

# Einführung in **das deutsche**



## Teil 4: Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

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

Foto: Multi-Share/shutterstock.com

# Gesundheitswesen

In den vergangenen Ausgaben haben wir Ihnen die Strukturen des Gesundheitswesens dargestellt und einen Überblick über die bedeutendsten Akteure und deren Einflussgebiete vermittelt. In der Januar-Ausgabe erläuterten wir Ihnen, wie die Finanzierung strukturiert ist und in welchen Bereichen wie viel Geld ausgegeben wird. Das Leistungsangebot ist insbesondere davon abhängig, ob jemand in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) angeschlossen sind. Aus diesem Grund befassen wir uns in dieser Ausgabe mit den Wahlmöglichkeiten, Beschränkungen und Prinzipien der beiden Versicherungsmodelle.

**G**rundsätzlich gilt: Jeder sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ist zunächst in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Übersteigt das regelmäßige Einkommen einen gewissen Betrag, die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), so gilt für diesen Arbeitnehmer Versicherungsfreiheit. Das bedeutet, dass er die Wahl hat, sich in einer gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig zu versichern oder sich einer privaten Krankenversicherung anzuschließen.

Die JAEG lag im Jahr 2016 bei 56.250 Euro, für das Jahr 2017 ist die Grenze auf 57.600 Euro angehoben worden. Zum Vergleich: Im Jahr 2012 lag der Grenzwert bei 50.850 Euro und ist seitdem jedes Jahr um den absoluten Betrag von 1.350 Euro gestiegen.

Knapp 90% aller Versicherten gehören einer gesetzlichen Krankenversicherung an. Die restlichen 10% sind in einer privaten Krankenversicherung versichert. Dies sind zum einen die Arbeitnehmer, die über der JAEG liegen und die PKV ausgewählt haben, aber auch Selbstständige und Beamte, die unabhängig vom Einkommen frei entscheiden dürfen, ob sie sich einer GKV oder einer PKV anschließen.

## Prinzipien der GKV

Die GKV funktioniert nach dem sogenannten Solidaritätsprinzip. Die Beiträge richten sich nicht nach dem Versiche-

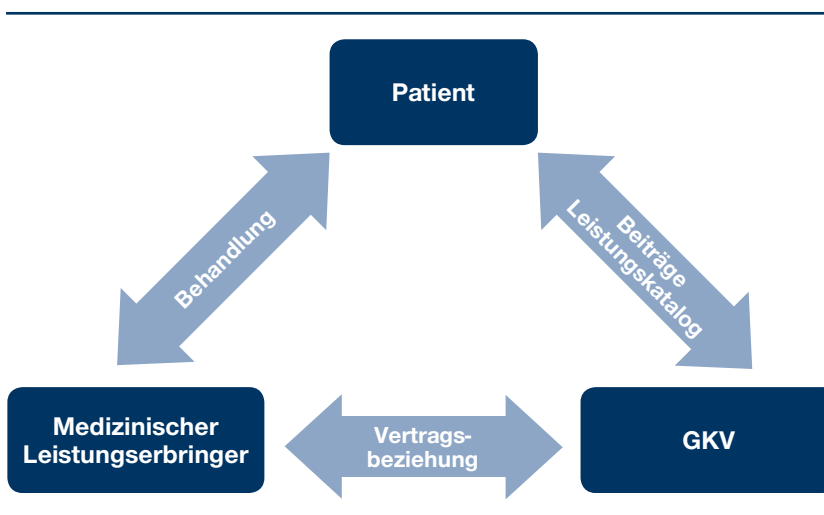
rungsrisiko des Versicherten, sondern nach seinem Einkommen. Der Anspruch auf medizinische Leistungen ist jedoch unabhängig von der jeweiligen Beitragshöhe. Alle Versicherten erhalten grundsätzlich dieselben Leistungen. Damit finanzieren Versicherte mit höheren Einkommen auch die Leistungen von Versicherten mit geringerem oder keinem Einkommen.

Die Leistungsgrundsätze gesetzlicher Krankenkassen sind in § 12 des SGB V definiert. Dieser besagt, dass Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein sollen und das notwendige Maß nicht überschreiten

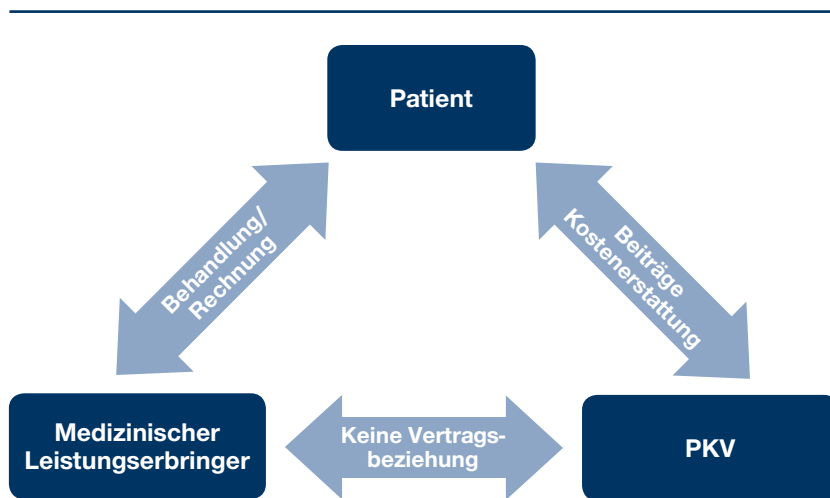
dürfen. Nur wenn dieses Grundprinzip berücksichtigt wird, werden Kosten für Versichertenleistungen durch die GKV übernommen. Stehen mehrere Heilungsmethoden zur Auswahl, erstattet die GKV jene Behandlung, die mit dem geringsten Aufwand beziehungsweise Kosten Erfolg verspricht.

Die Leistungen werden hierbei als Sachleistungen erbracht. Versicherte können z.B. ambulante medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, ohne dass sie eine Rechnung hierüber erhalten. Die Abrechnung erfolgt über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung der Region entsprechend einer bestimmten Budgetierung bzw. Pauschalsumme. Jeder Arzt hat für die Behandlung von Patienten demnach ein gewisses Budget je Quartal zur Verfügung.

Die Höhe des Budgets ist durch die Kassenärztliche Vereinigung festgelegt bzw. wurde durch diese ermittelt. Ob ein Arzt mit einem Patienten nur kurz spricht oder eine ausführliche Untersuchung durchführt, ist hierbei unerheblich und hat keine Auswirkungen auf die Summe, die der Arzt erhält. Das Sachleistungsprinzip gilt bei allen Leistungen.



Vereinfachte Darstellung des Prinzips der gesetzlichen Krankenversicherung



Vereinfachte Darstellung des Prinzips der privaten Krankenversicherung

### Prinzipien der PKV

Zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer besteht bei einem Privatversicherten keine direkte vertragliche Vereinbarung; der Leistungserbringer stellt dem Patienten seine Leistung(en) in Rechnung. Über die Höhe der Aufwendungen kann dieser nicht frei entscheiden; er muss sich an die Regelungen der Gebührenordnung für Ärzte halten. Hierbei werden keine Pauschalsummen, wie bei der GKV, abgerechnet.

Vielmehr findet, anders als in der GKV, eine spezifische Auflistung der einzelnen Aufwendungen statt. Der Versicherungsvertrag zwischen der PKV und dem Versicherten definiert, welche Kosten erstattet werden, wenn der Versicherte die Rechnung einreicht. Insofern muss bei der Wahl der Leistungen in einer PKV sehr genau darauf geachtet werden, welche Leistungen abgedeckt werden sollen. Die abgeschlossenen Leistungen sind langfristig garantiert. Sie können

nur durch einen Vertragswechsel, dem beide Parteien zustimmen müssen, geändert werden.

### Beiträge in der PKV

In der Dezember-Ausgabe haben wir Ihnen ausführlich erläutert, dass die Versicherungsbeiträge für GKV-Mitglieder über einen Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenversicherungen verteilt werden. Die Beitragshöhe richtet sich hierbei nach dem Einkommen des Versicherten. Für die Beitragshöhe in der PKV ist das Einkommen nicht relevant. Zur Berechnung werden das Alter, der Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss sowie der gewünschte Umfang der Leistungen berücksichtigt (Äquivalenzprinzip). Der Gesundheitszustand wird durch eine verpflichtende Gesundheitsprüfung sowie das Ausfüllen eines Fragebogens ermittelt.

Private Krankenversicherungen berechnen zunächst Beiträge, die höher sind als die durchschnittlichen Krankheitskosten des Versicherten in seinem jetzigen Alter. Aus dem Überschuss werden Altersrückstellungen gebildet, welche die (erwarteten) höheren Krankheitskosten im Alter bei konstanter Beitragshöhe finanzieren. Durch dieses Verfahren werden nachfolgende Generationen nicht belastet; jede Generation spart für die eigenen kommenden Ausgaben. Dies bedeutet konkret: Ist ein PKV-Versicherter zwischen 20 und 60 Jahre alt, wird zusätzlich ein Zuschlag in Höhe von 10% des Beitrags erhoben, um diesem die Möglichkeit zu geben, mögliche Beitragsanpassungen abzufedern. Dieses Verfahren bedeutet allerdings nicht, dass es generell nicht zu höheren Beiträgen kommen kann. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen oder eine zunehmende Leistungsanspruchnahme einer bestimmten Gruppe von Versicherten führen auch bei PKV-Versicherten zu Beitragsanpassungen.

### Der PKV-Basistarif

Hat sich ein Arbeitnehmer oberhalb der JAEG dazu entschieden, sich in einer PKV zu versichern, bedeutet dies noch nicht, dass er sich sein „Leistungspaket“ bei der Privatversicherung nach Belieben zusammenstellen kann. Unterliegt ein Antragsteller aufgrund verschiedener Vorerkrankungen oder aufgrund seines fortgeschrittenen Alters einem erhöhten

Vorteile der GKV

- ▶ Versicherte müssen nicht in Vorleistung gehen, um Arztleistungen oder bestimmte Medikamente zu bezahlen.
- ▶ Der administrative Aufwand (Einreichen der Arztrechnung, der Rechnungen für Medikamente etc. ist nicht nötig; diese werden direkt an die GKV gesendet) ist geringer.
- ▶ Es ist keine gesundheitliche Prüfung bei Eintritt notwendig. Der Ausschluss vom Versicherungsschutz ist nicht möglich.
- ▶ Kinder sind kostenlos mitversichert.

Vorteile der PKV

- ▶ Freie Arztwahl ist unter allen ambulant tätigen Ärzten möglich. Individuelle und relativ freie Wahl des Leistungsumfangs und Versicherungsschutzes möglich.
- ▶ In der Regel werden Kosten für alternative Behandlungen, zum Beispiel von Heilpraktikern, übernommen.
- ▶ Die Beitragshöhe ist unabhängig vom Einkommen.
- ▶ Bei Krankenhausaufenthalten kann der Anspruch auf eine Chefarztbehandlung sowie auf Ein- oder Zweibettzimmer vertraglich vereinbart werden.
- ▶ In der Regel werden schneller Termine vergeben – zum Beispiel ambulante Behandlungen.
- ▶ Für Beamte gilt: Ein Großteil der Krankheitskosten wird durch den Staat übernommen.

Gesundheitsrisiko, hat die private Krankenversicherung die Möglichkeit, ihm bestimmte Leistungen zu verwehren.

Die PKV darf ihn hierbei nicht komplett abweisen, hat aber die Möglichkeit, ihm eine Basisvariante anzubieten, die möglicherweise weniger als die von ihm gewünschten Leistungen enthält. Dieser Basistarif beinhaltet weitestgehend die Leistungen, die in den gesetzlichen Krankenversicherungen abgedeckt werden.

### Lohnt der Wechsel?

Werden die Grundvoraussetzungen für die Versicherungsfreiheit erfüllt, stellt sich die Frage, ob der Wechsel in eine PKV sinnvoll ist. Hierbei gibt es bestimmte Merkmale zu berücksichtigen und zu überlegen, wie wichtig sie für den Einzelnen sind (siehe Kasten S. 36).

Ob sich der Eintritt in eine PKV lohnt, ist abhängig davon, welche Wünsche und Bedürfnisse der Versicherte an den Leistungsumfang hat und welche Ausgaben er verwenden kann und möchte.

Wer sich für eine GKV entscheidet, auf gewisse Leistungen aber nicht ver-

zichten möchte, kann seine Leistungen über eine private Zusatzversicherung erhöhen. Neben Zahnzusatzversicherungen gibt es z.B. auch Zusatzversicherungen, welche die Behandlung durch einen Chefarzt garantieren.

Generell gilt, dass man sich ausreichend informieren und Angebote vergleichen sollte, bevor man einen Wechsel vollzieht. Vorteile der PKV sind zum Beispiel die freiere Wahl des Leistungskatalogs sowie deren vertragliche Zusage. Durch die individuelle Zusammenstellung hat ein Versicherter auch direkten Einfluss auf die Höhe der Beitragszahlung. Der Wechsel von einer GKV zur einer PKV ist leicht vollzogen – umgekehrt sieht es anders aus: In der Regel ist eine Rückkehr in die GKV ausgeschlossen. Der Gesetzgeber will vermeiden, dass Versicherte in jungen Jahren den günstigen Beitragssatz der PKV zahlen und im höheren Alter in die womöglich günstigere GKV wechseln, und hat deshalb Hürden aufgebaut. Ein weiterer Nachteil ist, dass die Altersrückstellungen, die im Rahmen des Anwartschaftsdeckungsverfahrens gebildet werden, bei einem Wechsel zurück in die GKV verloren gehen.

schäftsdeckungsverfahrens gebildet werden, bei einem Wechsel zurück in die GKV verloren gehen.

### Ausblick

In der nächsten Ausgabe beschreiben wir gezielt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und erläutern Ihnen das GKV-System im Detail.

Tobias Niemann, Tobias Burghardt



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

# Fit für die Zukunft!

## Jetzt berufsbegleitend weiterbilden

- Ernährungsberater
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Sportbetriebswirt (Spezialisierung Fitnessmanagement)
- Sportfachwirt (IHK)

- ✓ Mit einem Ausbildungssystem, so individuell wie du
- ✓ Flexibles Onlinelernen, statt Vollzeit-Ausbildung
- ✓ Persönliche Begleitung durch fachkompetente Tutoren

Persönliche Beratung unter 0800/34 22 100

[www.deutschesportakademie.de](http://www.deutschesportakademie.de)

DEUTSCHE  
SPORTAKADEMIE