



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von  
Menschen mit Behinderung und chronischer  
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
BAG SELBSTHILFE  
Kirchfeldstr. 149  
40215 Düsseldorf  
Tel. 0211/31006-0  
Fax. 0211/31006-48

---

## **Stellungnahme der**

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE  
von Menschen mit Behinderung,  
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.  
(BAG SELBSTHILFE)**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Bei-  
tragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz)**

**- Anhörung im Bundesministerium für Gesundheit  
am 20. April 2026 per Videokonferenz -**

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen mit rund 1 Million Mitgliedern sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften hat die BAG SELBSTHILFE im Grundsatz durchaus Verständnis dafür, dass Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage im Gesundheitssystem notwendig sind. Gleichzeitig ist aber hervor zu heben, dass der Staat seine Aufgaben bei der Erstattung der angemessenen Beiträge der

Grundsicherungsempfänger nicht wahrnimmt, was verfassungsrechtlich nur schwer nachvollziehbar ist. Bereits drei Mal stand - zu Recht - die Anpassung der nicht angemessenen Übernahme von Beiträgen von Bürgergeldempfängern in Koalitionsverträgen, wurde aber nie umgesetzt. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es daher nicht nachvollziehbar, warum mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht die Empfehlung aufgenommen wurde, die GKV von der Finanzierung dieser Beiträge zu entlasten bzw. für einen angemessenen Ausgleich zu sorgen. Bei der Finanzierung der Gesundheitskosten der Bürgergeldempfänger handelt es sich um eine staatliche Aufgabe, nicht um eine Aufgabe des GKV-Systems.

Zudem ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht einzusehen, warum nun über massive Belastungen von Versicherten und Patient\*innen neue Einnahmen für die GKV generiert werden sollen, wenn gleichzeitig an den ineffizienten Strukturen im Gesundheitssystem festgehalten wird: Deutschland hat in Europa mit die höchsten Ausgaben für Gesundheit und gleichzeitig eher durchschnittliche Ergebnisse im Bereich der Lebenserwartung und der Morbidität.

Insoweit wird seitens der BAG SELBSTHILFE darauf gedrungen, dass umgehend auch Strukturreformen anfasst werden: Die Koordination zwischen den Leistungserbringern muss dringend verbessert werden, Digitalisierung und Prävention/ Health in all policies vorangetrieben werden. Für Patient\*innen ist das Gesundheitswesen zu komplex und zeitnahe gesundheitliche Versorgung ist als GKV-Patient\*innen inzwischen oft nur noch mit persönlichen Kontakten oder als Selbstzahlerleistung zu erhalten.

Dass der vorliegende Gesetzentwurf Versicherte und Patient\*innen übermäßig belastet, zeigt sich auch im Vergleich mit den Vorschlägen der Finanzkommission Gesundheit: Während die Vorschläge der Finanzkommission nur 10 Prozent der Finanzierung durch Versicherte und Patient\*innen vorsah, sollen nach dem vorliegenden Entwurf 30 Prozent der Reform durch Versicherte und Patient\*innen tragen.

Gleichzeitig müssen konkrete Maßnahmen, die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen sind, daran gemessen werden, wie sie sich auf Patientinnen und Patienten auswirken - insbesondere auf diejenigen, die ohnehin bereits belastet sind. In

diesem Zusammenhang sind mehrere der vorgeschlagenen Instrumente kritisch zu bewerten und aus Patientensicht abzulehnen.

Die geplante Erhöhung der Zuzahlungen trifft vor allem Menschen mit chronischen Erkrankungen, ältere Personen sowie Versicherte mit geringem Einkommen. Für sie stellen bereits heutige Eigenbeteiligungen eine Hürde dar. Weitere Belastungen erhöhen das Risiko, dass notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen aufgeschoben oder ganz vermieden werden. Das kann nicht im Sinne einer bedarfsgerechten und präventiven Gesundheitsversorgung sein.

Allerdings ist es sehr zu begrüßen, dass Überforderungsklauseln, insbesondere die Chroniker-Regelung, nicht abgeändert wurden.

Die vorgesehenen Änderungen bei der Mitversicherung von Ehegatten sind ebenfalls problematisch. Die beitragsfreie Mitversicherung ist ein zentraler Bestandteil des solidarischen Systems und gewährleistet, dass auch Familienangehörige ohne eigenes Einkommen abgesichert sind. Einschränkungen in diesem Bereich würden insbesondere Haushalte von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen finanziell unter Druck setzen und könnten zu Versorgungslücken führen. Sehr zu begrüßen sind aber in diesem Zusammenhang die Ausnahmemöglichkeit für Eltern von Kindern unter 7 Jahren, von Eltern behinderter Kinder, Rentner nach Erreichen der Regelaltersgrenze und von pflegenden Angehörigen. Sie leisten unbezahlt enormes, sind somit das Rückgrat der Gesellschaft und sollten nicht finanziell noch zusätzlich in Schwierigkeiten geraten. Es wäre jedoch notwendig, darüber hinaus Menschen mit Behinderung oder Erwerbsminderungsrente in die Ausnahmemöglichkeiten aufzunehmen.

Ebenso kritisch sind Maßnahmen im Bereich des Krankengeldes zu sehen. Gerade für erkrankte Erwerbstätige stellt das Krankengeld eine existenzsichernde Leistung dar. Verschlechterungen - etwa durch geringere Leistungen oder strengere Anspruchsvoraussetzungen - würden Betroffene in einer ohnehin vulnerablen Situation zusätzlich belasten und könnten im schlimmsten Fall zu finanziellen Notlagen führen. Schon jetzt sind finanzielle Sorgen - etwa nach einer Krebserkrankung - durchaus ein Problem für die Betroffenen; dies würde sich durch die vorgesehenen Maßnahmen noch verschlimmern.

Insgesamt gilt: Konsolidierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen sind notwendig und legitim. Hauptursache für diese sind jedoch die enormen Kostensteigerungen auf Seiten der Leistungserbringer in den letzten Jahren; die Versicherten haben hingegen mit ihren Beitragssteigerungen in den letzten Jahren bereits wichtige und hohe Beiträge für die Stabilisierung des Systems geleistet; insoweit führt das Argument, die Zuzahlungen der Versicherten seien in den letzten Jahren nicht gestiegen in die Irre. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollten sich Einsparungen von daher auf diejenigen konzentrieren, die für die enormen Kostensteigerungen verantwortlich sind, also die Leistungserbringer; ferner sollte unbedingt für eine angemessene Ausgestaltung der Beiträge der Bürgergeldempfänger gesorgt werden.

Die Maßnahmen sollten zudem auch auf strukturelle Effizienzgewinne, Bürokratieabbau und eine bessere Steuerung von Leistungen abzielen. Maßnahmen, die direkt zulasten von Patientinnen und Patienten gehen, gefährden hingegen die soziale Ausgewogenheit des Systems und sind daher aus Patientensicht klar abzulehnen.

Schließlich ist es für Patient\*innen nicht nachvollziehbar, weswegen auf Schnittblumen, (ungesundem) Zucker oder Taxifahrten nur 7 Prozent Mehrwertsteuer anfallen, während auf Arzneimittel 19 Prozent Mehrwertsteuer erhoben werden. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf entsprechende 7 Prozent, ggf. im Austausch für eine präventiv sinnvolle Erhöhung der Mehrwertsteuer auf ungesunde Lebensmittel und insbesondere Zucker.

Gleiches gilt für die völlig unzureichende Ausgestaltung der Beiträge der Bürgergeldbezieher, die auch noch vom Staat selbst so extrem niedrig festgelegt werden. Diese Ausgestaltung hat zur Folge, dass Beamte und Privatversicherte viel zu gering an der Gesundheitsversorgung von Bürgergeld-/ Grundsicherungsbezieher beteiligt werden, obwohl dies eine staatliche Aufgabe und keine Aufgabe der GKV-Versicherten ist. Es ist nicht hinnehmbar, dass GKV-Versicherte überproportional die Kosten für die Gesundheitsversorgung für Menschen beteiligt werden, die eine staatliche Aufgabe unter Einschluss der Privatversicherten ist und keine Aufgabe der GKV-Versicherung. Zu Recht klagen die gesetzlichen Krankenkassen gegen diese Praxis.

Insoweit ist es eben nicht zutreffend, dass alle die Lasten einer Finanzreform mittragen: Der Staat nimmt seine Aufgabe der kostendeckenden Beiträge für Bürgergeld-/Grundsicherungsbeiträge nicht wahr und hat zudem über die eigene Festlegung einen Interessenkonflikt. Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit eine angemessene Erstattung der Kosten der Bürgergeldempfänger an das GKV-System.

Zu den Vorschlägen im Einzelnen:

### **1. Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten**

**(§§ 3 Abs. 3, 242b SGB V)**

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist ein geplanter Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten sehr kritisch zu bewerten - auch wenn der grundsätzliche Bedarf zur finanziellen Stabilisierung des Gesundheitssystems nachvollzogen werden kann.

Für viele Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung ist die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten kein „Vorteil“, sondern eine notwendige Absicherung der Lebensrealität. Chronische Erkrankungen gehen häufig mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit einher - sowohl bei den Betroffenen selbst als auch innerhalb des Haushalts, etwa wenn Partnerinnen oder Partner Pflege- oder Unterstützungsaufgaben übernehmen. Ein zusätzlicher Beitragszuschlag würde genau diese Haushalte treffen, die ohnehin bereits überdurchschnittlich belastet sind.

Hinzu kommt, dass chronisch Erkrankte oft kontinuierlich auf medizinische Leistungen, Medikamente und Therapien angewiesen sind. Auch wenn ein Großteil der Kosten von der Krankenversicherung getragen wird, verbleiben regelmäßig Eigenanteile und indirekte Kosten (z. B. für Hilfsmittel, Fahrten oder Verdienstauffälle). Ein zusätzlicher finanzieller Druck durch höhere Beiträge für mitversicherte Ehegatten kann dazu führen, dass an anderer Stelle gespart werden muss - mit potenziell negativen Folgen für die Gesundheit.

Darüber hinaus wirft der Beitragszuschlag auch Fragen der Gerechtigkeit auf. Gerade in Haushalten, in denen Krankheit die Erwerbsbiografien beeinflusst hat, sind traditionelle Rollenverteilungen oder Teilzeitmodelle keine freie Entscheidung, sondern oft eine Folge gesundheitlicher Einschränkungen. Diese Konstellationen nachträglich finanziell stärker zu belasten, läuft dem Solidarprinzip zuwider.

Aus Patientensicht entsteht somit der Eindruck, dass eine Maßnahme zur Kostendämpfung gewählt wird, die strukturell diejenigen benachteiligt, die ohnehin auf ein verlässliches und solidarisches System angewiesen sind. Stattdessen sollten Reformen darauf abzielen, chronisch erkrankte Menschen und ihre Familien gezielt zu entlasten und ihre Versorgung langfristig zu sichern.

Sehr zu begrüßen sind aber in diesem Zusammenhang die Ausnahmemöglichkeit für Eltern von Kindern unter 7 Jahren, von Eltern behinderter Kinder und insgesamt von pflegenden Angehörigen. Sie leisten unbezahlt enormes, sind somit das Rückgrat der Gesellschaft und sollten nicht finanziell noch zusätzlich in Schwierigkeiten geraten. **Aus den beschriebenen Gründen wäre es aber zusätzlich notwendig, Menschen mit Behinderung oder Erwerbsminderungsrente in die Ausnahmemöglichkeiten aufzunehmen.** Hier leisten die Partner viel, um die Betroffenen mit ihren Einschränkungen aufzufangen- auch finanziell. Denn diese Gruppe ist durch die allgemeinen Kosten aufgrund der Erkrankung bereits jetzt hoch belastet; eine zusätzliche Inanspruchnahme durch zusätzliche Krankenkassenbeiträge belastet diese Betroffenen über Gebühr. Bisher sind zwar Rentner oberhalb der Regelarbeitszeit ausgenommen, für erwerbsgeminderte Personen ist jedoch keine Ausnahme definiert. Auch für Menschen, die unter die Chroniker-Regelung nach § 62 SGB V fallen oder einen Schwerbehindertenstatus haben bzw. gleichgestellt sind, sollten Ausnahmen definiert werden.

## **2. Begrenzung der Ausgabensteigerungen auf die Grundlohnsumme (§ 4 Abs. 5 SGB V)**

Aus Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie der Versicherten insgesamt kann die geplante Begrenzung der Ausgaben auf die Grundlohnsumme grundsätzlich sehr begrüßt werden - allerdings mit wichtigen differenzierenden Hinweisen. Aber insgesamt ist es richtig, die enormen Ausgabensteigerungen auf Seiten der Leistungserbringer in der Zukunft klar zu verhindern.

Positiv hervorzuheben ist zunächst, dass eine solche Maßnahme auf mehr Ausgaben- disziplin und finanzielle Stabilität im Gesundheitssystem abzielt. Gerade für Versicherte ist es zentral, dass Beitragssätze langfristig kalkulierbar bleiben und nicht überproportional ansteigen. Eine Orientierung an der Grundlohnsumme kann dabei

helfen, die Kostenentwicklung stärker an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beitragszahlerinnen und -zahler zu koppeln und so die Solidarität im System zu sichern.

Auch für Menschen mit chronischen Erkrankungen kann finanzielle Stabilität ein wichtiger Faktor sein. Sie sind in besonderem Maße auf ein verlässliches Gesundheitssystem angewiesen, das dauerhaft tragfähig ist und nicht durch kurzfristige Finanzierungslücken unter Druck gerät. Insofern ist das Ziel, Ausgaben zu begrenzen und Effizienzreserven zu heben, nachvollziehbar und unterstützenswert.

Gleichzeitig ist entscheidend, wie eine solche Begrenzung konkret umgesetzt wird. Aus Patientensicht darf sie nicht dazu führen, dass notwendige Leistungen eingeschränkt, Innovationen verzögert oder Versorgungsangebote ausgedünnt werden. Gerade chronisch Erkrankte sind auf kontinuierliche, qualitativ hochwertige und oft auch fortschrittliche Behandlungen angewiesen. Eine starre Ausgabenbegrenzung birgt das Risiko, dass medizinischer Fortschritt oder individueller Versorgungsbedarf nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Für Versicherte insgesamt gilt: Eine Ausgabensteuerung ist sinnvoll, wenn sie mit strukturellen Reformen einhergeht - etwa durch den Abbau von Fehlanreizen, eine bessere Koordination der Versorgung und mehr Effizienz im System. Sie sollte jedoch nicht zu einer verdeckten Rationierung von Leistungen führen.

In der Gesamtabwägung kann die Begrenzung der Ausgaben auf die Grundlohnsomme daher als richtiger Ansatz zur Stabilisierung der Finanzierungsbasis begrüßt werden - vorausgesetzt, sie wird flexibel, bedarfsgerecht und patientenorientiert ausgestaltet. Entscheidend ist, dass die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität, insbesondere für chronisch erkrankte Menschen, jederzeit gewährleistet bleiben.

### **3. Begrenzung der Verwaltungsausgaben und der Werbeausgaben der Krankenkassen (§§ 4, 4a Abs. 3 SGB V)**

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die Begrenzung der Verwaltungsausgaben nachvollziehbar und die Begrenzung der Werbeausgaben der Krankenkassen zu begrüßen. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem sollten die verfügbaren

Mittel in erster Linie der medizinischen Versorgung und der Verbesserung von Leistungen zugutekommen - nicht dem Wettbewerb über Marketingkampagnen.

Viele Versicherte empfinden beispielsweise umfangreiche Werbemaßnahmen der Krankenkassen zunehmend als schwer nachvollziehbar, insbesondere vor dem Hintergrund steigender Beiträge und wachsender finanzieller Belastungen. Eine Begrenzung dieser Ausgaben setzt hier ein wichtiges Signal: Beitragsmittel werden verantwortungsvoll eingesetzt und stärker am eigentlichen Versorgungsauftrag ausgerichtet.

Gerade auch aus Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist dieser Schritt sinnvoll. Sie sind auf eine kontinuierlich hochwertige Versorgung angewiesen und profitieren nicht von verstärkter Werbung, sondern von gut ausgebauten Leistungsangeboten, verlässlicher Betreuung und einem effizienten Mitteleinsatz. Jeder Euro, der nicht in Marketing, sondern in Versorgung fließt, kann konkret zur Verbesserung ihrer Situation beitragen.

Zudem kann eine Reduzierung der Werbeausgaben dazu beitragen, den Wettbewerb zwischen Krankenkassen stärker auf qualitative Aspekte zu lenken - etwa auf Versorgungsprogramme, Servicequalität und innovative Behandlungsansätze. Das stärkt langfristig die Transparenz und die tatsächliche Wahlfreiheit der Versicherten.

Insgesamt ist insbesondere die Begrenzung der Werbeausgaben daher ein sinnvoller und sachgerechter Beitrag zur finanziellen Stabilisierung des Systems und zur Stärkung der patientenorientierten Versorgung.

Die Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sollte mit einer Digitalisierungsoffensive begleitet werden, um Verzögerungen bei der Gewährung von Leistungen auf Antrag zu vermeiden.

#### **4. Überprüfung des Check-Ups 35 und des Hautkrebscreenings (§ 25 Absatz 4 Satz 6 SGB V)**

Im Grundsatz ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE eine evidenzbasierte Überprüfung bestehender Vorsorgeuntersuchungen wie des Hautkrebscreenings und des

„Check-up 35“ grundsätzlich sinnvoll und zu begrüßen - allerdings nur unter klaren Voraussetzungen und mit einem Blick auf mögliche Folgen für die Versorgung.

**Die „Berücksichtigung einer möglichen Eingrenzung“ des Check-Ups 35 auf Herz-Kreislaufkrankungen lehnt die BAG SELBSTHILFE ab; gerade die in den letzten Jahren eingeführten Untersuchungen auf Hepatitis B und C ist hochgradig evidenzbasiert und kann - durch eine frühzeitige medikamentöse Behandlung - ein Fortschreiten der Erkrankung und erhebliche Folgeschäden verhindern. Wenn man eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitsuntersuchungen auf gute Evidenz befürwortet, wäre eine Streichung dieser Untersuchungen aus dem Check-Up der komplett falsche Weg.**

Positiv ist hervorzuheben, dass die vorgesehene Überprüfung dazu beiträgt, die Qualität und Wirksamkeit von Leistungen im Gesundheitssystem regelmäßig zu hinterfragen. Versicherte haben ein berechtigtes Interesse daran, dass angebotene Vorsorgeuntersuchungen tatsächlich einen nachweisbaren Nutzen haben, also Krankheiten frühzeitig erkennen, die Behandlung verbessern und gesundheitliche Risiken senken. Eine stärkere Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz kann helfen, Fehlanreize, Überdiagnostik oder unnötige Untersuchungen zu vermeiden und die vorhandenen Ressourcen gezielter einzusetzen.

Gleichzeitig darf eine solche Neubewertung nicht allein unter Kostengesichtspunkten erfolgen. Aus Patientensicht ist entscheidend, dass auch der präventive Nutzen, individuelle Risikofaktoren sowie das Sicherheitsbedürfnis der Versicherten angemessen berücksichtigt werden. Gerade beim Hautkrebsscreening spielt die frühzeitige Erkennung eine wichtige Rolle, auch wenn der Nutzen in Studien unterschiedlich bewertet wird. Viele Patient\*innen empfinden diese Untersuchung als niederschwelliges und sinnvolles Angebot zur Vorsorge.

Ähnliches gilt für den „Check-up 35“, der für viele Versicherte einen wichtigen Zugang zur allgemeinen Gesundheitsuntersuchung darstellt. Auch wenn einzelne Bestandteile möglicherweise evidenzbasiert angepasst werden sollten, erfüllt das Angebot eine wichtige Funktion für die Früherkennung von Risikofaktoren und als Einstieg in eine regelmäßige gesundheitliche Betreuung.

Aus Patientensicht sollte daher nicht die Abschaffung solcher Leistungen im Vordergrund stehen, sondern ihre gezielte Weiterentwicklung. Insoweit wird die im Entwurf vorgesehene Überprüfung des Hautkrebsscreenings mit stärkerer Risikoorientierung begrüßt.

Insgesamt gilt: Eine evidenzbasierte Überprüfung ist richtig und notwendig. Sie sollte jedoch darauf abzielen, Vorsorgeangebote qualitativ zu verbessern und nicht primär einzuschränken. Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten weiterhin einen verlässlichen, niedrighschwelligem Zugang zu sinnvollen Präventionsleistungen behalten und in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden.

Eine risikoadaptierte Ausgestaltung von Vorsorgeuntersuchungen wird dabei grundsätzlich auch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sinnvoll gehalten, jedoch dürfte die Einordnung der Patient\*innen in verschiedene Risiko-Gruppen praktisch schwierig sein.

Insgesamt wird zudem mit einer Begrenzung der Vorsorgeuntersuchungen zudem der Fokus von der notwendigen Prävention weg geleitet und Menschen werden schwerer von der Notwendigkeit von primärpräventiven Maßnahmen überzeugen zu sein. Gerade beim Hautkrebsscreening ist eben auch ein wichtiger Nebeneffekt dieses Angebotes, dass den Patient\*innen dadurch die Wichtigkeit von Sonnenschutz vermittelt werden kann.

## **5. Zweitmeinung (§ 27b SGB V)**

Die BAG SELBSTHILFE lehnt ein faktisch für die Patient\*innen verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren ab. Zwar soll formal die Einholung von Zweitmeinungen offenbar für die Patient\*innen nicht verpflichtend ausgestaltet werden. Gleichzeitig läuft die Ausgestaltung eines Abrechnungsverbot ohne vorherige Einholung einer Zweitmeinung auf eine derartige Verpflichtung hinaus. In der derzeitigen Versorgungssituation und dem schwierigen Zugang zu Fachärzt\*innen mit langen Wartezeiten dürfte dies eine enorme und in vielen Fällen unnötige zeitliche Hürde sein.

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt aber ein freiwilliges Zweitmeinungsverfahren. Leistungserbringer sollten noch stärker verpflichtet werden, über die Möglichkeit des

Zweitmeinungsverfahrens zu informieren und auf die existierenden Entscheidungshilfen hinzuweisen, diese Aufklärung sollte nachgewiesen werden. Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren lehnt die BAG SELBSTHILFE hingegen ab. In vielen Fällen ist die Indikation zur Operation eindeutig. Hier würde ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren zu unnötigen Wartezeiten und Belastungen der Betroffenen führen. Gerade bei Menschen mit Behinderungen stellt sich zudem auch noch das Problem, dass der Zweitmeiner dann auch zusätzlich barrierefrei erreichbar sein muss, was die Suche für diese Gruppe noch schwieriger machen dürfte.

Deshalb sollte der Sicht der BAG SELBSTHILFE der Gesetzgeber nicht den Weg wählen, die Einholung einer Zweitmeinung bei einzelnen Indikationen quasi verpflichtend zu machen. Dieser Ansatz ist hinsichtlich der erwarteten Wirkung ineffizient und sehr langsam, zudem läuft er auf eine Verantwortungsverlagerung zu Lasten der Patientinnen und Patienten hinaus. Er setzt an einem nachgelagerten Punkt an, obwohl das zentrale Umsetzungsproblem nach den Ergebnissen der Richtlinienevaluation und des Innofonds-Projekts „ZWEIT“ an früherer Stelle liegt: nicht darin, dass die Einholung einer Zweitmeinung freiwillig ist, sondern darin, dass die Patient\*innen durch den indikationsstellenden Arzt in aller Regel nicht so informiert werden, wie es die untergesetzliche Normgebung vorgesehen hat. Gerade hierin liegt der zentrale Befund, an den gesetzgeberisch angeknüpft werden sollte. Das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V ist ein wichtiger Baustein zur Sicherung guter Indikationsqualität. Es hat das Potenzial, unnötige Eingriffe zu vermeiden und zugleich die informierte Entscheidungsfindung über Behandlungsalternativen zu stärken. Dieses Potenzial wird bislang jedoch nicht hinreichend ausgeschöpft, weil die für die Entscheidung wesentlichen Informationen die Betroffenen vielfach nicht rechtzeitig und nicht verlässlich erreichen. Auch wenn der Regelungstext der GBA-Regelung in der aktuellen Fassung vorsieht, dass die Erstmeiner die Patientinnen und Patienten auf die eingriffsspezifische Entscheidungshilfe hinweisen, ist festzuhalten, dass die derzeitige Vorgabe der Richtlinie zwar der Intention entspricht, jedoch in der Versorgung nicht dazu führt, dass die vorhandene eingriffsspezifische Patienteninformation jeweils den Patienten oder die Patientin erreicht. So stellt das Innovationsfonds-Projekt „ZWEIT“ fest, dass Ärzte häufig den Patienten lediglich allgemein mitteilen, dass sie das Recht auf eine Zweitmeinung haben, ohne dabei jedoch auf die eingriffsspezifischen Entscheidungshilfen des IQWiG

hinzuweisen (Abschlussbericht, Seite 29). Gerade diese sind jedoch von zentraler Bedeutung, um die informierte Entscheidungsfindung zur Vermeidung nicht notwendiger Eingriffe effektiv zu unterstützen. Folgeprobleme hinsichtlich der Zielerreichung haben hier ihren Ursprung. Vorgesehene Änderungen konnte der G-BA bislang nicht vornehmen, da ihm vom Gesetzgeber die hierzu benötigte Regelungskompetenz nicht eingeräumt worden ist.

Das grundsätzliche Ansinnen der Finanzkommission und des BMG, eine stärkere Verbindlichkeit ins Zweitmeinungsverfahren zu bringen, geht also in die richtige Richtung, setzt jedoch an einer wenig geeigneten Stelle an. Er würde die Verantwortung auf die Patientinnen und Patienten verlagern und das Verfahren in vielen Fällen unnötig verlängern, 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. Ein Modell, das schon früh auf verpflichtende Einholung setzt, würde deshalb zusätzliche Kapazitäts- und Umsetzungsfragen aufwerfen. Hinzu kommt, dass der Kommissionsvorschlag seine breitere Wirkung erst sehr spät entfalten würde: zunächst Erprobung bei einer einzelnen Indikation, anschließend Evaluation und erst danach eine schrittweise Ausweitung. Demgegenüber würde eine Stärkung der Informationspflichten des Erstmeiners sofort querschnittlich bei allen bereits geregelten und auch bei künftigen Zweitmeinungsthemen wirken. Der Gesetzgeber sollte deshalb die gesetzliche Grundlage des § 27b SGB V gezielt überarbeiten. Erforderlich ist eine ausdrückliche Regelungskompetenz des G-BA nicht nur für Anforderungen an Zweitmeiner 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. Ein solcher Ansatz wäre zielgenauer als die Erprobung einer verpflichtenden Zweitmeinung. Er setzt früher an, adressiert das zentrale Umsetzungsdefizit und stärkt die informierte Entscheidungsfindung dort, wo sie praktisch vorbereitet wird: im Gespräch mit dem indikationsstellenden Arzt. Flankierend bedarf es auch einer angemessenen Honorierung für den qualitätsgesicherten Informationsprozess. Wenn das Zweitmeinungsverfahren seine gesetzgeberische Funktion besser erfüllen soll, spricht alles für eine gesetzliche Stärkung der qualitätsgesicherten Information durch den Erstmeiner.

Textierungsvorschlag zur Änderung von § 27b SGB V

§ 27b Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung im Einzelnen besteht; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt die allgemeinen und indikationsspezifischen Anforderungen an das Zweitmeinungsverfahren fest. Hierzu gehören insbesondere

1. Anforderungen an die Aufklärung, Information, Aushändigung von Unterlagen und Dokumentation durch die indikationsstellende Ärztin oder den indikationsstellenden Arzt,
2. Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung,
3. Anforderungen an die fachliche Qualifikation, Unabhängigkeit und die sonstigen Voraussetzungen der Erbringer einer Zweitmeinung,
4. Vorgaben zu Inhalt, Form, Barrierefreiheit, Bereitstellung, Aktualisierung und Evaluation von Patientenmerkblättern und evidenzbasierten Entscheidungshilfen,
5. Vorgaben zur Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten im Zweitmeinungsverfahren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit Analysen zur Versorgungssituation und zu

Entwicklungen des Leistungsgeschehens, mit Empfehlungen zu Eingriffen, für die ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung in Betracht kommt, sowie mit der Entwicklung, Aktualisierung, Evaluation und barrierefreien Bereitstellung von allgemeinen und eingriffsspezifischen evidenzbasierten Entscheidungshilfen beauftragen.“

§ 27b Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer sowie auf das Patientenmerkblatt und die für den jeweiligen Eingriff vorgesehene evidenzbasierte Entscheidungshilfe hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich, verständlich und rechtzeitig erfolgen; ergänzend sind dem Versicherten das Patientenmerkblatt und die einschlägige Entscheidungshilfe unverzüglich in Textform oder elektronisch in barrierefreier Form zur Verfügung zu stellen. Der Arzt hat die erfolgte Aufklärung sowie die Aushändigung oder Zurverfügungstellung des Patientenmerkblatts und der Entscheidungshilfe in der Patientenakte zu dokumentieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen; in jedem Fall hat sie so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der für die Einholung der Zweitmeinung erforderlichen Befundunterlagen hinzuweisen; auf Verlangen sind diese unverzüglich zu überlassen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen entstehen, trägt die Krankenkasse.“

## **6. Kieferorthopädische Behandlungen (§ 28 SGB V)**

Grundsätzlich erkennt die BAG SELBSTHILFE an, dass Reformen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung notwendig sein können - etwa um Transparenz zu erhöhen, Fehlanreize zu reduzieren und die Qualität der Versorgung zu sichern. Insbesondere bei Kostenstrukturen und Abrechnungsmodalitäten besteht aus ihrer Sicht durchaus Verbesserungsbedarf.

Gleichzeitig warnt die BAG SELBSTHILFE davor, dass gesetzliche Änderungen bzw. Änderungen des GBA zu Einschränkungen beim Zugang zur Behandlung führen könnten. Kieferorthopädische Maßnahmen sind für viele Patientinnen und Patienten - insbesondere Kinder und Jugendliche - keine rein ästhetische Leistung, sondern medizinisch notwendig, um Fehlstellungen mit funktionellen und gesundheitlichen Folgen zu behandeln. Eine zu enge Auslegung der Leistungsansprüche oder strengere Genehmigungskriterien könnten dazu führen, dass notwendige Behandlungen verzögert oder gar nicht durchgeführt werden. Zudem sollten die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen nicht an dem Gebisszustand ablesbar sein.

Kritisch sieht die BAG SELBSTHILFE auch mögliche Verschiebungen von Kosten zu Lasten der Versicherten und ihrer Familien. Bereits heute müssen Eltern in vielen Fällen in Vorleistung gehen oder Zusatzkosten tragen, etwa für alternative Behandlungsmethoden oder höherwertige Materialien. Weitere finanzielle Belastungen würden insbesondere Familien mit geringerem Einkommen benachteiligen und könnten die Chancengleichheit in der Versorgung beeinträchtigen.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Transparenz und Verständlichkeit der Versorgung. Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass Patientinnen und Patienten sowie ihre Eltern besser über Behandlungsoptionen, Kosten und medizinische Notwendigkeiten aufgeklärt werden. Entscheidungen sollten nachvollziehbar und gemeinsam getroffen werden können, ohne dass ökonomische Interessen im Vordergrund stehen.

Insgesamt plädiert die BAG SELBSTHILFE dafür, gesetzliche Änderungen und die nachfolgenden GBA-Regelungen so auszugestalten, dass sie die Versorgungsqualität stärken, den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen sichern und finanzielle Hürden für Patientinnen und Patienten möglichst gering zu halten. Maßnahmen, die primär auf Kostendämpfung abzielen und dabei die Bedürfnisse der Betroffenen nicht ausreichend berücksichtigen, werden aus Patientensicht klar abgelehnt.

## **7. Definition zu den Verbandsmitteln (§ 31 Abs. 1a SGB V RefE)**

Die vorgesehene Definition der Verbandsmittel wird seitens der BAG SELBSTHILFE für nachvollziehbar gehalten.

## **8. Herausnahme der Cannabisblüten aus der Versorgung (§ 31 Abs. 6 SGB V RefE)**

Die BAG SELBSTHILFE kann die hinter der Regelung stehenden Erwägungen einer stärkeren Standardisierung des Wirkstoffgehaltes über Fertigarzneimitteln nachvollziehen, hält jedoch die bestehenden Regelungen der GBA-Richtlinie und der Begutachtungsrichtlinie des MD Bund bereits jetzt für sehr restriktiv.

## **9. Festbeträge für Hilfsmittel (§ 36 SGB V RefE)**

Der Referentenentwurf sieht in § 36 vor, eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festbeträge von Hilfsmitteln zu schaffen. Danach soll nach Abs 1 der Spitzenverband Bund der GKV geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Dies soll erfolgen, „soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine abgemessene Versorgung gewährleistet werden kann.“ Dabei solle “in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden.“ (Abs. 1 S.2)

Die vorgeschlagene Regelung zu den Festbeträgen ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE abzulehnen. Generell haben unsere Mitgliedsverbände mit Festbeträgen schlechte Erfahrungen gemacht, insbesondere bei den Sehhilfen und den Hörhilfen. Gerade Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen hatten große Schwierigkeiten, eine bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten. Das betrifft z. B. hör-sehbehinderte Menschen, die oft eine bessere Versorgung mit Hörhilfen brauchen, um die gleichzeitig fehlenden visuellen Funktionen auszugleichen. Das betrifft hochgradig Sehbehinderte, weil die Zeit zum Anpassen der Sehhilfen nicht richtig im Festbetrag eingepreist wurden oder weil bei der Festbetragsbildung von vollkommen illusorischen Versorgung im Regelfall ausgegangen wurde. So gibt es bspw.

Kantenfilter nur von ganz wenigen Firmen, wenn eine bestimmte Gläserstärke überschritten wird. Diese Modelle sind im Festbetrag nicht abbildbar gewesen.

Soweit an der Regelung festgehalten werden sollte, werden mindestens folgende Änderungen und Ergänzungen für notwendig gehalten:

1. Die BAG SELBSTHILFE hält es in diesem Zusammenhang für sinnvoll, wenn im Gesetz klargestellt wird, dass das Sachleistungsprinzip nicht in Frage steht und dass besonderen Belangen bestimmter Patientengruppen bei der Festbetragsbildung ggf. durch Zuschläge Rechnung zu tragen ist. Die Erfahrungen mit Festbeträgen aus der BAG SELBSTHILFE haben gezeigt, dass die Versorgungsziele relativ häufig mit einem Festbetragshilfsmittel im Einzelfall nicht erreicht werden können. Eine Versorgung, z.B. mit einem Aktivrollstuhl für einen Rheumakranken ist mit einem Standardrollstuhl zum Festbetrag häufig nicht möglich, wenn die Ziele, z.B. eine eigenständige Fortbewegung, erreicht werden sollen. Dazu können nämlich Anpassungen erforderlich sein, die an einem preiswerten Standardmodell nicht ohne weiteres anzubringen sind, zumindest aber dabei erhebliche Mehrkosten entstehen. Solche Versorgungen waren regelmäßig zwischen Patient\*in (und seinem/ihrer verordnenden Ärzt\*in), dem Hilfsmittelversorger und der Krankenkasse streitig. Deshalb muss gesetzlich klargestellt werden, **dass notwendige individuelle Regelungen auf Grund begründeter Versorgungsziele vertraglich vereinbart werden können.** In Anbetracht der Tatsache, dass die Festbeträge eben keine Festzuschüsse sind und das Sachleistungsprinzip ohnehin noch gilt<sup>1</sup>, handelt es sich um eine Klarstellung und nicht um eine Ausnahmeregelung im engeren Sinne.
2. Deswegen sollt auch mindestens angepasst werden § 36 Abs. 1 Satz 1. Aus den Worten „angemessene Versorgung“ sollte „angemessene und bedarfsdeckende Versorgung“ werden.

---

<sup>1</sup> Bundessozialgericht Urteil vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R, zit. Nach <https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/entscheidungen/87791>

3. In Abs. 4 Satz 1 findet die BAG SELBSTHILFE das „im allgemeinen“ zu einschränkend. Gerade Patienten mit höherem Unterstützungsbedarf fallen dort durchs Raster. Dies wäre zu streichen.
4. Der in Abs. 4 ausgewiesene Satz „Soweit wie möglich ist dabei eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen.“ schränkt das Wunsch- und Wahlrecht massiv ein, denn das „soweit wie möglich“ kann auch heißen, dass die Patient\*innen gar keine Wahl mehr haben.
5. Hilfsmittel haben nach § 33 SGB V die Aufgabe, im Einzelfall den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Um sicherzustellen, dass die Hilfsmittel in ihrer Ausführung, die durch den Festpreis wesentlich bestimmt wird, die verschiedenen Ziele tatsächlich erreichen lassen, ist es nicht ausreichend, dass der GKV-Spitzenverband allein **die Gruppen der Hilfsmittel**, die sich für einen Festbetrag eignen können, festlegt. Bei der Aufgabe der Festlegung geeigneter Hilfsmittelgruppen für Festbeträge ist die Mitwirkung der Ärzteschaft und auch der Patienten zwingend. **Insofern sollte diese Aufgabe dem GBA übertragen werden. Dazu gehört auch die Aufgabe der Festlegung von Einzelheiten der Versorgung, (vgl. Abs 1 Satz 2), z.B. Beratungspflichten etc.**
6. Im Text ist der Empfehlung der Finanzkommission <sup>2</sup> folgend zu ergänzen, **dass Festbeträge nur für gut standardisierte Produktgruppen mit geringem Beratungs- oder Anpassungsbedarf in Betracht kommen.**
7. Auf Grund in der BAG SELBSTHILFE häufig berichteter Qualitätsprobleme bei der Bearbeitung von Hilfsmittelversorgungsprozessen durch die Krankenkassen, sollte der Empfehlung der Finanzkommission (Nr. 47) gefolgt werden, **dass ein unabhängiges externes Institut mit einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle der Hilfsmittelversorgung beauftragt wird. Dieses Institut**

---

<sup>2</sup> FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht. Geschäftsstelle der FinanzKommission Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit 11055 Berlin [www.finanzkommission-gesundheit.de](http://www.finanzkommission-gesundheit.de)  
Stand: 30.03.2026 Nr. 47

sollte die Einhaltung verbindlicher Qualitätskriterien prüfen, patientenberichtete Endpunkte berücksichtigen und regelmäßige Transparenzberichte veröffentlichen. Dieser Vorschlag wurde zwar im Zusammenhang mit Ausschreibungen gemacht, erscheint aber auch geeignet, die Prozesse der Hilfsmittelversorgung insgesamt bedarfsgerechter, effektiver und wirtschaftlicher zu organisieren.

8. Die **Abweichungsmöglichkeiten oberhalb und unterhalb der bundeseinheitlich festgelegten Festbeträge durch die Einzelkassen innerhalb eines bestimmten Korridors wird abgelehnt**. Nach unseren Erfahrungen wurde überwiegend in der Vergangenheit von ohnehin zu niedrigen Festbeträgen noch nach unten abgewichen. Angesichts dessen, dass die bundeseinheitlichen Festbeträge wegen des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes ohnehin den unteren Rahmen des durchschnittlich Notwendigen festlegen, ist eine Abweichungsmöglichkeit nach unten auch nicht zu begründen. Die Abweichungsmöglichkeit nach unten sollte daher gestrichen werden.
9. Bei der Festlegung der Festbeträge beim GKV-Spitzenverband sollte gesetzlich geklärt werden, dass die schon jetzt zu beteiligenden **Patientenvertreter\*innen die zugrunde liegenden Marktanalysen und Berechnungsgrundlagen** vollständig vorgelegt werden müssen- unter Zusicherung der Vertraulichkeit natürlich. Andernfalls kann die Berechnung der Festbeträge nicht nachvollzogen werden.
10. Ferner sollte es eine **Patientenbeteiligung an der Schiedsstelle** zur Klärung über die Festlegung der Festbeträge vorgesehen werden.

Ferner möchte die BAG SELBSTHILFE die kritische Haltung zu den Festbeträgen noch im Einzelnen darlegen:

Festbeträge legen einen maximalen Erstattungsbetrag für bestimmte Hilfsmittel fest. Was darüber hinausgeht, tragen Versicherte regelmäßig in der Praxis selbst, auch wenn das Sachleistungsprinzip grundsätzlich noch gilt und damit auch darüber hinaus gehende Versorgungserstattungen erstattungsfähig sind; davon wissen jedoch viele nichts. Genau hier liegt aus Patientensicht ein zentrales Problem: Hilfsmittel sind keine

austauschbaren Standardprodukte, sondern oft individuell angepasste Lösungen, die unmittelbar über Lebensqualität, Selbstständigkeit und Teilhabe entscheiden. Eine pauschale Begrenzung wird dieser individuellen Bedarfslage häufig nicht gerecht; die Festbeträge suggerieren jedoch eine solche pauschale Begrenzung der Bedarfslage, auch wenn sie rechtlich nicht so einzuordnen sind.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen bedeutet dies konkret, dass sie entweder auf ein möglicherweise weniger geeignetes Hilfsmittel ausweichen müssen oder erhebliche Eigenanteile tragen; unter Umständen müssen sie ein langwieriges und kostenintensives Gerichtsverfahren durchlaufen, bevor sie die notwendige Versorgung erhalten.

Dies kann dazu führen, dass notwendige Funktionalität, Komfort oder Haltbarkeit eingeschränkt werden - mit direkten Auswirkungen auf den Alltag, die Mobilität oder die gesundheitliche Stabilität. Gerade bei langfristiger Nutzung können qualitativ schlechtere Hilfsmittel zudem Folgekosten verursachen, etwa durch Komplikationen oder erhöhten Anpassungsbedarf.

Hinzu kommt die soziale Dimension: Eigenbeteiligungen treffen Menschen mit ohnehin erhöhtem Unterstützungsbedarf besonders stark. Viele Betroffene haben zusätzliche Ausgaben, etwa für Therapien, Pflege oder barrierefreie Lebensführung. Wenn dann auch bei essenziellen Hilfsmitteln finanzielle Hürden entstehen, wird die gleichberechtigte Teilhabe weiter erschwert.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Dynamik der Festbeträge. Diese werden nicht immer ausreichend schnell an technische Entwicklungen oder Preisveränderungen angepasst. Innovative und verbesserte Hilfsmittel, die einen echten Mehrwert bieten könnten, sind dann häufig nicht vollständig abgedeckt. Das kann den Zugang zu Fortschritt und moderner Versorgung einschränken.

Aus Patientensicht sind Festbeträge daher abzulehnen; soweit an ihnen festgehalten wird, muss sichergestellt werden, dass Festbetragsregelungen flexibel und bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Notwendig sind transparente Verfahren, die Verdeutlichung, dass es individuelle Ausnahmeregelungen als Teil des Sachleistungsprinzips gibt sowie eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Beträge. Vor

allem muss nicht nur rechtlich, sondern auch praktisch sichergestellt werden, dass medizinisch notwendige und individuell geeignete Hilfsmittel ohne unzumutbare Mehrkosten zugänglich bleiben.

Darüber hinaus nimmt die BAG SELBSTHILFE den Entwurf zum Anlass, Anmerkungen zu der Rechtsfigur der Ausschreibungen zu machen: Der Referentenentwurf sieht entgegen der Empfehlung der Finanzkommission keine Ausschreibungen für Hilfsmittel vor. Dies wird ausdrücklich begrüßt, da die Erfahrungen mit Ausschreibungen fast durchgehend negativ waren und sich zudem keine hinreichende Evidenz für Einsparungen<sup>3</sup> finden lässt.

## **10. Neuregelungen zum Krankengeld (§§ 44, 45, 47, 48 SGB V RefE)**

Die geplante Absenkung des Krankengeldes und die Einschränkung, dass weitere hinzutretende Erkrankungen den Bezug des Krankengeldes nicht verlängern, wird seitens der BAG SELBSTHILFE strikt abgelehnt. Die Maßnahmen treffen vor allem Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen. Auch die Regelungen zum Krankengeldmanagement werden als nicht zielführend angesehen.

Zwar ist es legitim, Fehlanreize im System zu identifizieren und zu begrenzen. Allerdings besteht beim Krankengeldmanagement die Gefahr, dass der Fokus auf Missbrauch ein verzerrtes Bild erzeugt. Die große Mehrheit der Versicherten bezieht Krankengeld nicht aus opportunistischen Gründen, sondern weil sie tatsächlich arbeitsunfähig ist. Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind häufig auf längere Krankengeldphasen angewiesen, etwa bei Schüben, komplexen Therapien oder schleichenden Krankheitsverläufen. Wenn hier verstärkte Kontrollen, bürokratische Hürden oder Druck zur frühzeitigen Rückkehr in den Beruf aufgebaut werden, kann dies zu erheblicher Verunsicherung führen und den Genesungsprozess beeinträchtigen.

---

<sup>3</sup> FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht. Geschäftsstelle der FinanzKommission Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit 11055 Berlin [www.finanzkommission-gesundheit.de](http://www.finanzkommission-gesundheit.de)  
Stand: 30.03.2026. Die einzige unter der Empfehlung Nr. 47 zu Hilfsmitteln zitierte Studie bezieht sich auf Implantate.

Ein zu stark auf Kontrolle ausgerichtetes Krankengeldmanagement birgt zudem das Risiko, das Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen zu belasten. Chronisch Erkrankte könnten sich zunehmend rechtfertigen müssen, obwohl ihre gesundheitliche Situation oft schwer objektivierbar und durch individuelle Verläufe geprägt ist.

Besonders problematisch ist aus Patientensicht die vorgesehene Absenkung des Krankengeldes und die Nichtverlängerung bei hinzutretenden Erkrankungen. Für viele Betroffene stellt das Krankengeld eine existenzsichernde Leistung dar. Bereits das derzeitige Niveau bedeutet für zahlreiche Haushalte finanzielle Einschnitte. Eine weitere Absenkung würde diese Belastung deutlich verschärfen und könnte dazu führen, dass Erkrankte aus finanziellen Gründen zu früh an den Arbeitsplatz zurückkehren - mit dem Risiko von Rückfällen, Chronifizierung oder langfristigen Gesundheitsschäden.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen ist diese Entwicklung besonders kritisch. Sie haben oft wiederkehrende oder lang andauernde Krankheitsphasen und sind entsprechend häufiger auf Krankengeld angewiesen. Eine Absenkung der Leistung trifft sie somit nicht nur punktuell, sondern potenziell wiederholt oder über längere Zeiträume hinweg. Dies kann zu erheblichen finanziellen Unsicherheiten führen und die ohnehin belastende Lebenssituation zusätzlich verschärfen.

Hinzu kommt eine mögliche soziale Schieflage: Personen mit geringeren Einkommen sind stärker auf das Krankengeld angewiesen und haben weniger Möglichkeiten, Einkommensverluste zu kompensieren. Die geplanten Änderungen könnten somit bestehende Ungleichheiten weiter verstärken.

Insgesamt entsteht aus Patientensicht der Eindruck, dass Maßnahmen zur Kostendämpfung und Missbrauchsvermeidung zu stark zulasten der tatsächlich Betroffenen gehen. Eine zielgerichtete Weiterentwicklung des Krankengeldsystems sollte stattdessen darauf abzielen, individuelle Bedarfe besser zu berücksichtigen, den Wiedereinstieg in den Beruf sinnvoll zu unterstützen und gleichzeitig die soziale Absicherung im Krankheitsfall verlässlich zu gewährleisten.

## 11. Teilarbeitsunfähigkeit/ Teilkrankengeld (§§ 44c,d, 74 SGB V)

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit wird aus Patientensicht - insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen - differenziert bewertet. Sie bietet Chancen für mehr Flexibilität, wirft aber auch eine Reihe von Risiken und offenen Fragen auf.

Ein zentraler Vorteil liegt in der Möglichkeit eines gleitenden Übergangs zwischen Krankheit und vollständiger Arbeitsfähigkeit. Viele chronisch erkrankte Menschen erleben keine klaren „gesund/krank“-Phasen, sondern schwankende Belastbarkeit. Eine Teilarbeitsunfähigkeit kann diesem Verlauf besser gerecht werden und erlauben, im individuell möglichen Umfang weiterzuarbeiten. Die Einführung einer Teilarbeitsfähigkeit kann eine realitätsnähere Abbildung schwankender Krankheitsverläufe wie bei den rheumatischen Erkrankungen ermöglichen und eine flexible Teilhabe am Erwerbsleben unterstützen.

Das kann sich positiv auf die psychische Stabilität auswirken. Arbeit bedeutet für viele Menschen nicht nur Einkommen, sondern auch Struktur, soziale Teilhabe und Selbstwirksamkeit. Die Option, teilweise im Arbeitsprozess zu bleiben, kann Isolation verhindern und den Wiedereinstieg nach längerer Erkrankung erleichtern.

Auch für das Gesundheitssystem kann die Teilarbeitsunfähigkeit Vorteile haben: Sie kann helfen, lange vollständige Ausfallzeiten zu reduzieren und damit indirekt Kosten zu begrenzen, ohne dass Betroffene vollständig aus dem Erwerbsleben herausfallen.

Gleichzeitig bestehen aus Patientensicht erhebliche Bedenken bei der konkreten Ausgestaltung. Ein zentrales Risiko ist der mögliche Druck auf Erkrankte, schneller oder mehr zu arbeiten, als es ihrer gesundheitlichen Situation entspricht. Gerade bei chronischen Erkrankungen mit schwer einschätzbarer Belastbarkeit könnte die Teilarbeitsunfähigkeit dazu führen, dass Patientinnen und Patienten sich verpflichtet fühlen, eine Teil-Arbeitsfähigkeit „nachzuweisen“, auch wenn dies medizinisch grenzwertig ist.

Ein weiterer kritischer Punkt ist der bürokratische und organisatorische Aufwand. Die Abstimmung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Arbeitgebern und Krankenkassen wird komplexer. Für Patient\*innen kann dies zusätzliche Hürden und Unsicherheiten schaffen, insbesondere wenn Entscheidungen über Stundenumfang oder Leistungsfähigkeit regelmäßig neu bewertet werden müssen.

Zudem ist fraglich, wie gut das Instrument in der Praxis individualisiert werden kann. Chronische Erkrankungen verlaufen oft sehr unterschiedlich - starre Modelle oder pauschale Vorgaben würden dem nicht gerecht und könnten zu Fehlsteuerungen führen.

Die Teilarbeitsunfähigkeit hat das Potenzial, ein sinnvolles und modernes Instrument zu sein, das besser auf die Lebensrealität vieler Erkrankter eingeht. Voraussetzung ist jedoch eine patientenorientierte Ausgestaltung: freiwillige Nutzung ohne Druck, klare medizinische Kriterien, verlässliche finanzielle Absicherung und möglichst geringe bürokratische Hürden.

Ohne diese Rahmenbedingungen besteht die Gefahr, dass ein grundsätzlich sinnvolles Konzept in der Praxis zu Mehrbelastungen führt - insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen, die ohnehin auf ein sensibles und verlässliches Unterstützungssystem angewiesen sind.

## **12. Rehabilitation (§ 51 SGB V Ref)**

Die BAG SELBSTHILFE hält die vorgesehene Fristverkürzung für zu kurz: Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Dies gilt auch für einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Bisher galt eine Regelung von 10 Wochen. Die nunmehr im Entwurf vorgesehene Frist von vier Wochen kann zu kurz sein, um sich umfassend zu informieren und zu entscheiden.

Schwierig hält die BAG SELBSTHILFE zudem die Regelung, nach der Versicherte aus dem Ausland zurückzitiert werden sollen.

### **13. Absenkung des Festzuschusses zum Zahnersatz (§ 55 SGB V RefE)**

Aus Sicht von Patientinnen und Patienten - insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen und geringerem Einkommen - ist eine Absenkung des Festzuschusses zum Zahnersatz ebenfalls abzulehnen.

Der Festzuschuss beim Zahnersatz ist ein zentrales Instrument, um die Grundversorgung im Bereich der Zahnmedizin sicherzustellen. Er stellt sicher, dass notwendige Behandlungen wie Kronen, Brücken oder Prothesen für alle Versicherten zumindest teilweise bezahlbar bleiben. Eine Absenkung würde diesen solidarischen Ausgleich schwächen und die Eigenanteile der Patientinnen und Patienten deutlich erhöhen.

Besonders problematisch ist dies für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Viele systemische Erkrankungen - etwa Diabetes, Autoimmunerkrankungen oder bestimmte Medikamententherapien - erhöhen das Risiko für Zahnprobleme. Diese Patientengruppe ist daher überdurchschnittlich häufig auf Zahnersatz angewiesen. Eine Absenkung der Zuschüsse trifft sie somit strukturell stärker und verstärkt gesundheitliche Ungleichheiten.

Hinzu kommt die soziale Dimension: Zahnersatz ist bereits heute mit erheblichen Eigenkosten verbunden. Selbst mit Festzuschuss müssen viele Versicherte hohe private Zuzahlungen leisten. Eine weitere Reduktion würde dazu führen, dass notwendige Behandlungen häufiger aufgeschoben oder nur in abgespeckter Form durchgeführt werden. Dies kann langfristig zu schlechterer Mundgesundheit und höheren Folgekosten führen.

Aus Patientensicht besteht außerdem das Risiko, dass sich eine stärkere Zwei-Klassen-Versorgung im Zahnbereich verfestigt. Wer sich hohe Eigenanteile leisten kann, erhält hochwertigen Zahnersatz, während andere auf funktional eingeschränkte oder weniger langlebige Lösungen ausweichen müssen. Das widerspricht dem Grundgedanken der solidarischen Krankenversicherung.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass gute Zahngesundheit eng mit der allgemeinen Gesundheit verbunden ist. Einschränkungen beim Zahnersatz können nicht nur die

Kauffunktion, sondern auch Ernährung, Lebensqualität und soziale Teilhabe beeinträchtigen.

In der Gesamtbewertung überwiegen daher aus Patientensicht die Nachteile deutlich. Eine Absenkung des Festzuschusses zum Zahnersatz würde die finanzielle Belastung der Versicherten erhöhen, gesundheitliche Ungleichheiten verstärken und langfristig sogar zu höheren Versorgungskosten führen. Sinnvoller wären gezielte Effizienzmaßnahmen im System, ohne die Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten weiter zu erhöhen.

Insoweit lehnt die BAG SELBSTHILFE Festzuschussysteme als Widerspruch zum Sach- und Solidaritätsprinzip insgesamt ab; um aber wenigstens Überforderungssituationen zu verhindern, sollten wenigstens die Eigenanteile Eingang in die Berechnung der Chroniker-Pauschale finden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

#### **14. Erhöhung der Zuzahlungen (§ 61 SGB V RefE)**

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die geplante Erhöhung der Zuzahlungen durch die Finanzkommission Gesundheit und den Referentenentwurf klar abzulehnen. Schon heute stellen Zuzahlungen für viele Menschen eine spürbare finanzielle Belastung dar - insbesondere für Personen mit geringem Einkommen. Eine weitere Erhöhung verschärft diese Situation unnötig und führt dazu, dass notwendige medizinische Leistungen aus Kostengründen hinausgezögert oder ganz vermieden werden. Sehr begrüßt wird in diesem Zusammenhang aber die Beibehaltung der Überforderungsklauseln, insbesondere der Chronikerregelung, die für Menschen mit chronischer Erkrankung ein wichtiger Schutz vor finanziellen Problemen ist. Diese Regelungen müssen deswegen unbedingt beibehalten werden.

Generell widersprechen Zuzahlungen dem Grundprinzip eines solidarischen Gesundheitssystems, in dem der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht vom Geldbeutel abhängen darf. Statt die Versicherten stärker zu belasten, sollten strukturelle Reformen und Effizienzsteigerungen im System im Vordergrund stehen. Die Verantwortung für finanzielle Stabilität einseitig auf Patientinnen und Patienten abzuwälzen, ist weder sozial gerecht noch gesundheitspolitisch sinnvoll.

Eine solche Maßnahme birgt zudem das Risiko steigender Folgekosten, da gerade bei akut Erkrankten unbehandelte oder zu spät behandelte Erkrankungen oft schwerwiegendere und teurere Verläufe nach sich ziehen. Insgesamt ist die geplante Erhöhung daher kurzsichtig und geht zulasten der gesundheitlichen Chancengleichheit.

### **15. Kostendämpfungsmaßnahmen bei Krankenhäusern und Vertragsärzten und sonstigen Leistungserbringern (an verschiedenen Stellen)**

Aus Sicht der Versicherten ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass bei den Leistungserbringern Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung vorgesehen sind.

Vor dem Hintergrund der erheblichen Kostensteigerungen der letzten Jahre im Gesundheitswesen ist es nachvollziehbar, dass auch auf der Seite der Leistungserbringung nach Einspar- und Steuerungsmöglichkeiten gesucht wird. Steigende Ausgaben für medizinische Leistungen, Personal und Infrastruktur stellen das System insgesamt vor große finanzielle Herausforderungen. Eine ausgewogenere Lastenverteilung ist daher ein wichtiger Bestandteil einer nachhaltigen Finanzpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aus Patientensicht ist dabei entscheidend, dass solche Einsparungen nicht zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Ziel muss es sein, vorhandene Ressourcen effizienter einzusetzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und Abläufe in Praxen und Krankenhäusern zu verbessern, ohne die medizinische Versorgung einzuschränken oder zu verschlechtern.

Gerade in den letzten Jahren ist die Ausgabenentwicklung in diesen Bereichen deutlich dynamischer gewesen als die Einnahmenentwicklung der Kassen. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend erforderlich, auch die Leistungserbringer stärker in die Verantwortung für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Versorgung einzubeziehen.

Insgesamt können solche Maßnahmen daher aus Versichertensicht grundsätzlich begrüßt werden - vorausgesetzt, sie werden so ausgestaltet, dass die Versorgungsqualität, der Zugang zur Behandlung und die Patientensicherheit jederzeit

gewährleistet bleiben. Denn im Grundsatz birgt die Abschaffung von Zuschlägen und Pauschalen bei Leistungserbringern die Gefahr, dass sich für Patient\*innen die Wartezeit auf Termine bei Fachärzten oder Physiotherapeuten verlängert.

#### **16. Ausnahmeregelungen für Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche und Pflegebedürftige bei zahnärztlichen Leistungen (§ 85 SGB V)**

Es wird seitens der BAG SELBSTHILFE sehr begrüßt, dass für die Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität Ausnahmen geben soll für zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kindern und Jugendlichen, für die Zuschläge für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigten Personen.

#### **17. Innovationsausschuss (§ 92a SGB V RefE)**

Der Innovationsfonds stellt seit 10 Jahren einen wichtigen Bestandteil der Forschungsförderung im Gesundheitswesen dar. Zudem leistet er mit zahlreichen beteiligten Akteuren einen unverzichtbaren Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzesentwurf enthält eine Reihe von Neuerungen, die einen Mehrgewinn darstellen können und aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu unterstützen sind, gleichwohl beinhaltet er ebenso Aspekte, die aus Sicht der Patientenvertretung zu kritisieren sind und deren Nutzen sich nicht erschließt. Eine dauerhafte Reduktion auf ein Fördervolumen von 100 Mio. € ist aus Sicht der Patientenvertretung nicht angemessen und dem dringenden Weiterentwicklungsbedarfs des Gesundheitssystems abträglich. Hier war aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE der Vorschlag der Finanzkommission mit einem Fördervolumen von 150 Mio € als zielführender einzuschätzen.

#### **Änderungen in § 92a (Innovationsfonds)**

**Zu a)**

**Förderverfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen**

Die Rückkehr und Verschlankung der Förderverfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen auf das einstufige lange Verfahren sind aus Sicht der Patientenvertretung zu begrüßen.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass das mit dem Digitale Versorgungsgesetz (DVG) eingeführte zweistufige Verfahren nicht den gewünschten qualitativen Mehrwert gebracht hat. Durch das DigiG im Jahr 2024 wurde eine Ausweitung der Verfahrensarten im Bereich der Neuen Versorgungsformen gesetzlich verankert und z. B. das sogenannte Fast-Track-Verfahren (Neue Versorgungsformen mit verkürzter Laufzeit von 24 Monaten) etabliert. Die Patientenvertretung spricht sich hier, wie im Referentenentwurf vorgeschlagen, für eine Verschlankung der Verfahrensarten im Bereich der Neuen Versorgungsformen aus. Insbesondere im Bereich des Fast-Track-Verfahrens (Neue Versorgungsformen mit verkürzter Laufzeit von 24 Monaten) zeigt die schlechte Förderquote, dass die „schnellen Projekte“ häufig nicht die Förderreife in allen Förderkriterien erreichen. Da es in den weiteren Verfahrensarten der Neuen Versorgungsformen keine Mindestlaufzeit gibt, ist auch weiterhin ein Einreichen von Anträgen mit kürzeren Laufzeiten im Bereich NVF möglich. Die Parallelstruktur mehrerer Verfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen hat insgesamt keinen Mehrwert gezeigt und erzeugt einen unnötigen administrativen Mehraufwand. Gleichwohl zeigt die hohe und weiter steigende Antragzahl der eingereichten Projekte das große Innovationspotential im deutschen Gesundheitswesen, deren Bearbeitung jedoch auch mehr Ressourcen binden. Die Förderung der Beforschung des Innovationspotentials ist jedoch unabdingbar, um die kontinuierliche und evidenzbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystem zu garantieren und den diversen und komplexen aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

**Zu b)**

### **Bereich Versorgungsforschung**

Bereich Versorgungsforschung (VSF): Die Patientenvertretung begrüßt die Beibehaltung des Bereichs Versorgungsforschung. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung nicht selten ebenfalls direkt in die Regelversorgung Eingang finden können und gerade auch für kleinere Indikations- und Forschungsbereiche einen echten Mehrwert generieren.

Die Streichung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, ist aus Sicht der Patientenvertretung nachvollziehbar, da die Evaluation der Richtlinien i. d. R. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss selbst oder den Gesetzgeber geregelt wird.

Die Streichung von Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit ist aus Sicht der Patientenvertretung bedauerlich. Die Unterstützung der Forschung und daran anschließenden Implementierung von möglichst deutschlandweit einheitlichen Fehlermeldesystemen ist für die Patientensicherheit von hoher Bedeutung. Systeme wie CIRS ermöglichen es, anonym über entsprechende Vorfälle und auch sogenannte Beinahe-Fehler zu berichten, diese auszuwerten und durch eine entsprechende Weiterbearbeitung zur Erhöhung der Patientensicherheit zu nutzen. Die weitere Förderung dieses Themas wäre ferner wichtig, um die systemische Fehleranalyse auch sektorenübergreifend zu ermöglichen. Nur durch entsprechende Forschungsvorhaben und deren Implementierung wird es möglich, nicht nur individuelle Fehler zu betrachten, sondern auch die jeweiligen kontextabhängigen Rahmenbedingungen, die ihnen zugrunde lagen. Dies hilft, neben der Erhöhung der Patientensicherheit, also auch, z. B. prozessuale Schwachstellen im täglichen Versorgungsalltag zu identifizieren und möglichst abzustellen.

#### Bereich Medizinische Leitlinien (MedLL):

Die Patientenvertretung begrüßt die Erweiterung der Fördermöglichkeit zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter Medizinischen Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, in Form der Übertragungsmöglichkeit von Mitteln aus dem Volumen der Versorgungsforschung.

In diesem Zusammenhang sollte die Ausweitung der Fördermöglichkeit auf medizinische Leitlinien mit S2e- und S2k-Niveau geregelt werden. Bisher beinhaltet die Förderung lediglich Leitlinien auf S3-Niveau; die Vergangenheit hat allerdings gezeigt, dass eine Vielzahl der geförderten Leitlinien, beispielsweise zu seltenen Erkrankungen, das S3-Niveau aufgrund mangelnder bestehender Evidenz nicht erreichen kann. Der Bedarf an diesen Leitlinien in der Versorgung ist jedoch davon unbenommen hoch.

Zu c)

### **Fördervolumen**

Mit den Sparmaßnahmen der Bundesregierung wurde für das Jahr 2026 das Fördervolumen des Innovationsfonds von 200 Mio. € auf einmalig 100 Mio. € reduziert. Die Umstellung auf die alleinige Finanzierung der Fördersumme ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist nachvollziehbar, um die gesetzlichen Krankenversicherungen zu entlasten. **Eine dauerhafte Reduktion auf ein Fördervolumen von 100 Mio. € ist aber aus Sicht der Patientenvertretung nicht angemessen und dem dringenden Weiterentwicklungsbedarfs des Gesundheitssystems abträglich.**

**Die Patientenvertretung plädiert für eine dauerhafte Absenkung des jährlichen Fördervolumens auf die von der Finanz-Kommission vorgeschlagenen 150 Mio. € pro Jahr**, zu finanzieren aus der Liquiditätsreserve. Eine dauerhafte nochmalige Halbierung des Fördervolumens (ursprünglich war der Innovationsfond mit 300 Mio. € Fördervolumen pro Jahr gestartet) verhindert die nachhaltige Verbesserung der Versorgung in Deutschland, gefährdet wichtige und etablierte sektoren- und professionsübergreifende Forschungsstrukturen sowie dringend notwendige Forschungsbestrebungen, um Effizienzreserven im System heben zu können.

Des Weiteren kann damit das Potential des Innovationsfonds, einen wichtigen Beitrag zur Identifikation und Verstetigung von Maßnahmen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen, effizienten und evidenzbasierten Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr ausgeschöpft werden. Insgesamt geht damit auch eine Schwächung des Forschungsstandortes Deutschland einher.

**Aus Patientensicht gibt es jedoch auch Weiterentwicklungsbedarfe, die nun durch klarstellende bzw. weitergehende gesetzliche Regelungen adressiert werden können und müssen:**

- 1) Sektorenübergreifende Versorgung
- 2) Transfer in die Regelversorgung
- 3) Patientenbeteiligung

- 1) Sektorenübergreifende Versorgung**

Das originäre Ziel des Innovationsfonds - der Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung - kann noch deutlich ausgebaut werden. Hier sind dringend gesetzliche Mechanismen vorzusehen, wie beispielsweise andere Sozialversicherungsbereiche z. B. SGB IX, SGB XI etc., welche auch direkter Bestandteil des Versorgungskontinuums darstellen, stärker einzubinden. Freiwillige Beteiligungen und obligate Kostenanteilsübernahmen haben sich in der bisherigen Erfahrung als nicht adäquat erwiesen. Nur durch eine derartige sektorenübergreifende Verzahnung über Sozialgesetzbücher hinweg, kann das eigentliche Ziel des Innovationsfonds vollends erreicht und alle Potenziale ausgeschöpft werden. Eine zukunftsorientierte und effiziente Gesundheitsversorgung muss über den gesamten Behandlungsweg hinweg gedacht und umgesetzt werden. Gerade auch im Hinblick auf das zu erwartende Primärarzt-system sind derartige Forschungsansätze zu ermöglichen.

## **2) Transfer in die Regelversorgung**

Trotz gesetzlicher Grundlage mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) 2020 gibt es weiterhin Verbesserungsbedarf im Hinblick auf den Transitionsmechanismus in die Regelversorgung. Insbesondere die Sicherstellung des direkten Transfers in die kollektivvertragliche Regelversorgung ist weiterhin dringend notwendig.

**Der Transferprozess ist von Anfang an - bereits bei Antragsstellung - strenger zu berücksichtigen.** Hierbei kann eine explizite Verpflichtung bei der Antragstellung dienlich, aber auch eine strengere Bewertung des Verwertungspotentials notwendig sein. Auch die bessere Verzahnung und Transparenz zwischen den Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Innovationsausschusses ist hierbei dringend notwendig. Vorstellbar wäre hier z. B. eine projektbegleitende Transferberatung durch die Geschäftsstelle des Innovationsfonds, die auch unter Beteiligung des G-BA erfolgen kann.

Ein weiterer Schritt, um die geschaffene Evidenz gebündelter in die Regelversorgung zu überführen, wäre die Ermöglichung von Metaanalysen als Fördergegenstand zu bisher abgeschlossenen und beispielsweise themenähnlichen Projekten. Durch die Verstetigung des Innovationsfonds gibt es z. T. eine Vielzahl von Projekten mit ähnlichen Zielstellungen z. B. zu Lotsenfunktion oder Sport- und Bewegungstherapie. Hier sollten Metaanalysen dieser Projekte möglich werden, sodass umfassendere Evidenz für einen Transfer in die Regelversorgung extrapoliert werden kann.

### 3) Patientenbeteiligung

Die Patientenvertretung setzt sich auch weiterhin für die notwendige Stärkung der Patientenbeteiligung ein. Mit der Einführung des DigiG ist Patientenbeteiligung seit 2024 im Bereich der Neuen Versorgungsformen als verpflichtendes Bewertungskriterium festgelegt worden. Diese Aufnahme entspricht internationalen Standards und die Erfahrung der letzten zwei Jahre hat gezeigt, dass eine Umsetzung der Patientenbeteiligung in den Projekten sehr gut durchführbar ist. Die Berücksichtigung des Erfahrungswissens erhöht die Qualität der Forschungsergebnisse, stärkt versorgungsnaher Forschungsprozesse und fördert die Umsetzbarkeit von Ergebnissen in die Regelversorgung durch z. B. präferenzorientierte Innovationen. Gerade in Zeiten der ggf. notwendigen Einschränkungen sollten entsprechende partizipative Ansätze zwingend umgesetzt werden.

**Folgerichtig und logisch konsequent sollte demnach das Bewertungskriterium Patientenbeteiligung auch im Bereich der Versorgungsforschung inkl. der Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien verpflichtend werden. In Bezug auf die Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien muss dies die verpflichtende Entwicklung von Patientenleitlinien - entsprechende Versionen der Leitlinie in laienverständlicher Sprache - bei der Förderung beinhalten.**

Projekte, die Patientenbeteiligung aktiv und bestmöglich umsetzen, sollten auch weiterhin über ein verpflichtendes Bewertungskriterium dafür honoriert werden.

## 18. Arzneimittelregelungen

### a. Abschaffung der Leitplanken (§ 130b Abs. 3 SGB V RefE) und des Kombi-Abschlages (§ 130e SGB V RefE)/ Unmittelbare Verfügbarkeit von Arzneimitteln nach Markteintritt

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es essentiell, dass die Verfügbarkeit von innovativen Arzneimitteln in Deutschland nach Markteintritt weiterhin gewährleistet bleibt und keine vierte Hürde - wie in anderen europäischen Ländern - aufgebaut wird.

Aus diesem Grund befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch eine Preisbildung für innovative Arzneimittel, die strenge Vorgaben für die studienbasierten Nachweise zum Zusatznutzen der Präparate einfordert.

Die Leitplanken und der Kombi-Abschlag haben aber in der Praxis leider nicht funktioniert, so dass deren Abschaffung seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt wird.

#### **b. Stärkung Preis-Mengen-Vereinbarungen (§ 130b SGB V RefE)**

Aus Patientensicht sollte der Preis innovativer Arzneimittel in erster Linie den **medizinischen Mehrwert** widerspiegeln. Dieser wird im Rahmen der Nutzenbewertung anhand des **Zusatznutzens** bestimmt.

Preis-Mengen-Regelungen folgen hingegen einer anderen Logik und knüpfen an die **verordnete Menge** eines Arzneimittels an.

In einer idealen Versorgungssituation würden die Arzneimittel mit dem größten Zusatznutzen innerhalb eines Indikationsbereichs auch am häufigsten verordnet. Dies ist in der Praxis jedoch - aus noch darzustellenden Gründen - häufig nicht der Fall.

Dort, wo nicht das Arzneimittel mit dem größten Zusatznutzen die höchste Verordnungshäufigkeit aufweist, sondern ein anderes Präparat, können Preis-Mengen-Regelungen die **Inkonsistenz zwischen Zusatznutzen und Verordnungshäufigkeit weiter verstärken**.

Es wird dann nämlich aus monetär betrachtet immer attraktiver, das ohnehin schon verordnungstärkste Präparat zu verordnen.

Vor diesem Hintergrund lehnt die BAG SELBSTHILFE die Stärkung des Preis-Mengen-Gedankens als Alternative zu einer generellen Rabattierung aller innovativen Arzneimittel ab.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist bereits jetzt zu beklagen, dass **Selektivverträge und Rabattverträge** in Kombination mit Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen massive Auswirkungen auf die Verordnungshäufigkeit innovativer Arzneimittel haben können.

Eine **konsistente Orientierung aller Mechanismen**, die sowohl die Preisbildung als auch die Verordnungshäufigkeit betreffen, wäre aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht nur bedarfsgerechter, sondern entspräche auch einem rationaleren Einsatz der finanziellen Mittel der GKV.

**c. Selektivvertraglicher Regelungen unter patentgeschützten Arzneimitteln (§ 130e SGB V)**

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es durchaus denkbar, auch für bestimmte Cluster patentgeschützter Arzneimittel ein kollektivvertragliches Festbetragssystem zu etablieren.

Damit eine solche Regelung aber auch Patientensicht akzeptabel wäre, müssten folgende Kriterien erfüllt werden: Zum einen würde dies eine **Labelgleichheit**, zum anderen ein **vergleichbares Nutzenprofil** voraussetzen.

Das Thema der Labelgleichheit wird bereits im bestehenden Festbetragssystem für nicht patentgeschützte Arzneimittel (teilweise kontrovers) diskutiert.

Problematischer als bei den Generika ist allerdings in einem solchen kollektivvertraglichen Festbetragssystem der Punkt der Vergleichbarkeit des Nutzenprofils: § 35 SGB V setzt für Festbeträge im nicht patentgeschützten Bereich vergleichbare Wirkstoffe oder therapeutische Alternativen voraus. Dies ist bei innovativen patentgeschützten Arzneimitteln wesentlich schwerer zu konkretisieren.

Vergleichbare Nutzenprofile könnten jedoch eventuell durch einen Vergleich der Nutznachweise hinsichtlich der relevanten Endpunkte sowie der Qualität der vorhandenen Evidenz ableitbar sein. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre der Gemeinsame Bundesausschuss eigentlich dazu prädestiniert, das zu prüfen.

Die direkte Regelung dieser komplexen Erwägungen im Gesetzgebungsverfahren hält die BAG SELBSTHILFE jedoch nicht für sachgerecht. Dies zeigt schon die Überlegung, dass beim Auftauchen eines neuen Präparats in einer der im Gesetzentwurf genannten Wirkstoffgruppen, u.U. das Gesetz geändert werden müsste, falls dieses Produkt ein vorteilhaftes Nutzenspektrum hätte. Gesetze eignen sich nicht dazu, Wirkstofflisten zu führen.

#### **d. Erhöhung des Herstellerrabatts (§ 130a Abs. 1b SGB V RefE)**

Angesichts der beschriebenen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen ist die Erhöhung des Herstellerrabatts im Grundsatz nachvollziehbar, obwohl die sog. MFN-Problematik neue Herausforderungen für das Pricing von innovativen Arzneimitteln mit sich bringt.

Düsseldorf/Berlin, 19. April 2026