

## Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

### Inhalt

Einführung.....	2
Finanzierungslücke und Belastung der Beitragszahlenden.....	3
Versicherungsfremde Leistungen und Bundeszuschuss.....	8
GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende.....	10
Gesundheitsabgaben auf gesundheitsschädliche Nahrungs- bzw. Genussmittel.....	13
Alterungsrückstellungen PKV .....	16
Digital Social Security (DSS) .....	17
Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel.....	20
„Ambulant vor stationär“; AOP-Katalog.....	23
Arzneimittelmarkt und Apotheken .....	24
Versorgung mit Hilfsmitteln.....	25
Versorgung mit Heilmitteln .....	26
Digitale Gesundheitsanwendungen .....	27

## Einführung

### Ausgangslage

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.

Grundlegende Reformen im Gesundheitswesen sind bislang ausgeblieben – auch deshalb, weil sich die Finanzsituation der GKV in den ersten eineinhalb Jahrzehnten des Jahrhunderts überraschend robust gezeigt hat. Zeitweise – wenn auch nur vereinzelt – lagen die Einnahmen aus dem allgemeinen Beitragssatz oberhalb der Ausgaben.

Anstatt tiefgreifender Veränderungen der Leistungsstrukturen wurden eher oberflächliche Anpassungen gesetzlich verankert, die die Komplexität des Gesundheitssystems haben wachsen lassen. Zeitweise Einnahmenüberschüsse wurden für – teilweise zweifelhafte – Leistungsausweitungen bzw. kostentreibende Maßnahmen, wie das Ausschreibungsverbot bei Hilfsmitteln, verwendet.

Ein Grund für diesen Attentismus: Partikularinteressen, die zuvorderst der Sicherung der eigenen wirtschaftlichen Position dienen. Das Gesamtsystem mit seinen unterschiedlichen Akteuren und teilweise siloartigen Verantwortlichkeiten bietet ausreichend Ansatzpunkte, um die jeweiligen Belange wirksam zu platzieren.

Dabei ist das vielbeschworene Narrativ, man habe kein Erkenntnis- sondern lediglich ein Umsetzungsdefizit, eine Schimäre. Es gibt eben noch kein (Gesamt-)Konzept zur Neugestaltung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Die Strukturdefizite mögen bekannt sein. Wie eine Versorgungslandschaft aussieht, in der sowohl vertikal als auch horizontal alle Diagnose-, Therapie- und Nachsorgenotwendigkeiten optimal aufeinander abgestimmt sind, ist bislang nicht hinreichend beschrieben.

Hinzu kommt: Die Corona-Pandemie lag wie Mehltau über dieser Situation. Währenddessen ging wertvolle Zeit für Reformen verloren und die finanziellen Rücklagen wurden verbraucht. Und der Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine und die zumindest zeitlich damit einhergehende wirtschaftliche Unsicherheit sowie die Inflation verstärken jetzt den Handlungsdruck.

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

**ca. 46,1 Mrd. Euro<sup>1</sup>**

zusätzliche Mittel zugeführt.

Anspruch ist aber auch, Anregungen für eine leistungsseitige Effizienzsteigerung zu bieten. Dabei wird ausdrücklich noch kein schlüssiges Gesamtkonzept im Sinne des oben angedeuteten Versorgungsbildes der Zukunft vorgelegt.

---

<sup>1</sup> Nur quantifizierbare und kalkulierte Effekte.

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

**7,97 Mrd. Euro.**

Zu beachten ist dabei jedoch, dass ein Teil der vorgeschlagenen Maßnahmen zz. nicht in seiner Finanzwirkung zu benennen ist. Mit den Vorschlägen aus diesem Papier soll die Grundlage geschaffen werden, die ebenfalls dringenden Veränderung umsetzen zu können.

Für das Jahr 2023 hatte der Schätzerkreis am 13.10.2022 noch eine Finanzierungslücke in der GKV von 17 Mrd. Euro prognostiziert<sup>2</sup>. Nachdem zum damaligen Zeitpunkt auch höhere Defizitprognosen im Umlauf waren, haben einige Krankenkassenarten das Jahr 2022 unerwartet mit einem positiven Finanzergebnis abgeschlossen.

Auch im Jahresverlauf 2023 sind die Einnahmen in der GKV stärker als erwartet (aufgrund der Tarifsteigerungen bei den Einkommen) und die Ausgaben weniger stark gestiegen als noch im Herbst 2022 vom Schätzerkreis angenommen. Aufgrund der gesetzlich verfügbaren Abschmelzung von Betriebsmitteln und Rücklagen (2,5 Mrd. Euro für das Jahr 2023) bleibt der finanzielle Handlungsspielraum der Krankenkassen jedoch eng begrenzt. Die Reserven der GKV belaufen sich Ende 2023 noch auf rd. 0,4 Monatsausgaben.

Für das Jahr 2024 rechnet der Schätzerkreis mit einer Deckungslücke von 3,2 Mrd. Euro. Da nach wie vor kein verbindliches und nachhaltiges Finanzierungskonzept für die GKV vorliegt, bleibt nur eine weitere Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes. Der rechnerische durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wurde deshalb vom BMG mit Wirkung ab 01.01.2024 auf 1,7 % (+ 0,1 %) erhöht.

Es besteht nach wie vor Handlungsbedarf.

## Finanzierungslücke und Belastung der Beitragszahlenden

### Allgemeine Entwicklung

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland haben 2022 mit insgesamt ca. 498,1 Mrd. Euro<sup>3</sup> erneut einen Höchststand erreicht. Sie waren um 24 Mrd. Euro höher als 2021. Damit war der Anstieg etwas geringer als im vorangegangenen Jahr. Ein Großteil des Anstiegs im Jahr 2021 (30,6 Mrd. Euro) stand im Zusammenhang mit den laufenden Kosten der Corona-Pandemie, wobei Testungen und Impfkampagnen die Haupttreiber des Anstiegs waren.

Im Jahr 2022 wurden damit rd. 5.900 Euro pro Kopf für Gesundheit ausgegeben. Gegenüber dem Vorjahr stiegen die Gesundheitsausgaben damit um 4,8 %. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) lag 2022 bei 12,9 % und damit 0,3 Prozentpunkte niedriger als 2021, was einem konstanten Wachstum entspräche; der höhere Anteil im Jahr 2021 ist auf die Corona-Pandemie zurückzuführen. Zum einen wurden die Ausgaben für den Gesundheitssektor stark erhöht und zum anderen sank das Bruttoinlandsprodukt in diesem Jahr auf Grund der Corona-Maßnahmen, wie zum Beispiel der sogenannten Lockdowns.

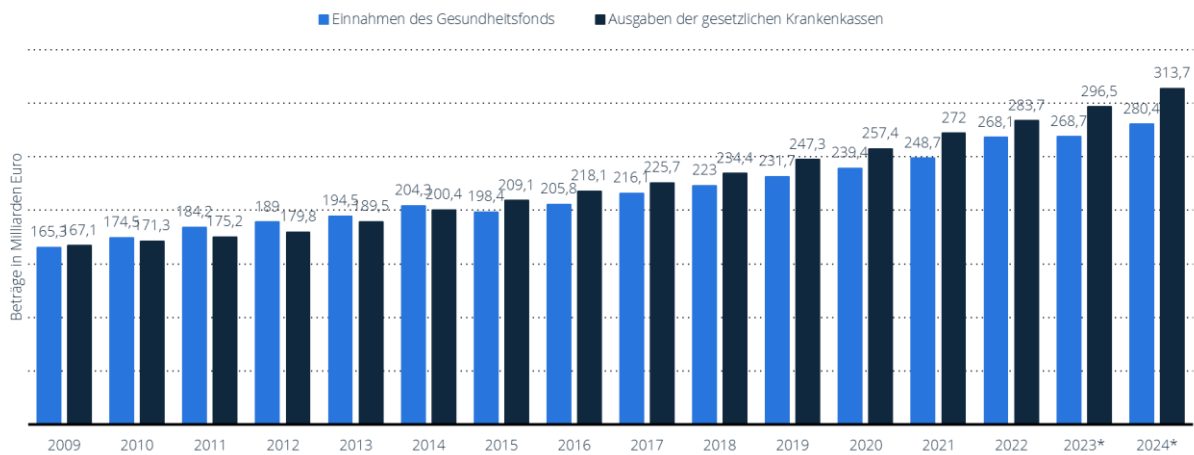
<sup>2</sup> Bundesamt für Soziale Sicherung: Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2022 und 2023, Bonn 25.10.2022

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html>, Zugriff 29.01.2024

Den größten Anteil der Gesundheitsausgaben trägt mit 53,3 % die GKV. Deren Einnahmen stammen hauptsächlich aus Versicherungsbeiträgen der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden. Die Beiträge bemessen sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (§ 226 SGB V) bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Alle Beitragseinnahmen (inkl. kassenindividueller Zusatzbeitrag) und der Bundeszuschuss aus Steuergeldern fließen zunächst in den Gesundheitsfonds. Von dort werden die Gelder über die Zuweisungsregularien an die Krankenkassen verteilt.

In den letzten zehn Jahren hat sich das Defizit, also die Lücke zwischen Beitragseinnahmen und Ausgaben, kontinuierlich vergrößert. Während die Ausgaben der GKV seit 2012 (bis 2022) um circa 58 % gestiegen sind, sind die Einnahmen im Gesundheitsfonds im gleichen Zeitraum nur um ca. 43 % angestiegen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Ausgaben der GKV und Einnahmen des Gesundheitsfonds (in Mrd. Euro)

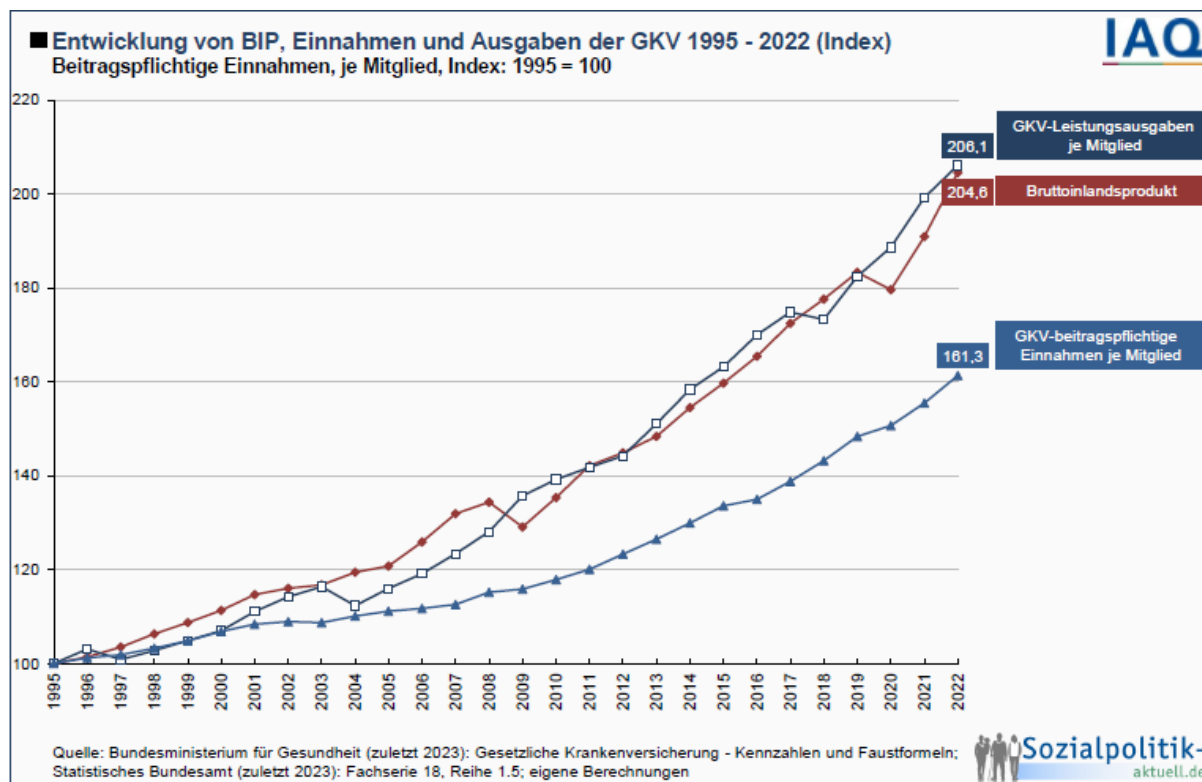


4

In einer ähnlichen Analyse – wenn auch mit anderen Bezugsgrößen – bestätigt das Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen die Entkoppelung der Ausgaben von den Einnahmen. Zwischen 1995 und 2022 (indiziert) haben die GKV-Leistungsausgaben je Mitglied um 206,1 % und das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um 204,6 % zugenommen. Die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied haben sich im gleichen Zeitraum jedoch nur um 161,3 % erhöht und blieben damit signifikant hinter der Zuwachsrate der Leistungsausgaben und des BIPs zurück (Abbildung 2).

<sup>4</sup> Bundesamt für Soziale Sicherung. (2024). Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2024 (in Mrd. Euro) . Statista. Statista GmbH. Zugriff: 29.01.2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/73331/umfrage/einschaetzung-der-einnahmen-und-ausgaben-der-gkv/>

Abbildung 2 Entwicklung von BIP, Einnahmen und Ausgaben der GKV 1995-2022 (Index)



5

Ursächlich dafür sind das Absinken der Lohnquote, auch durch relativ geringere Erhöhungen des Rentenniveaus sowie die Zunahme der Beschäftigungsverhältnisse mit einem niedrigen Einkommen (Mini- und Midi-Jobs). Für Erwerbstätige bedeuteten die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie oftmals Kurzarbeit oder sogar Arbeitsverlust. Erstmals gab es 2020 eine negative Entwicklung bei den Arbeitnehmerverdiensten. Selbst in der Finanzkrise 2008 war dieser Effekt ausgeblieben.

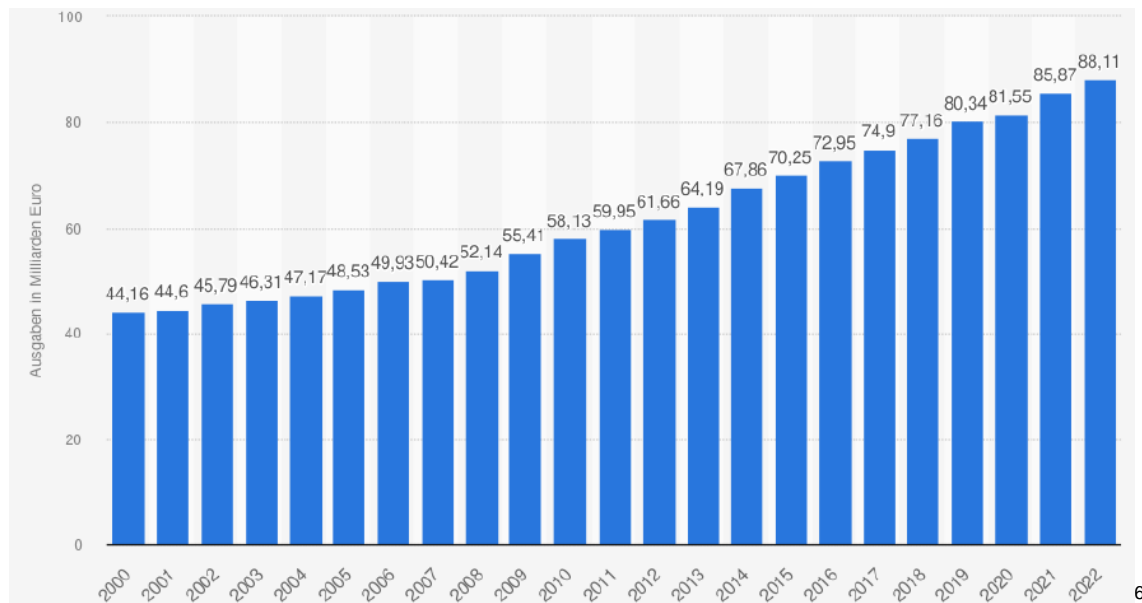
Mittlerweile erholt sich zwar die Verdienst- und Beschäftigungsentwicklung in einigen Branchen, zudem haben die Erhöhung des Mindestlohns zum 01.10.2022 auf 12,00 Euro und zum 01.01.2024 auf 12,41 Euro je Stunde sowie höhere Veränderungsraten in Tarifabschlüssen zu einer verbesserten Einnahmesituation der GKV geführt. Dennoch bleibt die Entwicklung der Beitragseinnahmen der GKV ungenügend und wird zusätzlich durch den Demografie-Effekt geschwächt. Die bspw. höhere Inanspruchnahme von teureren Gesundheitsleistungen durch zunehmend mehr ältere Menschen kann durch die schrumpfende Finanzgrundlage der GKV nicht erfüllt werden.

## Leistungssektoren

Ausgabenstärkster Bereich in der GKV ist die stationäre Versorgung. Im Jahr 2022 beliefen sich die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlungen auf ca. 88,11 Mrd. Euro (siehe Abbildung 3).

<sup>5</sup> <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abvI52.pdf>, Abruf 29.01.2024

Abbildung 3 Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2000 bis 2022

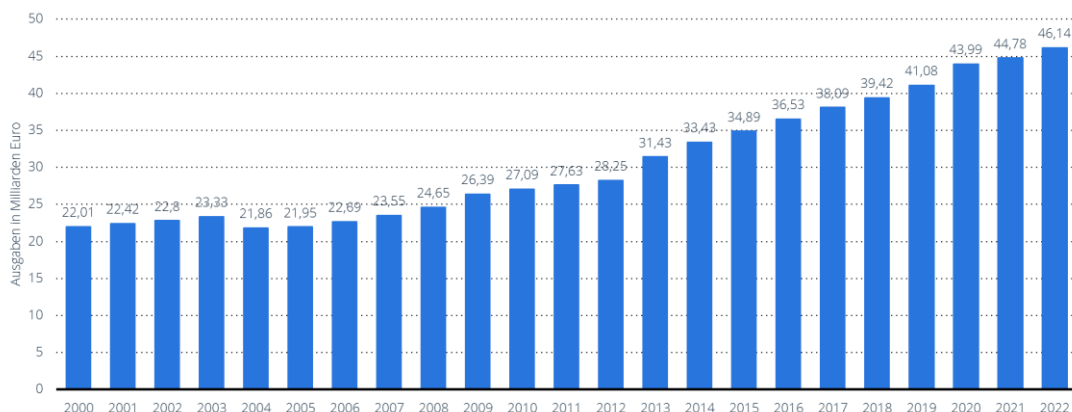


Im Vergleich zu anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem hat Deutschland die zweithöchsten Ausgaben pro Kopf unter Berücksichtigung der aktuellen Preise und Kaufkraftparität im stationären Sektor.<sup>7</sup>

Auch im Vergleich zu anderen OECD-Ländern liegt Deutschland bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf auf Platz drei.<sup>8</sup> Die Lebenserwartung und die Anzahl der vermeidbaren Sterbefälle in Deutschland liegen allerdings im Mittelfeld. Die hohen Ausgaben gehen somit nicht zwingend mit einer qualitativ höherwertigen Gesundheitsversorgung einher.

Im ambulanten Bereich sind die Ausgaben für ärztliche Behandlungen (siehe Abbildung 4)<sup>9</sup> in den letzten zehn Jahren stark angestiegen. In den Jahren 2012 bis 2022 haben sich die Ausgaben für ärztliche Behandlungen um ca. 63 % erhöht.

Abbildung 4 Ausgaben der GKV für ärztliche Behandlungen in den Jahren 2000 bis 2022



<sup>6</sup> BMG. (2023) Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2000 bis 2022 (in Mrd. Euro). Statista. Statista GmbH. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/217701/umfrage/gkv-ausgaben-fuer-krankenhausbehandlungen-seit-2000/>, Zugriff: 29.01.2024

<sup>7</sup> <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>, Zugriff 21.04.2023 11:05

<sup>8</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37176/umfrage/gesundheitsausgaben-pro-kopf/> (abgerufen am 13.04.2023)

<sup>9</sup> BMG (2023), Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ärztliche Behandlungen\* in den Jahren 2000 bis 2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157176/umfrage/gkv-ausgaben-fuer-aerzte-seit-1998/>, Zugriff: 29.01.2024

Ein wesentlicher Faktor für die sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich hohen Kosten ist die Leistungsmenge je Kopf. Die betrifft sowohl die tatsächlich in Anspruch genommenen als auch die bereitgestellten Leistungen. Im Vergleich zu den OECD-Ländern steht Deutschland mit 7,9 Betten pro 100.000 Einwohnender an vierter Stelle. Mit einer Entlass-Rate von 252 pro 1.000 Einwohnende führt Deutschland die OECD-Statistik sogar an. Der OECD-37-Durchschnitt beträgt 146 Entlassungen pro 1.000 Einwohnende<sup>10</sup>. Ein Grund dafür kann die hohe Anzahl an stationär erbrachten Gelenkersätzen sein. Auch hier ist Deutschland mit 315 Hüftgelenkersätzen pro 100.000 Einwohnende Spitzenreiter in der OECD-Statistik. Der OECD-35-Durchschnitt liegt bei 174<sup>11</sup>. Auch die Anzahl der durchschnittlichen täglichen Arzt-Patienten-Kontakte im ambulanten Sektor lag in Deutschland vor Corona bei rund 3 Mio. und ist damit im europäischen Vergleich ebenfalls überdurchschnittlich.

Ein weiterer, kostenintensiver und dynamischer Ausgabenblock sind Arzneimittel. 2022 gab die GKV 48,8 Mrd. Euro für Arzneimittel aus und damit ca. 40 % mehr als andere EU-Mitgliedstaaten. Die Ausgaben sind insgesamt von 2012 bis 2022 um ca. 67 % gestiegen. Weiterhin sind die Nettokosten unverhältnismäßig stark zu den definierten Tagesdosen (DDD) angestiegen. Das Ausgabenvolumen des Arzneimittelmarktes hat sich in den letzten 15 Jahren mehr als verdoppelt. Deutschland ist größter europäischer Pharmamarkt und der viertgrößte weltweit. Der Umsatz belief sich 2022 auf ca. 56,5 Mrd. Euro.<sup>12</sup>

Obwohl sich der Trend zu höheren Ausgaben der GKV für Arzneimittel stärker fortsetzt als in den Jahren zuvor, ist der Anstieg der Verordnungsmenge im Vergleich zum Vorjahr um 1,1 % eher schwach ausgeprägt und insgesamt seit 2011 nur um ca. 25 % angestiegen. Die Bruttoumsatzsteigerung ist durch den gestiegenen Wert je Verordnung zu erklären. So hat eine Verordnung im Jahr 2022 durchschnittlich 77,02 Euro gekostet, während es im Vorjahr noch 71,85 Euro waren.<sup>13</sup>

Neben strukturellen Veränderungen in Therapie und Verordnungsverhalten hin zu teureren Darreichungsformen oder Packungsgrößen, sorgen die hohen Preise für neue patentgeschützte Arzneimittel, Orphan Drugs und biologische Arzneimittel für eine überdurchschnittliche Ausgabendynamik im Arzneimittelsektor.

Trotz steigender Kosten wird die Versorgungsreichweite geringer.<sup>14</sup> Dem Arzneimittelkompass zufolge hat sich bei 61,5 % der Arzneimittelgruppen im AMNOG-Bewertungsverfahren kein Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie gezeigt. Ähnliches gilt bei Orphan Drugs. Die Auswertung der Analyse von 41 Orphan-Drug-Bewertungen des IQWiG zeigt, dass bei 54 % der Arzneimittel kein Zusatznutzen belegt werden konnte.<sup>15</sup>

Die Ausgaben für Hilfsmittel in der GKV sind von 2011 bis 2021 von 6,2 Mrd. Euro auf 9,8 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Anstieg von ca. 58 %. Ursächlich für diese Entwicklung sind vor allem Mengen- und technologisch getriebene Struktureffekte – zuletzt z. B. die Markteinführung von rtCGM-Geräten zur Messung des Blutzuckerspiegels.

<sup>10</sup> <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1690201674&id=id&accname=gu-est&checksum=2331C4F7A97C62CFC226316AE5D5E7FB> S.141 (abgerufen am 24.07.2023)

<sup>11</sup> <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1690201674&id=id&accname=gu-est&checksum=2331C4F7A97C62CFC226316AE5D5E7FB> S. 144 (abgerufen am 24.07.2023)

<sup>12</sup> IQVIA. (2024). Umsatz auf dem deutschen Pharma-Gesamtmarkt\* von 2006 bis 2022 (in Milliarden Euro). Statista. Statista GmbH. Zugriff: 29.01.2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158096/umfrage/pharma-gesamtmarkt-umsatzentwicklung-seit-2006>

<sup>13</sup> [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66041-6\\_18](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-66041-6_18) Der Arzneimittelmarkt 2021 im Überblick

<sup>14</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228708/Arzneimittel-Preise-steigen-schneller-als-der-Nutzen> Zugriff: 24.04.2023, 10:43

<sup>15</sup> [https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite\\_58496.html](https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_58496.html) Zugriff: 24.04.2023, 10:27



## Fazit

Die soziale Krankenversicherung kann bei stabilen Beitragssätzen ein Anker in unsicheren Zeiten sein und damit zu einer Steigerung der Resilienz des Landes führen. Wenn die Politik allerdings hier nicht ihrer Verantwortung nachkommt und eine nachhaltige Gegenfinanzierung durch sowohl einnahmensteigernde als auch ausgabendämpfende Maßnahmen für die GKV etabliert, ist eine erneute Anhebung der Beitragssätze unausweichlich. Die Folge ist, dass fälschlicherweise nicht die Gewinner der Krisen, sondern erneut hauptsächlich kleine und mittlere Einkommen sowie Unternehmen mit personalintensiver Produktion belastet werden. Diese Effekte gefährden den sozialen Zusammenhalt und das Vertrauen in staatliche und die staat-dienenden Institutionen.

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

Bereits seit Jahren finanzieren die Beitragszahlenden der GKV originär vom Staat zu erbringende Leistungen mit. Die IKK classic fordert, dass der Bund endlich seiner Verpflichtung zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen nachkommt und diese sachgerecht über das allgemeine Steueraufkommen finanziert.

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.

Die GKV darf nicht länger als jährlicher Bittsteller auftreten. Der Bund hat die Entscheidungsgewalt und Verantwortung gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu organisieren, muss dann allerdings auch den daraus resultierenden Verpflichtungen nachkommen.

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 2025 zu dynamisieren. Im Koalitionsvertrag hat sich die Regierungskoalition richtigerweise festgelegt: „Den Bundeszuschuss zur GKV dynamisieren wir regelhaft.“<sup>16</sup> 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.

---

<sup>16</sup> Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), Gesundheitsfinanzierung, S. 87



Vor dem Hintergrund des zunehmenden, mittel- bis langfristigen 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**

Erstmals mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 hat der Gesetzgeber einen jährlichen Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen eingeführt (§ 221 SGB V). Allerdings wurde der Begriff der versicherungsfremden Leistungen bislang nicht definiert. Der Anteil wurde nie auf einer inhaltlichen Basis als ethische Grundentscheidung bemessen.

Stattdessen hat sich das BMG lediglich vage-konkretisierend geäußert. Demnach sind die Leistungen versicherungsfremd, die „familienpolitisch motiviert und von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind“. Die damit einhergehenden Lohnersatzleistungen sind darin einbezogen. Im Glossar des BMG<sup>17</sup> zum Begriff „versicherungsfremde Leistungen“ sind darüber hinaus folgende Leistungen genannt:

- beitragsfreie Versicherung während der Elternzeit, die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. geringfügig beschäftigten Ehegatten oder Lebenspartnern sowie Kindern,
- Leistungen rund um die Schwangerschaft und Mutterschaft, z. B. Vorsorge- und Entbindungskosten, Haushaltshilfe oder häusliche Krankenpflege während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung,
- Mutterschaftsgeld,
- Krankengeld bei der Betreuung eines kranken Kindes unter zwölf Jahren,
- Leistungen zur künstlichen Befruchtung,
- Empfängnisverhütung,
- Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege

und:

- Förderung von Forschungsvorhaben zur innovativen medizinischen Versorgung,
- Beiträge zur Weiterentwicklung der medizinischen Infrastruktur,
- Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in betrieblichen Kontexten.

Der pauschale Bundeszuschuss zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen unterliegt seit seiner Einführung erheblichen Schwankungen. Sie liegen zwischen 1,0 Mrd. Euro im Jahr 2004 bis zu 28,5 Mrd. Euro im Jahr 2022. Ab 2006 sollte der Zuschuss dauerhaft 4,2 Mrd. Euro betragen. Obwohl mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2006 bereits die Abschaffung bis 2008 beschlossen war, wurde der Bundeszuschuss mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) neu festgelegt. Nach jeweils 2,5 Mrd. Euro in den Jahren 2007 und 2008 sollte er jährlich um 1,5 Mrd. Euro wachsen. Zielgröße war 14,0 Mrd. Euro im Jahr 2016. Ab 2017 wurde der Bundeszuschuss auf 14,5 Mrd. Euro festgeschrieben (§ 221 SGB V). Aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Lage der GKV war der Bundeszuschuss 2022 einmalig um weitere 14,0 Mrd. Euro aufgestockt worden. Für das Jahr 2023 sind nach GKV-FinStG wegen des prognostizierten Defizits insgesamt 16,5 Mrd. Euro vorgeesehen. Für das Jahr 2024 wurde der Bundeszuschuss wieder auf die ursprüngliche Höhe von 14,5 Mrd. Euro zurückgeführt.

---

<sup>17</sup> Begriffe von A Z, Versicherungsfremde Leistungen, Bundesministerium für Gesundheit, Download 06.02.2023

Ein wesentlicher Grund für diese deutlichen Schwankungen ist das Fehlen einer Legaldefinition. 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.<sup>18</sup> Dies umfasst (basierend auf Werten aus dem Jahr 2019) die Leistungsbereiche

- familienpolitische Leistungen (ca. 34 Mrd. Euro),
- Präventionsmaßnahmen (ca. 0,89 Mrd. Euro),
- finanzielle Unterstützung einkommensschwacher Personengruppen (ca. 6,4 Mrd. Euro).<sup>19</sup>

Daraus resultiert, wenn man den pauschalen Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro als gegeben nimmt, ein zusätzlicher Ausgleichsbedarf von rd. 26,8 Mrd. Euro.

Die IKK classic sieht in der Analyse des IGES eine fundierte und nachvollziehbare Grundlage für die Quantifizierung der über Steuermittel zu finanzierenden versicherungsfremden Leistungen. Der errechnete Ausgleichsbedarf von rd. 41,3 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. **16,8 Mrd. Euro** führen.

## GKV-Beiträge für Bürgergeldbeziehende

### Forderung

Die Beiträge für Bürgergeldbeziehende müssen sich wirksam ab 2025 an gängigen Beitragsregelungen der GKV orientieren. Die IKK classic schlägt die vollständige Ausfinanzierung der Beiträge der Bürgergeldempfangenden im Sinne einer o. g. versicherungsfremden Leistung vor. Hierfür ist der Berechnungsfaktor als Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V von aktuell 0,2155 auf 0,66 zum 01.01.2025 zu erhöhen. Im Ergebnis würde der Erstattungsbetrag bei ca. 360 Euro je Bürgergeldempfangenden liegen. Dies würde zu zusätzlichen Beitragseinnahmen in der GKV von ca. 10,0 Mrd. Euro führen.

Sollte dies finanzpolitisch nicht durchsetzbar sein, schlägt die IKK classic alternativ die Orientierung am Mindestlohn als Bemessungsgrundlage vor. Im Ergebnis würde der Erstattungsbetrag bei dann ca. 350 Euro je Bürgergeldempfangenden liegen.

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.

<sup>18</sup> IGES, Abschätzung des Finanzbedarfs in der GKV bis 2025 unter besonderer Berücksichtigung einer stärkeren Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, Berlin 2021

<sup>19</sup> Darin ist auch der Fehlbetrag aus der Unterfinanzierung der ALG II-Beziehenden (ohne mitversicherte Familienangehörige) zum Zeitpunkt der Analyse in Höhe von rd. 6,1 Mrd. Euro enthalten.

Die gesetzliche Übertragung der Versicherungsverpflichtung vom Bund auf die GKV bei weiterhin willkürlicher Beitragsfestlegung durch das Parlament stellt einen Verschiebepbahnhof zu Lasten der GKV dar, in dem die GKV-Beitragszahlenden die Deckungslücke ausgleichen müssen.

## **Begründung**

Die GKV erbringt die Krankenversicherungsleistung für Bürgergeldempfangende für den Bund als Auftragsleistung. Im Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung ihre Absicht erklärt, höhere Beiträge für ALG-II-Beziehende (jetzt: Bürgergeldempfangende) aus Steuermitteln zu finanzieren.

Bereits mit dem 1995 in Kraft getretenen Rentenreformgesetz wurde mit der Verlagerung der finanziellen Belastungen für die medizinische Versorgung der – damals – Arbeitslosenhilfebeziehenden vom Steuerhaushalt auf die Beitragszahlenden der GKV begonnen. Die Beiträge für die Krankenversicherung der Beziehenden von Arbeitslosenhilfe wurden ab sofort nicht mehr auf die volle Höhe, sondern nur noch auf 80 % des der Lohnersatzleistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts gezahlt.

In einer Reihe von weiteren Gesetzesänderungen wurde die Bemessungsgrundlage ab 2001 weiter auf 58 % des der Lohnersatzleistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts abgesenkt. Es folgten weitere Nachjustierungen bei der Lastenverschiebung hin zur GKV. Zuletzt mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) mit Wirkung ab 2016.

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 2024 bei 421,77 Euro.

Für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld, 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 15,7 % seit 01.01.2024) und der aktuellen (2024) monatlichen Bezugsgröße von 3.535 Euro (Rechtskreis West) ergibt sich daraus ein monatlicher Beitrag zur GKV in Höhe von 119,60 Euro. Dieser wird vom Bund getragen. Damit bekommt die GKV weniger als ein Drittel vom Betrag, den die PKV bei vergleichbarer Ausgangslage und Leistungsumfang erhält.

Das Forschungsinstitut IGES hat - basierend auf den Daten von 2016 - eine Unterdeckung für die GKV von rd. 9,5 Mrd. Euro errechnet. Die kostendeckende Beitragspauschale hätte den Berechnungen zufolge bei knapp 290 Euro monatlich gelegen, während der tatsächliche Beitrag seinerzeit bei rd. 90 Euro lag.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Albrecht M, Dietzel J, Ochmann R, Schiffhorst G (2017): GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II; Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich; krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II. Berlin

Nach Berechnungen des BKK Dachverbandes (BKK DV) auf Grundlage der Methodik des IGES und in das Jahr 2020 fortgeschrieben, liegt die Unterdeckung bis dahin bei rund 10 Mrd. Euro. Die kostendeckende Beitragspauschale hätte demnach 2020 bei durchschnittlich knapp 340 Euro gelegen.<sup>21</sup>

Zur Anpassung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende gibt es nach Ansicht der IKK classic drei Gestaltungsmöglichkeiten:

Ausfinanzierung: Bei gleichbleibender Berechnungssystematik müsste für eine kostendeckende Beitragspauschale der Berechnungsfaktor nach der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB V von aktuell 0,2155 auf 0,66 erhöht werden sowie jährlich überprüft und angepasst werden. Für das Jahr 2024 würde das einen monatlichen Beitrag von rd. 360 Euro ergeben. Ähnliche Anpassungsmechanismen existieren auch bei anderen Rechengrößen in der GKV.

Orientierung am Mindestlohn: Alternativ könnte der Mindestlohn als Bemessungsgrundlage herangezogen werden. Seit 01.01.2024 liegt dieser bei 12,41 Euro je Stunde. Bei einer Vollzeitbeschäftigung (40 Stunden/Woche) würde die Beitragsbemessungsgrundlage dann für 2024 bei 2.151 Euro liegen. Der monatliche Beitrag würde dann bei rd. 350 Euro liegen. Für diese Variante spricht auch, dass damit eine fortlaufende Anpassung gewährleistet wäre, weil der Mindestlohn gem. Mindestlohngesetz (MindestLohnG) entsprechend zu dynamisieren ist.

Orientierung an der Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte: Die Beitragsbemessungsgrundlage könnte sich an der allgemeine Mindestbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte in der GKV orientieren. Diese liegt im Jahr 2024 bei 1.178,33 Euro. Daraus ergibt sich ein monatlicher Beitrag von rd. 185 Euro (entspricht dem Mindestbeitrag für freiwillig Versicherte ohne Anspruch auf Krankengeld). Gegenüber der Variante „Mindestlohn als Bemessungsgrundlage“ würde die Unterdeckung jedoch nur zu weniger als einem Drittel (rd. 2,3 Mrd. Euro) ausgeglichen.

Das Bürgergeld ist, entsprechend dieser Systematik, eine steuerfinanzierte staatliche Fürsorgeleistung. Der Leistungsanspruch bemisst sich nach der Bedürftigkeit und ist nicht an die Voraussetzung einer Beitragszahlung bzw. die Mitgliedschaft in einem Versichertenkollektiv gebunden. Indem man für diesen Personenkreis eine Versicherungspflicht normiert hat, wurde die finanzielle Verantwortung des Staates für die gesundheitliche Versorgung auf die GKV und damit auf die Versichertengemeinschaft der GKV übertragen. Dies widerspricht dem Versicherungsprinzip, entlastet den Steuerhaushalt und belastet systemwidrig die Beitragszahlenden.

## Finanzwirkung

Die Ausfinanzierung der Leistungen für Bürgergeldbeziehende würde zu Mehreinnahmen in der GKV p. a. von ca. **10,0 Mrd. Euro** führen.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> BKK Dachverband: Kostendeckende Beiträge für ALG-II-Bezieher zur Gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin, 10.06.2022

<sup>22</sup> Der GKV-SV hat für 2023 eine Neuberechnung des Wertes angekündigt. Dies ist erforderlich, weil sich mit der Zahl der aus der Ukraine Geflüchteten, die Anspruch auf Bürgergeldbezug, haben, sowie mit dem leichten Rückgang der sonstigen Bezieher von Bürgergeld auch die Struktur und die Zahl der Bürgergeldbeziehende insgesamt verändert haben.

## Gesundheitsabgaben 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 Versicherungsgemeinschaft 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.<sup>23</sup> Die auf das Rauchen zurückzuführenden Krankheits- und Todesfälle verursachen dem Gesundheitswesen und der Volkswirtschaft Kosten von schätzungsweise jährlich 97,24 Mrd. Euro.<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup>

Die Tabaksteuer ist nach der Energiesteuer die ertragreichste Verbrauchsteuer für den Bund. Im Jahr 2022 nahm der Fiskus rund 14,2 Mrd. Euro durch die Tabaksteuer ein.<sup>26</sup>

Zum Ausgleich der Kosten in der GKV schlägt die IKK classic eine zusätzliche Gesundheitsabgabe auf Tabakwaren in Höhe der bisherigen Tabaksteuer von 14,2 Mrd. Euro vor. Der derzeitige Steueranteil bei Zigaretten liegt bei 11,15 ct./Stück (2023). Durch diese zusätzliche Abgabe würde sich der Preis für eine Standardschachtel (20 Stück) um 2,23 Euro verteuern.

Damit entstünden der GKV Mehreinnahmen in Höhe von ca. 14,2 Mrd. Euro p. a. Die Mittel wären unmittelbar dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Eine Dynamisierung ist durch die Koppelung an die Tabaksteuer sichergestellt.<sup>27</sup>

### Alkohol

Auch Alkohol ist ein bedeutsamer Risikofaktor für verschiedene Erkrankungen wie bspw. Schädigungen der Leber und des Gehirns, Herz-Kreislaufkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen. Auch Krebserkrankungen können eine mögliche Folge sein. Die BZgA geht beispielsweise von mehr als 20.000 alkoholassoziierten Krebserkrankungen jährlich in Deutschland aus. 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).<sup>28</sup>

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

<sup>23</sup> [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/pressemitteilungen/2022/22\\_02\\_01\\_Gem\\_PM\\_Weltkrebstag\\_2022.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/2022/22_02_01_Gem_PM_Weltkrebstag_2022.pdf) (abgerufen am 12.04.2023) ?

<sup>24</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2020), Tabakatlas Deutschland 2020, ISBN 978-3-95853-638-8, S. 68 (eigene Berechnungen Tobias Effertz 2020)

<sup>25</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2020), Tabakatlas Deutschland 2020, ISBN 978-3-95853-638-8, S. 68 (eigene Berechnungen Tobias Effertz 2020)

<sup>26</sup> <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37837/umfrage/einnahmen-aus-der-tabaksteuer-in-deutschland/#:-:text=Im%20Jahr%202022%20nahm%20der,B%C3%BCrgern%20sowie%20von%20Unternehmen%20erhebt.> (abgerufen am 16.06.2023)

<sup>27</sup> Grundlage der Berechnung: Zigarettenkonsum in Deutschland: ca. 3,3 Mrd. Packungen.

<sup>28</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum (2022), Alkoholatlas Deutschland. ISBN 978-3-95853-786-6



Mittelaufkommen liegt bei 2,2 Mrd. Euro (2022)<sup>29</sup>. Die Einnahmen in Höhe von dann zusätzlich ca. 2,2 Mrd. Euro wären unmittelbar dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Damit würden die der GKV entstehenden direkten Kosten teilweise kompensiert.<sup>30</sup>

## Zucker

In Deutschland ist bereits jeder zweite Erwachsene übergewichtig und jeder vierte adipös.<sup>31</sup> Übergewicht und Adipositas haben somit epidemische Ausmaße erreicht. Eine hohe und häufige Zuckierzufuhr 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. Forschende bescheinigen ebenfalls ein mögliches Suchtpotential und einen sogenannten „Gewöhnungseffekt“. Ein Effekt, der gerade bei Kindern gesundheitsgefährdende Wirkung haben kann. Kinder weisen eine größere Sensitivität für Zucker auf und bevorzugen höhere Zuckergehalte in Wasser und Softdrinks als Erwachsene.

Laut WHO sollte freier Zucker pro Tag weniger als 10 % der gesamten Energiezufuhr ausmachen, umgerechnet sind das etwa 50 g – bei einem Kalorienverbrauch von 2.000 kcal am Tag.<sup>32</sup> Andere Studien, die sich konkret auf Übergewicht als Outcome beziehen, gehen von noch geringeren Mengen freien Zuckers aus (bis max. 25 g).<sup>33</sup> Die empfohlene maximale tägliche Aufnahme wird von einem Großteil der deutschen Bevölkerung allerdings regelmäßig überschritten. Durchschnittlich pro Person werden derzeit über 34 kg Zucker p. a. – also täglich 93 g – angenommen. Das entspricht 31 Stück Würfelzucker pro Tag.<sup>34</sup>

**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 (2015) auf 16,8 Mrd. Euro geschätzt.<sup>35</sup>**

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. In Deutschland werden jährlich ca. 37,7 kg Zucker pro Kopf konsumiert (2020).<sup>36</sup> Dies entspricht bezogen auf die Gesamtbevölkerung einem Verbrauch von ca. 6,13 Mio. t. Das Gesamtvolumen der Gesundheitsabgabe würde ca. 3,0 Mrd. Euro betragen und wäre direkt dem Gesundheitsfonds zuzuführen.<sup>37</sup>

---

<sup>29</sup> Statistisches Bundesamt. (30. März, 2023). Steuereinnahmen aus der Alkoholsteuer (bis 2017 Branntweinsteuer) in Deutschland von 2009 bis 2022 (in Milliarden Euro) [Graph]. In *Statista*. Zugriff am 30. Juni 2023, von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77503/umfrage/einnahmen-aus-branntweinsteuer-in-deutschland-seit-1960/>

<sup>30</sup> Statista, Steuereinnahmen aus der Alkoholsteuer (bis 2017 Branntweinsteuer) in Deutschland von 2008 bis 2021, Download 02.05.2023

<sup>31</sup> Robert Koch-Institut 2021, [Studie GEDA 2019/2020-EHIS](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html), online abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht\\_Adipositas/Uebergewicht\\_Adipositas\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html) (abgerufen am 12.04.2023)

<sup>32</sup> World Health Organization (Hg.) Guideline: sugars intake for adults and children. Genf (2015)

<sup>33</sup> Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), DGE aktuell 23/2018, Empfehlung zur maximalen Zuckierzufuhr in Deutschland, Presseinformation, Bonn, 20.12.2018, (Download 20.04.2023)

<sup>34</sup> Heuer, T. (2018). Zuckerkonsum in Deutschland. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2018; 43(S 01): S8-S11, DOI: 10.1055/a-0659-8828

<sup>35</sup> Vgl. Studie Biotechnologieunternehmen BRAIN AG und Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU); Meier T, Senftleben K, Deumelandt P, Christen O, Riedel K, Langer M (2015) Healthcare Costs Associated with an Adequate Intake of Sugars, Salt and Saturated Fat in Germany: A Health Econometrical Analysis. *PLoS ONE* 10(9):e0135990. doi:10.1371/journal.pone.0135990

<sup>36</sup> Vgl. [Sugar Consumption Per Capita in Germany | Helgi Library](#) (abgerufen am 04.04.2023)

<sup>37</sup> 1992 – im letzten Jahr der Gültigkeit der Zuckersteuer – hatte der Steuersatz 6 DM/100 kg Zucker betragen.



## 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. **19,4 Mrd. Euro**. führen. Dies würde einen Teil der durch Konsum von gesundheitsgefährdenden Stoff in der GKV verursachten Kosten decken.

## 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.<sup>38</sup> zugeführt. Genau bezifferbar sind die finanziellen Effekte nicht.

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 2022 waren es 115.900.<sup>39</sup> 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.<sup>40</sup> Im Gegensatz hierzu entsprachen die GKV-Zugänge aus der PKV häufiger einem versicherungstechnisch schlechten Risiko. Die Berechnungen ergaben, dass aus den

<sup>38</sup> 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.

<sup>39</sup> PKV Verband, Pressemitteilung: „Private Krankenversicherung im Plus: Deutlich mehr Menschen wechseln aus der GKV in die PKV als umgekehrt“, Berlin, 26.01.2023 (Download 18.04.2023)

<sup>40</sup> 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

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.<sup>41</sup>

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 Jahresarbeitsentgeltgrenze<sup>42</sup> in 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, jedoch 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 Wechslern in 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.

---

<sup>41</sup> Vgl. Albrecht, M./Schiffhorst, G./Kitzler, C (2007), S. 55; (Berechnung: 3,58 Mrd. Euro - 0,62 Mrd. Euro = 2,96 Mrd. Euro / 4 = 0,74 Mrd. Euro/p. a.)

<sup>42</sup> Jahresarbeitsentgeltgrenze = Einkommensgrenze, ab dem für Arbeitnehmer ein Wechsel in die PKV grundsätzlich möglich ist (vgl. § 6 Abs. 6 SGB V)

## **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 selbstständiger 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

Plattformarbeit<sup>43</sup> 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 Arbeitnehmer:innen entlastet und Plattformen an den Sozialabgaben beteiligt werden.

Ein alternatives Modell wendet Estland an: Dort wurde im „vereinfachten Besteuerungsgesetz“ für Selbständige 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.

---

<sup>43</sup> 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.

## 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. 4,9 Mrd. Euro (Arzneimittel) sowie 0,6 Mrd. Euro (Hilfsmittel), entlastet werden. Zudem wäre diese Maßnahme kurzfristig umsetzbar und könnte so die Haushalte der Krankenkassen ab 2024 dauerhaft entlasten.

Mit der Umsatzsteuerrückgang 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 ermäßigte 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.

In Deutschland unterliegen lediglich die folgenden medizinischen Produkte dem ermäßigten Umsatzsteuersatz in Höhe von 7 %:

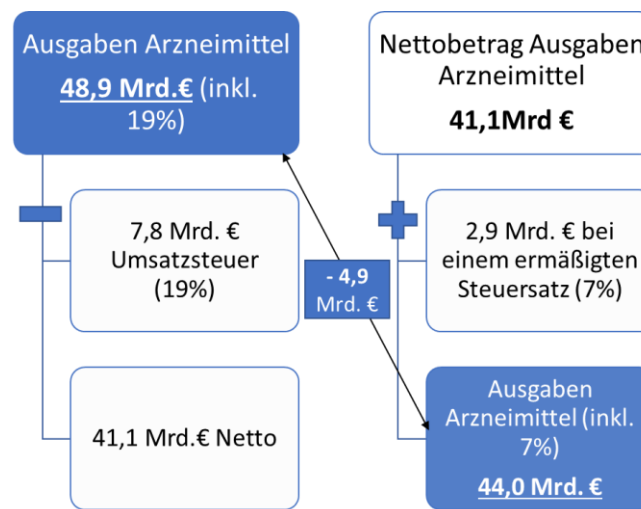
- Rollstühle und andere Fahrzeuge für Behinderte, auch mit Motor oder anderer Vorrichtung zur mechanischen Fortbewegung
- Körperersatzstücke, orthopädische Apparate und andere orthopädische Vorrichtungen sowie Vorrichtungen zum Beheben von Funktionsschäden oder Gebrechen, und zwar künstliche Gelenke, orthopädische Apparate und andere orthopädische Vorrichtungen einschließlich Krücken sowie medizinisch-chirurgischer Gürtel und Bandagen, Prothesen, Schwerhörigengeräte, Herzschrittmacher und andere Vorrichtungen zum Beheben von Funktionsschäden oder Gebrechen, zum Tragen in der Hand oder am Körper oder zum Einpflanzen in den Organismus.

## Arzneimittel

### Begründung

Nach der amtlichen Statistik KV45 (vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV für das Jahr 2022) des BMG lagen die GKV-Ausgaben für Arzneimittel für das Jahr 2022 bei rd. 48,9 Mrd. Euro.

Abbildung 5 Steuerliche Belastung der GKV durch verordnungs- und erstattungsfähige Arzneimittel (2022)



Durch die Reduzierung der Umsatzsteuer auf den ermäßigten Steuersatz von 7 % könnten die Arzneimittelausgaben um um rd. 4,9 Mrd. Euro reduziert werden. Allein damit würde der GKV-Beitragsatz 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.

Arzneimittel beheben bzw. lindern eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder wirken vorbeugend. Damit lassen sie sich zweifellos den lebensnotwendigen Gütern zuordnen. Arzneimittel dienen einem vergleichbaren heilenden bzw. die Heilung unterstützenden Zweck wie z. B. ärztliche Leistungen; diese wiederum sind weitgehend von der Umsatzsteuer befreit. Vor diesem Hintergrund wäre es auch aus der Systematik heraus angezeigt, zumindest den ermäßigten Steuersatz von 7 % anzuwenden.<sup>44</sup>

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.

Arzneimittelrabatte sind Bruttobeträge (lfd. Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs). Bei einer Absenkung der Umsatzsteuer sinkt der Nettoerlös, da dann bei einem gleichbleibenden Brutorabatt der Nettorabatt zugunsten der GKV steigt.

<sup>44</sup> Schemmel, Lothar (2009) : Entlastung lebensnotwendiger Ausgaben von der Mehrwertsteuer, KBI Schrift, No. 105, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler (KBI), S. 23, Berlin



Damit eine entsprechende Anpassung des USt.-Satzes auch die intendierte Wirkung entfaltet, sollte außerdem sichergestellt sein, dass diese auch in Form von Preissenkungen bei den Abnehmern (den Verbraucherinnen und Verbrauchern sowie den Krankenkassen als Kostenträger) ankommt. Hierzu bedarf es eines Regulativs, um sicherzustellen, dass die Reduktion auch vollständig in eine Senkung des Verkaufspreises umgesetzt wird und damit die Mindereinnahmen des Staates nicht größer als die Senkung der Gesundheitsausgaben würden.

Die IKK classic ist sich durchaus bewusst, dass die Absenkung des Umsatzsteuersatzes bei Arzneimitteln auf der Leistungserbringerseite – Apotheken und Pharmaindustrie – ggf. zu Erlösminderungen führen kann. Deshalb könnten in diesem Zusammenhang flankierende gesetzliche Anpassungen vorgenommen werden, um die Wirkungen der Hersteller- und Apothekenabschläge sowie der laufenden Rabattverträge – zumindest teilweise – auszugleichen.

Von den 27 Mitgliedsstaaten der EU haben lediglich Dänemark und Bulgarien einen höheren USt.-Satz auf Arzneimittel als Deutschland. Mit Abstand folgen dann Lettland und Finnland. 24 Mitgliedsstaaten erheben einen deutlich geringeren Steuersatz. In Malta, Irland und Schweden sind bestimmte Medikamente gänzlich von der Umsatzsteuer befreit.

### 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 10,4 Mrd. Euro (KV45/2022)<sup>45</sup> wäre eine Entlastung der Beitragszahlenden um ca. 0,6 Mrd. EUR möglich.

Hinzu käme eine erhebliche verwaltungstechnische Vereinfachung im gesamten Prozess vom Hersteller. Jedes Produkt muss derzeit vom Hersteller mit seinem zuständigen Finanzamt bewertet werden, was zu unterschiedlichen Entscheidungen für ähnliche Hilfsmittel führen kann) über den Handel bis zur Abrechnung und deren Prüfung mit der GKV (Entbürokratisierung)

#### **Finanzwirkung**

Die Absenkung des Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel würde die GKV um **ca. 4,9 Mrd. Euro** p. a. entlasten. Die Absenkung des Umsatzsteuersatzes auf Hilfsmittel würde die GKV um **ca. 0,6 Mrd. Euro** p. a. entlasten.

---

<sup>45</sup> GKV – Vorläufige Rechnungsergebnisse, Bundesministerium für Gesundheit, 2023



## „Ambulant vor stationär“; AOP-Katalog

### Forderung

Die IKK classic fordert die konsequente Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren (AOP) nach § 115b SGB V. Ziel ist es, in allen medizinisch vertretbaren Konstellationen die Aufnahme weiteren Prozeduren in den Katalog vorzunehmen.

Aus Sicht der IKK classic sollten so viele Prozeduren wie möglich in den AOP-Katalog überführt werden und nur sehr ausgewählte als Hybrid-DRG eingeordnet werden. Die Höhe der Vergütung der Hybrid-DRG wird voraussichtlich zwischen dem ambulanten (EBM) und stationären Niveau (DRG) liegen. Mehrausgaben dürfen sich nach Ansicht der IKK classic für die GKV durch die Hybrid-DRGs nicht ergeben. Die Möglichkeit der Doppelabrechnung oder Umgehungsstrategien müssen unterbunden werden.

### Begründung

Der wissenschaftliche, medizinische und technische Fortschritt ermöglichen es, Behandlungen, die ursprünglich nur im Umfang einer stationären Leistung erbracht werden konnten, nun auch ambulant bei mindestens gleicher Versorgungsqualität erbringen zu können. Mit Blick auf die anstehenden Veränderungen im stationären Sektor werden damit die verfügbaren Kapazitäten genauer den Erfordernissen der jeweiligen Behandlung zugeordnet. Zudem ist der Aufwand für die Versicherten geringer.

Die Ambulantisierung von medizinischen Leistungen birgt erhebliche Ersparnispotentiale für die GKV. Deren Höhe hängt unter anderem davon ab, wie viele Prozeduren in den AOP-Katalog übernommen werden und wie diese darin vergütet werden.

Mit dem MDK-Reformgesetz (MDK-RefG) vom 14.12.2019 hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner aufgefordert, den Katalog für ambulantes Operieren, kurz AOP-Katalog, zu überarbeiten<sup>46</sup>. Ein dazu vom IGES Institut<sup>47</sup> vorgelegtes Gutachten identifizierte 2.500 medizinische Leistungen, die potenziell zusätzlich in den Katalog aufgenommen werden könnten. Die Aufnahme weiterer Leistungen ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.

208 OPS-Kodes sind bereits zum 01.01.2023 überführt worden. Bis zum 01.01.2024 soll der Katalog um weitere Prozeduren erweitert werden. Um welche es sich handelt, wird zurzeit von GKV-SV, DKG und KBV auf Bundesebene verhandelt.

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfEntlG)<sup>48</sup> im Dezember 2022 sollen auch sogenannte Hybrid DRGs eingeführt werden. Der Gesetzgeber hatte darin die KBV, den GKV-SV und die DKG damit beauftragt, bis 31.03.2023 Leistungen aus dem AOP-Katalog auszuwählen, die mit sektorengleichen Pauschalen vergütet werden können, und die Höhe sowie den Inhalt der Leistungspauschalen zu vereinbaren.<sup>49</sup> Hier ist eine Abgrenzung erforderlich, ob Leistungen über die Hybrid-DRGs oder den AOP-Katalog abgerechnet werden.

Nachdem die Frist verstrichen ist, wird mit einer Ersatzvornahme durch das BMG und der Einführung zum 01.01.2024 gerechnet.

<sup>46</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant\\_stationaere\\_versorgung/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b/ambulantes\\_operieren\\_115\\_b.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp)

<sup>47</sup> [https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-AOP-katalog/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-AOP-katalog/index_ger.html)

<sup>48</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/khpfleg.html>

<sup>49</sup> § 115f SGB V

## Finanzwirkung

Schätzungen gehen derzeit davon aus, dass in den kommenden Jahren rund 3 bis 3,5 Mio. stationäre Fälle in den ambulanten Bereich verschoben werden. Eine Einschätzung der Einspareffekte durch die Ausweitung des AOP-Katalogs und die – begrenzte – Einführung von Hybrid-DRGs für die GKV ist derzeit noch nicht möglich, da Einzelheiten der Ausgestaltung, z. B. Ausweitung des AOP-Katalogs sowie Anzahl der für Hybrid-DRGs festzulegenden Prozeduren, noch unklar sind.

## 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;
- den um 5 Prozentpunkte auf 12 % erhöhten Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel – dauerhaft;
- das Preismoratorium für Arzneimittel – bis 2030.

### 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 Arzneimittel ohne oder nur mit geringem Zusatznutzen kann sich aus der freien Preisbildung der ersten Monate eine deutlichen Überzahlung durch die GKV und damit die Beitragszahler ergeben.

Die Zukunft der Pharmaindustrie sollte durch evidenzbasierte Bepreisungen und nutzenorientierte Preise, nicht durch reine Mengen oder Arzneimittel ohne Zusatznutzen bestimmt werden.

### 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. Die IKK classic fordert diesen nun langfristig in Höhe von 2 Euro festzuschreiben.

Die Anhebung des Abschlags entlastet die GKV 2023 mit ca. 170 Mio. Euro.

### **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 zum vorgesehen.

### **Finanzwirkung**

Durch das Preismoratorium wird die GKV um **ca. 1,8 Mrd. Euro** p. a. entlastet. Diese Entlastung würde bis 2030 festgeschrieben.

## **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.

## Open-House-Verfahren

Im Jahr 2017 wurde das Open-House-Verfahren durch das BAS (ehem. Bundesversicherungsamt, BVA) als Verstoß gegen das Vergaberecht eingestuft. Grund dafür ist, dass bei diesem Verfahren keine Auswahlentscheidung stattfindet, welches bei öffentlichen Anstalten Voraussetzung für die Beschaffung von Dienstleistungen und Waren ist. Bei dem Open-House-Verfahren handelt es sich um eine Art Rahmenvertrag, bei dem die Krankenkassen den Preis und die Bedingungen vorgeben und jeder Leistungserbringer zu jedem beliebigen Zeitpunkt während der Vertragslaufzeit dem Vertrag auf Antrag beitreten kann.

Aus Sicht der IKK classic sollte das Modell des Open-House-Verfahrens, ebenso wie die Ausschreibung von Hilfsmittelverträgen, parallel möglich sein. Denn es ist dem Leistungserbringer freigestellt, einem Open-House-Vertrag beizutreten. Sind die seitens der Krankenkassen vorgegebenen Bedingungen für einen Leistungserbringer nicht tragbar, besteht die Möglichkeit, selbst zu verhandeln. Die Wiedereinführung des Open-House-Verfahrens würde somit maximale Transparenz und Durchlässigkeit im Hilfsmittelmarkt schaffen.

### **Finanzwirkung**

Nicht bezifferbar.

## **Versorgung mit Heilmitteln**

### **Forderung**

Die IKK classic fordert, dass bei den Vergütungsverhandlungen die Anbindung bzw. eine Orientierung an die Grundlohnsumme wieder eingeführt wird. Die, außerhalb der Grundlohnsummenentwicklung, gesetzlich initiierten Vergütungssteigerungen in den letzten Jahren

waren angemessen, um einen Praxisbetrieb wirtschaftlich sicherstellen zu können. Nun gilt es, die Versorgung qualitativ und evidenzbasiert sicherzustellen.

### **Begründung**

2017 und 2019 wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), mit dem erklärten Ziel der Stärkung aller Heilmittelleistungserbringenden, Gesetzesvorhaben beschlossen, die Steigerungen der Leistungsvergütungen für ambulante Heilmittelleistungen und eine Zentralisierung der Vertragsverhandlungen in kollektivvertraglichen Strukturen festlegen.

Im Zeitraum von 2017 bis 2021 führten die gesetzlich initiierten Preiserhöhungen zu einer Steigerung der Leistungsvergütungen der wichtigsten Einzelleistungen der Berufsgruppen von 40 bis 70 %.

Diese Steigerungsraten sind nicht weiter haltbar und bedürfen einer Eingrenzung. Es ist zudem festzuhalten, dass sich aus den Vergütungssteigerungen keine gesteigerten Anforderungen an die Versorgungsqualität aus den Gesetzen ergeben.

### **Finanzwirkung**

Nicht bezifferbar.

## **Digitale Gesundheitsanwendungen**

### **Forderung**

Die IKK classic fordert eine gesetzliche Neugestaltung der Preisregelungen für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Höchstpreise vor einer Preisverhandlung müssen sich an vorliegenden Preisvereinbarungen für vergleichbare Produkte orientieren. Weiterhin fordert die IKK classic, dass zukünftig nur DiGA in das Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen werden, die den Nachweis zum positiven Versorgungseffekt, also zur Wirksamkeit, im Vorfeld erbracht haben.

Schließlich sollten Abrechnungen für 90 und mehr Tage nicht allein mit dem ersten Abrufen der Anwendung und Eingabe des Freischaltcodes (Genehmigungsnummer) bzw. nach einem Probezeitraum von 14 Tagen ausgelöst werden. Die Abrechnungsmodelle sind technisch so weiterzuentwickeln, dass erst eine Mindestnutzung (z. B. Aufrufen der App, Nutzen der Dialogmöglichkeiten) eine Zahlungsverpflichtung der jeweiligen Krankenkasse auslöst. Datenschutzbelange sind dabei selbstverständlich zu berücksichtigen.

Daneben fordert die IKK classic eine regelmäßige Prüfung, ob die digitalen Anwendungen das Leistungsangebot der GKV positiv verändert haben und wie deren Nutzen ggf. optimiert werden könnte.

Schließlich fordert die IKK classic eine Erhebung von Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von DiGA.

Außerdem fordert die IKK classic den Gesetzgeber auf, Klarheit über die steuerrechtliche Einordnung von DiGA zu schaffen. Die Preise im DiGA-Verzeichnis sollten – bestenfalls auch mit Unterscheidung in Soft- und Hardware (unterschiedlicher Steuersatz) – als Brutto- und Nettopreise ausgewiesen werden.

## Begründung

DiGA wurden 2019 mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Seit Herbst 2020 sind die ersten DiGA im Verzeichnis des BfArM gelistet. Inzwischen listet das BfArM ca. 50 DiGA. Einige sind bereits wieder aus dem Verzeichnis gestrichen worden, da kein positiver Versorgungseffekt nachgewiesen werden konnte.

Auffällig ist die besondere Häufung von DiGA für Psyche (19 inkl. eine gestrichen) gefolgt von Muskel, Knochen und Gelenke (sechs) sowie Hormone und Stoffwechsel (fünf). Für die Kategorien Nieren und Harnwege, Krebs, Geschlechtsorgane, Verdauung, Herz und Kreislauf und Atemwege gibt es bislang nur wenige oder gar keine nutzbaren Anwendungen (insgesamt nur neun, davon zwei gestrichen).

Die IKK classic kritisiert, dass der Gesetzgeber mit dem DVG erstmalig Leistungserbringern in der GKV – hier Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen – grundsätzlich ermöglicht, Produkte oder Leistungen in der ambulanten Versorgung erstattungsfähig in die GKV einzuführen, deren Nutzen ex-post nach einer Erprobungszeit nachgewiesen werden muss. Bislang gilt jedoch für den ambulanten Bereich ausschließlich der Erlaubnisvorbehalt ex-ante.

Die derzeitige Regelung führt zu einer hohen Anzahl an Erprobungs-DiGA<sup>50</sup>, die derzeit ohne abschließend nachgewiesenen medizinischen Nutzen – mindestens vorübergehend – erstattungsfähig. Kombiniert mit der freien Preisbildung im ersten Jahr nach Aufnahme in das Verzeichnis (vgl. § 134 Abs. 5 SGB V) führt dies aus Sicht der IKK classic dazu, dass Versicherungsgelder für Leistungen verausgabt werden, die nicht zwingend dem Postulat der Wirtschaftlichkeit entsprechen müssen.<sup>51</sup>

Die IKK classic erkennt an, dass für Anwendungsentwickelnde ein ausreichend großer Anreiz bestehen sollte, den Markt zu bedienen und somit die gewünschte Innovationsfähigkeit zu erhalten. Die Preisbildung muss durch die Anbieter transparent dargelegt werden. So kann verhindert werden, dass Hersteller im ersten Jahr der Zulassung unverhältnismäßig hohe Preise aufrufen.

Weiterhin ist ein Monitoring der Adhärenz der Patientinnen und Patienten nötig. Die Erstattungsfähigkeit ist an die Nutzung der Anwendung zu koppeln. Dies könnte erreicht werden, in dem die Kosten nicht bei einmaligem Freischalten der Anwendung, sondern z. B. nach jeder zehnten, aktiven Nutzung ein Freischaltcode generiert wird.

Zudem sollte nach Einschätzung der IKK classic, bereits bei der Entwicklung der DiGA zukünftige Nutzergruppen einbezogen werden. Ein Validierungsnachweis durch Nutzer und Nutzerinnen ist bereits bei der Beantragung der Zulassung beim BfArM zwingend notwendig. Benutzerfreundlichkeit und die Akzeptanz des digitalen Angebots sind notwendige Voraussetzungen, um positive Versorgungseffekte zu erzielen. Weiterhin sollten technische Lösungen entwickelt werden, um die Bewertung der Anwendungs- und Ergebnisqualität längerfristig und kontinuierlich zu begleiten.

---

<sup>50</sup> Derzeit 27 von 48 BfArM gelisteter DiGAs, 5 DiGAs wurden bereits wieder gestrichen (Stand 01.03.2023) Quelle: <https://DiGA.bfarm.de/de/verzeichnis?type=%5B%22draft%22%5D>

<sup>51</sup> Bis zum 30.09.2022 haben insgesamt sechs Erprobungs-DiGA ihren Preis im Rahmen ihrer initialen Preisfreiheit im Durchschnitt um 37 Prozent erhöht (vgl. Abbildung 5). Bei drei dieser sechs DiGA mussten bislang die Erprobungszeiträume erheblich verlängert werden, da innerhalb des ersten Erprobungsjahres keine positiven Versorgungseffekte nachgewiesen werden konnten. Eine der sechs Erprobungs-DiGA mit Preiserhöhungen, die DiGA Mika, ist inzwischen keine GKV Leistung mehr und wurde aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen. Quelle: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/telematik/digitales/2022\\_DiGA\\_Bericht\\_BMG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/digitales/2022_DiGA_Bericht_BMG.pdf)

Langfristig sollte geprüft werden, ob DiGA grundsätzlich durch den Arzt oder die Ärztin verordnet werden sollen, da die Selbstverordnung eventuell mögliche Kontraindikationen nicht ausreichend berücksichtigt und eine regelmäßige Prüfung durch die Krankenkassen unmöglich ist. Ein Genehmigungsverfahren muss nicht nur aus technischen Gründen eingehalten werden.

Es ist zu diskutieren, ob adäquat zum Arzneimittelmarkt ein Zusatznutzen vorzuweisen ist, wenn Anwendungen für ein identisches Krankheitsbild zugelassen werden sollen. Alternativ sollte die Inanspruchnahme der günstigeren DiGA mit dem gleichen Nutzen incentiviert werden. Eine adäquate Anwendung wäre auch möglich, wenn Anbieter Lösungen zur Kombination von Therapiestrategien bei multimorbiden Patientinnen und Patienten anbieten.

### **Finanzwirkung**

Nicht bezifferbar.

Ansprechpartner:  
Dr. Christian Korbanka  
Leiter Politik IKK classic  
Tel.: +49 2204 912-310011  
Mobil: +49 160 96967971  
<mailto:christian.korbanka@ikk-classic.de>