

MScPH-Basismodul

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“ (Einführung in das Management im Gesundheitswesen)

Thema 5: Krankenversicherung

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

European Observatory on Health Systems and Policies



Datum	Inhalt der Lehrveranstaltung	Dozent/in
15.10.2018	Politische Grundlagen	Busse
22.10.2018	Ökonomische Grundlagen	Busse
29.10.2018	Das deutsche Gesundheitssystem	Busse
05.11.2018	Krankenversicherung	Blümel/Spranger
12.11.2018	Äußere Finanzierung	Busse
19.11.2018	Innere Finanzierung	Busse
26.11.2018	Ambulanter Sektor	Busse
03.12.2018	Stationärer Sektor	Busse
10.12.2018	Exkursion Bundestag	Spranger/ Blümel
17.12.2018	Pflege und Langzeitversorgung	Busse
07.01.2019	Integrierte Versorgung	Busse
14.01.2019	Arzneimittelsektor	Busse
21.01.2019	E-Health	Stephani
28.01.2019	Gesundheitswirtschaft	Busse
04.02.2019	Zusammenfassung	Busse
20.02.2019	Klausur von 10-12 Uhr	Spranger/ Blümel

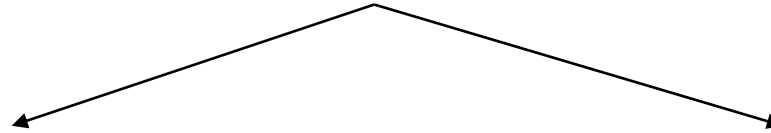
- Vorüberlegungen zum
Krankenversicherungsschutz
- Gesetzliche Krankenversicherung
 - Versichertenkreis
 - Beiträge
- Private Krankenversicherung

(Lektüre: HiT Kapitel 3.3 und 3.5)

Warum sollen wir überhaupt Krankenversicherungsschutz haben? Was sagen Ökonomen dazu?

- Die Krankenversicherung hat zwei wesentliche Funktionen:
 - I. Sicherstellung des Lebensunterhalts im Krankheitsfall („Krankengeld“ bzw. Lohnfortzahlung durch Arbeitgeber)
 - II. Aufkommen für Kosten der Gesundheitsversorgung
- *(je nach kulturellem Verständnis, vgl. USA):*
solidarische Verteilung der Kosten nach Nr. II, d.h. Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden, Armen und Reichen, Alten und Jungen, Kinderreichen und Kinderlosen etc.
- erfordert Eingreifen des Staates zwecks Umverteilung der finanziellen Ressourcen und Zugang zur Gesundheitsversorgung (→ „öffentliche“/regulierte Gesundheitsausgaben)

Sichtweise bestimmt Art & Logik der Finanzierung



**Krankenversicherungsschutz
primär als gesellschaftliche
Aufgabe**

→ erfordert nicht-risiko-abhängige
Finanzierung

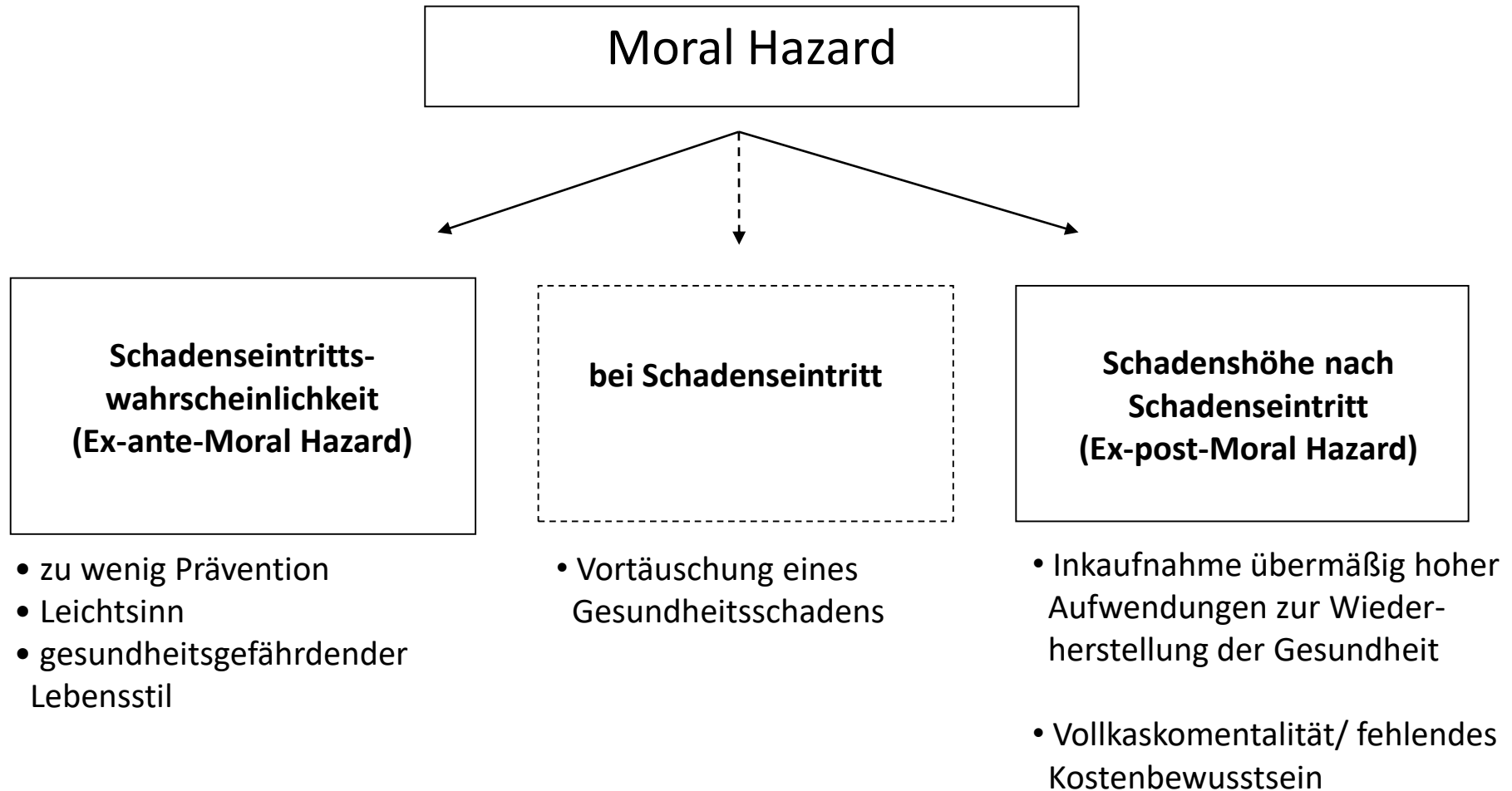
- einkommensabhängig als %-Satz
- einkommensunabhängig
(Kopfpauschale)

**Krankenversicherung primär
als individueller Schutz**

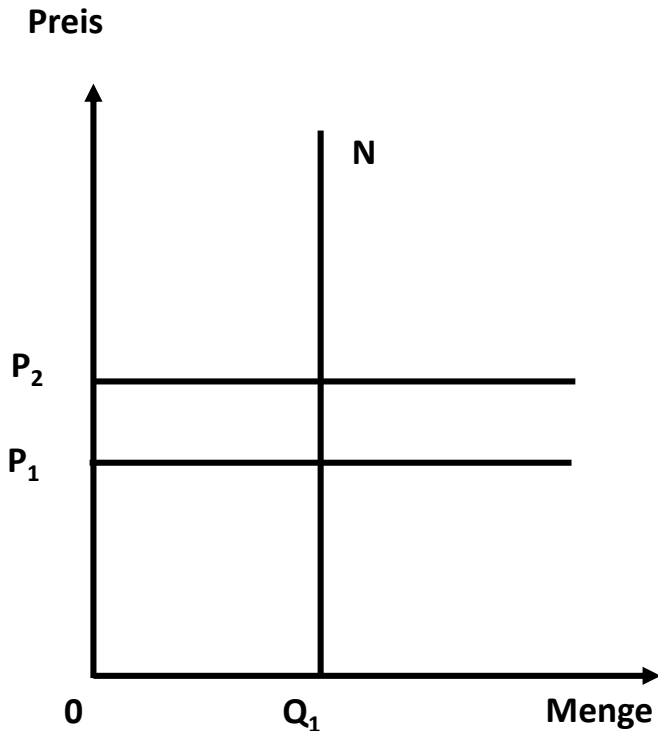
→ erfordert (u.a. unter EU-Recht) risiko-
abhängige Beiträge

- Risiko (d.h. Wahrscheinlichkeit von
Gesundheitsausgaben) wird nur bei
Versicherungsabschluss festgestellt
(= deutsche PKV)
- Risiko wird bei jeder Vertrags-
verlängerung festgestellt (USA)

Gefahr der „Vollkaskoversicherung“: Moral Hazard

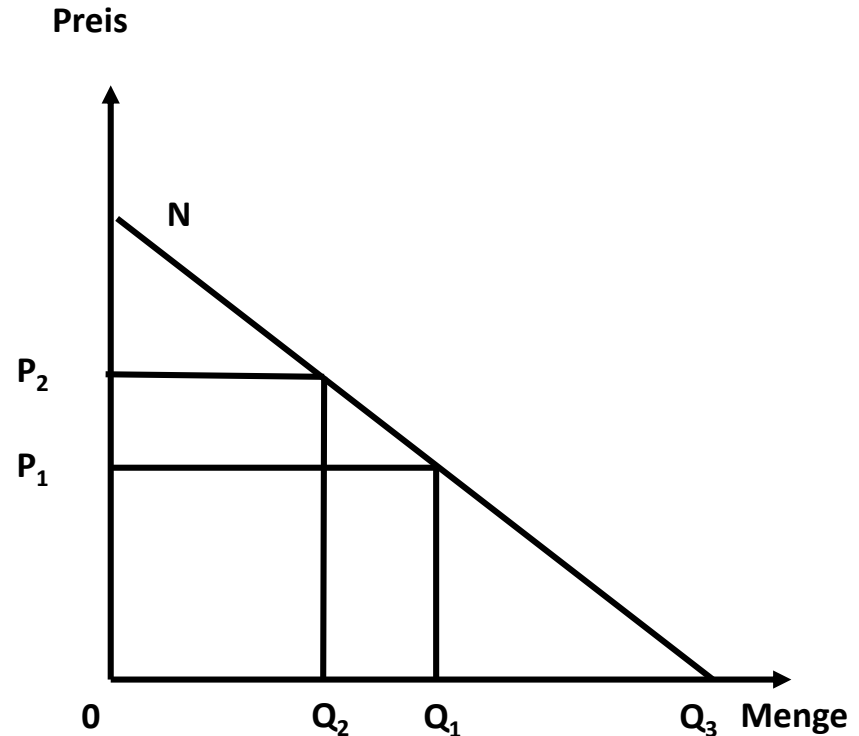


Lösung: Selbstbeteiligung – aber: Problem der Preiselastizität der Nachfrage



I: unelastische Nachfrage

▣ Tarif mit Selbstbeteiligung hat reine Finanzierungsfunktion



II: elastische Nachfrage

▣ Tarif mit Selbstbeteiligung hat (primär) Steuerungs- und (sekundär) Finanzierungsfunktion

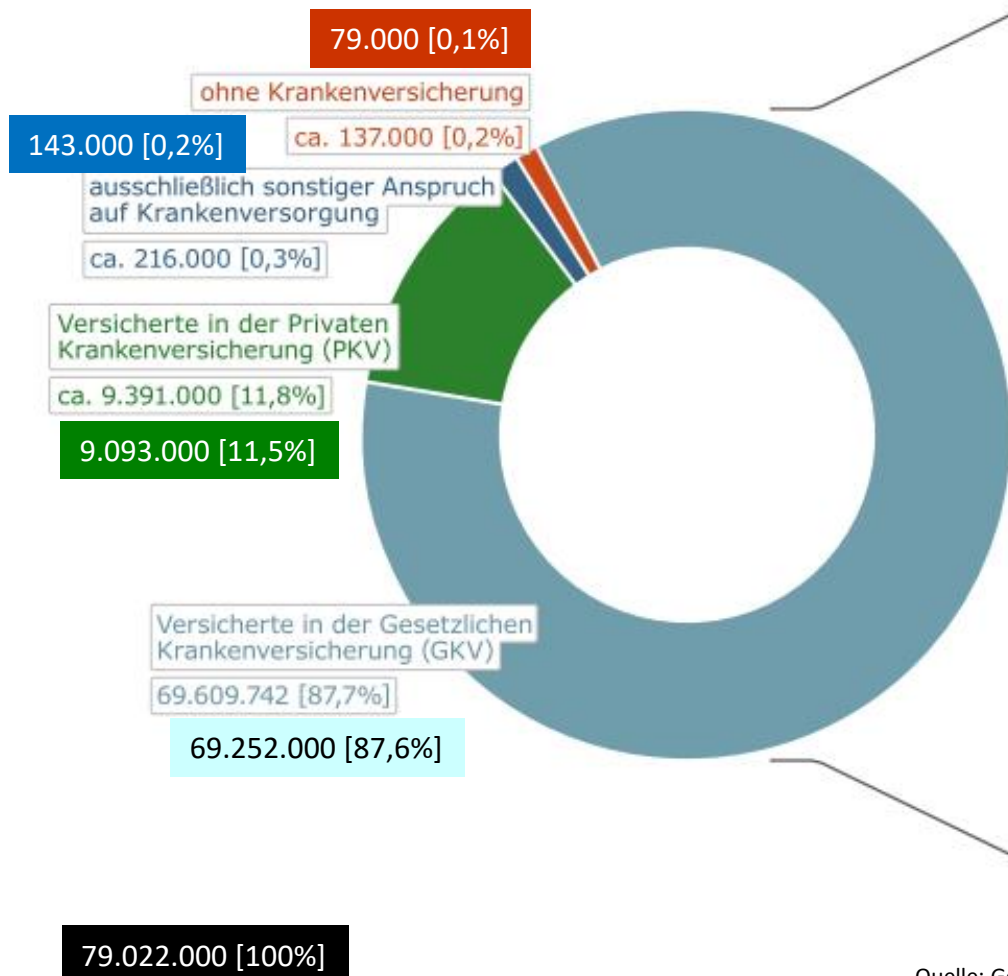
Was ist notwendig für preiselastische Nachfrage?

- Die Höhe der Preisänderung (bzw. des Selbstbehaltes) muss spürbar sein,
- für das betreffende Gut sind Substitute (andere Güter mit vergleichbarem Verwendungszweck) vorhanden,
- das Gut ist für den Versicherten verzichtbar oder auch in reduzierter Form nutzenstiftend, und
- der Versicherte ist in der Lage, autonom über den Konsum zu entscheiden oder den Leistungserbringer in relevanter Weise zu beeinflussen.

Wer ist in Deutschland krankenversichert? Und wer nicht?

Messung 1 (über Mikrozensus)

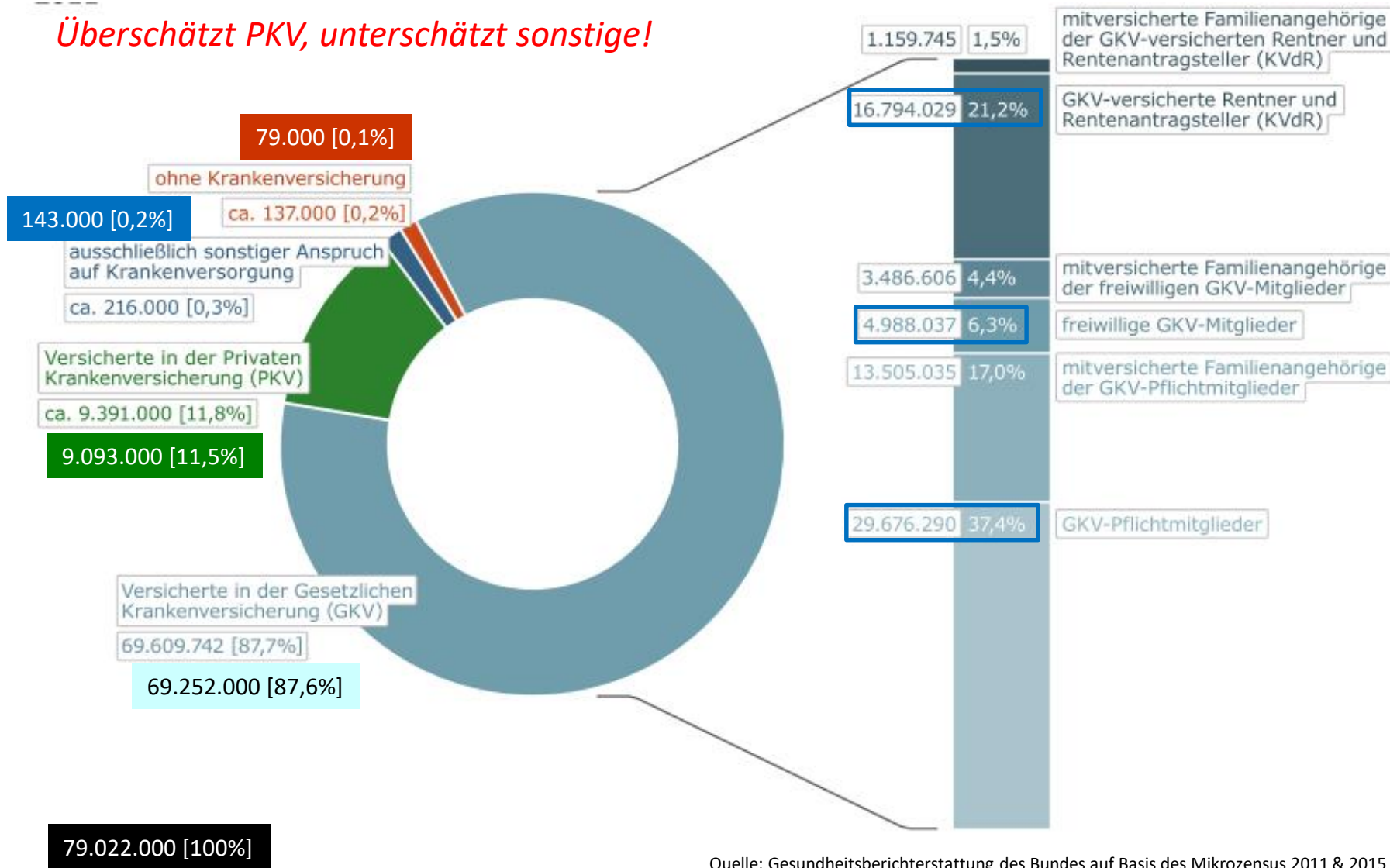
Überschätzt PKV, unterschätzt sonstige!



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes auf Basis des Mikrozensus 2011 & 2015

Messung 1 (über Mikrozensus)

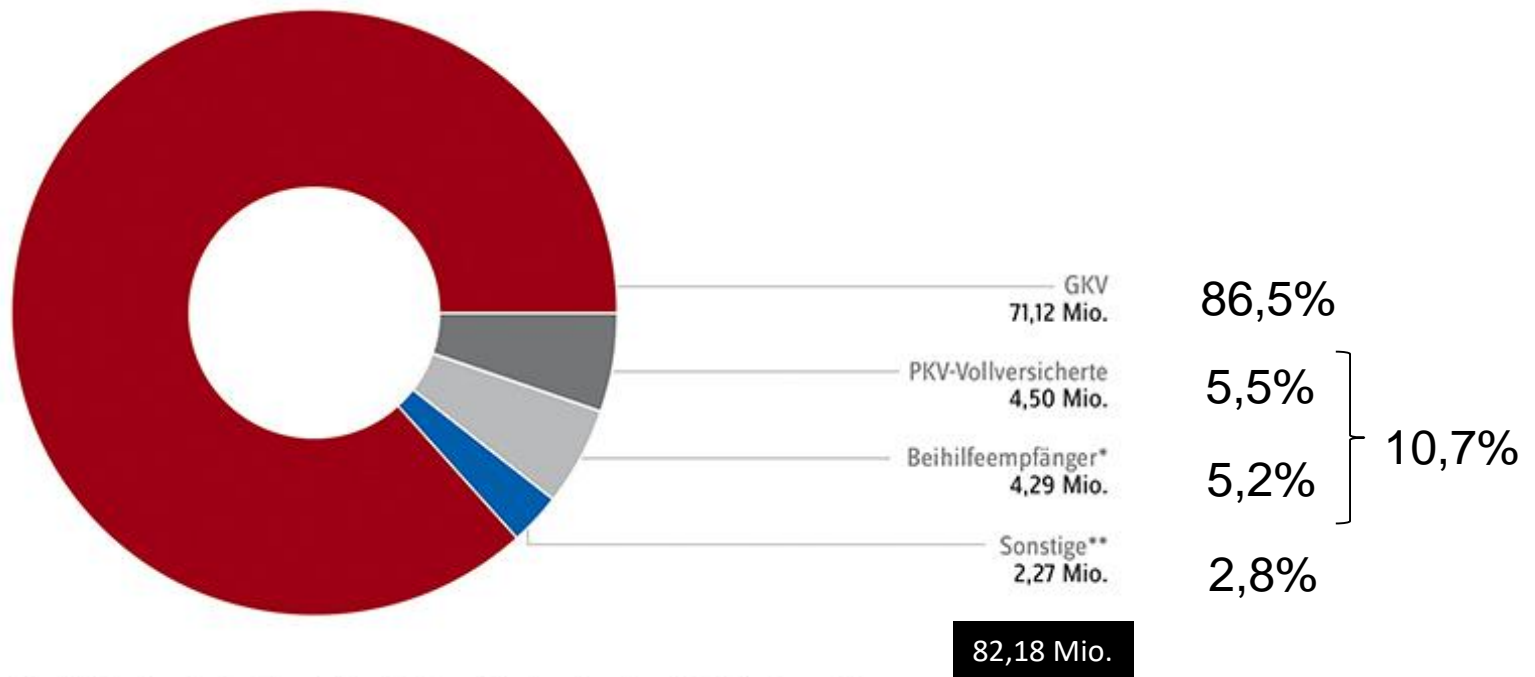
Überschätzt PKV, unterschätzt sonstige!



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes auf Basis des Mikrozensus 2011 & 2015

Messung 2 (über Versichertenzahlen)

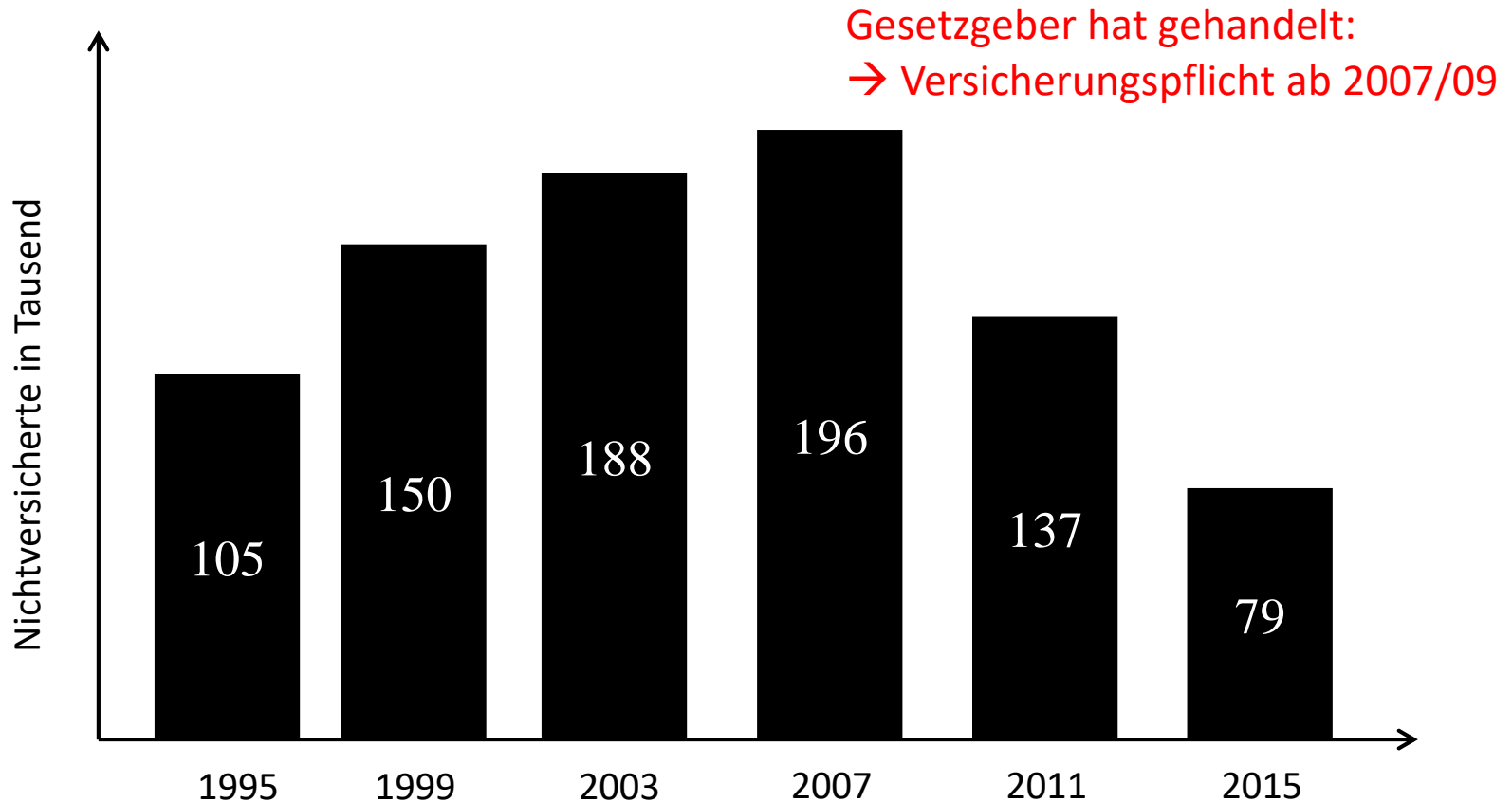
Versicherte je System in Mio.



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50 % und 80 %, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.
** Gefangene, Grenzgänger, Zeit- und Berufssoldaten etc.
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1 zum 1. Dezember 2015, Statistisches Bundesamt, PKV Verband e. V. zum 31. Dezember 2015

Nicht-Versicherte laut Mikrozensus

(vermutlich unterschätzt)



Gesetzliche Krankenversicherung

Man kann der GKV auf **drei** verschiedene Arten angehören:

(1) Versicherungspflicht (§5 SGB V)

(2) freiwillige Versicherung (§9 SGB V)

Anm.: Seit 2007 nur noch „freiwillig“ in der GKV, da ansonsten Versicherung in der PKV verpflichtend!

(3) Familienversicherung (§10 SGB V)

Beachten Sie den terminologischen Unterschied
zwischen

GKV-Mitgliedern (= Beitragszahler)

(ca. 50 Mio. oder

$37 + 6 + 21 = 65\%$ der Bevölkerung [*vgl. Folie 12*])

und

GKV-Versicherten (= Mitglieder + Familienangehörige)

(ca. 70 Mio. oder

$65 + 17 + 4 + 2 =$ knapp 88% der Bevölkerung

[*vgl. Folie 12*])

Versicherungspflichtig sind u.a.:

- Arbeiter, Angestellte, zur Ausbildung Beschäftigte
- Rentner
- Bezieher von Arbeitslosengeld (und -hilfe)
- Landwirte und mitarbeitende Familienangehörige
- Künstler und Publizisten
- behinderte Menschen in Werkstätten etc.
- Studenten
- Seit 1.7.2007 „Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
 - a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
 - b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren“

Insbesondere folgende Personengruppen sind von der Versicherungspflicht in der GKV ausgenommen (*wenn sie GKV-versichert sind/ bleiben, dann „freiwillig“*):

- Arbeitnehmer, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze im letzten Jahr überstiegen hat (*+ Berufsanfänger, deren Einkommen die JAE-Grenze im kommenden Jahr übersteigen wird; für 2018 = **59.400 €***)
- Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche, Personen in beamtenähnlicher Stellung
- Werkstudenten
- Mitglieder geistlicher Genossenschaften
- Personen, die durch das Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften geschützt sind
- Selbständige (Ausnahme: Landwirte und Künstler)
- geringfügig Beschäftigte

Beitragsbemessungsgrenze

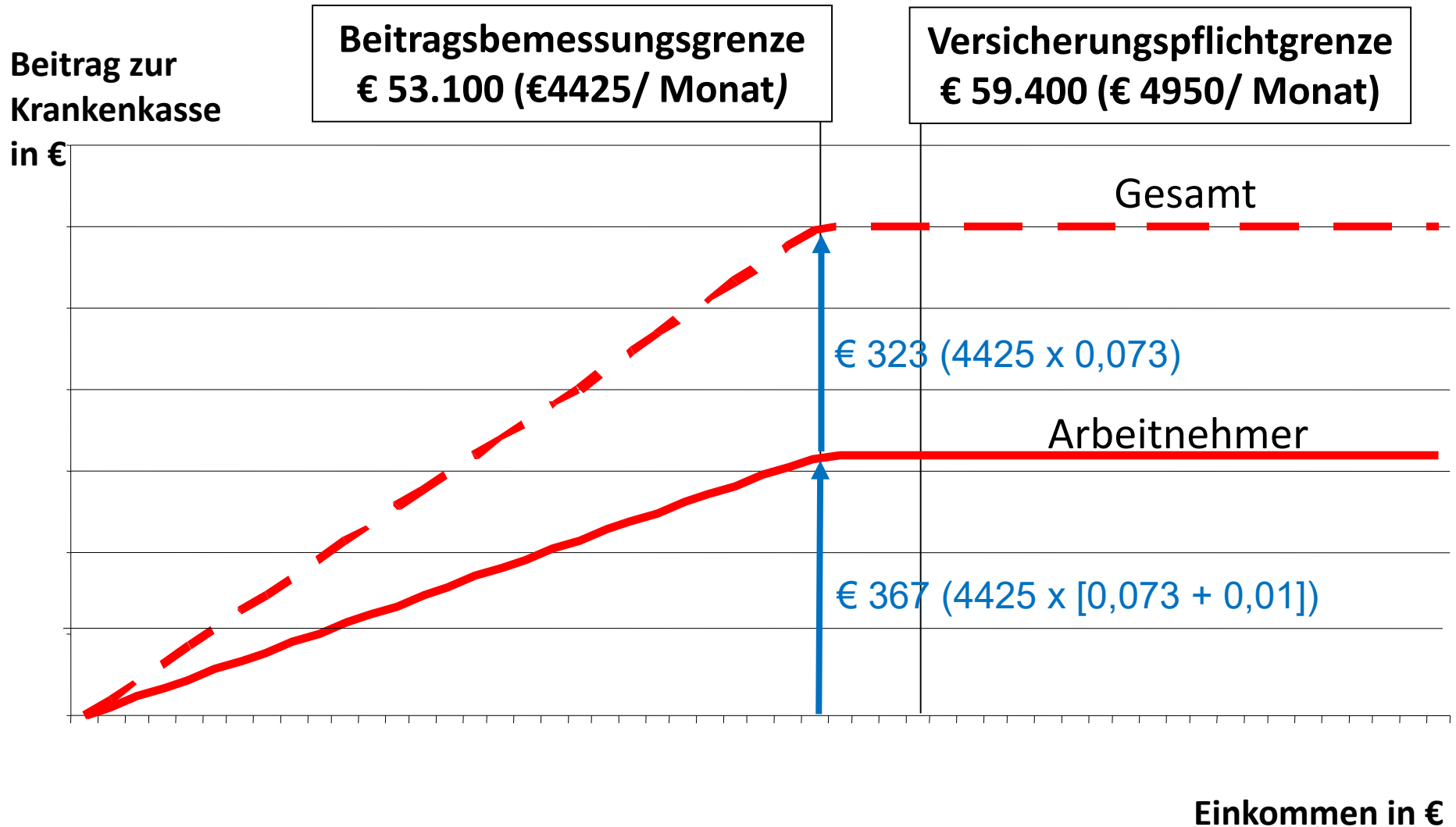
Versicherungspflichtgrenze:

- Synonym für die Jahresarbeitsentgeltgrenze
- beziffert eine Einkommenshöchstgrenze, bis zu der in der GKV Versicherungspflicht besteht

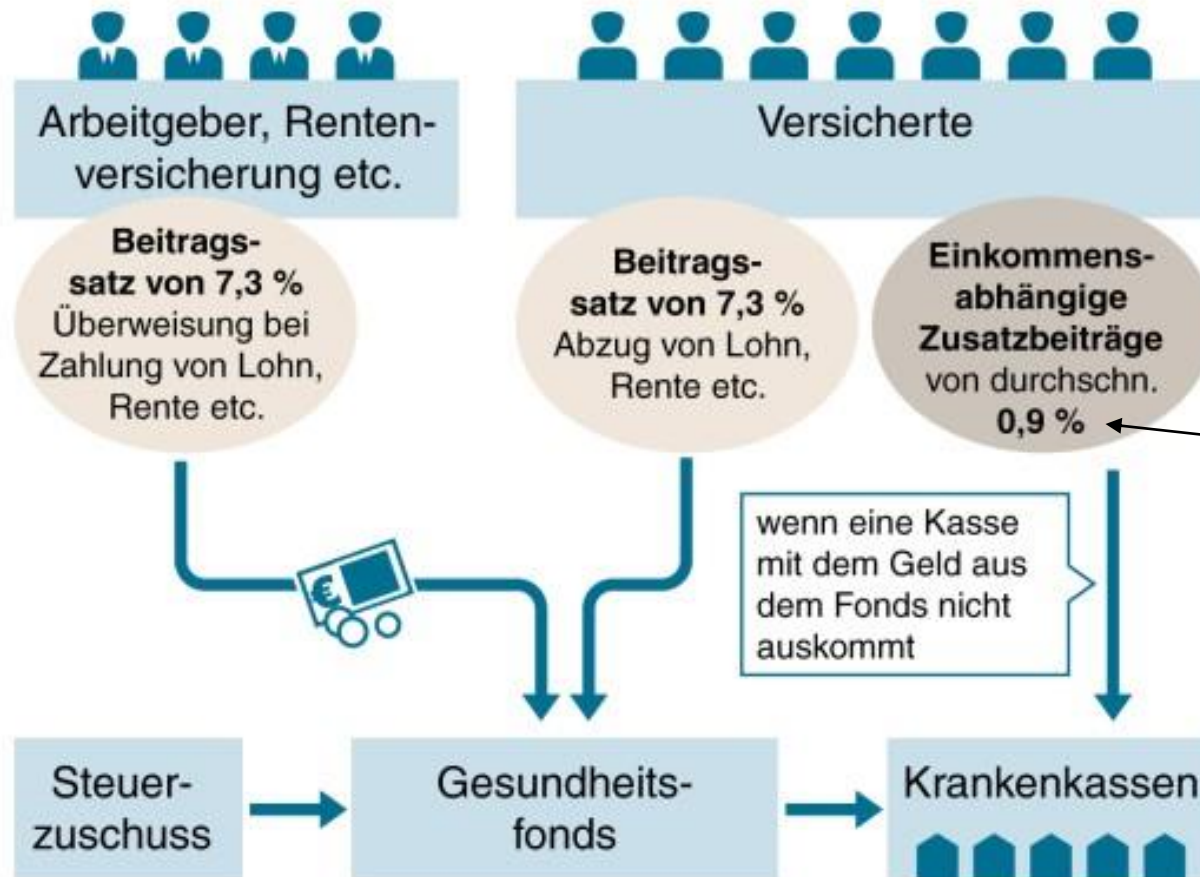
Beitragsbemessungsgrenze:

- Höchstbetrag, bis zu dem die beitragspflichtigen Einnahmen, zur Berechnung des Beitrags zugrunde gelegt werden
- der darüber liegende Teil bleibt bei der Beitragsberechnung unberücksichtigt
- Festlegung einer Beitragsbemessungsgrenze → degressive Beitragsstruktur: Je höher die Einnahmen über der Grenze liegen, desto niedriger wird der Anteil des Beitrags an den Einnahmen

Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze (2017)



Finanzierung der Krankenkassen ab 2015



Zusatzbeitrag wird ab Januar 2019 wieder paritätisch finanziert!

Angabe für 2015; 2016 & 2017 bei 1,1% 2018 bei 1%

dpa•21731

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

- Beiträge zur GKV richten sich nach **Einkommen** (*nicht nach dem Gesundheitsrisiko!*) und Leistungen werden nach medizinischem Bedarf gewährt => **Solidaritätsprinzip**
- **Ehepartner**, deren Erwerbseinkommen €450 monatlich nicht übersteigt, und Kinder sind kostenlos mitversichert
- Abhängigkeit der Beiträge von der **Höhe des Verdienstes aus Erwerbstätigkeit und Leistungen der Renten- oder Arbeitslosenversicherung** (nicht von Ersparnissen, Kapitalerträgen oder sonstigen Einkünften!)
- **Beiträge steigen proportional** mit dem Einkommen bis zu der Beitragsbemessungsgrenze
- gesetzlich fixierter allgemeiner **Beitragssatz von 14,6%**
 - Arbeitnehmer 7,3% des Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze
 - Arbeitgeber zahlt zusätzlich zum Lohn 7,3%
 - Arbeitnehmer zahlt zusätzlich den kassenspezifischen Zusatzbeitrag (2018 durchschnittlich 1%) → erneut paritätische Finanzierung ab 2019
→ **Beitragserhöhungen finden nur hier statt!**

Beitragsaufteilung

	Allgemeiner Beitragssatz (zu 50:50 auf Versicherten und Arbeitgeber verteilt)		Spezieller Beitrags- satz (nur für den Versicherten), per Gesetz festgelegt	Kassenindividueller Zusatzbeitrag von der jeweiligen Krankenkasse festgelegt	
	Bestimmungs- mechanismus	Beitrags- satz		Mechanismus	Sozialausgleich
Bis 30. Juni 2005	von der jeweiligen Krankenkasse festgelegt	Variiert	-	n.z.	-
1. Juli 2005 – 31. Dezember 2008	von der jeweiligen Krankenkasse festgelegt	Variiert	per Gesetz festgelegt 0,9%	n.z.	-
1. Januar – 30. Juni 2009	von der Regierung festgelegt	Generell 14,6%	per Gesetz festgelegt 0,9%	einkommens- <u>un</u> abhängiger Zusatzbeitrag oder Prozentsatz / Bonus	Wenn > € 8 / Monat: max. 1% des Bruttoeinkommens
1. Juli 2009 – 31. Dezember 2010		Generell 14,0%			
1. Januar 2011 – 31. Dezember 2014	per Gesetz festgelegt	Generell 14,6%	per Gesetz festgelegt 0,9%	einkommens- <u>un</u> abhängiger Zusatzbeitrag / Bonus	Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag > 2% des Bruttoeinkommens beträgt, verringert sich der allgemeine Beitragssatz
Seit 1. Januar 2015	per Gesetz festgelegt	Generell 14,6%	von jeweiliger Krankenkasse festgelegt: variiert	einkommensabhäangi- ger Zusatzbeitrag	-
Ab 1. Januar 2019	per Gesetz festgelegt	Generell 14,6%	von jeweiliger Krankenkasse festgelegt: variiert	einkommensabhäangi- ger Zusatzbeitrag	Paritätische Finanzierung

- **Einkommen bis €450 („Minijobs“)**: ist grundsätzlich beitragsfrei, nur Arbeitgeber zahlt pauschalen Beitrag (13% des Bruttoverdienstes an Knappschaft-Bahn-See unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Kasse); damit ist „Minijobber“ jedoch nicht krankenversichert (Versicherung über anderweitige Mitgliedschaften ist notwendig)
- **selbständig erwerbstätige Künstler und Publizisten**: Bundesregierung trägt die Hälfte der Beiträge
- **Studierende** zahlen einen einheitlichen Beitragssatz, von rund 10,22% (ca. 70% des allgemeinen Beitragssatzes von 14,6%) auf den BAföG-Höchstsatz
- **berentete und arbeitslose Personen**: Träger der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung übernehmen die finanzierende Rolle des Arbeitgebers

Private Krankenversicherung

Zwei Versicherungsfelder:

1. Vollversicherung

- „substitutive“ Krankenversicherung
- ersetzt die GKV

2. Zusatzversicherungen

- Einnahmen der PKV durch **risiko-abhängige Prämien**: variieren in Abhängigkeit von Alter sowie medizinischer Vorgeschichte zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses
=> Äquivalenzprinzip
- Bildung von Altersrückstellungen aus den Prämien der Versicherten: Finanzierung der PKV durch **Kapitaldeckung**
- Getrennte Versicherungsprämien für Ehepartner und Kinder
- Arbeitnehmer erhalten von ihrem Arbeitgeber einen **Zuschuss von 50% ihres Beitrags** bis zu einer Obergrenze von 7,3% der GKV-Beitragsbemessungsgrenze *[vgl. Folie 21]*
- **Kostenerstattungsprinzip**, d.h. privat Versicherte müssen medizinische Leistungen i.d.R. direkt zahlen, um anschließend von den Versicherern ihre Kosten erstattet zu bekommen

Gruppen von Personen mit privater Vollversicherung:

- I. Aktive und pensionierte Beamte (diese Gruppe umfasst fast die Hälfte der Privatversicherten)
 - bekommen vom Staat über die Beihilfe mind. 50% ihrer privaten Abrechnungen für Gesundheitsleistungen erstattet
 - sind privat krankenversichert, um den restlichen Anteil abzudecken
- II. Selbständige (aus der GKV ausgeschlossen, sofern sie nicht vor der Selbständigkeit schon GKV-Mitglied waren)
- III. Arbeitnehmer, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet und die sich freiwillig privat versichern

- Leistungsspektrum kann breiter, allerdings auch geringer als in GKV sein und ist abhängig vom gewählten Versicherungspaket
- Individuelle Festlegung des konkreten Leistungsumfangs zwischen Versicherungsnehmer und -unternehmen
- Leistungsausschlüsse möglich

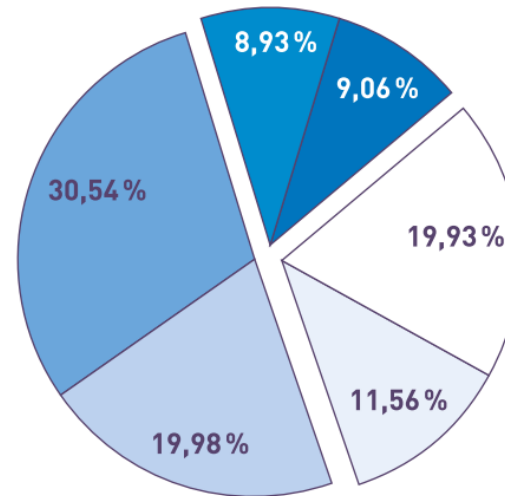
Basistarif

- Seit 2009: private Krankenversicherer sind gesetzlich dazu verpflichtet einen Basistarif anzubieten, der in seinem Leistungsspektrum ebenfalls dem Angebot der GKV entspricht und den GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten darf

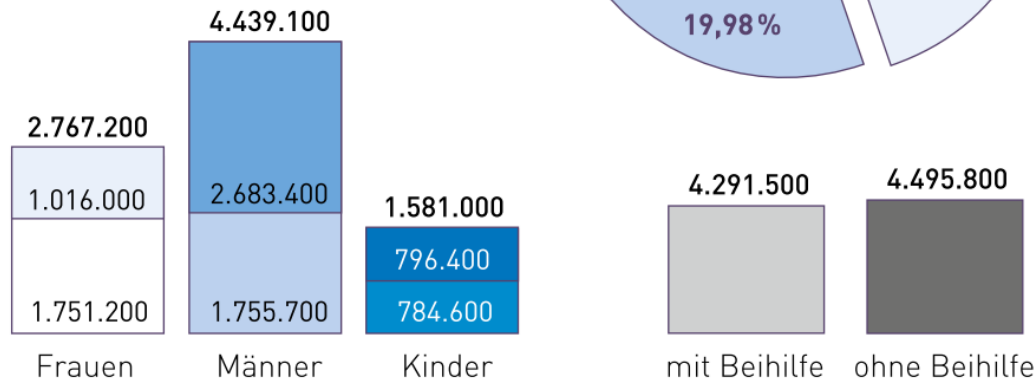
Knapp 50% der PKV-Vollversicherten sind Beamte (ohne Wahl zwischen GKV und PKV)

Versichertenstruktur in der Krankheitsvollversicherung 2015

- Frauen mit Beihilfe
- Frauen ohne Beihilfe
- Männer mit Beihilfe
- Männer ohne Beihilfe
- Kinder mit Beihilfe
- Kinder ohne Beihilfe



absolut



Quelle: Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2015

- Zusatzversicherungen (i.d.R. für GKV-Versicherte)
- Leistungen werden als Geldleistung erstattet, sofern die geforderten Nachweise erbracht werden
- Ziel:
 - Leistungsergänzung des gesetzlichen Leistungskatalogs
 - Höherer Service versicherter Leistungen
 - Abschwächung der Zuzahlungen versicherter Leistungen
- seit 2004 dürfen auch Krankenkassen Zusatzversicherungen der PKV vermitteln, die über den regulären Leistungskatalog hinausgehen

- supplementäre Zusatzversicherungen:
bieten Wahlleistungen, z.B.
Doppelzimmerunterbringung und Chefarztbehandlung
bei stationären Aufenthalten
- komplementäre Zusatzversicherungen:
versichern Kosten bzw. Zuzahlungen für Leistungen,
die nicht oder nicht vollständig vom Hauptversicherer
getragen werden, z.B. im zahnärztlicher Bereich, Hilfs-
und Heilmitteln oder Krankenhausaufenthalten

Entwicklung der Anzahl von Zusatzversicherungen

Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz		2015	2014	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.670.100	3.573.500	+96.600	+2,7
	Männer	2.865.900	2.793.600	+72.300	+2,6
	Kinder	1.333.800	1.364.600	-30.800	-2,3
	insgesamt	7.869.800	7.731.700	+138.100	+1,8
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.666.600	2.626.800	+39.800	+1,5
	Männer	1.883.000	1.841.200	+41.800	+2,3
	Kinder	1.428.500	1.402.800	+25.700	+1,8
	insgesamt	5.978.100	5.870.800	+107.300	+1,8
Zahntarife	Frauen	7.533.600	7.199.000	+334.600	+4,6
	Männer	5.729.100	5.469.900	+259.200	+4,7
	Kinder	1.687.300	1.742.100	-54.800	-3,1
	insgesamt	14.950.000	14.411.000	+539.000	+3,7
insgesamt¹	Frauen	9.359.800	9.113.700	+246.100	+2,7
	Männer	7.101.000	6.923.700	+177.300	+2,6
	Kinder	2.423.500	2.473.800	-50.300	-2,0
	insgesamt	18.884.300	18.511.200	+373.100	+2,0

Ca. 26% der GKV-Versicherten

Quelle: Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2015

	GKV	PKV
Ohne rechtliche Wahlmöglichkeit	Pflichtversicherte: 75% der Bevölkerung	Ohne GKV-Versicherungsanspruch (z.B. Selbständige ohne vorherige GKV-Versicherung)
Mit rechtlicher Wahlmöglichkeit	Nicht GKV-Versicherungspflichtige: ca. 20% der Bevölkerung - Bruttomonatsentgelt über Versicherungspflichtgrenze - Beamte - Selbständige (mit GKV-Vorversicherung)	
Ohne faktische Wahlmöglichkeit (keine rechtlichen, aber finanzielle Hürden)	Freiwillig Versicherte mit: - höherem Lebensalter - vielen (aktuell oder geplant) mitzuversichernden Familienangehörigen - relevanten Vorerkrankungen	Beihilfeberechtigte Beamte: ca. 5% der Bevölkerung
Mit tatsächlicher Wahlmöglichkeit (aber nur in Richtung PKV)	Personen mit: - niedrigem Lebensalter - keinen/wenigen mitzuversichernden Familienangehörigen - keinen relevanten Vorerkrankungen Um diese Gruppe wird Wettbewerb zwischen GKV und PKV geführt.	

Quelle: Jacobs/Schulze, Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre? in: GGW 1/2004 (Januar), 4. Jg, S.11.