



**Dr. Carolin Wagner**

Mitglied des Deutschen Bundestages

Vorsitzende der bayerischen Landesgruppe in der SPD-Bundestagsfraktion

Dr. Carolin Wagner, MdB | Richard-Wagner-Straße 4/I | 93055 Regensburg

**Dr. Carolin Wagner, MdB**

Richard-Wagner-Straße 4/I

93055 Regensburg

Telefon: +49 941 59982852

carolin.wagner.wk@bundestag.de

**Dr. Carolin Wagner, MdB**

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Telefon: +49 30 227-73929

carolin.wagner@bundestag.de

Regensburg, 27.05.2026 / ag

## **Zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mir geschrieben, weil sie Kritik oder Fragen zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) haben, das die Bundesregierung am 29. April beschlossen hat. Das Gesetz soll im Juni in erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten werden und noch vor der Sommerpause abgeschlossen werden. Auch hier gilt allerdings das Struck'sche Gesetz: Kein Gesetz verlässt das Parlament unverändert, notwendige Änderungen werden wir konsequent einbringen.

Deutschland verfügt über eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, erreicht im internationalen Vergleich jedoch oft nur eine mittelmäßige Versorgungsqualität. Die starken Ausgabenanstiege der letzten Jahre haben Versicherte und Arbeitgeber durch Zusatzbeiträge in Rekordhöhe von mittlerweile rund 65 Milliarden Euro pro Jahr finanziert. Weitere Beitragssatzerhöhungen können wir weder den Rentnerinnen und Rentnern noch den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern zumuten. Gleichzeitig sind auch die öffentlichen Haushalte in einer schwierigen Lage

Vor diesem Hintergrund hatte die Bundesregierung die Finanzkommission Gesundheit beauftragt, Empfehlungen vorzulegen, mit denen das zum 1. Januar 2027 drohende Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 15,3 Mrd. Euro kurzfristig gedeckt werden kann. Bis 2030 könnte das Defizit auf rund 40 Mrd. Euro steigen. Das würde einen Anstieg der Zusatzbeiträge auf 4,7 % bedeuten, bzw. einen Gesamtbeitragssatz zur Krankenversicherung von 19,3 %.

Der Gesetzentwurf hält sich eng an die 66 Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit. Er schlägt eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen vor, durch die im Jahr 2027 insgesamt 16,3 Mrd. Euro eingespart werden sollen. Die Belastungen werden auf viele Schultern verteilt, auch um deutlich zu machen, dass Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte, Therapeuten, Hebammen und alle weiteren Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso einen Teil der Lasten tragen müssen, wie Hersteller von Arzneimitteln und Hilfsmitteln, Krankenkassen, Beitragszahler und der Bund.

Dieses Gesetz kann nur eine Übergangslösung sein. Gleichzeitig müssen die vereinbarten Strukturreformen konsequent vorangetrieben und umgesetzt werden – insbesondere die Krankenhausreform, die Reform der Notfallversorgung, die Weiterentwicklung des Apothekenwesens, eine stärkere Primärversorgung sowie die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens. Ziel ist eine zügige und zugleich nachhaltige Verbesserung des Systems.



Der Gesetzentwurf folgt wichtigen Grundsätzen, die auf die Empfehlungen der Finanzkommission zurückgehen:

### **1. Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik**

Wir können auf Dauer nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeben, als wir einnehmen, wenn wir ständig steigende Beitragssätze vermeiden wollen. Die Analyse der Finanzkommission hat gezeigt, dass die starke Ausgabendynamik in erster Linie auf Preis- und Vergütungssteigerungen zurückzuführen sind und nicht demografiebedingte Ausgabensteigerungen einer älter werdenden Bevölkerung darstellen. Wenn die Ausgaben nur in dem Maße steigen, in dem auch die Beitragseinnahmen steigen, dann sind auch auf Dauer stabile Beitragssätze möglich. Dieser Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bereits in § 71 SGB V angelegt. Allerdings wurden in den vergangenen Jahren viele, zum Teil gut begründete Ausnahmen von diesem Grundsatz zugelassen. Nunmehr soll in jedem Bereich wieder zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zurückgekehrt werden. Damit sind auch in Zukunft weitere Vergütungs- und Tarifanstiege möglich. Allerdings werden diese grundsätzlich durch das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt.

### **2. Stärkung der evidenzbasierten Medizin**

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind Zwangsbeiträge, die von Lohn, Gehalt oder Rente erhoben werden. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber müssen sich deshalb darauf verlassen können, dass ihre Beiträge ausschließlich für Leistungen verwendet werden, die ihren Nutzen wissenschaftlich belegt haben. Dieser Grundsatz soll auch für Satzungsleistungen gelten. Das sind Leistungen, die nicht im gesetzlichen Leistungskatalog stehen und die einzelne Kassen zusätzlich anbieten können.

### **3. Streichung von Sondervergütungen**

Alle Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen für die Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten stehen. Sondervergütungen, die nicht zu einer besseren Versorgung der Versicherten geführt haben, müssen deshalb wieder abgeschafft werden.

### **4. Stärkung der Prävention**

Der Bund wird in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren ab 2028 eine Abgabe auf zucker gesüßte Getränke einführen, deren Erlöse der gesetzlichen Krankenversicherung zufließen sollen. Damit sollen jährlich 450 Mio. Euro in den Gesundheitsfonds fließen. Auch die Steuern auf Tabak und Branntwein werden erhöht.

Eines ist klar: Stillstand können wir uns nicht leisten. Wir werden die notwendigen Entscheidungen jetzt treffen und die Reformen zügig auf den Weg bringen. Die SPD wird dabei aufs Tempo drücken, denn sie können zu Recht von uns erwarten, dass wir die gesundheitliche Versorgung nachhaltig sichern und verbessern und dabei die Bezahlbarkeit im Blick behalten.

**Zu den einzelnen Themenfeldern:**

- **Einschränkungen bei der kostenfreien Versicherung von Ehegatten**



Familien müssen geschützt werden. Deshalb steht die geplante Einschränkung der kostenfreien Ehegattenversicherung bei uns ganz oben auf der Prioritätenliste. Klar ist, dass die kostenfreie Familienversicherung für Kindern vollständig erhalten bleibt. Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass für Familien mit Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit pflegebedürftigen Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze die beitragsfreie Ehegattenversicherung ebenfalls unverändert bestehen bleibt. Für Ehepartnerinnen und Ehepartner außerhalb dieser Gruppen haben wir im Rahmen der Ressortabstimmung erreicht, dass die geplante Beitragserhöhung von 3,5 auf 2,5 Prozent reduziert wird. Im parlamentarischen Verfahren werden wir uns für weitere Verbesserungen für die Familien einsetzen.

- **Beiträge für Grundsicherungsempfänger**

Die gesundheitliche Absicherung von Menschen in der Grundsicherung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb darf sie nicht dauerhaft einseitig zulasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung gehen.

Die derzeitigen Beiträge für Grundsicherungsempfänger werden aus dem Bundeshaushalt bezahlt. Sie decken aber die Kosten dieser Gruppe nicht vollständig ab. Deshalb haben wir uns für zusätzliche Steuermittel eingesetzt, die weiter ausgebaut werden sollen.

Der Gesetzentwurf sieht einen stufigen Einstieg für eine stärkere Beteiligung des Bundes bis zu einem Volumen von 2 Milliarden Euro pro Jahr vor. Wir schlagen eine weitere Anhebung der Beiträge von Grundsicherungsempfänger in Richtung des Mindestbeitrags freiwillig Versicherter vor. Ziel ist eine langfristig stabile Finanzierung, an der sich alle entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit beteiligen – und damit eine solidarische, leistungsfähige Versorgung für alle.

- **Kürzung des Bundeszuschusses**

Der Bundeszuschuss zur GKV dient als pauschale Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht werden, obwohl sie eigentlich staatliche Aufgaben sind und nicht von der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler finanziert werden sollten. Dazu gehört z.B. die kostenfreie Familienversicherung. Die geplante Kürzung um 2 Milliarden Euro jährlich ist keine sachlich begründete gesundheitspolitische Maßnahme, sondern Teil einer pauschalen Sparvorgabe an alle Ressorts. Diese Kürzung ist Ausdruck der schwierigen Haushaltslage.

Wir lehnen Kürzungen im Gesundheitsbereich ab und setzen uns stattdessen in den Haushaltsberatungen für neue Vorschläge zu gerechten Steuern und zusätzlichen Einnahmen ein. Weil die Versicherten und ihre Arbeitgeber in den letzten Jahren das Ausgabenwachstum in der gesetzlichen Krankenversicherung über steigende Zusatzbeiträge finanziert haben, wollen wir sie vor weiteren Belastungen bewahren.

- **Begrenzung der kieferorthopädischen Behandlung auf Fachzahnärzte Kieferorthopädie**

Die Qualität bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist uns besonders wichtig. Gleichzeitig darf eine neue Regelung aber nicht dazu führen, dass vorhandene Versorgungskapazitäten ohne Not wegfallen oder laufende Behandlungen gefährdet werden.

Die von der Bundesregierung eingesetzte Finanzkommission hat fünf Maßnahmen für den Bereich der Kieferorthopädie vorgeschlagen. Im Einzelnen handelt es sich um:



1. Die faktisch unbegrenzte Einzelleistungsvergütung zur kieferorthopädischen Behandlung soll durch eine Pauschalvergütung mit zugleich obligatorischer Messung der Ergebnisqualität ersetzt werden.
2. Die Abrechnungspositionen Ä934a im BEMA (Fernröntgenaufnahmen) und Ä935d (Panorama-Aufnahmen) werden nur noch nach einer evidenzbasierten Indikations- und Kontraindikationsliste genehmigt. Insbesondere Röntgenaufnahmen im Behandlungsverlauf bedürfen einer strengen Indikationsstellung. Hierzu wird der G-BA beauftragt, eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste zu beschließen.
3. Abrechnung von kieferorthopädischen Behandlungen sollen nur noch durch Vertragszahnärzte, die eine Fachzahnarztweiterbildung der Kieferorthopädie besitzen, erfolgen. Eine Ausnahmeregelung aufgrund von regionaler Unterversorgung kann unter Beachtung sinnvoller Mindestmengen ggf. geschaffen werden, falls für Patienten ansonsten Fahrzeiten von über 30 Minuten resultieren würden.
4. Einführung einer Überweisungspflicht für kieferorthopädische Behandlungen.
5. Der G-BA wird um eine mittelfristige Überprüfung der allgemeinen Anspruchskriterien zur kieferorthopädischen Behandlung sowie der zugehörigen Indikationen und Kontraindikationen gebeten.

Das BMG hat in seinem Gesetzentwurf diese Punkte aufgegriffen, allerdings ohne die von der Kommission vorgesehene Ausnahmeregelung bei Punkt 3. Die kieferorthopädische Behandlung zulasten der GKV soll an eine fachzahnärztliche Qualifikation gebunden werden. Für bereits begonnene Behandlungen ist eine Übergangsregelung vorgesehen.

Wir werden jetzt unmittelbar in die parlamentarischen Beratungen einsteigen. Dabei werden wir uns auf jeden Fall sehr genau mit den Auswirkungen der geplanten Maßnahmen auf die Sicherstellung der Versorgung und die Versorgungsqualität beschäftigen. Unser Augenmerk werden wir dabei auch auf die Kieferorthopädie richten. Natürlich können wir jetzt noch nicht sagen, wie die Verhandlungen am Ende ausgehen. Die betroffenen Verbände und Organisationen haben aber die Gelegenheit, ihre Anliegen bei der geplanten Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vorzutragen.

- **Streichung der Erstattungsfähigkeit von Homöopathie und Anthroposophie**

Die gesetzliche Krankenversicherung wird solidarisch finanziert. Gerade in einer angespannten Finanzlage müssen wir besonders sorgfältig darauf achten, dass Beitragsgelder für wirksame, notwendige und qualitätsgesicherte Versorgung eingesetzt werden. Deshalb ist die Streichung der Homöopathie nachvollziehbar.

Die Streichung der Homöopathie geht auf eine Empfehlung der Finanzkommission zurück, die die aktuelle Gesetzgebung vorbereitet hat. Die Kommission begründet ihre Empfehlung ausführlich:

**„Hintergrund/Handlungsbedarf**

*Leistungen der GKV unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 SGBV. Damit müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Homöopathische Leistungen sind seit jeher Auslöser kontroverser Debatten, da diese zwar keine Regelleistung der GKV darstellen, jedoch als freiwillige Satzungsleistung im freien Ermessen einzelner Krankenkassen erstattet werden können. Es gibt bisher keine wissenschaftlich belastbare Evidenz, die zeigt, dass der Effekt durch diese Behandlungsmittel über einen Placebo-Effekt hinausgeht (Gupta & Mathur 2016).*



*§ 11 Absatz 6 SGBV erlaubt es den Krankenkassen, in ihrer Satzung für einzelne, abschließend aufgezählte Leistungsbereiche zusätzliche und vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen vorzusehen (zur Geltung des Erlaubnisvorbehalts nach § 135 Absatz 1 SGBV auch für besondere Therapierichtungen (Bundessozialgericht 1998)).*

*Homöopathische Leistungen können entweder über § 11 Absatz 6 SGBV im Rahmen von Satzungsleistungen erstattungsfähig sein oder gemäß § 140a SGBV über Selektivverträge in Form einer besonderen Versorgung. Darüber hinaus besteht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr eine Erstattungsfähigkeit dieser Mittel als Satzungsleistung gemäß § 34 Absatz 1 Satz 2 und Satz 5 SGBV.*

*Deutschland gilt als Geburtsstätte der Homöopathie, weshalb historisch und gesellschaftlich viele Versicherte homöopathische Präparate weiterhin nutzen. Das Institut für Demoskopie Allensbach beschreibt im Rahmen eines Kurzberichts in 2023, dass etwa 60 % der Bevölkerung ab 16 Jahren schon mal homöopathische Arzneimittel genutzt haben (IfD Allensbach 2023). Auf dem OTC-Markt werden 8,7 Mrd. € in Deutschland in 2024 an homöopathischen Mitteln umgesetzt (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e.V. 2025).*

*Da die Verordnung von homöopathischen Leistungen auf verschiedene Regelungskreise fällt, ist eine eindeutige Erfassung der GKV-Ausgaben nicht möglich. Der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e. V. nannte in seinem Pharma-Report 2023 ca. 20 Mio. € als Ausgaben für Homöopathika und Anthroposophika zu Lasten der GKV sowie 75 Mio. € als Umsatz für verordnete Homöopathika im Apothekenmarkt (Bundesverband der pharmazeutischen Industrie e. V. 2023). Diese könnten im Rahmen von § 11 Absatz 6 SGBV ebenfalls von Krankenkassen übernommen worden sein, sofern diese Rechnungen von den Versicherten eingereicht wurden. Über den von der GKV erstatteten Anteil an diesen Ausgaben können lediglich Annahmen getroffen werden. Unter der Annahme, dass etwa 50 % der Versicherten ihr Rezept bei ihrer Krankenkasse für eine Erstattung einreichen, betragen die Ausgaben der GKV insgesamt rund 50 Mio. € für homöopathische und anthroposophische Leistungen. Der Ausgabenanteil von nur homöopathischen Präparaten wird auf etwa 40 Mio. € geschätzt.*

*Eine Aufhebung von homöopathischen Leistungen wird seit vielen Jahren von verschiedener Stelle gefordert, scheiterte letztlich aber am politischen Entscheidungswillen. Die Ärzteschaft hat bereits einen ersten Schritt getan und die ärztliche Zusatzbezeichnung Homöopathie in den meisten Bundesländern beziehungsweise Ärztekammerbereichen gestrichen (Bundesärztekammer 2022).*

### **Reformempfehlung**

*Die Kommission empfiehlt die Streichung der Kostenübernahme für homöopathische Leistungen. Darüber hinaus sollen alle weiteren Leistungen, die mit diesem Bereich zusammenhängen, aus der Erstattungsfähigkeit gestrichen werden, wie zum Beispiel die homöopathische Anamnese. Der Wettbewerb der Krankenkassen sollte nicht auf Kosten des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Absatz 1 SGBV ausgetragen werden.*

*Die Kommission empfiehlt grundsätzlich nur Leistungen mit nachgewiesenem medizinischem Nutzen von der GKV erstatten zu lassen. Dies gilt sowohl für die Regel-, als auch Satzungs- und Ermessensleistungen. Die Kommission hat entsprechende Empfehlungen an anderer Stelle formuliert (zum Beispiel Hautkrebsscreening (siehe Abschnitt 6.3.6), strengere Regelungen für DiGAs (siehe Abschnitt 6.8.3)): Leistungen mit fehlender Evidenz und ausbleibenden therapeutischen Nutzen sollten nicht von der GKV bezahlt werden. Die Homöopathie gilt hier als Beispiel einer Leistung ohne Nutznachweis, die jährlich Kosten in zweistelliger Millionenhöhe verursacht.“*



- **Streichung der Erstattung von Cannabis-Blüten**

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass der Anspruch auf medizinisches Cannabis in Form von getrockneten Blüten aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden soll. Der GKV-Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon soll hingegen bestehen bleiben. Medizinisches Cannabis in Form von getrockneten Blüten wäre damit weiterhin als Privatrezept für Selbstzahler erhältlich, könnte jedoch nicht mehr auf Kosten der GKV verschrieben werden.

Dieser Ansatz geht auf einen Reformvorschlag der Finanzkommission Gesundheit zurück. Diese ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die wissenschaftliche Evidenzlage zum Patientennutzen bei standardisierten Fertigarzneimitteln deutlich belastbarer sei als bei Cannabisblüten. Zudem sei eine Standardisierung der Blüten kaum möglich, da der Gehalt an THC und CBD in Cannabisblüten natürlichen Schwankungen durch Witterungsbedingungen oder Lagerungen unterliege. Insgesamt ziele die Maßnahme darauf ab die medizinische Nutzung von Cannabis stärker an den Grundsätzen der evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Arzneimitteltherapie auszurichten.

Für uns als SPD-Bundestagsfraktion ist es von zentraler Bedeutung, dass eine verlässliche, wohnortnahe und barrierefreie Versorgung für alle Patientinnen und Patienten, die auf medizinisches Cannabis angewiesen sind, gewährleistet bleibt. Auch wenn die Erstattung von Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität durch die GKV möglich bleiben soll, sehen wir den Regelungsvorschlag kritisch. Die Darreichungsform von medizinischem Cannabis sollte kein pauschales Ausschlusskriterium sein. Entscheidend ist für uns die Indikation und der Mehrwert für Patientinnen und Patienten und nicht die Applikationsform. Wir werden diese Regelung daher zum Gegenstand der öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag machen.

In der letzten Wahlperiode haben wir mit dem Cannabisgesetz einen Paradigmenwechsel in der Sucht- & Drogenpolitik eingeleitet und damit nach dem Scheitern der Verbotspolitik ausdrücklich gesellschaftliche Realitäten anerkannt. Aufgrund einer veränderten Risikobewertung wurde im Rahmen der Reform medizinisches Cannabis aus dem BtMG herausgenommen und auf diese Weise der Patientenzugang nachhaltig vereinfacht. In der Debatte um das MedCanG werden wir uns daher umso mehr dafür einsetzen, dass ein niedrigschwelliger Patientenzugang zu medizinischem Cannabis in Form von getrockneten Blüten erhalten bleibt.

- **Überarbeitung der Vorgaben für das Hautkrebsscreening**

Der Anspruch auf ein Hautkrebsscreening soll nicht gestrichen werden. Es geht vielmehr um eine zielgenauere Weiterentwicklung des Screenings. Die GKV-Finanzkommission hatte bei ihren 66 Empfehlungen unter anderem vorgeschlagen, den derzeitigen Anspruch auf eine Ganzkörperuntersuchung bei symptomlosen Gesunden ab 35 Jahren zu überprüfen und die Leistung bis zu einer Neuregelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auszusetzen.

Im Gesetzentwurf ist tatsächlich vorgesehen, dass die Leistung überprüft wird. Allerdings soll der bisherige Leistungsanspruch bis zu einer möglichen Neuregelung erhalten bleiben.

Die derzeitige, in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelte Hautkrebssrüherkennung soll auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung eines möglichen risiko-basierten Screenings für definierte Risikogruppen und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen überprüft und bis zum 31. Dezember 2027 neu geregelt werden.



- **Streichung der Zuschläge für Kurzzeittherapien in der ambulanten Psychotherapie**

Im Jahr 2020 haben wir Zuschläge für Kurzzeittherapien in der ambulanten Psychotherapie eingeführt. Ziel war es, die Wartezeiten auf einen Therapiebeginn zu verkürzen. Die Finanzkommission empfiehlt, die Zuschläge zu streichen, weil sie keinen messbaren Effekt auf die Versorgung psychisch Erkrankter haben. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung folgt dieser Empfehlung.

Im Zusammenhang mit den weiteren geplanten Maßnahmen im Bereich der Psychotherapie und der Entscheidung der Selbstverwaltung, die Honorare abzusenken, könnte u.U. eine übermäßige Belastung in diesem Versorgungsbereich entstehen. Wir werden deshalb im Rahmen der parlamentarischen Beratungen sehr genau prüfen, ob es im Ergebnis zu ungewollten Einschränkungen bei der Versorgung kommen könnte.

- **Streichung der vollständigen Tariffinanzierung**

Wir sind stolz darauf, den Pflegeberuf zu einem der attraktivsten Berufe in Deutschland gemacht und für anständige Bezahlung gesorgt zu haben. Wir haben uns immer für eine stärkere Tarifbindung eingesetzt und konnten viele Fortschritte für die Beschäftigten in der Pflege erreichen.

Angesichts der schwierigen Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung gilt es nun, einen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der Beschäftigten in der Pflege und den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern zu finden.

Zur Tariffinanzierung führen wir einen engen Dialog mit ver.di, um tragfähige Lösungen zu finden. Es darf auf keinen Fall dazu kommen, dass Träger, die nach Tarif bezahlen einen Nachteil haben.

Mit herzlichen Grüßen!

Dr. Carolin Wagner, MdB