

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Vergleich und Bewertung unterschiedlicher
Krankenversicherungssysteme an den Beispielen
Deutschland und USA“

Verfasserin

Britta Männer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
(Mag. rer. soc. oec.)

Wien 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer/Betreuerin:

157
Internationale Betriebswirtschaft
Dipl.-Ök. Dr. Jörg Mahlich

Inhaltsverzeichnis

1. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland	4
1.1 Allgemeine Einführung	4
1.3 Entstehung und Geschichte der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland	6
1.4 Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Prinzipien	8
1.5 Die Träger und Organisation	10
1.6 Finanzierung	12
1.6.1 Allgemeine Einführung	12
1.6.2 Einnahmequellen	13
1.6.2 Der Gesundheitsfond	13
1.6.3 Prämien und Zusatzbeiträge	14
1.6.4 Ausgaben und Einnahmen der GKV für die Jahre 2009 und 2010	15
1.6.5 Die private Krankenversicherung	16
Allgemeine Einführung	16
Private Krankenversicherung und ihre Prinzipien	17
Träger und Organisation	17
Finanzierung	21
2. Das Krankenversicherungssystem in den Vereinigten Staaten von Amerika	24
2.1 Allgemeine Einführung	24
2.2 Private Krankenversicherung	25
2.2.1 Individualversicherung	27
2.2.2 Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber	28
2.3 Staatliche Gesundheitsfürsorge	30
2.3.1 Medicare	31
Part- A	32
Part- B	33
Part- C	35
Part- D	38
2.3.2 Medicaid und Children´s Heath Insurance Plan (CHIP)	39
2.4 Das Problem der Nichtversicherten und Unterversicherten	43
2.5 Reformen des Gesundheitssystems	46
3. Qualitätsvergleich zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika	48
Schlussfolgerungen	59
Abbildungsverzeichnis	61

Tabellenverzeichnis.....	61
Abkürzungsverzeichnis	62
Literaturverzeichnis.....	64
Appendix	68
Zusammenfassung.....	75
Abstract	75
Curriculum Vitae.....	77

Einleitung

Gesundheit ist eines der wichtigsten Güter in der Gesellschaft und nimmt eine wichtige Rolle im Leben eines jeden Menschen auf dieser Welt ein. Es ist aber auch eins der teuersten Güter. Laut einer amerikanischen Studie wachsen die Gesundheitsausgaben schneller als das Einkommen, sowohl in den OECD Ländern als auch in den USA. Wobei das Wachstum der Gesundheitskosten in Amerika, im Vergleich zu den anderen Ländern, sehr stark ansteigt¹. Ursachen für den Kostenanstieg ist zum einen die rückläufige Geburtenrate und zum anderen die sehr hohe Lebenserwartung. Es gibt immer mehr ältere und immer weniger jüngere Menschen. Ältere Menschen haben einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen.².

Im Laufe der Zeit haben sich in unterschiedlichen Ländern verschiedene auf ihre Bürger zugeschnittene Gesundheitssysteme entwickelt. Es existieren zahlreiche Systeme. Man unterscheidet zwischen den nationalen, regionalen und kommunalen Gesundheitssystemen. Außerdem gibt es Sozialversicherungssysteme, Versicherungssysteme mit Kopfpauschalen und das System der freiwilligen Privatversicherung und staatlichen Fürsorge. In Großbritannien kommt es zur Anwendung eines nationalen Gesundheitswesens. In Italien wird ein regionales angewendet. In Norwegen wird ein kommunaler Gesundheitsdienst favorisiert und in der Schweiz und den Niederlanden wird ein Versicherungssystem mit Kopfpauschalen angewandt. Länder mit Sozialversicherungssystemen sind unter anderem Deutschland, Österreich, Frankreich, Belgien und Luxemburg. Die freiwillige Privatversicherung und staatliche Fürsorge wird in den USA praktiziert.

Ein starker Kontrast herrscht zwischen den Sozialversicherungssystemen und dem System der Privatversicherung und staatlichen Fürsorge. Beide Systeme haben Vor und Nachteile in den Bereichen der medizinischen Versorgung, der Finanzierung und der Gerechtigkeit der Zuführung gesundheitlicher Leistungen.

¹ Vgl. Kaiser Family Foundation, verfügbar unter: <http://www.kff.org/insurance/snapshot/OECD042111.cfm>

² Vgl. Demographischer Wandel und die Gesundheit für Generationen, verfügbar unter: <http://www.grin.com/de/e-book/138827/demografischer-wandel-und-die-gesundheit-fuer-generationen>

Die staatliche Fürsorge betrifft in den USA nur 29 Prozent der Gesamtbevölkerung³, wohingegen in Deutschland jeder einen gesetzlichen Anspruch auf eine Krankenversicherung hat⁴.

Die USA haben mit Abstand die höchsten Gesundheitsausgaben. Laut OECD wurden 2009 17,4 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) für die Gesundheit aufgewendet. Vergleichsweise waren es in Deutschland, im selben Jahr, 11,6 Prozent⁵.

Die folgende Arbeit vergleicht das deutsche mit dem amerikanischen Gesundheitssystem. Es werden Vor- und Nachteile herausgearbeitet und gegenübergestellt. Im ersten Teil wird das deutsche Gesundheitssystem näher betrachtet. Wobei zwischen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung unterschieden wird. Im zweiten dann das amerikanische. Auch hier wird zwischen der privaten Absicherung im Krankheitsfall und der staatlichen Fürsorge unterschieden. Abschließend erfolgt ein Qualitätsvergleich der beiden Systeme. Die Frage, welches der beiden Systeme nun bevorzugt werden soll, wird versucht, zu beantworten.

Es werden hauptsächlich Quellen aus dem Internet wie beispielsweise die Seite des Bundesministeriums für Gesundheit BMG, des GKV- Spitzenverbandes aber auch die Seite des statistische Bundesamtes herangezogen. Zusätzlich werden Gesetze, hauptsächlich das fünfte Buch der Sozialgesetzgebung (gesetzliche Krankenversicherung SGB V) verwendet. Für den zweiten Teil der Arbeit, das amerikanische System, wird auf 2 Quellen, die das Gesundheitswesen beschreiben, zurückgegriffen. Zum einen handelt es sich hierbei um die von M. Cascase verfasste Arbeit „das Gesundheitssystem in der USA“ und zum anderen um das von M. Schölkopf geschriebene Buch mit dem Titel „Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“. Zusätzlich wird auch hier auf Internetquellen zurückgegriffen.

³Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag 2010, S.24

⁴ Vgl. Versicherungspflicht §5 SGB V

⁵ Vgl. OECD, verfügbar unter:

http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

1. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

1.1 Allgemeine Einführung

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) wird zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung unterschieden. Die gesetzliche Krankenversicherung GKV wird im SGB V geregelt. Die private Krankenversicherung PKV schließt mit ihren Versicherten privatrechtliche Verträge ab. Es existiert kein eigenes Gesetz für sie. Es wird von einem gegliederten Versicherungssystem gesprochen⁶.

SGB V §1 definiert die Solidarität und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen folgendermaßen: *„Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern...“*. Die Versicherten haben bei der Erhaltung, Wiederherstellung und bei der Besserung des Gesundheitszustandes mitzuwirken⁷.

Nach §5 ff SGB V besteht eine Versicherungspflicht. Das bedeutet, daß jeder Bürger der BRD krankenversichert sein muß⁸. Die Wahl der Krankenkasse ist dem Versicherungsnehmer seit 1996 freigestellt⁹. Die Familienangehörigen, wie beispielsweise Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern sind bei der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert¹⁰.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann es zu einer Versicherungsfreiheit kommen. Im §6 (1) SGB V werden die Personenkreise, die von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreit sind, aufgezählt. Beispielsweise sind *“... Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6 oder 7 übersteigt und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat;...”*¹¹ von der Versicherungspflicht befreit. Die

⁶ Vgl. Krankenversicherung: Gegliedertes Krankenversicherungssystem, verfügbar unter <http://www.krankenversicherung.com/lexikon/g/486-gegliedertes-krankenversicherungssystem.htm>

⁷ Vgl. Solidarität und Eigenverantwortung, SGB V §1

⁸ Vgl. Versicherungspflicht, SGB V §5

⁹ Vgl. Deutsche Sozialversicherung, Geschichte, verfügbar unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

¹⁰ Vgl. Familienversicherung, SGB V §10

¹¹ Versicherungsfreiheit SGB V §6 (1)

Jahresarbeitsentgeltgrenze wird nach §6 (6) SGB V bestimmt. Sie lag im Jahr 2010 bei 4.162,50 EUR/Monat (= 49.950 EUR/Jahr). Im Jahr 2011 bei 4.125,00 EUR/Monat (= 49.500 EUR/Jahr)¹². Weitere Beispiele für Personenkreise, die von der Versicherungspflicht befreit sind, sind „*Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten...*“ §6 (2) SGB V¹³. Die Personenkreise, die im §6 SGB V aufgezählt werden, haben die Möglichkeit, bei einer PKV Mitglied zu werden. Somit steht die PKV nur Personen zur Verfügung, die keiner gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen bzw. Personen, die von der Versicherungspflicht befreit sind (§8 SGB V). Die PKV schließt mit ihren Versicherungsnehmern privatrechtliche Verträge ab. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) ist das zur Aufsicht bestellte Organ für die PKV¹⁴.

Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen. Sie sind nach §4 SGB V Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Sie sind finanziell und organisatorisch vom Staat unabhängig. Das heißt, die Aufgaben werden Eigenverantwortlich von ihnen durchgeführt.

Im Laufe der letzten Jahre kam es zu einer deutlichen Verringerung der Anzahl der Krankenkassen. Waren es im Jahr 1970 noch nahezu 2.000 so sind es heute nur noch 156¹⁵.

Im folgenden Teil der Arbeit werden zunächst die gesetzliche Krankenversicherung und anschließend die private Krankenversicherung näher betrachtet, wobei anzumerken ist, daß die GKV den weitaus wichtigeren Part des deutschen Gesundheitssystems einnimmt und daher ausführlicher behandelt wird. Zunächst wird jedoch ein historischer Rückblick vorgenommen. Es wird gezeigt, daß die Gesundheit schon sehr früh als ein wichtiges Gut erkannt wurde, das jedem Bürger der BRD zusteht. In weiterer Folge wird auf die angewendeten Prinzipien im Gesundheitswesen eingegangen, die Träger der Krankenversicherung, nämlich die Krankenkassen, werden vorgestellt und es wird abschließend über die Finanzierung des Gesundheitswesens berichtet.

¹² Vgl. Beitragsbemessungsgrenze für Krankenversicherung, verfügbar unter <http://www.finanztip.de/recht/sozialrecht/versicherungspflichtgrenze-beitragsbemessungsgrenze.htm>

¹³ Versicherungsfreiheit, SGB V §6 (2)

¹⁴ Vgl. Gabler, Krankenversicherung, verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/1320/krankenversicherung-v11.html>

¹⁵ Vgl. GKV- Spitzenverband, alle gesetzlichen Krankenkassen, verfügbar unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>

1.3 Entstehung und Geschichte der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland

Den Grundstein für die heutige Sozialversicherung legte bereits Otto von Bismarck mit seiner Sozialgesetzgebung von 1883. Die Krankenversicherung, eine Versicherungspflicht für gewerbliche Arbeiter, wurde eingeführt, gefolgt von der Unfallversicherung (1884) und der Rentenversicherung (1889). Die Mitglieder der Krankenversicherung hatten einen Anspruch auf Sachleistungen wie beispielsweise ärztliche Behandlung und Arzneimittel. Schon damals konnte der Versicherungsschutz auf Familienangehörige ausgedehnt werden. Die Regel, daß Beiträge in Abhängigkeit vom Bruttoarbeitsentgelt entrichtet werden müssen, stammt aus der Zeit Bismarcks und hat bis heute Gültigkeit¹⁶. Am Anfang waren rund 10 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, heute sind es fast 90 Prozent¹⁷.

Im Jahre 1911 wurde die Reichsversicherungsordnung (RVO) ins Leben gerufen. Es wurden die Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung zusammen in ein Gesetz gefasst und systematisiert. Bis 1989 bildete die RVO die Grundlage für das Krankenversicherungsrecht. Sie wurde abgelöst durch das Gesundheitsreformgesetz.

In den 70er Jahren kam es zu zahlreichen Reformen. (Zwei Beispiele sind das Leistungsverbesserungsgesetz sowie das Rehabilitationsgesetz von 1974). Der gesetzliche Versicherungsschutz wurde auf weitere Personengruppen ausgedehnt. Jetzt wurden auch unter anderem Studenten, Künstler und Publizisten Versicherungspflichtig. Folglich wurde die Ausgabenseite der Krankenkassen stärker belastet. Um diese Mehrausgaben für Leistungen zu bewältigen kam es zur Einführung von Kostendämpfungsgesetzen.

1989 wurde das Gesundheitsreform-Gesetz in das Sozialgesetz als fünftes Buch SGB V aufgenommen und bildet seither die Grundlage für die gesetzliche Krankenversicherung.

¹⁶Vgl. Deutsche Sozialversicherung, Geschichte online verfügbar unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

¹⁷ Vgl. BMG- Bund, Funktionen und Aufgaben online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/funktionen-und-aufgaben.html>

1993 wurde das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Mit dem Gesetz wurde versucht, unter anderem mehr Gerechtigkeit bei der Beitragserhebung unter den Mitglieder zu schaffen. Es sollte auch mehr Wettbewerb zwischen den Versicherungen schaffen¹⁸. Anfang der 90er Jahre gab es noch weit über 1.000 gesetzliche Krankenversicherungen in Deutschland¹⁹

Eine weitere wesentliche Neuerung fand 1996 statt. Die Versicherten konnten frei zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wählen²⁰. 1996 wurde auch der Risikostrukturausgleich (RSA) in der BRD eingeführt. Er wurde 2009 durch den Gesundheitsfond abgelöst.

Der letzte Pfeiler der Sozialversicherung wurde 1995 gelegt. Es handelt sich dabei um die Pflegeversicherung, die im Falle einer Pflegebedürftigkeit eintritt. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil des Sozialversicherungssystems geworden und heute nicht mehr wegzudenken. Im Gegenteil, sie gewinnt immer mehr an Wichtigkeit²¹. Durch die alternde Bevölkerung kommt es zu immer mehr Fällen an Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigkeit hat in allen Bundesländern gemessen im Zeitraum 1999 bis 2007 drastisch zugenommen. Beispielsweise ist sie in Brandenburg um 32,3 Prozent angestiegen. Im Anhang 2 befindet sich eine grafische Übersicht über die Zunahme der Pflegebedürftigkeit in allen Bundesländer²².

Seit Anfang des 21ten Jahrhunderts traten viele Reformen in Kraft. Sie zielten darauf ab, die Krankenversicherung wirtschaftlicher und qualitätsorientierter zu gestalten.

Das gesetzliche Sozialversicherungssystem ist historisch gesehen über mehr als 120 Jahre gewachsen. Das Sozialversicherungssystem bietet den Bürgern eine finanzielle Absicherung gegen Lebensrisiken und deren Folgen. So tritt beispielsweise im Falle einer Erkrankung die Krankenversicherung ein und im Falle eines Unfalls die Unfallversicherung. Mit der Grundsteinlegung Bismarcks 1883 besteht das Sozialversicherungssystem heute aus fünf Säulen.

¹⁸ Vgl. Deutsche Sozialversicherung, Geschichte, online verfügbar unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

¹⁹ Vgl. GKV Spitzenverband, online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2011_15401.pdf

²⁰ Vgl. Deutsche Sozialversicherung, online verfügbar unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

²¹ Vgl. Deutsche Sozialversicherung, online verfügbar unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

²² Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, demographischer Wandel in Deutschland, Ausgabe 2010 S. 23ff

Diese sind:

- die Krankenversicherung
- die Unfallversicherung
- die Arbeitslosenversicherung
- die Rentenversicherung sowie
- die Pflegeversicherung²³.

1.4 Gesetzliche Krankenversicherung und ihre Prinzipien

Die soziale Sicherung wird in der BRD durch das Versicherungssystem, nämlich die gesetzliche Krankenversicherung GKV gewährleistet. Es ist eine von drei möglichen Sicherungssystemen. Die anderen beiden, das Versorgungssystem und das Fürsorgesystem, finden in der BRD keine Anwendung. Im Rahmen des Versicherungssystems hat jeder Versicherte dadurch, daß er an den Versicherungsgeber einen Beitrag entrichtet, einen Anspruch auf Leistungen (Sozialleistungen). Im Fall der Krankenversicherung hat er Anspruch auf Leistungen, die sich auf die Gesundheit beziehen (Gesundheitsleistungen wie beispielsweise die Untersuchung von Herz und Lungen oder auch Blutdruckmessung). Grundsätzlich müssen die Einnahmen durch die Beiträge der Versicherungsnehmer (und Steuergelder) die Ausgaben aller Gesundheitsleistungen abdecken²⁴.

²³ Vgl. Deutsche Sozialversicherung, online verfügbar unter <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html>

²⁴ Vgl. R. Liebhold: Handlexikon des Kassenarzt und Kassenzahnarztrechts 1983, S.256f

Das Versicherungssystem folgt dem

- Solidaritätsprinzip sowie dem
- Sachleistungsprinzip²⁵.

Solidarität im Gesundheitswesen bedeutet, daß gesunde Menschen kranken Menschen helfen. Es kommt bei der Beitragsberechnung nicht darauf an, wie alt eine Person ist, wie hoch das Krankheitsrisiko ist oder welches Geschlecht ein Versicherter hat. Jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung erhält die gleiche Versorgung²⁶. Einzig und allein die Einkommenssituation der einzelnen Versicherten wird bei der Beitragsberechnung berücksichtigt²⁷. Das Solidaritätsprinzip kann durch folgenden Spruch charakterisiert werden:

*„Einer für alle und Alle für einen“*²⁸ Die private Krankenversicherung folgt einem anderen Prinzip (Äquivalenzprinzip). Es werden von den Mitgliedern unterschiedlich hohe Beiträge erhoben, die sich nach Alter, Krankheitsrisiko und Geschlecht bestimmen²⁹.

Das von der GKV angewandte Sachleistungsprinzip besagt, daß die Abrechnung über die in Anspruch genommenen Leistungen zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Leistungserbringer (Arzt) über sogenannte Krankenscheine erfolgt. Die Beitragszahlung des Versicherungsnehmers berechtigt ihn, ärztlichen Leistungen durchführen zu lassen. Sie können allerdings nur bei berechtigten Vertragsärzten in Anspruch genommen werden. Vertragsärzte sind solche, die zur vertragsrechtlichen Versorgung zugelassen sind. Der Arzt rechnet in weiterer Folge nicht direkt mit dem Versicherungsnehmer, spricht dem Leistungsempfänger oder Patienten ab, sondern mit dem Versicherungsgeber (Krankenkasse) über den Mittler Kassenärztliche Vereinigung³⁰.

²⁵ Vgl. P. Oberender, A. Hebborn, Wachstumsmarkt Gesundheit 1998, S 40ff

²⁶ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/solidaritaet.html>

²⁷ Vgl. R. Liebhold: Handlexikon des Kassenarzt und Kassenzahnarztrechts 1983, S.256f

²⁸ Versicherungsarchiv, verfügbar unter: <http://www.versicherungsarchiv.de/versicherungsvergleich/solidaritaetsprinzip/>

²⁹ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/solidaritaet.html>

³⁰ Vgl. P. Oberender, A. Hebborn, Wachstumsmarkt Gesundheit 1998, S 42f

1.5 Die Träger und Organisation

§4 SGB V zählt verschiedene Arten von Krankenversicherungen auf. Aus historischen Gründen folgen sie unterschiedlichen Organisationsprinzipien. Es sind folgende Arten:

- die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)
- die Betriebskrankenkassen (BKK)
- die Ersatzkassen (EK)
- die Innungskrankenkassen (IKK)
- die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK) und
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft- Bahn- See (KBS)³¹.

Die AOK ist regional organisiert, die BKK ist nach Betrieben organisiert, die IKK nach Berufsgruppen, die EK nach den Beschäftigungsverhältnissen und die KBS nach Wirtschaftszweigen³². Des Weiteren wird im Absatz (3) klar definiert, daß die einzelnen Träger nicht nur für sich alleine arbeiten, sondern artenübergreifend agieren um eine bessere Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit zu garantieren.

Die meisten Mitglieder sind in den EKs und in der AOK zu finden (je ca. 36 Prozent). In den BKKs sind es rund 18 Prozent, in den IKK rund acht Prozent³³.

Nach §207 SGB V existiert für jedes Bundesland ein Landesverband der Orts-, Betriebs-, und Innungskrankenkassen. Bei den anderen Kassenarten gibt es keine Landesverbände.

Seit 1996 die Kassenwahlfreiheit eingeführt wurde, kam es zu zahlreichen Fusionen der Krankenkassen. In den meisten Bundesländern gibt es seither nur noch eine Orts- und Innungskrankenkasse, die gleichzeitig die Funktion des Landesverbandes einnimmt. Auch die Möglichkeit von Fusionen zwischen verschiedenen Kassenarten besteht. In dem Fall kann die Kassenart von Versicherten neu gewählt werden.

³¹ Vgl. Krankenkassen §4 SGB V

³² Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/funktionen-und-aufgaben.html>

³³ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/funktionen-und-aufgaben.html>

2007 wurde der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV- Spitzenverband) ins Leben gerufen. §217a ff SGB V bildet die Grundlage für ihn. Der GKV Spitzenverband ist Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Mit seiner Einführung wurden die gesetzlichen Aufgaben, die die früheren Spitzenverbände der Krankenkassen hatten, gelöscht und auf ihn übertragen³⁴. Die gesetzlich übertragenen Aufgaben sind im §217f SGB V aufgelistet. Er regelt die Interessen der einzelnen Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.

Die Anzahl der Krankenkassen ist in den letzten Jahren stark zurückgegangen. Grund hierfür sind verschiedene Reformen, die die Krankenkassen zu Fusionen gezwungen haben. Besonders die Einführung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- WSK) hat hierzu beigetragen. Abbildung 1 zeigt die Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf. Waren es 1970 noch 1815 Träger so sind es 2011 nur noch 157³⁵.

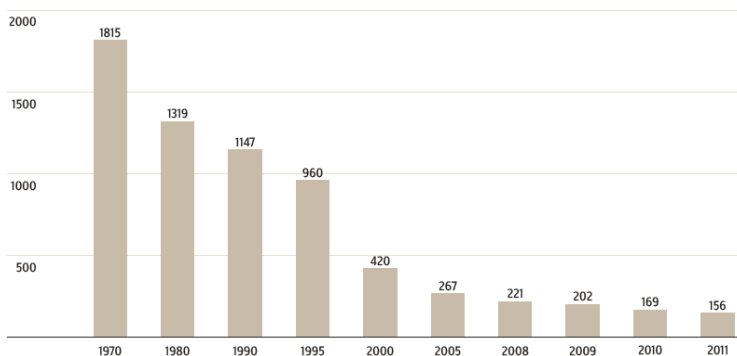


Abbildung 1: Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf Konzentrationsprozess durch Fusionen (Angaben zum Stichtag 1.1.)³⁶

³⁴ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/funktionen-und-aufgaben.html>

³⁵ Vgl. GKV Spitzenverband, online verfügbar unter <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet>

³⁶ Vgl. GKV Spitzenverband, verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2011_15401.pdf

1.6 Finanzierung

1.6.1 Allgemeine Einführung

Im Rahmen des Wettbewerbstärkungsgesetzes kam es zu einer Umstellung des Finanzierungsmodells im Gesundheitswesen. Die Neureglung der Finanzierung der GKV ist im achten Kapitel des SGB V zu finden.

Die GKV verfügt über drei Einnahmequellen:

- die Beiträge der Mitglieder
- die Zuschüsse vom Bund und
- die sonstigen Einnahmen (Zusatzbeitrag).

Die Beiträge werden von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern getragen und fließen dem Gesundheitsfond zu. Sie werden einkommensabhängig erhoben. Die Zuschüsse vom Bund werden auch an den Gesundheitsfond entrichtet. Die dritte Einnahmequelle wird von den Krankenkassen bei Bedarf, direkt erhoben. Der Zusatzbeitrag, der einkommensunabhängig ist, muß vom Versicherten direkt an die Krankenkasse gezahlt werden³⁷.

Für das Jahr 2009 hat die Bundesregierung den Beitragssatz auf 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen festgelegt. Er wurde dann (ab Juli 2009) auf 14,9 Prozent herabgesetzt. Seit dem 1.1.2011 wurde er auf sein ursprüngliches Niveau wieder angehoben. Der Arbeitnehmer zahlt von den 15,5 Prozent 8,2 Prozent und der Arbeitgeber 7,3 Prozent. Folglich müssen zukünftige Ausgabensteigerungen allein durch den Zusatzbeitrag getragen werden.

Ein Sozialausgleich wurde eingeführt, der die Mitglieder der GKV vor unverhältnismäßigen Belastungen schützen soll. Er orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Kassen. Die Festlegung des durchschnittlichen

³⁷ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>

Zusatzbeitrages erfolgt durch den GKV- Schätzerkreis. Hierzu zählen das Bundesversicherungsamt, das Bundesgesundheitsministerium und der GKV-Spitzenverband. In regelmäßigen Abständen trifft sich der GKV- Schätzerkreis um, die Einnahme- und Ausgabesituation im Gesundheitswesen zu eruieren. Sie sprechen jährlich eine Empfehlung für den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das kommende Jahr aus. Diese muß in weiterer Folge von der Bundesregierung bestätigt werden³⁸.

1.6.2 Einnahmequellen

Die Höhe der Bundeszuschüsse wird im §221 SGB V geregelt. Im Jahr 2009 waren 7,2 Milliarden EUR zulässig, im Jahr 2010 11,8 Milliarden EUR und in jedem weiteren Jahr jeweils 1,5 Milliarden EUR mehr als im vorangegangenen Jahr. Folglich sind es im Jahr 2011 13,3 Milliarden EUR. Die Obergrenze ist mit 14 Milliarden EUR festgelegt³⁹. Eine einmalige zusätzliche Zahlung von 2 Milliarden EUR fand im Jahr 2011 statt, um die Finanzierung des Sozialausgleiches für die Jahre 2012 bis 14 sicherzustellen⁴⁰.

1.6.2 Der Gesundheitsfond

Vor Einführung des Gesundheitsfonds (vor 2009) wurden die Beitragssätze von den einzelnen gesetzlichen Krankenkassen individuell festgelegt. Seit 2009 gibt es einen einheitlichen Beitragssatz. Derzeit liegt er bei 15,5 Prozent der beitragspflichtigen

³⁸ Vgl. GKV Spitzenverband, online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/Finanzierung_der_GKV.gkvnet

³⁹ Vgl. Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, §221 SGB V

⁴⁰ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>

Einnahmen. Die Beiträge fließen nicht mehr direkt an die Versicherungen, sondern sie fließen alle in den gleichen Topf, der als Gesundheitsfond bezeichnet wird. Einzig und allein die LKK ist vom Gesundheitsfond ausgeschlossen. Auch die Zuschüsse vom Bund landen im Gesundheitsfond.

Die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond. Diese richtet sich nach

- dem Alter
- dem Geschlecht und
- dem Gesundheitszustand

der einzelnen Versicherten. Eine Versicherung mit vielen kranken und alten Mitgliedern erhält demnach mehr Geld aus dem Gesundheitsfond zugewiesen als eine mit vielen gesunden und jungen Mitgliedern.

1.6.3 Prämien und Zusatzbeiträge

Die GKV muß einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern verlangen, wenn die zugewiesenen Mittel aus dem Gesundheitsfond die Ausgaben nicht decken. Über die Höhe des Zusatzbeitrags kann die GKV selber entscheiden. Der Zusatzbeitrag muß an die Versicherung direkt entrichtet werden. Die GKV hat auch die Möglichkeit, Prämien auszuzahlen, falls Überschüsse erwirtschaftet wurden⁴¹. Wenn ein Zusatzbeitrag erstmalig erhoben wird oder ein weiteres Mal erhöht wird, steht dem Versicherten das Recht einer außerordentlichen Kündigung zu⁴².

Wenn Versicherte mit der Zahlung von Zusatzbeiträgen säumig sind, hat die Krankenkasse die Möglichkeit ein Mahnverfahren einzuleiten. Das ist allerdings mit hohen Kosten und einem hohen Verwaltungsaufwand verbunden. Außerdem haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Versorgung auf das medizinisch Notwendige

⁴¹ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>

⁴² Ausübung des Wahlrechts §175 (4) SGB V

zu beschränken, können aber – im Gegensatz zu früher – den Versicherungsschutz nicht kündigen. Die Krankenkassen haben auch die Möglichkeit, einen Säumniszuschlag zu erheben. §242 SGB V regelt den Säumniszuschlag⁴³. Im Anhang befindet sich eine Liste über die Erhebung von Zusatzbeiträgen der Krankenkassen

1.6.4 Ausgaben und Einnahmen der GKV für die Jahre 2009 und 2010

Das Finanzergebnis der GKV wird zum einem vierteljährlich in der Statistik KV 45 erfasst und jährlich in Form eines endgültigen Jahresrechnungsergebnisses veröffentlicht. Es wird unterschieden zwischen dem Finanzergebnis aller gesetzlichen Krankenkassen und dem des Gesundheitsfonds⁴⁴. Außerdem nimmt der GKV-Schätzerkreis regelmäßig Schätzungen zur Einnahmen und Ausgabensituation der GKV vor⁴⁵.

Der Gesundheitsfond konnte, trotz Defizits, seinen monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen nachkommen. Das Liquiditätsdarlehen das im November 2009 aufgenommen wurde konnte bereits eineinhalb Monate später wieder zurückgezahlt werden. Das war möglich aufgrund der zusätzlichen Beitragseinnahmen, die durch Weihnachtsgeldzahlungen generiert werden konnten.

Betrachtet man die Krankenkassen und den Gesundheitsfond zusammen, so kam es zu einem Defizit von insgesamt 1,4 Milliarden Euro⁴⁶.

Die Einnahmen- Ausgabensituation im Jahr 2010 sehen nach Schätzungen des Schätzerkreises folgendermaßen aus (Stand 25.Januar. 2011): Die Einnahmen des

⁴³ Vgl Finanztip, verfügbar unter: <http://www.finanztip.de/recht/sozialrecht/krankenkasse-zusatzbeitrag.htm>

⁴⁴ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>

⁴⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt, online verfügbar unter http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1115298/DE/Gesundheitsfonds/Schaetzerkreis/schaetzerkreis__node.html

⁴⁶ Vgl. BMG, online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html>

Gesundheitsfonds belaufen sich auf 173,9 Mrd. EUR. Die Zuweisungen an die gesetzlichen Krankenkassen belaufen sich auf 170,3 Mrd. EUR. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen belaufen sich auf 172,1 Mrd. EUR. Den gesetzlichen Krankenkassen entsteht ein Defizit von 1,8 Mrd. EUR. Durch Auflösung der Liquiditätsreserven oder durch eine Erhebung von Zusatzbeiträgen konnte diese Finanzierungslücke geschlossen werden. Aus den Mehreinnahmen des Gesundheitsfonds werden Liquiditätsreserven gebildet⁴⁷.

1.6.5 Die private Krankenversicherung

Allgemeine Einführung

Die PKV bildet das Gegenstück zur GKV. In Deutschland sind rund 10 Prozent der Bevölkerung privat Krankenversichert. Die PKV spielt somit eher eine untergeordnete Rolle. In den USA liegen die Verhältnisse anderes. Der größte Teil der Bevölkerung ist privat versichert. Nur wenige erhalten Versicherungsschutz durch den Staat.

Der folgende Teil der Arbeit beschäftigt sich zunächst mit den Prinzipien, die die PKV verwendet. Danach werden die Trägern und die Organisation näher betrachtet. Anschließend wird auf die Finanzierung näher eingegangen.

⁴⁷ Vgl. GKV Spitzenverband, online verfügbar unter http://www.gkv-spitzenverband.de/Politik_Gesundheitsfonds_2010.gkvnet

Private Krankenversicherung und ihre Prinzipien

Die PKV folgt zwei Prinzipien. Dem Äquivalenzprinzip und dem Kostenerstattungsprinzip.

Nach dem Äquivalenzprinzip werden die Beitrag eines jeden Versicherten individuell am persönlichen Risiko des Versicherten bemessen. Zur Risikobemessung werden verschiedene Parameter herangezogen, wie beispielsweise

- das Alter
- das Geschlecht
- der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Antragsstellung sowie
- die Art und der Umfang der erwünschten Versicherungsleistung.

Zusätzlich zu den oben genannten Parametern können die einzelnen Versicherungen noch andere Risikomessungsindikatoren heranziehen.⁴⁸

Nach dem Kostenerstattungsprinzip ist der Versicherungsnehmer Vertragspartner von dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus. Ihm werden die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt. In weiterer Folge kann der Versicherungsnehmer die Rechnung bei seiner PKV einreichen und um Kostenerstattung bitten⁴⁹.

Träger und Organisation

Im Jahr 2010 waren rund neun Millionen Bürger der BRD in einer privaten Krankenversicherung versichert. Das sind in etwa 10 Prozent der Bevölkerung.

Es gibt 43 private Krankenkassen in Deutschland. Davon sind 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die restlichen sind Aktiengesellschaften. Zusätzlich dazu gibt es zwei außerordentliche Mitgliedsunternehmen, diese betreiben

⁴⁸ Vgl. PKV, verfügbar unter: <http://www.private-krankenversicherung.de/pkv-ratgeber/aequivalenzprinzip/>

⁴⁹ Vgl. Cecu, verfügbar unter: <http://www.cecu.de/590+M5e8a93e4dd6.html>

die Krankenversicherung zusammen mit einem anderen Versicherungszweig. Weitere zwei verbundene Einrichtungen (Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und Postbeamtenkrankenkasse) werden zu der PKV dazugezählt⁵⁰.

Man unterscheidet die Krankenversicherung (Krankenvollversicherung), Zusatzversicherungen und Pflegeversicherung. Wobei bei der Zusatzversicherung unterschieden wird zwischen der Zusatzversicherung zum GKV-Schutz und anderen Zusatzversicherungen wie beispielsweise Krankentagegeld oder auch Krankenhaustagegeld.

Die Krankenversicherung macht den Hauptteil der PKV aus. 2010 wurden rund 72 Prozent (33,3 Milliarden EUR) der Beiträge durch sie erhoben. Rund 10 Prozent der Bevölkerung (8,9 Millionen Menschen) sind in der Krankenversicherung versichert. Die Zusatzversicherungen zählen immer mehr Mitglieder. Der Anstieg der Mitgliederzahlen in der Zusatzversicherung zum GKV-Schutz hat zwei Ursachen. Zum einen wird der Leistungskatalog der GKV immer weiter gekürzt, so daß dem Versicherungsnehmer weniger Leistungen zur Verfügung stehen. Durch eine Zusatzversicherung zum GKV-Schutz kann der Versicherungsnehmer solche Leistungen absichern⁵¹. Zum anderen ist es so, daß seit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003 Kooperationen zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen möglich sind. Folglich ist der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung für einen gesetzlich Versicherten einfacher geworden.

2010 waren 21,91 Millionen Menschen Mitglied einer privaten Zusatzversicherung. Das ist, im Vergleich zu 2009, ein Anstieg von 2 Prozentpunkten. Es können verschiedene Tarife abgeschlossen werden. Wobei auch mehrere Tarife parallel abgeschlossen werden können. Die Tarife sind:

- ambulante Tarife
- Tarife zur Wahlleistung im Krankenhaus und
- Zahntarife.

Die Pflegeversicherung verzeichnete 2010 rund 9,6 Millionen Mitglieder. Es werden nicht nur die Krankenvollversicherten sondern auch freiwillig gesetzlich Versicherte

⁵⁰ Vgl. PKV-Verband, verfügbar unter: <http://www.pkv.de/zahlen/>

⁵¹ Vgl. Versicherung Online 24, verfügbar unter: <http://www.versicherung-online24.com/private-krankenversicherung/zusatzkrankenversicherung/kranken-zusatzversicherung.php>

und die Versicherten der verbundenen Einrichtungen dazu gezählt. Daher weicht die Zahl der Versicherten von der der Krankenvollversicherten ab. 1,7 Millionen Menschen hatten 2010 eine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen⁵².

Die PKV wird zum einen durch Rechtsquellen und zum anderen durch Musterbedingungen, die von dem PKV- Verband vorgegeben werden, geregelt. Zu den Rechtsquellen gehören unter anderem

- das Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- die Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoG)
- Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
- Kalkulationsverordnung (KalV)
- Überschussverordnung (ÜbschV)
- SGB V
- Elfte Buch der Sozialgesetzgebung (SGB XI)

Beispielsweise regelt das VVG die Rechte und Pflichten der Versicherungsnehmer. Besonders die Paragraphen fünf und sechs des SGB V sind maßgeblich für die PKV. Sie regeln die Versicherungspflicht und die Versicherungsfreiheit von Arbeitnehmern.

Andere wichtige Rechtsquellen sind unter anderen:

- Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- Krankenhausfinanzierungsgesetz⁵³.

Es wird unterschieden zwischen Musterbedingungen und Brancheneinheitlichen Versicherungsbedingungen.

Der PKV- Verband stellt den privaten Krankenversicherungen unverbindliche Empfehlungen (Musterbedingungen) zur Verfügung. Sie beinhalten zum einen die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers. Zum anderen wird der Umfang des

⁵² Vgl. PKV-Verband, verfügbar unter: <http://www.pkv.de/zahlen/pflegeversicherung/>

⁵³ Vgl. PKV-Verband, verfügbar unter: <http://www.pkv.de/recht/>

Versicherungsschutzes bestimmt. Durch die Musterbedingungen wird eine gewisse Qualität gewährleistet. Es werden folgende Bereiche geregelt:

- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- Pflegekrankenversicherung
- Ergänzende Pflegekrankenversicherung.

Die Brancheneinheitlichen Versicherungsbedingungen gelten für vier Tarife. Diese sind:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen Private Studentische Krankenversicherung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen private Pflegeversicherung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Basistarif
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Standardtarif⁵⁴.

Seit dem 1.1.2009 gibt es in der BRD die Pflicht zur Versicherung. Danach muß jeder Bürger krankenversichert sein. Arbeiter und Angestellte sind in der GKV pflichtversichert⁵⁵. Nach § 6 (5) SGB V besteht die Versicherungspflicht solange das Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Wenn diese Grenze, in drei aufeinanderfolgenden Jahren, überschritten wird besteht die Möglichkeit zu einer privaten Krankenversicherung zu wechseln.

Die Jahresarbeitsentgeltgrenze lag 2011 bei 49.500 EUR bzw. 4.125 EUR monatlich⁵⁶.

⁵⁴ Vgl. PKV-Verband, verfügbar unter: <http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen/>

⁵⁵ Vgl. Der private Krankenversicherungsschutz im Sozialrecht, verfügbar unter: http://www.pkv.de/recht/pkv_im_sozialrecht/pkv_im_sozialrecht.pdf

⁵⁶ Vgl. Beitragsbemessungsgrenze, verfügbar unter: <http://www.beitragsbemessungsgrenze.com/>

Des Weiteren werden in §6 SGB V Personenkreise aufgezählt, die von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreit sind. Dazu gehören unter anderen:

- Beamte
- Studenten
- Freiberufler
- Nichterwerbstätige Ehepartner, sofern der andere Ehepartner in der PKV versichert ist.

Finanzierung

Die Finanzierung der PKV erfolgt über drei Wege:

- Beitragseinnahmen
- Entnahmen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB) und
- Erträge aus Anlagen am Kapitalmarkt.

Die Beitragseinnahmen werden für die Krankenvollversicherung, Pflegeversicherung, Zusatzversicherung zum GKV Schutz, sonstige Zusatzversicherungen und besondere Versicherungsformen verwendet. Die folgende Grafik zeigt die prozentuale Aufteilung der Beiträge. Die Krankenvollversicherung nimmt dabei mit Abstand den größten Teil des Beitrags in Anspruch (71,71 Prozent).

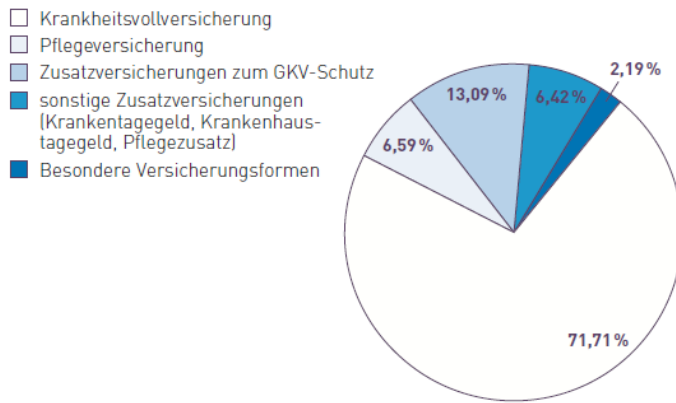


Abbildung 2: Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2009⁵⁷

Versicherungsnehmer können einen Selbstbehalt wählen. Das heißt, bis zu einer bestimmten Höhe muß der Versicherungsnehmer für die entstandenen Kosten selber aufkommen. Durch die Wahl eines Selbstbehalts verringert sich die Beitragsprämie.

Wenn die PKV einen Überschuss erwirtschaftet hat wird dieser in die RfB abgeführt. In weiterer Folge kommt es dann entweder zu einer Rückerstattung an die Versicherungsnehmer oder die Gelder werden für einen Beitragsausgleich herangezogen. Es können Beitragserhöhungen ausgeglichen werden oder es kann auch zu Beitragssenkungen kommen.

Die PKV tätigt auch Kapitalanlagen um die vertraglich vereinbarten Leistungen an den Versicherungsnehmer auch nachkommen zu können. Es handelt sich dabei unter anderem um Kapitalanlagen in Grundstücke, Aktien oder auch Einlagen bei Kreditinstituten⁵⁸.

Die Einnahmen der PKV betrugen im Jahr 2009 33.30 Milliarden EUR. Die Ausgaben an Versicherungsleistungen betrugen 21,92 Milliarden EUR.

⁵⁷ Vgl. . PKV-Verband, verfügbar unter:
http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf

⁵⁸ Vgl. PKV-Verband, verfügbar unter:
http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf

Die PKV bildet auch Altersrückstellungen, um den steigenden Bedarf an Versicherungsleistungen bei den älter werdenden Versicherungsnehmern decken zu können. 2009 beliefen sich die Altersrückstellungen, die im Bestand waren, auf 155 Milliarden EUR⁵⁹.

⁵⁹ Vgl. PKV-Verband, verfügbar unter: <http://www.pkv.de/zahlen/>

2. Das Krankenversicherungssystem in den Vereinigten Staaten von Amerika

2.1 Allgemeine Einführung

Das Gesundheitssystem in den USA basiert auf der freiwilligen Privatversicherung und der staatlichen Fürsorge.⁶⁰

Es wird unterschieden zwischen der privaten Krankenversicherung und der öffentlichen Krankenversicherung. Die meisten Menschen (66,7 Prozent) sind über eine private Versicherung versichert. Nur 29 Prozent der amerikanischen Bevölkerung sind über eine staatliche Einrichtung versichert. Neben diesen beiden Möglichkeiten der Krankenversicherung gibt es auch den Fall der Nichtversicherten. Immerhin waren 2010 16,3 Prozent der Bevölkerung nicht krankenversichert. Zu beachten ist, daß sich die Prozentzahlen auf mehr als 100 addieren. Das liegt daran, daß einige Amerikaner mehrfach innerhalb eines Jahres gezählt werden. Wenn beispielsweise ein Wechsel von der privaten Krankenversicherung in eine staatliche Versicherungsform erfolgt kommt es zu einer Doppelzählung⁶¹

Sowohl bei der privaten Krankenversicherung als auch bei der staatlichen Krankenversicherung (Medicare, Medicaid und CHIP) ist die freie Arzt- und Krankenhauswahl beschränkt. Die Versicherungen folgen dem sogenannten Managed- Care- Prinzip um kosteneffizient zu arbeiten und um die Qualität der Versorgung zu steigern. Private Krankenversicherungen werden oft von Health Maintenance Organizations (HMOs) oder Preferred Provider Organizations (PPOs) übernommen. Bei den HMOs werden nur Vertragspartnern (Krankenhäuser und Ärzte) Kosten erstattet. Wendet sich ein Versicherter nicht an einen im Netzwerk eingebundenen Versorger, werden die Kosten von der Versicherung nicht erstattet. Bei den PPOs werden auch Kosten erstattet, die nicht bei Vertragspartnern

⁶⁰ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S72f

⁶¹ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S. 24

entstanden sind. Bei dieser Organisationsform kommt es allerdings zu durchaus hohen Zuzahlungen, die der Versicherte tragen muß⁶².

Die folgenden Abschnitte befassen sich mit den verschiedenen Formen der Absicherung gegen Krankheitsrisiken. Zunächst wird die private Krankenversicherung betrachtet, gefolgt von den staatlich eingerichteten Versicherungsprogrammen. Im Anschluss daran wird die Gruppe der Nichtversicherten vorgestellt. Schlussendlich werden die aktuellen Reformen im Gesundheitswesen kurz beschrieben.

2.2 Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung folgt zwei Prinzipien. Das ist zum einen

- das Äquivalenzprinzip und zum anderen
- das Prinzip der Wahlfreiheit in einer beschränkten Form.

Auch in der BRD kommt es bei der privaten Krankenversicherung PKV zur Anwendung derselben Prinzipien.

Die zu entrichtende Prämie des Versicherungsnehmers richtet sich nach seinem Gesundheitsrisiko. Das heißt, je schlechter sein Gesundheitszustand und je höher das Risiko einer Erkrankung ist, um so höher ist die Prämie. Des weiteren ist der Umfang des Versicherungsschutzes entscheidend für die Höhe der Prämie. Je umfangreicher das in Anspruch genommene Leistungspaket des Versicherers ist, um so höher ist die Prämie. Außerdem muß jeder, der eine private Krankenversicherung in Anspruch nimmt, einen jährlichen Selbstbehalt zahlen.

Eine weitere wichtige Unterscheidung in der amerikanischen privaten Krankenversicherung ist die zwischen der

- vom Arbeitgeber getragenen Versicherung (Gruppenversicherung) und

⁶² Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S.76

- der individuellen Versicherung.

Anzumerken ist, daß es im Falle der Gruppenversicherung eine weitere Untergruppe gibt, nämlich die Eigenversicherung (self- insurance). In der Eigenversicherung werden die entstehenden Kosten im Falle einer Krankheit des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber getragen⁶³.

Insgesamt sind in den USA 66,7 Prozent privat Versichert. Davon sind die meisten (59,3 Prozent) über den Arbeitgeber versichert. Der Rest der privat Versicherten haben sich auf einer individuellen Basis versichert⁶⁴.

Anderes als in Deutschland existiert in den USA kein gesetzlich geregeltes Leistungsprinzip. Die Versicherungsanbieter können ihr Leistungsspektrum frei gestalten. Je mehr Leistungen in Anspruch genommen werden, um so höher wird die Prämie ausfallen. Alle Leistungen, die nicht im Leistungspaket mitversichert sind, werden als Zusatzleistung bezeichnet. Ein Beispiel für eine Zusatzleistung ist die Vorsorgeuntersuchung bei Schwangerschaft. Zusatzleistungen werden von den einzelnen Versicherten (Leistungsanspruchnehmer) getragen und nicht von der Versichertengemeinschaft. Das heißt, die Zusatzleistung wird selbst bezahlt. Wenn man bei der deutschen Sozialversicherung von einem solidarischen System spricht, das heißt die in Anspruch genommenen Leistungen werden von der Versicherungsgemeinschaft getragen, kann man im amerikanischen Gesundheitssystem im Falle der Zuzahlung von einer gewissen Endsolidarisierung sprechen. Es existieren zahlreiche Versicherungsangebote. Die Vergleichbarkeit ist allerdings schwer. Zwischen den einzelnen Versicherungsanbietern herrscht reger Wettbewerb. Eine Entscheidungsfindung ist mit hohem Such- und Informationsaufwand verbunden⁶⁵.

Die Unternehmen, die ihren Arbeitnehmern eine Gruppenversicherung anbieten, können Kosten reduzieren, indem sie mit den privaten Krankenversicherungen über die zu zahlenden Krankenversicherungsprämien verhandeln. Dabei können sie ihre Marktmacht ausnutzen. Die Unternehmen können sich unter den vielen verschiedenen Versicherungsanbietern die effektivsten und erfolgreichsten aussuchen⁶⁶.

⁶³ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem in der USA, Campus Verlag 2010, S.34f

⁶⁴ Vgl. Kaiser Family Foundation, verfügbar unter: <http://www.kff.org/insurance/ehbs091107nr.cfm>

⁶⁵ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem in der USA, Campus Verlag 2010, S.34-37

⁶⁶ Vgl. Health Insurance Association of America, Managed Care, 1995, S. 9

2.2.1 Individualversicherung

In der Individualversicherung wird das Gesundheitsrisiko jedes einzelnen Versicherungsnehmers in die Berechnung der Prämie einbezogen. Die Prämie wird auf einen Basiswert aufgeschlagen.

Indikatoren für das Gesundheitsrisiko, die zur Bemessung der Prämie herangezogen werden sind:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Raucher oder Nichtraucher sowie
- Wohnort.

Vor dem Vertragsabschluss wird der Gesundheitszustand des zu Versichernden eruiert. Einerseits durch Befragung, andererseits durch Untersuchungen. Vorerkrankungen, beispielsweise chronische Erkrankungen oder Erkrankungen einzelner Körperteile können vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden⁶⁷. Nach einer Studie, die 2006/2007 von den privaten Krankenversicherern erstellt wurde, wurden 11 Prozent der Nachfrager nach einer Krankenversicherung wegen eines zu hohen Gesundheitsrisikos abgelehnt und müssen, um den Versicherungsschutz in Anspruch nehmen zu können, Risikoaufschläge zahlen. Leistungsausschlüsse bestehen nach dieser Studie bei 8 Prozent der Versicherungsnehmer⁶⁸.

Die privaten Versicherungsanbieter verwenden einen großen Teil ihrer Ressourcen darauf, den Gesundheitszustand ihrer Versicherten zu eruieren. Es ist üblich, daß es eine jährliche Überprüfung des Gesundheitszustandes verlangt wird. Dabei können alle Ausschlussgründe angewendet und die Prämie neu berechnet werden.

⁶⁷ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S. 37f

⁶⁸ Vgl. America's Health Insurance Plans, verfügbar unter www.ahipresearch.org/pdfs/Individual_Market_Survey_December_2007.pdf

Demzufolge wird die private Krankenversicherung mit steigendem Alter und schlechterem Gesundheitszustand immer teurer⁶⁹.

2.2.2 Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber

In der Gruppenversicherung berechnet sich die Prämie aufgrund dreier Faktoren. Zum einen wird das durchschnittliche Gesundheitsrisiko aller Arbeitnehmer herangezogen. Zum anderen wird die Branchenzugehörigkeit berücksichtigt. Außerdem werden auch hier, wie in der Individualversicherung die Indikatoren Alter, Geschlecht, Nichtraucher/Raucher, und der Familienstand zur Berechnung der Prämie herangezogen.

Im Jahr 2009 betrug die Prämie der Gruppenversicherung (inklusive Arbeitgeberanteil) für Einzelpersonen 4820 USD und für die Familienversicherung 13380 USD. Die Prämien bei der Individualversicherung betrugen bei der Versicherung für Einzelpersonen 3000 USD und für die Familienversicherung 6300 USD. Auf den ersten Blick erscheint die Gruppenversicherung teurer zu sein. Es ist aber so, daß individuell Versicherte ein deutlich kleineres Leistungsangebot versichern und auch deutlich mehr Zuzahlungen leisten. De facto sind die beiden Versicherungstypen nicht direkt miteinander vergleichbar.

Ein Vorteil für den Versicherten in der Gruppenversicherung ist, daß für ihn keine Such- und Informationskosten anfallen. Diese werden vom Arbeitgeber übernommen⁷⁰.

Die Finanzierung der Versicherungsprämie wird sowohl vom Arbeitgeber als auch vom Arbeitnehmer getragen. Für die Finanzierung der Versicherungsprämie gibt es keine gesetzliche Regelung. Es liegt im freien Ermessensspielraum des Arbeitgebers, welchen Anteil von der Prämie er übernehmen will. 2008 wurden rund 15 Prozent der Prämie für Einzelpersonen sowie rund 26 Prozent für

⁶⁹ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S. 37f

⁷⁰ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S. 39f

Familienversicherungen vom Arbeitgeber getragen.⁷¹ Wenn ein Arbeitgeber sich dazu entschließt, eine Gruppenversicherung anzubieten, muß er sie jedem seiner Arbeitnehmer anbieten. Diese müssen jedoch nicht zustimmen. Wenn beispielsweise bereits eine Versicherung des Ehepartners für den Arbeitnehmer besteht, muß die Gruppenversicherung nicht angenommen werden. Große Unternehmen mit mehr als 200 Mitarbeitern können zumeist die kleinsten Prämien mit den Versicherern aushandeln. Sie nutzen ihre Marktmacht bei den Verhandlungen mit den Versicherungen aus. 2009 boten 100 Prozent aller großen Unternehmen Versicherungsschutz an. Kleinere Unternehmen mit weniger als 200 Mitarbeitern schlossen im selben Jahr nur zu 59 Prozent Gruppenversicherungsverträge ab.

Eine wichtige Unterstützung des Staates findet bei den Beiträgen der Arbeitgeber zur Krankenversicherung statt. Die Beiträge sind von der Lohn und Einkommenssteuer befreit. Die Steuerbefreiung trifft den Arbeitnehmer. Es ist so, daß Einkommensklassen mit hohen Grenzsteuersätzen stärker von dieser staatlichen Unterstützung profitieren, als Einkommensklassen mit geringeren Einkommen. Im Jahr 2004 haben Familienhaushalte mit einem jährlichen Einkommen über 100000 USD Steuervergünstigungen von durchschnittlich 2780 USD (2,8 Prozent vom Jahreseinkommen) erhalten. Dahingegen haben Familienhaushalte mit einem jährlichen Einkommen von über 10000 USD im Durchschnitt 102 USD (1 Prozent des Jahreseinkommens) an Steuervergünstigungen erhalten. Rund 14 Prozent der amerikanischen Haushalte haben ein Einkommen von 100000 USD. Ihnen flossen 27 Prozent der Steuervergünstigungen zu. Rund 28 Prozent der Steuervergünstigungen flossen Haushalten mit unter 50000 USD Jahreseinkommen zu. Ungefähr 58 Prozent der Haushalte haben ein Jahreseinkommen unter 50000 USD⁷².

Die Krankenversicherung wird zwischen dem Arbeitgeber und der Versicherung geschlossen. In der Regel wird das Versicherungsverhältnis beendet, wenn der Arbeitnehmer den Arbeitgeber wechselt oder arbeitslos wird⁷³.

⁷¹ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S. 73

⁷² Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S. 39 bis 42

⁷³ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S. 73

2.3 Staatliche Gesundheitsfürsorge

Die staatliche bzw. öffentliche Gesundheitsfürsorge spielt in den USA eine untergeordnete Rolle. Laut OECD betrugen in den USA die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP im Jahr 2007 im öffentlichen Bereich 7,3 Prozent und im privaten Bereich 8,7 Prozent. Die privaten Ausgaben für die Gesundheit übersteigen die der öffentlichen⁷⁴.

Die drei wichtigsten öffentlichen Programme sind Medicare, Medicaid sowie das Childrens Health Insurance Program (CHIP). Erst im Jahr 1965 wurden die beiden Programme Medicare und Medicaid in den USA ins Leben gerufen. Sie werden unter den Titeln XVIII und XIX des Social Security Act gesetzlich geregelt. Sowohl Medicare als auch Medicaid unterliegen der Verantwortung des amerikanischen Gesundheitsministeriums (Department of Health and Human Services DHHS). Die Verwaltung der beiden Programme erfolgt auf Ebene der einzelnen Bundesstaaten durch die Center of Medicare and Medicaid Services (CMS). CHIP wurde 1997 von der Regierung eingeführt. Es wurde zunächst auf 10 Jahre befristet. 2007 wurde die Entscheidung auf eine Weiterführung des Programms durch ein Veto des Präsidenten Bush gegen den Kongress um zwei Jahre verschoben⁷⁵. 2009 unter der Präsidentschaft Obamas wurde entschieden, daß das Programm weitergeführt werden soll⁷⁶.

Medicare steht Personen über 65 Jahre zur Verfügung. Außerdem steht es Personen unter 65 Jahren zur Verfügung, die unter bestimmten Behinderungen leiden. Auch Dialysepatienten im Endstadium können seit 1973 das Programm nutzen⁷⁷.

Medicaid steht bedürftigen Menschen zur Verfügung. Die Bedürftigkeit bestimmt sich auch nach dem Einkommen dieser Personenkreise⁷⁸.

⁷⁴ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S.80

⁷⁵ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.43

⁷⁶ Vgl. CMS, verfügbar unter <http://www.cms.gov/NationalCHIPPolicy/>

⁷⁷ Vgl. CMS, verfügbar unter <https://www.cms.gov/MedicareGenInfo/>

⁷⁸ Vgl. CMS, verfügbar unter: <https://www.cms.gov/MedicaidGenInfo/>

2.3.1 Medicare

Das Medicare Programm wird vom Social Security Act unterteilt in folgende vier Bereiche (Parts):

- Part A stationäre Krankenhausbehandlung
- Part B ambulante Behandlung
- Part C Medicare Advantage und
- Part D Versicherung der Arzneimittelkosten⁷⁹.

In den ersten beiden Bereichen gibt es das sogenannte fee-for-service System. Die Versicherer können direkt mit den Gesundheitsleistungserbringern abrechnen. Wenn eine private Krankenversicherung hinzugenommen wird, läuft das Programm dann unter dem Namen medical advantage bzw. Part C.

Medicare folgt dem Sachleistungsprinzip. Kosten für Gesundheitsleistungen, die von Medicare als notwendig beurteilt wurden, werden gedeckt. Es kann jedoch durchaus zu hohen Zuzahlungen des Versicherungsnehmers kommen. Ein Teil der Leistungen können dem Versicherten auch in Rechnung gestellt werden (balance billing). Hierfür gibt es eine Obergrenze. Zurzeit liegt die Grenze bei max. 15 Prozent des Rechnungsbetrages⁸⁰.

Im Jahr 2009 waren etwa 45 Millionen Amerikaner über Medicare versichert. Part A ist im Gegensatz zu Part B eine obligatorische Versicherung. Part C ersetzt Part A und B und kann von Medicare Versicherten alternativ zu Part A und B gewählt werden. Part D sind ebenfalls wie Part B Versicherungen, die freiwillig gewählt werden können⁸¹.

⁷⁹ Vgl. Medivare.gov, verfügbar unter <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/medicare-benefits-overview.aspx>

⁸⁰ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.46f

⁸¹ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S.74

Part- A

Part- A wird über den Hospital Insurance Fund (CMS) koordiniert. Er ist eingegliedert in das US Department of Health and Human Services⁸². Außerdem hat der Social Security Act für Medicare Part- A ein Leistungspaket für die stationäre Behandlung festgelegt. Es werden sogenannte intermediaries, das sind private Versicherer, für die Leistungsabwicklung zwischengeschaltet.

Part A ist eine Pflichtversicherung und steht verschiedenen Personengruppen zur Verfügung. Zum einen können Personen die älter als 65 Jahre sind und die mindestens 10 Jahre lang während ihrer Erwerbstätigkeit Beiträge (Sozialversicherungsbeiträge) entrichtet haben sowie deren Ehegatten Part- A in Anspruch nehmen. Wenn die Bedingung der 10 jährigen Beitragszahlung nicht erfüllt wurde, gibt es die Möglichkeit, sich in das Programm einzukaufen. Zum anderen werden behinderte Personen über das Part- A Programm abgesichert, wenn sie Sozialhilfe erhalten und eine Wartezeit von 24 Monaten überbrückt haben. 85 Prozent der über Part- A versicherten Personen sind über 65 Jahre alt⁸³.

Über Part- A werden folgende Leistungen abgedeckt:

- Stationäre Krankenhausaufenthalte
- Alten- und Krankenpflege in zertifizierten Einrichtungen (skilled nursing facilities) jedoch keine Langzeitpflege
- Hospiz Betreuung
- Häusliche Krankenpflege und
- Krankenpflege in einem kirchlichen nichtmedizinischen Gesundheitsinstitut⁸⁴.

Finanziert wird Part- A aus Sozialversicherungsbeiträgen und beträchtlichen Zuzahlungen der Versicherten. Der Sozialversicherungsbeitrag wird vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen getragen. Im Jahr 2008 belief er sich auf je 1,45 Prozent des Arbeitseinkommens.

⁸² Vgl CMS, verfügbar unter <https://www.cms.gov/>

⁸³ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.46f

⁸⁴ Vgl. Medicare.gov, verfügbar unter <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-a.aspx>

Wenn Sozialversicherungsbeiträge während der Erwerbszeit gezahlt wurden, müssen keine Prämien für Part- A gezahlt werden (premium- free. Part A)⁸⁵. Anderenfalls gibt es die Möglichkeit, sich in Part- A über Prämienzahlungen einzukaufen.

Zuzahlungen müssen zum Beispiel bei stationären Krankenhausaufenthalten getragen werden. Medicare verlangt zunächst einen Selbstbehalt von 1.100 USD (Jahr 2010) pro Krankenhausaufenthalt. Falls der stationäre Aufenthalt länger als 60 Tage andauert, fallen ab dem 60ten Tag zusätzlich Zuzahlungen an. Sie sind folgendermaßen gestaffelt. Vom 60ten bis zum 90ten Tag sind es 275 USD. Ab dem 90ten Tag bis zum 150ten Tag erhöhen sich die täglichen Zuzahlungen auf 550 USD. Wenn der Patient länger als 150 Tage im Krankenhaus verweilt, greift Part- A nicht mehr als Versicherung. Das heißt, der Patient trägt die gesamten Behandlungskosten selber.

Bei der Alten- und Krankenpflege in zertifizierten Einrichtungen werden ebenfalls Zuzahlungen fällig. Zwischen dem 20ten und 120ten Tag belaufen sich die Zuzahlungen auf 137,50 USD täglich. Danach gibt es keinen Anspruch mehr auf Versicherungsschutz, es sei denn es handelt sich um bedürftig versicherte Personen.

Insbesondere die Langzeitpflege wird über Medicare Part- A nicht abgedeckt. Viele Part-A-Versicherte schließen deshalb eine zusätzliche Versicherung ab. Die sogenannte Medigap Versicherung. Sie wird von privaten Versicherern angeboten. Die Prämien sind vom Staat gedeckelt. Versichert werden alle von Medicare Part- A und B nicht eingeschlossenen Leistungen sowie die Zuzahlungen die der Versicherungsnehmer an Medicare Part A und B zahlen muß⁸⁶.

Part- B

Beitragszahlungen an Medicare Part- B werden an den Supplement Medical Insurance Fund geleistet. Die Beiträge setzen sich zusammen aus monatlichen

⁸⁵ Vgl. CMS, verfügbar unter <https://www.cms.gov/MedicareGenInfo/>

⁸⁶ M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.47f

Prämienzahlungen und Zuzahlungen der Versicherten und Steuermitteln. Auch im Part B ist eine private Krankenversicherung für die Koordination und Abrechnung der Leistungsansprüche zwischengeschaltet (carrier).

Prinzipiell werden über Part B zwei Arten von Leistungen abgedeckt. Zum einen sind es medizinisch notwendige Leistungen. Das sind diagnostische Leistungen sowie die Behandlung der Krankheiten. Zum anderen sind es Präventionsleistungen, um Krankheiten zu verhindern. Beispiele für präventive Leistung sind Impfungen⁸⁷.

Niedergelassene Ärzte, Ärzte im ambulanten Bereich eines Krankenhauses und ambulant pflegerisch tätige Personen können im Rahmen des Part- B- Programms Leistungen abrechnen. Wobei die Voraussetzungen für niedergelassene Ärzte der Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Medicare istl⁸⁸.

Auch im Part B gibt es eine große Reihe von Leistungsausschlüssen. Wie beispielsweise ambulante Zahnbehandlungen und Zahnersatz, Hörgeräte und Sehhilfen.

Der monatliche Beitrag wird einkommensabhängig berechnet. Er ist ein Pauschalbetrag. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Beitragshöhe verschiedener Einkommensklassen. Es wird hierbei zwischen Einzelpersonen und Ehepaaren, die zusammen veranlagt werden, unterschieden.

⁸⁷ Vgl. Medicare.gov, verfügbar unter <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-b.aspx>

⁸⁸ Vgl. CMS, verfügbar unter <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-b.aspx>

Monatlicher Beitrag	Einkommen pro Jahr	
	Einzelpersonen	Ehepaare (gemeinsam veranlagt)
96,40	Bis 85.000	Bis 170.000
154,70	85.001-107.000	170.001-214.000
221,00	107.001-160.000	214.001-320.000
287,30	160.001-214.000	320.001-428.000
353,60	214.000 und höher	428.000 und höher

Tabelle 1: Medicare Part B Beitrag in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten⁸⁹

Zuzahlungen müssen in Höhe von 20 Prozent jeder in Anspruch genommenen Leistung vom Versicherten entrichtet werden⁹⁰.

Part- C

Der sogenannte Medicare Advantage Part (Part- C) kann immer dann gewählt werden, wenn eine Person bereits in Part- A und B eingeschrieben ist. Medicare Advantage oder wie es auch manchmal genannt wird Part- C wird von privaten Krankenversicherern angeboten, die allerdings von Medicare autorisiert werden müssen⁹¹.

⁸⁹ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem in den USA, Campus Verlag, 2010, S. 50

⁹⁰ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.50

⁹¹ Vgl. Medicare.gov, verfügbar unter: <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-c.aspx>

Medicare Advantage deckt sowohl die in Part- A als auch die in Part- B angebotenen Leistungen ab, also sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung. Es kann auch sein, daß Medicare Advantage Extraleistungen wie beispielsweise

- Sehhilfen
- Hörhilfen
- Zahnersatz oder auch
- Präventionsprogramme

versichert. Die meisten privaten Krankenversicherungen versichern auch verschreibungspflichtige Arzneimittel, die ansonsten von Medicare Part- D versichert werden⁹².

Die Finanzierung von Medicare Advantage erfolgt zum einen durch die Zahlung eines monatlich fixen Betrages, den Medicare an Medicare Advantage bezahlt. Medicare Advantage ist durch diese Zahlung an die Einhaltung bestimmter Regeln gebunden, die Medicare festlegt. Des Weiteren muß der Versicherungsnehmer zusätzlich zu der Part- B Prämie eine weitere monatliche Prämie zahlen. Außerdem fallen sogenannte out-of-pocket Zahlungen an. Das sind Zuzahlungen, die die Versicherten aus eigener Tasche leisten müssen. Allerdings sind diese Zuzahlungen deutlich geringer als die in Part- A und B. Es gibt unter den Medicare Advantage Anbietern große Unterschiede, was die Höhe der Zuzahlungen betrifft und auch, wann und unter welchen Umständen eine medizinische Leistung in Anspruch genommen werden kann. Die Höhe der out- of- pocket Zahlungen richtet sich nach verschiedenen Gesichtspunkten:

- ob Part- C eine monatliche Prämie verlangt
- ob Part- C die monatliche Part- B Prämie bezahlt
- wie viel für einen medizinischen Besuch oder eine medizinische Leistung vom Versicherten bezahlt wird (copayment oder coinsurance)
- ob der Versicherte den Part- C Regeln folgt und sich an in Part- C eingeschriebene Anbieter wendet

⁹² Vgl. Medicare Consumer Guide, verfügbar unter: <http://www.medicareconsumerguide.com/medicare-part-c.html>

- welche Art von Leistungen der Versicherte braucht und wie oft er sie in Anspruch nimmt
- ob der Versicherte Extrabenefits in Anspruch nimmt und ob der Part- C sie zahlt
- das jährliche Limit von Part- C für out-of- pocket Kosten für alle medizinischen Leistungen erreicht oder überschritten wird.

Bei der Entscheidung für Medicare Advantage sollte der potentielle Versicherungsnehmer die Angebote der Versicherung genau auf seine Bedürfnisse abstimmen.

In allen Medicare Advantage Plänen sind die Versicherten immer für dringend-medizinisch- notwendige Leistungen versichert. Part- C muß alle medizinischen Leistungen abdecken, die auch in Part- A und B angeboten werden. Es existiert nur eine Ausnahme: Die Hospizpflege wird nicht abgedeckt. Part- C kann auch zusätzliche Leistungen wie Sehhilfen, Hörhilfen, Zahnersatz und Wellnessprogramme anbieten. Die meisten Part- C Programme versichern auch die rezeptpflichtigen Arzneimittel, die normalerweise in Part- D versichert werden.

Es gibt eine Vielzahl von Versicherungstypen, die Medicare Advantage anbietet. Die wichtigsten sind:

- Health Maintenance Organization (HMO) Plans
- Preferred Provider Organizations (PPO) Plans
- Private Fee-for-Service (PFFS) Plans und
- Special Needs Plans (SNP).

Außerdem gibt es noch andere Anbieter wie beispielsweise die HMO Point of Service (HMOPOS) oder auch Medical Savings Account (MSA) Plans. Diese spielen aber eher eine untergeordnete Rolle⁹³.

Die Inanspruchnahme vom Medicare Advantage ist sehr gering. Nur 17 Prozent der Medicare Versicherten haben sich für Part C entschieden. Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme könnte das Fehlen der freien Arzt- und Therapiewahl sein. Ferner werden die privaten Zuzahlungen, die in Part A und B anfallen von den

⁹³ Vgl. Medicare.gov, verfügbar unter: <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-c.aspx>

Versicherungsnehmern über Medigap abgedeckt. Außerdem versichert Medigap Gesundheitsleistungen, die von Part A und B nicht abgedeckt werden. Die Höhe der Medigap Prämie wird vom Staat beschränkt. Medigap kann nicht gewählt werden, wenn die Versicherung über Part C läuft.

Die Einführung von Medicare Advantage erfolgte um die Effizienz der Leistungserbringung unter den Anbietern im öffentlichen Bereich zu steigern und um eine kosteneffektive und qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen. Der Staat setzt dabei auf die Managementwerkzeuge der privaten Krankenkassen⁹⁴.

Part- D

Part- D versichert verschreibungspflichtige Arzneimittel. Er kann von Versicherten des Medicare Part- A und B in Anspruch genommen werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, wenn ein Versicherter in Part- C eingeschrieben ist, über diesen Part an die Part- D Versicherung zu gelangen⁹⁵. Medicare Versicherte mit einem geringen Einkommen werden automatisch versichert. Die privaten Versicherungsanbieter müssen ein von dem Center of Medicare and Medicaid Services (CMS) vorgegebenes Standardpaket anbieten.

Die Finanzierung erfolgt über Beiträge und Zuzahlungen.

Wobei sich die Zuzahlungshöhen und die über das Standardpaket hinausgehenden Leistungen zwischen den Versicherungsanbietern deutlich unterscheiden können. Auch hier gilt es für den Versicherungsnehmer, sich durch Vergleiche die passende Versicherung herauszusuchen.

Der monatliche Beitrag belief sich im Jahr 2010 auf 39 USD. Die Zuzahlungen zum Standardpaket sind wie folgt gestaffelt:

⁹⁴ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.51ff

⁹⁵ Vgl. Medicare.gov, verfügbar unter: <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-d.aspx#WhatPartDplansCover>

Zunächst gibt es einen jährlichen Selbstbehalt, den der Versicherte zahlen muß, wenn Leistungen in Anspruch genommen werden. Er beträgt für das Jahr 2010 310 USD. Bis zu einem Schwellenwert, im Jahr 2010 lag dieser bei 2830 USD, beteiligt sich der Versicherte mit 25 Prozent an den Kosten. Bei Kosten, die zwischen dem Schwellenwert und 6440 USD liegen, trägt der Versicherte 100 Prozent der Kosten. Wenn die Arzneimittelkosten die 6440 USD überschreiten, befindet der Versicherte sich im sogenannten Großschadensbereich. Er muß dann lediglich 5 Prozent der Kosten selber tragen. Medicare übernimmt 80 Prozent und die private Versicherung 15 Prozent der Kosten.

Das Standardpaket kann durch aktuarisch äquivalente Verträge modifiziert werden. So wird beispielsweise häufig nicht die Regel der 25 prozentigen Zuzahlung zu den Medikamenten angewendet, sondern es wird in absoluten Zahlen gerechnet. Es werden hierbei drei Stufen unterschieden:

1. Generika,
2. bevorzugte Präparate und
3. nicht bevorzugte Präparate.

Bei der zweiten Stufe hat der Versicherer mit dem Hersteller der Arzneimittel Rabattverträge abgeschlossen. Die dritte Stufe beinhaltet Markenprodukte und sehr hochpreisige Generika.

2009 waren rund 59 Prozent (26,7 Millionen Menschen) der Medicare Versicherten auch unter Part D versichert⁹⁶.

2.3.2 Medicaid und Children's Health Insurance Plan (CHIP)

Medicaid versichert bedürftige Menschen. Die Bedürftigkeit wird anhand verschiedener Kriterien von der US-Regierung festgelegt. Sie werden dann in weiterer Folge von den einzelnen Bundesländern umgesetzt, wobei ihnen ein großer

⁹⁶ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.54ff

Spielraum für die Gestaltung der einzelnen Richtlinien von der Bundesregierung gewährt wird. Es sind rund 59 Millionen US Bürger über Medicaid versichert⁹⁷.

Eine wichtige Referenzgröße ist die Armutsgrenze FPL. Außerdem haben bestimmte schutzbedürftige Personengruppen zu Medicaid (categorically needy). Das sind:

- Kinder
- schwangere Frauen
- Menschen über 65 Jahre
- behinderte Menschen und
- Erwachsene mit Kindern⁹⁸.

Außerdem werden spezifische Krankheitsbilder versichert. Diese sind unter anderen Brustkrebs und Tuberkulose.

Die Einkommensgrenze wird von den einzelnen Bundesstaaten festgelegt. Die Bundesstaaten orientieren sich unter anderem an der Sozialhilfe. Die US- Regierung macht nur bei Kindern eine Vorgabe, die von den Bundesstaaten übernommen werden muß. Haushalte mit Kindern, die ein Haushaltseinkommen von bis zu 200 Prozent der FPL haben, müssen zusätzlich in Medicaid mit einbezogen werden⁹⁹.

Die FPL wird jährlich vom Department of Health and Human Services angepasst. Sie dient als ein wichtiger Indikator, um festzustellen, ob eine Person Medicaidempfänger werden kann. Die FPL gibt das jährliche Einkommen an, das ein Haushalt maximal haben darf um als bedürftig eingestuft zu werden und somit berechtigt ist, über Medicaid versichert zu werden. Die aktuellen FPL- Werte für das Jahr 2011 sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

⁹⁷ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag 2010, S.57

⁹⁸ Vgl. Work World, verfügbar unter: http://www.workworld.org/wwwwebhelp/medicaid_eligibility.htm

⁹⁹ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag 2010, S.57f

Anzahl Personen in Haushalt	der 48 States and D.C.	Contiguous Alaska	Hawaii
1	\$10,890	\$13,600	\$12,540
2	14,710	18,380	16,930
3	18,530	23,160	21,320
4	22,350	27,940	25,710
5	26,170	32,720	30,100
6	29,990	37,500	34,490
7	33,810	42,280	38,880
8	37,630	47,060	43,270
Für jede weitere Person addiere	3,820	4,780	4,390

Tabelle 2: 2011 Department of Health and Human Services, Poverty Guidelines¹⁰⁰

2011 lag die Einkommensgrenze für beispielsweise einen zwei- Personen- Haushalt bei 14710 USD (ausgenommen Alaska und Hawaii, die Einkommensgrenze lag in den beiden Bundesstaaten höher). Das heißt, wenn ein zwei- Personen- Haushalt ein Einkommen von bis zu 14710 USD hat wird er als bedürftig eingestuft und über Medicaid versichert¹⁰¹.

Für bestimmte Personen die über Medicare versichert sind, und für die bestimmte Leistungen über Medicare nicht versichert werden, besteht die Möglichkeit, wenn sie ein Haushaltseinkommen bzw. Renteneinkommen von unter 74 Prozent der FPL haben, sich über Medicaid zu versichern. Ein Beispiel für nicht versicherte Leistungen von Medicare ist die Langzeitpflege. Rund 14 Prozent (7,5 Millionen

¹⁰⁰ Vgl. Work World, verfügbar unter:
http://www.workworld.org/webhelp/poverty_guidelines_federal.htm#Poverty_Guidelines_Federal_Current

¹⁰¹ Vgl. Work World, verfügbar unter:
http://www.workworld.org/webhelp/poverty_guidelines_federal.htm#Poverty_Guidelines_Federal_Current

Menschen) der Medicare- Versicherten fallen in diese Kategorie. Schätzungen besagen, daß diese Gruppe zwischen 30 bis 40 Prozent der gesamten Ausgaben von Medicaid verursacht.

Die Bundesstaaten haben die Möglichkeit die von der Bundesregierung vorgeschriebene Personengruppe, die Anspruch auf Medicaid hat, freiwillig zu erweitern (optionally needy). Hierzu gehören auch Personen, die durch die Gesundheitsausgaben verarmt sind. Das sind meistens chronisch kranke Personen (medically needy).

Finanziert wird Medicaid über die Steuereinnahmen des Bundes sowie der einzelnen Bundesstaaten. Der Anteil des Bundes wird jährlich nach dem Pro- Kopf- Einkommen der einzelnen Bundesstaaten neu berechnet und liegt zwischen 50 und 77 Prozent des Finanzierungsbedarfs. Für die Finanzierung durch den Bund gibt es keine Obergrenze. Je mehr ein Bundesstaat für Medicaid ausgibt, um so mehr wird der Bund zusteuern müssen.

Zusätzlich zu der Bundesfinanzierung können die einzelnen Bundesstaaten über das Disproportionate Share Hospital Programm (DSH) Zuschüsse vom Bund erhalten. Zuzahlungen werden vom Bund für bestimmte Personengruppen ausgeschlossen. Die Personengruppen sind:

- Kinder
- Jugendliche unter 18 Jahren
- Schwangere, wenn die Behandlung mit der Schwangerschaft zusammen hängt
- Patienten im Krankheitsendstadium
- Stationäre Patienten, die einen Großteil ihres Einkommens für die Behandlung aufwenden.

Generell kann festgehalten werden, daß es im Rahmen von Medicaid zu fast keinen Zuzahlungen kommt.

Die Finanzierung von CHIP ist im Gegensatz zu Medicaid nicht nach oben offen. Es wurde zunächst für die ersten 10 Jahre ein fester Betrag von 40 Milliarden USD festgelegt. Die Verlängerung des Programms auf weitere 3 Jahre stellte einen weiteren Bedarf von 33 Milliarden USD fest.

Die Bundesregierung gibt für die stationäre Vergütung Obergrenzen vor (upper payment limit UPL). Die einzelnen Bundesstaaten müssen diese Grenzen einhalten, wenn sie nicht auf die Finanzierung des Bundes verzichten möchten. Die angebotenen Leistungen, die vergütet werden, orientieren sich an denen von Medicare. Jeder Leistungsanbieter, der Medicaid anbietet, ist verpflichtet, Anspruchsberechtigte zu behandeln; jedoch werden diese oft zweitrangig behandelt, weil die Vergütung geringer ist als die von einer privaten Krankenversicherung oder die von Medicare. Außerdem können Medicaidversicherte leicht in den Status der Nichtversicherten fallen, wenn sie die Bedingungen für eine Inanspruchnahme nicht mehr erfüllen. Dem Leistungserbringer würden in dem Fall die erbrachten Leistungen nicht mehr vergütet werden¹⁰².

Es besteht eine Leistungspflicht. Das Pflichtleistungspaket wird von der Bundesregierung vorgegeben. So müssen also bestimmte Leistungen erbracht werden und können nicht ausgeschlossen werden. Es handelt sich hierbei um alle stationären und ambulanten Krankenhausleistungen sowie die stationäre Kranken- und Altenpflege. Des weiteren besteht für den Versicherten keine freie Arzt- und Krankenhauswahl¹⁰³.

2.4 Das Problem der Nichtversicherten und Unterversicherten

Im Jahr 2010 waren laut US Census Bureau 49.904.000 von insgesamt 306.110.000 Bürgern der USA nicht krankenversichert. Das sind 16,3 Prozent der gesamten Bevölkerung. Im Vergleich zum Vorjahr ist das eine Steigerung von 0,2 Prozentpunkten. Das US Census Bureau fasst all die Personen zu der Gruppe der Nicht- Krankenversicherten zusammen, die innerhalb eines gesamten Jahres keinen Krankenversicherungsschutz haben. Es werden demnach die Personen, die für

¹⁰² Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.57ff

¹⁰³ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S.76

einen kürzern Zeitraum als 12 Monate keine Krankenversicherung haben, nicht erfasst. Die Zahl der Nicht- Krankenversicherten ist somit eher niedrig geschätzt. Anhang 3 enthält eine Tabelle über die genaue Auflistung der Nichtversicherten für die Jahre 2009 und 2010¹⁰⁴.

Neben dem ethischen Problem der Nichtversicherten gibt es auch das Effizienzproblem. Dadurch, daß Nichtversicherte zu spät oder auch eine nicht ausreichende Versorgung im Krankheitsfall bekommen, kommt es zu hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten. Dieses erklärt sich daraus, daß Nichtversicherte im Falle einer Erkrankung den Arztbesuch aus Kostengründen scheuen oder aufschieben. Akute Erkrankungen können sich dadurch verschlechtern und schlimmstenfalls chronifizieren. Deren Behandlung erfordert dann wesentlich größere Mittel, die über Medicaid aufgebracht werden müssen. Das Institute of Medicine (IOM) schätzt die gesamtgesellschaftlichen Produktivitätsverluste aufgrund der geringeren Lebenserwartung und des schlechteren Gesundheitszustands auf 65 bis 130 Milliarden USD jährlich. Dadurch, daß sowohl die private Krankenversicherung als auch die staatliche Fürsorge erhebliche Deckungslücken aufweisen, gibt es auch viele Nicht- und Unversicherte Personen. Der Reformansatz von 2010 versucht dem Problem der Nicht- und Unversicherten mit der Einführung einer Versicherungspflicht entgegenzuwirken. Auf die Reformversuche wird weiter unten näher eingegangen¹⁰⁵.

Die folgende Tabelle zeigt den Prozentsatz der Bevölkerung in Bezug auf ihren Krankenversicherungsstatus verfügen. Sie soll abschließend noch einmal einen Überblick über die Inanspruchnahme der Versicherungen geben. In der privaten Krankenversicherung waren 2009 64,5 Prozent und 2010 64 Prozent der Bevölkerung versichert. Davon waren 2009 und 2010 die meisten über den Arbeitgeber (56,1 und 55,3 Prozent) versichert. Die Individualversicherung spielt nur eine geringe Rolle. Über die staatliche Fürsorge waren 2009 30,6 Prozent und 2010 31 Prozent der amerikanischen Bevölkerung versichert. Davon waren 2009 14,3 und 2010 14,5 Prozent über Medicare versichert. 15,7 Prozent waren 2009 und 15,9 Prozent 2010 über Medicaid versichert. Die militärische Versicherung umfasste 2009 4,1 und 2010 4,2 Prozent. Sie spielt nur eine sehr geringe Rolle in der amerikanischen Krankenversicherung und wurde daher auch in den obigen

¹⁰⁴ Vgl. US Census Bureau, verfügbar unter:

<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/table8.pdf>

¹⁰⁵ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.65

Ausführungen vernachlässigt. Nichtversichert waren 2009 16,1 Prozent und 2010 16,3 Prozent der Bevölkerung¹⁰⁶.

Krankenversicherungstyp	2009	2010
Alle privaten Krankenversicherungen	64,5	64,0
Über Arbeitgeber	56,1	55,3
Individualversicherung	9,6	9,8
Gesamte staatliche Fürsorgeprogramme	30,6	31,0
Medicare	14,3	14,5
Medicaid	15,7	15,9
Militärische Versicherung	4,1	4,2
Nichtversicherte	16,1	16,3

Tabelle 3: Prozentsatz der Bevölkerung in Bezug auf ihren Krankenversicherungsstatus (Jahr 2009)¹⁰⁷

Es ist zu beachten, daß Versicherte bei mehr als einem Versicherungstyp gezählt werden können, während eines Jahres. Daher summieren die Versicherungstypen auf mehr als 100 Prozent auf.

¹⁰⁶ Vgl. US Census Bureau, verfügbar unter:
<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/table10.pdf>

¹⁰⁷ Vgl. US Census Bureau, verfügbar unter:
<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/table10.pdf>

2.5 Reformen des Gesundheitssystems

Im Jahr 2010 wurde das Gesetz zur grundlegenden Reform im amerikanischen Gesundheitswesen vom Repräsentantenhaus verabschiedet. Im „Patient Protection and Affordable Care Act“ sind die grundlegenden Neuerungen verankert.

Vor der Reform war es den Krankenversicherern möglich, Versicherten den Vertrag zu kündigen, wenn die Kosten für Behandlungen zu teuer wurden. Zwar wurden 1965 die staatlichen Fürsorgeprogramme Medicare und Medicaid eingeführt, trotzdem war die Zahl der Nichtversicherten weiterhin sehr hoch. Im Jahr 2010 waren 16,3 Prozent der amerikanischen Bevölkerung nicht krankenversichert! Auch sind die Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems mit Abstand in einem internationalen Vergleich die höchsten. Die Amerikaner geben rund 17 Prozent ihres BIPs für die Gesundheit aus¹⁰⁸. In Deutschland waren es laut OECD im Jahr 2009 11,6 Prozent¹⁰⁹. Diese Umstände waren ausschlaggebend dafür, das Gesundheitssystem zu reformieren. Das neue Gesetz beinhaltet eine schrittweise Einführung einer Versicherungspflicht. Bis 2019 sollen 32 Millionen US- Bürger eine Krankenversicherung haben. Die Hälfte wäre durch eine private Krankenversicherung und die andere Hälfte wäre über Medicaid versichert. 2019 wären nach den Berechnungen des Congressional Budget Office (CBO) nur noch 6 Prozent der Bevölkerung nicht versichert. Vier Jahre nach Einführung der Reform besteht eine Versicherungspflicht für jeden Bürger. Wenn er dieser nicht nachkommt, werden Strafzahlungen fällig. Die Strafe beträgt bis 2019 95 USD jährlich, danach beträgt sie 695 USD. Ein Versicherungsausschluss kann vorgenommen werden, wenn die Krankenversicherungskosten 8 Prozent des Einkommens des Betroffenen überschreiten. Außerdem müssen Unternehmen mit mehr als 50 Mitarbeitern ihren Angestellten eine Versicherung anbieten. Auch hier sind Strafen für das Nichtanbieten einer Krankenversicherung vorgesehen: 2000 USD pro Mitarbeiter, wobei die ersten 30 Mitarbeiter nicht gezählt werden.

Weiterhin wird das Medicaid Programm ausgedehnt, so daß sich mehr Personen über das Programm versichern können. Alle verbleibenden nicht versicherten

¹⁰⁸ Vgl. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, verfügbar unter: http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/gesundheitsreform_usa.pdf

¹⁰⁹ Vgl. OECD, verfügbar unter: http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/gesundheitsreform_usa.pdf

Personen erhalten die Möglichkeit, sich bei privaten Krankenversicherungen (Health Insurance Exchange), die auf einem regulierten Markt agieren, zu versichern. Diese Krankenversicherungen dürfen den Versicherungsschutz nicht ablehnen und dürfen Versicherten den Krankenversicherungsschutz auch nicht kündigen, wenn diese krank werden. Ab 2014 müssen sie Unternehmen mit weniger als 100 Mitarbeitern Versicherungsschutz anbieten. Ab 2017 müssen auch Unternehmen mit mehr als 100 Mitarbeitern versichert werden. Die Versicherten der Health Insurance Exchange werden vom Staat mit Beihilfen in Form von Prämien- und Zuzahlungssubventionen unterstützt.

Zu einer Einführung einer gesetzlichen Krankenkasse, als Gegenstück zur privaten Krankenkasse kam es trotz langer Debatten nicht.

Für die ersten 10 Jahre wurden die Kosten vom Congressional Budget Office mit 940 Milliarden USD berechnet. Die Finanzierung soll über verschiedene Wege stattfinden:

- Reduktion der Ausgaben im Medicare Programm
- Steuererhöhungen für Besserverdiener
- Extrasteuerzahlungen für besonders teure Krankenversicherungen
- Strafzahlungen von Nichtversicherten und Unternehmen, die gesetzeswidrig keine Gruppenversicherung anbieten

Bis 2020 soll durch diese Maßnahmen das Defizit auf 138 Milliarden USD gesenkt werden¹¹⁰.

Anzumerken ist, daß Unternehmen Strafzahlungen gegenüber dem Anbieten von Krankenversicherungen favorisieren können. Nimmt man beispielsweise ein Unternehmen mit 55 Mitarbeitern, welches seinen Mitarbeitern keinen Versicherungsschutz anbietet, müsste es eine jährliche Strafe von 50.000 USD zahlen. Der Betrag kann durchaus unter den Kosten der Krankenversicherung liegen. Auch Unternehmen, die ihren Mitarbeitern bisher eine Krankenversicherung angeboten haben, könnten einen Anreiz in der Strafzahlung sehen, den

¹¹⁰ Vgl. Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, verfügbar unter:
http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/gesundheitsreform_usa.pdf

Versicherungsschutz zu kündigen. Zumal ab 2014 die Möglichkeit für Jedermann besteht, sich über die Health Insurance Exchange zu versichern¹¹¹.

Es gibt in den USA aber auch viele Reformkritiker. 14 Bundesstaaten reichten eine Klage gegen das neue Gesetz ein. Das neue Gesetz soll nicht verfassungskonform sein. Viele bezweifeln auch, daß die Änderungen im Gesundheitswesen zu langfristigen Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen führen¹¹². Im Bundesstaat Virginia wurde die Reform, im Dezember 2010, von einem Richter als verfassungswidrig erklärt. Die endgültige Entscheidung wird bis zum Obersten Gericht gehen und es wird einen langen Streit geben¹¹³.

3. Qualitätsvergleich zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika

Der folgende Teil der Arbeit befasst sich mit der Frage, was das deutsche und das amerikanische Gesundheitssystem den jeweiligen Bürgern im Vergleich bietet, sowie welche Leistungsfähigkeit die beiden Gesundheitssysteme haben. Es wird die Effizienz, die Qualität und der Nutzen der beiden Gesundheitssysteme verglichen. Die Effizienz ergibt sich aus dem Verhältnis eingesetzter Mitteln zu den Behandlungsergebnissen. Die Datenerhebung der Behandlungsergebnisse ist bislang jedoch eher dürftig. Bei der Qualitätsmessung kann es vorkommen, daß Leistungen eine sehr hohe Qualität aufweisen, diese aber aus Gründen, die in der Struktur der nationalen Gesundheitssystem begründet sind (beispielsweise Restriktionsgründe) nicht für jeden Versicherten zur Verfügung stehen. Ob dann die Qualität der Leistung noch objektiv beurteilt werden kann, ist fraglich.

Es gibt viele Studien zur Effizienz-, Nutzen- und Qualitätsmessung in Gesundheitswesen. Viele finden auf einer internationalen Ebene statt, um Vergleiche

¹¹¹ Vgl. M. Cacace, Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag, 2010, S.67

¹¹² Vgl. Handelsblatt, verfügbar unter: <http://www.handelsblatt.com/politik/international/obama-unterzeichnet-seine-jahrhundertreform/3396490.html>

¹¹³ Vgl. Welt online, verfügbar unter: <http://www.welt.de/politik/ausland/article11614615/Richter-erklaert-Obamas-Reform-fuer-verfassungswidrig.html>

anstellen zu können und Referenzgrößen zu haben. Die Ergebnisse aller Studien und Analysen müssen allerdings mit großer Vorsicht betrachtet und hinterfragt werden. Im folgenden Abschnitt werden 2 Studien, nämlich die Studie des Fritz Beske Instituts für Gesundheitssystemforschung und die Ergebnisse des Health Care Quality Indicators Projekts der OECD vorgestellt¹¹⁴.

Das Fritz Beske Institut für Gesundheitssystemforschung hat im Jahr 2005 eine Studie mit dem Titel „Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient“ veröffentlicht. In der Studie werden die Gesundheitswesen von 14 Staaten zu einem Vergleich herangezogen. Unter den 14 Nationen befinden sich auch Deutschland und die USA. Die Effizienzmessung erfolgt dadurch, daß die Kosten ins Verhältnis zu den Gesundheitsleistungen gesetzt werden.

Analysiert wurde das Versorgungsniveau der

- Gesundheitsleistungen und
- Geldleistungen.

Unter den Begriff Gesundheitsleistungen fallen:

- stationäre und ambulante Versorgung
- Arzneimittel
- Heil- und Hilfsmittel
- Pflege im Pflegefall und
- Versorgung bei berufsbedingten Unfällen und Berufskrankheiten.

Unter den Begriff Geldleistungen werden sowohl zeitlich befristete als auch unbefristete Leistungen und auch Einmalzahlungen verstanden. Unter anderem fallen unter den Begriff folgende Zahlungen:

- Lohnfortzahlungen, Krankengeld im 1. und 2. Krankheitsjahr
- Entgeltersatz bei Berufs und Arbeitsunfähigkeit
- Einmalzahlungen (beispielsweise Geburtsgeld oder auch Sterbegeld)
- Krankengeld zur Pflege von Familienangehörigen sowie

¹¹⁴ M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S. 173f

- Mutterschaftsgeld.

Der Output der 14 Gesundheitssysteme wurde über Versorgungsindices dargestellt.

Gebildet wurden die einzelnen Indices unter anderem nach folgenden Indikatoren:

- Arztdichte
- Freie Hausarztwahl
- Facharztdichte
- Freie Facharztwahl
- Zahnarztdichte
- Akutstationäre Betten
- Zuzahlung im Krankenhaus
- Wartezeiten auf einen Krankenhaustermin
- Heil- und Hilfsmittel.

Gebildet wurden die Indices nach Punktwerten. Vergeben wurden die Punkte für die einzelnen Indikatoren, nach erreichtem Versorgungsniveau. Je höher das Versorgungsniveau ist, um so höher ist der Punktwert bzw. je höher das Versorgungsniveau ist, um so höher ist der Leistungsumfang des Gesundheitswesens.

Die folgende Tabelle enthält die Daten für den Versorgungsindex der Gesundheits- und Geldleistungen, als auch den Versorgungsindex der Gesundheits- und Geldleistungen aller 14 Länder.

Versorgungsindex Gesundheitsleistungen		Versorgungsindex Geldleistungen		Versorgungsindex Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt	
Deutschland	119	Niederlande	121	Deutschland	116
Österreich	116	Schweden	121	Österreich	112
Belgien	112	Deutschland	109	Niederlande	109
Schweiz	108	Frankreich	109	Belgien	108
Niederlande	104	Japan	109	Schweden	105
Japan	102	Österreich	105	Frankreich	104
Frankreich	102	Dänemark	105	Japan	104
Dänemark	100	Italien	105	Schweiz	104
Schweden	98	Belgien	101	Dänemark	101
Kanada	96	Schweiz	97	Italien	98
Italien	94	Kanada	93	Kanada	95
Großbritannien	89	Großbritannien	80	Großbritannien	86
Australien	85	Australien	76	Australien	82
USA	77	USA	72	USA	76

Tabelle 4: Versorgungsniveaus der Gesundheitssysteme von 14 Vergleichsländern in Indices (Durchschnitt = 100)¹¹⁵

¹¹⁵Vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System- Forschung Kiel, Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient

Bei den Gesundheitsleistungen erreichte Deutschland mit 119 Punkten das höchste Versorgungsniveau. Das heißt, Deutschland hat den umfassendsten Leistungskatalog aller Länder. Die USA bilden das Schlusslicht, mit einem unterdurchschnittlichen Versorgungsniveau von 77 Punkten.

Deutschland hat unter anderem, was die Gesundheitsleistungen angeht, die höchste

- Hausarzt-, Facharzt- und Zahnärztdichte sowie
- Kapazität im stationären Sektor.

Was in weiterer Folge zu einer hohen Patientenzufriedenheit führt und im Vergleich zu den anderen 13 Ländern zu den geringsten Wartezeiten für Gesundheitsleistungen. Der GKV Leistungskatalog – was angebotene Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln betrifft – ist überdurchschnittlich umfangreich und es fallen nur geringe Zuzahlungen an.

Auch das Versorgungsniveau von Geldleistungen ist überdurchschnittlich hoch (109 Punkte). Zwar haben Schweden und die Niederlande hier einen höheren Punktwert, trotzdem liegt das deutsche Versorgungsniveau im Vergleich zu den anderen Ländern an zweiter Stelle.

Grund hierfür ist die fast vollständige Absicherung des Lohnausfalls bei Krankheit und bei dauerhaft vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Außerdem sind auch die Lohnfortzahlungen des Arbeitgebers und die daran anschließenden Krankengeldzahlungen der GKV hierfür verantwortlich.

Die USA bilden auch hier mit einem Index von 72 Punkten das Schlusslicht und liegen auch hier weit unter dem Durchschnitt.

Wenn man die Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt betrachtet, hat Deutschland mit einem Index von 116 den größten und umfassendsten Leistungsumfang im Gesundheitswesen. Die USA sind unterdurchschnittlich mit einem Index von 76. Auch hier bilden sie das Schlusslicht.

Prinzipiell haben Länder mit Sozialversicherungssystemen (Deutschland, Österreich, Belgien, Frankreich und Japan) eher überdurchschnittlich hohe Indices.

Die Kosten für das Gesundheitswesen werden in dieser Studie in Pro- Kopf- Ausgaben in € gemessen, sowohl für Gesundheits- als auch Geldleistungen. Die folgende Tabelle stellt die Werte in Euro für die Pro-Kopf- Ausgaben der

Gesundheits- und Geldleistungen sowie für die Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt dar.

Pro-Kopf- Ausgaben (€) für Gesundheitsleistungen		Pro-Kopf-Ausgaben (€) für Geldleistungen		Pro-Kopf-Ausgaben (€) für Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt	
USA	5665	Schweiz	1491	USA	6195
Japan	3082	Dänemark	1316	Schweiz	4571
Schweiz	3080	Schweden	1277	Dänemark	4318
Dänemark	3002	Niederlande	1220	Niederlande	4140
Niederlande	2920	Österreich	1057	Österreich	3973
Österreich	2916	Deutschland	819	Schweden	3617
Durchschnitt	2786	Durchschnitt	808	Durchschnitt	3594
Frankreich	2776	Belgien	751	Deutschland	3560
Deutschland	2741	Australien	643	Japan	3552
Kanada	2548	Frankreich	544	Frankreich	3320
Schweden	2340	USA	530	Kanada	2837
Großbritannien	2194	Japan	470	Belgien	2736
Australien	2026	Italien	454	Australien	2669
Belgien	1985	Großbritannien	446	Großbritannien	2640
Italien	1733	Kanada	289	Italien	2187

Tabelle 5: Pro-Kopf- Ausgaben der 14 Länder für Gesundheits- und Geldleistungen sowie für Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt in EUR für 2001¹¹⁶

¹¹⁶ Vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System- Forschung Kiel, Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient

Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland liegen bei 2741 EUR, somit unter dem Durchschnitt. Die USA geben am meisten von allen 14 Ländern (5665 EUR) für Gesundheitsleistungen aus.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für Geldzahlungen an die Versicherten liegen in Deutschland um 11 EUR höher als im Durchschnitt, nämlich bei 819 EUR. Bei dieser Messung liegt hingegen die USA deutlich unter dem Durchschnitt mit 530 EUR. Betrachtet man die Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt, liegt die USA mit 6195 EUR an der Spitze. Die USA haben fast doppelt so hohe Ausgaben wie der Durchschnitt. Deutschland liegt mit 3560 EUR unter dem Durchschnitt.

Die Effizienz wurde von den Autoren der Studie als das Verhältnis von Kosten zu Leistungen bestimmt. Kosten sind die Pro-Kopf-Ausgaben in €, Leistungen sind die Gesundheits- und Geldleistungen. Es werden die Kosten zu den Leistungen ins Verhältnis gesetzt. Das Ergebnis der Berechnung ist ein Effizienzindex. Je kleiner der Index für ein Land ist, um so effizienter ist das Gesundheitssystem. Deutschland liegt an vierter Stelle mit einem Index von 86. Die USA bilden das Schlusslicht mit einem Index von 228. Die folgende Tabelle zeigt die Effizienzindizes aller 14 Länder.

Land	Effizienz
Italien	62
Belgien	70
Kanada	83
Deutschland	86
Großbritannien	86
Frankreich	89
Australien	91
Schweden	95
Japan	95

Österreich	99
Durchschnitt	102
Niederlande	105
Dänemark	118
Schweiz	122
USA	228

Tabelle 6: Effizienzindex der Gesundheitssysteme der 14 Vergleichsländer¹¹⁷

Deutschland hat, im Gegensatz zu den USA, ein überdurchschnittlich effektives Gesundheitswesen¹¹⁸.

Anzumerken ist, daß das Ergebnis dieser Studie wenig überraschend ist. Es werden sehr gebräuchliche und oft eingesetzte quantitative Versorgungsniveaus zur Generositäts- und Effizienzmessung (in Verbindung mit den Kosten) herangezogen. Länder mit Gesundheitssystemen, bei denen die Pro-Kopf-Ausgaben im Durchschnitt liegen und die eine hohe Kapazität an Ärzten und verfügbaren Krankenhausbetten haben, müssen zwangsläufig gut abschneiden und eine hohe Effizienz aufweisen. Wenn es um den Zugang zur medizinischen Versorgung geht, sind die in der Studie verwendeten Faktoren gute Qualitätsindikatoren.

Die Studie gibt aber keine Auskunft darüber, ob die überdurchschnittlichen Kapazitäten in Deutschland und die damit verbundenen Behandlungsleistungen auch eine gute Behandlungsqualität mit sich bringen¹¹⁹.

Die zweite Studie, die hier nachfolgend betrachtet wird und in der die Qualität der Gesundheitswesen verschiedener Länder betrachtet wird, kommt zu einem anderen Ergebnis als die Studie vom Fritz Beske Institut. Die Ergebnisse der Health Care

¹¹⁷ Vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System- Forschung Kiel, Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich: Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient

¹¹⁸ Vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits System Forschung, Gesundheitswesen in Industrienation im Vergleich: Deutsches Gesundheitswesen hoch effizient, 2005

¹¹⁹ Vgl. M. Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010, S.177f

Quality Indicators Projects der OECD bringen hervor, daß Deutschland keine Spitzenposition einnimmt, was die Effizienz betrifft, sondern sich eher im Mittelfeld befindet.

Die Daten für die Qualitätsindikatoren wurden in verschiedenen Ländern erhoben. Sie wurden dann für einen Vergleich der Gesundheitssysteme herangezogen. Zwei der Qualitätsindikatoren, die auch in weiterer Folge näher betrachtet werden, sind:

- Fünf Jahres- Überlebensrate bei Brustkrebs,
- Jährliche Grippedurchimpfungsrate von über 65 jährigen.

Mit diesen Indikatoren kann annähernd der Erfolg von medizinischen Behandlungen in verschiedenen Ländern (allerdings nur bei zwei Krankheits- Syndromen) beurteilt werden. Nur bei diesen Syndromen sind empirische Daten verfügbar. Diese Zahlen sind allerdings nicht aussagefähig für die Beurteilung der Behandlungserfolge für das Gesamtsystem. Zwar werden nicht alle medizinischen Leistungen gemessen, die Indikatoren geben aber zumindest einen Einblick in verschiedenen medizinischen Leistungsgebiete.

Laut der Studie liegt in Deutschland die fünf- Jahres- Überlebensquote bei Brustkrebs bei 78 Prozent. Deutschland bildet hier im OECD Vergleich das Schlusslicht. In den USA hingegen liegt die Überlebensquote bei 88,9 Prozent und bildet im OECD Vergleich die Spitzenposition. Bei der jährlichen Grippedurchimpfungsrate von über 65-Jährigen liegt Deutschland im Mittelfeld. Nur 64,6 Prozent der über 65- Jährigen lassen sich Impfen. Die USA lag mit 64,6 Prozent nur knapp über dem Ergebnis von Deutschland. Der höchste Wert wurde von Australien mit 79,1 Prozent und der niedrigste Wert von Portugal mit 41,6 Prozent erzielt. Die Daten beziehen sich alle auf das Jahr 2007.

Die zwei oben genannten Beispiele zeigen, daß Deutschland sich eher im Mittelfeld im OECD Vergleich befindet. Dieses Bild ergibt sich auch, wenn man alle Indikatoren zur Qualitätsmessung betrachtet.

Nach der ersten Studie hat Deutschland ein hoch effizientes Gesundheitssystem, wobei allerdings die Qualität der Behandlung nicht in die Effizienzmessung mit eingeflossen ist. Nach der OECD- Studie liegt Deutschland im Vergleich, was die Qualität der medizinischen Leistung angeht, eher im Mittelfeld.

Die anfangs beschriebene Problematik der Effizienz und Qualitätsmessung zeigt sich in den beiden Studien. Es ist schwierig, die richtigen Maßstäbe für eine solche Messung heranzuziehen und es gibt sehr viele Studien, die zu unterschiedlichsten Ergebnissen kommen¹²⁰.

¹²⁰ Vgl. OECD, Health Care Indicators Project, verfügbar unter:
<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>

Schlussfolgerungen

Der Vergleich des deutschen und des amerikanischen Gesundheitssystems hat folgende gravierende Unterschiede hervorgebracht.

Zum einen sind der Aufbau und die Organisation der nationalen Gesundheitswesen sehr unterschiedlich. In Deutschland gibt es das Sozialversicherungssystem, in dem jedem der Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen gewährt wird. In den USA gibt es das System der freiwilligen Privatversicherung und der staatlichen Fürsorge, was zur Folge hat, daß rund 16 Prozent der Bürger keinen Krankenversicherungsschutz haben. Während in Deutschland die gesetzliche Krankenkasse die meisten Versicherungsnehmer haben, sind in den USA die meisten Menschen über private Krankenkassen versichert.

Zum anderen werden die Gesundheitssysteme unterschiedlich finanziert. In Deutschland werden die Gesundheitsausgaben über die gesetzliche Krankenkasse, die sich aus den Beiträgen ihrer Versicherten und Steuerzuschüssen aufgebracht. Die Finanzierung durch Steuerzahlungen macht dabei nur einen sehr geringen Teil aus. Die private Finanzierung in Deutschland erfolgt lediglich bei der privaten Krankenversicherung, nämlich über die Prämien der Privatversicherten und den Selbstbehalt der Versicherten. In den USA liegen die Verhältnisse anders. Hier spielt nicht die öffentliche, sondern die private Finanzierung des Gesundheitswesens die weitaus wichtigere Rolle. Rund 67 Prozent der amerikanischen Bevölkerung sind über private Krankenversicherungen versichert und zahlen Prämien sowie erhebliche Zuzahlungen.

Ein wesentlicher Vorteil des deutschen Gesundheitswesens ist, daß der Zugang zu medizinischen Leistungen immer gewährleistet ist. Jeder Versicherte, der einen Bedarf nach einer medizinisch notwendigen Leistung hat wird diese auch, ohne Zuzahlungen aus der eigenen Tasche erhalten. Der soziale Gedanke, den Bismarck bereits im 19ten Jahrhundert durch das Sozialversicherungssystem eingeführt hat, hat sich bis heute gehalten. Es gibt faktisch keine Nichtversicherten in der BRD. Wenn man die Gesundheit unter einem sozialen Aspekt sieht und man jedem Bürger zugesteht, ein Recht darauf zu haben, hat Deutschland mit seinem

Sozialversicherungssystem eine den Bedürfnissen entsprechende Organisationsform gewählt.

In den USA gibt es kein Sozialversicherungssystem. Rund 16 Prozent der Bevölkerung sind nicht Krankenversichert, was in der Folge zu hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten führt (Verschleppung und damit Verschlechterung und Chronifizierung akuter Erkrankungen). 2010 kam es zu der Umsetzung einer wichtigen Reform im Gesundheitswesen. Demnach soll es zu einer Versicherungspflicht kommen. Die Kosten, die die Nichtversicherten verursachen, sollen mit der Reform aufgefangen werden. Die Einführung der Versicherungspflicht ist ein erster Schritt, um zumindest den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen zu gewährleisten.

Betrachtet man die Kosten, die die beiden Versicherungssysteme verursachen, ist das amerikanische mit Abstand das teuerste.

Abbildungsverzeichnis

Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf Konzentrationsprozess durch Fusionen (Angaben zum Stichtag 1.1.).....	11
Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2009	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Medicare Part B Beitrag in Abhängigkeit vom Einkommen der Versicherten	35
Tabelle 2: 2011 Department of Health and Human Services, Poverty Guidelines.....	41
Tabelle 3: Prozentsatz der Bevölkerung in Bezug auf ihren Krankenversicherungsstatus (Jahr 2009)	45
Tabelle 4: Versorgungsniveaus der Gesundheitssysteme von 14 Vergleichsländern in Indices (Durchschnitt = 100)	51
Tabelle 5: Pro-Kopf- Ausgaben der 14 Länder für Gesundheits- und Geldleistungen sowie für Gesundheits- und Geldleistungen insgesamt in EUR für 2001	54
Tabelle 6: Effizienzindex der Gesundheitssysteme der 14 Vergleichsländer	56

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CBO	Congressional Budget Office
CHIP	Children's Health Insurance Plan
CMS	Center of Medicare and Medicaid
DHHS	Department of Health and Human Services
DSH	Disproportionate Share Hospital Program
EK	Ersatzkasse
EUR	Euro
FPL	Federal Poverty Line
GKV- Spitzenverband	Gesetzliche Krankenversicherung Spitzenverband
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSK	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GOA	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HMO	Health Maintenance Organization
HMOPOS	Health Maintenance Organization Point Of Service
IKK	Innungskrankenkasse
IOM	Institute of Medicine
KaIV	Kalkulationsverordnung
KBS	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MSA	Medical Saving Account

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PFFS	Private Fee For Service
PKV	Private Krankenversicherung
PPO	Preferred Provider Organization
RfB	Entnahmen aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen
RSA	Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SGB XI	Elfte Buch der Sozialgesetzgebung
SNP	Special Needs Plans
ÜberschV	Überschussverordnung
UPL	Upper Payment Limit
USA	United States of Amerika
USD	US-Dollar
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VVG-	InfoG Informationspflichtenverordnung
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse

Literaturverzeichnis

AHIP: Center for Policy and Research, Individual Health Insurance 2006-2007, A Comprehensive Survey of Premiums, Availability and Benefits, Dezember 2007, online verfügbar unter: www.ahipresearch.org/pdfs/Individual_Market_Survey_December_2007.pdf (23.8.2011)

Beitragsbemessungsgrenze, verfügbar unter: <http://www.beitragsbemessungsgrenze.com/> (9.9.2011)

BMG, Solidarität, online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/solidaritaet.html> (14.7.2011)

BMG: Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/finanzierung/finanzierungsgrundlagen-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html> (15.7.2011)

BMG: Funktionen und Aufgaben, online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/grundprinzipien/funktionen-und-aufgaben.html> (11.7.2011)

BMG: Gesetzliche Krankenversicherung endgültiges Rechnungsergebnis 2009, Stand 8. Juli 2010 S2 & 17, online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/krankenversicherung/rechnungsergebniss_2009.pdf (28.7.2011)

BMG: Gesetzliche Krankenversicherung, Vorläufige Rechnungsergebnisse 4. Quartal 2009 Stand: 14. April 2010, S2, online verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/krankenversicherung/KV-45-4-Quartal-2009.pdf (28.7.2011)

BpB: Die soziale Situation in Deutschland, Gesundheitsausgaben, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/wissen/6G93DG,0,0,Gesundheitsausgaben.html> (8.7.2011)

Bundesversicherungsamt: der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt, online verfügbar unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1115298/DE/Gesundheitsfonds/Schaetzerkreis/schaetzerkreis__node.html (22.7.2011)

Cacace A.: Das Gesundheitssystem der USA, Campus Verlag Frankfurt am Main, 2010, S.23-68

Cecu, private Krankenversicherung, online verfügbar unter: <http://www.cecude.de/590+M5e8a93e4dd6.html> (6.9.2011)

CMS: Medicaid Program, online verfügbar unter: <https://www.cms.gov/MedicaidGenInfo/> (11.8.2011)

CMS: Medicare Program, online verfügbar unter: <https://www.cms.gov/MedicareGenInfo/> (11.8.2011)

CMS: National CHIP Policy, online verfügbar unter: <http://www.cms.gov/NationalCHIPPolicy/> (11.8.2011)

CMS: Programs and Information, online verfügbar unter: <https://www.cms.gov/> (11.8.2011)

Deutsche Sozialversicherung: Geschichte, online verfügbar unter: <http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/krankenversicherung/geschichte.html> (8.7.2011)

Finanztip: Beitragsbemessungsgrenze für Krankenversicherung Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2012, online verfügbar unter <http://www.finanztip.de/recht/sozialrecht/versicherungspflichtgrenze-beitragsbemessungsgrenze.htm> (9.7.2011)

Gabler Wirtschaftslexikon: Krankenversicherung, online verfügbar unter
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/1320/krankenversicherung-v11.html> (9.7.2011)

Gerhard D, Ragu M: Aktueller Begriff Gesundheitsreform in den USA, Fachbereich WD 9, Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2010, online verfügbar unter:
http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/gesundheitsreform_usa.pdf (24.8.2011)

GKV- Spitzenverband, alle gesetzlichen Krankenkassen, online verfügbar unter: <http://www.gkv-spitzenverband.de/ITSGKrankenkassenListe.gkvnet> (11.7.2011)

GKV Spitzenverband, Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf, online verfügbar unter:
http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Krankenkassen_Fusionenverlauf_1970-2011_15401.pdf
(25.8.2011)

GKV Spitzenverband, Gesundheitsfonds 2010, Ergebnisse der Herbstschätzung des GKV-Schätzerkreises, online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/Politik_Gesundheitsfonds_2010.gkvnet (7.8.2011)

GKV Spitzenverband: Finanzierung, online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/Finanzierung_der_GKV.gkvnet (19.7.2011)

Grin: demographischer Wandel und die Gesundheit für Generationen, verfügbar unter:
<http://www.grin.com/de/e-book/138827/demografischer-wandel-und-die-gesundheit-fuer-generationen>
(5.9.2011)

Handelsblatt: Obama unterzeichnet seine Jahrhundertreform, vom 23.3.2010, verfügbar unter:
<http://www.handelsblatt.com/politik/international/obama-unterzeichnet-seine-jahrhundertreform/3396490.html> (7.9.2011)

Health Insurance Association of America: Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care - Part A, 1995, S. 9

IGSF Stiftung: Gesundheitswesen in Industrienationen im Vergleich: Deutsches Gesundheitswesen hoch effizient, 2005, Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 31. August 2005 in Berlin, online verfügbar unter: <http://www.igsf.de/Band104-lang.pdf> (5.9.2011)

Kaiser Family Foundation, Health Care Costs, Health Care Spending in the United States and Selected OECD Countries, April 2011, verfügbar unter:
<http://www.kff.org/insurance/snapshot/OECD042111.cfm> (5.9.2011)

Kaiser Family Foundation, Health Insurance Premiums Rise 6.1 Percentage in 2007, less rapidly than in recent years but still faster than wages and inflation, 2007, verfügbar unter:
<http://www.kff.org/insurance/ehbs091107nr.cfm> (23.8.2011)

Krankenversicherung: Gegliedertes Krankenversicherungssystem, online verfügbar unter
<http://www.krankenversicherung.com/lexikon/g/486-gegliedertes-krankenversicherungssystem.htm>
(8.7.2011)

Liebold R: Handlexikon des Kassenarzt und Kassenzahnarztrechts 1983,S.256f

Mattke S, Kelley E: Health Care Quality Indicators Project, OECD, 9.3.2006, online verfügbar unter:
<http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf> (15.9.2011)

Medicare Consumer Guide, Medicare Part C, verfügbar unter:
<http://www.medicareconsumerguide.com/medicare-part-c.htm> (2.9.2011)

Medicare.gov: Medicare Prescription Drug Coverage, verfügbar unter:
<http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-d.aspx#WhatPartDplansCover> (4.9.2011)

Medicare: Medicare Advantage (Part C), online verfügbar unter:
<http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-c.aspx> (19.8.2011)

Medicare: Medicare Benefits, online verfügbar unter <http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/medicare-benefits-overview.aspx> (13.8.2011)

Medicare: Medicare Part A (Hospital Insurance), online verfügbar unter:
<http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-a.aspx> (18.8.2011)

Medicare: Medicare Part B (Medical Insurance), online verfügbar unter:
<http://www.medicare.gov/navigation/medicare-basics/medicare-benefits/part-b.aspx> (18.8.2011)

Oberender P: A. Hebborn, Wachstumsmarkt Gesundheit 1998, S 40ff

OECD, Health Expenditure and Financing, online verfügbar unter:
http://www.bundestag.de/dokumente/analysen/2010/gesundheitsreform_usa.pdf (23.9.2011)

OECD: Health Data 2011 Frequently Requested Data, online verfügbar unter:
http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html (8.7.2011)

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, die österreichische Sozialversicherung, online verfügbar unter https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/Sozialversicherung_LN.html (8.7.2011)

PKV Verband, Rechte, online verfügbar unter: <http://www.pkv.de/recht/> (8.9.2011)

PKV- Verband, Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010, online verfügbar unter:
http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf, S 41 (20.9.2011)

PKV, Äquivalenzprinzip, online verfügbar unter: <http://www.private-krankenversicherung.de/pkv-ratgeber/aequivalenzprinzip/> (6.9.2011)

PKV-Verband, Musterbedingungen, online verfügbar unter:
<http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen/> (8.9.2011)

PKV-Verband, Pflegeversicherung, online verfügbar unter:
<http://www.pkv.de/zahlen/pflegeversicherung/> (6.9.2011)

PKV-Verband, Zahlen zur privaten Krankenversicherung, online verfügbar unter:
<http://www.pkv.de/zahlen/> (6.9.2011)

PKV-Verband, Zahlen zur privaten Krankenversicherung, online verfügbar unter:
<http://www.pkv.de/zahlen/> (20.9.2011)

PKV-Verband, der private Versicherungsschutz im Sozialrecht, online verfügbar unter:
http://www.pkv.de/recht/pkv_im_sozialrecht/pkv_im_sozialrecht.pdf (9.9.2011)

Schölkopf M: Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2010, S72-80, 174-177, 191-195

SGB V vom 20.Dezember1988, Gesetzliche Krankenversicherung, BGB1.IS. 2477 zuletzt geändert durch Art. 4 Sozialversicherungs- Stabilisierungsgesetz vom 14.4.2010 (BGB1. IS. 410)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demographischer Wandel in Deutschland, Ausgabe 2010 S. 23ff

US Census Bureau: Table 8 People without health insurance coverage by selected characteristics 2009 and 2010, online verfügbar unter:
<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/table8.pdf> (22.8.2011)

Versicherung Online 24, Zusatzkrankenversicherung, online verfügbar unter:
<http://www.versicherung-online24.com/private-krankenversicherung/zusatzkrankenversicherung/krankenzusatzversicherung.php> (6.9.2011)

Welt Online: Richter erklärt Obamas Reform für verfassungswidrig, vom 14.12.2010, verfügbar unter:
<http://www.welt.de/politik/ausland/article11614615/Richter-erklaert-Obamas-Reform-fuer-verfassungswidrig.html> (7.9.2011)

Work World: Medicaid Eligibility, verfügbar unter:
http://www.workworld.org/wwwwebhelp/medicaid_eligibility.htm (5.9.2011)

Appendix

Krankenkasse	Prämie/Zusatzbeitrag auf Jahresbasis
G&V BKK	+72,00€
BKK Wirtschaft & Finanzen	+60,00€
hkk	+60,00€
BKK A.T.U	+30,00€
AOK Baden-Württemberg	0,00€
Audi BKK	0,00€
Barmer GEK	0,00€
BIG direkt gesund	0,00€
BKK ALP plus	0,00€ I
BKK ESSANELLE	0,00€
BKK firmus	0,00€
BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	0,00€
BKK Kassana	0,00€
BKK Linde	0,00€
BKK MAN MTU	0,00€
BKK Melitta Plus	0,00€
BKK Pfalz	0,00€
BKK Scheufelen	0,00€

BKK Technoform	0,00€
BKK VBU	0,00€
BKK VerbundPlus	0,00€
BKK vor Ort	0,00€
Die Schwenninger Krankenkasse	0,00€
energie-BKK	0,00€
HEK-Hanseatische Krankenkasse	0,00€
IKK classic	0,00€
IKK gesund plus	0,00€
Knappschaft	0,00€
mhplus BKK	0,00€
Novitas BKK	0,00€
R u V Betriebskrankenkasse	0,00€
Salus-BKK	0,00€
SBK	0,00€
SECURVITA Krankenkasse	0,00€
Techniker Krankenkasse	0,00€
Vaillant BKK	0,00€
BAHN-BKK	0,00€
Bertelsmann BKK	0,00€
BKK Braun-Gillette	0,00€

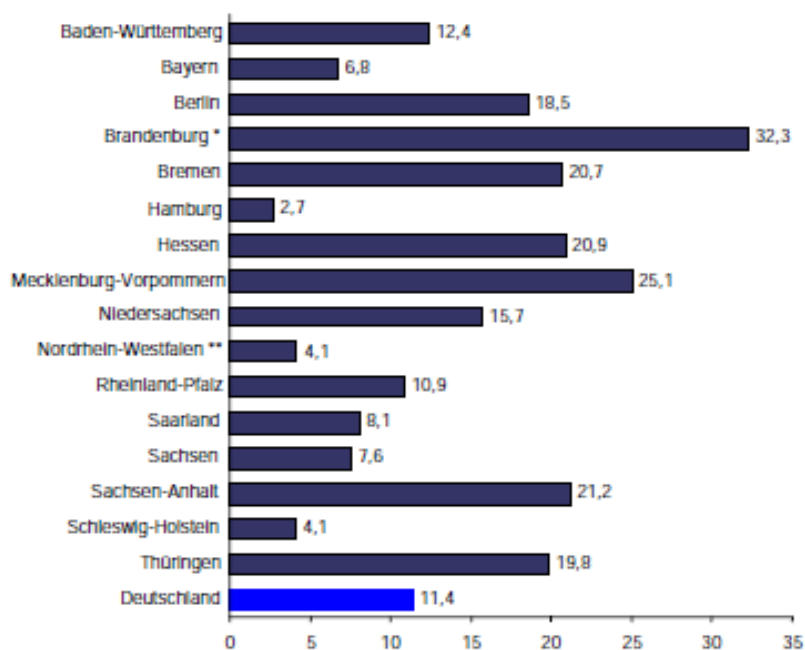
BKK Demag Krauss-Maffei	0,00€
BKK der SIEMAG	0,00€
BKK Diakonie	0,00€
BKK Dr. Oetker	0,00€
BKK Freudenberg	0,00€
BKK futur	0,00€
BKK Herford Minden Ravensberg	0,00€
BKK IHV	0,00€
BKK MEDICUS	0,00€
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	0,00€
BKK TUI	0,00€
BKK VICTORIA D.A.S.	0,00€
BKK Vital	0,00€
BKK ZF & Partner	0,00€
BKK24	0,00€
BOSCH BKK	0,00€
Debeka BKK	0,00€
Die Continentale BKK	0,00€
ESSO BKK	0,00€
HypoVereinsbank BKK	0,00€
pronova BKK	0,00€

SAINT-GOBAIN BKK	0,00€
Shell BKK/LIFE	0,00€
SKD BKK	0,00€
Vereinigte BKK	0,00€
Vereinigte IKK	0,00€
WMF BKK	0,00€
BKK advita	-78,00€
BKK Gesundheit	-96,00€
BKK PHOENIX	-96,00€
DAK	-96,00€
Deutsche BKK	-96,00€
KKH-Allianz	-96,00€
BKK für Heilberufe	-120,00€
BKK Hoesch	-180,00€

Quelle: <http://www.abc-der-krankenkassen.de/rechner/finanztip/liste.php>

Abbildung 9: Veränderung der Anzahl der Pflegebedürftigen 2007 gegenüber 1999

in %



* Die Daten für das Land Brandenburg sind nur eingeschränkt vergleichbar. Ursache ist eine Fehlerbereinigung im Jahr 2007 im Bestand der Pflegegeldempfänger/-innen einer Krankenkasse (zuvor lag dort eine Untererfassung vor). Das Ausmaß dieser Untererfassung bei den Pflegegeldempfängern/-innen lässt sich nur grob anhand von Angaben der Kasse abschätzen: es ist allerdings von weniger als 5 000 Fällen auszugehen.

** Die zeitliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen ist ebenfalls durch eine Bereinigung im Bestand der Pflegekasse in Höhe von rund 13 000 Pflegegeldempfängern im Jahr 2003 eingeschränkt. Die entsprechend bereinigte Veränderungsrate von 1999 bis 2007 dürfte bei ungefähr + 7 % liegen.

Quelle:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.property=file.pdf>

Statistisches Bundesamt

Anhang 3

People Without Health Insurance Coverage by Selected Characteristics: 2009 and 2010

(Numbers in thousands, confidence intervals [C.I.] in thousands or percentage points as appropriate. People as of March of the following year. For information on confidentiality protection, sampling error, nonsampling error, and definitions, see www.census.gov/apsd/techdoc/cps/cpsmar11.pdf)

Characteristic	2009 ¹					2010					Change in uninsured ²	
	Uninsured					Uninsured						
	Total	Number	90 percent C.I. ³ (±)	Percent	90 percent C.I. ³ (±)	Total	Number	90 percent C.I. ³ (±)	Percent	90 percent C.I. ³ (±)		
Total	304,280	48,985	708	16.1	0.2	306,110	49,904	744	16.3	0.2	*919	0.2
Family Status												
In families	249,384	36,809	659	14.8	0.3	249,855	37,618	699	15.1	0.3	*809	0.3
Householder	78,867	11,220	226	14.2	0.3	78,633	11,772	234	15.0	0.3	*551	*0.7
Related children under 18	73,410	7,018	260	9.6	0.4	73,227	6,986	276	9.5	0.4	-32	-
Related children under 6	25,104	2,213	119	8.8	0.5	25,096	2,236	130	8.9	0.5	22	0.1
In unrelated subfamilies	1,357	344	55	25.3	3.5	1,650	428	66	25.9	3.2	*84	0.6
Unrelated individuals	53,539	11,832	357	22.1	0.5	54,605	11,858	316	21.7	0.5	26	-0.4
Race⁴ and Hispanic Origin												
White	242,403	37,124	661	15.3	0.3	243,323	37,385	613	15.4	0.3	261	-
White, not Hispanic	197,436	22,715	520	11.5	0.3	197,423	23,093	491	11.7	0.2	378	0.2
Black	38,624	7,838	245	20.3	0.6	39,031	8,132	266	20.8	0.7	294	0.5
Asian	14,011	2,317	164	16.5	1.1	14,332	2,600	185	18.1	1.3	*284	*1.6
Hispanic (any race)	48,901	15,450	374	31.6	0.8	49,972	15,340	376	30.7	0.8	-110	*-0.9
Age												
Under 65 years	265,667	48,342	710	18.2	0.3	266,931	49,112	736	18.4	0.3	770	0.2
Under 18 years	75,040	7,313	263	9.7	0.3	74,916	7,307	284	9.8	0.4	-6	-
Under 19 years ⁵	79,317	8,058	274	10.2	0.3	79,288	7,952	292	10.0	0.4	-107	-0.1
19 to 25 years ⁵	29,389	9,221	223	31.4	0.7	29,692	8,828	248	29.7	0.8	*-393	*-1.6
18 to 24 years	29,313	8,581	203	29.3	0.7	29,651	8,078	223	27.2	0.7	*-502	*-2.0
25 to 34 years	41,085	11,530	266	28.1	0.6	41,584	11,804	265	28.4	0.6	274	0.3
35 to 44 years	40,447	8,498	219	21.0	0.5	39,842	8,692	233	21.8	0.6	194	*0.8
45 to 64 years	79,782	12,421	305	15.6	0.4	80,939	13,231	301	16.3	0.4	*810	*0.8
65 years and older	38,613	643	67	1.7	0.2	39,179	792	81	2.0	0.2	*149	*0.4
Nativity												
Native born	266,674	36,305	630	13.6	0.2	267,884	36,881	666	13.8	0.2	576	0.2
Foreign born	37,606	12,680	377	33.7	0.8	38,226	13,023	379	34.1	0.8	343	0.4
Naturalized citizen	16,024	2,951	147	18.4	0.9	16,801	3,356	165	20.0	0.9	*405	*1.6
Not a citizen	21,581	9,729	350	45.1	1.2	21,424	9,667	340	45.1	1.2	-62	-
Region												
Northeast	54,654	6,434	264	11.8	0.5	54,782	6,779	304	12.4	0.5	*345	0.6
Midwest	66,096	8,368	282	12.7	0.4	66,104	8,605	336	13.0	0.5	237	0.4
South	112,312	21,576	516	19.2	0.5	113,275	21,665	534	19.1	0.5	88	-0.1
West	71,218	12,606	379	17.7	0.5	71,949	12,855	357	17.9	0.5	249	0.2
Residence												
Inside metropolitan statistical areas	256,383	41,550	782	16.2	0.3	258,350	42,153	791	16.3	0.3	603	0.1
Inside principal cities	97,856	18,704	630	19.1	0.5	98,774	19,152	535	19.4	0.5	448	0.3
Outside principal cities	158,527	22,846	660	14.4	0.4	159,576	23,001	713	14.4	0.4	155	-
Outside metropolitan statistical areas ⁶	47,897	7,435	494	15.5	0.6	47,760	7,752	510	16.2	0.6	316	*0.7
Household Income												
Less than \$25,000	58,159	15,320	442	26.3	0.6	60,140	16,166	455	26.9	0.6	*846	0.5
\$25,000 to \$49,999	71,340	14,999	422	21.0	0.5	70,680	15,435	418	21.8	0.5	436	*0.8
\$50,000 to \$74,999	58,381	8,997	352	15.4	0.5	57,359	8,831	357	15.4	0.5	-167	-
\$75,000 or more	116,400	9,669	372	8.3	0.3	117,931	9,473	371	8.0	0.3	-196	-0.3

See footnotes at end of table.

Characteristic	2009 ¹					2010					Change in uninsured ²	
	Total	Uninsured				Total	Uninsured					
		Number	90 percent C.I. ³ (±)	Percent	90 percent C.I. ³ (±)		Number	90 percent C.I. ³ (±)	Percent	90 percent C.I. ³ (±)	Number	Percent
Work Experience												
Total, 18 to 64 years old	190,627	41,030	576	21.5	0.3	192,015	41,805	601	21.8	0.3	*776	0.2
All workers	145,184	28,241	450	19.5	0.3	143,581	28,000	464	19.5	0.3	-242	-
Worked full-time, year-round . .	95,808	14,095	318	14.7	0.3	95,549	14,311	332	15.0	0.3	216	0.3
Less than full-time, year-round . .	49,376	14,146	314	28.6	0.5	48,032	13,689	308	28.5	0.5	*-458	-0.2
Did not work at least 1 week	45,443	12,788	307	28.1	0.6	48,434	13,806	339	28.5	0.6	*1,017	0.4
Disability Status⁷												
Total, 18 to 64 years old	190,627	41,030	576	21.5	0.3	192,015	41,805	601	21.8	0.3	*776	0.2
With a disability	14,644	2,348	132	16.0	0.8	14,935	2,577	146	17.3	0.9	*230	*1.2
With no disability	175,048	38,682	558	22.1	0.3	176,161	39,228	579	22.3	0.3	546	0.2

- Represents zero or rounds to zero.

*Statistically different from zero at the 90 percent confidence level.

¹The data for 2009 were revised to reflect the results of enhancements to the editing process. See <www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/revhlth/index.html>.

²Details may not sum to totals because of rounding.

³A 90 percent confidence interval is a measure of an estimate's variability. The larger the confidence interval in relation to the size of the estimate, the less reliable the estimate. Confidence intervals shown in this table are based on standard errors calculated using replicate weights instead of the generalized variance function used in the past. For more information see "Standard Errors and Their Use" at <www.census.gov/hhes/www/p60_239esa.pdf>.

⁴Federal surveys now give respondents the option of reporting more than one race. Therefore, two basic ways of defining a race group are possible. A group such as Asian may be defined as those who reported Asian and no other race (the race-alone or single-race concept) or as those who reported Asian regardless of whether they also reported another race (the race-alone-or-in-combination concept). This table shows data using the first approach (race alone). The use of the single-race population does not imply that it is the preferred method of presenting or analyzing data. The Census Bureau uses a variety of approaches. Information on people who reported more than one race, such as White and American Indian and Alaska Native or Asian and Black or African American, is available from Census 2010 through American FactFinder. About 2.9 percent of people reported more than one race in Census 2010. Data for American Indians and Alaska Natives, Native Hawaiians and Other Pacific Islanders, and those reporting two or more races are not shown separately.

⁵These age groups are of special interest because of the Affordable Care Act of 2010. Children under the age of 19 are eligible for Medicaid/CHIP and individuals aged 19 to 25 may be a dependent on a parent's health plan.

⁶The "Outside metropolitan statistical areas" category includes both micropolitan statistical areas and territory outside of metropolitan and micropolitan statistical areas. For more information, see "About Metropolitan and Micropolitan Statistical Areas" at <www.census.gov/population/www/estimates/aboutmetro.html>.

⁷The sum of those with and without a disability does not equal the total because disability status is not defined for individuals in the Armed Forces.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2010 and 2011 Annual Social and Economic Supplements.

Quelle: US Census Bureau verfügbar unter:

<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/incpovhlth/2010/table8.pdf>

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist, das deutsche und das amerikanische Gesundheitswesen vergleichend darzustellen. Das deutsche Gesundheitswesen folgt dem Sozialversicherungssystem und das amerikanische basiert auf der privaten Krankenversicherung sowie der staatlichen Fürsorge. Gravierende Unterschiede sind im Zugang zu den gesundheitlichen Leistungen, in der Anzahl der Nichtversicherten, in der Finanzierung der Gesundheitsleistungen sowie in den Kosten, die beide Gesundheitssysteme verursachen, zu finden. Während in der BRD jeder Bürger Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen hat und es so gut wie keine Nichtversicherten gibt, liegen die Verhältnisse in den USA anders. In den USA sind rund 16 Prozent der Bevölkerung nicht krankenversichert. In Deutschland gibt es eine Versicherungspflicht, in den USA soll mit der Reform 2010 eine Pflichtversicherung bis 2014 eingeführt werden, um den Kosten, die unter anderen von der Gruppe der Nichtversicherten entstehen, entgegenzuwirken. Die USA haben außerdem in einem internationalen Vergleich mit Abstand die höchsten Gesundheitsausgaben, gemessen am BIP. In Deutschland sind mehr als zwei Drittel der Versicherten über die GKV versichert. Nur wenige sind Mitglieder der PKV. In Amerika sind die meisten Versicherten (rund 67 Prozent) über private Krankenkassen versichert. Oft sind Leistungen nicht abgedeckt und es kommt zu Zuzahlungen, die die Versicherten aus eigener Tasche zahlen müssen. Der Vergleich der Qualität der Gesundheitsleistungen sowie ein Vergleich der Effizienz der Gesundheitswesen lässt sich nur schwer durchführen. Es gibt zahlreiche Studien, die zu unterschiedlichsten Ergebnissen kommen.

Abstract

Purpose of this master thesis is to compare the German and American health care system. The German system is following the social security system. The American System is based on private insurance and state programs (Medicare, Medicaid and

CHIP). The main important differences are the following: access to medical services, number of uninsured people, finance of medical services as well as the costs of the health care system. In Germany each and every citizen has granted access to medical services, this is not the case in the USA. Approximately 16 percent of the American population are uninsured. In Germany exists a compulsory health insurance. In 2010 the American government introduced a health care reform. According to that reform a compulsory health insurance for the Americans will be introduced until 2014 to reduce costs which are made up by uninsured people. Moreover the USA has got the highest costs, measured in (gross domestic product). In Germany more than two thirds are insured in the compulsory health insurance. Only a few people are privately insured. In America almost 67 percent of the insured people are members of private insurances. A huge number of medical services are not covered by private insurers and have to be paid by the members as out of pocket payments. Also the comparison of the quality of medical services as well as the comparison of the efficiency of health systems is not easy to do. There is a huge number of surveys with different research results.

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Britta Männer
Geburtsdatum	02.09.1980
Geburtsort	Münster in Westfalen
Staatsangehörigkeit	deutsch
Sprachen	Deutsch, Englisch, Spanisch

Ausbildung

2001	Institut Schloss Herdringen Gymnasium Allgemeine Hochschulreife
2001-2011	Hauptuniversität Wien Österreich Studienfach: Kunstgeschichte Internationale Betriebswirtschaftslehre
1.7- 30.9. 2003	Praktikum bei der Firma Alpen Natur Pflege GmbH & Co KG , Kundenakquise
1.7-30.9.2004	Praktikum bei der Firma Alpen Natur Pflege GmbH & Co KG, Marketing
1.7.-30.9.2005	Praktikum bei der Firma Alpen Natur Pflege GmbH & Co KG, Strategische Erweiterung der Produktpalette
2006-2007	Macquarie University Sydney Australien Studienfach: Business and Economics
2009	TÜV Süd Qualitätsmanagement Qualitätsmanagemet Fachkraft (QMF), Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB), Qualitätsmanagementauditorin (QMA)

