

# Einführung in das deutsche



## Teil 3: Finanzierung des Gesundheitswesens und Verteilung der Mittel

### 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 4: Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung
- Teil 5: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Finanzaufgaben, Gesundheitsmarkt als relevanter Wirtschaftsfaktor
- Teil 6: Ineinandergreifen des ersten und zweiten Gesundheitsmarktes

In unserer sechsteiligen Serie fassen wir alle wichtigen Strukturen und Eckdaten des deutschen Gesundheitssystems zusammen. Denn als vitaler Wachstumsmarkt erreicht es 100 Prozent seiner Zielgruppe, schließt aufstrebende Bereiche wie Sport, Ernährung und Prävention ein und punktet mit hoher Qualität und Reputation. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Verteilung der Mittel vor.

**M**it über 5 Millionen Beschäftigten und 328 Milliarden Euro Umsatz zählt das Gesundheitssystem zu den umsatzstärksten Branchen in Deutschland. Das Besondere daran: Der Markt folgt dabei überwiegend nicht den Gesetzen von Angebot und Nachfrage, denn vorgegebene Leistungen werden über festgelegte Beträge vergütet. Dazu werden die Mittel der Gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV) über den Gesundheitsfonds an alle Kassen verteilt.

### Bisherige Themen: Überblick und Akteure

Die letzten beiden Ausgaben hatten eine Einführung in das deutsche Gesundheitswesen und einen Überblick über seine wichtigsten Akteure und Organisationen zum Inhalt. Unter dem Dach des

# Gesundheitswesen

G-BA als zentralem Beschlussgremium verhandeln und entscheiden unter staatlicher Aufsicht die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband über die gesetzliche Gesundheitsversorgung. Dabei geht es insbesondere um Art und Umfang der Kassenleistungen.

In diesem Teil erfahren Sie, wie sich die finanziellen Mittel auf die einzelnen Akteure verteilen und welchen Einfluss deren Verhandlungspositionen auf das Gesundheitssystem nehmen. Mit einem Ausgabenvolumen von über 200 Milliarden Euro nimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hierbei eine zentrale Stellung ein und steht deshalb im Fokus.

## „Eines der teuersten Gesundheitssysteme“

Mit über 4.000 Euro Umsatz pro Einwohner stellte die Gesundheitsbranche in Deutschland im Jahr 2014 11,2% des Bruttoinlandsprodukts. Laut OECD ist das deutsche Gesundheitssystem damit eines der teuersten der Welt. Die GKV trägt mit 191 Milliarden Euro (2014) hierbei die Hauptlast der Ausgaben – mit Steigerungsraten von derzeit rund 10 Milliarden Euro pro Jahr (siehe Abbildung unten). Damit liegt sie weit vor den Aufwendungen privater Haushalte (über 40 Milliarden Euro). An dritter Stelle stehen mit

heute jeweils rund 30 Milliarden Euro die privaten Krankenversicherungen und die soziale Pflegeversicherung, gefolgt von öffentlichen Haushalten und Arbeitgebern. Weitere Ausgaben werden durch die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung finanziert.

## Woher kommen die finanziellen Mittel?

Für GKV-Mitglieder gilt ein einheitlicher Basisbeitragssatz, der von den Kassen erhoben, aber direkt an den Gesundheitsfonds weitergeleitet und entsprechend dem Schweregrad der Diagnosen und dem Alter der Versicherten an die Krankenkassen zurückverteilt wird. Im Jahr 2016 lag dieser bei 14,6% des Bruttoeinkommens und entfällt, wie auch andere Sozialversicherungsbeiträge, jeweils zur Hälfte auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Hinzu kann ein kassenindividueller Zusatzbeitrag erhoben werden, den der Arbeitnehmer trägt.

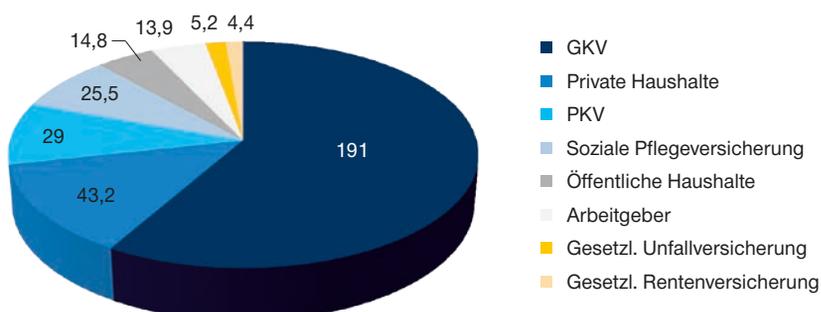
Gemäß dem Solidarprinzip nehmen, anders als in der Privaten Krankenversicherung, Alter und Gesundheitszustand keinen Einfluss auf die Höhe des Beitrags: Alle Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse bezahlen den gleichen prozentualen Beitrag ihres Bruttoeinkommens, unabhängig von ihrem Leistungsbedarf und Gesundheitsrisiko – und bis zur Beitragsbemessungsgrenze

(Grenze, ab der höheres Einkommen nicht mehr angerechnet wird) auch unabhängig von ihrem Einkommen.

## Turbulente Zeiten und zwei Kassenpleiten

2009 wurde erstmals ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von damals 15,5% für alle Krankenkassen eingeführt. Dies führte zu erheblichen Verschiebungen im Krankenkassenwesen: Konnten manche Kassen fortan hohe Rücklagen bilden und ihre Extraleistungen bis auf das gesetzlich zulässige Maß erweitern, so kamen andere in Bedrängnis. Erstmals in der Geschichte der Sozialversicherung gerieten mit der City BKK und der BKK für Heilberufe zwei gesetzliche Krankenkassen quasi in die Insolvenz und mussten geschlossen werden. Die Möglichkeit der kassenindividuellen Zusatzbeiträge griff hier zu spät.

Ebenfalls ein Novum: Erstmals wurde das paritätische Prinzip der hälftigen Beitragsverteilung auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber in der Sozialversicherung aufgehoben und ein Sonderbeitrag von 0,9% nur für Arbeitnehmer eingeführt. 2015 wurde zudem der Einheitsbeitrag bei 14,6% eingefroren. Zukünftige Beitragssteigerungen sollten allein auf den Zusatzbeitrag (2016 durchschnittlich 1,1%) und damit auf die Arbeitnehmer entfallen – ein umstrittenes Modell, das bei den Koalitionsverhandlungen 2017 auf dem Prüfstand stehen wird.



Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Ausgabenträgern im Jahr 2014 (Grafik: HBSN AG)

## Gesundheitsfonds: zentraler Topf und Risikoausgleich

Alle Beiträge zur GKV werden durch die Krankenkassen eingezogen und taggleich an den Gesundheitsfonds weitergeleitet, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet und mit einem Bundeszuschuss von rund 14 Milliarden Euro aus Steuermitteln bezuschusst wird. Aus diesem fließen dann Grundpauschalen zurück an die Krankenkassen. Man spricht von einem „morbidityorientierten Risi-

kostrukturausgleich“, kurz: Morbi-RSA. Die Pauschalen errechnen sich hierbei anhand eines Vergabeschlüssels aus Alter und Diagnosen jedes Versicherten. Somit steigen die Einnahmen einer Kasse mit der Zahl und Schwere der Erkrankungen ihrer Versicherten, wohingegen

wendet werden und welche Akteure daran beteiligt sind. Alle nachstehenden Ausgaben beziehen sich auf das Kalenderjahr 2015.

Mit 70,25 Milliarden Euro machen Krankenhausbehandlungen knapp 35% der Gesamtausgaben der Gesetzlichen

### 35 Milliarden für Arzneimittel: zu viel?

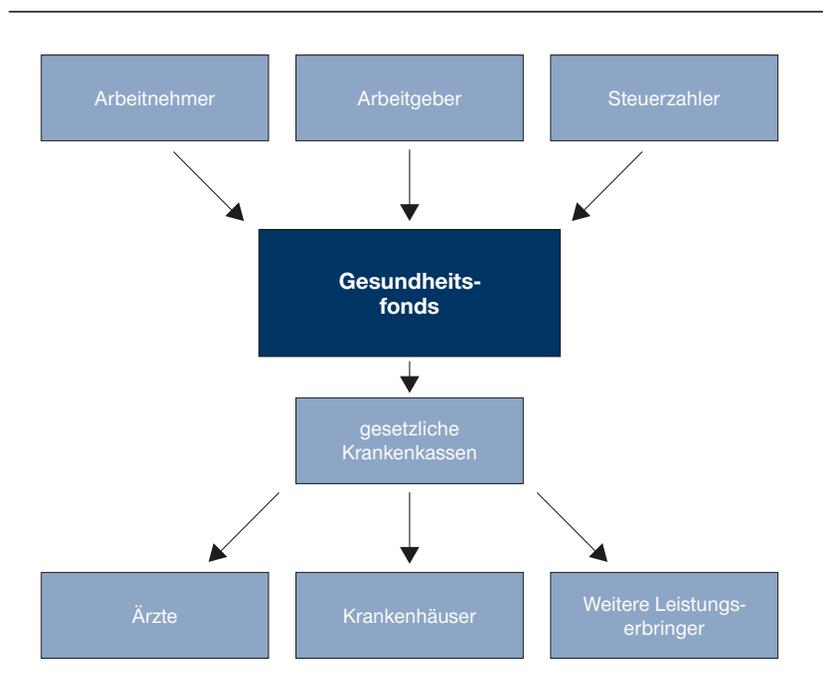
Mit einem Anteil von 17,2% (34,84 Milliarden Euro) liegen die Ausgaben für Arzneimittel nahezu gleichauf mit ärztlichen Behandlungen – mit einer jährlichen Steigerungsrate von rund 5%. Damit belegt Deutschland weltweit Platz 5 der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel (2015: 678 Euro). Länder wie Dänemark kommen hingegen mit rund einem Drittel dieses Betrags aus – bei höherer Lebenserwartung und besserer Gesundheit. So gehen in Deutschland laut dem Bremer Gesundheitsforscher Prof. Dr. Gerd Glaeske rund 300.000 Klinikeinweisungen und bis zu 25.000 Todesfälle pro Jahr auf Medikamentenneben- und -wechselwirkungen zurück. Untersuchungen stellen in diesem Zusammenhang gerade bei älteren Menschen häufig eine Übermedikation fest.

Um die häufig horrenden Preise zu senken, können Krankenkassen mit Pharmaunternehmen Arzneimittelrabattverträge aushandeln. Bei neuen Arzneimitteln verhandelt der GKV-Spitzenverband mit den Herstellern über die Erstattungsbeträge. Voraussetzung dafür ist, dass der G-BA zuvor eine positive Nutzenbewertung vorgenommen hat. Bei verschreibungspflichtigen Medikamenten bezahlen GKV-Versicherte als Zuzahlung 10% des Arzneimittelpreises, mindestens 5 Euro, maximal 10 Euro, jedoch höchstens den Medikamentenpreis.

### Was sind eigentlich Heil- und Hilfsmittel?

Zahnärztliche Behandlungen und Zahnersatz machten 6,7% der GKV-Ausgaben aus, was einer Summe von 13,5 Milliarden Euro entspricht. Die Vergütung erfolgt hier analog der ärztlichen Behandlung über die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung.

Heilmittel (3,0% der Ausgaben) werden von Vertragsärzten verordnet und von speziell ausgebildeten Therapeuten erbracht. Hierzu zählen beispielsweise Leistungen von Podologen, Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten. Als Grundlage dafür dient die Heilmittel-Richtlinie des G-BA. Über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln verhandeln der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer. Nicht damit zu verwechseln sind Hilfsmittel (3,8% der Ausga-



Funktionsweise des Gesundheitsfonds (Grafik: HBSN AG)

eine jüngere und gesündere Klientel die Zuweisungen schmälert. Andererseits gleicht der Morbi-RSA bestehende Risiken durch unterschiedliche Versichertenstrukturen aus. Auch administrative Aufwendungen der Krankenkassen (zum Beispiel Verwaltungskosten, Satzungs- und Ermessensleistungen) werden über Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziert. Sind die Kosten insgesamt zu hoch, erheben Krankenkassen von ihren Mitgliedern (Beitragszahlern, im Gegensatz zu kostenlos mitversicherten Familienangehörigen) einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Bei Anhebung oder erstmaliger Erhebung eines Zusatzbeitrags haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht.

### GKV-Ausgaben: Spitzenreiter Krankenhaus

Noch interessanter als die Herkunft der GKV-Mittel ist, wofür die über 200 Milliarden Euro pro Jahr (2015) letztlich ver-

Krankenversicherung aus: Bei stationären und teilstationären Leistungen erhalten Krankenhäuser für Patienten seit 2003 sogenannte DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups). Die Eingruppierung erfolgt somit anhand der Diagnose und des Schweregrads einer Krankheit sowie erbrachter Operationen und sonstiger Maßnahmen. Hierbei finden keine individuellen Abrechnungen mehr statt. Vielmehr erhalten Krankenhäuser Pauschalen anhand der vorliegenden Kriterien – unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patienten.

Der Aufwand für ärztliche Behandlungen liegt mit 34,89 Milliarden Euro bei ca. 17,3% der Gesamtausgaben. Vertragsärzte erhalten hierbei ihre Vergütungen nicht direkt durch die Krankenkassen, sondern über ihre Kassenärztliche Vereinigung (KV). Diese verteilt die Zuweisungen der Kassen anhand des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) an die teilnehmenden Ärzte.

ben). Darunter fallen unter anderem Brillen, Hörgeräte, Prothesen oder Spritzen. Die Kosten werden durch die GKV übernommen, wenn die Produkte im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind.

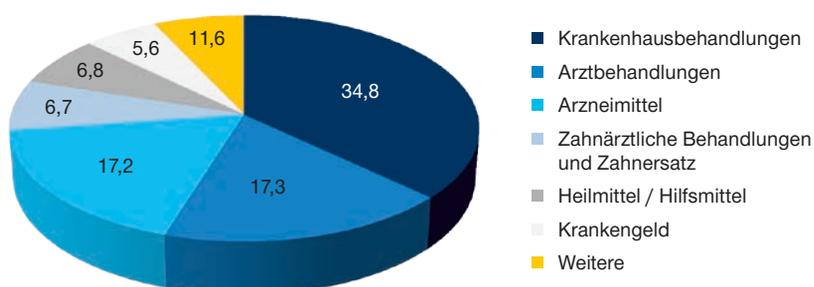
### Deutliche Steigerung beim Krankengeld

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit im Angestelltenverhältnis bezahlt der Arbeit-

und Mutterschaft (0,6%) sowie Sonstiges (1,6%).

### In der nächsten Ausgabe: private Krankenversicherung

Unterschiedliche Interessen und das Wachstum des Gesundheitsmarkts als wichtiger Wirtschaftsmotor sorgen für hohen Diskussionsbedarf um die Verteilung der Mittel. Nachdem nun die Finan-



Jährliche GKV-Ausgaben in Prozent (Grafik: HBSN AG)

geber im Regelfall sechs Wochen das reguläre Gehalt weiter. Fallen GKV-Versicherte über diesen Zeitraum hinaus aus, erstattet die Gesetzliche Krankenversicherung ihnen anschließend Krankengeld in Höhe von 70% des letzten beitragspflichtigen Bruttoarbeitsentgelts. Der Betrag darf jedoch 90% des Nettoeinkommens sowie 98,88 Euro pro Tag nicht übersteigen (Stand: 2016). Zudem ist die Zahlung auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren begrenzt, sofern sie wegen derselben oder einer hinzugetretenen Krankheit beansprucht wird. Aufgrund eines erneut steigenden Krankenstands und zugleich steigender Grundlohnsommen (Arbeitseinkommen) nehmen Krankengeldzahlungen wieder zu und liegen derzeit bei rund 11,2 Milliarden Euro pro Jahr und 5,5% der Ausgaben.

Weitere Positionen unter den GKV-Leistungen sind Aufwendungen für Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege (2,6%), Fahrkosten (2,5%), Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (1,6%), Früherkennungsmaßnahmen (1,1%), Dialyse (1,0%), Schutzimpfungen (0,7%), Leistungen bei Schwangerschaft

und Mutterschaft (0,6%) sowie Sonstiges (1,6%). zierung der GKV-Leistungen vorgestellt wurde, befasst sich die kommende Ausgabe mit der privaten Krankenversicherung sowie ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden zur GKV.

Tobias Niemann, Tobias Burghardt



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.