Deutscher Caritasverband e.V.
Eva M. Welskop-Deffaa, Präsidentin

Verbindungsbüro Bundespolitik
Dr. Elisabeth Fix, elisabeth.fix@caritas.de

Datum: 18.06.2026

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) (Drs. Nr. 21/6130)

A. Zusammenfassende Bewertung

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Einladung zur Stellungnahme und Anhörung. Insgesamt unterstützt er den Ansatz des Gesetzesentwurfs, dass **alle Akteure des Gesundheitssystems einen Beitrag leisten** müssen, um es zu konsolidieren und nachhaltig zu stabilisieren. Der Gesetzentwurf setzt wesentliche Empfehlungen der GKV-Finanzkommission um, folgend den Grundsätzen einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und der Evidenzbasierung der Leistungen. Die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik wird wesentlich auch durch eine strikte, undifferenzierte Orientierung der Preis- und Vergütungssteigerungen aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen an der Grundlohnrate als feste Obergrenze umgesetzt. Der Deutsche Caritasverband kritisiert, dass für die Anerkennung der Entgelte der abhängig Beschäftigten in den Einrichtungen freier Träger auf diesem Weg **eine Abkehr von den bestehenden Tariftreueregelungen** erfolgt. Diese Regelungen haben sich bewährt, um die Tarifbindung im Gesundheitsbereich zu stärken. Die Anerkennung von Tarifabschlüssen als wirtschaftlich ist die Voraussetzung dafür, dass in den tarifgebundenen Einrichtungen und Diensten der Caritas und der Freien Wohlfahrtspflege die Personalkosten der Gesundheitsdienstleistungen von den Kostenträgern refinanziert werden.

Nachhaltige Einsparungen auf der Leistungserbringerseite sind **durch Strukturreformen** zu erreichen. So ist ein **Umsteuern unseres Gesundheitssystems weg vom Fokus auf die Kuration und hin zu Prävention dringend erforderlich**. Dazu gehört die **Anhebung der Lenkungssteuern** zur Stärkung der Prävention, die die Finanzkommission Gesundheit in Kapitel 8 ihres Berichts begründet. Die daraus zu erwartenden mehr als 2 Mrd. in 2027 und 5,5 Mrd. p.a. 2030 sowie zusätzlichen Kosteneinsparungen in der GKV wegen des Präventionseffekts fehlen im vorliegenden Gesetzesvorschlag. Die

Umsetzung dieses Vorschlags ist aus finanziellen, ebenso wie aus gesundheitsverhaltenslenkenden Argumenten **dringend und in ein Artikelgesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze einzubeziehen**.

Der von AOK und Deutschem Krebsforschungszentrum Ende 2025 veröffentlichte Public-Health-Index und viele andere Publikationen bestätigen die Einschätzung der Kommission, dass Deutschland an der Spitze der Gesundheitsausgaben in Europa liegt, zugleich aber die Lebenserwartung nur im mittleren Feld ist. Die Anzahl von Menschen, die mindestens zwei chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-, Atemwegserkrankungen, Diabetes oder Adipositas aufweisen, liegt deutlich über dem EU-Durchschnitt. Der Deutsche Caritasverband regt an, zu prüfen, ob und wie ein Teil der erhöhten **Steuern auf Tabak, Alkohol und Zucker einem Präventionsfonds** zugeführt werden könnte Aus den Einnahmen der erhöhten Steuern sollten Präventionsleistungen finanziert werden, die, wie z.B. Lotsendienste in Geburtskliniken, dringend eine verlässliche Finanzierung und eine gesetzliche Refinanzierungsgrundlage brauchen.

Eine nachhaltige Stabilisierung der Ausgaben erfordert des Weiteren Strukturreformen im ambulanten Bereich durch **Stärkung der Primärversorgung**. Leider haben die mit dem TSVG beabsichtigten Wirkungen von Vergütungszuschlägen und extrabudgetäre Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung für dringliche Überweisungen zum Facharzt, Vermittlung durch die Terminservicestelle im Akutfall, Hausarztvermittlung und Stärkung der offenen Sprechstunde nicht die erhofften Effekte einer Reduzierung von Wartezeiten und einer gesteuerten Versorgung erbracht. Die Finanzkommission hat daher die Rücknahme dieser Regelungen gefordert. Die Ziele bleiben jedoch. Wir erwarten daher, dass zu grundlegenden Strukturreformen der Primärversorgung, die interprofessionell unter Einbeziehung der Pflege auszurichten ist, zeitnah Vorschläge erarbeitet und ein Gesetzentwurf vorgelegt wird.

Der Finanzkommission Gesundheit folgend will das BMG die Deckungslücke in der GKV durch Anpassungen auf der Ausgaben- und Einnahmeseite schließen. Die Kommission hat mit Argumenten, die auch der Deutsche Caritasverband seit langem vorträgt, **Änderungen bei der Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV** gefordert. Obwohl die Kosten des Bürgergelds vom Bund zu tragen sind, finanziert er aktuell nur einen Teil der Gesundheitsausgaben für Bürgergeldbeziehende, während die verbleibenden Aufwendungen der Solidargemeinschaft systemwidrig zugewiesen werden.

Die nicht beitragsgedeckten Ausgaben der GKV für Bürgergeldempfänger führen unter den geltenden Regelungen zu einem ungedeckten Finanzbedarf von 12 Mrd. Euro p.a. Der Deutsche Caritasverband setzt sich mit Nachdruck dafür ein**, diese Finanzierungslücke mit diesem Gesetzentwurf zu schließen.** Sollte aus Sicht des BMG jetzt in einem ersten Reformschritt nicht die gesamte Summe aufzubringen sein, ist aus Sicht des Deutschen Caritasverbands mindestens ein Stufenmodell vorzulegen, das für die nächsten fünf Jahre schrittweise die Zahlungen des Bundes mit dem Ziel der Kostendeckung anhebt. Es handelt sich bei dieser Frage um eine Grundsatzfrage der Akzeptanz eines am Erwerbsstatus und Erwerbseinkommen anknüpfenden Pflichtversicherungssystems. Die Zustimmung zu anderen Aspekten des Konsolidierungspaketes wird wesentlich davon abhängen, dass die Bundesregierung an dieser Stelle eine Lösung anbietet.

Die durch die Beitragslücke beim Bürgergeld und durch die langjährig steten Leistungsausweitungen in der GKV entstandenen erheblichen Finanzlöcher können nicht durch unsolidarische Belastungen der Versicherten gestopft werden. Mit den **höheren Zuzahlungen**, die überdies noch jährlich dynamisiert werden sollen, sind für die Versicherten zusätzliche finanzielle Belastungen in Höhe von fast sechs Milliarden Euro angekündigt, die angesichts der mit ihnen verbundenen Belastungen gerade für Bezieher niedriger Einkommen schwer vertretbar sind, solange die o.a. Frage nicht beantwortet ist. Dies gilt auch für die vorliegenden Vorschläge zur Änderung der **Familienmitversicherung.** Vor der mit Übergangs- und Ausnahmeregelungen, deren ausreichende Zielgenauigkeit familienpolitisch noch zu prüfen bleibt, geplanten Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehepartnern muss die von der Kommission empfohlene Neuregelung für Bürgergeldempfänger umgesetzt werden.

Begrüßt wird vom Deutschen Caritasverband, dass durch die geplante **Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze** für 2027 auch Gutverdienende, deren starke Schultern gemäß des Solidarprinzips mehr tragen können, belastet werden. Diese Maßnahme, die aber nur einmalig für 2027 gelten soll, um eine Finanzlücke des Entwurfs von 1,2 Mrd. Euro zu schließen, sollte nach Einschätzung des Deutschen Caritasverbandes - mit einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze verbunden - auf Dauer gestellt werden.

Einer der größten Kostentreiber im deutschen Gesundheitswesen sind die **Arzneimittelausgaben**, die 18 Prozent der Gesamtausgaben der GKV

umfassen. Für dieses Segment hat die Finanzkommission umfangreiche Sparvorschläge entwickelt, die jedoch mit dem Gesetzentwurf nicht vollständig umgesetzt wurden. So ist die Ausgabendynamik von patentgeschützten Arzneimitteln eine der höchsten innerhalb der GKV. Dem Vorschlag der Kommission, zu deren Begrenzung den Herstellerabschlag für das Jahr 2027 um weitere 7 Prozent auf 14 Prozent zu erhöhen, folgt das BMG mit dem Gesetzentwurf leider nicht, obwohl die Kommission hier eine Entlastungswirkung von 2,27 Mrd. Euro annimmt.

Die geplanten Maßnahmen der Bundesregierung treffen die freigemeinnützigen Krankenhäuser, die weder durch Gewinnerzielung wie die privaten noch durch Subventionierung aus dem kommunalen Haushalt, Defizite ausgleichen können, besonders hart. Die Reform muss gewährleisten, dass eine **flächendeckende stationäre Grundversorgung, auch im ländlichen Raum**, weiterhin aufrechterhalten werden kann. Zum Krankenhausbereich erfolgt eine gesonderte Stellungnahme des Katholischen Krankenhausverbands, der zu dieser Anhörung ebenfalls geladen ist.

B. Besonderer Teil

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Begrenzung der Vergütungsanstiege auf max. in Höhe der Grundlohnrate mit zusätzlichem Abschlag von 1 Prozent für 2027-2029; Auswirkung auf die Tarifbindung

§ 71 Beitragssatzstabilität

Der Gesetzentwurf setzt den Vorschlag der Finanzkommission bezüglich einer Rückkehr zur Orientierung der jährlichen Vergütungssteigerungen an der Grundlohnrate mit dem Ziel der Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsstabilität um. Neben der Orientierung an der Grundlohnrate hat die Kommission überdies einen Abschlag von 1 Prozent für die Jahre 2027 bis 2029 vorgeschlagen. Zugrunde gelegt wird hierbei die Annahme, dass die inflationsbedingten Betriebskostensteigerungen in den vergangenen Jahren in den jährlichen Verhandlungen bereits berücksichtigt wurden, während die beitragspflichtigen Einnahmen erst in kommenden Jahren steigen werden, sodass Grundlohnraten für die Jahre 2027-2029 erwartet werden, die deutlich oberhalb des langjährigen Durchschnitts liegen. Das Ziel einer

einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist dem Grundsatz nach für uns nachvollziehbar. Soweit Leistungserbringer tarifgebunden sind, stellt sich jedoch die Frage, wie nach dem vorliegenden Gesetzentwurf zukünftig gemeinnützige Einrichtungen ihre Personalkosten decken sollen, sofern die Tarifabschlüsse oberhalb der Grundlohnrate liegen. Tarifverhandlungen sind in Deutschland branchenspezifisch organisiert und es ergeben sich typischerweise Unterschiede zwischen den Branchen, die durch staatliche Setzung nicht behindert werden können, ohne die Tarifautonomie zu gefährden.

Gemeinnützige Einrichtungen können, wenn Tarifsteigerungen nur noch entsprechend der Grundlohnrate geltend gemacht werden können, auch wenn sie faktisch höher liegen, im Unterschied zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens die damit entstehenden Deckungslücken nicht kompensieren. Die Tarifbindung, für die sich die Wohlfahrtspflege seit langem eingesetzt hat, stellt eine sozialpolitische Errungenschaft dar, die nicht nur faire Löhne, sondern auch gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten ermöglicht. Es erscheint uns widersprüchlich, wenn der Bund mit dem Bundestariftreuegesetz die tarifliche Bezahlung in anderen Bereichen stärkt, im Gesundheitswesen jedoch die Voraussetzung für die Refinanzierung von Tariflöhnen schwächt. Eine solche Inkonsistenz gefährdet die Glaubwürdigkeit der politischen Zielsetzung, Tarifbindung insgesamt zu stärken.

§ 132, 132a SGB V: Aufhebung der wirtschaftlichen Anerkennung der Tarifbindung in der Haushaltshilfe und Häuslichen Krankenpflege

Die Tarifbindung ist eine Errungenschaft, die Pflegekräften faire Löhne sichert und für die sich die BAGFW daher seit Jahren eingesetzt hatte. Der Bereich der häuslichen Krankenpflege (PpsG 2019) und der Rehabilitation und Vorsorge, die durch die ambulanten Pflegedienste erbracht werden, wurden dabei im Vergleich zu den Krankenhäusern (KHRG 2009) und der vertrags- und vertragszahnärztlichen Vergütung (GKV-VStG 2012) erst sehr spät von der Grundlohnratenbindung entkoppelt. Doch gerade in der Langzeitpflege, wo der Personalkostenanteil, anders als in anderen Sektoren des Gesundheitswesens, mit 90 Prozent weit über dem Betriebskostenanteil mit nur 10 Prozent liegt, trifft die Begrenzung des Vergütungsanstiegs auf die Grundlohnrate sowie der zusätzliche Abschlag von 1 Prozent die Pflegedienste besonders hart. Überdies gilt die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate auch für die Sachkosten, die gerade in Folge der Energiekrise durch den Ukrainekrieg und Nahostkonflikt überdimensional angestiegen sind. Eine

Abkehr von der Tarifanerkennung auf Leistungen des SGB V würde in der Praxis wachsenden wirtschaftlichen Druck auf Einrichtungen, steigende Belastungen für die Beschäftigten durch wieder steigende Arbeitsverdichtung, Qualitätsverluste, und letztlich eine weitere Verschärfung des Pflegekräftemangels mit direkten Auswirkungen auf die Versorgung von Patienten und Patientinnen sowie Pflegebedürftige bedeuten. Zusammen mit den Tariftreueregelung des GVWG, die 2021 im Bereich der Langzeitpflege eingeführt wurden hat sich die Versorgung in der Pflege deutlich verbessert, indem dem Arbeitsdruck durch die sog. „Rennpflege“ entgegengewirkt wurde. Gerade die ambulanten Pflegedienste der Freien Wohlfahrtspflege nehmen zudem weite und somit zeitintensive Wegstrecken auf sich, um auch in entlegenen Regionen die Versorgung sicherzustellen. Überdies sind die ambulanten Pflegedienste das Rückgrat der ambulanten Versorgung; durch ihre Krankenpflege in der eigenen Häuslichkeit werden teure Krankenhausaufenthalte vermieden und damit Krankenversicherungskosten eingespart. Die geplante neue gesetzliche Regelung konterkariert diesen wichtigen Versorgungseffekt. Die Einspareffekte sind gering. Das BMG schätzt die Finanzwirkung der Regelung mit 0,1 Mrd. Euro für 2027 ein.

Der Bereich der Haushaltshilfen ist so klein, dass er in der GKV-Kennzahlenstatistik nicht gesondert ausgewiesen ist. Auch das BMG beziffert im Gesetzentwurf keine Einsparsummen. In vielen Bundesländern wird die Versorgung mit Haushaltshilfen durch die tarifgebundenen Familien- und Dorfhelferinnenwerke der kirchlichen Wohlfahrtsverbände aufrechterhalten. Da sich das Kostenportfolio der Haushaltshilfen aus 98% Personal- und nur 2% Sachkosten zusammensetzt, besteht durch den Wegfall der Regelung ein hohes Insolvenzrisiko und im schlimmsten Fall der Zusammenbruch dieser für Familien in prekären Gesundheitskonstellationen, so wichtigen Unterstützungsleistung.

§ 111 Absatz 5 Satz 2 bis 4, 111cAbs. 3 Satz 2 bis 4: Aufhebung der wirtschaftlichen Anerkennung der Tarifbindung in der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge

Die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation nach §§ 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V vom 28.03.2025 wurden infolge des IPReG verhandelt, mit dem die Aufhebung der Grundlohnsummenbindung für Vergütungsverhandlungen und die Anerkennung tariflicher Vergütungen als wirtschaftlich bestimmt wurde. Die Rahmenempfehlungen statuieren *auf*

dieser Grundlage verbindliche Personalkorridore, Leistungselemente, Strukturvorgaben, Grundzüge der Vergütungsverhandlungen und Nachweispflichten. Um diese neuen Vorgaben erfüllen zu können, sehen die Rahmenempfehlungen eine mehrjährige Übergangszeit vor.

Mit dem GKV-BstaB Gesetz und der darin vorgesehenen Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung und Streichung der Tarifrefinanzierung wird den Rahmenempfehlungen nun die Geschäftsgrundlage entzogen, denn den neuen Anforderungen der Rahmenempfehlungen würden keine daraus resultierenden notwendigen Vergütungssteigerungen mehr folgen.

Es ist im Gesetzentwurf daher mindestens festzuschreiben, dass die Rahmenempfehlungen verbindlich umgesetzt werden müssen und Versorgungsverträge entsprechend anzupassen sind, bevor eine Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung geschieht. Eine verlässliche Finanzierung tariflicher Löhne ist darüber hinaus für gemeinnützige tarifgebundene Rehakliniken fundamental, damit diese tragfähig wirtschaften können, denn aufgrund ihrer Non-Profit-Orientierung haben sie keine Möglichkeiten zur anderweitigen Kompensierung von Erlösdefiziten.

In den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge bedeutet die Streichung der Anerkennung der Tarifrefinanzierung, dass sich die schon heute bestehende Unterversorgung verschärfen würde und Wartelisten z.B. in der Geriatrie, aber auch in der Anschlussheilbehandlung, verlängern. Der Grundsatz „Reha vor Pflege“, der auch aus wirtschaftlichen Gründen unbedingt beibehalten werden muss, würde mangels eines ausreichenden Angebots ausgehebelt. In den Mutter-Kind-Einrichtungen hätten Schließungen negative Folgen für die Versorgung von besonders vulnerablen Familien, von Frauen in besonders belasteten Paarbeziehungen und chronisch kranken Menschen. Die Coronapandemie hat gezeigt, wie wichtig diese Strukturen für die Mütter- und Frauengesundheit waren. Daher sehen wir eine Streichung der Tarifbindung in diesem Bereich mit besonders großer Sorge.

Ein erhebliches – bisher ungenutztes – Einsparpotenzial im Reha-Bereich sehen wir in der Schaffung verbindlicher Rahmenempfehlungen auf der Grundlage des SGB IX. Denn die Harmonisierung der Qualitätssicherungssysteme und Anforderungen an den Datenaustausch würden sowohl auf Kostenträger- als auch auf Leistungserbringerseite ein ungleich größeres Einsparpotenzial bedeuten. Dass Rehakliniken außerdem mit den einzelnen Landesverbänden der Krankenkassen getrennte Vergütungsverhandlungen führen und damit

jährlich sechs und mehr Vergütungsverträge verhandeln, ist ein unhaltbarer bürokratischer Aufwand für alle Seiten und belastet das Budget der Kassen und die Ausgabenentwicklung immens.

Einschränkung der Familienmitversicherung

§§ 10, 242b, 250 Absatz 4 Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner i.V. mit § 249b Arbeitgeberanteil für Minijobs

Die Familienmitversicherung gehört zu den zentralen solidarischen Elementen der GKV. Die Mitversicherung von Kindern steht zu Recht nicht zur Diskussion, wohl aber die beitragsfreie Ehegattenversicherung. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit wird für verheiratete Frauen, so die Annahme, weniger attraktiv, wenn vom Lohn Beiträge für einen schon bestehenden Leistungsanspruch erhoben werden. Die Erwerbstätigkeit verheirateter ebenso wie unverheirateter Frauen ist zuletzt allerdings deutlich gestiegen, die Zahl der mitversicherten Erwachsenen damit von 15 Prozent im Jahr 2010 auf sieben Prozent im vergangenen Jahr erheblich gesunken.

Von den 15 Mio. Familienmitversicherten waren im Jahr 2025 rund 13 Mio. Kinder. Ein hoher Anteil der Familienmitversicherten kommt aus dem Reservoir der geringfügig Beschäftigten („Minijobber“). Im Bereich der geringfügigen Beschäftigung gibt es viele unterschiedliche Konstellationen. Von den derzeit 7,6 Mio. Arbeitnehmenden mit einer geringfügigen Beschäftigung gehen 3,5 Mio. ausschließlich einer solchen Beschäftigung nach. Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, die Minijob-Regelungen grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen. Unter sozialpolitischen Gesichtspunkten sollte das gesamte Konstrukt der geringfügigen Beschäftigung mit seiner mit seiner altersarmutsriskanten Opt-out-Regelung in der Rentenversicherung reformiert werden. Soweit ein solcher Reformschritt noch nicht erfolgt ist, begrüßt der Deutsche Caritasverband die mit dem Gesetzentwurf vorgenommene Umsetzung des Vorschlags der GKV-Finanzkommission, den Arbeitgeberbeitrag für geringfügig Beschäftigte auf die Höhe des ermäßigten Beitragssatzes zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags anzuheben. Dies verringert den Fehlanreiz, geringfügige Beschäftigung statt sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze anzubieten. Der Gesetzentwurf folgt dem Vorschlag der Finanzkommission in modifizierter Form, indem der Beitragssatz auf den allgemeinen statt dem ermäßigten Beitragssatz zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitrags angehoben wird, obwohl mit dieser Erhöhung kein

Krankengeld im Leistungsfall verbunden ist. Unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten mag dies fragwürdig sein, führt aber zu einer entsprechend um 0,3 Mrd. höheren Finanzwirkung (insgesamt 1,6 Mrd. gegenüber Vorschlag Finanzkommission 1,3 Mrd.).

Insgesamt sieht der Gesetzentwurf – teilweise Abwägungen der Finanzkommission modifizierend - Ausnahmen bei der Begrenzung der Familienmitversicherung vor: So sollen Rentner_innen, Eltern mit Kindern unter 7 Jahren, Eltern mit einem behinderten Kind, pflegende Angehörige ohne Erwerbstätigkeit und voll erwerbsgeminderte Personen weiterhin familienversichert bleiben können. Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass mit diesen Ausnahmen familienpolitische Realitäten berücksichtigt werden sollen, die bislang stets leitend für die beitragsfreie Mitversicherung waren. Die beitragsfreie Mitversicherung gehört - das betont auch die Finanzkommission - zu den zentralen solidarischen Elementen der GKV. In Familien mit umfangreichen Care-Aufgaben sind die Beschäftigungsmöglichkeiten beider Partner objektiv eingeschränkt. Ob mit der Altersgrenze 7 Jahre die Situation von Familien mit mehreren grundschulpflichtigen Kindern in ländlichen Regionen angemessen berücksichtigt wird, wäre gründlicher zu prüfen.

Dass die Administration von Ausnahme-Regelung als komplex eingeschätzt wird, zeigt sich in der Regelung, dass Krankenkassen vom Nachweis der Ausnahme absehen können, wenn sie Kenntnis vom Vorliegen eines dieser Tatbestände haben (§ 242b Satz 3). Viele pflegende Angehörige, die nach der vorgesehenen Ziffer 3 von § 242b Satz 2 Angehörige mit mind. Pflegegrad 2 wenigstens 10 Stunden verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage in der Woche pflegen, sind allerdings erwerbstätig und unterfallen somit ohnehin nicht der Familienmitversicherung. Die Ermittlung des Elternkreises mit einem behinderten Kind, wegen dessen Betreuung eine Erwerbstätigkeit nicht möglich ist, erscheint schwierig. Sollte diese Regelung bestehen bleiben, merken wir an, dass Menschen mit Behinderung auch über das Kindes- und Jugendalter hinaus oft so betreuungsbedürftig sind, dass Eltern – und hier meist die Mütter – nicht erwerbstätig sind.

Fazit: Angesichts des erwartbaren hohen bürokratischen Aufwands und der mit ihr verbundenen Einschnitte in das Solidarprinzip mit unbestimmten positiven gleichstellungspolitischen Effekten, solange es nicht zu der von uns angemahnten grundlegenden Reform der Minijobs gekommen ist, lehnt der

Deutsche Caritasverband die vorgeschlagene Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern ab.

Die Kommissions-Vorschläge zur Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung sind im Übrigen im Kontext der Regelungen für pflichtversicherte Bürgergeldempfänger abzuwägen. Es ist den bisher über den Beitrag auf der Grundlage des Familieneinkommens Mitversicherten schwer zu vermitteln, dass sie sich selbst mit einem Zusatzbeitrag absichern sollen, wenn die Versichertengemeinschaft gleichzeitig für die Versorgung von Menschen im Bürgergeld aufkommt, für die der Bund nicht annähernd kostendeckende Summen in die GKV einzahlt. Hier einen großen Schritt in Richtung Beitragsgerechtigkeit zu tun, ist zentrale Voraussetzung dafür, dass Reformen bei der beitragsfreien Mitversicherung von Müttern mehrerer schulpflichtiger Kinder als nächster Schritt für die Solidargemeinschaft überzeugen können.

Erhöhung der Zuzahlungen

§ 61 Zuzahlungen

Die Zuzahlungen sollen kräftig erhöht werden: von 5 Euro auf mind. 7,50 Euro und max. 15 Euro für Medikamente und Hilfsmittel; für Verordnungen von HKP, Außerklinischer Intensivpflege und Heilmitteln sowie für Krankenhaus-, Reha- und Vorsorgeklinikaufenthalte sowie Fahrtkosten sollen die Zuzahlungen von heute 10 auf 15 Euro steigen. Überdies sollen die Zuzahlungen künftig jährlich in Höhe der Grundlohnrate dynamisiert werden. Damit wird ein Vorschlag der Finanzkommission umgesetzt, der vor allem für Versicherte mit niedrigem Einkommen zu großen Belastungen führen wird, bei denen das verfügbare Einkommen zuletzt bereits durch Miet- und Energiekostensteigerungen stark beansprucht wurde. Während Menschen mit höherem Einkommen die Anhebung der Zuzahlungen nach Jahren, in denen die Zuzahlungen nicht erhöht wurden, schultern können, bedeutet die Erhöhung für Geringverdienende und Menschen im Grundsicherungsbezug erhebliche Belastungen bei akuter Erkrankung, z.B. Krankenhaus mit Folgeverordnungen für Medikamente, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Physiotherapie. Sie müssen im Krankheitsfall bis zu dem Zeitpunkt, in welchen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V greift, einen erheblichen Anteil ihres geringen Einkommens für Gesundheitskosten ausgeben. Die Probleme dieser Maßnahme, wie z.B. Verzicht auf notwendige Medikamente, hat auch die GKV-Finanzkommission gesehen und die Maßnahme daher auf die B-Liste der Maßnahmen mit

potenziell negativen Folgen klassifiziert. Noch verschärft wird die Problematik bei Sozialhilfe- und Grundsicherungsempfängern, bei denen die Einrechnung der erhöhten Zuzahlungen erst in der nächsten Erhebung der Einkommens- und Verbrauchsstatistik 2028 erfolgen kann und mindestens noch ein Jahr später bei der Regelbedarfsermittlung greift. Der Deutsche Caritasverband sieht die Erhöhung der Zuzahlungen und insbesondere die jährliche Dynamisierung daher kritisch, solange eine sozial abgewogene Ausgestaltung fehlt. Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, sind mehrere Vorkehrungen zu treffen, die Versicherte über die Höhe ihrer Belastungsgrenze informieren: Die e-Krankenkassen-APP sollte eine Funktionalität enthalten, die über die Höhe der bereits geleisteten Zuzahlungen informiert und Versicherte sollten zusammen mit der Information über den Zusatzbeitrag des kommenden Jahres auf die Höhe ihrer Belastungsgrenze sowie die Möglichkeit einer Befreiung nach Erreichen der Belastungsgrenze hingewiesen werden. Krankenkassen sollten überdies verpflichtet sein, auf Verlangen der Versicherten unverzüglich Auskunft zu erteilen, ob die individuelle Belastungsgrenze erreicht ist. Dies ist insbesondere wichtig in Monaten von akut eintretenden Erkrankungen, die hohe Zuzahlungen nach sich ziehen wie bei und in Folge von Krankenhausaufenthalt. Auch seitens der Bundesregierung ist die Bevölkerung zu den neu geltenden Zuzahlungsregelungen und die Belastungsgrenze gut zu informieren.

Krankengeld und Teilarbeitsunfähigkeit

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die Kürzungen beim Krankgeld, die noch im Referentenentwurf enthalten waren, mit dem Gesetzentwurf zurückgenommen wurden.

§ 44 Absatz 2 Satz 4 Krankengeld für Selbstständige

Die Finanzkommission hat eine obligatorische Versicherung des Krankengelds für hauptberuflich Selbständige empfohlen. Der Deutsche Caritasverband setzt sich seit langem für eine obligatorische Aufnahme der Selbständigen in die Sozialversicherungen ein und unterstützt diesen Vorschlag als einen Teilschritt dazu daher nachdrücklich. Der Gesetzentwurf setzt den Vorschlag aber nur teilweise um, indem Selbständige nach wie vor die Wahlmöglichkeit des opt-in für die Krankengeldversicherung haben. Bislang war es möglich, diese Wahlerklärung strategisch erst zum Zeitpunkt einer absehbaren längeren Arbeitsunfähigkeit, etwa bei einer planbaren OP, abzugeben und

somit Versicherungsbeiträge zu Lasten der Solidargemeinschaft zu sparen. Die Neuregelung einer Wartezeit von 3 Monaten für genau diese Fallkonstellationen schließt diese Lücke sachgerecht.

§§ 44c und 44d Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Einführung der Möglichkeit zu einer Teilarbeitsunfähigkeit, wie von der Finanzkommission vorgeschlagen, als innovative Maßnahme. Die Erfahrung zeigt, dass Beschäftigte je nach Erkrankung und Tätigkeit nicht zwingend vollständig arbeitsunfähig sind, sondern anteilig arbeiten können und wollen, z.B. bei einem nicht schmerzhaften heilenden Bruch des Beins, sofern ihre Arbeit eine Schreibtischtätigkeit darstellt und in Zeiten des Homeoffice Videokonferenzen möglich sind. Allerdings muss sichergestellt sein, dass die Teilarbeitstätigkeit während Krankheit dem Wunsch des Arbeitnehmenden entspricht, wie es die gesetzliche Bestimmung vorsieht. Die Regelung sollte mit einer Evaluation nach Umsetzung der Vorschriften durch den GBA verbunden werden.

§ 44 Absatz 4: Wegfall des Einwilligungsvorbehalts der Versicherten beim Krankengeldmanagement durch die Krankenkasse

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die von der Finanzkommission vorgeschlagene Regelung, dass die Krankenkassen Versicherte bei Bezug von Krankengeld ohne vorherige Einwilligung kontaktieren dürfen, um diese zu beraten und zu unterstützen. Allerdings sollte die Erstkontaktaufnahme nur schriftlich oder elektronisch und nicht telefonisch erfolgen, damit Versicherte, die krank sind, sich auf die Beratung einstellen können. Des Weiteren soll die Beratung auch nicht vor Bezug von Krankengeld, sondern erst ab Beginn des Krankengeldbezugs erfolgen, dies insbesondere vor dem Hintergrund der Möglichkeit zum Teilkrankengeld.

§ 50 Absatz 1 Nummer 1 Anpassung des Anspruchs auf Krankengeld bei Teilrente

Bislang kann bei einer Teilrente von 99,99 Prozent ein Anspruch auf Krankengeld erhoben werden. Die Neuregelung setzt einen Vorschlag der Finanzkommission um, den Krankengeldbezug auf eine Teilrente von max. zwei Drittel zu begrenzen. Der Deutsche Caritasverband gibt zu bedenken, dass diese Regelung in einem hohem Maße Menschen treffen wird, die im rentennahen Alter Angehörige pflegen. 15,6 Prozent der pflegenden Angehörigen waren 2023 im Alter zwischen 60 und 65 Jahre. Insbesondere geringverdienende Frauen, die

wegen der Pflege ihre Erwerbstätigkeit reduzieren, haben schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Gerade die Pflege birgt zugleich ein hohes Risiko von Erkrankungen und damit verbunden von einem Einkommensverlust durch Streichung des Krankengeldanspruchs. Der Finanzkommission lagen bei der Empfehlung keine belastbaren Daten vor, nur der Hinweis einer Krankenkasse. Daher empfiehlt der Deutsche Caritasverband, von einer Regelung abzusehen, bevor belastbare Daten und Forschungsergebnisse vorliegen, welche Gruppen die Teilrente von 99,99 Prozent bzw. von mehr als zwei Dritteln in Anspruch nehmen.

Zahnmedizinische Versorgung

§ 55 Zahnersatz

Dank der Inanspruchnahme der Zahnprophylaxe sind die Zahnersatzleistungen im langjährigen Trend zwischen 2014 und 2024 um etwa 3% jährlich rückläufig. Daher ist die Umsetzung des Vorschlags der Finanzkommission, die Festzuschüsse von 60% auf 50% bei Beibehaltung der geltenden Härtefallregelungen bei unzumutbaren Belastungen nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, dass die Versicherten, die durch regelmäßige, im Bonusheft nachgewiesene Prophylaxe für ihre Zahngesundheit vorsorgen, eine Absenkung des Festzuschusses von 70% auf 60% (5 Jahre Bonusheft) bzw. von 75% auf 65% (10 Jahre Bonusheft) in Kauf nehmen müssen. Dies widerspricht dem Präventionsansatz und findet sich nicht in den Vorschlägen der Finanzkommission.

Grundsatz einer evidenzbasierten Medizin

§ Überprüfung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie bei Herz-Kreislauferkrankungen und Regelungen zum Hautkrebsscreening

Deutschland ist das einzige Land auf der Welt, in dem es ein flächendeckendes, nicht-risikobasiertes Ganzkörper-Hautkrebsscreening für symptomlose, gesunde Versicherte gibt. Gleichzeitig gibt es keine Evidenz für eine Senkung der Mortalitätsrate bei Hautkrebs seit Einführung des Screenings. Der Auftrag an den GBA, das flächendeckende Screening durch mögliche risiko- und risikogruppenbasierte Screenings einschließlich der Häufigkeit anzupassen, wird nachdrücklich begrüßt. Die Kostenersparnis wird auf 0,24 Mrd. Euro für 2027 geschätzt.

Sehr positiv bewertet wird auch der Auftrag an den GBA, insbesondere mit Fokus auf die Herz-Kreislauferkrankungen, die mit 40% auf Platz 1 der zum Tode führenden Volkserkrankungen stehen. Es stellt sich allerdings die Frage, warum nur die Herz-Kreislauferkrankungen und nicht z.B. auch Diabetes mit Schwerpunkt Prävention mit diesem Gesetzentwurf adressiert werden. Der Deutsche Caritasverband weist auf das dringende Erfordernis hin, zeitnah ein Präventionsgesetz mit Strukturreformen des Gesundheitswesens vorzulegen. In diesem Zusammenhang wiederholt er auch seine Forderung nach Vorlage eines Suizidpräventionsgesetzes.

Wie bereits in der Einleitung hervorgehoben, wäre es für den Deutschen Caritasverband sehr wichtig, dass mit dem zu einem Artikelgesetz erweiterten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz jetzt eine gesetzliche Grundlage für die Erhöhung der Tabak-, Alkoholsteuer auf Spirituosen sowie einer gestaffelten Steuer auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke geschaffen wird, wie von der Finanzkommission vorgeschlagen. Dies würde 2027 mehr als 2 Mrd. Euro und 2030 einen Aufwuchs auf 5,5 Mrd. Euro Einnahmen erbringen. Die Mittel können ggf. teilweise in einen Präventionsfonds fließen, aus dem die Umsteuerung des Systems hin zu Prävention finanziert werden kann. Aus den Einnahmen der erhöhten Steuern ließen sich auch Angebote der Lotsendienste in Geburtskliniken oder Suizidberatung für Kinder und Jugendliche finanzieren. Zu beiden Themen hatte der Deutsche Caritasverband im Beteiligungsverfahren der Finanzkommission konkrete Regelungen vorgeschlagen.

Berlin, den 18. Juni 2026

Deutscher Caritasverband e.V.

Eva Welskop-Deffaa

Präsidentin

Deutscher Caritasverband

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix

Verbindungsbüro Bundespolitik im Deutscher Caritasverband,

Tel. 030 284447-46, Handy 015116759875, elisabeth.fix@caritas.de