

Einführung in **das deutsche Gesundheitswesen**



Teil 5: Leistungen der GKV, Finanzaufgaben, Gesundheitsmarkt als relevanter Wirtschaftsfaktor

Überblick über die 6-teilige Serie

- Teil 1: Gesamtüberblick über die Marktteilnehmer des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes
- Teil 2: Übersicht über die Verbandsstrukturen und die wesentlichen Akteure
- Teil 3: Finanzierung des Gesundheitswesens und Verteilung der Mittel
- Teil 4: Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung
- Teil 6: Ineinandergreifen des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes

Die Grundprinzipien der GKV (sowie der PKV) haben wir in der vergangenen Ausgabe ausführlich vorgestellt. Versicherte zahlen Beiträge an die GKV und erhalten im Gegenzug definierte Leistungen, z.B. Behandlungen bei medizinischen Leistungserbringern im Krankheitsfall. Zwischen den Leistungserbringern und der GKV besteht eine Vertragsbeziehung, in der die Bezahlung der erbrachten Leistungen geregelt ist. Knapp 90% der Bürger in Deutschland sind in einer GKV versichert. In dieser Ausgabe widmen wir uns dem System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Gesetzgebung gibt den Rahmen für das Gesundheitswesen vor, in dem die jeweiligen Akteure handeln und selbstverwaltend tätig sind (ausführliche Infos hierzu finden Sie in Ausgabe 11/2016). Als wesentliche Aufgabe der Krankenversicherungen ist gesetzlich beschrieben, dass diese „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie die Versicherten aufzuklären, zu beraten und auf eine gesunde Lebensführung hinzuwirken“ haben. Im Fünften Sozialgesetzbuch ist definiert, in welchen Fällen GKV-Versicherten Leistungen zustehen. Hierzu zählen:

1. **Bei Schwangerschaft/Mutterschutz**
 - Ärztliche Betreuung, Versorgung mit notwendiger Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe und Mutterschaftsgeld
2. **Zur Verhütung von Krankheiten bzw. deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch**
 - Prävention und Selbsthilfe, medizinische Vorsorgeleistungen, prophylaktische Maßnahmen, Empfängnisverhütung*, Schwangerschaftsabbruch* und Sterilisation* (Kassenleistung bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen)
3. **Zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken sowie zur Früherkennung von Krankheiten**
 - Vorsorgeuntersuchungen
4. **Zur Behandlung einer Krankheit**
 - Krankengeld (auch bei Erkrankung des Kindes)
 - Behandlung im Krankheitsfall (ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Kieferorthopädie, häusliche Pflege, Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung sowie Hospizleistungen ...)
5. **Leistungsarten des pers. Budgets**
 - Zur Rehabilitation sowie für ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern
 - Die notwendige Mitnahme einer weiteren Person im Falle einer stationären Behandlung

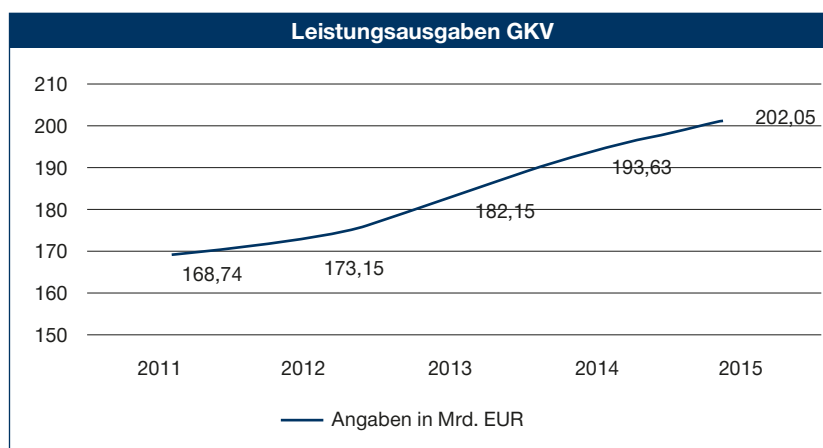


Abbildung 1: Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von 2011 bis 2015 (Quelle: GKV-Spitzenverband)

- Anspruch auf Versorgungsmanagement, zum Beispiel die fachärztliche Anschlussversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die Reha etc.

Die aufgeführten Leistungen werden von der jeweiligen gesetzlichen Krankenversicherung anhand des Sachprinzips für deren Mitglieder übernommen. Hierbei gilt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das notwendige Maß nicht überschreiten dürfen. Nur in diesen Fällen müssen die Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden.

Kein Leistungsanspruch besteht, wenn die Behandlung als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit erforderlich ist; in diesem Fall greift die gesetzliche Unfallversicherung.

Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben

Die Aufwendungen für oben genannte Leistungen sind in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Wurden 2011 von der GKV 168,74 Milliarden Euro ausgegeben, waren es 2015 bereits 202,05 Milliarden Euro. Das ist ein Anstieg von über 19% in vier Jahren (siehe Abbildung 1)!

Verteilung der GKV-Leistungsausgaben

Mit 202,05 Milliarden Euro Ausgaben für Versichertenleistungen ist die GKV ein wesentlicher Faktor in der deut-

lichen Wirtschaft und machte im Jahr 2015 6,7% des Bruttoinlandsprodukts aus. Pro Versicherten hat die GKV 2015 durchschnittlich 2.857 Euro ausgegeben. Die Ausgaben verteilen sich hierbei wie folgt auf die Leistungen (siehe Abbildung 2 S. 50):

70,25 Milliarden Euro und somit mehr als ein Drittel (34,77%) der GKV-Ausgaben für Leistungen wurden für Krankenhausbehandlungen aufgewendet, gefolgt von ärztlichen Behandlungen (17,27%) und Arzneimitteln (17,24%). Es folgen das Krankengeld (5,56%) sowie zahnärztliche Behandlungen ohne Zahnersatz (5,06%).

Neben den Ausgaben für die Leistungen der Versicherten bestehen sogenannte Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen, welche durch die Versicherten mitfinanziert werden müssen; hierunter fallen Personal- und Sachkosten (beispielsweise Aufwendungen für Mieten, EDV und Telekommunikation). Im Jahr 2015 betrug diese für alle damaligen 123 gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 10,43 Milliarden Euro (4,9%) der gesamten Ausgaben (Leistungsausgaben + Verwaltungskosten).

Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen

Mit über 70 Milliarden Euro erhalten die mehr als 1.950 Krankenhäuser ein Drittel aller Ausgaben der GKV. Lag dieser Wert im Jahr 2010 noch bei 58,1 Milliarden Euro, ist er seither stetig und deutlich gewachsen. Von diesen Zahlungen wurden 19.239.578 Fälle in

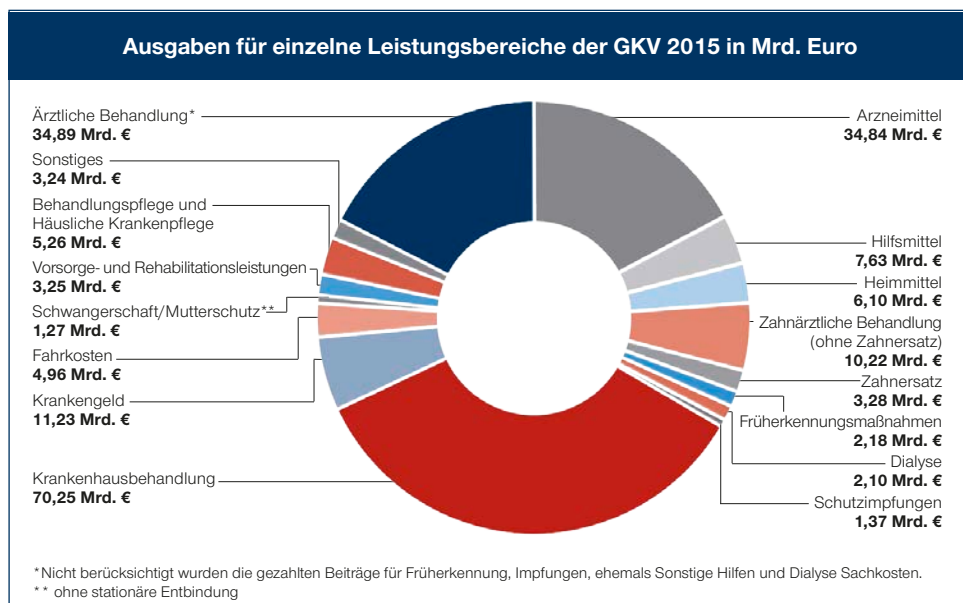


Abbildung 2: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung 2015 in Milliarden Euro

Krankenhäusern behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Fall betrug 7,3 Tage. Pro Fall wurden für GKV-Versicherten durchschnittlich 3.650 Euro für Behandlungen in einer Klinik ausgegeben.

Dabei sind Operationen am Darm am häufigsten aufgetreten, gefolgt von Operationen in Verbindung mit Geburten- oder Geburtsnachbehandlungen. Zu den häufigsten Behandlungen zählten ebenfalls Zugänge zu Lendenwirbelsäule/Sakralgelenk/Steißbein sowie arthroskopische und endoskopische Operationen.

Mitarbeiterzahlen im GKV-System

In den vergangenen 20 Jahren ist die Anzahl der tariflichen Angestellten in der GKV nahezu identisch geblieben – bei ca. 127.000 Mitarbeitern. Hinzu kommen weitere Beschäftigte, den Großteil machen hiervon die sogenannten Dienstordnungs-Angestellte (DOA) aus (8.965 Mitarbeiter im Jahr 2015). Diese sind zwar mit einem privatwirtschaftlichen Arbeitsvertrag angestellt, verfügen aber über Sonderregelungen und genießen daher beamtenrechtliche Grundsätze. DO-Angestellte unterliegen nicht der Sozialversicherungspflicht und besitzen Versicherungsfreiheit; es müssen auch keine Beiträge zur

gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung abgeführt werden. Seit 1993 dürfen keine DOAs mehr eingestellt werden, daher ist die Anzahl von damals 21.502 auf 8.965 gesunken, sodass die Mitarbeiterzahl insgesamt bei Kassen rückläufig ist. Einer der Gründe hierfür ist, dass die Anzahl der Krankenkassen abnimmt.

Die Anzahl der gesetzlichen Kassen sinkt

Im Januar 2017 existierten 113 gesetzliche Krankenversicherungen in Deutschland. Auch zum Jahreswechsel haben mehrere Fusionen die Anzahl weiter nach unten korrigiert. Zum Vergleich: Im Jahr 1970 existierten noch über 1.800 Krankenkassen, im Jahr 2000 hatten noch 420 Kassen Bestand, zu Beginn des Jahres 2016 waren es noch 118. Viele der Krankenkassen haben nur eine geringe Mitgliederzahl. Zur Veranschaulichung: Derzeit gibt es 39 gesetzliche Krankenversicherungen mit weniger als 25.000 Mitgliedern.

Durch Fusionen können Verwaltungskosten eingespart werden und es entsteht eine bessere Position für Verhandlungen mit Ärzten, Krankenhäusern und Medikamentenherstellern.

Von den 118 Krankenkassen, die es 2016 gab, waren 93 Betriebskrankenkas-

sen (BKK); diesen gehörten allerdings nur 17% der Versicherten an. Die meisten Personen haben sich einer der sechs Ersatzkassen (38%) oder einer der elf Ortskrankenkassen (35%), auch bekannt als AOK, angeschlossen. Die sechs Innungskrankenkassen kommen auf einen Marktanteil von ca. 8 %. Die übrigen 2% teilen sich die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie die Knappschaft-Bahn-See.

Ausblick

Das Zusammenspiel zwischen Krankenversicherungen, Gesetzgebung, Krankenhäusern und dem Staat wurde in dieser und den vergangenen vier Ausgaben von der Bismarckschen Historie bis zur Gegenwart ausführlich erläutert und vorgestellt. Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der GKV und der PKV wurden ebenso wie die bestehenden Finanzierungsmodelle ausführlich erläutert. Um das Gesamtbild des deutschen Gesundheitssystems abzurufen, stellen wir im nächsten (und letzten) Teil unserer Serie den sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt vor. Dieser beinhaltet Waren und Dienstleistungen, die nicht von gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen übernommen werden. Insbesondere gehen wir darauf ein, wie die beiden Märkte ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen.

Tobias Niemann, Tobias Burghardt

Literatur: * <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>
 ** gemäß SGB V, § 11



Tobias Niemann, Gründer der HBSN AG und der for me do GmbH, ist Initiator des Netzwerk-treffens Health Connect „Manager im Dialog“ und Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Sportstudio Verbandes (DSSV).



Tobias Burghardt ist Vorstandsreferent bei der HBSN AG. Er ist übergreifend für die gesamte Unternehmensgruppe tätig und für den Wissenstransfer, die Produktentwicklung und das Staffing verantwortlich.