

MScPH-Basismodul

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“

(Einführung in das Management im Gesundheitswesen)

Wrap-up 18.11.2019

Juliane Winkelmann/ Anne Spranger

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

&

European Observatory on Health Systems and Policies



Themen der bisherigen Veranstaltungen:

- 1) Krankenversicherung, wie z.B. Private vs. Gesetzliche Krankenversicherung, Versichertenkreis
- 2) Äußere Finanzierung, wie z.B. Gesundheitsausgaben; Finanzierungsquellen und Ströme; Risikostrukturausgleich

Aufgabe:

- A) Welches **Kapitel des SGB V** beinhaltet die Leistungen, die gesetzlich in den **Leistungskatalog** der GKV eingeschlossen sind?
- B) Für welche Bereiche innerhalb des Leistungskatalogs der GKV bestehen detailliertere **Bestimmungen** und für welche nicht?
- C) Für welchen Bereich im Leistungskatalog gibt es eine **Negativliste**?
- D) Gibt es Bereiche die **nicht Teil** des Leistungskataloges sind?

Lösung:

A) Kapitel 3 SGB V

B) eher allgemein gehalten: z.B. Regelungen für Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung; detaillierte Bestimmungen: z.B. zahnärztliche, insb. zahnprothetische Leistungen

C) Medizinische Hilfsmittel (zur direkten Anwendung am Patienten)

D) Alternative Heilverfahren (mit Ausnahmen)

Aufgaben:

- Nennen Sie die **zwei wesentlichen** Funktionen der Krankenversicherung.
- Erklären Sie kurz den Unterschied **zwischen GKV-Mitgliedern und GKV-Versicherten**.

Lösung

- Wesentlichen Funktionen der Krankenversicherung:
 1. Sicherstellung des Lebensunterhalts im Krankheitsfall, („Krankengeld“ bzw. Lohnfortzahlung durch Arbeitgeber)
 2. Aufkommen für Kosten der Gesundheitsversorgung

Lösung

- Unterschied zwischen GKV-Mitgliedern und GKV-Versicherten
 - **GKV-Mitgliedern**
 - (= Beitragszahlern; ca. 50 Mio. oder $37 + 6 + 21 = 65\%$ der Bevölkerung)
 - und
 - **GKV-Versicherten**
 - (ca. 70 Mio. oder $65 + 17 + 4 + 2 =$ knapp 88% der Bevölkerung)

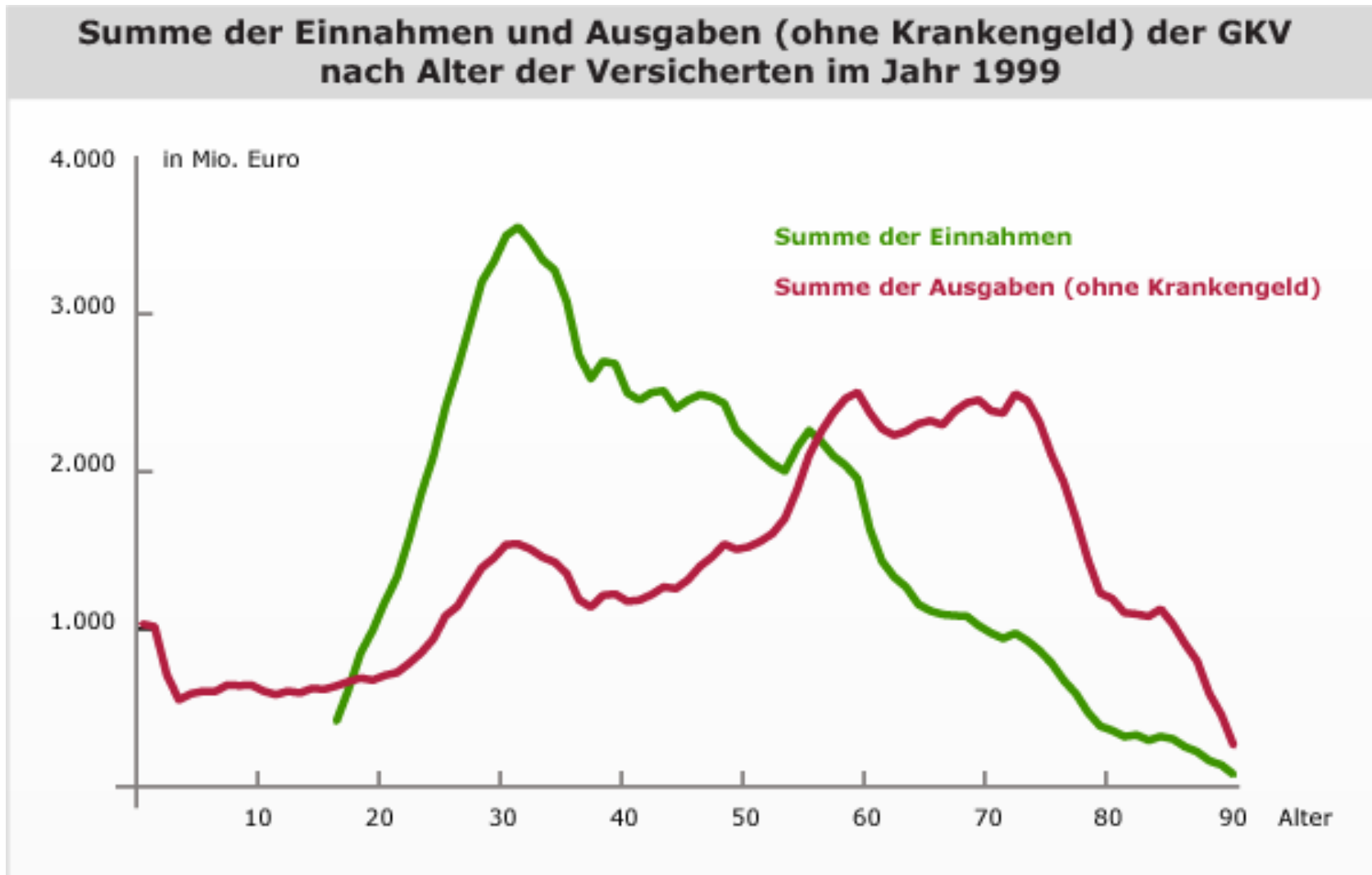
Aufgabe/Frage:

- Beschreiben Sie das **Solidaritätsprinzip** und wie sich dieses vom **Äquivalenzprinzip** unterscheidet.
- In welchem **Leistungsbereich** der GKV gilt das Äquivalenzprinzip?

Lösung:

Das **Solidaritätsprinzip** beschreibt die Solidarität als grundlegendes Prinzip der Sozialversicherung. Dies bedeutet, dass **ein Bürger nicht allein für sich verantwortlich ist, sondern sich die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft gegenseitig Hilfe und Unterstützung gewähren und** die zu versichernden Erkrankungsrisiken von allen Versicherten gemeinsam getragen werden. Das Solidaritätsprinzip, auch Solidarprinzip, ist die strukturelle Basis der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**.

Diesem steht das **Äquivalenzprinzip** der **privaten Krankenversicherung** (bzw. auch bei Feuer –oder Hausratsversicherung) gegenüber. Äquivalent heißt es, weil die **Höhe des Beitrags vom individuellen Risiko** (Alter & Gesundheitszustand zu Beginn) und dem **Leistungsspektrum abhängt**. Die Prämie ist also dem Risiko äquivalent.



Im Alter steigen die PKV Beiträge

Lösung:

- Äquivalenzprinzip in GKV: Krankengeld
- Rentenversicherung und Unfallversicherung: Äquivalenzprinzip

Aufgabe:

- Welche **Formen der Zusatzversicherungen** innerhalb der Privaten Krankenversicherung gibt es?
- Um welche **Personengruppe** wird zwischen GKV und PKV ‚gerangelt‘?

Lösung

- 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

Lösung:

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.

Aufgabe:

- Erläutern Sie was man zwischen Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze versteht.

Aufgabe:

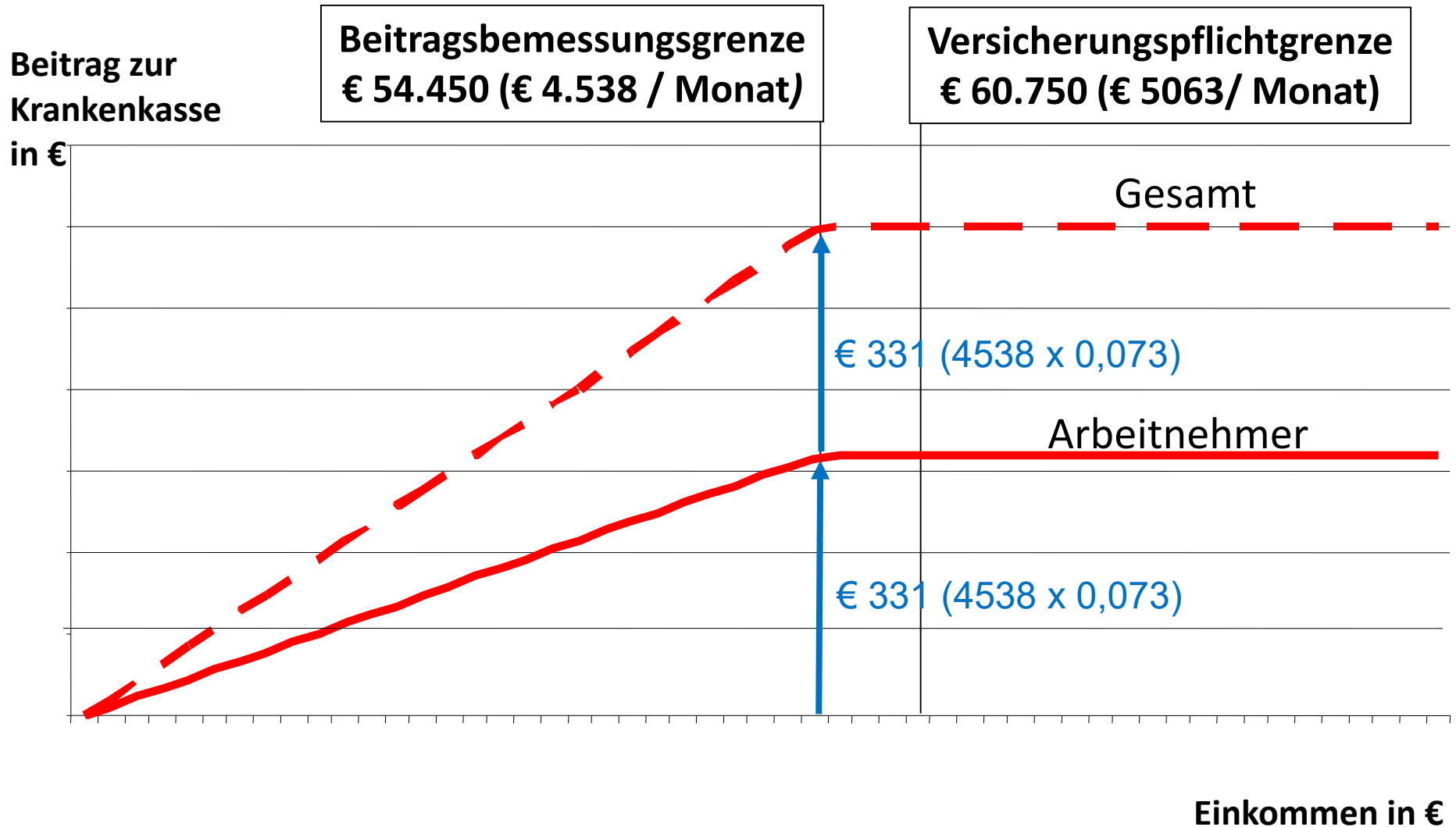
Versicherungspflichtgrenze:

- 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 (2019)



Aufgabe:

- Erläutern Sie das Konzept des **Moral Hazard** und welche Formen es gibt.

Lösung:



Definition

Krankenversicherungen bzw. staatliche Versorgungssysteme verleiteten Menschen dazu, **mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen**.

Da die einzelnen Versicherten die Gegenleistungen für ihre Steuer- oder Beitragszahlungen nicht abschätzen könnten und ihre Beiträge unabhängig von der individuellen Leistungsanspruchnahme seien, sei jeder Versicherte bestrebt, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Ein solches Verhalten sei nicht unmoralisch, sondern ökonomisch rational.

Ex ante Moral Hazard:

Weil man versichert ist, lässt man weniger Vorsicht walten (zu wenig Prävention, Leichtsinn, gesundheitsgefährdender, Lebensstil) und macht damit den Eintritt des Schadensfalles wahrscheinlicher (oder die Höhe des möglichen Schadens größer), da die Solidargemeinschaft für Kosten aufkommt.



Ex post Moral Hazard:

Da die Kosten bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen keine Rolle spielen, besteht die Gefahr, dass Patienten zu viele Leistungen nachfragen.

=> Vollkasko mentalität/ fehlendes Kostenbewusstsein