

KRANKENVERSORGUNGSSYSTEME IM VERGLEICH

Stand 2025

Prof. Dr. med. habil.
Jens-Uwe Niehoff



Einordnung der GKV in die globale Diversität

ZIELE DES OECD HEALTH PROJECT 2004



OECD = Organization for Economic Co-operation and Development

- Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung
- gleicher Zugang zu adäquater Versorgung
- Zugänglichkeit der Systeme der Krankenversorgung
- tragbare Kosten und Finanzierungen (Sustainability)
- Effizienz der Versorgung (Efficiency) = Ergebnis-Kosten-Relation

Beachte: Effizienz sollte sorgfältig von Effektivität unterschieden werden. Effektivität steht in unseren Kontexten für die Ergebnis-Maßnahme-Relation, die Effizienz für Kosten-Ergebnis-Relation

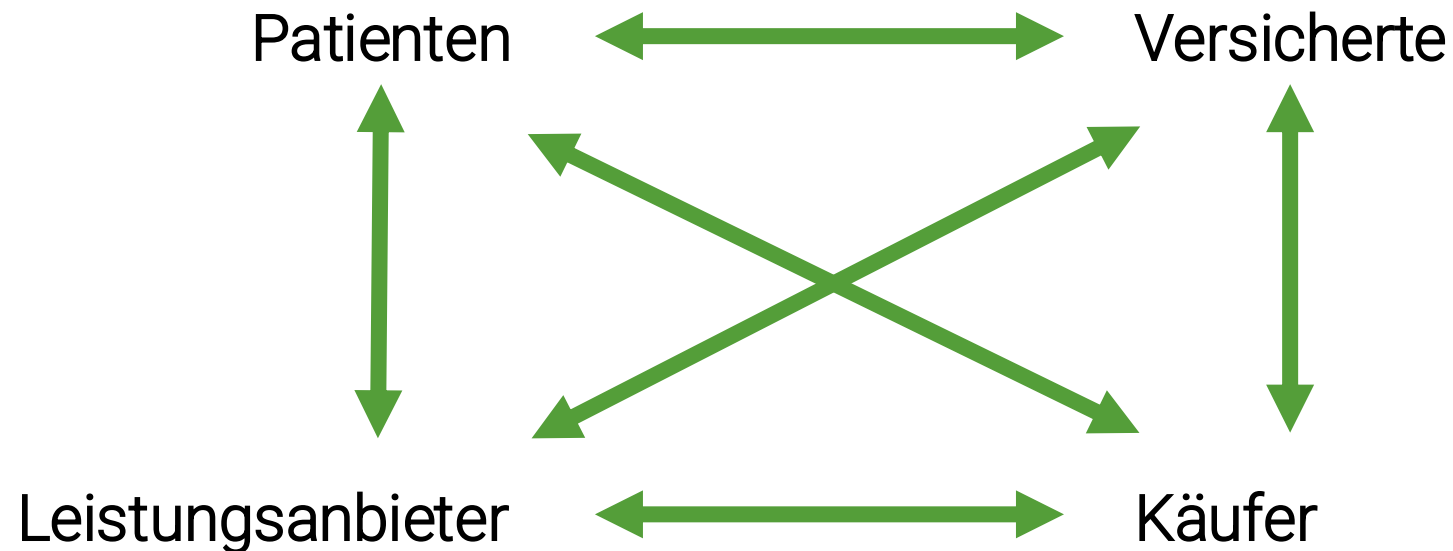


- öffentlich-rechtlich
- genossenschaftlich
- gemeinnützig
- privatrechtliche Wirtschaftsunternehmen
- zentralisiert, dezentralisiert
- spezialisierte und komplex integrierte Unternehmensformen (IDS)
- stationär und mobil (ambulant), Niederlassung, Clinic, Krankenhaus, Zentren
- getrennt nach Leistungsstufen

WAS IST EIN „KRANKENVERSORGUNGSSYSTEM“?



- Es regelt die Finanzierung und die Beziehungen von Versicherten, Patienten, Leistungsanbietern und Versicherungen oder individuellen Käufern)
- Es organisiert die Versorgung



BEISPIELE FÜR SYSTEME DER KRANKENVERSORGUNG



Systeme	Länder
Sozialversicherung	Niederlande, Litauen, Frankreich, Deutschland, Belgien, Österreich, Südkorea, Japan, Luxemburg, Polen, Tschechien, China
Steuerfinanzierung	Dänemark, partiell Niederlande, Spanien, Finnland, Spanien, UK, Schweden, Italien, Island, Kanada, Irland, Australien, Neuseeland, Portugal, Polen, Rumänien
Kapitaldeckung	Singapur Medical Savings Account, US Medicare MSAs
Managed Care	USA, Niederlande, Schweiz?
Unklar	Ungarn



- Schutz im Krankheitsfall als eine demokratisch vereinbarte sozialpolitische Option
- Ausgleich direkter und indirekter sozial bedingter Risikofolgen durch öffentlich-rechtlich Garantien des Schutzes der Bedarfe von Minoritäten
- Vermeidung von Benachteiligungen aus gesundheitlichen Gründen
- allgemeine Zugänglichkeit zur Bedarfsfeststellung und zu medizinischen Hilfeleistungen
- öffentliche Evaluation der Zielerreichung, wenn Hilfen öffentlich finanziert sind
- For-profit-incentives



- biologisch und sozial determinierte Ungleichverteilung der gesundheitlichen Gefährdungen
- Ungleichverteilung der Bedarfe, der erforderlichen Aufwendungen und der individuellen Ressourcen
- Wieviel Individualität wollen sich Gesellschaften leisten?
- Unvorhersehbarkeit von Krankheit und Lebensdauer im Einzelfall
- Soziale Kohärenz: ein Verlust oder ein gesellschaftlicher Gewinn?
- soziale Sicherung: Gewinn oder Verlust von Freiheitsrechten?
- Globalisierung und „healthcare industries“
- Zukunftssicherung – für wen?



- Steuerfinanzierung
- genossenschaftliche Umlagefinanzierung
- Kaskoversicherung: produktbezogen, mit oder ohne Höchst- und Lebenszeitbegrenzung
- direkte Privatfinanzierung (out-of-pocket)
- kapitalgedeckte Individualfinanzierung (freiwillig oder verpflichtend)
- Sachleistungsprinzip
- Kostenerstattungsprinzip
- prepaid Services – umfassend oder risikoselektiv
- prospektive Fallpauschalierung = Produktemedizin
- Einzelleistungsfinanzierung versus Budgetierung

DIE DREI WICHTIGSTEN FINANZIERUNGSTYPEN



	Typ staatliche Sicherung (NHS)	Typ genossenschaftliche Sicherung (SHI)	Typ private Absicherung (PKV)
Entscheidungsmacht	Steuerzahler	Mitglieder	Markt
Käufer	Staat	Versicherung	Individuum
Risikopool	Gesamtbevölkerung	gesamte Versicherten- bevölkerung	äquivalente Risikogruppen
Steuerungsziel	Ausgleich von Bedarf und Ressourcen	Ausgleich von Bedarf und Ressourcen	Kartellvermeidung

UNTERNEHMEN DES GESUNDHEITSWESENS, DEUTSCHLAND 2021



Anzahl der Unternehmen	Anteil in % aller Unternehmen	Durchschn. Mitarbeiterzahl	Alter der Einrichtungen	Durchschn. . Umsatz	Umsatzwachstum je Jahr
101108	3,2	5	14 Jahre	0,5 Mio.	1,83 %



- Die gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung (das Bruttoinlandsprodukt - BIP) nahm in Deutschland zwischen 1992 und 2016 um den Faktor von rund 1,7 zu.
- die dem Gesundheitswesen zuzurechnenden Umsätze stiegen um den Faktor 2,2 davon
 - Ausgaben des ÖGD - 0,2
 - Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung +1,9
 - Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung +1,7 (ab 1995)
 - Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung +1,9
 - Ausgaben der privaten Krankenversicherungen +2,6
 - Ausgaben der Arbeitgeber für den betrieblichen Gesundheitsschutz +2,1
 - Ausgaben der privaten Haushalte +2,5

VERGLEICH AUSGEWÄHLTER SV-SYSTEME



Land	Arbeitnehmer (% vom Bruttolohn)	Arbeitgeber	Zuzahlungen
Belgien (KE)	13,07 (ges. SV)	32,35 (ges. SV)	A/K/M
Österreich (SL) BBG 58.320 Euro	3,87 (KV) Rentner 5,1	3,78 (KV)	A/K/M
Deutschland (SL) BBG 57.600 Euro	7,3	7,3	K/M/Reha/Pflege, Hilfsmittel
Niederlande (SL) ab 2006 Kinder bis 18 beitragsfrei	€ 121,- bis € 134	6,5	Selbstbeteiligung max. € 385
Frankreich (KE zwischen 60-100%)	0,75	12,8	A/K/M
Luxemburg	3,05	3,05	A/K/M

STAATLICHE (STEUERFINANZIERTE) SYSTEME



Land	AN %	AG %	Co-pays
Dänemark	0	0	A/M
Spanien	4,7 % (gesamte SV)	23,6 % (gesamte SV)	M
Finnland	1,5 Rentner 0.4	1,6 Selbst. 2,35	A/K/M
UK (NHS)	0	0	M,
Schweden	11,01 des Einkommens	Selbständige 11,81	A/M
Italien	0	0	A/M



- Keine Beitragsbemessungsgrenze
- Krankengeld nach EFZ - 2 Wochen Arbeiter, 1 Monat Angestellte, 60% vom Brutto max. 97 Euro p.d., Dauer 12 Monate, 1 Karenztag, Geringverdiener beitragsfrei
- Sterbegeld 150 Euro
- Familienangehörige mitversichert
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Kostenerstattung amb., stat. Sachleistung, Zuzahlungen zwischen 450 und 2500 Euro p.a.
- Selbstbeteiligung bis max. 25% ambulant, aber nicht für technische Leistungen
- Zahnersatz in der Regel bis 100%
- Arzneimittel Selbstbeteiligung bis max. 80%



- Versicherungsschutz für Alle
- Krankengeld nach EFZ tarifvertraglich geregelt mit Mindestarbeitszeiten, 100% Brutto aber max. 405 Euro
- Dauer 52 Wochen in 18 Monaten
- Sterbegeld 1.022 Euro
- Primärversorgung durch den Hausarzt, Überweisungspflicht zum Facharzt
- Freie Arztwahl alle 6 Monate, Fachärzte nach Überweisung, freie Krankenhauswahl
- Sachleistung
- Selbstbeteiligung bei Fachärzten und in Privatkliniken
- Selbstbeteiligung bei Zahnärzten bis max. 60%
- Kein Zahnersatz
- Kommunale Kinder- und Jugendzahnpflege
- Arzneimittel Selbstbeteiligung mit diff. Höchstgrenzen



- Keine Beitragsbemessungsgrenze, Allgemeine Versicherungspflicht
- Keine gesetzliche Lohnfortzahlung
- 9 Karenztage
- Kein Sterbegeld
- Alle Einwohner sind anspruchsberechtigt
- Versorgung erfolgt in 450 Gesundheitszentren der Kommunen
- Begrenzte freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Sachleistung
- Selbstbeteiligung 22 Euro je Jahr
- Zahnersatz
- Arzneimittel Selbstbeteiligung im Rahmen von Zusatzversicherungen



- Allgemeine Versicherungspflicht
- Krankengeld ab 15. Krankheitstag, ab 8. Tag ärztliche Bescheinigung
- 1 Karenztag, AU-Dauer unbegrenzt möglich
- Kein Sterbegeld
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl
- Kostenerstattung und Sachleistung
- Selbstbeteiligung ambulant zwischen 11 und 16 Euro je Besuch, bei Fachärzten 16 – 27 Euro, bei Notfällen 11- 28 Euro, unter 20 Jahren keine Zuzahlungen, stationär 8 Euro p.d. Aber etwa 120 Euro max. p.a.
- Zahnarzt und Zahnersatz unter 20 frei, sonst Festbeträge ohne staatliche Leistungen
- Arzneimittel Selbstbeteiligung bis max. etwa 220 Euro p.a.



- Steuerfinanziert seit 1996, Beitragsbemessungsgrenze 3166,2 Euro
- Krankengeld bis 15. Tag zulasten des AG, dann Krankengeld SV, wenn Mindestarbeitszeit 180 Tage in den letzten 5 Jahren, Dauer 12 Monate
- Sterbegeld 30 Euro
- Familienangehörige mitversichert, wenn sie im Haushalt leben
- Freie Arztwahl, keine freie Krankenhauswahl
- Sachleistung
- Keine Selbstbeteiligung
- Zahnersatz und Psychotherapie ausgenommen, Zuschuss möglich
- Arzneimittel Selbstbeteiligung 40 %, nicht bei Rentnern und Arbeitslosen



- Einführung der sog. Standardversicherung für Basisleistungen (für Zahnersatz, Brillen und aufwändige Operationen müssen Zusatzversicherungen abgeschlossen werden)
- Pflichtversicherung für alle (Krankheits- und Pflegeleistungen)
- Ziel: Kostensenkung durch Wettbewerb, Umsatzsenkung durch Leistungsausschluss, Preissenkung durch Integration von Versicherer und Versorger (Managed Care)
- Normensetzung durch den Gesetzgeber
- Gesundheitsfond mit RSA
- Beitragssatz: 1050 Euro (AN) + 6,5% der Lohnsumme (AG) + Eigenbeteiligung (knapp 10 % der Kosten) + Zusatzversicherungen, Beiträge für Kinder aus Steuermitteln



- staatliches Gesundheitssystem auf föderaler Basis seit 1972
- Zumeist steuerfinanziert, sonst Beiträge, die gegen die Steuer verrechnet werden
- Leistungsumfang entspricht etwa dem der staatlichen Versicherungen in den USA (also Grundversicherung ohne Medikamente, ohne Zahnmedizin, ohne Notfall, keine Mitversicherung, ohne Lohnkompensation im Krankheitsfall), deshalb regelhaft Zusatzversicherungen, oft vom Arbeitgeber



- Nationale Krankenversicherungen mit allgemeiner Versicherungspflicht und gleichen Leistungen, keine Privatversicherungen paritätische Beiträge
- Pro Kopf Ausgaben 2005 1947 Euro, Zuzahlungen bis max. 30% jedoch höchstens 500.- Euro/Monat, viele Kommunen übernehmen die Zuzahlungen freiwillig vollständig
- Weitgehend unreguliertes fee for service
- Massenhaft unsinnige Leistungen bei technisch sehr hohem Ausstattungsstandard

KOSTEN = MENGE X PREIS



- Kosten – Preise – Umsätze – Gewinne
- Vergleichbarkeit – Ziele
- Effektivität und Effizienz
- Asymmetrie der Bedarfe und Paretoverteilung

SYSTEMS IN COMPARISON

(THE PAYING PARTY IN PERCENT)



Financing Agent	Tax	SHI, employer co – sponsored	PHI, employer co – sponsored	Second health market	Charity
Kanada	68	1	13	16	1
Dänemark	84	0	2	14	0
Frankreich	5	74	14	7	1
Deutschland	7	70	10	12	0
Ungarn	10	60	1	26	3
Niederlande	5	77	6	6	6
Norwegen	70	14	0	1	0
Polen	8	62	1	26	3
Portugal	70	1	4	24	0
Spanien	66	5	6	22	1
Schweden	82	0	0	17	1
Schweiz	17	43	9	31	1



- In Tschechien, Rumänien, Bulgarien, Ungarn und Polen liegt das Wachstum der Gesundheitsausgaben unter dem BIP-Wachstum
- In der Mehrheit der Staaten liegt das Wachstum z.T. deutlich darüber
- **Sonderfall Deutschland!** Für die GKV gilt: Anteil am BIP seit 1974 kaum verändert bei 6-7%, Wachstumsraten pro Kopf seit den frühen 1990 Jahren unter der Inflationsrate, Leistungsspektrum im internationalen Vergleich hoch. Krankenkassen hatten vor 2020 hohe Überschüsse
- Folglich: Es wird erfolgreich gespart! Umsatzzuwächse im Wesentlichen nur außerhalb der durch die Sozialgesetzbücher garantierten Leistungen

STRUKTUR DER AUSGABEN



Year	2007						
Function	curative care	nursing care	Drugs for out-patients	Prevention	overhead	rest	sum %
Country							
Australia	71	1	18	2	3	6	100
Denmark	58	21	13	1	1	6	100
Finland	59	12	18	6	2	3	100
France	54	11	21	2	7	5	100
Germany	54	12	20	4	6	4	100
Hungary	50	3	36	4	1	6	100
Japan	57	16	22	2	2	1	100
Korea	64	2	28	2	4	0	100
Netherlands	54	13	17	5	6	5	100
Norway	50	26	14	2	1	7	100
Poland	55	6	29	2	2	6	100
Portugal	62	1	25	2	1	9	100
Spain	56	9	24	2	3	6	100
Sweden	64	8	17	4	2	5	100
Switzerland	58	19	12	2	5	4	100
data extracted on 26 Jan 2010 10:35 UTC (GMT) from OECD.Stat							

STRUKTUR DER AUSGABEN



Funktion	Curative Care	Nursing Care	Drugs for outpatients	Prevention	Overhead	Rest	Sum %
Australien	71	1	18	2	3	6	100
Dänemark	58	21	13	1	1	6	100
Finnland	59	12	18	6	2	3	100
Frankreich	54	11	21	2	7	5	100
Deutschland	54	12	20	4	6	4	100
Ungarn	50	3	36	4	1	6	100
Japan	57	16	22	2	2	1	100
Korea	64	2	28	2	4	0	100
Niederlande	54	13	17	5	6	5	100
Norwegen	50	26	14	2	1	7	100
Polen	55	6	29	2	2	6	100
Portugal	62	1	25	2	1	9	100
Spanien	56	9	24	2	3	6	100
Schweden	64	8	17	4	2	5	100
Schweiz	58	19	12	2	5	4	100