

Stellungnahme

der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur
Stabilisierung der Beitragssätze in der
gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

27. Mai 2026

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Str. 8

14057 Berlin

Tel. 030 3229329-0

Fax. 030 3229329-55

E-Mail: politik@krebsgesellschaft.de

www.krebsgesellschaft.de

Vorbemerkungen

Die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) ist sich des hohen Drucks auf die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewusst und begrüßt die Bemühungen der Bundesregierung, die Finanzierungsgrundlagen der GKV zu stabilisieren. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die vorgesehenen Maßnahmen nicht zulasten einer qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und patientenorientierten Versorgung gehen.

Dies gilt insbesondere für die Onkologie, die in besonderem Maße auf Innovation, qualitätsgesicherte Strukturen und wissenschaftlich fundierte Therapieentscheidungen angewiesen ist. Vor diesem Hintergrund möchte die DKG auf folgende Aspekte des Kabinettsentwurfs hinweisen.

Stellungnahme

1. Artikel 1, Nummer 9 - Überprüfung der Hautkrebsfrüherkennung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, bis zum 31.12.2027 auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die von ihm nach § 92 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) getroffenen Regelungen zu Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs unter Berücksichtigung möglicher Anpassungen der Zielgruppensteuerung und Untersuchungsintervalle zu überprüfen.

Stellungnahme

Die DKG setzt sich sowohl in der politischen Debatte als auch durch ihre eigenen Produkte – medizinische Leitlinien und die Zertifizierung von Krankenhäusern, die aus den Leitlinien abgeleitete Qualitätskriterien erfüllen – für evidenzbasierte medizinische Maßnahmen ein. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich, dass aktuelle Evidenz bei der Überprüfung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs eine zentrale Rolle spielen soll. Zu der ebenfalls vorgeschlagenen möglichen Verlängerung des Untersuchungsintervalls lassen sich aufgrund der derzeitigen Evidenzlage allerdings nur eingeschränkt Aussagen treffen; hier besteht aus unserer Sicht weiterer Forschungsbedarf. Änderungen am Früherkennungsprogramm sollten daher auf einer möglichst belastbaren Evidenzgrundlage erfolgen.

Prinzipiell sollte die Früherkennungsuntersuchung nicht isoliert betrachtet werden, sondern als Bestandteil eines umfassenderen Ansatzes zur Hautkrebsprävention. Dazu zählen die Aufklärung über die Risiken von UV-Strahlenexposition und die individuell möglichen Präventionsmaßnahmen. Unabhängig vom Ergebnis der Überprüfung muss die Bedeutung der Hautkrebsvorsorge auch weiterhin in der öffentlichen Kommunikation betont werden.

Änderungsvorschlag

Die Überprüfung möglicher Anpassungen der Untersuchungsintervalle muss unter besonderer Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte erfolgen. Neben der verfügbaren Evidenz sollten dabei insbesondere Aspekte der Tumordynamik und klinischen Praktikabilität berücksichtigt werden.

2. Artikel 1, Nummern 17-19 sowie 21 – Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld und Wiedereingliederung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf enthält mehrere Änderungen im Bereich der Arbeitsunfähigkeit und sozialrechtlichen Absicherung während länger andauernder Erkrankungen. Vorgesehen sind unter anderem:

- die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit (Absatz 17, § 44c SGB V neu)
- die Einführung eines Teilkrankengeldes (Absatz 17, § 44d SGB V neu)
- eine stärkere Einbindung der Krankenkassen in das Krankengeldfallmanagement (Absatz 19)
- sowie eine Verkürzung der Frist zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe nach § 51 SGB V (Absatz 21).

Stellungnahme

Die DKG begrüßt grundsätzlich Ansätze, die eine flexible und gesundheitsgerechte Rückkehr in das Erwerbsleben unterstützen können. Gerade für Krebsüberlebende kann eine stufenweise Wiedereingliederung ein wichtiger Baustein sozialer Teilhabe und langfristiger Stabilisierung sein. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass onkologische Krankheitsverläufe häufig durch längere Rekonvaleszenzphasen, Fatigue-Symptomatik, psychische Belastungen sowie schwankende Belastbarkeit geprägt sind. Maßnahmen zur Wiedereingliederung und Aktivierung dürfen daher nicht zu einem indirekten Druck führen, die Erwerbstätigkeit früher als medizinisch sinnvoll wiederaufzunehmen.

Auch Änderungen bei Fristen im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe müssen die besondere Situation schwer und chronisch erkrankter Menschen angemessen berücksichtigen. Insbesondere während laufender Akutbehandlungen ist eine verlässliche Einschätzung der langfristigen Erwerbsfähigkeit oftmals nur eingeschränkt möglich.

Die DKG plädiert dafür, die vorgesehenen Regelungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren sorgfältig hinsichtlich ihrer praktischen Auswirkungen auf schwer erkrankte Menschen zu prüfen und wissenschaftlich zu begleiten.

Änderungsvorschlag

Die neuen Regelungen zur Teil-Arbeitsfähigkeit und zum Teilkrankengeld müssen so ausgestaltet werden, dass:

- die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme gewahrt bleibt
- medizinische Gesichtspunkte maßgeblich bleiben
- und Fehlanreize zu einer verfrühten Rückkehr in das Erwerbsleben vermieden werden.

Zudem sollte geprüft werden, ob die vorgesehene Verkürzung der Frist nach § 51 SGB V für schwer und chronisch erkrankte Menschen sachgerecht ist.

3. Artikel 1, Nummer 37 - Änderungen beim Innovationsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die geplanten Änderungen an § 92a SGB V wird der Innovationsausschuss beim G-BA signifikant umgestaltet. Die Regelungen umfassen:

- Eine Vereinheitlichung der Verfahren zur Auswahl von Vorhaben zur Förderung; insbesondere entfällt das zweistufige Verfahren. Die maximale Laufzeit der Vorhaben wird auf vier Jahre vereinheitlicht.
- Die Festlegung des Fördervolumens auf 100 Millionen Euro ab 2027; dies stellt eine Verstetigung des 2026 abgesenkten Fördervolumens dar und bedeutet eine Halbierung des eigentlich vorgesehenen Fördervolumens von 200 Millionen Euro. Entsprechend sinkt auch die zur Förderung der (Weiter-)Entwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, mindestens vorgesehene Summe von 5 Millionen Euro auf 2,5 Millionen Euro.
- Der Innovationsfonds wird zukünftig nur noch aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.
- Nicht verausgabte Mittel verbleiben zukünftig nicht mehr im Innovationsfonds, sondern werden an den Gesundheitsfonds zurückgeführt; zudem werden 2027 einmalig die bereits angesammelten, nicht verausgabten Mittel des Innovationsfonds an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Stellungnahme

Die DKG lehnt die vorgesehenen Kürzungen des Innovationsfonds ab. Der Gesetzentwurf betont die Bedeutung evidenzbasierter Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung. Dieses Ziel setzt voraus, dass Strukturen zur Generierung versorgungsrelevanter Evidenz nachhaltig gestärkt werden. Der Innovationsfonds ist hierfür ein zentrales Instrument.

Gerade in der Onkologie besteht weiterhin hoher Bedarf an der Entwicklung und wissenschaftlichen Evaluation sektorenübergreifender Versorgungskonzepte sowie strukturverbessernder Maßnahmen. Der Innovationsfonds hat hier wiederholt hochwertige Evidenz für die qualitäts- und patientenorientierte Weiterentwicklung der Versorgung generiert. Dies zeigt unter anderem die WiZen-Studie, die positive Effekte zertifizierter Krebszentren auf patientenrelevante Endpunkte nachweisen konnte. Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse, dass selbst bei vorliegender Evidenz qualitätsorientierte Strukturentscheidungen bislang nicht konsequent umgesetzt werden. So wurden die mit dem KHVVG verbundenen Möglichkeiten zur stärkeren Konzentration onkologischer Leistungen auf qualitätsgesicherte zertifizierte Zentren bislang nicht ausgeschöpft. Dies zeigt beispielhaft die Notwendigkeit, Transferpfade zu etablieren, um relevante Erkenntnisse auch in der Versorgungspraxis zu etablieren.

Aus Sicht der DKG sollte der Innovationsfonds zudem stärker genutzt werden, um medizinische Fragestellungen mit unmittelbarer Versorgungsrelevanz – etwa im Bereich innovativer Arzneimittel, Diagnostik und personalisierter Versorgung – wissenschaftlich zu evaluieren sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung systematisch zu identifizieren. Dies entspricht dem Anliegen des Innovationsfonds,

neue Versorgungsformen und innovative Ansätze für die Regelversorgung zu entwickeln und wissenschaftlich zu begleiten.

Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagenen Mittelkürzungen sind zu streichen, und zwar sowohl die Verringerung des Fördervolumens (§ 92a Absatz 3 Satz 1 SGB V (neu)) als auch die Abschöpfung der nicht verausgabten Fördersummen (§ 92a Absatz 3 Satz 5 & 6 SGB V (neu)). Stattdessen ist der Innovationsfonds zu stärken, und zwar durch:

- Einführung verbindlicher Transferpfade, um sicherzustellen, dass erfolgreiche Projekte tatsächliche Auswirkungen auf die Versorgungspraxis haben;
- Finanzielle Anschubregelungen für erfolgreiche Modelle;
- Verkürzung der Entscheidungszeiten;
- Monitoring der Implementierung nicht nur der Projekte, sondern auch der tatsächlichen Umsetzung in der Versorgung.

Durch diese Schritte ließe sich der Innovationsfonds noch stärker zu einem Innovationsmotor für die Gesundheitsversorgung in Deutschland entwickeln.

4. Artikel 1, Nummer 50 – Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittelgruppen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 130e SGB V soll es Krankenkassen künftig ermöglicht werden, wirkstoffübergreifende Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung abzuschließen. Vorgesehen ist dies zunächst für ausgewählte Wirkstoffgruppen bis Ende 2030, darunter unter anderem PARP-Inhibitoren sowie PD-1/PD-L1-Inhibitoren.

Die Regelung betrifft damit auch Arzneimittelgruppen, die in der onkologischen Versorgung eine zentrale Rolle spielen. Der Gesetzentwurf sieht zudem eine spätere Evaluation der Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit und Arzneimittelausgaben vor.

Stellungnahme

Die DKG unterstützt grundsätzlich das Ziel, Ausgabensteigerungen in der Arzneimittelversorgung evidenzorientiert und qualitätsgesichert zu begrenzen. Der Gesetzentwurf betont an mehreren Stellen ausdrücklich die Bedeutung evidenzbasierter Versorgung und des allgemein anerkannten Standes medizinischer Erkenntnisse als Maßstab der Leistungserbringung.

Gerade in der Onkologie unterscheiden sich Arzneimittel trotz ähnlicher Wirkmechanismen jedoch häufig erheblich hinsichtlich Zulassung, Biomarkerbezug, Therapiesequenz, Nebenwirkungsprofil und zugrunde liegender Evidenz. Dies betrifft insbesondere auch die im Gesetzentwurf genannten Wirkstoffgruppen der PARP- sowie PD-1/PD-L1-Inhibitoren.

Vor diesem Hintergrund sieht die DKG die vorgesehene Systematik wirkstoffgruppenbezogener Rabattverträge kritisch. Das bestehende AMNOG-Verfahren basiert auf einer evidenzbasierten Bewertung patientenrelevanter Zusatznutzen und bildet derzeit die zentrale Grundlage der

Preisfindung innovativer Arzneimittel. Die vorgesehene Regelung birgt jedoch das Risiko, Unterschiede zwischen einzelnen Wirkstoffen innerhalb einer Wirkstoffgruppe nicht ausreichend zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund muss sichergestellt werden, dass die Bildung möglicher Wirkstoffgruppen auf medizinisch nachvollziehbaren und wissenschaftlich begründeten Kriterien beruht und die leitliniengerechte Versorgung weiterhin maßgeblich bleibt.

Änderungsvorschlag

Die Bildung wirkstoffübergreifender Rabattgruppen sollte ausschließlich auf Grundlage transparenter, wissenschaftlich nachvollziehbarer und evidenzbasierter Kriterien erfolgen.

Dabei sollte insbesondere sichergestellt werden, dass:

- patientenrelevante Unterschiede zwischen einzelnen Wirkstoffen angemessen berücksichtigt werden,
- die zugrunde liegende Evidenzlage in die Gruppenbildung einbezogen wird,
- und medizinisch begründete Therapieentscheidungen weiterhin uneingeschränkt möglich bleiben.

Zudem sollte gesetzlich klargestellt werden, dass eine medizinisch trennscharfe Gruppenbildung nur dann erfolgen kann, wenn die betreffenden Arzneimittel innerhalb der leitliniengerechten Versorgung tatsächlich therapeutisch vergleichbar und medizinisch austauschbar sind.

Die Stellungnahme wurde fachlich unterstützt von Prof. Dr. Ralf Gutzmer, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie, sowie der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO).

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Dr. Konstanze Blatt

Designierte Generalsekretärin

Mirjam Einecke-Renz

Abteilungsleiterin Politik,
Kommunikation & Netzwerk