsmittelversorgungsstrukturen“. Pressemitteilung April 2026. <https://www.biv-ot.org>
- BVMed (Bundesverband Medizintechnologie): „Nicht zu Lasten von Versorgungsqualität und Innovation“. Stellungnahme April 2026. Zur pädiatrischen Versorgung zusätzlich: BVMed, „Versorgung tracheotomierter Kinder im Pauschalensystem“, <https://www.bvmed.de>.
- Schmidt-Ohlemann, Matthias: Bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung für Kinder und Jugendliche — Probleme und Handlungsoptionen. Expertise als Landesarzt für Körperbehinderte Rheinland-Pfalz, herausgegeben von der DVfR, 2022. <https://www.reha-recht.de>
- Arbeitgeberverband Pflege (AGVP): Auswertung Schließungen und Insolvenzen ambulanter Pflegedienste Januar 2023 – Juli 2024; „Deutschlandkarte Heimsterben“. Berlin 2024. <https://arbeitgeberverband-pflege.de>
- ETL ADVISION GmbH: Wirtschaftsmonitor ambulante Pflege — Kennzahlenentwicklung 2020 bis 2023. Berlin/Deutscher Pflorgetag 2024. <https://www.etl-advision.de/aktuelles/wirtschaftsmonitor-ambulante-pflege>
- Häusliche Pflege (Vincentz Network): „Über 1000 Insolvenzen und Schließungen seit Anfang 2023“; „GKV-Reform: Bundesregierung hält an Streichung der Tarifierfinanzierung in der HKP fest“. 2026. <https://www.haesuliche-pflege.net>

- Druyen, Thomas: „Der Tiefschlag des GKV-Sparpakets, über den kaum jemand spricht". FOCUS online, Mai 2026. <https://www.focus.de>
- Pflegerechtsberater Berlin: „BSG hat über 24-Stunden-Intensivpflege entschieden — Drachenflieger-Urteil gilt nicht mehr". <https://www.pflegerechtsberater.de>. BSG, Urteil vom 17.06.2010, Az. B 3 KR 7/09 R, abrufbar über <https://dejure.org>.
- Apotheke ADHOC: „Spargesetz — Zeitplan steht". 2026. <https://www.apotheke-adhoc.de>
- AOK-Bundesverband: Krankenhausreport 2026. AOK Presse und Politik: „GKV-Reform soll 2027 knapp 20 Milliarden Euro einsparen". <https://www.aok-bv.de>
- Die Techniker (TK): „Ein großes Sparpaket mit Schiefelage". Standpunkt zum GKV-BStabG. <https://www.tk.de>
- vdek (Verband der Ersatzkassen): „Schlag ins Gesicht für GKV-Beitragszahlende: Bundesregierung will Bundeszuschuss um 2 Milliarden Euro kürzen". Pressemitteilung 2026. <https://www.vdek.com>
- Stegemann, Albert (CDU): Stellungnahme zur Pflegefinanzierung vom 28.05.2026, berichtet u.a. in t-online, Tagesspiegel, Deutsches Ärzteblatt. <https://www.tagesspiegel.de>

Herausgeber:

CNI – Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung e.V.

Autorin:

Nadya Klarmann

1. Vorsitzende der CNI – Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung e.V.; seit Jahrzehnten in der ambulanten Pflege und außerklinischen Intensivversorgung tätig; 2020/2021 Präsidentin der Pflegekammer Niedersachsen.

Kontakt: vorstand@cni-net.de

CNI – Fachgesellschaft Kompetenz Netzwerk außerklinische Intensivversorgung e. V.

Vereinsmeldeadresse: Weidenstraße 9, 72459 Albstadt · Geschäftsstelle Nord: Bahnhofstraße 28–30, 45701 Herten

Vereinsregister VR 720 427, Amtsgericht Stuttgart

vorstand@cni-net.de · www.cni-net.de