



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 227 – Mitgliedschafts- und Beitragsrecht der GKV,
Steuerrecht und private Krankenversicherung
Bundesministerium für Gesundheit
Mauerstraße 29
10117 Berlin
BStabG@bmg.bund.de

München, 19.04.2026

**Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP)
zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der
gesetzlichen Krankenversicherung, BStabG
Geschäftszeichen: 60001#00003**

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

mail@bagp.de

Verantwortlich: Gregor Bornes & Carola Sraier, Sprecher:in der BAGP¹

¹ Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und – Initiativen (BAGP) zum Referentenentwurf eines Gesetzes Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Grundsätzliches zu BAGP-Stellungnahmen

Die Stellungnahmen der BAGP greifen im Wesentlichen auf die Erfahrungen zurück, die die BAGP im Rahmen ihrer Patientenberatungsangebote von den Ratsuchenden über real erlebte Versorgung erfährt. Darüber hinaus fließt die Erfahrung ein, die sie als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V in Gremien der Selbstverwaltung z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene im Bereich der Bedarfsplanung und Qualitätssicherung macht, aber auch die der Mitgliedsorganisationen, die in ihren jeweiligen Kommunen in vielen weiteren Gremien arbeiten.

Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich im Interesse der Patient:innen. Die BAGP hat keinerlei Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und / oder der Kostenträger.

Grundsätzliches zur Stabilisierung der GKV Beiträge

Die BAGP begrüßt grundsätzlich die Anstrengungen der Politik die Beitragsstabilität in der GKV anzugehen.

Die im vorliegenden Referentenentwurf aufgezeigten Lösungsstrategien sind aus unserer Sicht nicht ausgewogen und die Lastenverteilung ist sehr stark auf Seiten der GKV-Versicherten und Patient:innen. Katastrophal ist die Weigerung, einen der Hauptkostentreiber für die Entgleisung der Beiträge - die versicherungsfremden Leistungen – mit einzubeziehen.

Die Belastung der Versicherten und der Leistungserbringenden muss im Verhältnis stehen zu den staatlichen Aufgaben und einer verantwortungsvollen Finanzierung von eben diesen Leistungen aus Steuergeldern, statt nur aus den Beiträgen der GKV-Versicherten und deren Arbeitgeber:innen.

Weitere Beitragssteigerungen sind für die Versichertengemeinschaft nicht zumutbar und müssen unter Aspekt des sozialen Friedens so abgefedert werden, dass keine weiteren unzumutbaren sozialen Härten entstehen und sich der Anteil von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz weiter erhöht.

Die BAGP erhält seit Jahren Rückmeldungen von Ratsuchenden und Beschwerdeführenden zur Beitragshöhe der GKV. Sie beziehen sich häufig auf die finanzielle Belastung durch eben diese Beitragszahlungen und gesetzlich geforderte Zuzahlungen, aber auch Probleme durch entstandene Beitragsschulden in der GKV und der PKV. Krankenkassen mit geringem Zusatzbeitrag werden von immer mehr Versicherten gewählt, weil die Steigerungen der Zusatzbeiträge nicht getragen werden können oder wollen. Ein besonderes Problem sieht die BAGP darin, dass die Befreiung von der Zuzahlung eine bürokratische Hürde ist, die für viele Menschen mit wenig Geld und wenig Bildung schwer zu überwinden ist. Nicht wenige wissen von der Regelung nichts und stellen daher keinen Antrag auf Befreiung – oder finden die

Antragsstellung peinlich und entwürdigend. Insofern muss eine Erhöhung der Zuzahlungen – wenn überhaupt - mit Verbesserung der Informationen über die Möglichkeiten zur Befreiung verbunden werden. Es müssen erkennbar Vereinfachungen geschaffen und eine Verringerung der damit ausgelösten Bürokratie für Patienten:innen gefunden werden.

Die BAGP erhält zunehmend Beschwerden über fehlende Zugänge in die Versorgung, die teils mit Angeboten zu Selbstzahler-Terminen flankiert werden. Das muss dringend abgeschafft werden. Ein weiteres Problem sieht die BAGP darin, dass die Leistungserbringer zunehmend private Zuzahlungen als Zugangsvoraussetzung verlangen und sie erkennt einen zunehmenden Druck zum Einkauf von Individuellen Gesundheitsleistungen anstelle der Behandlung über das Sachleistungsprinzip. Es steht zu erwarten, dass Versuche, im GKV-Bereich Einsparungen für Leistungserbringer zu erreichen, durch Privatliquidationen ausgeglichen werden. Hier muss endlich genau und flächendeckend untersucht werden, in welchen Bereichen und in welchem Umfang gesetzlich Versicherte privat zur Kasse gebeten werden. Als zweites muss eine klare Trennung von Sachleistungen und Privatleistungen erfolgen. Angebote für eine frühere Terminvergabe gegen Geldleistungen müssen sanktioniert werden.

Die kostenfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartner:innen ist für Millionen von Familien eine wichtige Absicherung. Sie gewährleistet ein Gefühl der Sicherheit in Bezug auf die Gesundheitsversorgung. Sie ist vor allem für Familien mit geringen Gesamteinkommen extrem wichtig und gewährleistet die vielfältigen Aufgaben im Bereich der Versorgung und Pflege von Kindern, chronisch Kranken und pflegebedürftigen Angehörigen. Aus Sicht der BAGP ist hier bei wenig zu erwartendem Ertrag ein erheblicher bürokratischer Aufwand (Prüfung der Beitragspflicht, Berechnung der Beitragshöhe, Einforderung der Beiträge und Inkassoverfahren) und zudem ein erheblicher Verunsicherungsfaktor in der Bevölkerung zu erwarten. Das Risiko weiterer sozialer Verunsicherung ist nicht zuletzt im Zusammenhang mit den Wahlprognosen der kommenden Bundestagswahl unbedingt zu vermeiden.

Aspekte der Reform, wie z. B. die Erweiterung der Zweitmeinung vor elektiven Eingriffen, erscheinen auf den ersten Eindruck sinnvoll. Das grundsätzliche Ansinnen der Finanzkommission, eine stärkere Verbindlichkeit ins Zweitmeinungsverfahren zu bringen, geht in die richtige Richtung, setzt jedoch an einer wenig geeigneten Stelle an. Er würde die Verantwortung auf die Patientinnen und Patienten verlagern, statt den vorgelagerten Informationsprozess so verbindlich vorzusehen, wie es im Sinne der Intention des Gesetzgebers zielführend wäre. Zugleich würde er eine erheblich größere Zahl an Zweitmeinern erfordern als bisher. Die Zahl der Zweitmeinenden wächst zwar weiter, der Aufbau erfolgt aber schrittweise und indikationsbezogen und ist längst nicht auf dem erforderlichen Niveau. Ein Modell, das schon früh auf verpflichtende Einholung setzt, würde deshalb zusätzliche Kapazitäts- und Umsetzungsfragen aufwerfen bzw. weitere Zugangshürden durch erwartbare Versorgungsengpässe befürchten lassen. Demgegenüber würde eine Stärkung der

Informationspflichten des Erstmeinens sofort bei allen bereits geregelt und auch bei künftigen Zweitmeinungsthemen wirken, weiter siehe Nr. 8 der Stellungnahme.

Absolut abzulehnend sind jene Reformvorschläge in diesem Entwurf zur Höhe des Krankengeldes und der damit zusammenhängenden Verschärfung des Risikos von Armut durch Krankheit. Schon jetzt können Patient:innen ihre Mieten nicht weiter zahlen oder zusätzliche Privatleistungen kaufen, weil das Einkommen nicht reicht. In der Beratung haben wir immer wieder Erkrankte, die lange auf eine Differenzialdiagnostik warten, deren qualifizierte Behandlung erst nach Monaten der Krankheit begonnen werden kann und die nicht Schuld sind an der Dauer des Krankenstandes (z.B. Wartezeiten für Diagnostik und Krankenhausbehandlung, Therapieplatzsuche, Bearbeitungszeiten für ambulante Therapien und / oder Platz in der Rehaklinik des Rentenversicherungsträgers).

Zusätzlich zu allen ohnehin bestehenden Sorgen infolge von Erkrankungen macht dieser Ref-Entwurf Vorschläge, die das Armutsrisiko durch Krankheit weiter als ohnehin bereits gegeben ² erhöhen und Patienten wirtschaftlich belasten. Wir haben den Eindruck, dass Krankheit, notwendige Behandlung und Therapie, Wartezeiten, Leistungsanspruchnahme und Qualitätsmängel in der Versorgung den Erkrankten in Rechnung gestellt werden, ohne wirksame Mittel zu generieren, die Versorgungszugänge zu Diagnostik und Behandlungen erleichtern und Patientenschutz und Versorgungsqualität steigern.

Die BAGP erwartet daher dringlich eine grundlegende Reform der ambulanten Versorgung im Sinne einer patientenzentrierten Primärversorgung, die eigentlich den bereits begonnenen Reformen im Bereich der Krankenhaus- und Notfallversorgung zeitlich vorausgesetzt hätte erfolgen müssen. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die flächendeckende Einrichtung von Primärversorgungseinrichtungen in Österreich hingewiesen, wodurch eine Ambulantisierung ohne Gefährdung der Patientensicherheit auch für Deutschland erst denkbar wird. Eine im Sinne von Public Health strukturell geplante umgesetzte Primärversorgung muss die bedarfsgerechte Versorgung der Patient:innen in den Mittelpunkt stellen, die vorhandenen Mittel in diesem Sinne effizient nutzen und deshalb auch die Planung und Vergütung der leistungserbringenden Professionen fair und angemessen umverteilen anstatt sie lediglich ständig zu erhöhen.

Gregor Bornes, Sprecher
Carola Sraier, Sprecherin

² <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag5/aktuelles/Witte-et-al.-Krebs-und-Armut.pdf>
<https://www.esanum.de/today/posts/krebs-als-armutsrisiko-die-krankheit-und-ihre-oekonomie>
<https://www.dkfz.de/aktuelles/pressemitteilungen/detail/arm-durch-krebs>

Zu einzelnen Formulierungen

1. zu § 2 Abs 1

Die BAGP begrüßt die Anpassung.

2. zu § 3 Satz 3 & § 242b SGB V Beitragsfreiheit für Familienversicherte

Die BAGP lehnt die Abschaffung der kostenlosen Mitversicherung für Ehegatten in den bisher geltenden Einkommensgrenzen ab.

Aus Sicht der BAGP ist hier bei wenig zu erwartendem Ertrag ein erheblicher bürokratischer Aufwand (Prüfung der Beitragspflicht, Berechnung der Beitragshöhe, Einforderung der Beiträge und Mahn- und Inkassoverfahren) und zudem ein erheblicher Verunsicherungsfaktor in der Bevölkerung zu erwarten.

3. zu § 4 Verwaltungsaufgaben der Krankenkassen

4. zu § 4a SGB V Werbemaßnahmen der Krankenkassen

Die BAGP befürwortet die Begrenzung der Ausgaben wie z. B. die Finanzierung in erheblichen Umfang für Unternehmen / Online-Portalen zum Krankenkassenwechsel. Angesichts steigender Beitragssätze ist unverständlich, dass hier Geld freigesetzt wird von unseren Krankenversicherungsbeiträgen. PatientInnen benötigen zur Entscheidungsfindung zwar Transparenz, aber nicht über eine kommerzielle, sondern über eine unabhängige Plattform.

5. zu § 10 Abs. 6 SGB V Meldeverfahren zur Familienversicherung

Die BAGP lehnt die Abschaffung der kostenlosen Mitversicherung von Ehegatten und LebenspartnerInnen ab. Gegen ein einheitliches Meldeverfahren besteht hingegen kein Einwand – zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen.

6. zu § 11 Abs. 6 SGB V Satzungsleistungen unter Streichung von homöopathischen und anthroposophischen Leistungen

In allen Versorgungsbereichen muss die Patientensicherheit, der Nutznachweis und die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach einheitlichen Kriterien sichergestellt werden. Der Ausschluss von Arzneimitteln und Leistungen ohne Nutzen und Wirksamkeitsnachweis ist daher folgerichtig, sollte aber für alle Leistungen gelten. Zudem sei der Hinweis erlaubt, dass der aktuelle GKV-Leistungskatalog viele Leistungen enthält, die **nicht einzeln in RCTs getestet** wurden (z. B. Teile der Rehabilitation, Heilmittel, manche Aspekte der DMP-Leistungen, niedergelassene Spezialversorgung oder bestimmte digitale Anwendungen, Frühere Analysen³ von rund 3.000 Behandlungsleistungen für häufige Erkrankungen ergaben:

- für **nur etwa 11%** der Leistungen klare Evidenz für einen Nutzen aus hochwertigen RCTs,

³ <https://www.forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2235>,
https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-002922/p_edition_hbs_108.pdf
<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2350-6435.pdf?articleLanguage=de>

- **knapp 24%** nur als wahrscheinlich nützlich gelten,
- **bei rund 50%** der Leistungen der Nutzen mangels qualitativ hochwertiger Studien **unklar oder unbekannt** ist,
- und ein Anteil von **ungefähr 7 – 8%** eher als zweifelhaft, unwirksam oder schädlich eingestuft werden kann

Nicht für jede Methode kann Evidenz durch RCTs generiert werden, ggf. muss auf bestverfügbare Evidenz und auf das Verständnis von Sacket von evidenzbasierter Medizin zurückgegriffen werden, nämlich *„den gewissenhaften, ausdrücklichen und vernünftigen Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.“*⁴

7. zu § 25 Abs. 4 SGB V Standard von Gesundheitsuntersuchungen

Diagnostikverfahren, Therapie und Behandlungen müssen eine nachgeprüfte Evidenz haben und nachweisbar Nutzen und Risiko abwägen. Maßnahmen, deren Patientennutzen (noch) nicht nachweisbar sind nur unter Aspekten der Begleitforschung bzw. Innovationsfondsprojekten zu rechtfertigen.

Früherkennungsleistungen müssen Patientennutzen stiften und sind aus Sicht der BAGP nur dann zu erbringen.

Kassenwettbewerb zuzulassen, der Screening / Früherkennungsmaßnahmen als Gegenstand nimmt, lehnen wir ab – wenn der bevölkerungsrelevante Nutzen nicht nachgewiesen werden kann wie z. B. beim Hautkrebscreening ab dem 15. statt dem vom G-BA empfohlenen 35. Lebensjahr. Vielmehr muss Klarheit darüber bestehen, welche Leistungen medizinisch notwendig sind und bei welchen Risiken eine Diagnostik ggf. unabhängig von Altersgrenzen erfolgen kann.

8. zu § 27b SGB V Zweitmeinung

Der Gesetzgeber sollte § 27b SGB V gezielt überarbeiten. Erforderlich ist eine ausdrückliche Regelungskompetenz des G-BA nicht nur für Anforderungen an Unabhängigkeit und Neutralität an Zweitmeiner:innen und die Abgabe der Zweitmeinung, sondern auch für den vorgelagerten Prozess der Patienteninformation durch den Erstmeiner.

Dazu gehören insbesondere verbindliche Vorgaben zur aktiven Information über das Recht auf Zweitmeinung, zur Aushändigung der eingriffsspezifischen Entscheidungshilfe, zur Dokumentation dieses Informationsprozesses sowie zu Anforderungen an die verständliche, barrierefreie und rechtzeitige Bereitstellung der Unterlagen. Ebenso sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der G-BA das IQWiG mit Analysen zur Versorgungssituation, mit Empfehlungen zu weiteren Zweitmeinungsthemen sowie mit der Entwicklung, Aktualisierung und Evaluation von Entscheidungshilfen beauftragen kann.

Die BAGP verweist hierfür auf die Ergebnisse aus dem Innovationsfonds-Projekt „ZWEIT“.

⁴ <https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-kerncurriculum.pdf>

Die BAGP sieht hier aber auch noch ein ethisches Problem.

Es ist ein bisher viel zu gering geschätzter Skandal, dass Patient:innen ohne ausreichende Indikation operiert werden. Die dahinterliegende Ethik im ärztlichen Handeln ist auf eine Weise erodiert, die immer stärkere Sorgen macht und auch auf einer grundsätzlichen Ebene angegangen werden müsste, anstatt Patient:innen medizinisch nicht notwendige Leistungen anzubieten und dann mittels Zweitmeinung die Entscheidungslast auf die Patient:innen zu verlagern. Aus unserer Sicht müssen PatientInnen Sicherheit darüber erhalten, wie und mit welchen Methoden gesundheitlichen Problemen begegnet werden kann und zwar möglichst einheitlich, evidenzbasiert unter Einbeziehung ihrer individuellen Präferenzen und qualitätsgesichert.

Die Sicherstellung der umfangreichen Information und Aufklärung von Patient:innen über Risiken und Nebenwirkungen von medizinischen Eingriffen muss als wesentliche Voraussetzung der Entscheidungsfindung im Sinne des shared decision making (SDM) für oder gegen eine Behandlung gewährleistet sein – ebenso wie die Unterstützung der Gesundheitskompetenz und der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Prävention.

9. zu § 28 SGB V Kieferorthopädische Behandlungen

In Deutschland werden zwischen 50 und 65% der Kinder und Jugendlichen kieferorthopädisch behandelt. Angesichts deutlich geringerer Zahlen im europäischen Ausland (30-35%) kann man also von einer erheblichen Überversorgung ausgehen. Die BAGP hat zudem durch Rückmeldungen in der Patientenberatung den Eindruck, dass in vielen Regionen eine kieferorthopädische Versorgung ohne private Zuzahlungen gar nicht oder nur selten erhältlich ist. Darüber gibt es aber keine verlässlichen Daten, da private Zuzahlungen weder durch die Krankenkassen noch durch die KZV'en erfasst werden. Die Situation wird weiter erschwert, weil einige Krankenkassen regionale Versorgungsverträge mit Kieferorthopäden geschlossen haben, in denen höhere Vergütungen und besondere Materialien bezahlt werden. Einsparungen könnten durch Verhinderung von Überversorgung erzielt werden.

Den Ausschluss von Zahnärzt*innen ohne Anerkennung als kieferorthopädische Fachzahnärzt*in lehnt die BAGP ab. Die Versorgung wird oft in sehr strukturschwachen Regionen von Zahnärzt*innen ohne Fachzahnarzt erbracht und dies würde dort zu deutlich schlechteren Versorgungsbedingungen führen.

Die Bemühungen, in der Kieferorthopädie mehr Evidenz zu erlangen erkennt die BAGP als positiv an. Die dazu notwendigen Diskussionen müssen im G-BA geführt werden und sollten zum Ziel haben, die Indikationsqualität für eine medizinisch notwendige Behandlung zu verbessern und die zunehmend üblichen privaten Zuzahlungen durch ein moderneres Angebot verhindern und gleichzeitig eine Sicherstellung der Versorgung im Rahmen einer Regelversorgung zu ermöglichen.

10. zu § 31 Abs. 6 SGB V Standardisierung von Wirkstoffgehalt

Die BAGP befürwortet eine bessere Standardisierung von Wirkstoffgehalten in Fertigarzneimitteln. Allerdings halten wir die bestehenden Regelungen der G-BA-Richtlinie hierzu und der Begutachtungsrichtlinie des Medizinischer Dienst Bund bereits für klar.

11. zu § 34 Ausnahme von unwirtschaftlichen Arzneimitteln

12. zu § 35a Nutzenbewertung von Arzneimitteln

redaktionelle Änderung

13. zu § 36 Festbeträge von Hilfsmitteln

Keine zeitlichen Kapazitäten eigener Stellungnahme, Verweis auf die der BAGS.

14. zu § 44 Abs. 4 SGB V Beratung zu Krankengeld

Die Einfügung des Satzes, über die Kontaktformen und die Ablehnung des Versicherten sind gut, da die Krankenkassen hier häufig über das Ziel der Beratung hinaus gegangen sind.

15. zu § 44 b und § 44c SGB V Teilarbeitsunfähigkeit / Teilkrankengeld

Die BAGP hält die Neuregelungen für schwierig, da derzeit der krankschreibende Arzt/Ärztin häufig nicht hinreichend über die Art der ausgeübten Tätigkeit und die Arbeitsplatzanforderungen des Patienten informiert sind bzw. diese beurteilen können. Die Änderungen im § 44c bedeuten eine erhebliche Mehrbelastung in der ärztlichen Betreuung der Patienten. Die Aufgaben des (ohnehin überlasteten) Hausarztes würden weiter ansteigen ohne dass er für die Beurteilung der Belastbarkeit in Bezug auf den Arbeitsplatz ausreichend qualifiziert wäre. Diese gehört aus unserer Sicht in das Aufgabengebiet eines Betriebsarztes oder Sozialmediziners– nicht aber in die hausärztliche Praxis. Es ist anzunehmen, dass diese Regelung letztlich zu einem weiteren Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes führen würde, weil dort die Kompetenz der Sozialmedizin vorliegt. Der bürokratische Aufwand erscheint uns enorm hoch und ist vergleichbar mit den Maßnahmen der Wiedereingliederung, da Arzt, Patient und Arbeitgeber dem Verfahren zustimmen müssen. Gleichzeitig sehen wir Potential in der Lösung, um langzeiterkrankten Patienten einen Verbleib in der Tätigkeit zu ermöglichen, auch wenn sie noch regelmäßig Behandlungsbedarf haben. Eine Erprobung der Regelung halten wir für sehr wichtig unter Einbezug der weiteren Sozialversicherungsträger:innen wie SGB III und SGB VI.

16. zu § 45 Abs. 2 Satz 3 SGB V Höhe des Krankengeldes (KG) &

17. zu § 47 SGB V

Die BAGP lehnt die Kürzung des Krankengeldes um 5 Prozent ab. Auch die Veränderung, dass bei einer Kündigung während der Erkrankung, das KG auf Höhe des Arbeitslosengeld I angepasst werden soll, ist abzulehnen. Diese Regelung bestraft Menschen, die unverschuldet arbeitsunfähig werden und fördert indirekt die Kündigung von erkranktem Personal in Zeiten von zunehmendem wirtschaftlichem Druck der ArbeitgeberInnen und bei Fachkräftemangel. Diese Regelung hat Potential für sozialen Unfrieden, da er Kranke nicht nur wirtschaftlich bestraft mit geringerem Krankengeld, sondern in der Gesamtschau durch Mehrausgaben und gleichzeitig geringeren Entgeltsatzleistungen. Niemals vergessen werden darf bei all den vorgeschlagenen Maßnahmen die empirisch gut belegte Tatsache, dass Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen in Deutschland ohnehin ungleich verteilt sind und maßgeblich von Einkommen, Bildungsniveau und beruflicher Stellung abhängen.⁵ Eine patientenzentrierte Gesundheitsreform sollte diese ungleichen Voraussetzungen und Bedingungen ausgleichen anstatt sie zu verschärfen.

18. zu § 48 Abs. 2 SGB V Anspruchsdauer und KG-Anspruch bei Neuerkrankung

Die BAGP hält den Vorschlag für eine unzumutbare Belastung für Erkrankte und lehnt diesen daher ab. Nach einer Bezugsdauer von 78 Wochen KG, soll ein Erkrankter vor erneutem Anspruch auf KG erstmal wieder im Arbeitsleben Leistung erbringen. Wir halten diese Regelung für eine Bestrafung von Menschen mit schweren Leiden. Es ist zu vermuten, dass die Folgen der Regelung für schwer oder chronisch Erkrankte Menschen zu einer Steigerung der Armut und sozialen Härten führt.

19. zu § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Höhe Krankengeld

20. zu § 50 Abs. 1 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Der Anspruch auf Krankengeld endet auch dann, wenn eine Teilrente von 2/3teln der Vollrente bezogen wird.

21. zu § 51 Abs. 1 und 2 SGB V Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Die Feststellung des Medizinischen Dienstes zur erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit nach §51 zieht bisher eine zehnwöchige Frist zur Beantragung von Rehabilitationsleistungen nach sich. Die Praxis zeigt, dass die Feststellung z. T. sehr früh zu einem Zeitpunkt in der Akutbehandlung erfolgt, wo eine Aussage zur Erwerbsfähigkeit nicht getroffen werden kann. Für den Patienten bedeutet die Aufforderung häufig eine erhebliche Belastung und Konfrontation mit der Leistungsfähigkeit, die erhebliche psychische Folgen nach sich ziehen kann.

⁵ <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/270308/soziale-ungleichheit-der-gesundheitschancen-und-krankheitsrisiken/>

Außerdem steht die anschließende Inanspruchnahme einer Reha durch den Rententräger häufig aus Gründen der Akutbehandlung noch nicht an. In eindeutigen Krankheitsfällen mit sehr schlechter Genesungsprognose ist nachvollziehbar, dass eine Erwerbsunfähigkeitsrente frühzeitig zu prüfen ist. Hier sollte der Gesetzgeber aber nicht nur die Patient:innen unter Druck setzen, sondern vor allem die Aufnahmekapazitäten in Rehakliniken erweitern und die Bearbeitungszeiten des Rententrägers zur Entscheidung für eine Rente absenken.

22. zu § 55 SGB V befundbezogene Festzuschüsse

Die BAGP lehnt eine Absenkung der Bezuschussung beim medizinisch notwendigen Zahnersatz ab. Wir weisen darauf hin, dass diese Kürzung im wesentlichen Menschen betrifft, deren finanzielle Spielräume begrenzt sind und die auf die Kostenübernahme von Zahnersatz angewiesen sind. Armut wird noch sichtbarer als bisher, wenn die Kostenzuschüsse abgesenkt werden. Ohnehin ist die Realität, dass die Regelversorgung kaum ohne Mehrkosten angeboten wird. In der Logik der Anpassung nach § 2 Abs. 1 SGB müssen vielmehr die Leistungen der Zahnmedizin dem med. Fortschritt angepasst und ausreichend finanziert werden. Die dazu notwendigen Diskussionen müssen im G-BA geführt werden und sollten zum Ziel haben, die Indikationsqualität für eine medizinisch notwendige Behandlung zu verbessern und die zunehmend üblichen privaten Zuzahlungen durch ein moderneres Angebot verhindern und gleichzeitig eine Sicherstellung der Versorgung im Rahmen einer Regelversorgung zu ermöglichen.

23. zu § 61 SGB V Zuzahlungen

Eine Erhöhung der Zuzahlungen – wenn überhaupt notwendig muss flankiert werden mit einer Verbesserung der Informationen über die Möglichkeiten zur Befreiung und der Vereinfachung der Antragstellung. Noch besser wäre bei eindeutigen Fällen wie z. B. den Bezug von Grundsicherungsleistungen ein Anspruch auf Zuzahlungsbefreiung ohne Antrag qua Leistungsbescheid (vergleichbar des Anspruches auf Familienversicherung, der greift und endet mit Erfüllen der Voraussetzungen). Eine generelle Befreiung von Zuzahlungen könnte gelten für Menschen mit Erwerbsunfähigkeitsrenten, hohem Pflegegrad. Warum Kinder / Jugendlichen nur bis zum 18. Lebensjahr befreit sind ist nicht nachvollziehbar und muss an deren Ausbildungsende gekoppelt werden und bis zum 23. Lebensjahr bzw. bis zum Ende der Ausbildung mit eigenen Einkommen hängen.

Zu weiteren Vorschlägen konnten wir keine Stellung beziehen, da der Zeitraum von Donnerstagnachmittag bis Montagmorgen 9 Uhr eine sehr kurze Bearbeitungszeit darstellt.

München, den 19.04.2026