

MScPH-Basismodul

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

Thema 4: Krankenversicherung

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



Datum	Inhalt der Lehrveranstaltung	Dozent/in
14.10.2019	Politische Grundlagen	Blümel
21.10.2019	Ökonomische Grundlagen	Spranger
28.10.2019	Das deutsche Gesundheitssystem	Blümel
04.11.2019	Krankenversicherung	Spranger
11.11.2019	Äußere Finanzierung	Blümel
18.11.2019	Ambulanter Sektor	Blümel
25.11.2019	Stationärer Sektor	Geissler
02.12.2019	Innere Finanzierung	Spranger
09.12.2019	Pflege und Langzeitversorgung	Blümel
16.12.2019	Exkursion Bundestag	Spranger/ Blümel
06.01.2020	Integrierte Versorgung	Struckmann
13.01.2020	Arzneimittelsektor	Henschke
20.01.2020	E-Health	Stephani
27.01.2020	Gesundheitswirtschaft	Spranger
03.02.2020	Zusammenfassung	Spranger/Blümel
19.02.2020	Klausur von 10-12 Uhr	Spranger/ Blümel

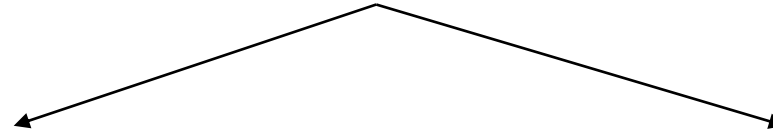
- Vorüberlegungen zum Krankenversicherungsschutz
- Gesetzliche Krankenversicherung
 - Versichertenkreis
 - Beiträge
- Private Krankenversicherung

(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

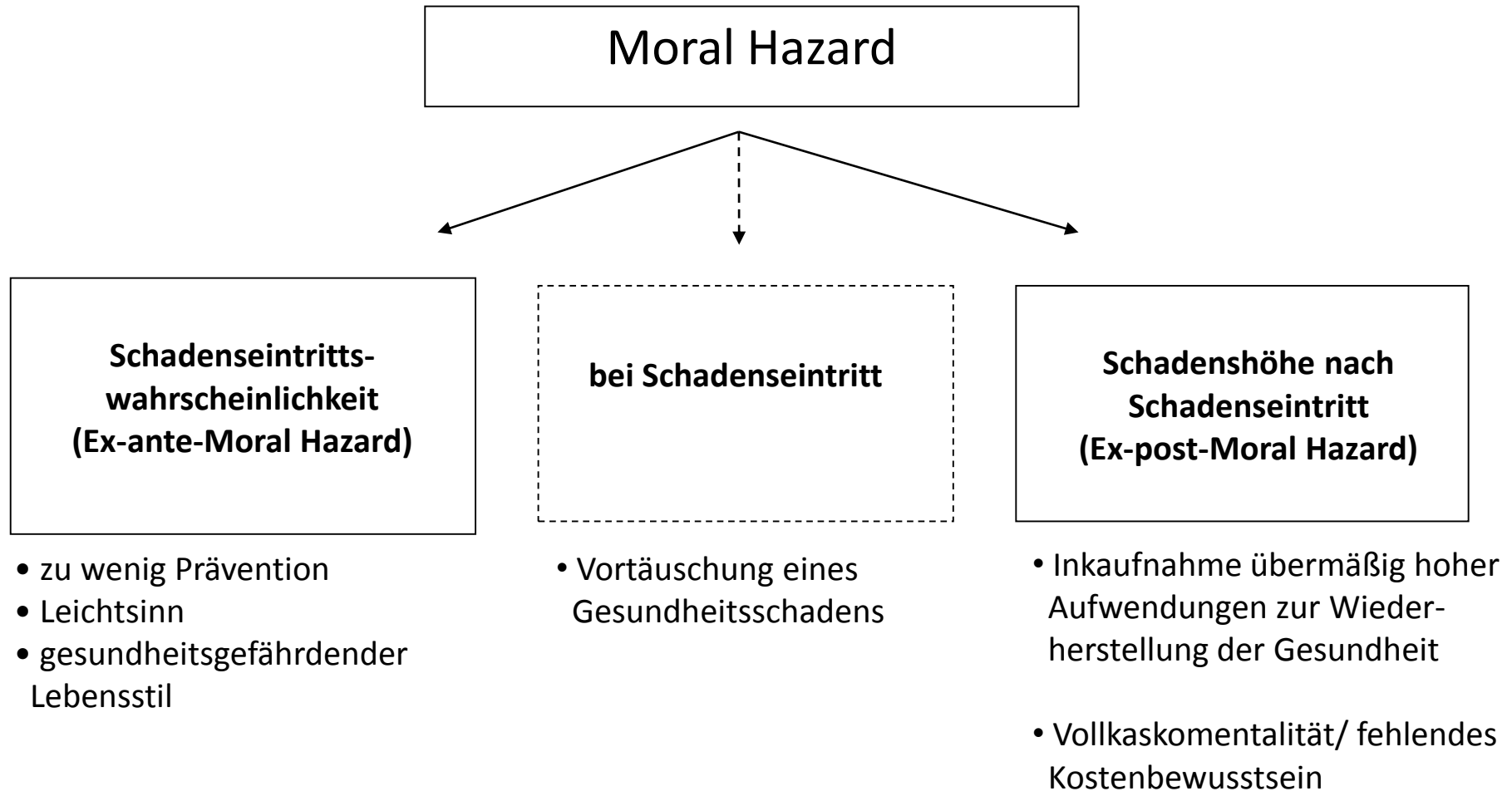
- einkommensabhängig als %-Satz
- einkommensunabhängig
(Kopfpauschale)

**Krankenversicherung primär
als individueller Schutz**

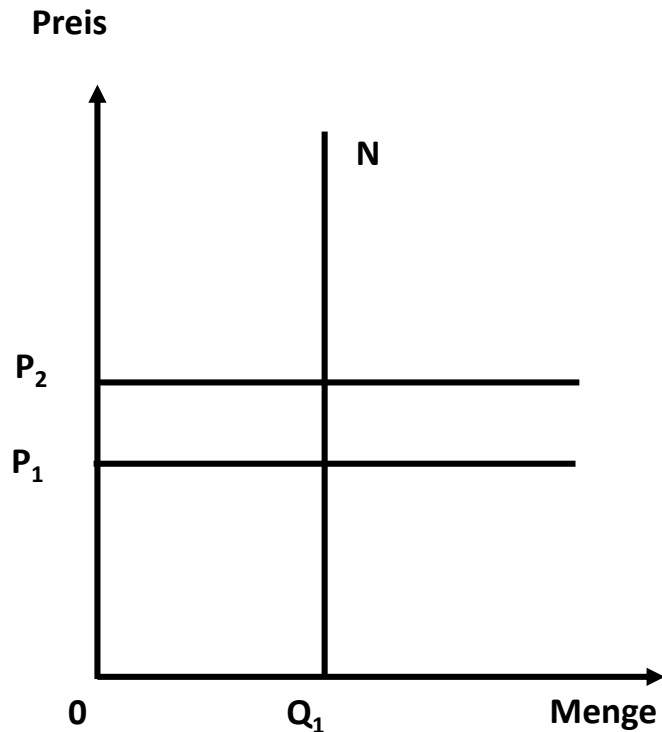
→ erfordert (u.a. unter EU-Recht) risiko-
abhängige Beiträge

- 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

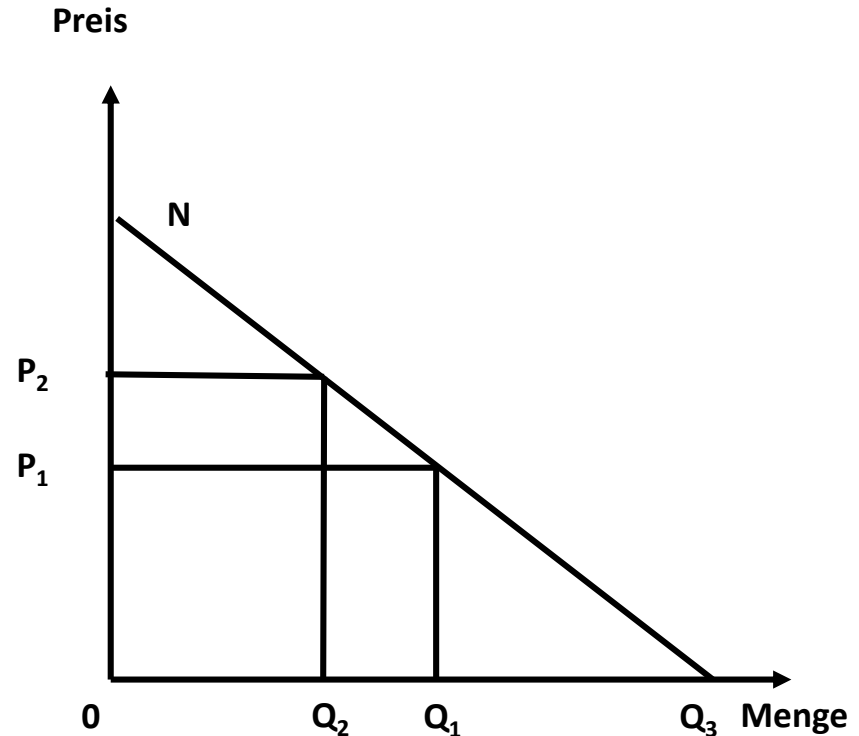


Lösung: Selbstbeteiligung – aber: Problem der Preiselastizität der Nachfrage



I: unelastische Nachfrage

➤ Tarif mit Selbstbeteiligung hat reine Finanzierungsfunktion



II: elastische Nachfrage

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

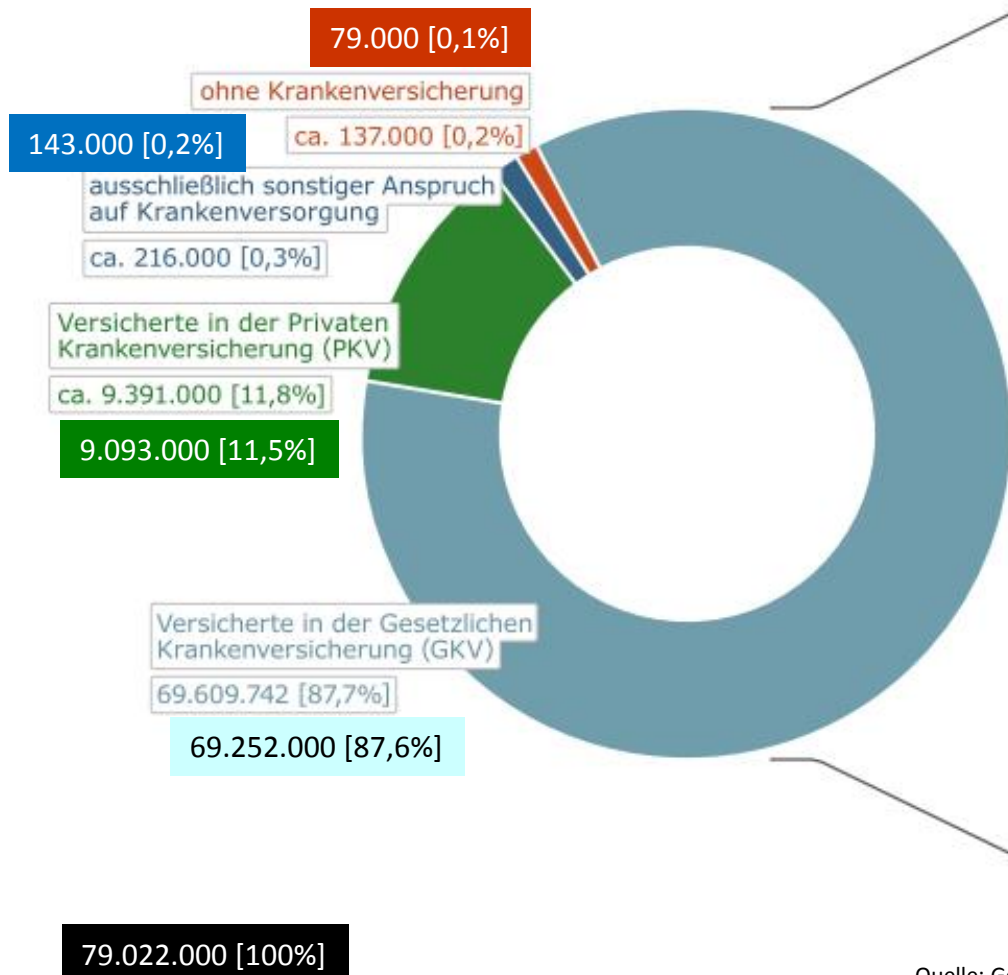
Was ist notwendig für preiselastische Nachfrage?

- 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)

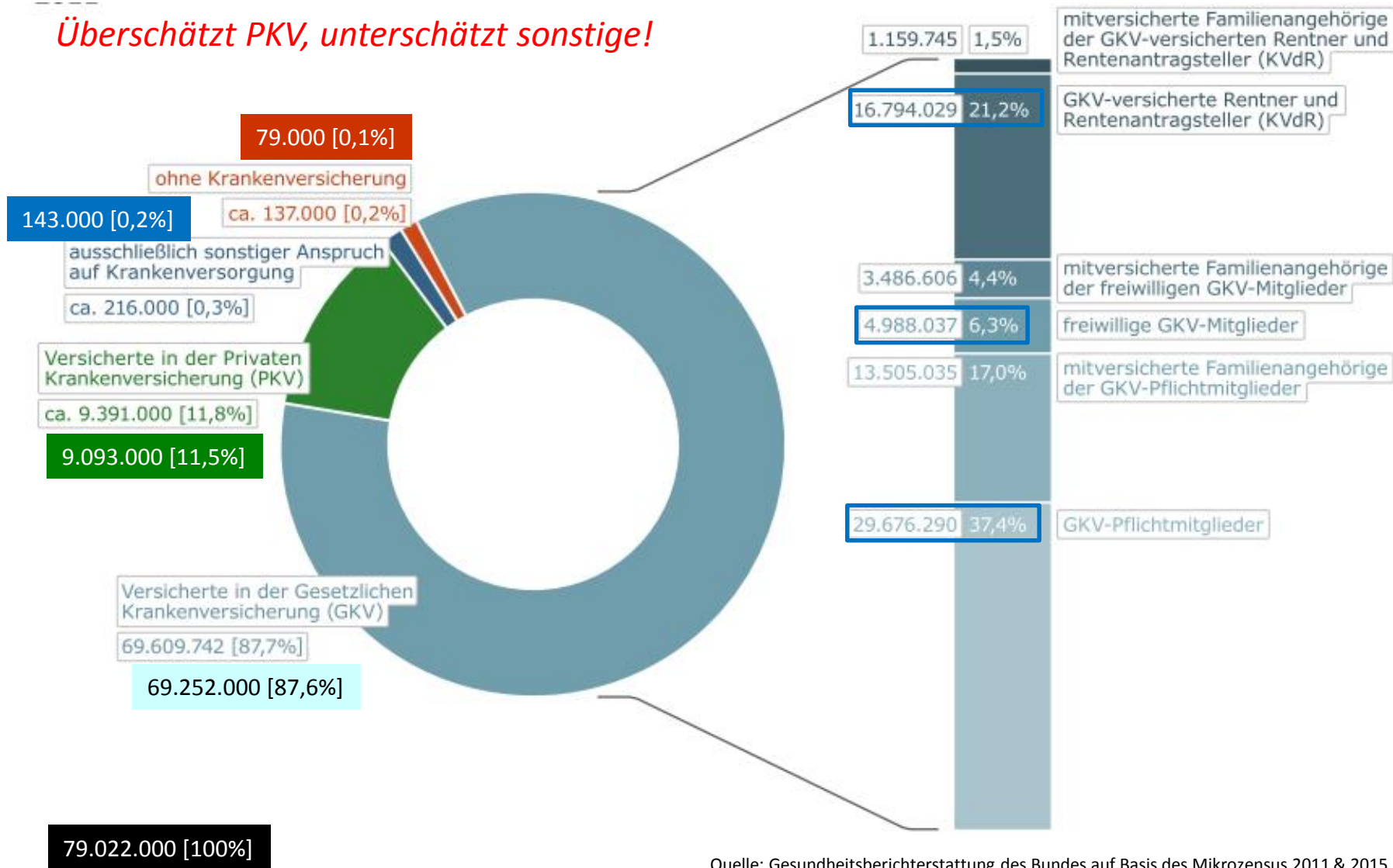
Überschätzt PKV, unterschätzt sonstige!



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

Messung 1 (über Mikrozensus)

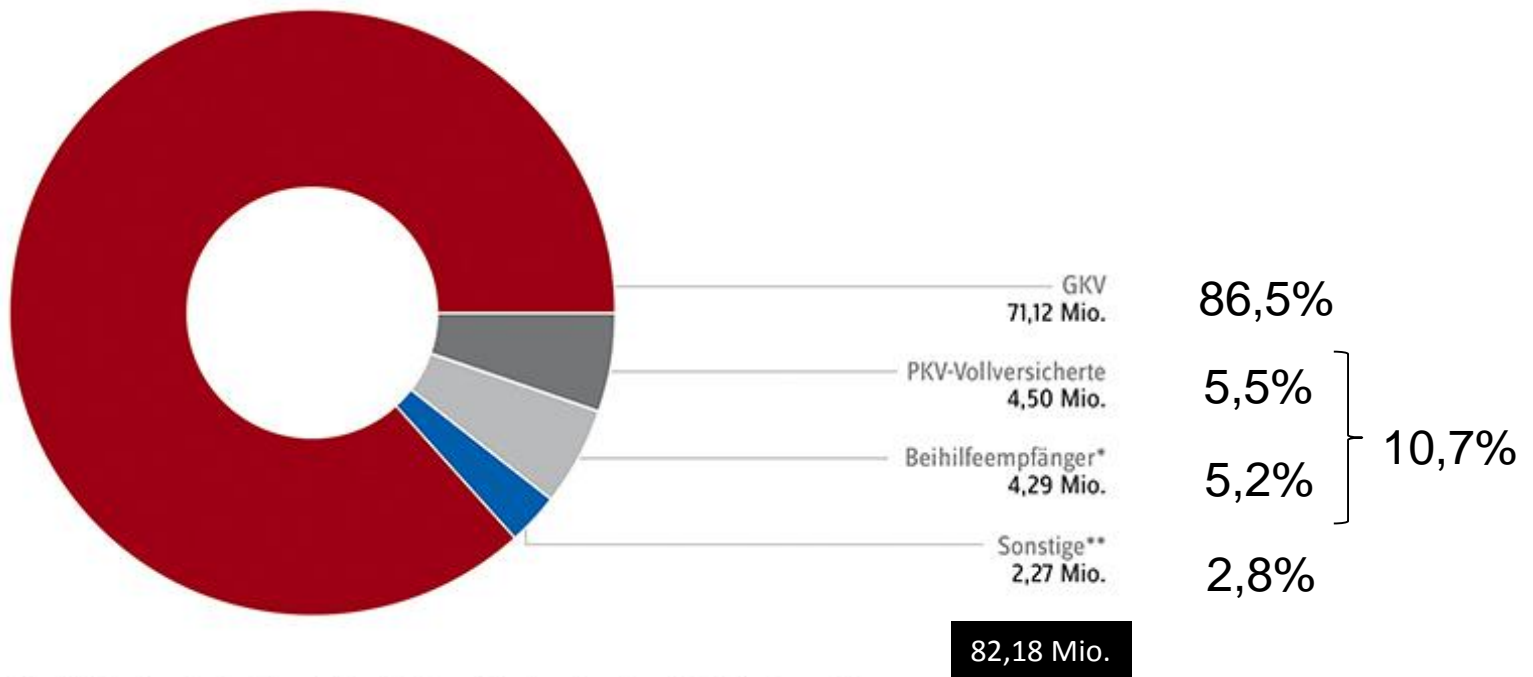
Überschätzt PKV, unterschätzt sonstige!



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

Messung 2 (über Versichertenzahlen)

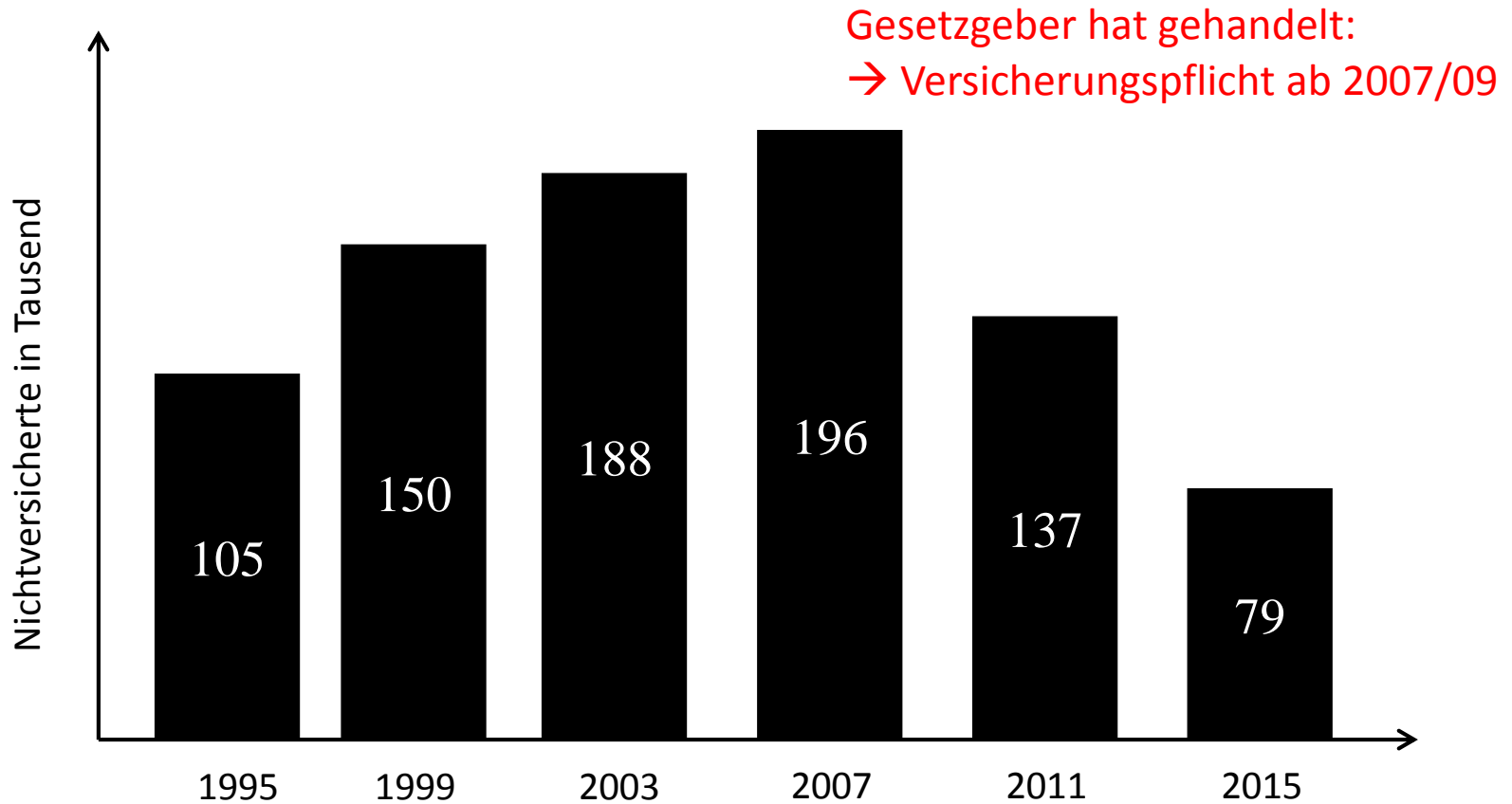
Versicherte je System in Mio.



* 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 2019 = **60.750 €***)
- 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

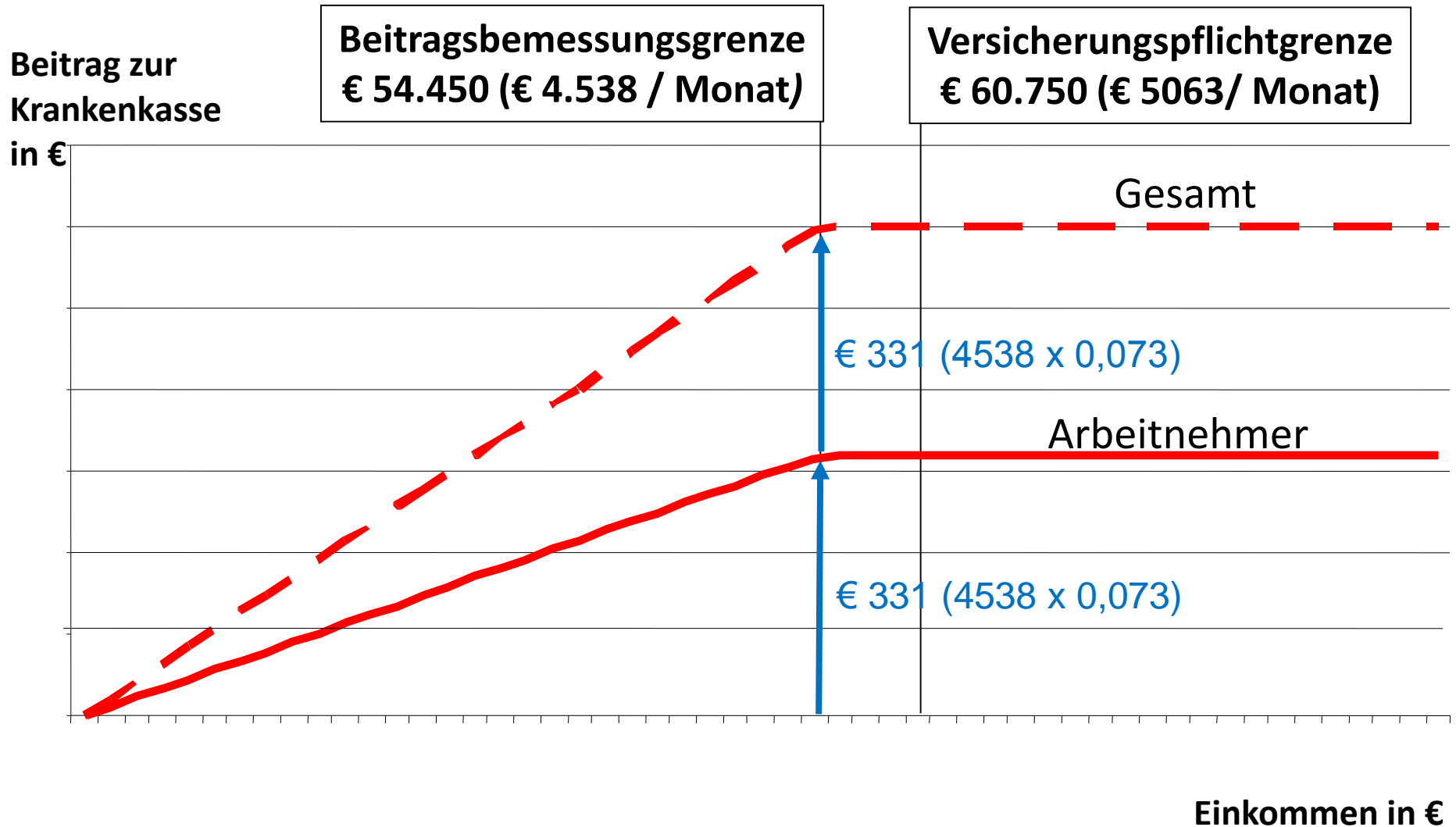
Versicherungspflichtgrenze:

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

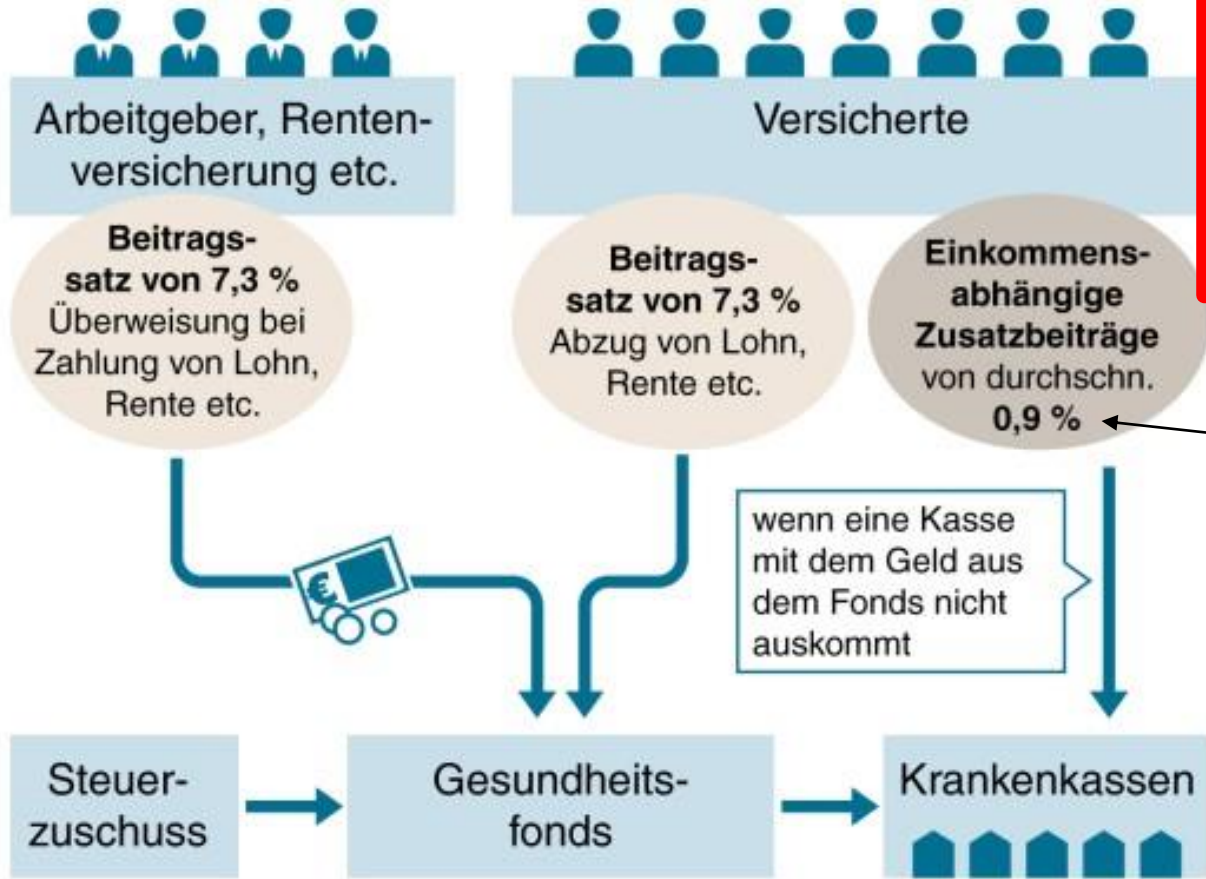
Beitragsbemessungsgrenze:

- 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 (2019)



Finanzierung der Krankenkassen ab 2015



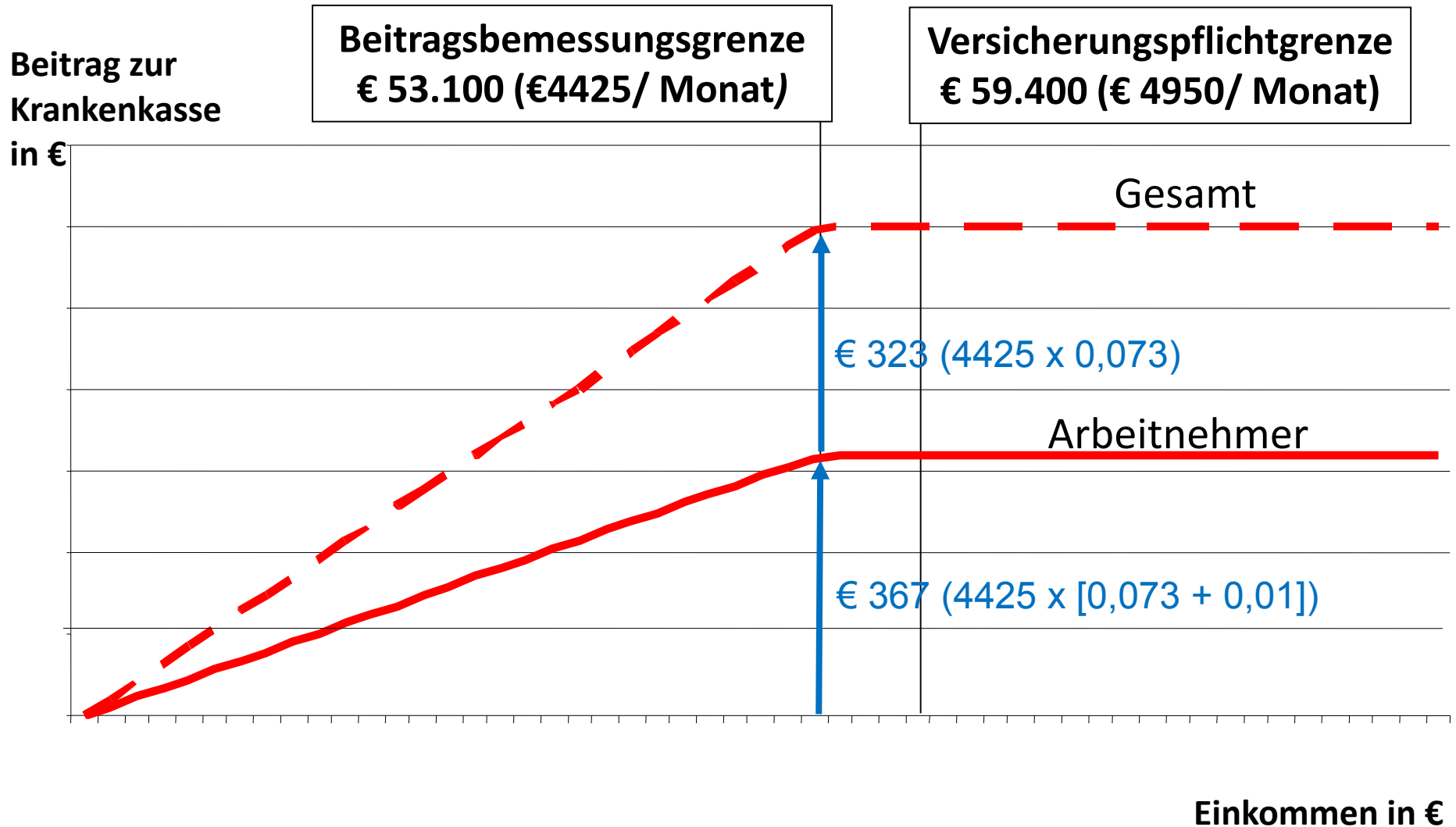
Zusatzbeitrag wird ab Januar 2019 wieder paritätisch finanziert!

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

dpa•21731

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze (2017)



- 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:

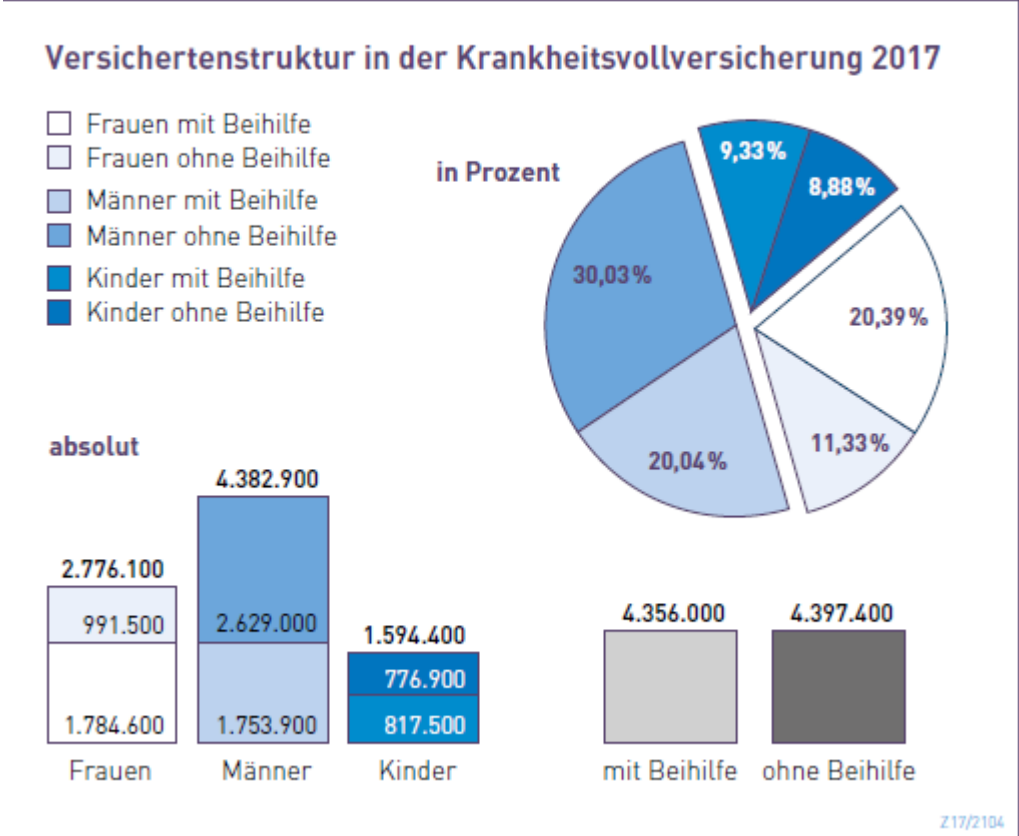
- I. Aktive und pensionierte Beamte (diese Gruppe umfasst fast die Hälfte der Privatversicherten)
 - bekommen vom Staat über die Beihilfe mind. 50% ihrer privaten Abrechnungen für Gesundheitsleistungen erstattet
 - sind privat krankenversichert, um den restlichen Anteil abzudecken
- II. Selbständige (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 beihilfeberechtigt



Quelle: Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2017

- 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		2017	2016	Veränderung absolut in Prozent	
ambulante Tarife	Frauen	3.789.900	3.704.300	+85.600	+2,31
	Männer	2.947.900	2.884.500	+63.400	+2,20
	Kinder	1.285.400	1.331.000	-45.600	-3,43
	insgesamt	8.023.200	7.919.800	+103.400	+1,31
Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus	Frauen	2.734.000	2.711.700	+22.300	+0,82
	Männer	1.959.500	1.926.900	+32.600	+1,69
	Kinder	1.418.600	1.420.000	-1.400	-0,10
	insgesamt	6.112.100	6.058.600	+53.500	+0,88
Zahntarife	Frauen	7.978.100	7.780.000	+198.100	+2,55
	Männer	6.077.500	5.914.600	+162.900	+2,75
	Kinder	1.609.600	1.677.300	-67.700	-4,04
	insgesamt	15.665.200	15.371.900	+293.300	+1,91
insgesamt¹	Frauen	9.765.900	9.503.900	+262.000	+2,76
	Männer	7.427.400	7.208.700	+218.700	+3,03
	Kinder	2.390.200	2.423.200	-33.000	-1,36
	insgesamt²	19.583.500	19.135.800	+447.700	+2,34

Ca. 28% der GKV-Versicherten

1 Ein Versicherter kann durchaus mehrere Tarife gleichzeitig abschließen und ebenso nachträglich einzelne Tarife kündigen oder weitere hinzunehmen. Entsprechend wird er in den einzelnen Tarifarten mitgezählt. In der Gesamtposition wird er jedoch nur einmal registriert und auch die Veränderungen im Versicherungsschutz bleiben unberücksichtigt, sofern nur ein Unternehmen betroffen ist.

2 Die Gesamtzahl 2017 entspricht aufgrund von Rundungen nicht der Summe der Einzelpositionen.

	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.