

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
(Stand: Kabinettsbeschluss vom 29.04.2026)

08.05.2026

Vorbemerkung

Der am 28.04.2026 vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird mit der angespannten finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Ziel des Gesetzes ist es, die weitere Dynamik der Ausgabenentwicklung zu begrenzen und die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren.

Die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) vertritt als Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen, unter anderem aus Akutkrankenhäusern, Rehabilitationskliniken und ambulanten Krebsberatungsstellen. Unsere Arbeit ist geprägt durch die Beratung, Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Krebserkrankungen und ihren Angehörigen in häufig langwierigen und existenziell belastenden Krankheitsverläufen.

Wir teilen die Einschätzung, dass angesichts der finanziellen Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gesundheitspolitischer Handlungsbedarf besteht. Gleichzeitig müssen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung daraufhin geprüft werden, welche sozialen und versorgungsbezogenen Folgen sie insbesondere für chronisch und schwer erkrankte Menschen haben.

Krebserkrankungen gehen häufig mit erheblichen Einkommensverlusten, längeren Phasen der Arbeitsunfähigkeit, zusätzlichen finanziellen Belastungen und komplexen sozialrechtlichen Fragestellungen einher ^(8, 9, 10). Vor diesem Hintergrund bewerten wir den Gesetzentwurf mit besonderem Fokus auf die Auswirkungen für onkologisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen.

Zusammenfassende Bewertung

Die ASO bewertet insbesondere die geplanten Erhöhungen von Zuzahlungen, die vorgesehenen Änderungen beim Krankengeld sowie die Verkürzung der Frist nach § 51 SGB V kritisch.

Die vorgesehenen Maßnahmen führen aus unserer Sicht zu einer überproportionalen Belastung chronisch und schwer erkrankter Menschen. Besonders problematisch ist die kumulative Wirkung verschiedener Belastungsfaktoren: steigende Eigenbeteiligungen, Einkommensverluste infolge längerer Erkrankung sowie Einschränkungen bei Entgeltersatzleistungen.

Kritisch bewerten wir zudem die in der Gesetzesbegründung wiederholt verwendete Bezugnahme auf „Missbrauchspotenziale“ im Zusammenhang mit dem Krankengeld. Die Formulierungen erwecken den Eindruck, steigende Ausgaben seien wesentlich auf Fehlverhalten von Leistungsbeziehenden zurückzuführen. Für eine solche pauschale Annahme liegen aus unserer Sicht weder belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse noch entsprechende Erfahrungen aus der Versorgungspraxis vor.

Eine solche Argumentation birgt vielmehr die Gefahr, schwer erkrankte Menschen zu stigmatisieren und Schuld- beziehungsweise Rechtfertigungsgefühle bei Leistungsberechtigten zu verstärken.

1. Erhöhung von Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen

Der Gesetzentwurf sieht unter anderem die Erhöhung der Mindest- und Höchstzuzahlungen bei Arzneimitteln sowie höhere Eigenbeteiligungen bei Krankenhausaufenthalten vor.

Für Menschen mit Krebserkrankungen führen diese Maßnahmen zu erheblichen zusätzlichen Belastungen ^(8, 9, 10). Onkologische Erkrankungen erfordern häufig langfristige ambulante Therapien, wiederholte stationäre Aufenthalte, regelmäßige Medikamenteneinnahmen sowie weitere unterstützende Leistungen wie Fahrkosten, Heilmittel oder Haushaltshilfen.

In der Praxis entstehen dadurch innerhalb kurzer Zeiträume mehrere parallele Zuzahlungsverpflichtungen. Besonders betroffen sind einkommensschwache Haushalte sowie Patientinnen und Patienten, die infolge ihrer Erkrankung bereits Einkommenseinbußen erleiden ^(5, 6).

Auch die geltenden Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V verhindern diese Belastungen nur eingeschränkt. Die reduzierte Belastungsgrenze für chronisch Erkrankte wird in vielen Fällen erst nach längerer Vorleistung erreicht. Bis dahin entstehen für Betroffene häufig erhebliche Liquiditätsprobleme.

Zudem zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass höhere Eigenbeteiligungen nicht zwangsläufig zu relevanten Einsparungen im Gesundheitswesen führen, gleichzeitig jedoch die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen erschweren können ^(1, 7). Gerade sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten laufen Gefahr, notwendige medizinische oder unterstützende Leistungen aus finanziellen Gründen später oder gar nicht in Anspruch zu nehmen ^(1, 2, 3, 5, 6, 7).

Die ASO fordert daher, auf die vorgesehenen Erhöhungen der Zuzahlungen zu verzichten und stattdessen gezielte Entlastungen für chronisch und schwer erkrankte Menschen zu prüfen.

2. Änderungen beim Krankengeld

Beim Krankengeld handelt es sich weiterhin um eines der zentralen Instrumente sozialer Absicherung während längerer Krankheitsphasen. Vor Eingriffen in bestehende

Leistungsansprüche sollte daher sorgfältig geprüft werden, welche Ursachen den gestiegenen Ausgaben tatsächlich zugrunde liegen.

Der Anteil des Krankengeldes an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen lag im Jahr 2024 bei etwa 6,6 Prozent. Neben steigenden Krankheitstagen tragen auch Beschäftigungseffekte, Lohn- und Gehaltssteigerungen sowie Veränderungen der Altersstruktur der Beschäftigten zur Ausgabenentwicklung bei.

2a. Wegfall des Einwilligungsvorbehalts beim Krankengeldfallmanagement (§ 44 Abs. 4 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht vor, den bisherigen Einwilligungsvorbehalt für telefonische Kontaktaufnahmen im Rahmen des Krankengeldfallmanagements faktisch durch ein Opt-out-Verfahren zu ersetzen.

Die bestehende Regelung wurde erst im Jahr 2021 eingeführt, nachdem wiederholt Kritik am Verwaltungshandeln einzelner Krankenkassen geäußert worden war. Hintergrund waren insbesondere datenschutzrechtliche und sozialrechtliche Bedenken hinsichtlich unangemessener oder belastender Kontaktaufnahmen gegenüber erkrankten Versicherten.

Aus Sicht der ASO hat sich die bestehende Regelung bewährt. Sie schützt vulnerable Patientinnen und Patienten und ermöglicht gleichzeitig weiterhin eine sachgerechte Beratung durch die Krankenkassen.

Die geplante Abschwächung dieses Schutzes ist aus unserer Sicht nicht erforderlich. Gerade Menschen mit schweren Erkrankungen befinden sich häufig in einer psychisch und sozial belastenden Situation. Unaufgeforderte Kontaktaufnahmen können zusätzlichen Druck erzeugen und das Vertrauensverhältnis zwischen Versicherten und Krankenkassen beeinträchtigen.

Die ASO spricht sich daher ausdrücklich für die Beibehaltung des bisherigen Einwilligungsvorbehalts aus.

2b. Absenkung des Krankengeldes bei Ende des Beschäftigungsverhältnisses (§ 47 SGB V)

Krebserkrankungen betreffen viele Menschen im erwerbsfähigen Alter. Gleichzeitig sind Betroffene überdurchschnittlich häufig von Arbeitsplatzverlusten oder Brüchen im Erwerbsverlauf betroffen⁽⁴⁾.

Die geplante Absenkung des Krankengeldes auf das Niveau des Arbeitslosengeldes bei Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses würde für diese Patientinnen und Patienten erhebliche zusätzliche finanzielle Belastungen bedeuten.

Das Krankengeld erfüllt als Entgeltersatzleistung eine zentrale Funktion zur sozialen Absicherung während schwerer Erkrankungen. Die vorgesehene Regelung würde gerade diejenigen Versicherten treffen, die sich bereits in einer wirtschaftlich und gesundheitlich instabilen Situation befinden.

Aus Sicht der ASO bestehen gegen die vorgesehene Regelung erhebliche sozialrechtliche und verfassungsrechtliche Bedenken.

2c. Verkürzung der 10-Wochen-Frist nach § 51 SGB V

Besonders kritisch bewerten wir die vorgesehene Verkürzung der Frist zur Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe von bisher zehn auf künftig vier Wochen.

Bereits die derzeitige Anwendung des § 51 SGB V führt in der Praxis häufig zu erheblichen Belastungen für schwer erkrankte Menschen. Versicherte verlieren nach einer Aufforderung zur Antragstellung wesentliche Dispositionsmöglichkeiten über das weitere Verfahren. Gerade in der Onkologie erfolgen entsprechende Aufforderungen oftmals bereits während laufender Akutbehandlungen, obwohl zu diesem Zeitpunkt eine belastbare Einschätzung der Erwerbsprognose häufig noch nicht möglich ist.

Die geplante Fristverkürzung würde den Druck auf Betroffene zusätzlich erhöhen. Aus der Beratungspraxis wissen wir, dass die bestehenden Fristen bereits heute häufig faktisch verkürzt werden, etwa durch kurzfristige Beratungstermine oder frühzeitige Aufforderungen zur Antragstellung.

Zudem überzeugt das Argument einer beschleunigten Rehabilitation aus unserer Sicht nicht. In der Praxis müssen Rehabilitationsverfahren bei onkologischen Patientinnen und Patienten häufig verschoben werden, weil laufende Akutbehandlungen einer Durchführung entgegenstehen.

Die ASO spricht sich daher ausdrücklich für die Beibehaltung der bisherigen Zehn-Wochen-Frist aus.

2d. Einführung eines Teilkrankengeldes

Grundsätzlich begrüßt die ASO Ansätze, die eine flexible Rückkehr in das Erwerbsleben unterstützen und den Verbleib im Beruf erleichtern können.

Gleichzeitig bedarf die Einführung eines Teilkrankengeldes einer sorgfältigen Ausgestaltung. Gerade bei schweren oder chronischen Erkrankungen besteht das Risiko, dass ein zu früher Wiedereinstieg in das Erwerbsleben erfolgt oder indirekter Druck auf Versicherte entsteht, ihre Arbeitsfähigkeit früher als medizinisch sinnvoll wieder aufzunehmen.

Insbesondere in der Onkologie sind Krankheitsverläufe häufig durch starke körperliche und psychische Belastungen, Fatigue-Symptomatik und schwankende Belastbarkeit geprägt. Deshalb müssen bei der Umsetzung des Teilkrankengeldes der gesundheitliche Schutz der Betroffenen und die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme im Vordergrund stehen.

Fazit

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen greifen in zentralen Bereichen in die Struktur der solidarischen Krankenversicherung ein. Aus Sicht der onkologischen Sozialarbeit besteht die Gefahr, dass gerade schwer und chronisch erkrankte Menschen überproportional belastet werden.

Die ASO fordert daher:

- den Verzicht auf die geplanten Erhöhungen von Zuzahlungen,
- die Beibehaltung des Einwilligungsvorbehalts beim Krankengeldfallmanagement,
- die Beibehaltung der bisherigen Zehn-Wochen-Frist nach § 51 SGB V,
- eine sozial ausgewogene Ausgestaltung des Teilkrankengeldes,
- sowie den Verzicht auf Leistungseinschränkungen beim Krankengeld.

Die besonderen sozialen und wirtschaftlichen Belastungen von Menschen mit Krebserkrankungen sollten im weiteren Gesetzgebungsverfahren stärker berücksichtigt werden.

Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)

Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Literatur

1. Fusco et al. (2023) Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review
2. Jansen, L. et al. Socioeconomic deprivation and cancer survival in a metropolitan area: An analysis of cancer registry data from Hamburg, Germany
[LinaJansenaCynthiaErbbAliceNenneckeblsabelleFinkeacRonPritzkuleitdBerndHolleczekeHermannBrennerafgfor the German Cancer Survival Working Group1](#)
3. Jansen L. et al. (2023): [Trends in cancer incidence by socioeconomic deprivation in Germany in 2007 to 2018: An ecological registry-based study](#), in: International Journal of Cancer, 2023, 1-13, DOI: 10.1002/ijc.34662
4. Hartung TJ, Sautier LP, Scherwath A, Sturm K, Kröger N, Koch U, Mehnert A 2018 Return to Work in Patients with Hematological Cancers 1 Year after Treatment: A Prospective Longitudinal Study. Oncol Res Treat. 2018;41(11):697-701. doi: 10.1159/000491589. Epub 2018 Oct 13. PMID: 30317227
5. Hoebel, J. et al. 2024 Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland WSI Mitteilungen 03 2024
6. K. Hofreuter-Gätgens, J. Klein, M. Fisch, M. Graefen, T. C. Schlotfeldt, I. Witzel, O. von dem Knesebeck. Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme onkologischer Versorgungsangebote Social Inequality in Utilization of Aftercare Services Among Breast and Prostate Cancer Patients DOI <https://doi.org/10.1055/s-0042-108579> Online-Publikation: 14.6.2016 Gesundheitswesen 2018; 80: 94–100
7. Lin & Sacks (2019) Intertemporal substitution in health care demand: Evidence from the RAND Health Insurance Experiment
8. Mehlis K, Witte J, Surmann B, Kudlich M, Apostolidis L, Walther J, Jäger D, Greiner W, Winkler EC. 2020 The patient-level effect of the cost of Cancer care - financial burden in German Cancer patients. BMC Cancer. 2020 Jun 5;20(1):529. doi: 10.1186/s12885-020-07028-4. PMID: 32503459 Free PMC article
9. Singer et.al. Positive und negative Veränderungen im Leben nach der Krebsdiagnose – Eine prospektive Mixed-Method-Studie in: Der Onkologe
<https://doi.org/10.1007/s00761-018-0369-0>
10. Surmann B, Lingnau R, Witte J, Walther J, Mehlis K, Winkler EC, Greiner W. 2021 Individual financial burden following a cancer diagnosis from the perspective of social services in Germany. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2021 May;162:16-23. doi: 10.1016/j.zefq.2021.02.006. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33820721 German.