



Gesundheitspolitische Positionierung

**der IKK classic zur Einnahmenseite der Gesetzliche
Krankenversicherung;
Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische
Finanzierung**

Inhaltsverzeichnis

Finanzierungslücke und Belastung der Beitragszahlenden	3
Versicherungsfremde Leistungen und Bundeszuschuss	4
GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende	5
Abgaben auf gesundheitsschädliche Nahrungs- bzw. Genussmittel	6
Digital Social Security (DSS)	10
Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel	12
Arzneimittelmarkt und Apotheken	14
Versorgung mit Hilfsmitteln	15
Impressum	16

Gesundheitspolitische Positionierung der IKK classic zur Einnahmenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung; Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung

Finanzierungslücke und Belastung der Beitragszahlenden

Die Folgen der demografischen Entwicklung sowie der medizinisch-technische Fortschritt beeinflussen die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblich. Der Finanzbedarf steigt kontinuierlich an. Die Schere zwischen aufzubringenden Mitteln und zumutbaren Beitragseinnahmen aus Erwerbseinkommen geht weiter auseinander.

Nach Beauftragung durch die Bundesregierung hat die Finanzkommission Gesundheit (FKG) - eine zehnköpfige Expertenkommission zur finanziellen Stabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - am 26.09.2025 offiziell ihre Arbeit aufgenommen.

Bis Ende März 2026 soll die FKG Vorschläge präsentieren, wie die GKV-Finzen ohne weitere Beitragserhöhung zeitnah stabilisiert werden können. Empfehlungen für langfristig orientierte Maßnahmen und strukturelle Reformen sollen dann bis Ende 2026 vorliegen.

Für das Jahr 2026 rechnet der Schätzerkreis in der GKV mit einer Unterdeckung von 56,8 Mrd. Euro. Der rechnerische durchschnittliche ZSB wurde vom BMG mit Wirkung ab 01.01.2026 auf 2,9 % (+ 0,4 %) erhöht. Dass er 2026 nicht noch höher festgesetzt werden musste, wurde mit einem kurzfristig wirkenden Sparpaket mit einem Volumen von rd. zwei Milliarden Euro erkaufte.

„Rein rechnerisch würde das Defizit im Jahr 2026 sogar bei 62 Mrd. Euro liegen (ZBS 3,2 %), wenn es keinen Ausgleich zur Finanzierung der Rechnungsaufschläge im Krankenhaus (2,5 Mrd. Euro), kein Darlehen von 2,3 Mrd. Euro und keine Zuführung aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 826 Mio. Euro (vgl. §221a SGB V) gäbe.“¹

Der per Rechtsverordnung für 2026 festgesetzte durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt bereits Anfang 2026 unter dem tatsächlich erhobenen. Dieser beträgt zu diesem Zeitpunkt schon 3,13 Prozent. Ein Grund unter anderem: Beim rechnerischen durchschnittlichen ZSB ist der zusätzliche Beitragsbedarf für die Auffüllung der Mindestreserve auf 0,2 Monatsausgaben nicht berücksichtigt.

2025 betrugen die Gesamtausgaben in der GKV 341,4 Mrd. Euro. In den letzten zehn Jahren hat sich das Defizit, also die Lücke zwischen Beitragseinnahmen und Ausgaben, kontinuierlich vergrößert (s. o.).

Konkrete Ansätze, die bereits mit einer Umsetzung im kommenden Jahr Effizienzreserven in der Gesundheitsversorgung erschließen könnten, gibt es bisher nicht. Die Ausgaben werden auch im kommenden Jahr ungebremselt weiter steigen – vor allem bei Arzneimitteln und in der stationären Versorgung.

Im Folgenden unterbreitet die IKK classic Vorschläge zur finanziellen Stabilisierung der GKV. Der Fokus liegt dabei auf der Einnahmenseite. Bei einer Umsetzung der Vorschläge würden der GKV einnahmeseitig

¹ Vgl. BITMARCK: „Haushaltsplanung 2026 – Wettbewerbsanalyse 2026“, 11/2025, S. 5

ca. 67,70 Mrd. Euro²

zusätzliche Mittel zugeführt.

Die im Papier vorgeschlagenen, kalkulierbaren ausgabenseitigen Einspareffekte belaufen sich auf insgesamt

9,77 Mrd. Euro.

Fazit

Die Finanzierungslücke der GKV ist struktureller Natur und verlangt nach einer stabilen, dauerhaften und ordnungspolitisch sauberen sowie gerechten Lösung. Versuche, die Finanzierungslücke allein zu Lasten der Beitragszahlenden zu schließen, erfüllen diesen Anspruch nicht. Dies würde zum einen zu einer Überforderung der Beitragszahlenden führen, zum anderen aber auch soziale Ungerechtigkeiten verschärfen. Beides könnte das Vertrauen in das Gesundheitssystem und dessen Leistungsfähigkeit unterminieren. Dem muss sich die Politik als Legislative nun stellen. Politik trägt die Verantwortung dafür, die Rahmenbedingungen zur Gesundheitssicherung als Daseinsvorsorge finanzierbar und gerecht zu gestalten.

Versicherungsfremde Leistungen und Bundeszuschuss

Forderung

Die IKK classic fordert die Bundesregierung auf, zeitnah eine gesellschaftliche Debatte anzustoßen mit dem Ziel, versicherungsfremde Leistungen in der GKV abschließend eindeutig und transparent zu definieren. Auf Basis dieser Definition ist der Bundeszuschuss neu zu bemessen und dann unverzüglich zu dynamisieren. Nur so kann eine Abkehr von der pauschalen, eher diskretionär angepassten Zuwendung für versicherungsfremde Leistungen gelingen.

Übergangsweise – so lange eine gesellschaftliche Debatte über den Umfang der versicherungsfremden Leistungen in der GKV noch nicht abgeschlossen ist – fordert die IKK classic, den Bundeszuschuss ab 2026 zu dynamisieren.

Zur Dynamisierung sollten aus Sicht der IKK classic die Berechnungen des Schätzerkreises (die jeweils für das Folgejahr prognostizierten Steigerungsraten für die Leistungsausgaben in der GKV) als Grundlage dienen.

Vor dem Hintergrund des massiven Drucks der Unterfinanzierung der GKV muss zügig reagiert werden. Dabei könnte in einem ersten Schritt die Anlage zu § 2 Abs. 1 PauschAV (Pauschal-Abgeltungsverordnung) entsprechend ergänzt werden.

Begründung

Der pauschale Bundeszuschuss zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen unterliegt seit seiner Einführung erheblichen Schwankungen. Er liegt zwischen 1,0 Mrd. Euro im Jahr 2004 bis zu 28,5 Mrd. Euro im Jahr 2022.

² Nur quantifizierbare und kalkulierte Effekte.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sollte er dann nach jeweils 2,5 Mrd. Euro in den Jahren 2007 und 2008 um jährlich 1,5 Mrd. Euro wachsen. Zielgröße war 14,0 Mrd. Euro im Jahr 2016. Ab 2017 wurde der Bundeszuschuss dann auf 14,5 Mrd. Euro festgeschrieben (§ 221 SGB V).

Aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Lage der GKV sowie zur Gegenfinanzierung pandemiebedingter Sonderaufwendungen war der Bundeszuschuss 2022 einmalig um weitere 14,0 Mrd. Euro aufgestockt worden. Für das Jahr 2023 wurden nach GKV-FinStG wegen des prognostizierten Defizits insgesamt 16,5 Mrd. Euro (2 Mrd. Euro ergänzender Bundeszuschuss) und 1 Mrd. Euro als zinsloses Darlehen, welches bis Ende 2026 zurückzuzahlen ist, gezahlt. Ab dem Jahr 2024 wurde der Bundeszuschuss wieder auf die ursprüngliche Höhe von 14,5 Mrd. Euro zurückgeführt.

Ein wesentlicher Grund für diese deutlichen Schwankungen ist das Fehlen einer Legaldefinition für versicherungsfremde Leistungen. Im Gesetz (§ 221 Abs. 1 SGB V) ist lediglich die maximale Pauschale genannt.

Das IGES geht in seiner Szenarien-Analyse vom Juni 2021 davon aus, dass die GKV versicherungsfremde Leistungen in Höhe von rd. 41,3 Mrd. Euro erbringt. Ein aktuelleres Gutachten des WIG2 aus dem Jahr 2024 geht von einem Ausgabenvolumen für versicherungsfremde Leistungen von rd. 50,6 Mrd. Euro (bezogen auf GKV-Ausgaben im Jahr 2023, ohne Ausgaben für Bürgergeldbeziehende, siehe folgendes Kapitel) aus.

Daraus resultiert, wenn man den pauschalen Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro als gegeben nimmt, ein zusätzlicher Ausgleichsbedarf von rd. 36,1 Mrd. Euro.

Die IKK classic sieht in den Analysen eine fundierte und nachvollziehbare Grundlage für die Quantifizierung der über Steuermittel zu finanzierenden versicherungsfremden Leistungen. Der errechnete Ausgleichsbedarf von rd. 36,1 Mrd. Euro für die versicherungsfremden Leistungen stellt einen sachgerechten Ausgangswert für die künftige regelhafte Dynamisierung dar.

Finanzwirkung

Die Ausfinanzierung versicherungsfremder Leistungen – ohne Bürgergeldbeziehende, s. u. – würde zu Mehreinnahmen in der GKV p. a. von ca. **36,1 Mrd. Euro** führen.

GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende

Forderung

Die Beiträge für Bürgergeldbeziehende müssen sich wirksam ab 2026 an gängigen Beitragsregelungen der GKV orientieren. Zur Anpassung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende gibt es nach Ansicht der IKK classic zwei Gestaltungsmöglichkeiten:

Ausfinanzierung: Bei gleichbleibender Berechnungssystematik müsste für eine kostendeckende Beitragspauschale der Berechnungsfaktor nach der Bezugsgröße (§ 18 Abs. 1 SGB V) von aktuell 0,2155 auf 0,613 erhöht werden sowie jährlich überprüft und angepasst werden. Für das Jahr 2026 würde das einen monatlichen Beitrag von rd. 410 Euro ergeben. Ähnliche Anpassungsmechanismen existieren auch bei anderen Rechengrößen in der GKV.

Orientierung am Mindestlohn: Alternativ könnte der Mindestlohn als Bemessungsgrundlage herangezogen werden. Ab 01.01.2026 liegt dieser bei 13,90 Euro je Stunde. Bei einer Vollzeitbeschäftigung (40 Stunden/Woche) würde die Bei-

tragsbemessungsgrundlage dann für 2026 bei 2.409 Euro liegen. Der monatliche Beitrag würde dann bei rd. 407 Euro liegen. Für diese Variante spricht auch, dass damit eine fortlaufende Anpassung gewährleistet wäre, weil der Mindestlohn gem. Mindestlohngesetz (MindestLohnG) entsprechend zu dynamisieren ist.

Beides würde dem Grundsatz der solidarischen (einkommensbezogenen, und nicht risikoäquivalenten) Beitragsfinanzierung in der GKV nicht widersprechen. Denn die gesamte Finanzierung der Bürgergeldempfangenden zur Sicherung des Existenzminimums – also auch der medizinischen Versorgung – ist verfassungsrechtlich verankert und deshalb als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuern zu finanzieren.

Begründung

Aktuell wird für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, für die Dauer des Leistungsbezugs ein Zuschuss zum Beitrag geleistet. Dieser ist begrenzt auf die Höhe des halbierten Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung, den Hilfebedürftige zu leisten haben. Aufgrund der Begrenzung des Beitrags für den Basistarif auf den jeweils geltenden Höchstbeitrag in der GKV liegt dieser maximale Zuschuss für das Jahr 2026 bei 508,59 Euro.

Für Bürgergeldbeziehende, die in der GKV versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs ein Zuschuss in Höhe des Beitrags entsprechend den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen geleistet – derzeit das 0,2155-fache der monatlichen Bezugsgröße. Dieser Faktor von 0,2155 war zuletzt im Jahr 2015 angepasst worden.

Bei ermäßigtem Beitragssatz inkl. allgemeinem durchschnittlichem Zusatzbeitrag (gesamt 17,5 % ab 01.01.2026) und der aktuellen (2026) monatlichen Bezugsgröße von 3.955 Euro (Rechtskreis West) ergibt sich daraus ein monatlicher Beitrag zur GKV in Höhe von 144,04 Euro. Dieser wird vom Bund getragen. Damit bekommt die GKV weniger als ein Drittel des Betrags, den die PKV bei vergleichbarer Ausgangslage und Leistungsumfang erhält.

Das Forschungsinstitut IGES hatte - basierend auf den Daten von 2022 - eine Unterdeckung für die GKV von rd. 9,2 Mrd. Euro errechnet. Die kostendeckende Beitragspauschale hätte den Berechnungen zufolge bei rd. 311 Euro monatlich gelegen, während der tatsächliche Beitrag seinerzeit bei rd. 108 Euro lag.

Finanzwirkung

Die Ausfinanzierung der Leistungen für Bürgergeldbeziehende würde zu Mehreinnahmen in der GKV p. a. von ca. **9,2 Mrd. Euro**. führen.

Abgaben auf gesundheitsschädliche Nahrungs- bzw. Genussmittel

Forderung

Die IKK classic fordert zusätzliche Abgaben auf Alkohol und Tabak sowie auf besonders zuckerhaltige Nahrungsmittel. Dies könnte auf dem Wege einer Sonderabgabe mit Finanzierungsfunktion für die GKV erfolgen.

Die Abgaben könnten betragen:

- Tabak: zusätzliche Gesundheitsabgabe in Höhe des derzeitigen Tabaksteueraufkommens,
- Alkohol: zusätzlich 1.303 Euro je hl reinen Alkohols;

- Zucker: 0,50 Euro je kg auf Zucker sowie zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke.

Der übermäßige Konsum von Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Teer, Zucker ist nachweislich gesundheitsschädlich. Diagnose und Therapie der dadurch verursachten Erkrankungen wie z. B. Alkoholabusus, Lungenkarzinom, weitere onkologische Erkrankungen, Adipositas, Metabolisches Syndrom, belasten das Gesundheitssystem personell, strukturell und finanziell.

Die Beteiligung der GKV an Gesundheitsabgaben wäre somit sachgerecht, um die Versichertengemeinschaft entsprechend zu entlasten. Außerdem könnten diese zusätzlichen Abgaben als verhältnisorientierte Maßnahme gesundheitsförderlich und präventiv wirken und zusammen mit Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz das Verhalten und den Konsum dieser Stoffe nachhaltig reduzieren. Perspektivisch würde das dann auch die Leistungsausgaben der GKV reduzieren.

Die IKK classic fokussiert ihre Forderungen nach Gesundheitsabgaben ausdrücklich auf Stoffe in Genuss- und Lebensmitteln, deren Gesundheitsgefährdung als nachgewiesen gilt. Die Abgaben dienen sowohl der Gegenfinanzierung von damit verbundenen Kosten im Gesundheitswesen als auch der Gesundheitsförderung und Prävention. Die IKK classic lehnt dabei grundsätzlich eine Beteiligung von Versicherten an der Finanzierung weiterer Gesundheitsrisiken, z. B. bei Risikosportarten, ab, da dies u. a. mit erheblichen Abgrenzungsproblemen verbunden ist.

Begründung:

Tabak

Nach Aussage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist Rauchen der häufigste und gleichzeitig vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung von Krebs. Die auf das Rauchen zurückzuführenden Krankheits- und Todesfälle verursachen dem Gesundheitswesen und der Volkswirtschaft Kosten von schätzungsweise jährlich 97,2 Mrd. Euro. Davon werden rd. 30 Mrd. Euro p. a. für Behandlung, Pflege, gesundheitliche und berufliche Rehabilitation von aktiv und passiv Rauchenden ausgegeben. Weiterhin entstehen indirekte Kosten von rd. 67 Mrd. Euro p. a. durch Ressourcenverluste infolge von Arbeitsunfähigkeit, während der Pflege, Rehabilitation und Arbeitslosigkeit. Um die direkten und indirekten Folgekosten auszugleichen, müsste eine Packung Zigaretten 22,80 Euro kosten.

Die Tabaksteuer ist nach der Energiesteuer die ertragreichste Verbrauchsteuer für den Bund. Im Jahr 2024 nahm der Fiskus rund 15,6 Mrd. Euro durch die Tabaksteuer ein.

Zum Ausgleich der Kosten in der GKV schlägt die IKK classic eine zusätzliche Gesundheitsabgabe auf Tabakwaren in Höhe der bisherigen Tabaksteuer von 15,6 Mrd. Euro vor. Der derzeitige Steueranteil bei Zigaretten liegt bei 11,72 ct./Stück (2025). Durch diese zusätzliche Abgabe würde sich der Preis für eine Standardschachtel (20 Stück) um 2,34 Euro verteuern.

Damit entstünden der GKV Mehreinnahmen in Höhe von ca. 15,6 Mrd. Euro p. a. Die Mittel wären unmittelbar dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Eine Dynamisierung ist durch die Koppelung an die Tabaksteuer sichergestellt.³

³ Grundlage der Berechnung: Zigarettenkonsum in Deutschland: ca. 3,3 Mrd. Packungen.

Alkohol

Auch Alkohol ist ein bedeutsamer Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen. Insbesondere Schädigungen der Leber und des Gehirns, Herz-Kreislaufkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen sowie Krebserkrankungen können eine mögliche Folge sein. Das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) berichtet in seinem Alkoholreport 2022 von alkoholbedingten Gesamtkosten in Höhe von rd. 57 Mrd. Euro; davon entstehen rd. 16,5 Mrd. Euro für das Gesundheitssystem (Behandlungs- und Rehabilitationskosten für alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle, Medikamente und andere Hilfsmittel sowie Kosten zur Reintegration der Patienten und Patientinnen ins Arbeitsleben).

Zum Ausgleich der Kosten in der GKV schlägt die IKK classic eine zusätzliche Gesundheitsabgabe auf alkoholhaltige Getränke in Höhe des Alkoholsteuer-Aufkommens vor. Der Steuersatz auf Alkohol beträgt derzeit 1.303 Euro je hl reinen Alkohols (§ 2 Abs. 1 AlkStG). Das Mittelaufkommen liegt bei 2 Mrd. Euro (2023). Die Einnahmen in Höhe von dann zusätzlich ca. 2 Mrd. Euro wären unmittelbar dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Damit würden die der GKV entstehenden direkten Kosten teilweise kompensiert.

Zucker

In Deutschland ist bereits jeder zweite Erwachsene übergewichtig und jeder vierte adipös. Übergewicht und Adipositas haben somit epidemische Ausmaße erreicht. Eine hohe und häufige Zuckerzufuhr steht auch im Zusammenhang mit erhöhten Risiken für zahlreiche mit Übergewicht assoziierten Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und kardiovaskulären Erkrankungen. Zudem gelten sie als Verursacher von Zahnkaries.

Neben den offensichtlich zuckerreichen Süßigkeiten und Limonaden enthalten auch viele verarbeitete und zubereitete Lebensmittel (z. B. Fertigprodukte, Fleischsalat, Fruchtojoghurt, Ketchup) versteckten Zucker. Die Folgekosten des übermäßigen Zuckerkonsums sowie von Salz und Fetten für das Gesundheitswesen werden (2023) auf 11,85 Mrd. Euro geschätzt.

Zur Kompensation der durch Zuckerkonsum entstehenden Folgekosten für das Gesundheitswesen fordert die IKK classic die Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Zucker (in der inländischen Produktion oder beim Import) sowie zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke in Höhe von 0,50 Euro je kg.⁴ In Deutschland werden jährlich ca. 50,1 kg Zucker pro Kopf konsumiert (2022). Dies entspricht bezogen auf die Gesamtbevölkerung einem Verbrauch von ca. 4,14 Mio. t. Das Gesamtvolumen der Gesundheitsabgabe würde ca. 2,1 Mrd. Euro betragen und wäre direkt dem Gesundheitsfonds zuzuführen.

Finanzwirkung

Die Beteiligung der GKV an Gesundheitsabgaben auf gesundheitsgefährdende, tabak-, alkohol- und zuckerhaltige Genuss- und Lebensmittel würde zu Mehreinnahmen in der GKV p. a. von ca. **19,7 Mrd. Euro** führen. Dies würde einen Teil der durch Konsum von gesundheitsgefährdenden Stoffen in der GKV verursachten Kosten decken.

⁴ 1992 – im letzten Jahr der Gültigkeit der Zuckersteuer – hatte der Steuersatz 6 DM/100 kg Zucker betragen.

Alterungsrückstellungen PKV

Forderung

Die IKK classic schlägt vor, die Alterungsrückstellungen der aus der PKV in die GKV rückkehrenden Versicherten dem Gesundheitsfonds der GKV zuzuführen. Damit würden der GKV - unter bestimmten Annahmen bzgl. Anzahl der Versicherungsjahre sowie Verzinsung - zusätzliche Finanzmittel in Höhe von bis zu ca. 2,7 Mrd. Euro p. a.⁵ zugeführt. Genau bezifferbar sind die finanziellen Effekte nicht.

Begründung

Die Zuführung der Alterungsrückstellungen in den Gesundheitsfonds ist gerechtfertigt, da die Solidargemeinschaft der GKV auch deren Versicherungsrisiko vollumfänglich übernimmt und finanziert. Durch die Mitnahme der Alterungsrückstellungen kann eine Belastung des GKV-Systems vermieden oder zumindest vermindert werden.

Jedes Jahr wechseln mehr als 100.000 Versicherte von der PKV zurück in die GKV. Im Jahr 2024 waren es 105.200. Aufgrund der unterschiedlichen Versicherungsprinzipien bei der GKV (Solidarprinzip) und der PKV (Äquivalenzprinzip) findet zwischen diesen beiden Systemen ein Selektionsprozess statt. Ein Wechsel in die PKV findet vor allem dann statt, wenn die Beiträge – durch Alter, gesundheitliche Lage und die familiäre Situation bedingt – niedriger sind als die einkommensbezogenen Beiträge in der GKV. In der PKV wird während der gesamten Vertragslaufzeit von den Krankenversicherungsbeiträgen ein verzinslicher Sparanteil gebildet. Diese Rücklagen werden dann später dazu verwendet, um höhere Leistungsausgaben im Alter auszugleichen. Die von diesem Personenkreis bis dahin angesparten Alterungsrückstellungen verbleiben in der PKV.

Versicherte wechseln von der PKV zurück in die GKV, wenn sich die familiäre bzw. gesundheitliche Situation nachteilig auf die Beitragshöhe auswirken. Ein weiterer Grund ist auch, dass im Alter bei oftmals niedrigeren Einkünften auch die Beitragslast in der GKV sinkt, während diese bei der PKV gleichbleibt bzw. tendenziell weiter steigt. Voraussetzung ist das Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der GKV.

Bei einer Untersuchung zum Ausmaß der Selektion zwischen GKV und PKV stellte sich heraus, dass die Abgänge von der GKV überwiegend versicherungstechnisch gute Risiken sind, insbesondere in Bezug auf die Merkmale Alter, Anzahl der Familienangehörigen und Einkommenshöhe.⁶ Im Gegensatz hierzu entsprachen die GKV-Zugänge aus der PKV häufiger einem versicherungstechnisch schlechten Risiko. Die Berechnungen ergaben, dass aus den Abwanderungen in die PKV im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2004 – neuere Berechnungen liegen nicht vor - für die GKV ein Deckungsbeitrag durch wegfallende Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben von rd. 3,58 Mrd. Euro verloren gegangen ist. Umgekehrt konnte bei einem Wechsel von der PKV in die GKV ein positiver Saldo zwischen zusätzlichen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben von rd. 0,62 Mrd. Euro eingebracht werden. Daraus resultiert für die GKV eine zusätzliche durchschnittliche finanzielle Belastung von rd. 0,74 Mrd. Euro p. a.

Zwar wurden in den vergangenen Jahren durch den Gesetzgeber einige Barrieren geschaffen, um einen Wechsel zwischen GKV und PKV zu erschweren. So können seit dem Jahr 2000 Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr von der PKV zurück in die GKV wechseln. Im Jahr 2003 wurde die Jahresarbeitsentgeltgrenze⁷ in

⁵ Altersklassen wurden gestaffelt und Mittelwerte gebildet (z. B. für die Altersgruppe bis 30 Jahre der Wertansatz auf 25 begrenzt. Auch vor dem Hintergrund, dass in der PKV erst ab dem 21. Lebensjahr gebildet werden. Hochrechnung für die GKV auf Basis von Daten der IKK classic.

⁶ Ausführliche Darstellung der Untersuchung siehe Albrecht, M./Schiffhorst, G./Kitzler, C. (2007); Albrecht, M./Schiffhorst, G./Kitzler, C. (2007): Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV, in: Klusen, N. (Hrsg.): Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 18, 1. Aufl., Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft

⁷ Jahresarbeitsentgeltgrenze = Einkommensgrenze, ab dem für Arbeitnehmer ein Wechsel in die PKV grundsätzlich möglich ist (vgl. § 6 Abs. 6 SGB V)

der GKV spürbar erhöht, um einen größeren Anteil der besserverdienenden Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen an die GKV zu binden. Diese regulatorischen Eingriffe können jedoch die Entsolidarisierungstendenzen nur begrenzen, nicht vermeiden.

Wenn mehr als 100.000 (s. o.) Versicherte pro Jahr wieder zurück in die GKV wechseln, ist diese mit den altersbedingt zunehmenden Krankheitsrisiken und damit steigenden Leistungsausgaben konfrontiert. Die in der PKV dafür vorgesehenen Alterungsrückstellungen kommen hingegen dem dort verbleibenden Versichertenkollektiv zugute, obwohl der Personenkreis, aus dessen Beiträgen diese Rückstellungen gebildet wurden, gar nicht mehr dort versichert ist. Die PKV gewinnt auf lange Sicht durch den Wechsel von Versicherten in die GKV.

Finanzwirkung

Die Übertragung der Altersrückstellung der PKV bei Wechseln in die GKV würde zu Mehreinnahmen in der GKV p. a. von bis zu ca. **2,7 Mrd. Euro**. Führen. (Wert wird in Gesamtsumme nicht berücksichtigt, da zu stark von Annahmen abhängig).

Digital Social Security (DSS)

Forderung

Die IKK classic sieht die Abkehr vom reinen Lohnkostenbezug der Beiträge unter Beachtung der ordnungspolitischen Rahmenvorgaben als einen weiteren wichtigen Baustein zur Sicherung der Finanzstabilität der GKV an. Dies würde neben den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern insbesondere die lohnintensiven Klein- und Mittelbetriebe als Beitragszahlende deutlich entlasten.

So hält die IKK classic eine Beteiligung der Digital- und Plattformwirtschaft an der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme für erforderlich. Die Plattformarbeit ist sozialversicherungspflichtig auszugestalten. Alternativ wäre eine am Umsatz orientierte Beteiligung der Plattformwirtschaft an den Kosten der Sozialversicherung einzuführen. In diesem Zusammenhang wäre für die Plattformwirtschaft das Modell der Künstlersozialkasse (KSK) zu diskutieren.

Begründung

Die gegenwärtige Konzeption der Sozialversicherungssysteme basiert in Bezug auf ihre Finanzierung auf sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen. Durch neue Formen der Arbeit sowie durch Automatisierung und Digitalisierung gehen sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse verloren; gleichzeitig wächst der Anteil der Digital- und Plattformwirtschaft an der Wertschöpfung.

Die bisherige klassische Kategorisierung in abhängige Beschäftigungsverhältnisse und selbstständige Erwerbstätigkeit für die sozialversicherungsrechtliche Einordnung wird angesichts der neuen Erwerbsformen bzw. Modelle zunehmend problematisch. In der Folge sinken bzw. stagnieren die beitragspflichtigen Einnahmen, gleichzeitig wird das Solidarsystem aber zur Absicherung herangezogen und belastet. Die Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungsbeiträge erodiert, während der Finanzbedarf – insbesondere im Gesundheitswesen – kontinuierlich zunimmt.

Solidarischer Ausgleich von lohnintensiven und weniger-lohnintensiven Beschäftigungssektoren

Hierfür bieten sich als Lösung an,

- international aufgestellte Konzerne über die Erhebung einer Digitalabgabe an der Finanzierung der Sozialversicherung zu beteiligen;
 - Plattformarbeit sozialversicherungspflichtig auszugestalten; und
 - eine am Umsatz orientierte Beteiligung der Plattformwirtschaft an den Kosten der Sozialversicherung einzuführen.
- Digital-/Maschinensteuer

Im Hinblick auf die moderne globale Wirtschaft sind nationale Steuervorschriften nicht mehr zeitgemäß. In den geltenden nationalen Steuervorschriften wird nicht berücksichtigt, wie in der digitalen Welt Gewinne generiert werden und welche Rolle die Nutzer bei der Wertschöpfung spielen. International aufgestellte Konzerne entziehen sich damit ihrer Verantwortung zur Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen und beitragsfinanzierten Aufgaben, profitieren aber davon und insbesondere auch vom Niveau der Absicherung durch die Sozialversicherungssysteme.

Im Jahr 2018 hat die Europäische Kommission hierzu zwei Gesetzgebungsvorschläge gemacht: Die erste Initiative sieht vor, die Körperschaftsteuer-Vorschriften zu überarbeiten, damit Gewinne dort registriert und besteuert werden, wo über digitale Kanäle konkrete Interaktionen zwischen Unternehmen und Nutzern stattfinden. Diese Option ist die von der Kommission bevorzugte, langfristige Lösung. Der zweite Vorschlag folgt dem Ruf mehrerer Mitgliedstaaten nach einer Übergangssteuer für die wichtigsten digitalen Tätigkeiten, die derzeit in der EU überhaupt nicht besteuert werden.

Mit einer Digital- bzw. Maschinensteuer könnten die Konzerne in die Verantwortung für die Finanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben einbezogen werden. Die IKK classic fordert, dass im Fall einer Erhebung der Digitalsteuer ein Anteil davon zur Finanzierung der Sozialversicherung herangezogen wird.

- Beteiligung der Plattformarbeit

Plattformarbeit⁸ ist für etwa zwei Prozent der Erwachsenen in 14 EU-Mitgliedstaaten die Haupteinnahmequelle. Bis zu acht Prozent erzielen mit ihr Gelegenheitseinkünfte. Plattformarbeiter gelten als selbstständige Auftragnehmer. Anders als betriebszugehörige Personen unterliegen die Löhne nicht dem Steuerabzug durch den Arbeitgeber.

Um eine gerechte Beteiligung der Plattformwirtschaft an der Finanzierung der Sozialversicherung zu gewährleisten, sollten Plattformen bei Sozialabgaben beteiligt werden. Hierzu existiert ein europäischer Richtlinienentwurf, der vorsieht, zukünftig bei der Plattformarbeit generell ein Angestelltenverhältnis anzunehmen. Damit wäre dann auch die Aufnahme in die sozialen Sicherungssysteme verbunden.

Alternativ wäre zu überlegen, für die atypischen Beschäftigungsverhältnisse neue Regelungen zu finden, wie es z. B. in der Versicherung der Künstlersozialkasse (KSK) geschehen ist. Anders als bei freiwillig Versicherten zahlen Mitglieder der KSK nur einen entsprechenden Arbeitnehmeranteil, der sich auf Basis des geschätzten Gewinns aus künstlerischer und/oder publizistischer Arbeit für das folgende Jahr bemisst. Die KSK stockt die Beträge aus einem Zuschuss des Bundes (20 %) und aus Sozialabgaben von Unternehmen (30 %), die Kunst und Publizistik verwerten, auf. Das Modell ließe sich auf die Plattformwirtschaft übertragen, so dass Arbeitnehmende entlastet und Plattformen an den Sozialabgaben beteiligt werden.

⁸ Plattformarbeit bezeichnet jede Arbeit, die über eine Plattform oder auf einer Plattform erbracht oder von einer Plattform vermittelt wird und im Rahmen verschiedenster regulärer und atypischer Beschäftigungsformen und Arbeitsverhältnisse geleistet werden kann. Die Arbeitsverhältnisse sind hierbei befristet bzw. wird Arbeit als einzelner Auftrag erledigt.

Ein alternatives Modell wendet Estland an: Dort wurde im „vereinfachten Besteuerungsgesetz“ für Selbstständige ein „unternehmerisches Einkommenskonto“ eingeführt. Auf dieses kann eine Person ihr unternehmerisches Einkommen übertragen. Dieses wird dann mit 20 % besteuert. Dies soll dann zwischen den Sozialabgaben, einschließlich der Krankenversicherung, Beiträgen zur ersten und zweiten Säule der Rente und der Einkommensteuer aufgeteilt werden. Allerdings ist diese Regelung nicht verpflichtend.

In Frankreich wird durch das Gesetz über die Finanzierung der sozialen Sicherheit 2017 den Plattformarbeitern die Möglichkeit eingeräumt, die Plattform damit zu beauftragen, gegenüber zuständigen Stellen notwendige Erklärungen zu den Erwerbseinkünften zu geben und die Beitragsabführung durchzuführen.

Finanzwirkung

Die finanzielle Wirkung ist abhängig von der jeweiligen Ausgestaltung dieser Finanzierungsoptionen.

Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel

Forderung

Die IKK classic fordert die Absenkung der Umsatzsteuer (USt) auf Arzneimittel und Hilfsmittel von jeweils 19 % auf 7 %. Hierdurch könnte die GKV um ca. 5,5 Mrd. Euro (Arzneimittel) sowie 0,7 Mrd. Euro (Hilfsmittel) entlastet werden. Zudem wäre diese Maßnahme kurzfristig umsetzbar und könnte so die Haushalte der Krankenkassen ab 2026 dauerhaft entlasten.

Mit der Umsatzsteuerrückzahlung zwischen dem Normal- und ermäßigten Satz subventioniert die GKV den Bundeshaushalt. Denn üblicherweise sind Produkte des täglichen Bedarfs umsatzsteuerreduziert. Die befristete Absenkung des Umsatzsteuersatzes für den Zeitraum vom 01.07.2020 bis 31.12.2020 hat zudem gezeigt, wie kurzfristig eine solche Maßnahme umgesetzt werden kann. Der Beschluss des Konjunkturpaketes wurde am 03.06.2020 gefasst und bereits am 30.06.2020 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Arznei- und Hilfsmittel gehören ohne Zweifel zum Grundbedarf. Die Steuersystematik in Deutschland sieht für solche Produkte grundsätzlich den ermäßigten Umsatzsteuersatz in Höhe von 7 % vor. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Gemeinschaft der Beitragszahlenden in die GKV ausgerechnet für den kostenintensiven Leistungsbereich der Arzneimittel und einige Hilfsmittel mit dem Differenzbetrag zwischen Regel- und ermäßigtem Steuersatz belastet wird.

Arzneimittel

Begründung

Nach der amtlichen Statistik (Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2024) des BMG lagen die GKV-Ausgaben für Arzneimittel für das Jahr 2024 bei rd. 54,7 Mrd. Euro.

Aus folgender Rechnung wird deutlich, welche steuerliche Belastung die Versichertengemeinschaft der GKV in diesem Zusammenhang tragen muss.

Ausgaben für Arzneimittel 2024 ⁹ :	54,7 Mrd. Euro
Davon Umsatzsteuer:	8,7 Mrd. Euro
Nettobetrag:	46,0 Mrd. Euro
Steuersatz 7%:	3,2 Mrd. Euro
Ausgaben (inkl. 7% MwSt.)	49,2 Mrd. Euro
Ersparnis:	5,5 Mrd. Euro

Durch die Reduzierung der Umsatzsteuer auf den ermäßigten Steuersatz von 7 % könnten die Arzneimittelausgaben um rd. 5,5 Mrd. Euro reduziert werden. Allein damit würde der GKV-Beitragssatz für die Beitragszahlenden um ca. 0,3 Prozentpunkte entlastet werden. Weitere Potenziale würden sich bei einer transparenten und einheitlichen umsatzsteuerlichen Behandlung bei Medizinprodukten generell erschließen.

Der Normalsatz der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel belastet die Versicherten der GKV. Insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sind durch die Gesundheitsausgaben besonders betroffen – gerade auch weil viele Arzneimittel (z. B. apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (OTC-Arzneimittel), Bagatell-Arzneimittel) ganz oder teilweise selbst bezahlt werden müssen. Darüber hinaus sind alle anderen Beitragszahlenden über die GKV-Beiträge an der Finanzierung des Deltas zwischen normalem und ermäßigtem Umsatzsteuersatz auf Arzneimittel beteiligt.

Hilfsmittel

Begründung

Die Absenkung der Umsatzsteuer für Hilfsmittel von größtenteils 19 % auf einheitlich 7 % würde zu einer direkten finanziellen Entlastung der GKV führen. Auch hier gilt: Hilfsmittel sind, wenn sie verordnet werden, grds. medizinisch notwendige Produkte. Mit der Umsatzbesteuerung von 19 % subventioniert auch hier die GKV – ähnlich wie bei Arzneimitteln – den Bundeshaushalt.

Abrechnungsdaten der IKK classic zeigen, dass ca. 60 % der abgerechneten Hilfsmittel mit einem Umsatzsteuersatz in Höhe von 19 % besteuert werden. Übertragen auf die Gesamtausgaben der GKV in Höhe von 11,8 Mrd. Euro¹⁰ wäre eine Entlastung der Beitragszahlenden um ca. 0,7 Mrd. EUR möglich.

Hinzu käme eine erhebliche verwaltungstechnische Vereinfachung beim Hersteller. Dieser muss derzeit jedes Produkt mit seinem zuständigen Finanzamt bewerten. Dies kann zu unterschiedlichen Entscheidungen für ähnliche Hilfsmittel führen. Dies wiederum führt zu einem aufwändigen Folgeprozess beim Kostenträger. Die Vereinheitlichung wäre somit ein Beitrag zur Bürokratievereinfachung.

Finanzwirkung

Die Absenkung des Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel würde die GKV um **ca. 5,5 Mrd. Euro** p. a. entlasten. Die Absenkung des Umsatzsteuersatzes auf Hilfsmittel würde die GKV um **ca. 0,7 Mrd. Euro** p. a. entlasten.

⁹ BMG: endgültiges Rechnungsergebnis der GKV KJ 1 (2024)

¹⁰ BMG: endgültiges Rechnungsergebnis der GKV KJ 1 (2024)

Arzneimittelmarkt und Apotheken

Forderung

Die IKK classic fordert, die Wirksamkeit eines zwischen GKV-SV und pharmazeutischem Unternehmen verhandelten Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteinführung festzulegen. Die beschlossene Reform des AMNOG durch das GKV-FinStG – nämlich das Vorziehen der Gültigkeit des verhandelten Erstattungsbetrages auf den ersten Tag des siebten Monats nach dem Markteintritt - reicht nicht weit genug.

Ebenso sind nach Auffassung der IKK classic alle bestehenden, kostenbegrenzenden Regelungen zu entfristen bzw. zu verlängern. Hier sieht die IKK classic

- den Apothekenabschlag (2 Euro) – dauerhaft;
- das Preismoratorium für Arzneimittel – bis 2030 und
- den um 5 Prozentpunkte auf 12 % erhöhten Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel – dauerhaft.

Begründung

Erstattungsbetrag

Der G-BA bewertet innerhalb von drei Monaten nach Markteintritt eines neuen Arzneimittels, ob ein gegebenenfalls behaupteter Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt wird. Zu diesem Zweck legen die Hersteller dem G-BA ein Dossier auf Grundlage der Zulassungsunterlagen sowie aller Studien zu den Arzneimitteln vor, die einen Zusatznutzen des Medikaments im Vergleich zu einer zuvor bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie belegen müssen. Der ausgehandelte Preis orientiert sich an der Nutzenbewertung durch den G-BA. Insbesondere bei Arzneimitteln ohne oder nur mit geringem Zusatznutzen kann sich aus der freien Preisbildung der ersten Monate eine deutliche Überzahlung durch die GKV und damit die Beitragszahler ergeben.

Finanzwirkung

Durch die Festlegung der Gültigkeit des verhandelten Erstattungsbetrages ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens des Arzneimittels würde die GKV um **ca. 0,15 Mrd. Euro** p. a. entlastet werden.

Apothekenabschlag

Der Apothekenabschlag (§ 130 SGB V) kommt bei der Preisberechnung von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln bei GKV-Versicherten zustande. Es handelt sich um einen Abschlag in Höhe von 2 Euro. Dieser wird vom Festzuschlag (3 % des Apothekenkaufpreises plus 8,35 Euro) abgezogen. Der Festzuschlag wird für die Querfinanzierung u. a. des Gemeinwohls erhoben. Seit dem Jahr 2009 schwankt dieser Apothekenabschlag zwischen 1,75 Euro und 2,05 Euro. Zuletzt wurde dieser mit Wirkung zum 01.02.2025 wieder auf 1,77 Euro gesenkt. Die IKK classic fordert, den Apothekenabschlag wieder auf 2 Euro anzuheben und unbefristet festzuschreiben.

Finanzwirkung

Durch die Festlegung des Apothekenabschlags auf dauerhaft 2 Euro würde die GKV um **ca. 0,17 Mrd. Euro** p. a. entlastet werden.

Preismoratorium

Das Preismoratorium für Arzneimittel sollte nach Auffassung der IKK classic über 2026 hinaus bis 2030 verlängert werden. Dieses Kostendämpfungsinstrument hat sich seit Jahren bewährt und verhindert Preissteigerungen im Arzneimittelbereich.

Gemäß § 130a Abs. 3a SGB V können einseitig bestimmte Preissteigerungen der pharmazeutischen Unternehmen seit 2009 nicht zulasten der GKV abgerechnet werden. Ein Inflationsausgleich ist jeweils zum 01.07. des Jahres vorgesehen.

Finanzwirkung

Der Wegfall des Preismoratoriums würde für die GKV zu einem sprunghaften Anstieg der Arzneimittelausgaben in einer Größenordnung von zusätzlich **1,5 bis 2 Mrd. Euro** p. a. führen.

Herstellerabschlag

Für erstattungsfähige Arzneimittel ohne Festbetrag gilt grundsätzlich ein Herstellerabschlag von 7 Prozent (§ 130a Abs. 1 SGB V). Vom 01.01. bis 31.12.2023 wurde der Herstellerabschlag auf 12 Prozent erhöht. Diese vorhandene Regelung könnte zu diesem Zweck einfach und unkompliziert angepasst werden.

Finanzwirkung

Die Erhöhung des allgemeinen gesetzlichen Rabattes nach § 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V um 5 Prozentpunkte würde die Haushalte der gesetzlichen Krankenkassen für die betreffenden Arzneimittel um ca. **1,5 Mrd. Euro** p. a. entlasten.

Versorgung mit Hilfsmitteln

Forderung

Die IKK classic fordert, wirksame Instrumente zur wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung, wie z. B. Ausschreibungen und Open-House-Verfahren, zu reaktivieren. Ebenso müssen Festbeträge rechtssicher ausgestaltet werden. Für eine wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung ist es unabdingbar, dass diese drei Steuerungsinstrumente in der Praxis wieder vollumfänglich eingesetzt werden können.

Begründung

Die überproportionale Ausgabenentwicklung im Bereich Hilfsmittel im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen und zur Einnahmeentwicklung erfordert die rechtskonforme Etablierung von neuen und/oder Verstärkung von vorhandenen, effektiven Steuerungselementen. Weitere Streichungen von Instrumenten zur aktiven Wettbewerbsgestaltung verfehlen das Ziel einer wirtschaftlichen Versorgung der GKV-Versicherten.

Ausschreibung

Der Gesetzgeber hat verschiedentlich versucht, die Hilfsmittelversorgung in Qualität und Wirtschaftlichkeit zu sichern. Wesentlich hierfür war das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-

WSG) von 2007, mit dem das Instrument der Ausschreibung eingeführt worden ist. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde den Krankenkassen dieses wirksame Instrument 2019 untersagt.

Aus Sicht der IKK classic greift das Argument nicht, das Ausschreibungsverfahren habe zu kassenseitigen Einsparungen zu Lasten der Produktqualität geführt. Zum einen handelte es sich bei den bekanntgewordenen Fällen um Ausnahmen (Inkontinenzhilfen). Zum anderen hätte der Gesetzgeber die Möglichkeit, durch konkrete Vorgaben für Ausschreibungen, wenn erforderlich, qualitätssichernd einzugreifen.

Die IKK classic fordert den Gesetzgeber auf, den Krankenkassen erneut zu ermöglichen, Hilfsmittel auf dem Weg der Ausschreibung einzukaufen. Eine erneute Einführung würde zu einer Entlastung der GKV-Beitragszahlenden in Höhe von ca. 250 Mio. Euro führen.

Finanzwirkung

Durch die Wiederermöglichung von Ausschreibungen bei Hilfsmitteln würde die GKV um **ca. 0,25 Mrd. Euro** p. a. entlastet werden.

Impressum

Dr. Christian Korbanka

Leiter Politik

IKK classic

Kölner Straße 3, 51429 Bergisch Gladbach

christian.korbanka@ikk-classic.de

Tel. +49 (0) 2204912-31001

Mobil +49 (0) 16096967971