



Bundesverband e.V.

Stellungnahme des AWO Bundesverband e. V.

**zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Stabilisierung der
Beitragssätze in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-BStabG)**

20.04.2026

AWO Bundesverband e. V.

Blücherstr. 62/63
10961 Berlin
Telefon: (+49) 30 - 263 09 - 0
Telefax: (+49) 30 - 263 09 - 325 99
E-Mail: info@awo.org
Internet: awo.org

Ansprechpartner*innen: Claus Bölicke (Leiter der Abteilung Gesundheit, Alter, Behinderung), Sebastian Gottschall (Referent für Gesundheit)
E-Mail: claus.boelicke@awo.org, sebastian.gottschall@awo.org

© AWO Bundesverband e. V.
Berlin, den 20.04.2026

Inhalt

I. Einleitung und zusammenfassende Bewertung.....	4
II. Zum Entwurf im Einzelnen.....	6
1 Fehlende strukturelle Maßnahmen zur Einnahmestärkung und Prävention ..	6
2 Begrenzung der Vergütungsentwicklung und Auswirkungen auf die medizinische Behandlungspflege sowie auf Rehabilitation und Vorsorge	8
3 Änderungen bei der beitragsfreien Familienversicherung.....	11
4 Zuzahlungen und Belastung der Versicherten	14
5 Änderungen im Bereich Krankengeld und Teilkrankschreibung	15
6 Änderungen bei Vergütungen im ambulanten Bereich (u. a. Organspendeberatung).....	18
III. Schlussbemerkungen	19
IV. Fazit.....	20

I. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der AWO Bundesverband e. V. dankt für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG) Stellung zu nehmen.

Die Arbeiterwohlfahrt wurde 1919 gegründet und gehört heute zu den sechs Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege. Sie tritt für Freiheit, Gleichheit, Gerechtigkeit, Solidarität und Toleranz ein; diese Grundwerte des freiheitlichen demokratischen Sozialismus prägen ihr Handeln. Die AWO arbeitet bundesweit in zentralen Feldern sozialer Arbeit, darunter Demokratie und Vielfalt, Nachhaltigkeit und Innovation, Armut und soziale Sicherheit, Kinder, Jugend, Frauen und Familie, Gesundheit, Pflege und Teilhabe, Migration und Flucht sowie Europapolitik. Getragen wird die AWO von rund 300.000 Mitgliedern, mehr als 72.000 Ehrenamtlichen und etwa 242.000 hauptamtlichen Mitarbeiter*innen.

Es ist festzustellen, dass die für die Stellungnahme eingeräumte Frist zu kurz bemessen ist, um eine vertiefte fachliche Prüfung der umfangreichen und weitreichenden Regelungen vorzunehmen. Angesichts der Tragweite der vorgesehenen Maßnahmen für die gesundheitliche Versorgung, die soziale Sicherung der Versicherten und den sozialen Zusammenhalt hält der AWO Bundesverband diese Frist für nicht angemessen. Die Einbindung von Verbänden und Zivilgesellschaft ist ein zentraler Bestandteil eines funktionierenden demokratischen Gesetzgebungsverfahrens. Zu kurze Stellungnahmefristen erschweren nicht nur eine fundierte fachliche Bewertung, sondern stellen auch eine angemessene Berücksichtigung der eingebrachten Expertise infrage. Entsprechende Vorgehensweisen wurden in der Vergangenheit wiederholt kritisiert, unter anderem auch durch den Normenkontrollrat. Vor diesem Hintergrund sieht der AWO Bundesverband die derzeitige Praxis verkürzter Beteiligungsfristen mit großer Sorge.

Ungeachtet dessen nimmt der AWO Bundesverband wie folgt Stellung:

Mit dem Bericht der Finanzkommission Gesundheit liegen weitreichende und fachlich fundierte Vorschläge zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vor, die zentrale Ansatzpunkte für eine nachhaltige Weiterentwicklung des Systems bieten. Dies trifft jedoch nur in der Gesamtheit der Vorschläge und in deren Zusammenspiel zu. Da der vorliegende Referentenentwurf nur einzelne dieser Vorschläge aufgreift, geht diese Voraussetzung für eine strukturell tragfähige und sozial ausgewogene Reform verloren. Der Referentenentwurf ist dabei geprägt von einem übergreifenden Ansatz, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung systematisch an die Einnahmenentwicklung zu koppeln und damit eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik sektorenübergreifend zu verankern. Dieses Steuerungsprinzip wird im Entwurf flächendeckend angewendet und betrifft nahezu alle Leistungsbereiche.

Die derzeitige Reformdebatte ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes zu stark auf kurzfristige Einsparungen, Ausgabenbegrenzungen und Effizienzsteigerungen verengt. Die Maßnahmen setzen vorrangig auf Kürzungen, Vergütungsbegrenzungen

und zusätzliche Belastungen, während grundlegende strukturelle Ursachen steigender Gesundheitsausgaben – insbesondere im Bereich von Prävention, demografischer Entwicklung und versicherungsfremden Leistungen – überwiegend ausgeblendet werden. Mit einem Einsparvolumen von rund 20 Milliarden Euro bereits im Jahr 2027 handelt es sich um einen der umfangreichsten Konsolidierungseingriffe in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung. Der größte Teil dieser Einsparungen soll über Maßnahmen zur Begrenzung von Vergütungen und Preisen im Leistungserbringerbereich sowie über zusätzliche Belastungen der Versicherten realisiert werden. Den Schwerpunkt bilden dabei insbesondere Einschnitte bei zentralen Leistungserbringern – insbesondere in Krankenhäusern, in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Arzneimittelbereich –, während ergänzend auch Versicherte durch höhere Zuzahlungen und Leistungskürzungen zur Finanzierung herangezogen werden.

Positiv hervorzuheben ist der grundsätzliche Ansatz, die Stabilisierung der GKV-Finzen nicht einseitig zu organisieren, sondern verschiedene zentrale Akteursgruppen einzubeziehen. In der konkreten Ausgestaltung zeigt sich jedoch eine deutliche Schiefelage: Die Konsolidierung erfolgt ganz überwiegend über Maßnahmen auf der Ausgabenseite sowie über zusätzliche Belastungen der Versicherten und Leistungserbringer, während strukturell wirksame Reformen auf der Einnahmeseite – insbesondere ein angemessener Beitrag des Bundes – weitgehend ausbleiben. Besonders kritisch ist, dass zentrale Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (Nr. 62–66), die auf eine nachhaltige Stärkung der Einnahmenbasis sowie auf eine konsequente Ausrichtung auf Prävention abzielen, im Referentenentwurf vollständig unberücksichtigt bleiben. Damit werden wesentliche Ansatzpunkte für eine langfristige Stabilisierung der GKV-Finzen nicht genutzt. Eine nachhaltige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann jedoch nicht allein durch Einsparungen im System erreicht werden. Sie setzt voraus, dass gesundheitliche Risiken reduziert und Krankheitsverläufe frühzeitig verhindert werden. Gesundheitsförderung und Prävention müssen daher als zentrales Element der Reform verstanden und systematisch gestärkt werden.

Auffällig ist in diesem Zusammenhang zudem, dass die vorgesehenen Konsolidierungsmaßnahmen in ihrer konkreten Ausgestaltung unterschiedliche Leistungsbereiche in sehr unterschiedlichem Maße betreffen. Während insbesondere personalintensive Versorgungsbereiche wie Pflege, Rehabilitation und die vertragsärztliche Versorgung erheblichen Begrenzungen und zusätzlichen Belastungen ausgesetzt werden, bleiben andere Ausgabenbereiche – insbesondere im Arzneimittelsektor – vergleichsweise weniger stark in die Konsolidierungsmaßnahmen einbezogen. Dies verstärkt die bestehende strukturelle Unwucht in der Verteilung der Finanzierungslasten und wirft Fragen nach der Ausgewogenheit und Zielgenauigkeit der vorgesehenen Maßnahmen auf.

Insgesamt besteht die Gefahr, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zwar kurzfristige fiskalische Effekte erzielen, gleichzeitig jedoch die strukturellen Finanzierungsprobleme der GKV fortschreiben, gesundheitliche Ungleichheiten verstärken und langfristig sogar zu steigenden Kosten führen. Damit droht eine Entwicklung, die sowohl sozialpolitisch als auch gesundheitspolitisch nicht nachhaltig ist und

das zentrale Ziel gesundheitlicher Chancengleichheit gefährdet. In der Summe halten wir die vorgeschlagene Reform für sozial unausgewogen und im Ergebnis ungerecht.

II. Zum Entwurf im Einzelnen

1 Fehlende strukturelle Maßnahmen zur Einnahmestärkung und Prävention

Inhalt

Die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt Maßnahmen zur strukturellen Stärkung der Einnahmehasis der GKV sowie zur besseren Nutzung präventiver Potenziale, insbesondere eine stärkere steuerfinanzierte Beteiligung des Bundes, die Dynamisierung des Bundeszuschusses sowie die Prüfung gesundheitsbezogener Verbrauchsteuern.

Diese Ansätze werden im Referentenentwurf nicht aufgegriffen. Stattdessen konzentriert sich der Entwurf vorrangig auf Maßnahmen zur Erhöhung beitragsbezogener Einnahmen.

Bewertung

Die Nichtberücksichtigung der Empfehlungen Nr. 62 bis 66 stellt ein strukturelles Defizit des Gesetzentwurfs dar.

1. Mit der fortbestehenden Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Beitragsmittel verbleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe weiterhin im System der beitragsfinanzierten Krankenversicherung. Die damit verbundene Unterfinanzierung durch den Bund stellt ein zentrales strukturelles Problem dar und führt zu einer systematischen Fehlbelastung der Versichertengemeinschaft.

Auch die im Bericht der Finanzkommission empfohlene Dynamisierung des Bundeszuschusses wird im Referentenentwurf nicht umgesetzt. Statt einer strukturellen Beteiligung des Bundes sieht der Entwurf im Kern nur die Verschiebung der Rückzahlung bereits gewährter Darlehen vor. Die vorgesehene Verschiebung von Rückzahlungen stellt jedoch keine nachhaltige Beteiligung des Bundes dar. Eine strukturelle und dauerhafte Stärkung der Einnahmeseite der GKV durch den Bund bleibt damit aus.

2. Die im Entwurf vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze stellt zwar eine zusätzliche Einnahmequelle dar, bleibt jedoch im Verhältnis zum Gesamtvolumen der Konsolidierungsmaßnahmen deutlich begrenzt und ersetzt keine strukturelle Reform der Einnahmeseite. Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finanzen erfordert vielmehr eine breitere und systematischere Stärkung der Einnahmehasis, wie sie im Bericht der Finanzkommission vorgeschlagen wurde.

3. Besonders gravierend ist, dass der Referentenentwurf vollständig auf die Prüfung und Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Verbrauchsteuern verzichtet. Die von der Finanzkommission vorgeschlagenen Maßnahmen verbinden die Einnahmeerzielung mit einer gezielten Reduktion gesundheitlicher Risiken und adressieren damit unmittelbar die Ursachen steigender Gesundheitsausgaben. Der Verzicht auf diese Instrumente bedeutet, dass sowohl erhebliche Einnahmepotenziale als auch wirksame präventive Steuerungsmöglichkeiten ungenutzt bleiben.
4. Auch unabhängig von den Empfehlungen der Finanzkommission setzt der Referentenentwurf im Bereich der Prävention und Früherkennung kein klares Signal für eine Stärkung, sondern eröffnet im Gegenteil Spielräume für eine mögliche Einschränkung bestehender Leistungen. So wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bestehende Regelungen zu Gesundheitsuntersuchungen und Früherkennungsprogrammen umfassend zu überprüfen, unter anderem im Hinblick auf Zielgruppen, Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle. Zwar ist eine evidenzbasierte Weiterentwicklung grundsätzlich sinnvoll. Im Kontext eines insgesamt stark auf Ausgabenbegrenzung ausgerichteten Gesetzentwurfs besteht jedoch die Gefahr, dass diese Überprüfung primär unter fiskalischen Gesichtspunkten erfolgt und in der Folge zu einer Einschränkung bestehender Leistungsansprüche führt. Dies wäre insbesondere aus sozialpolitischer Perspektive problematisch. Niedrigschwellige und breit zugängliche Früherkennungsangebote leisten einen zentralen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit. Einschränkungen oder eine stärkere Fokussierung auf eng definierte Risikogruppen können dazu führen, dass insbesondere sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen schlechter erreicht werden.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass die Stabilisierung der GKV-Finzen vorrangig über kurzfristige Einnahmeeffekte durch höhere Beiträge sowie über Maßnahmen auf der Ausgabenseite organisiert werden soll, während strukturelle Reformoptionen unberücksichtigt bleiben. Zugleich bleibt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin stark auf Erwerbseinkommen konzentriert, während andere Finanzierungsquellen nicht in vergleichbarer Weise herangezogen werden. Aus Sicht des AWO Bundesverbandes ist diese Schwerpunktsetzung damit weder sozial ausgewogen noch langfristig tragfähig. Sie vernachlässigt zentrale Hebel zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV und trägt nicht dazu bei, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Empfehlung

Der AWO Bundesverband fordert daher,

- versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren,
- den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung regelhaft und dynamisch an die Ausgabenentwicklung anzupassen,
- die Einführung und Weiterentwicklung gesundheitsbezogener Verbrauchsteuern (insbesondere auf Tabak, Alkohol und zuckergesüßte Getränke) als

Bestandteil einer nachhaltigen Finanzierungs- und Präventionsstrategie zu prüfen sowie

- zu prüfen, inwiefern zusätzliche Einnahmen aus gesundheitsbezogenen Verbrauchsteuern gezielt für die nachhaltige Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt und hierfür geeignete Finanzierungsstrukturen, etwa in Form eines Präventionsfonds, entwickelt werden können,

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Stärkung der Einnahmeseite tragen zugleich dazu bei, die finanzielle Belastung der Versicherten zu begrenzen und damit insbesondere Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen sowie vulnerable Gruppen zu entlasten. Nur durch eine solche strukturelle Neuausrichtung kann die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig stabilisiert, gesundheitliche Ungleichheiten reduziert und der Anstieg krankheitsbedingter Kosten nachhaltig begrenzt werden.

Neben konkreten Maßnahmen zur Einnahmestärkung müssen Gesundheitsförderung und Prävention als eigenständige und systematisch gestärkte Säule der GKV-Reform verankert werden.

2 Begrenzung der Vergütungsentwicklung und Auswirkungen auf die medizinische Behandlungspflege sowie auf Rehabilitation und Vorsorge

Inhalt

Der Referentenentwurf sieht vor, die Vergütungsentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung sektorenübergreifend an die Grundlohnrate zu koppeln und diese als feste Obergrenze für Preis- und Vergütungssteigerungen festzulegen. Gleichzeitig wird die bisherige vollständige Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen über die Grundlohnrate hinaus eingeschränkt.

Diese Regelungen betreffen unter anderem die medizinische Behandlungspflege sowie Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation.

Bewertung

Mit der vorgesehenen Anbindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate wird die Refinanzierung tatsächlicher Kostensteigerungen – insbesondere tariflich bedingter Lohnsteigerungen – strukturell begrenzt. Dies stellt einen grundlegenden Systemwechsel dar. Die verlässliche Refinanzierung tariflicher Vergütungen ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für stabile Arbeitsbedingungen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Eine Einschränkung dieser Refinanzierung führt zu wachsendem wirtschaftlichem Druck auf Einrichtungen, steigender Arbeitsbelastung für die Beschäftigten und einer weiteren Verschärfung des Fachkräftemangels.

Hinzu kommt ein struktureller Zielkonflikt: Leistungserbringer – insbesondere in der Pflege und in personalintensiven Versorgungsbereichen – sind gesetzlich verpflichtet, tarifliche Vergütungen zu zahlen, während gleichzeitig die Refinanzierung dieser Kosten durch die vorgesehene Begrenzung der Vergütungsentwicklung eingeschränkt wird. Dies führt zu einer systemischen Unterdeckung, für die es im bestehenden System keinen Ausgleichsmechanismus gibt. Einrichtungen geraten damit in eine Situation, in der gesetzliche Anforderungen an gute Arbeitsbedingungen und wirtschaftliche Rahmenbedingungen nicht mehr miteinander vereinbar sind.

Für die häusliche Krankenpflege ergeben sich hieraus erhebliche Risiken. Ambulante Pflegedienste – insbesondere gemeinnützige und tarifgebundene Träger – sichern die Versorgung auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Die Begrenzung der Vergütungsentwicklung gefährdet diese Strukturen und kann zu Versorgungslücken für pflegebedürftige und chronisch kranke Menschen im häuslichen Umfeld führen.

Auch für Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation sind die Auswirkungen gravierend. Diese Bereiche sind durch einen hohen Personalanteil und eine starke Tarifbindung geprägt, verfügen jedoch über nur begrenzte Möglichkeiten zur Kompensation von Kostensteigerungen. Gleichzeitig wurden in den vergangenen Jahren zusätzliche Anforderungen an Qualität, Personal und Nachweispflichten etabliert, die mit entsprechenden Kostensteigerungen verbunden sind.

Die vorgesehenen Regelungen berücksichtigen dabei nicht ausreichend den Aspekt einer wirtschaftlich tragfähigen Leistungserbringung und stehen damit im Spannungsverhältnis zum Sicherstellungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinzu kommt, dass Einsparungen in diesen Bereichen lediglich einen marginalen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Financen leisten, gleichzeitig jedoch erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgung haben können. Die vorgesehenen Einsparungen stehen damit in keinem angemessenen Verhältnis zur gesamtfINANZIellen Zielsetzung des Entwurfs, entfalten aber potenziell erhebliche negative Wirkungen auf Versorgung, Infrastruktur und Beschäftigung. Die Begrenzung der Refinanzierung trifft damit ausgerechnet solche Versorgungsbereiche, die für die gesundheitliche Stabilisierung und für Gesundheitsförderung und Prävention von besonderer Bedeutung sind. In der Konsequenz drohen:

- Einschränkungen von Angeboten bis hin zu Schließungen von Einrichtungen,
- eine weitere Verschärfung bestehender Versorgungsengpässe,
- längere Wartezeiten insbesondere in der Rehabilitation sowie
- eine faktische Entwertung gesetzlich verankerter Leistungsansprüche, wenn diese aufgrund fehlender Refinanzierung nicht mehr in ausreichendem Umfang oder nicht mehr rechtzeitig erbracht werden können,
- eine Verschärfung des Fachkräftemangels

Besonders kritisch ist in diesem Zusammenhang, dass mit der vorgesehenen Regelung zentrale Ansätze des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes

(IPReG) faktisch wieder zurückgenommen werden. Mit dem IPReG wurde die Bindung der Vergütungsentwicklung in der Rehabilitation an die Veränderungsrate nach § 71 SGB V bewusst aufgehoben, um eine an den tatsächlichen Kosten orientierte und tarifgerechte Vergütung zu ermöglichen. Die hierzu geschaffenen Rahmenbedingungen sind erst seit kurzer Zeit wirksam, und befinden sich vielfach noch in der praktischen Umsetzung. Die nun vorgesehene erneute Begrenzung der Vergütungsentwicklung konterkariert diese Reformansätze.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass kurzfristige Einsparungen durch langfristig steigende Folgekosten konterkariert werden. Einschränkungen in der ambulanten, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung können zu einer Zunahme vermeidbarer Krankenhausaufenthalte sowie zu einer Verschlechterung von Krankheitsverläufen führen. Dies würde nicht nur die Versorgungssituation der Versicherten verschlechtern, sondern auch die finanzielle Belastung des Gesundheitssystems insgesamt erhöhen.

Dies betrifft insbesondere Leistungen, auf die Versicherte einen gesetzlichen Anspruch haben, deren tatsächliche Inanspruchnahme jedoch aufgrund fehlender Refinanzierung zunehmend eingeschränkt wird. Besonders betroffen wären vulnerable Zielgruppen, darunter Familien, Alleinerziehende, pflegende Angehörige und Pflegepersonen sowie chronisch kranke und belastete Menschen.

Darüber hinaus entsteht ein grundlegender politischer Zielkonflikt: Während tarifliche Bezahlung im Gesundheits- und Pflegebereich sowie durch gesetzgeberische Initiativen wie das Bundestariftreuegesetz gezielt gestärkt werden soll und in Teilen sogar gesetzlich vorgeschrieben ist, werden im vorliegenden Entwurf gleichzeitig die Voraussetzungen für deren Refinanzierung eingeschränkt. Diese Kombination zu stemmen ist für freigemeinnützige Träger faktisch unmöglich. Sie untergräbt die Glaubwürdigkeit der politischen Zielsetzung, Tarifbindung zu sichern sowie die Attraktivität medizinischer, therapeutischer, pflegerischer und sozialer Arbeit zu gewährleisten. Aus Sicht des AWO Bundesverbandes gefährdet die vorgesehene Regelung damit sowohl die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten als auch die Stabilität, Qualität und Zugänglichkeit der Versorgung.

Empfehlung

Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen darf nicht zu Lasten der Beschäftigten, der Versorgungsqualität und der Versorgungssicherheit erfolgen. Der AWO Bundesverband fordert daher,

- die vollständige Refinanzierung tariflicher Vergütungen in der medizinischen Behandlungspflege, insbesondere in der häuslichen Krankenpflege, sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, sicherzustellen,
- die vorgesehene Begrenzung der Vergütungsentwicklung entsprechend anzupassen,
- sowie die besonderen strukturellen Rahmenbedingungen personalintensiver und präventionsorientierter Versorgungsbereiche angemessen zu berücksichtigen.

Vorschlag zur gesetzlichen Umsetzung

Der AWO Bundesverband regt an, die Regelungen zur Vergütungsbegrenzung entsprechend anzupassen.

§ 111 Absatz 5 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 grundsätzlich die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. Abweichend hiervon sind nachgewiesene Kostensteigerungen, insbesondere aufgrund tarifvertraglicher oder gesetzlicher Vergütungsregelungen, vollständig zu berücksichtigen.“

Ergänzend sollte § 71 Absatz 3 SGB V wie folgt ergänzt werden:

„Die Veränderungsrate darf nicht angewendet werden, soweit ihre Anwendung die wirtschaftliche Leistungserbringung gefährdet oder eine Refinanzierung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen verhindert.“

3 Änderungen bei der beitragsfreien Familienversicherung

Inhalt

Der Referentenentwurf führt für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatt*innen und Lebenspartner*innen einen Beitragszuschlag ein. Dieser beträgt 3,5 Beitragsatzpunkte auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds und ist von diesem allein zu tragen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bleibt bestehen.

Vorgesehen sind zudem Ausnahmeregelungen, unter anderem bei Kinderbetreuung, Pflegeverantwortung und im Alter.

Bewertung

Die vorgesehene Regelung stellt einen Systembruch dar, da sie ein zentrales solidarisches Element der gesetzlichen Krankenversicherung in Frage stellt. Der AWO Bundesverband lehnt die Einführung eines Beitragszuschlags für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatt*innen und Lebenspartner*innen daher dem Grunde nach ab. Die beitragsfreie Familienversicherung trägt zur sozialen Absicherung von Familien sowie zur Anerkennung unbezahlter Sorgearbeit bei. Ihre Einschränkung führt zu einer Verschiebung von Risiken und Kosten in die privaten Haushalte und belastet insbesondere Frauen, die in hohem Maße Sorgearbeit erbringen.

Zwar ist zu begrüßen, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern unangestastet bleibt und auch für bestimmte Personengruppen Schutzmechanismen

vorgesehen sind. Ebenso ist anzuerkennen, dass der vorgesehene Beitragszuschlag als prozentualer Anteil an den beitragspflichtigen Einnahmen ausgestaltet ist und damit eine Form der einkommensabhängigen Staffelung beinhaltet. Gleichwohl führt die Einführung eines Beitragszuschlags zu einer grundlegenden Veränderung des bisherigen Systems und zu zusätzlichen Belastungen für bestimmte Haushalte. Hinzu kommt, dass keine ausreichenden Härtefallregelungen vorgesehen sind. Für Haushalte mit niedrigen Einkommen oder besonderen Belastungslagen kann der Zuschlag daher eine erhebliche finanzielle Belastung darstellen.

Besonders kritisch ist die enge Ausgestaltung der Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit Kinderbetreuung. Die vorgesehene Grenze beim vollendeten siebten Lebensjahr greift aus sozialpolitischer Perspektive zu kurz. Sorgearbeit endet nicht mit dem Schuleintritt, sondern besteht in vielfältiger Weise fort. Aus Sicht des AWO Bundesverbandes sollte sich die Ausgestaltung der Familienversicherung stärker an bestehenden sozialpolitischen Systemlogiken orientieren. Eine Anknüpfung an den Zeitraum des Kindergeldbezugs – grundsätzlich bis zum 18. Lebensjahr – wäre sachgerechter und würde der tatsächlichen Dauer familiärer Verantwortung besser Rechnung tragen. Darüber hinaus greifen die vorgesehenen Ausnahmetatbestände auch in ihrer inhaltlichen Reichweite zu kurz. Familiäre Sorge- und Unterstützungsverantwortung sowie krankheitsbedingte Belastungslagen werden nicht hinreichend realitätsgerecht abgebildet. Dies betrifft insbesondere Pflegekinder sowie Kinder, Jugendliche und erwachsene Angehörige, die aufgrund von Krankheit oder psychischen Belastungen auf fortdauernde Unterstützung angewiesen sind, ohne dass bereits ein anerkannter Behinderungsstatus oder ein höherer Pflegegrad vorliegt.

Auch die Beschränkung der Ausnahmeregelung bei der Anerkennung von Angehörigenpflege erst ab Pflegegrad 2 sowie die zusätzliche Voraussetzung eines Mindestumfangs erscheint zu eng und wird der Vielfalt tatsächlicher Pflege- und Sorgekonstellationen nicht gerecht. Gleiches gilt für mitversicherte Ehegatt*innen oder Lebenspartner*innen, die aufgrund chronischer oder schwerer Erkrankungen nicht oder nur eingeschränkt erwerbstätig sein können.

Darüber hinaus sind die geschlechterpolitischen Auswirkungen kritisch zu bewerten. Frauen übernehmen weiterhin den überwiegenden Anteil unbezahlter Sorgearbeit und sind daher überdurchschnittlich häufig familienversichert. Die Einführung eines Beitragszuschlags kann bestehende geschlechtsspezifische Ungleichheiten verstärken und zusätzliche ökonomische Belastungen insbesondere für Frauen nach sich ziehen.

Empfehlung

Der AWO Bundesverband fordert daher,

- die beitragsfreie Familienversicherung als zentrales Element solidarischer Absicherung grundsätzlich zu erhalten.

Sollte an der Einführung eines Beitragszuschlags festgehalten werden, sind aus Sicht des AWO Bundesverbandes mindestens folgende Anpassungen erforderlich:

- die Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit Kinderbetreuung sind deutlich auszuweiten und mindestens an den Zeitraum des Kindergeldbezugs (in der Regel bis zum 18. Lebensjahr) zu knüpfen,
- Pflegekinder sowie weitere tatsächlich bestehende familiäre Sorgekonstellationen sind ausdrücklich einzubeziehen,
- auch krankheitsbedingte Unterstützungsbedarfe ohne formalen Pflegegrad oder anerkannten Behinderungsstatus sind zu berücksichtigen,
- die Ausnahmeregelung für pflegende Angehörige ist auf Fälle ab Pflegegrad 1 auszuweiten und starre zeitliche Anforderungen sind zu überprüfen,
- chronische, lebensbedrohliche oder lebensverkürzende Erkrankungen sind als eigenständiger Ausnahmetatbestand vorzusehen,
- eine systematische Geschlechterfolgenabschätzung ist vorzunehmen,
- ergänzende Härtefallregelungen sind vorzusehen und
- es ist sicherzustellen, dass Care-Arbeit und familiäre Verantwortung weiterhin angemessen berücksichtigt werden.

Eine Reform der GKV-Finanzierung darf nicht dazu führen, dass zentrale sozialpolitische Errungenschaften geschwächt oder familiäre Verantwortung strukturell benachteiligt werden.

Vorschlag zur gesetzlichen Umsetzung

Der AWO Bundesverband regt an, die Ausnahmetatbestände in § 242b SGB V zu erweitern und lebensnäher auszugestalten.

§ 242b Absatz 1 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:

„Satz 1 gilt nicht für

- 1. Pflegekinder im Sinne des § 33 SGB VIII, die im Haushalt leben,*
- 2. Kinder, Jugendliche oder erwachsene Angehörige, die aufgrund von Krankheit, psychischer Erkrankung oder besonderem Unterstützungsbedarf im Haushalt leben und betreut werden,*
- 3. Ehegatten oder Lebenspartner, die einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 1 nicht erwerbsmäßig pflegen,*
- 4. Ehegatten oder Lebenspartner, die aufgrund chronischer, lebensbedrohlicher oder lebensverkürzender Erkrankungen nicht oder nur eingeschränkt erwerbstätig sein können,*
- 5. Ehegatten oder Lebenspartner, die eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach § 43 Absatz 1 des Sechsten Buches beziehen.“*

„Ein fester Mindestumfang der Pflege darf nicht Voraussetzung für die Anwendung der Ausnahmeregelung sein.“

4 Zuzahlungen und Belastung der Versicherten

Inhalt

Der Referentenentwurf sieht eine Anhebung und Dynamisierung der Zuzahlungen vor. Künftig betragen diese 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro, mit entsprechenden Regelungen für verschiedene Leistungsbereiche. Zusätzlich werden weitere Leistungsanpassungen zulasten der Versicherten vorgenommen, insbesondere beim Krankengeld und beim Zahnersatz.

Ziel ist eine stärkere Beteiligung der Versicherten an der Finanzierung der GKV.

Bewertung

Die vorgesehenen Regelungen verlagern einen erheblichen Teil der finanziellen Konsolidierungslasten auf die Versicherten. Dies ist aus Sicht des AWO Bundesverbandes besonders kritisch, weil Zuzahlungen und Leistungskürzungen typischerweise Menschen mit niedrigen Einkommen, chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder dauerhaft hohem Unterstützungsbedarf besonders stark treffen. Zwar bleibt die allgemeine Belastungsgrenze von zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei chronisch kranken Menschen ein Prozent, formal bestehen. Gleichwohl können bereits steigende laufende Eigenbeteiligungen dazu führen, dass notwendige Leistungen hinausgezögert oder nicht in Anspruch genommen werden. Dies betrifft insbesondere Versicherte mit geringen finanziellen Spielräumen.

Die vorgesehenen Anpassungen werden zwar als nachholende Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen begründet. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass schon die heute bestehenden Zuzahlungen eine solche Belastung darstellen, dass der Zugang zu Leistungen für Armutsbetroffene erschwert ist.

Hinzu kommt, dass der Entwurf nicht nur einzelne Zuzahlungsbeträge anhebt, sondern insgesamt auf eine stärkere private Mitfinanzierung von Gesundheitsrisiken setzt. In der Summe aus höheren Zuzahlungen, abgesenktem Krankengeld und geringeren Zuschüssen beim Zahnersatz entsteht eine deutliche Mehrbelastung der Versicherten. Dies bedeutet eine Verschiebung von Finanzierungsverantwortung aus der solidarischen Krankenversicherung hin zu den individuellen Haushalten und steht im Spannungsverhältnis zum Anspruch eines solidarisch ausgestalteten Gesundheitssystems.

Positiv ist, dass im Bereich Zahnersatz die Härtefallregelung erhalten bleibt. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Gesamtrichtung des Entwurfs auf eine stärkere Belastung der Versicherten hinausläuft.

Insgesamt besteht die Gefahr, dass die vorgesehenen Maßnahmen gesundheitliche Ungleichheiten verstärken und den Zugang zu notwendigen Leistungen insbesondere für vulnerable Gruppen erschweren.

Empfehlung

Der AWO Bundesverband fordert daher,

- auf zusätzliche Belastungen der Versicherten durch höhere Zuzahlungen und Leistungskürzungen so weit wie möglich zu verzichten,
- bestehende Schutzmechanismen für einkommensarme, chronisch kranke und besonders belastete Versicherte gezielt zu stärken,
- die sozialen Folgen der vorgesehenen Maßnahmen systematisch zu prüfen,
- sowie sicherzustellen, dass notwendige Leistungen nicht aus finanziellen Gründen unterbleiben.

Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen darf nicht dazu führen, dass ausgerechnet diejenigen stärker belastet werden, die in besonderem Maße auf eine verlässliche solidarische Gesundheitsversorgung angewiesen sind.

Vorschlag zur gesetzlichen Umsetzung

Der AWO Bundesverband regt an, die soziale Ausgestaltung der Zuzahlungen gesetzlich zu präzisieren.

§ 61 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:

„Zuzahlungen sind so auszugestalten, dass sie insbesondere für Versicherte mit geringem Einkommen sowie für chronisch kranke, behinderte oder pflegebedürftige Menschen keine unzumutbare Belastung darstellen. Die Krankenkassen stellen durch geeignete Regelungen sicher, dass notwendige Leistungen nicht aus finanziellen Gründen unterbleiben.“

5 Änderungen im Bereich Krankengeld und Teilkrankschreibung

Inhalt

Der Referentenentwurf führt mit §§ 44c und 44d SGB V die Möglichkeit der Teilarbeitsunfähigkeit sowie ein entsprechendes Teilkrankengeld ein. Versicherte sollen bei längerer Erkrankung teilweise in den Arbeitsprozess zurückkehren können.

Zugleich wird das Krankengeldniveau abgesenkt und die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen, insbesondere im Hinblick auf Rehabilitation und Erwerbsminderung, ausgeweitet.

Bewertung

Die vorgesehenen Änderungen greifen tief in das bestehende System der Absicherung bei Krankheit ein und verschieben dessen Schwerpunkt deutlich in Richtung einer stärkeren Aktivierung und Steuerung der Versicherten.

Die Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld kann grundsätzlich dazu beitragen, den Übergang zurück in den Arbeitsprozess flexibler zu gestalten und eine schrittweise Wiedereingliederung zu unterstützen. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Maßnahmen konsequent am individuellen Gesundheitszustand sowie an den tatsächlichen Arbeitsbedingungen ausgerichtet werden.

In der vorliegenden Ausgestaltung bestehen aber erhebliche Risiken. Insbesondere ist zu erwarten, dass sich der Druck auf Versicherte erhöht, frühzeitig – gegebenenfalls auch gegen medizinische oder persönliche Erwägungen – wieder in den Arbeitsprozess einzutreten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der gleichzeitigen Absenkung des Krankengeldniveaus, die den finanziellen Druck zusätzlich verstärkt. Hinzu kommt das Risiko einer gesundheitlich nicht ausreichend abgesicherten Wiedereingliederung. Eine verfrühte Rückkehr in den Arbeitsprozess kann dazu führen, dass Erkrankungen nicht vollständig ausheilen, sich Krankheitsverläufe verlängern oder chronifizieren. Dies kann langfristig zu höheren gesundheitlichen Belastungen der Versicherten sowie zu steigenden Folgekosten im Gesundheitssystem führen.

Zudem fehlt es an ausreichenden arbeitsrechtlichen Absicherungen. Da kein Anspruch auf Anpassung des Arbeitsplatzes besteht und die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich ist, besteht die Gefahr, dass die Regelung in der Praxis nur eingeschränkt genutzt werden kann oder zu Lasten der Versicherten ausgestaltet wird.

Besonders kritisch sind die Auswirkungen auf vulnerable Gruppen zu bewerten. Hierzu zählen insbesondere Menschen mit chronischen oder psychischen Erkrankungen, Personen in belastenden oder prekär ausgestalteten Beschäftigungsverhältnissen sowie Versicherte mit geringen Einkommen. Für diese Gruppen besteht ein erhöhtes Risiko, dass die Kombination aus abgesenktem Krankengeld und erweiterten Steuerungsinstrumenten der Krankenkassen zu einem faktischen Druck führt, die Erwerbstätigkeit vorzeitig wieder aufzunehmen, obwohl eine vollständige gesundheitliche Stabilisierung noch nicht erreicht ist. Dies kann zu gesundheitlichen Rückschritten, verlängerten Krankheitsverläufen und langfristig höheren Folgekosten führen.

Zugleich ist zu erwarten, dass die Möglichkeit der Teilarbeitsunfähigkeit in der Praxis nur ungleich verteilt genutzt werden kann. Während sie in qualifizierten Tätigkeiten mit flexiblen Arbeitsbedingungen eher umsetzbar ist, bestehen in körperlich belastenden oder wenig gestaltbaren Arbeitsverhältnissen erhebliche Umsetzungsbarrieren. Dies kann bestehende soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung weiter verstärken.

Besonders kritisch sind zudem die vorgesehenen Wechselwirkungen mit anderen Sozialleistungssystemen. Durch die ausgeweiteten Möglichkeiten der Krankenkassen, Versicherte zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Erwerbsminderungsrente innerhalb kurzer Fristen aufzufordern, ist mit einer verstärkten Verlagerung von Kosten in die gesetzliche Rentenversicherung zu rechnen. Damit besteht die Gefahr eines „Verschiebebahnhofs“ zwischen

den Sozialversicherungssystemen, ohne dass die zugrunde liegenden gesundheitlichen Problemlagen nachhaltig gelöst werden. Diese systemischen Wechselwirkungen sowie ihre finanziellen und sozialen Folgen werden im Referentenentwurf nicht hinreichend berücksichtigt.

Empfehlung

Der AWO Bundesverband fordert daher,

- die Auswirkungen der vorgesehenen Regelungen auf die gesundheitliche Stabilisierung und die soziale Absicherung der Versicherten umfassend zu prüfen,
- sicherzustellen, dass die Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit nicht zu einem einseitigen Druck auf Versicherte führt, frühzeitig in den Arbeitsprozess zurückzukehren,
- die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass eine tatsächliche und gesundheitsgerechte Umsetzung möglich ist,
- sicherzustellen, dass insbesondere vulnerable Gruppen vor finanziellen und gesundheitlichen Risiken durch die Absenkung des Krankengeldes und die erweiterten Steuerungsinstrumente geschützt werden sowie
- die Wechselwirkungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung systematisch zu analysieren und unerwünschte Kostenverlagerungen zu vermeiden.

Ziel muss es sein, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nachhaltig zu fördern, ohne die soziale Absicherung der Versicherten zu schwächen oder neue Fehlansätze im Zusammenspiel der Sozialleistungssysteme zu schaffen.

Vorschlag zur gesetzlichen Umsetzung

Der AWO Bundesverband regt an, das Sicherungsniveau des Krankengeldes sowie die Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit entsprechend anzupassen.

§ 47 Absatz 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

„Das Krankengeld beträgt 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts und 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts. Eine Absenkung unter dieses Niveau ist auszuschließen.“

§ 44c SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Inanspruchnahme von Teilarbeitsunfähigkeit erfolgt freiwillig und darf nicht zu einem unmittelbaren oder mittelbaren Druck auf Versicherte führen, ihre Erwerbstätigkeit vorzeitig wieder aufzunehmen. Die Ausgestaltung hat sich am individuellen Gesundheitszustand und an den tatsächlichen Arbeitsbedingungen zu orientieren. Insbesondere für Versicherte mit chronischen oder psychischen Erkrankungen sowie für Versicherte in belastenden Beschäftigungssituationen ist sicherzustellen, dass keine gesundheitlichen Nachteile entstehen.“

6 Änderungen bei Vergütungen im ambulanten Bereich (u. a. Organspendeberatung)

Inhalt

Der Referentenentwurf sieht im ambulanten Bereich Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung vor, insbesondere durch die Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate sowie durch die Integration bislang gesondert vergüteter Leistungen in bestehende Vergütungssysteme.

Dies betrifft unter anderem die ärztliche Beratung zur Organ- und Gewebespende, die künftig nicht mehr extrabudgetär vergütet werden soll.

Bewertung

Die Überprüfung bestehender Vergütungsstrukturen im Hinblick auf ihre Zielgenauigkeit und Wirtschaftlichkeit ist grundsätzlich nachvollziehbar. Auch die Integration einzelner Leistungen in bestehende Vergütungssysteme kann im Einzelfall sachgerecht sein. Gleichwohl ist kritisch zu bewerten, dass die vorgesehenen Maßnahmen in ihrer Gesamtheit zu einer weiteren Verdichtung des finanziellen Drucks im ambulanten Bereich führen. Die Kombination aus gedeckelten Vergütungssteigerungen und dem Wegfall spezifischer Vergütungsbestandteile führt dazu, dass insbesondere sprechende und beratungsintensive Leistungen strukturell an Bedeutung verlieren.

Dies betrifft auch die Organspendeberatung, deren gesundheitspolitische Bedeutung im Hinblick auf Aufklärung und informierte Entscheidungsfindung unstrittig ist. Eine Schwächung der entsprechenden Vergütungsanreize kann dazu führen, dass diese Leistung im Versorgungsalltag weniger systematisch erbracht wird. Besonders betroffen sind hiervon vulnerable Gruppen, die in besonderem Maße auf niedrigschwellige, verständliche und kontinuierliche Beratung angewiesen sind. Hierzu zählen insbesondere Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, Personen in sozial benachteiligten Lebenslagen sowie Menschen mit Migrationshintergrund. Eine Schwächung beratungsintensiver Leistungen kann dazu führen, dass gesundheitliche Informationen schlechter zugänglich sind und informierte Entscheidungen erschwert werden.

Die Bewertung der Organspendeberatung allein anhand der Entwicklung der Spenderzahlen greift zu kurz. Die Beratung dient primär der Unterstützung informierter und selbstbestimmter Entscheidungen und ist nicht als isoliertes Steuerungsinstrument zur kurzfristigen Erhöhung der Organspenden konzipiert.

Darüber hinaus steht die Maßnahme im Spannungsverhältnis zu dem Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Ausrichtung zu rücken. Gerade Leistungen, die auf Information, Beratung und individuelle Begleitung ausgerichtet sind, leisten einen wichtigen Beitrag zur

Vermeidung von Erkrankungen sowie zur Stärkung gesundheitlicher Selbstbestimmung.

Insgesamt fügt sich die Regelung in eine Reihe von Maßnahmen ein, die primär auf Ausgabenbegrenzung ausgerichtet sind, ohne hinreichend zwischen unterschiedlichen Leistungsarten und deren Versorgungsrelevanz zu differenzieren.

Empfehlung

Der AWO Bundesverband fordert daher,

- die Auswirkungen der vorgesehenen Änderungen auf die Qualität und Zugänglichkeit der ambulanten Versorgung differenziert zu prüfen,
- insbesondere präventive, beratungsintensive und aufklärende Leistungen im Vergütungssystem angemessen zu berücksichtigen,
- sowie sicherzustellen, dass Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung nicht zu einer strukturellen Schwächung der ambulanten Versorgung führen.

Ziel muss es sein, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität gleichermaßen zu sichern und insbesondere Leistungen mit hoher präventiver und aufklärer Wirkung nicht zu benachteiligen.

III. Schlussbemerkungen

Der vorliegende Referentenentwurf stellt einen tiefgreifenden Eingriff in die Finanzierungs- und Steuerungslogik der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Die vorgesehene sektorübergreifende Begrenzung der Ausgabenentwicklung, die zusätzlichen Belastungen der Versicherten sowie die Eingriffe in zentrale Leistungs- und Vergütungsstrukturen führen in ihrer Gesamtheit zu einer deutlichen Verschiebung der Konsolidierungsbemühungen zulasten der Versicherten und Leistungserbringer. Der Entwurf folgt damit in erster Linie einer kurzfristig fiskalisch geprägten Logik, ohne die strukturellen Ursachen der Finanzierungsprobleme der GKV hinreichend zu adressieren.

Aus Sicht des AWO Bundesverbandes bleibt der Referentenentwurf damit hinter den Anforderungen an eine nachhaltige, sozial ausgewogene und gesundheitspolitisch tragfähige Reform deutlich zurück. Insbesondere fehlt es an einer wirksamen Stärkung der Einnahmeseite, an einer konsequenten Berücksichtigung versicherungsfremder Leistungen sowie an einer klaren Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention. Statt strukturelle Reformen in den Mittelpunkt zu stellen, setzt der Entwurf ganz überwiegend auf Begrenzungen, Belastungen und Verlagerungen.

Eine zukunftsfeste Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung muss sich jedoch an den Zielen gesundheitlicher Chancengleichheit, eines niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugangs zur Gesundheitsversorgung sowie

der wirksamen Vermeidung von Krankheit orientieren. Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass alle Menschen – unabhängig von Einkommen, sozialer Lage oder Lebenssituation – die gleichen Möglichkeiten haben müssen, notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen und präventive Angebote zu erreichen. Maßnahmen, die Eigenbeteiligungen erhöhen, Leistungsansprüche einschränken oder präventive Strukturen schwächen, laufen diesem Ziel entgegen und bergen die Gefahr, bestehende gesundheitliche Ungleichheiten weiter zu vertiefen.

Ein verlässlicher Zugang zur Gesundheitsversorgung setzt voraus, dass Leistungen nicht nur formal-rechtlich bestehen, sondern auch tatsächlich verfügbar, wirtschaftlich tragfähig refinanziert und für die Versicherten erreichbar sind. Werden Vergütungsentwicklungen strukturell begrenzt, präventive Leistungen geschwächt und Versicherte zusätzlich belastet, drohen Versorgungsengpässe, längere Wartezeiten und eine faktische Einschränkung bestehender Leistungsansprüche – mit besonders gravierenden Folgen für vulnerable Gruppen. Zugleich kommt Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle für die langfristige Stabilisierung der GKV-Financen zu. Investitionen in Prävention tragen dazu bei, Krankheitsrisiken zu senken, chronische Erkrankungen zu vermeiden und gesundheitliche Folgekosten zu begrenzen. Eine Reform, die diese Potenziale nicht systematisch stärkt, bleibt nicht nur gesundheitspolitisch unvollständig, sondern auch finanzpolitisch kurzsichtig.

Eine Stabilisierung der GKV-Financen darf nicht einseitig über Kürzungen, Belastungen und Ausgabenbegrenzungen erfolgen. Erforderlich ist vielmehr eine ausgewogene Reform, die die Einnahmeseite strukturell stärkt, Prävention und Gesundheitsförderung konsequent ausbaut und eine bedarfsgerechte, solidarische und verlässliche Gesundheitsversorgung für alle sichert.

IV. Fazit

Vor diesem Hintergrund sieht der AWO Bundesverband die Notwendigkeit einer grundlegenden Nachsteuerung des vorliegenden Gesetzentwurfs. Ziel muss es sein, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung mit sozialer Gerechtigkeit, guter Versorgungsqualität und langfristiger Nachhaltigkeit zu verbinden.

Wir danken erneut für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Für Nachfragen und weitere Gespräche stehen wir gerne zur Verfügung.