

+Einführung in **das deutsche**

NEUE
SERIE



Teil 1: Gesamtüberblick über die Marktteilnehmer des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes

Überblick über die 6-teilige Serie

- 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 5: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Finanzzahlen, Gesundheitsmarkt als relevanter Wirtschaftsfaktor
- Teil 6: Ineinandergreifen des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein komplexes Zusammenwirken aus Politik, Krankenversicherungen, medizinischen Einrichtungen, Pharmaunternehmen und einer Vielzahl von Institutionen und Einrichtungen, die aus humanitären oder wirtschaftlichen Gründen in der Gesundheitsbranche tätig sind – ein Zusammenspiel zwischen Regulierung und freier Marktwirtschaft. In unserer sechsteiligen Serie möchten wir Ihnen einen verständlichen und kompakten Überblick über den Gesundheitsmarkt in Deutschland geben, der bundesweit über 5,2 Millionen Menschen beschäftigt.

Gesundheitswesen

Der erste Teil unserer neuen Serie beschäftigt sich mit den existierenden Marktteilnehmern im sogenannten ersten und zweiten Gesundheitsmarkt und stellt diese vor. Sie erhalten hierbei einen Einblick in die bestehenden Märkte, die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens sowie einen Überblick über die Grundlagen der Versicherung. Darauf aufbauend stellen wir Ihnen in der Dezember-Ausgabe die Verbandsstruktur vor und erläutern Ihnen die wesentlichen Akteure.

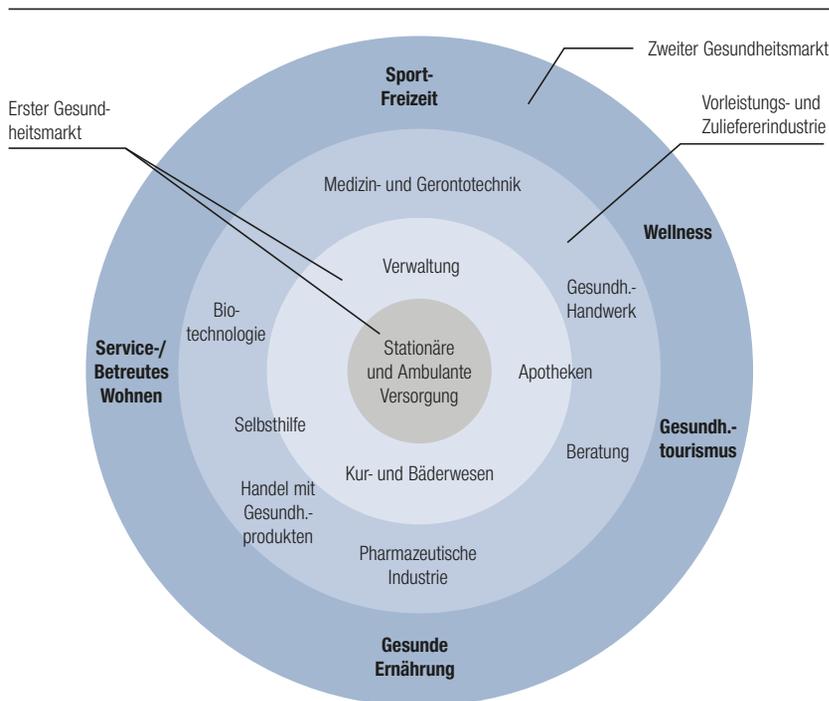
Die Finanzierung des Gesundheitswesens nimmt eine besondere Rolle im dritten Teil der Serie ein. Die Höhe der Gesundheitsausgaben belief sich im Jahr 2014 auf insgesamt 328 Milliarden Euro; die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) waren hierbei der größte

Ausgabenträger. Wofür die Gelder eingesetzt werden, erläutern wir Ihnen in der Januar-Ausgabe. Über 90% der bundesdeutschen Bürger sind in einer GKV versichert. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu privaten Krankenversicherungen (PKV) stehen im Fokus des vierten Teils. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen werden im fünften Teil im Detail vorgestellt. Hierbei zeigen wir Ihnen neben präventiven Maßnahmen weitere Beteiligte im Versorgungsprozess auf, die eine bedeutende Rolle in dem relevanten Wirtschaftsfaktor „Gesundheit“ einnehmen. Das Zusammenspiel des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes bildet den Abschluss unserer Themenreihe. Wir zeigen Ihnen Zukunftsthemen auf, die sich insbesondere im zweiten Gesundheits-

markt abzeichnen und Einfluss auf die Gesundheitsbranche haben.

Der erste Gesundheitsmarkt

Der erste Gesundheitsmarkt umfasst diejenigen gesundheitsrelevanten Waren und Dienstleistungen, die im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems erstattet werden. Die Finanzierung hierbei erfolgt überwiegend durch uns, die Bürger und die Arbeitgeber. Den Einzug der Beiträge und die Verwaltung übernehmen insbesondere die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen (inklusive der Pflegeversicherung). Weitere Akteure des ersten Gesundheitsmarktes sind der Staat, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer etc. Werden Leistungen nicht vollständig, sondern nur zu gewissen Teilen übernommen, fallen diese ebenfalls in den ersten Gesundheitsmarkt.



Zahlreiche Akteure sind in der Gesundheitswirtschaft tätig. Um den Markt übersichtlicher zu gestalten, existiert eine gängige Unterteilung in zwei Gesundheitsmärkte

Der zweite Gesundheitsmarkt

Sämtliche Leistungen und Güter, die nicht von den gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen übernommen oder staatlich finanziert werden und gesundheitsrelevant sind, gehören dem zweiten Gesundheitsmarkt an. Welche Waren und Dienstleistungen tatsächlich einen Bezug zur Gesundheit aufweisen, ist hierbei nicht eindeutig definiert und wird häufig diskutiert. Generell gelten frei verkäufliche Arzneien, Fitness und Wellness, individuelle Gesundheitsleistungen sowie Aktivitäten des Gesundheitstourismus hierzu, teilweise ebenso die Bereiche Sport und Freizeit sowie Ernährung und Wohnen. Themen wie „Lifestyle“, „Ernährung“ und „Gesundheit“ gewinnen zunehmend an Bedeutung und sorgen für ein erhebliches Wachstum in diesem Wirtschaftszweig.

Wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens

Die Gesundheitsbranche machte 2014 in Deutschland 11,2% des Bruttoinlands-

produkts aus und ist somit von erheblicher ökonomischer Bedeutung. Von den 328 Milliarden Euro, die 2014 ausgegeben wurden, beliefen sich 191 Milliarden Euro auf Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen, 29 Milliarden Euro entfielen auf private Krankenversicherungen. Weitere Ausgabenträger waren private Haushalte mit 43,2 Milliarden Euro, die soziale Pflegeversicherung (25,5 Milliarden Euro), öffentliche Haushalte (14,8 Milliarden Euro), Arbeitgeber (13,9 Milliarden Euro), die gesetzliche Unfallversicherung (5,2 Milliarden Euro) sowie die gesetzliche Rentenversicherung (4,4 Milliarden Euro).

Insgesamt betrachtet, ist die Gesundheitswirtschaft eine Wachstumsbranche, die mit einer jährlichen Bruttowertschöpfung von 3,5% deutlich schneller als die Gesamtwirtschaft (2,5%) wächst.

Das Prinzip der Selbstverwaltung

Im ersten Gesundheitsmarkt gilt das Prinzip der Selbstverwaltung durch diejenigen Personen, die als Versicherte, Beitragszahler und Leistungserbringer betroffen sind. Der Staat wird durch die Weitergabe von Aufgaben und Verantwortungsbereichen an die Träger entlastet. Arbeitnehmer und Arbeitgeber sind somit direkt an der Selbstverwaltung beteiligt.

Jede gesetzliche Krankenversicherung hat einen Verwaltungsrat, der alle sechs Jahre aus Vertretern von Arbeitgeberverbänden, Gewerkschaften und Versichertenvereinigungen gewählt wird. Die aufgestellten Vertreter werden im Rahmen der Sozialwahl gewählt. Dieser Sozialrat erlässt die Satzung der Krankenkassen, in der zum Beispiel freiwillige Satzungsleistungen, Wahltarife und Zusatzbeiträge geregelt werden. Ebenso wählt der Rat den hauptamtlichen Vorstand, der die laufenden Geschäfte der Krankenkasse führt. Die Krankenkassen unterliegen in der Regel durch das Bundesversicherungsamt der staatlichen Aufsicht, die sich jedoch angesichts des Selbstverwaltungsrechts auf die Einhaltung der zwingenden rechtlichen Vorgaben beschränkt.

In weiteren Ländern, wie Italien oder Großbritannien, ist dies beispielsweise anders strukturiert. Dort regeln staatliche Behörden die medizinische Versorgung und unterhalten ein steuerfinanziertes Netz aus Praxen und Kliniken.

In Deutschland hingegen schließen Krankenkassen Verträge direkt mit Leistungserbringern, ziehen die Kassenbeiträge ein und regeln die Bezahlung der erbrachten Leistungen. Hierbei sind diverse Akteure auf dem Gesundheitsmarkt relevant, die im Folgenden vorgestellt werden.

Die Teilnehmer des Gesundheitsmarktes

Der Gesundheitsmarkt ist ein relevanter Wirtschaftszweig, auf dem sich die Akteure in einzelne Sektoren eingruppierten lassen. Die wesentlichsten Einrichtungen inklusive ihrer vorhandenen Anzahl sind:

- 121.641 Arztpraxen (im Jahr 2014)
- 25.775 Pflegeeinrichtungen (im Jahr 2013)
- 20.441 Apotheken (im Jahr 2014)
- 12.000 Medizintechnikunternehmen (im Jahr 2013)
- 10.000 Kleinunternehmen (im Jahr 2013)
- 1.980 Krankenhäuser (im Jahr 2015)
- 643 Pharmazeutische Unternehmen (im Jahr 2013)
- 124 Gesetzliche Krankenkassen (im Jahr 2015)
- 42 Private Krankenversicherungen (im Jahr 2015)

Grundsätze der Versicherungen

Nachdem wir die bedeutendsten Akteure vorgestellt haben, gehen wir im Folgenden auf die beiden letztgenannten Teilnehmer ein, die den Fokus unserer Ausgabenreihe bilden: gesetzliche und private Krankenversicherungen. Knapp 90% der Bevölkerung erhalten ihren Gesundheitsschutz von einer gesetzlichen Krankenversicherung, die weiteren 10% gehören einer privaten Krankenversicherung an.

Grundsätzlich gilt Versicherungspflicht in Deutschland. Somit sind zunächst einmal „alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie alle Angestellten, deren monatliches Nettoeinkommen unter der jährlich angepassten Versicherungspflichtgrenze und über der Geringfügigkeitsgrenze liegt (...)“, in der gesetzlichen Krankenversicherung und automatisch in der sozialen Pflegeversicherung mitversichert.

Die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert nach dem Solidarprinzip. Dies bedeutet, dass sich die Beitragshöhe eines Versicherten nach dessen fi-

nanzieller Leistungsfähigkeit richtet. Unabhängig von der Höhe des Beitrags erhalten alle Versicherten die gleichen Leistungen. Die Beiträge werden von den Krankenkassen eingezogen, jedoch direkt an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Aus diesem erhalten dann die Kassen Zahlungen für jeden Versicherten. Die Höhe der erhaltenen Zuwendungen richtet sich nach dem Risiko (Alter, Geschlecht, Erkrankungen).

Besondere Personengruppen, wie Beamte, Selbstständige und alle Arbeitnehmer, die im Kalenderjahr 2016 mehr als 56.250 Euro brutto (Jahresarbeitsentgeltgrenze) verdienten, haben die Möglichkeit, in eine private Krankenversicherung zu wechseln. Die Höhe der Beitragszahlung richtet sich in der privaten Krankenversicherung aber nicht nach dem Einkommen, sondern nach dem Risiko der Versicherten bei Vertragsabschluss; hierbei spielen das Eintrittsalter und die individuellen Krankheitsgefahren (z.B. Vorerkrankungen) eine Rolle. Der Leistungsumfang ist vertraglich festgelegt. Eigene Zuzahlungen beeinflussen die Beitragshöhe ebenfalls.

Fazit

Die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in Deutschland ist enorm und bedarf eines Austausches und Zusammenspiels unterschiedlicher Akteure. Der Gesetzgeber gibt hierbei den Rahmen vor, der von privaten und öffentlichen Institutionen gefüllt wird – letztlich mit dem Ziel, eine optimale Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Tobias Niemann, Tobias Burghardt

Literatur: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheits-system/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>; <http://de.statista.com>; https://bmbf.de/Bundesministerium_für_Gesundheit,_Referat_Öffentlichkeitsarbeit_„Ratgeber_zur_Krankenversicherung“_12_aktualisierte_Auflage



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



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