

FAQ zum GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Einordnung mit besonderem Blick auf Pflege, Pflegemanagement und Krankenhausfinanzierung

Wichtiger Hinweis zum Rechtsstand

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist am 30. Juli 2026 in Kraft getreten. Die folgenden FAQs fassen den aktuellen Stand und die pflegerelevanten Auswirkungen zusammen. Bei Budgetverhandlungen und juristischen Einzelfragen sind Gesetzestext, untergesetzliche Regelungen und die krankenhausindividuelle Verhandlungssituation maßgeblich.

Das Gesetz soll die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027 stabilisieren. Dazu werden Ausgabensteigerungen begrenzt, Finanzierungsregeln verändert und zusätzliche Belastungen auf mehrere Akteursgruppen verteilt. Für das Pflegemanagement besonders relevant sind die Neuregelungen zum Pflegebudget, zur Finanzierung von Tarifsteigerungen, zum Ausgleich tatsächlicher Pflegepersonalkosten und zur Abgrenzung pflegebudgetfähiger Tätigkeiten.

Fragen und Antworten

1. Was ist das Ziel des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes?

Das Gesetz soll die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung wieder stärker an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen koppeln. Hintergrund ist eine erhebliche Finanzierungslücke: Für 2027 wurde zuletzt mit rund 19 Milliarden Euro gerechnet. Ohne Gegenmaßnahmen wären deutliche Erhöhungen der Zusatzbeiträge wahrscheinlich.

2. Ist das Gesetz bereits beschlossen?

Ja. Der Bundestag hat das Gesetz am 10. Juli 2026 beschlossen. Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist es am 30. Juli 2026 in Kraft getreten. Damit handelt es sich nicht mehr nur um einen Gesetzentwurf.

3. Warum ist das Gesetz für das Pflegemanagement so bedeutsam?

Weil es die bisherige Logik des Pflegebudgets spürbar verändert. Das Pflegebudget bleibt bestehen, wird aber ab 2027 stärker begrenzt. Mehrkosten werden nicht mehr automatisch vollständig ausgeglichen, Tarifsteigerungen werden nur noch anteilig refinanziert und zusätzliche pflegeentlastende Maßnahmen werden nicht mehr pauschal über das Pflegebudget finanziert.

4. Wird das Pflegebudget abgeschafft?

Nein. Das Pflegebudget wird nicht abgeschafft. Es wird jedoch von einem weitgehend selbstkostendeckenden System zu einem stärker gedeckelten und verhandlungsabhängigen System weiterentwickelt. Das ist politisch und praktisch eine erhebliche Veränderung.

5. Was ist ab 2027 die Ausgangsgrundlage für das Pflegebudget?

Ausgangsgrundlage für 2027 ist grundsätzlich das für 2026 vereinbarte Pflegebudget. Davon wird der Betrag abgezogen, der für pflegeentlastende Maßnahmen zusätzlich berücksichtigt worden war. In den Folgejahren bildet grundsätzlich das Pflegebudget des jeweiligen Vorjahres die Basis.

6. Welche Bedeutung hat der Veränderungswert?

Der Anstieg des Pflegebudgets wird künftig grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt. Damit kann das Budget nicht mehr allein deshalb steigen, weil die tatsächlichen Pflegepersonalkosten stärker wachsen. Eine Überschreitung bleibt möglich, wenn verbindliche Personalvorgaben aus Bundesrecht, Rechtsverordnungen oder Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordern.

7. Können Krankenhäuser weiterhin zusätzliches Pflegepersonal vollständig refinanzieren?

Nicht mehr ohne Weiteres. Ein Personalaufbau oberhalb der allgemeinen Budgetgrenze kann insbesondere dann berücksichtigt werden, wenn er zur Einhaltung verbindlicher Personalvorgaben erforderlich ist. Ein darüber hinausgehender Aufbau von Pflegepersonal wird deutlich schwieriger zu refinanzieren und muss besonders belastbar begründet werden.

8. Was passiert, wenn die tatsächlichen Pflegepersonalkosten höher sind als vereinbart?

Nach der neuen Regelung werden Mehrkosten grundsätzlich nicht mehr nachträglich ausgeglichen. Das Krankenhaus trägt damit ein erheblich größeres wirtschaftliches Risiko, wenn Personal- oder Kostenentwicklungen oberhalb des vereinbarten Budgets liegen.

9. Was passiert bei niedrigeren tatsächlichen Pflegepersonalkosten?

Minderkosten werden weiterhin vollständig ausgeglichen. Damit bleibt die Rückzahlung beziehungsweise Verrechnung nicht verbrauchter Mittel bestehen, während Mehrkosten nicht mehr symmetrisch refinanziert werden. Genau diese Asymmetrie ist aus Sicht des Pflegemanagements kritisch.

10. Wie werden Tarifsteigerungen künftig finanziert?

Tarifsteigerungen oberhalb der allgemeinen Grenze werden im Pflegebereich nicht mehr vollständig refinanziert. Die unterjährige Erhöhung des Pflegeentgeltwerts erfolgt nur noch in Höhe von 50 Prozent der vereinbarten Erhöhungsrates. Dadurch verbleibt ein Teil der tarifbedingten Kostensteigerung beim Krankenhaus.

11. Was passiert mit den zusätzlichen 2,5 Prozent für pflegeentlastende Maßnahmen?

Die pauschale zusätzliche Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets entfällt ab 2027. Jedoch können diese Kosten on Top im Rahmen der Budgetverhandlungen verhandelt werden.

12. Welche Tätigkeiten sind weiterhin im Pflegebudget berücksichtigungsfähig?

Berücksichtigungsfähig bleiben Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen. Entscheidend ist nicht allein die Berufsbezeichnung, sondern der konkrete funktionale Bezug zur Patientenversorgung.

13. Welche Tätigkeiten sollen nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden?

Nicht berücksichtigt werden Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen. Das Gesetz nennt insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative und technische Tätigkeiten. Die dienstliche oder organisatorische Zuordnung allein reicht nicht aus, um eine Tätigkeit als pflegebudgetfähig einzuordnen.

14. Bedeutet das, dass Dokumentation, Koordination und Übergaben nicht mehr finanzierbar sind?

Nein. Pflegefachliche Dokumentation, Pflegeplanung, Risikoeinschätzung, Übergaben, Fallbesprechungen und patientenbezogene Koordination sind nicht automatisch pflegefremd. Sie müssen aber nachvollziehbar als Bestandteil des individuellen Pflegeprozesses, der Patientensicherheit und der unmittelbaren Versorgung beschrieben werden. Genau deshalb sind klare Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsprofile jetzt so wichtig.

15. Welche Bedeutung haben Stellenbeschreibungen künftig?

Stellenbeschreibungen werden zu einem zentralen Nachweis- und Steuerungsinstrument. Sie sollten Pflegeprozessverantwortung, pflegefachliche Entscheidungsanteile, patientenbezogene Koordination, Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung eindeutig beschreiben. Pauschale oder historisch gewachsene Tätigkeitslisten reichen in Budgetverhandlungen nicht mehr aus.

16. Welche Rolle spielt der Qualifikationsmix?

Der Qualifikationsmix muss künftig noch klarer an Aufgaben, Verantwortung und Kompetenz ausgerichtet werden. Pflegefachpersonen tragen die vorbehaltene Verantwortung für den Pflegeprozess. Assistenz- und Hilfspersonal kann definierte Aufgaben entsprechend Qualifikation, Kompetenz und Delegationsrahmen übernehmen. Ein unstrukturiertes „Alle machen alles“ ist weder fachlich noch finanzierungslogisch tragfähig.

17. Was bedeutet das Gesetz für Service- und Entlastungskräfte?

Die Finanzierung dieser Beschäftigtengruppen wird schwieriger, wenn ihre Tätigkeiten keinen unmittelbaren patientenbezogenen Pflegeprozessbezug haben. Häuser müssen prüfen, welche Aufgaben tatsächlich pflegeentlastend, welche patientenbezogen und welche als allgemeine Service-, Logistik- oder Hauswirtschaftsleistungen einzuordnen sind. Ein Wegfall solcher Funktionen wäre allerdings fachlich kurzsichtig, wenn dadurch Pflegefachpersonen wieder mehr pflegeferne Aufgaben übernehmen müssen.

18. Welche Risiken entstehen für die pflegerische Versorgung?

Es besteht das Risiko, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichem Druck Personalaufbau, Qualifikationsentwicklung oder Entlastungsstrukturen zurückstellen. Gleichzeitig steigen Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Personalvorgaben weiter. Ohne eine konsequente pflegefachliche

Steuerung droht eine Verschiebung von Aufgaben auf Pflegefachpersonen und damit eine zusätzliche Arbeitsverdichtung.

19. Was müssen Pflegedirektionen jetzt konkret tun?

Pflegedirektionen sollten Pflegebudget, Stellenplan, Qualifikationsmix und Tätigkeitsprofile eng miteinander verbinden. Erforderlich sind belastbare stationsbezogene Personalbedarfsdaten, klare Kompetenz- und Delegationsmodelle, eine saubere Abgrenzung pflegefachlicher und pflegeferner Tätigkeiten sowie eine enge Vorbereitung der Budgetverhandlungen gemeinsam mit Controlling, Personalbereich und Geschäftsführung.

20. Welche Daten sollten Krankenhäuser künftig vorhalten?

Benötigt werden insbesondere Daten zu Personalbestand und -qualifikation, Fluktuation, Ausfallzeiten, Leiharbeit, Patientenschwere, Pflegebedarf, gesetzlichen Personalvorgaben, Tätigkeitsanteilen, Tarifentwicklung und nicht besetzten Stellen. Ohne diese Daten wird es kaum möglich sein, Budgetsteigerungen oder zusätzliche Personalbedarfe überzeugend zu begründen.

21. Welche Position vertritt der Bundesverband Pflegemanagement?

Die Stabilisierung der GKV-Finzen ist notwendig. Sie darf jedoch nicht zulasten von Patientensicherheit, Pflegequalität und professioneller Entwicklung gehen. Pflegepersonalkosten sind keine beliebig kürzbare Restgröße. Eine Finanzierungslogik, die Mehrkosten bei Krankenhäusern belässt, Minderkosten aber vollständig abschöpft, setzt problematische Anreize und schwächt die Handlungsfähigkeit des Pflegemanagements.

22. Was ist die zentrale Botschaft an die Politik?

Wer verbindliche Personalvorgaben, höhere Qualitätsanforderungen und eine stärkere Professionalisierung der Pflege fordert, muss deren Finanzierung dauerhaft und verlässlich absichern. Eine Begrenzung der Ausgaben ohne eine belastbare Personalbemessung und ohne Schutz der pflegerischen Versorgungsqualität greift zu kurz.

23. Was ist die zentrale Botschaft an Krankenhäuser?

Pflege muss jetzt fachlich, organisatorisch und wirtschaftlich klarer beschrieben werden. Wer Pflege nur über einzelne Verrichtungen oder Kostenstellen definiert, wird in der neuen Finanzierungslogik verlieren. Entscheidend sind transparente Pflegeprozesse, eindeutige Verantwortlichkeiten, qualifikationsgerechter Personaleinsatz und belastbare Daten.

24. Was bleibt derzeit noch offen?

Offen bleibt vor allem, wie restriktiv die neuen Regeln in den konkreten Budgetverhandlungen ausgelegt werden und wie sich die Abgrenzung unmittelbarer Patientenversorgung in der Praxis entwickelt. Auch die Auswirkungen auf Personalaufbau, Tarifbindung, Entlastungsstrukturen und sektorenübergreifende Versorgung müssen eng beobachtet werden.