



Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Gesamtwürdigung

Die Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein wichtiges Ziel. Menschen mit Rheuma und andere chronisch Kranke sind in besonderer Weise auf eine leistungsfähige, solidarisch finanzierte und verlässlich zugängliche GKV angewiesen.

Das zentrale Problem des vorliegenden Gesetzentwurfs besteht darin, dass er **strukturelle Finanzierungsdefizite** nicht nachhaltig behebt. Insbesondere die unzureichende Finanzierung **versicherungsfremder Leistungen** bleibt bestehen. Zwar ist ein Einstieg in eine kostendeckendere Finanzierung von Beziehenden von Grundsicherungsgeld vorgesehen, doch fällt dieser mit insgesamt 3,25 Milliarden Euro für den Zeitraum von 2027 bis 2030 gering aus. Ab 2031 wird der Zuschuss auf 2 Milliarden Euro jährlich festgeschrieben. Gleichzeitig werden die Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds im selben Zeitraum jährlich um 2 Milliarden Euro gekürzt; begründet mit dem Ziel der Konsolidierung des Bundeshaushaltes. Laut Berechnungen im Gesetzentwurf ist bis 2028 die **Deckungslücke** geschlossen, steigt jedoch anschließend wieder an: auf 0,8 Milliarden Euro 2029 und 2,3 Milliarden Euro 2030. Dieser Wiederanstieg zeigt, dass die Maßnahmen strukturell nicht ausreichen: Eine **nachhaltige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung** wird so **nicht erreicht**, der Konsolidierungsdruck wird stattdessen in das Versorgungssystem verlagert. Der Hinweis auf den angespannten Bundeshaushalt vermag nicht zu überzeugen, da Möglichkeiten von Einsparungen und von Einnahmeverbesserungen nicht hinreichend genutzt werden.

Die geplante **Deckelung der Vergütungssteigerungen auf das Niveau der Grundlohnsumme** sowie die **zusätzliche, pauschale Absenkung der Erstattungsobergrenzen** um ein Prozent in den Jahren 2027 bis 2029 vernachlässigen bestehende Versorgungsdefizite und betreffen auch bereits unterfinanzierte Bereiche. Da diese Maßnahmen unabhängig von der tatsächlichen Kostenentwicklung oder dem Versorgungsbedarf erfolgen, drohen **Leistungseinschränkungen und die Abwanderung von Fachpersonal**. Für **Patientinnen und Patienten mit Rheuma** bedeutet dies eine weitere Verschärfung der ohnehin angespannten Situation: Angesichts der bereits heute langen Wartezeiten

auf rheumatologische Termine führt der zusätzliche wirtschaftliche Druck zu einer weiteren **Ausdünnung des spezialisierten Angebots**. Die unmittelbaren Folgen für die Betroffenen sind gravierend: Spätere Diagnosen und verzögerte Therapiebeginn erhöhen das Risiko für einen progredienten Krankheitsverlauf und bleibende gesundheitliche Einschränkungen.

Der Gesetzentwurf sieht darüber hinaus in mehreren Regelungsbereichen **Einsparungen** vor, von denen **chronisch kranke Menschen überproportional betroffen** sein können.

Dies gilt insbesondere für die vorgesehene Anhebung und Dynamisierung von Zuzahlungen, Zusatzkosten bei Hilfsmitteln und mögliche mittelbare Auswirkungen auf die Versorgung mit Heilmitteln sowie die fachärztliche Versorgung. Darüber hinaus sind die medizinische Rehabilitation mit rheumatologischem Schwerpunkt sowie die Vergütung des Funktionstrainings von den vorgesehenen Einsparmaßnahmen betroffen.

Das Ausmaß dieser **Belastungsverschiebung auf die Versicherten** ist erheblich: Laut Gesetzentwurf belaufen sich die Eigenbeiträge der Versicherten durch Leistungsanpassungen und Zuzahlungen auf rund 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2027 und rund 2,8 Milliarden Euro im Jahr 2030.

Insgesamt zeichnet sich eine Entwicklung ab, bei der die angestrebte finanzielle Stabilisierung zunehmend mit einer **Verlagerung von Kosten und Versorgungsrisiken** auf die **Versicherten** einhergeht.

Aus Sicht rheumakranker Menschen muss jedoch sichergestellt werden, dass die Stabilität des Beitragssatzes nicht durch einen schlechteren Zugang zu notwendigen Behandlungen, Therapieabbrüche oder finanzieller Überforderung erkauft wird.

Zu ausgewählten Regelungen im Gesetzentwurf:

Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 27b SGB V (neu)

Versicherte sollen neu verpflichtet werden, bei einzelnen Operationen, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegt, eine **zweite Meinung** einzuholen. Operateure dürfen diese Eingriffe nur dann zu Lasten der GKV abrechnen, wenn Patientinnen und Patienten einen entsprechenden Nachweis über die Inanspruchnahme der Zweitmeinung vorlegen können (Absatz 3).

Der G-BA soll ab 2027 mindestens einen planbare Eingriff jährlich festlegen, für die das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren gilt (Absatz 2). In der Begründung zum Gesetzentwurf werden beispielhaft Knie-, Hüft- und Schulter- sowie Wirbelsäulen-OPs genannt.

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren ab. Diese Ablehnung richtet sich ausdrücklich gegen den verpflichtenden Charakter der Neuregelung, nicht gegen das Instrument als solches: Das freiwillige Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V wird von der Deutschen Rheuma-Liga ausdrücklich unterstützt und sollte gestärkt werden.

Patientinnen und Patienten haben bereits bisher einen Anspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Operationen, die der G-BA festgelegt hat. Dieses Zweitmeinungsverfahren ist für Versicherte freiwillig. In vielen Fällen ist die Indikation zur Operation eindeutig. Hier würde ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren zu unnötigen Wartezeiten und Belastungen der Betroffenen führen. Zugleich wäre eine generelle Verpflichtung mit erheblichen Mehrkosten verbunden und würde ärztliche Kapazitäten binden, die an anderer Stelle in der Versorgung fehlen.

Das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V hat großes Potenzial zur Sicherung der Indikationsqualität und zur Vermeidung unnötiger Eingriffe. Dieses Potenzial bleibt bislang jedoch ungenutzt – nicht, weil das Verfahren freiwillig ist, sondern weil entscheidungsrelevante Informationen die Betroffenen oft nicht rechtzeitig und verlässlich erreichen. Dies belegen sowohl die Evaluation der Zweitmeinungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Zm-Richtlinie) sowie das Innovationsfonds-Projekt „ZWEIT“ (Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland).

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Verpflichtung der Behandelnden, Patientinnen und Patienten entsprechendes Informationsmaterial des IQWiG auszuhändigen. § 27b Absatz 6 sollte jedoch dahingehend ergänzt werden, dass die Aufklärung nachgewiesen werden muss.

Zudem sollten die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 27b Absatz 2 erweitert werden. Erforderlich ist eine ausdrückliche Regelungskompetenz des G-BA nicht nur für Anforderungen an Zweitmeinungen und deren Abgabe, sondern auch für den vorgelagerten Prozess der Patienteninformation durch den Erstmeinungsgeber. Dazu gehören insbesondere

- verbindliche Vorgaben zur aktiven Information über das Recht auf Zweitmeinung,
- die Aushändigung der eingriffsspezifischen Entscheidungshilfe,
- die Dokumentation dieses Informationsprozesses sowie
- Anforderungen an die verständliche, barrierefreie und rechtzeitige Bereitstellung der Unterlagen.

Ebenso sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Analysen zur

Versorgungssituation, mit Empfehlungen zu weiteren Zweitmeinungsthemen sowie mit der Entwicklung, Aktualisierung und Evaluation von Entscheidungshilfen beauftragen kann.

§ 31 SGB V (neu)

Homöopathische und **anthroposophische Arzneimittel** sowie Cannabis in Form von getrockneten Blüten werden aus der Versorgung herausgenommen (Absatz 1, Absatz 6).

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga trägt die geplante Änderung mit.

Die Herausnahme homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel entspricht dem Grundsatz der evidenzbasierten Medizin. Ebenso ist die Eingrenzung bei Cannabisblüten sachgerecht: Die vorliegende Studienlage ist nicht ausreichend, eine Standardisierung bei Cannabisblüten ist nicht möglich - was der Evidenzgenerierung grundsätzlich abträglich ist. Im Bereich der Rheumatologie existieren keine belastbaren Studien, die eine Wirksamkeit über Placebo hinaus zuverlässig belegen würden. Zulasten der Versicherungsgemeinschaft sollten nur Leistungen erbracht werden, die einen nachvollziehbaren medizinischen Nutzen haben.

§ 36 SGB V (neu)

Das Festbetragssystem wird auf weitere **Hilfsmittel** ausgedehnt. In ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte sollen in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. Die Auswahl der dafür geeigneten Hilfsmittel obliegt dem GKV-Spitzenverband (Absätze 1 und 2). Die Festbeträge sollen so festgesetzt werden, dass sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten. Sie sollen Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen, einen Preiswettbewerb auslösen und sich deshalb an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten ausrichten (Absatz 4).

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt eine weitere Ausweitung des Festbetragssystems strikt ab.

Die geplante Ausweitung erschwert den Zugang zu individuell angepassten, medizinisch notwendigen Hilfsmitteln. Da eine passgenaue Versorgung bei rheumatischen Erkrankungen entscheidend für die Bewältigung des Alltags ist, führen restriktive Preisvorgaben dazu, dass qualitativ hochwertige oder spezifische Lösungen

schwerer zugänglich werden. Dies schränkt die Selbstständigkeit der Betroffenen ein und birgt das Risiko einer dauerhaften Verschlechterung des Krankheitsbildes.

Orthopädische Hilfsmittel, wie Schienen, Orthesen, Einlagen und orthopädische Schuhe, helfen rheumakranken Menschen, die vielfach schmerzhafte Fehlstellung ihrer Gelenke zu mildern. Bereits die bisherigen Festbetrags- und Mehrkostenregelungen haben jedoch dazu geführt, dass rheumakranke Menschen für eine adäquate und qualitativ gute Versorgung zusätzlich finanziell belastet werden. So benötigen rheumakranke Menschen häufig weiche Schuheinlagen. Die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu beziehenden Einlagen sind für den rheumatischen Fuß jedoch ungeeignet. Aufgrund der Festbetragsgrenzen entstehen den Betroffenen erhebliche Mehrkosten.

Hilfsmittel haben im Einzelfall die Aufgabe, den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V). Um sicherzustellen, dass die Hilfsmittel ihre Ziele tatsächlich erreichen, reicht es nicht aus, wenn der GKV-Spitzenverband allein die Gruppen der Hilfsmittel festlegt, die sich für ein Festbetragssystem eignen. Bei der Festlegung solcher Gruppen ist die Mitwirkung der Ärzteschaft und der Patientinnen und Patienten zwingend erforderlich.

Die Deutsche Rheuma-Liga fordert folgende Nachbesserungen:

- Aufgrund der Komplexität der rheumatischen und weiterer chronischer Erkrankungen wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die individuelle Bedarfe berücksichtigt. Nur so lassen sich Versorgungsstreitigkeiten über notwendige Anpassungen vermeiden.
- Festpreise werden nur für gut standardisierte Produktgruppen mit geringem Beratungs- oder Anpassungsbedarf vereinbart.
- Dem G-BA wird die Aufgabe übertragen, Festbetragsgruppen für geeignete Hilfsmittel festzulegen. Dazu gehört auch die Festlegung von Einzelheiten der Versorgung, beispielsweise zu Beratungspflichten und -rechten, zu Einweisungen in den Gebrauch der Hilfsmittel, zu Qualitätskontrollen sowie zu den Kriterien der Preisgestaltung.
- Ein unabhängiges, externes Institut wird mit der kontinuierlichen Qualitätskontrolle der Hilfsmittelversorgung beauftragt. Es sollte die Einhaltung verbindlicher Qualitätskriterien prüfen, patientenberichtete Endpunkte (PROMs) berücksichtigen und regelmäßige Transparenzberichte veröffentlichen.

§ 44c SGB V (neu)

Versicherte können bei länger andauernder Erkrankung trotz bestehender Arbeitsunfähigkeit teilweise wieder arbeiten, wenn sie sich dazu gesundheitlich in der Lage fühlen und eine ärztlich festgestellte **Teilarbeitsunfähigkeit** (in Abstufungen

von 75 Prozent, 50 Prozent und 25 Prozent) vorliegt. Voraussetzung ist in der Regel eine Erkrankung mit einer voraussichtlichen Dauer von mehr als vier Wochen. Sowohl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber müssen einwilligen. Die konkreten Regelungen zur Ausgestaltung sollen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden. Arbeitsrechtliche Vorschriften, insbesondere zur Entgeltfortzahlung, bleiben unberührt.

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga befürwortet grundsätzlich Ansätze, die eine aktive Rückkehr in den Arbeitsprozess fördern. Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit kann eine realitätsnähere Abbildung schwankender Krankheitsverläufe, wie sie bei rheumatischen Erkrankungen häufig auftreten, ermöglichen und eine flexiblere Teilhabe am Erwerbsleben unterstützen.

Der Entwurf weist in seiner derzeitigen Fassung jedoch mehrere strukturelle Schwächen auf, die seine praktische Wirksamkeit in Frage stellen und Risiken für die Gesundheit der Versicherten bergen.

Indirekter Druck trotz Freiwilligkeit: Es besteht das Risiko, dass die vorgesehene „freiwillige“ teilweise Arbeitsfähigkeit in der Praxis einen indirekten Druck auf Versicherte ausübt, ihre Tätigkeit früher wieder aufzunehmen. Eine verfrühte oder unzureichend angepasste Belastung kann den Gesundheitszustand negativ beeinflussen.

Schematische Stufung ohne individuelle Passgenauigkeit: Die Ausrichtung an festen prozentualen Arbeitszeitanteilen (25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit) ist sehr schematisch und wird den tatsächlichen gesundheitlichen Einschränkungen der Versicherten möglicherweise nicht gerecht. Für die Beurteilung der Teilkrankschreibung sind Ärztinnen und Ärzte zuständig (§ 74 SGB V (neu)). Eine genaue Kenntnis von Arbeitsplatz und Arbeitsumständen ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine präzise Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und dürfte in der Praxis häufig nicht vorliegen. Ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte diese sorgfältige Abwägung im Praxisalltag in ausreichendem Maße leisten können, erscheint fraglich.

Arbeitszeit als alleinige Stellgröße: Der Entwurf greift zu kurz, da er die Arbeitszeit als alleinige Variable betrachtet. Aus der rehabilitativen Praxis ist bekannt, dass eine erfolgreiche Wiedereingliederung vor allem durch angepasste Arbeitsbedingungen erreicht wird. Dazu zählen beispielsweise veränderte Arbeitsinhalte, ergonomische Anpassungen oder die Reduzierung spezifischer Belastungen. Eine bloße Verringerung der Arbeitszeit kann diese Anforderungen nicht ersetzen. Besonders problematisch ist, dass § 44c Absatz 3 (neu) entsprechende Arbeitsplatzanpassungen ausdrücklich ausschließt und damit einen zentralen Erfolgsfaktor der Wiedereingliederung blockiert.

Darüber hinaus setzt das Modell der Teilarbeitsunfähigkeit voraus, dass eine flexible Aufteilung der Arbeitsleistung betrieblich und organisatorisch überhaupt möglich ist. Dies ist jedoch keineswegs in allen Branchen und Tätigkeitsfeldern gegeben. In körperlich belastenden Berufen - etwa im Baugewerbe, in der Pflege oder in Teilen des produzierenden Gewerbes - lässt sich eine Tätigkeit häufig nicht sinnvoll auf 25 oder 50 Prozent reduzieren, ohne dass die gesundheitliche Belastung unverhältnismäßig hoch bleibt. Der Gesetzentwurf lässt eine Auseinandersetzung mit dieser strukturellen Einschränkung vermissen.

Vorrangstellung gegenüber bewährten Instrumenten: Die vorgesehene faktische Vorrangstellung der Teilarbeitsunfähigkeit gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 SGB V ist kritisch zu sehen. Die stufenweise Wiedereingliederung hat sich in der Praxis bewährt, da sie flexibel gestaltet werden kann und in der Regel eng mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 Absatz 2 SGB IX abgestimmt wird. Es sollte klargestellt werden, dass die Kombination aus stufenweiser Wiedereingliederung und BEM-Verfahren Vorrang hat und die Teilarbeitsfähigkeit lediglich ergänzend eingesetzt wird.

Unzureichende Einbindung der Krankenkassen: Der Gesetzentwurf bleibt hinter den Anforderungen zurück, soweit es um die Aufgaben der Krankenkassen geht. § 44 Absatz 4 SGB V wurde mit dem Ziel eingeführt, Versicherte mit längerer Arbeitsunfähigkeit besser zu unterstützen - wird jedoch bislang nur unzureichend genutzt. Es scheint daher erforderlich, die Krankenkassen verbindlicher in die Pflicht zu nehmen, ihre Versicherten aktiver und systematischer bei der Rückkehr ins Erwerbsleben zu begleiten.

Fehlende arbeitsrechtliche Grundlage: Der Entwurf beschränkt sich auf sozialrechtliche Regelungen und lässt arbeitsrechtliche Fragestellungen weitgehend unberücksichtigt. Dies wirft erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit auf. Nach geltender Rechtslage besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Teilleistungen (§ 266 BGB) und die Regelungen zur Teilzeit (§ 8 TzBfG) greifen hier nur eingeschränkt. Gleichwohl setzt der Entwurf voraus, dass Arbeitgeber entsprechende Modelle ermöglichen, ohne hierfür klare rechtliche Voraussetzungen zu schaffen.

Fazit: Insgesamt könnte die Teilarbeitsunfähigkeit einen sinnvollen Beitrag zur flexibleren Gestaltung von Erwerbsverläufen leisten. Voraussetzung ist jedoch, dass sie nicht isoliert umgesetzt wird, sondern in ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettet, die Vorrangstellung bewährter Wiedereingliederungsinstrumente gewahrt bleibt und Fehlanreize zulasten der Gesundheit der Versicherten konsequent vermieden werden.

§§ 47, 48 SGB V

Der Referentenentwurf sah verschiedene Neuregelungen zum **Krankengeldmanagement** vor. So waren eine Absenkung des Krankengeld-Zahlbetrages (§ 47) sowie die Nichtverlängerung bei hinzutretenden Erkrankungen (§ 48) vorgesehen. Im Kabinettentwurf wurde von diesen Kürzungen Abstand genommen.

Die Abkehr von den ursprünglich geplanten Leistungskürzungen in den §§ 47 und 48 SGB V ist ausdrücklich zu begrüßen. Sie gewährleistet die soziale Sicherheit bei Arbeitsunfähigkeit und verhindert ungerechte Härten für besonders vulnerable Gruppen, die bei einer pauschalen Absenkung entstanden wären.

Allerdings ist die Neuregelung des § 47 Absatz 2a SGB V (neu) entschieden abzulehnen. Diese sieht vor, dass das Krankengeld ab dem Tag nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses lediglich 60 Prozent des Nettoarbeitsentgelts beträgt, sofern ein Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit endet. Bei Vorhandensein mindestens eines Kindes ist eine Erhöhung auf 67 Prozent vorgesehen. Diese Regelung stellt eine erhebliche Verschlechterung dar. Denn gerade, wenn ein Arbeitsverhältnis im Krankenstand endet, entsteht regelmäßig eine prekäre Situation.

§ 51 SGB V (neu)

Versicherten, 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**, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** zu stellen haben. Dies gilt auch für einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Bisher galt eine Regelung von 10 Wochen.

Bewertung

Die Fristkürzung von zehn auf vier Wochen ist abzulehnen; die bewährte Frist von zehn Wochen sollte beibehalten werden.

Vier Wochen sind zu kurz, um eine fundierte Entscheidung über einen Antrag auf Rehabilitation oder Erwerbsminderungsrente zu treffen. Die Einholung ärztlicher Stellungnahmen, die Sichtung von Unterlagen und eine unabhängige Sozialrechtsberatung, auf die viele Betroffene angewiesen sind, lassen sich in diesem Zeitraum häufig nicht realisieren. Bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen kommt hinzu, dass ein aktiver Krankheitsschub die Handlungsfähigkeit vorübergehend erheblich einschränken kann.

Wird die Frist nicht eingehalten, ruht der Anspruch auf Krankengeld. Dies kann Betroffene in eine akute finanzielle Notlage bringen - insbesondere dann, wenn keine

ausreichenden Rücklagen vorhanden sind oder Unterhaltsverpflichtungen bestehen. Da es sich zudem um eine weitreichende Weichenstellung im Erwerbsleben handeln kann, insbesondere wenn ein Antrag auf Berentung gestellt wird, darf diese Entscheidung nicht unter Zeitdruck fallen.

§ 61 SGB V (neu)

§ 61 SGB V (neu) sieht eine **Anhebung der Zuzahlungen** auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro vor. Auch die Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen sowie zu Heilmitteln, zur häuslichen Krankenpflege und zur außerklinischen Intensivpflege sollen auf 15 Euro steigen. Zuzahlungen werden künftig dynamisiert.

Für chronisch kranke Menschen bleibt die Belastungsgrenze bei einem Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bestehen.

Bewertung

Für viele Menschen bedeuten Zuzahlungen eine erhebliche finanzielle Belastung, besonders für Personen mit niedrigen Einkommen. Eine weitere Anhebung würde diese Lage unnötig verschärfen und dazu führen, dass erforderliche medizinische Leistungen aus finanziellen Gründen aufgeschoben oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Für chronisch Kranke gilt weiterhin die Belastungsgrenze eines Prozents, daher trifft die geplante Neuregelung vor allem akut und leichter Erkrankte.

Gerade Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind häufig auf eine dauerhafte Einnahme von Arzneimitteln, regelmäßige fachärztliche Kontrollen, Heilmittel, Hilfsmittel, Rehabilitationsleistungen und gegebenenfalls stationäre Behandlungen angewiesen. Die geplante Erhöhung der Zuzahlungen trifft sie daher nicht punktuell, sondern kumulativ.

Die regelmäßige Dynamisierung der Zuzahlungen mit der Grundlohnrate hat zudem eine doppelte Wirkung: Die festen Zuzahlungsbeträge steigen regelmäßig, was die Eigenbeteiligung im Alltag teurer macht. Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt daher eine Dynamisierung der Zuzahlungen strikt ab.

§ 92a SGB V (neu)

Das Förderverfahren im **Innovationsfonds** wird künftig grundsätzlich einstufig ausgestaltet; ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Fördermittel der Versorgungsforschung können auch für die Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien eingesetzt werden. Die jährliche Fördersumme beträgt ab 2026 100 Millionen Euro (80 Prozent neue Versorgungsformen, 20 Prozent Versorgungsforschung); Mittel für Leitlinien werden gesondert ausgewiesen. Nicht verwendete Mittel werden an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Bewertung

Der Innovationsfonds ist ein zentrales Instrument zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Versorgung und wird grundsätzlich begrüßt. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen enthalten sinnvolle Ansätze, weisen jedoch auch Defizite auf.

Positiv zu bewertende Aspekte:

- Die Rückkehr zu einem einstufigen und verschlankten Förderverfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen ist sachgerecht, da zusätzliche Verfahrensarten keinen erkennbaren Mehrwert gebracht haben.
- Die Beibehaltung der Versorgungsforschung ist zu begrüßen, da sie insbesondere für kleinere Indikationsbereiche wichtige Impulse liefert.
- Die Erweiterung der Förderung medizinischer Leitlinien wird ausdrücklich unterstützt.

Kritische Punkte:

- Streichung der Förderung von Meldesystemen zur Patientensicherheit: Diese sind ein wesentlicher Bestandteil einer lernenden Versorgung und tragen zur systematischen Fehlervermeidung bei.
- Leitlinienförderung auch unterhalb des S3-Niveaus: Die Erweiterung der Leitlinienförderung sollte auch Leitlinien unterhalb des S3-Niveaus umfassen, da insbesondere bei seltenen Erkrankungen häufig keine ausreichende Evidenz für S3-Leitlinien vorliegt.
- Reduktion des Fördervolumens: Die Reduktion des Fördervolumens auf 100 Millionen Euro ist kurzfristig nachvollziehbar. Eine dauerhafte Absenkung ist jedoch nicht ausreichend, um die Innovationspotentiale des Fonds zu sichern. Aus Patientensicht ist eine Verstetigung auf mindestens 150 Millionen Euro erforderlich.
- Verbindliche Regelungen zum Versorgungstransfer: Strukturelle Defizite bestehen weiterhin, insbesondere bei der sektorenübergreifenden Versorgung sowie beim Transfer erfolgreicher Projekte in die Regelversorgung. Hier sind verbindlichere gesetzliche Regelungen notwendig.
- Patientenbeteiligung auf alle Förderbereiche ausweiten: Die Stärkung der Patientenbeteiligung sollte konsequent auf alle Förderbereiche ausgeweitet werden.
- Stärkung der Patientenbeteiligung: Eine verpflichtende Patientenbeteiligung als Bewertungskriterium sollte auf alle Förderbereiche ausgeweitet werden – einschließlich der Versorgungsforschung sowie der Entwicklung und Weiterentwicklung von Leitlinien, wie es bereits bei den Neuen

Versorgungsformen vorgesehen ist. Darüber hinaus sollte die Entwicklung von Patientenleitlinien als laienverständliche Versionen der Leitlinien verpflichtend vorgeschrieben werden.

Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Änderungen zum Innovationsfonds wird auf die ausführliche Stellungnahme der BAG Selbsthilfe verwiesen.

§130a Absatz 1b SGB V (neu)

Ab dem Jahr 2027 wird zusätzlich zum allgemeinen ein **dynamischer Herstellerabschlag** eingeführt (Absatz 1b (neu)). Dessen Höhe orientiert sich an der Entwicklung der Arzneimittelausgaben sowie der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE). Der zusätzliche Abschlag zielt insbesondere auf hochpreisige, patentgeschützte Arzneimittel ab.

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Regelung.

Patentgeschützte Arzneimittel weisen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung eine besonders hohe Ausgabendynamik auf. Gleichzeitig besteht ein Missverhältnis zwischen den Ausgaben und dem bestehenden Herstellerabschlag. Die Maßnahme trägt zur Stabilisierung der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen bei.

§ 130a Absatz 2 SGB V (neu)

Der **Impfstoffabschlag** wird für Impfstoffe unter Patent oder Unterlagenschutz um 7 Prozent erhöht. Für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz, für die ein Referenzabschlag nicht ermittelt werden kann, gilt ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt den vorgeschlagenen zusätzlichen Abschlag ab. Auch wenn die grundsätzliche Notwendigkeit der Erschließung zusätzlicher Einsparmaßnahmen anerkannt wird, überwiegen die Risiken für die Versorgungssicherheit.

Preisregulierungsinstrumente im Impfstoffbereich führten in der Vergangenheit zu Versorgungsgpässen. Deshalb wurden Schutzimpfungen von Rabattverträgen ausgenommen, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Lieferengpässe haben besonders für vulnerable Gruppen schwerwiegende Konsequenzen. Die Fehler aus der Vergangenheit sollten nicht wiederholt werden. Bei Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen besteht

krankheitsbedingt ein erhöhtes Infektionsrisiko. Dieses Risiko wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass in der Rheumatologie eingesetzte hochwirksame Immunsuppressiva substanzspezifische Nebenwirkungen aufweisen können, welche beispielsweise die Entwicklung eines Herpes Zoster begünstigen. Schutzimpfungen sind für diese Gruppe daher von besonderer Bedeutung.

§ 130b SGB V (neu)

Durch die Änderungen in Absatz 3 werden die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten „**Leitplanken**“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen abgeschafft.

Bewertung

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga sollte zunächst der Nutzen oder Nicht-Nutzen der „Leitplanken“ neu und eindeutig analysiert werden. Eine Formulierung wie „ließ sich bislang nicht zweifelsfrei feststellen“ (Besonderer Teil, S. 149) ist für die Versichertengemeinschaft äußerst unbefriedigend. Erst wenn eine solche Neuanalyse vorliegt, sollte über einen Wegfall der „Leitplanken“ erneut nachgedacht werden.

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aus dem Jahre 2022 wurden die sog. „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen bei nicht nachgewiesenem, geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen eingeführt. Neben den Einsparungen hatte das Gesetz das wichtige Ziel, Anreize zu schaffen, dass für die Nutzenbewertung geeignete Studien durchgeführt werden.

Die jetzt geplante Abschaffung der „Leitplanken“ beruht auf der Feststellung, dass scheinbar unklar ist, inwieweit die Regelung tatsächlich einen Beitrag zur Einsparung geleistet hat. Zudem hat die pharmazeutische Industrie verständlicherweise Kritik an den „Leitplanken“ wegen geringerer Erstattungsbeträge geäußert.

Mit dem Wegfall geht voraussichtlich eine finanzielle Mehrbelastung der GKV einher. Erwartet werden jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 5 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 10 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 15 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 20 Millionen Euro im Jahr 2030.

§130e SGB V (neu)

§ 130e erlaubt es Krankenkassen, für Gruppen von patentgeschützten Arzneimitteln mit ähnlicher therapeutischer Wirkung **Rabattverträge** abzuschließen, auch wirkstoffübergreifend. Vertragsärzte sollen vorrangig diese rabattierten Medikamente verordnen, außer es sprechen medizinische Gründe dagegen. Die Regelung ist bis Ende 2030 auf bestimmte Wirkstoffgruppen begrenzt (JAK-, CGRP-, PARP-, PCSK9- und PD-1/PD-L1-Inhibitoren).

Der GKV-Spitzenverband soll bis 31. Juli 2030 einen Bericht über die Auswirkungen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben vorlegen.

Bewertung

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt die vorgeschlagene Regelung ab. Sie stellt in ihrer Wirkung den Preis über den individuellen Nutzen und birgt das Risiko einer Verschlechterung der Behandlungsergebnisse.

Die Ablehnung stützt sich auf vier Argumente:

Die bestehenden Instrumente reichen aus. Für die Preisregulierung stehen bereits Instrumente zur Verfügung, insbesondere § 130c SGB V sowie Festbetragsgruppen, die auch patentgeschützte Arzneimittel umfassen können. Eine zusätzliche Steuerung über wirkstoffübergreifende Gruppen ist nicht erforderlich.

Therapeutische Gleichwertigkeit existiert nicht auf individueller Ebene. Der Vorschlag basiert auf der Annahme, dass in vielen Anwendungsgebieten mehrere, mehr oder weniger gleichwertige Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Die Feststellung der Vergleichbarkeit soll dabei insbesondere unter den Gesichtspunkten Wirkmechanismus, Anwendungsgebiet und Patientengruppen erfolgen. Diese Einschätzung greift zu kurz. Zwar können Therapiealternativen im Durchschnitt vergleichbare Wirksamkeiten aufweisen, die Auswahl des geeigneten Arzneimittels erfolgt jedoch im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient. Dabei wird eine Vielzahl individueller Faktoren berücksichtigt. Dazu zählen insbesondere Krankheitsausprägung, Begleiterkrankungen, Lebenssituation sowie praktische Aspekte der Anwendung.

So kann beispielsweise bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis die Funktionstüchtigkeit der Hände maßgeblich dafür sein, ob eine orale Therapie, etwa mit einem JAK-Inhibitor, oder ein Biologikum (derzeit im Entwurf noch nicht für eine Gruppenbildung vorgesehen) in Injektionsform die geeignetere Option darstellt. Auch innerhalb derselben Indikation bestehen Unterschiede hinsichtlich einzelner patientenrelevanter Endpunkte, die für die Therapieentscheidung von erheblicher Bedeutung sein können, da sich die Symptomatik individuell unterschiedlich ausprägt. So werden Patientinnen und Patienten mit Psoriasis-Arthritis und ausgeprägter Hautbeteiligung in der Regel anders behandelt als Betroffene ohne Hautmanifestationen, die immerhin 10 bis 20 Prozent ausmachen.

Das ausführliche ärztliche Gespräch ist ein zentraler Bestandteil der Versorgung chronisch kranker Menschen. Hier werden neben medizinischen Aspekten auch Fragen, Ängste und Bedenken der Betroffenen berücksichtigt. Dies trägt wesentlich zur Therapieadhärenz bei. Vorgaben, die faktisch zu einem Wechsel auf wirtschaftlich bevorzugte Präparate führen, können diese gemeinsame Entscheidungsfindung jedoch

beeinträchtigen und zu vermehrten Therapieabbrüchen führen, unter anderem infolge von Nocebo-Effekten. Eine Therapieentscheidung sollte daher auch weiterhin auf der informierten Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten beruhen.

Die Ausnahmeregelung wird im Versorgungsalltag nicht greifen. Der Gesetzentwurf sieht zwar vor, dass im Einzelfall, wenn medizinische Gründe dagegensprechen, Ärztinnen und Ärzte auch ein nicht rabattiertes Arzneimittel aus einer Gruppe verordnen können. Die Sorge vor Regressen und die vermutlich aufwendige Dokumentation wird diese Möglichkeit im Versorgungsalltag aushebeln. Zudem ist fraglich, ob patientenindividuelle Faktoren von den Kostenträgern als ausreichende „medizinische Gründe“ anerkannt werden.

Markrücknahmen können die Versorgung einschränken. Der erste Bericht der Finanzkommission Gesundheit weist darauf hin, dass der angestrebte Preiswettbewerb in Einzelfällen zu Markrücknahmen führen kann, geht jedoch davon aus, dass therapeutisch vergleichbare Alternativen weiterhin zur Verfügung stehen. Die Begründung zum Gesetzentwurf erwähnt diese Gefahr hingegen nicht und erwartet keine negative Auswirkung auf die Versorgung. Diese Annahmen lassen außer Acht, dass Therapieoptionen auf individueller Ebene nicht gleichwertig sind. Markrücknahmen können daher die Versorgungsmöglichkeiten der Betroffenen erheblich einschränken.

Zwar sieht der Gesetzentwurf bis 2030 keine Gruppenbildung für Biologika vor, die in der Rheumatologie Anwendung finden. Es ist jedoch zu befürchten, dass nach dem Bericht über die Auswirkungen des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen eine entsprechende zusätzliche Biologika-Gruppe eingeführt werden wird. Bei Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen, die mit Biologika behandelt werden, tritt im Krankheitsverlauf nach mehrjähriger Behandlung unter Umständen ein Wirkverlust ein. Dieser kann unter anderem mit der Bildung von Antikörpern zusammenhängen. Eine ausreichende Bandbreite an Therapiealternativen ist daher zwingend erforderlich; eine Verringerung der verfügbaren Optionen würde dieses Problem zusätzlich verschärfen.

§ 242b SGB V (neu)

Der Entwurf führt für Mitglieder mit beitragsfrei **mitversicherten Ehe- oder Lebenspartnern** einen Zuschlag von 2,5 Prozentpunkten auf den Beitragssatz ein. Ausgenommen sind Konstellationen mit besonderem Betreuungsbedarf: die häusliche Versorgung von Kindern bis zum siebten Lebensjahr, die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger (ab Pflegegrad 2) sowie die Pflege behinderter Kinder. Zudem entfällt der Zuschlag bei Erreichen der Regelaltersgrenze oder bei voll erwerbsgeminderten Ehe- und Lebenspartnerinnen bzw. Ehe- und Lebenspartnern gemäß SGB VI.

Bewertung

Die Einführung eines Beitragszuschlag für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten ist sozialpolitisch kritisch zu bewerten. Um unverhältnismäßige soziale Härten zu vermeiden, müssen die vorgesehenen Ausnahmeregelungen zwingend erweitert werden.

Menschen, die unter die Chroniker-Regelung des § 62 SGB V fallen oder einen anerkannten Schwerbehindertenstatus (bzw. eine Gleichstellung) besitzen, sind in besonderem Maße auf die Stabilität ihrer finanziellen Verhältnisse angewiesen. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation sehen sie sich häufig mit dauerhaft erhöhten gesundheitsbezogenen Eigenbelastungen konfrontiert und verfügen gleichzeitig über eingeschränkte Erwerbsperspektiven. Eine Einbeziehung in die Beitragspflicht würde hier zu einer doppelten Belastung führen, die dem Ziel des sozialen Ausgleichs innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung widerspricht.

Die Deutsche Rheuma-Liga fordert daher, für den Personenkreis der nach § 62 SGB V als chronisch krank eingestuften Versicherten sowie für schwerbehinderte und diesen gleichgestellte Personen explizite Ausnahmetatbestände in § 242 SGB V aufzunehmen. Eine solche Anpassung dient dem Schutz besonders vulnerabler Gruppen vor unbilligen Härten. Sie stärkt zugleich die Akzeptanz der Reform, indem der Grundsatz der finanziellen Leistungsfähigkeit als zentrales Prinzip der GKV-Finanzierung gewahrt wird.

Wir begrüßen hingegen ausdrücklich, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Belastung durch die Einbeziehung von Erwerbsminderungsrentnerinnen und Erwerbsminderungsrentnern zurückgezogen wurde. Damit wird auch eine Forderung der Deutschen Rheuma-Liga umgesetzt.

Bonn, den 12.05.2026