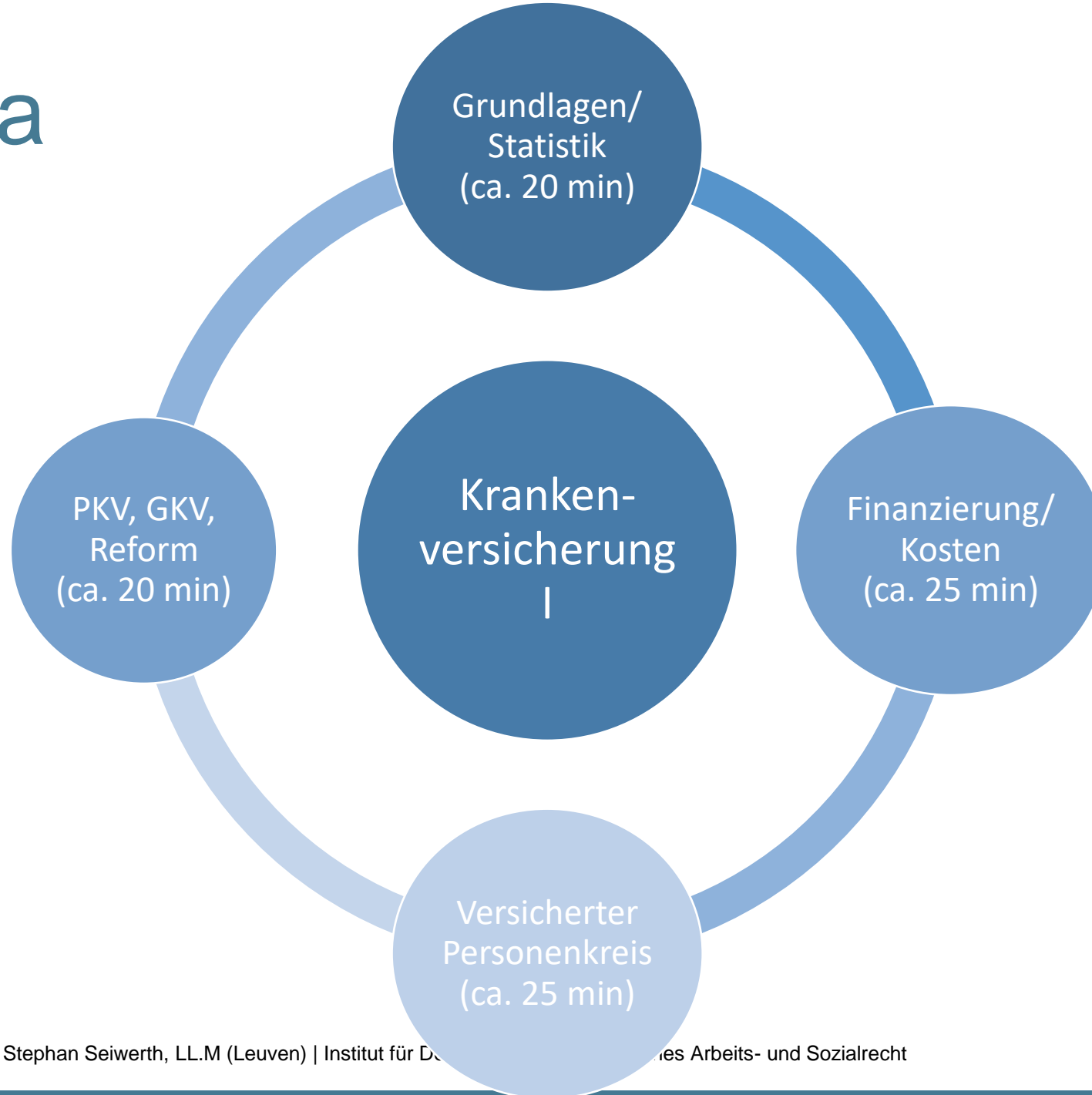




Krankenversicherung I (Grundlagen, Statistik, Kosten, Finanzierung, Versicherter Personenkreis, PKV/GKV)

Grundlagen des Sozialrechts, SoSe 2020

Agenda



Grundlagen

Versicherter
Personenkreis

Leistungen

Leistungs-
erbringungsrecht

Krankenversicherung – SGB V

SGB V eingefügt zum 1.1.1989

Einweisungsvorschrift § 21 SGB I:

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten,

2. bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere

- a) ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- b) Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
- c) häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
- d) Krankenhausbehandlung,
- e) medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
- f) Betriebshilfe für Landwirte,
- g) Krankengeld,

3. bei Schwangerschaft und Mutterschaft ärztliche Betreuung, Hebammenhilfe, stationäre Entbindung, häusliche Pflege, Haushaltshilfe, Betriebshilfe für Landwirte, Mutterschaftsgeld,

4. Hilfe zur Familienplanung und Leistungen bei durch Krankheit erforderlicher Sterilisation und bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.

(2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Ersatzkassen.

Organisation der Krankenversicherung

Drei Sicherungssysteme gegen Krankheit

Mitglieder und Versicherte GKV - PKV

Versicherte in Mio.



* Der Beihilfesatz variiert zwischen 50 % und 80 %, meist mit ergänzender privater Krankenversicherung.

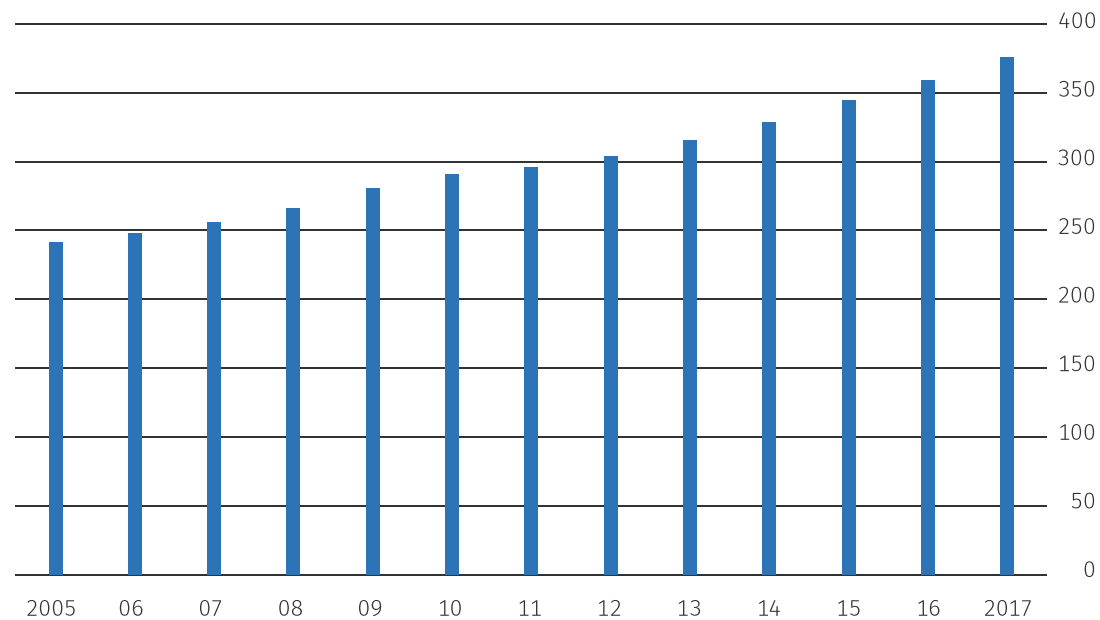
Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1 Februar 2020 (Stand März 2020) und PKV e. V. 2018 (Stand März 2020)

Krankenversicherung – Statistik

Gesundheitsausgaben (nominal)

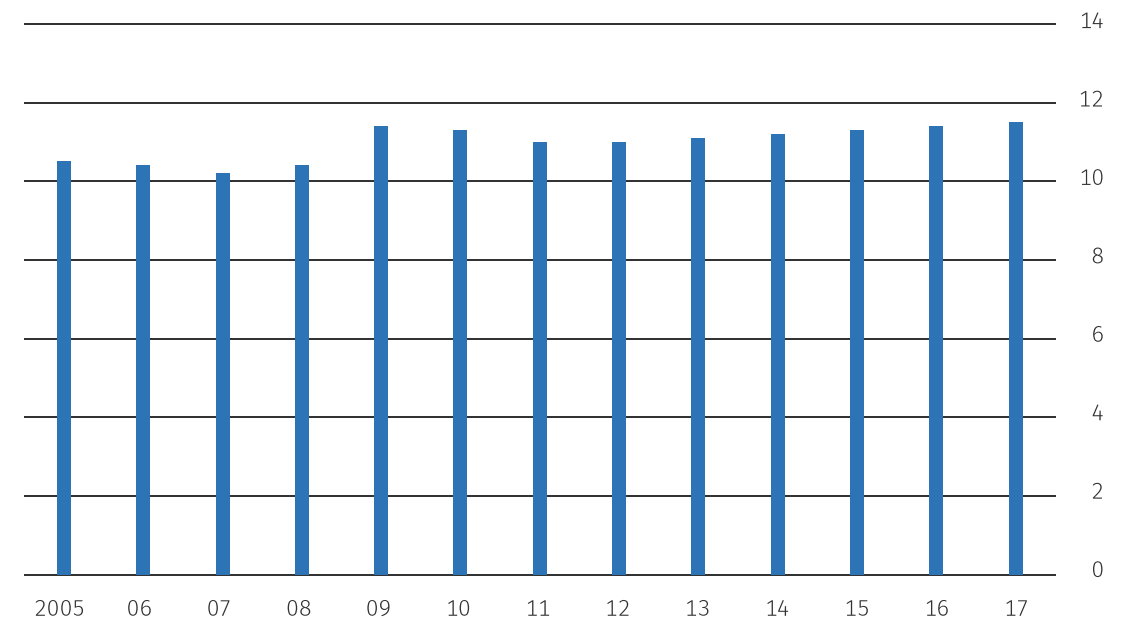
in Mrd. Euro



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

Gesundheitsausgaben

Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in %

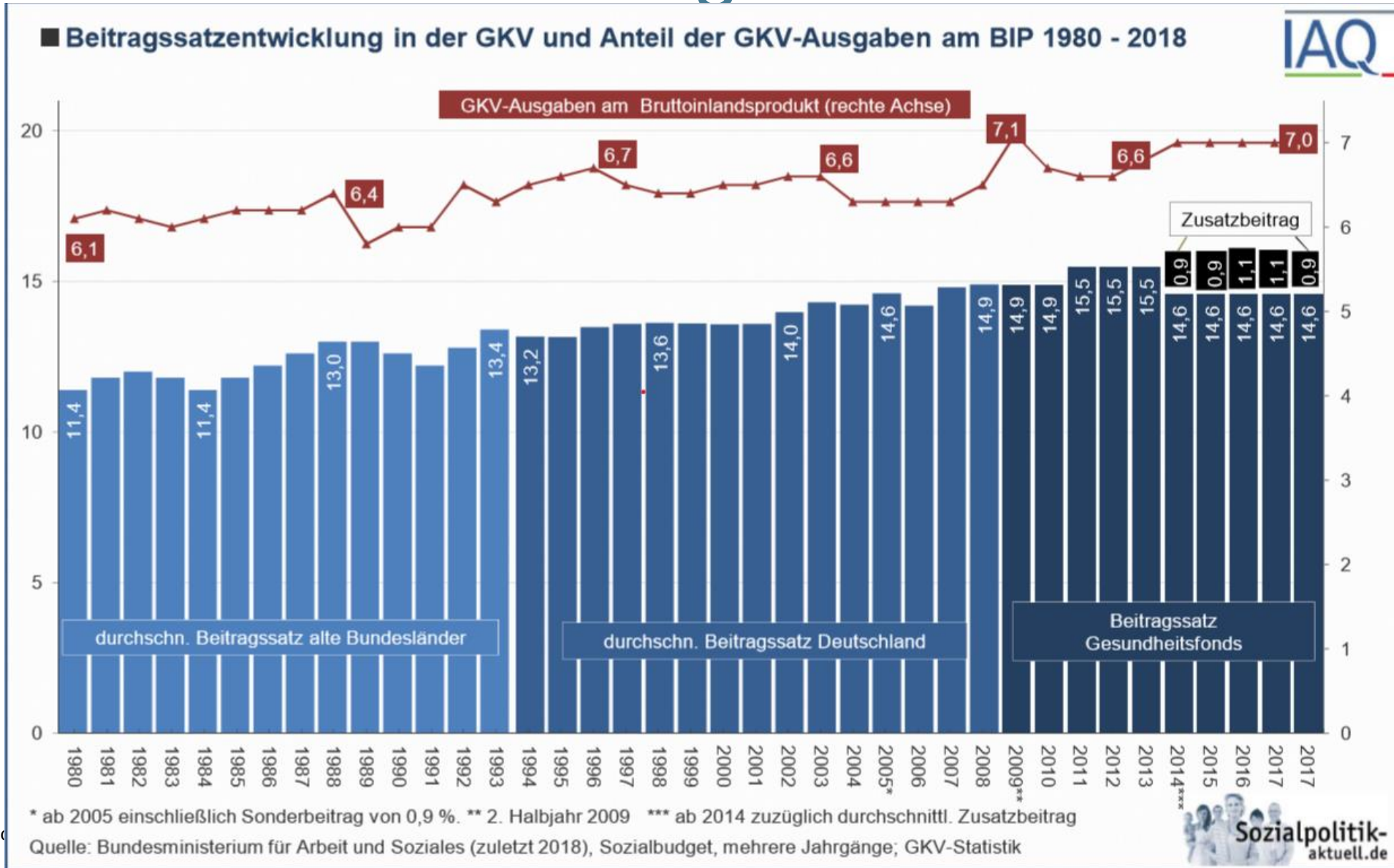


© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019

Krankenversicherung – Statistik

	Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln -											KF20Bund Stand: März 2020
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1. Einnahmen insgesamt	156,06	162,52	172,20	175,60	183,77	189,69	195,85	204,24	212,56	224,35	233,89	241,36
Beiträge insgesamt ²	149,96	155,88	1,20	1,75	1,75	1,19	1,05	0,96	0,99	1,01	1,02	1,03
Sonst. Einnahmen ohne RSA	6,09	6,63	171,01	173,85	182,02	188,50	194,80	203,28	211,57	223,34	232,87	240,33
nachrichtlich: Bundeszuschuß ³	2,50	2,50	7,20	15,70	15,30	14,00	11,50	10,50	11,50	14,00	14,50	14,50
<i>Saldo der RSA-Zahlungen</i>	<i>2,24</i>	<i>2,35</i>										
2. Ausgaben insgesamt	153,93	160,94	170,78	175,99	179,61	184,25	194,49	205,54	213,67	222,73	230,39	239,37
darunter:												
<i>Leistungen insgesamt</i>	<i>144,43</i>	<i>150,90</i>	<i>160,40</i>	<i>164,96</i>	<i>168,74</i>	<i>173,15</i>	<i>182,75</i>	<i>193,63</i>	<i>202,05</i>	<i>210,36</i>	<i>217,83</i>	<i>226,22</i>
darunter:												
Ärztliche Behandlung*	23,55	24,65	26,39	27,09	27,63	28,25	31,43	33,43	34,89	36,53	38,09	39,42
Zahnärztliche Behandlung o.ZE	7,85	8,01	8,19	8,30	8,47	8,67	9,51	9,83	10,15	10,47	10,79	11,14
Zahnersatz	2,83	2,92	3,03	3,12	3,18	3,08	3,11	3,20	3,28	3,26	3,29	3,35
Zahnärztl. Behandl. insq.	10,69	10,93	11,22	11,42	11,65	11,75	12,62	13,03	13,43	13,73	14,08	14,49
Arzneimittel	27,04	28,39	30,00	30,18	28,98	29,20	30,09	33,36	34,84	36,27	37,70	38,67
Hilfsmittel	5,52	5,71	5,94	6,01	6,29	6,46	6,80	7,44	7,63	7,82	8,07	8,44
Heilmittel	3,91	4,15	4,34	4,58	4,88	4,99	5,26	5,69	6,10	6,48	6,56	7,58
Heil- u. Hilfsmittel insq.	9,43	9,86	10,28	10,59	11,17	11,46	12,06	13,13	13,73	14,30	14,63	16,02
Krankenhausbehandlung insq.	50,42	52,14	55,41	58,13	59,95	61,66	64,19	67,86	70,25	72,95	74,90	77,16
Krankengeld	6,02	6,58	7,26	7,80	8,53	9,17	9,76	10,62	11,23	11,68	12,29	13,09
Leistungen im Ausland	0,50	0,46	0,46	0,67	0,79	0,87	0,73	0,56	0,65	0,73	0,72	0,79
Fahrkosten	3,04	3,26	3,50	3,60	3,81	4,01	4,34	4,51	4,96	5,18	5,52	5,95
Vorsorge- u. Rehabilitationsleistungen	2,45	2,48	2,44	2,39	2,36	2,42	2,50	2,57	2,62	2,68	2,71	2,81
Ambulante Kuren	0,09	0,09	0,08	0,07	0,06	0,06	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03
Stationäre Kuren	0,39	0,39	0,36	0,36	0,34	0,35	0,39	0,41	0,41	0,43	0,43	0,47
Kuren für Mütter und Väter	0,30	0,34	0,32	0,29	0,28	0,32	0,36	0,37	0,39	0,40	0,41	0,43
Anschlussrehabilitation (AHB)	1,67	1,67	1,68	1,68	1,68	1,68	1,69	1,73	1,78	1,82	1,84	1,88
Soziale Dienste, Prävention u. Selbsthilfe	2,14	2,30	2,33	1,60	1,73	1,69	1,62	1,77	1,96	2,12	2,22	2,29
Früherkennungsmaßnahmen ⁴	1,57	1,80	2,01	1,93	1,95	1,96	2,07	2,14	2,18	2,25	2,38	2,41
Schwangerschaft / Mutterschaft ⁵	0,90	0,95	1,01	1,03	1,04	1,08	1,16	1,22	1,27	1,35	1,41	1,48
Betriebs-, Haushaltshilfe	0,18	0,18	0,18	0,18	0,17	0,18	0,18	0,19	0,19	0,21	0,20	0,20
Behandlungspflege u. Häusl. Krankenpf.	2,30	2,61	2,91	3,20	3,61	3,88	4,30	4,80	5,26	5,69	6,08	6,44
Med. Dienst, Gutachter	0,30	0,34	0,36	0,37	0,38	0,39	0,42	0,45	0,46	0,48	0,50	0,52
Sonst. Aufwend. ohne RSA	1,30	1,81	1,48	1,52	1,43	1,43	1,81	1,90	1,19	1,39	1,70	1,64
Netto-Verwaltungskosten	8,20	8,23	8,91	9,51	9,44	9,67	9,93	10,01	10,43	10,98	10,86	11,51
Überschuß der Einnahmen ⁷⁾	1,70	1,43	1,42	-0,39	4,17	5,44	1,36	-1,30	-1,12	1,62	3,50	2,09

Krankenversicherung – Statistik



Entwicklung der GKV – grobe Linien

- Ältester Zweig der SV, ursprünglich vom 15.6.1883, 1911 in RVO zusammengefasst
- Bis 1945 v.a. Ausdehnung des versicherten Personenkreises und weitere Leistungsverbesserungen
- Erweiterung des versicherten Personenkreises auch nach 1945: 1972 Erfassung der Landwirte, 1975 von behinderten Menschen, Studierenden, Praktikanten, 1981 selbstständige Künstler und Publizisten
- Ausweitung des Leistungsspektrums nach 1945: 1970er Jahre Maßnahmen der Früherkennung, Krankengeld, Schwangerschaftsabbruch, Sonderurlaub im Zusammenhang mit der Pflege eines erkrankten Kindes
- 1992 größere Umwälzungen in der Krankenhausfinanzierung, insb.: Fallpauschale, damit Verlagerung des Finanzierungsrisikos von den Finanzierungsträgern auf die Leistungsanbieter
- 1995 Erweiterung der Möglichkeiten der Krankenkassenwahl
- Spätere Reformen vor allem mit dem Ziel der Kostendämpfung und Beitragssenkung/Beitragsstabilität, z.B.:
 - 2004 Zuzahlungen und später abgeschaffte Praxisgebühr; Kürzung des Leistungskatalogs (Sterbegeld/Zahnersatz), hausarztzentrierte Versorgung, ambulante Leistungserbringung durch die Krankenhäuser
 - 2007 veränderte Finanzierungsstruktur
 - 2010 Arzneimittelverordnungen
 - 2015 Zusatzbeiträge

Organisation der GKV

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Krankenkassen:

- Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und Ersatzkassen (§ 21 II SGB I, § 4 SGB V)
- Rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, § 4 Abs. 1 SGB V
- Organisationsrecht in §§ 29 ff. SGB IV und §§ 143-206 SGB V

Kassenwahl (§§ 173 – 175 SGB V)

- 1996 eingeführt, u.a. mit dem Ziel des Kassenwettbewerbs
- Wahlrecht führt zu strukturellen Benachteiligungen einzelner Kassen, daher Risikostrukturausgleich, §§ 266 ff SGB V

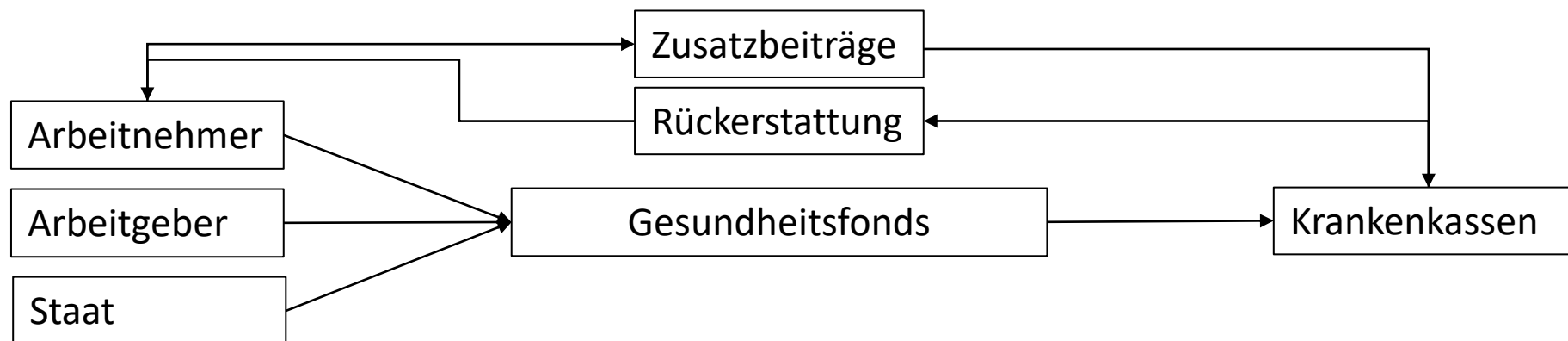
Mitgliedschaftsverhältnis, §§ 186 ff. SGB V

- Anknüpfungspunkt für Leistungsansprüche (vgl. § 19 I SGB V)
- Beginn bei versicherungspfl. Beschäftigten mit dem Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis, § 186 I SGB V
- Andere Personengruppen: § 186 Abs. 2-11 SGB V; § 188 III SGB V für Versicherungsberechtigte
- Ende: § 190 II SGB V, beachte § 7 III SGB V und Ausnahme § 192 SGB V
- Besonderheit Familienversicherung: § 10 SGB V, § 19 III SGB V

Finanzierung der Krankenversicherung

- Geregelt in den §§ 220-274 SGB V
- Beitragssatz: 14,6 % der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, § 241 SGB V
- Einnahmen sind Beiträge und sonstige Einnahmen (§ 220 I 1 SGB V)
- Beitragspflicht bei Mitgliedschaft, § 223 I SGB V
- Bei Beschäftigten:
 - Tragung von AG und AN zur Hälfte, §§ 249 I, 250 III SGB V
 - Abführung beider Beiträge durch den AG, § 253 SGB V
 - Kassenindividuelle Zusatzbeiträge, §§ 242 ff. SGB V

Gesundheitsfonds, § 271 SGB V



Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Zahlreiche Herausforderungen

- Preisniveau, Verteilungsschlüssel, Unwirtschaftlichkeit, Alterung der Bevölkerung, Misswirtschaft, Effizienz, Absinken der Lohnquote etc.

Insbesondere auch: Weiterentwicklung der Medizin

- Größtenteils add-on-technologies (einfaches Bsp.: Künstliches Hüftgelenk)
- Ethisches Problem (nicht nur mit Blick auf die Weiterentwicklung der Medizin): Begrenzung der Kosten auf Ausgabenseite

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Insbesondere: moral hazard bei der Inanspruchnahme von Leistungen

- Gesundheitsökonomischer Ausgangspunkt (grob skizziert): Unter der Modellannahme des homo oeconomicus verleiten Krankenversicherungen dazu, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen, da für die einzelnen Versicherten ihre eigene Inanspruchnahme von Leistungen verschwindend geringe Auswirkungen in den eigenen Beiträgen hat (individuelle Nutzenmaximierung – moral hazard)
- Folgerung: Für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen müssen
- Grundhypothese kann nur als Denkmodell angenommen werden – Krankenbehandlung ist nun offenkundig kein unbegrenztes Vergnügen

Steuerung des Nachfragerverhaltens

- Selbstbeteiligung
P: soziale und epidemiologische Zusammenhänge
P: ist im Gesundheitskontext eine rationale „Konsumenten“entscheidung möglich?
- Bonusprogramme
P: Messbare Auswirkung?
P: Mitnahmeeffekte
- Kostenerstattung (Direktabrechnung)
P: Führt Transparenz wirklich zur Kostensenkung, wenn Nachfrager die Kosten ohnehin nicht trägt?
- Praxisgebühr
P der Selbstbeteiligung
P: „aufgestaute“ Morbidität?
- Beitragsrückerstattung?
- Selbstbehalte (Beitragsminderung gegen selbst zu tragenden jährlichen Fixbetrag), § 53 SGB V
- Verbesserung der Versicherten- und Patienteninformation („health illiteracy“)?

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Steuerung des Anbieterverhaltens

Evidenter moral hazard: Wirtschaftliche Interessen, möglichst viele und möglichst teure Gesundheitsleistungen zu erbringen bei gleichzeitiger sehr hoher Informationsasymmetrie im Verhältnis zu den Nachfragern. Wegen verbandsrechtlich fixierter Honorarordnungen Auswirkungen weniger in der Höhe der Vergütung, als in der Menge vergütungspflichtiger Leistungen

- Anspruch auf zweite ärztliche Meinung, § 27b SGB V
- Qualitätssicherung
P: Kosten der Qualitätssicherung
P: Ärztliche Handlungsfreiheit
- Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch Kranke
P: Dokumentations- und Organisationsaufwand
- Bonuszahlungen für „gute Qualität“ – „pay for performance“
P: Maßstabssetzung und Evaluierung

Versicherungspflicht, § 5 SGB V

- Versicherungspflicht als Voraussetzung der (solidarischen) Sozialversicherung
- Wichtigster Versicherungsfall: § 5 I Nr. 1 SGB V: Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, vgl. § 7 SGB IV (wenn zB Ausbildung ohne Vergütung erfolgt die Versicherung nach § 5 I Nr. 10 SGB V)
- Daneben: Rentner, § 5 I Nr. 11 SGB V
- Erweitert insbesondere auf Landwirte, Künstler, Publizisten, Studierende, Praktikanten, Rehabilitanden, behinderte Menschen
- Auffangversicherung nach § 5 I Nr. 13 SGB V
- Vorrangregelung in § 5 VI-VIII SGB V
- Verhinderung des Erreichens der GKV durch Nebenbeschäftigung von Selbstständigen durch § 5 V SGB V

Versicherungsfreiheit, § 6 SGB V

- Versicherungsfreiheit von Personen
 - § 6 I Nr. 2 SGB V: Beamte, Richter, Soldaten etc.
 - daneben Nr. 4, 5 und nach Nr. 6 Pensionäre dieser Gruppen
 - Werkstudentenprivileg nach § 6 I Nr. 3 SGB V
- Versicherungsfreiheit bei Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze, § 6 I Nr. 1 SGB V (§ 6 VI 2 SGB V, § 160 SGB VI)
 - Im Jahr 2020: Regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt iHv 62.550 Euro
 - „regelmäßig“: Einbezogen wird zB Weihnachtsgeld, nicht aber Zulage wg eines Dienstjubiläums
- Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung, § 7 I 1 SGB V
 - Ausnahme § 7 I 1 Hs. 2 SGB V: betriebliche Berufsbildung oder Jugendfreiwilligendienst oder Bundesfreiwilligendienst
 - Sonderbestimmung zur Zusammenrechnung § 7 I 2 SGB V: Zusammenrechnung einer geringfügigen mit einer nicht geringfügigen Beschäftigung erfolgt nur, wenn letztere die Versicherungspflicht begründet.
- Befreiungsmöglichkeiten nach § 8 SGB V

Familienversicherung, § 10 SGB V

Leistungsfähigkeit des verdienenden Ehepartners wird verbessert:

- sozialer Ausgleich der besonderen Belastung durch die Familie in der GKV
- in der PKV müsste ein am individuellen Risiko ausgerichtetes Äquivalent in Gestalt der Versicherungsprämie für jedes einzelne Familienmitglied geleistet werden

Folgen

- Liegen die Voraussetzungen der § 10 I S. 1 Nr. 1-5 SGB V vor, folgen selbstständige Versicherungsverhältnisse der Familienmitglieder, aus denen sich eigenständige Leistungsansprüche ergeben
- Grds. dieselben Leistungsansprüche wie der Stammversicherte hat, aber gem. § 44 II 1 Nr. 1 SGB V kein Anspruch auf Krankengeld (da Entgeltersatzfunktion)
- Ende mit Versicherung des Mitglieds, Übergangsmonat nach § 19 III SGB V

Kritik

- Sozialer Ausgleich gesamtgesellschaftlicher Lasten nur innerhalb der Versichertengemeinschaft
- an der Mitversicherung des einkommenslosen Ehepartners: Anreizsetzung für die Einverdienererehe, kein generativer Beitrag für Gesellschaft

Freiwillige Versicherung, § 9 SGB V

Berechtigte Personen, § 9 I Nr. 1-7 SGB V

- Nr. 1: vormals Pflichtversicherte sollen auch bei Entfallen der Versicherungspflicht zB wg Aufnahme einer selbstständigen TK oder wg des Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der GKV verbleiben können
- Nr. 2 v.a. bei Tod des Stammversicherten oder Scheidung, wonach Familienversicherung nach § 10 SGB V endet und für Kinder, bei denen ein Ehegatte mehr als die Jahresarbeitsentgeltgrenze verdient (§ 10 III SGB V)

Beginn und Beitrittserklärung wird geregelt durch § 188 SGB V

Beispielsfall

(nach v. Koppenfels-Spies, Sozialrecht, 2018, Rn. 205)

Peter ist 22 Jahre alt und studiert im 5. Semester Medizin. Er lebt von den Unterhaltszahlungen seiner Eltern. Welchen Versicherungsschutz hat er in der GKV, wenn

1. beide Eltern als verbeamtete Lehrer privat versichert sind?
2. seine Mutter angestellte Dachdeckerin und sein Vater geringfügig beschäftigte Reinigungskraft ist?

Zeit: 3 Minuten

Beispielsfall

(nach v. Koppenfels-Spies, Sozialrecht, 2018, Rn. 205)

Peter ist 22 Jahre alt und studiert im 5. Semester Medizin. Er lebt von den Unterhaltszahlungen seiner Eltern. Welchen Versicherungsschutz hat er in der GKV, wenn

1. beide Eltern als verbeamtete Lehrer privat versichert sind?
2. seine Mutter angestellte Dachdeckergezellin und sein Vater geringfügig beschäftigte Reinigungskraft ist?

Zu 1:

- Keine Familienversicherung, da § 10 I SGB V die Mitgliedschaft mindestens eines Elternteils in der GKV voraussetzt
- Grds. also eigene Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V
- Befreiungsmglk. nach § 8 Abs. I Nr. 5 SGB V

Zu 2:

- Versicherungspflicht der Mutter in der GKV nach § 5 I Nr. 1 SGB V reicht für Mitversicherung nach § 10 SGB V
- Weitere Anforderungen sind erfüllt, insb. § 10 II Nr. 2, Nr. 3 SGB V
- Kollision der Versicherungspflicht nach § 5 I Nr. 9 SGB V und § 10 SGB V
- Auflösung durch § 5 VII 1 SGB V: Familienversicherung vorrangig

Organisation der Krankenversicherung

Drei Sicherungssysteme gegen Krankheit

Gesetzliche Krankenversicherung

- Versicherungsprinzip
- Solidarität
- Leistungen nach dem SGB V
- Sachleistungsprinzip

Private Krankenversicherung

- Versicherungsprinzip
- Individualäquivalenz der Beiträge
- Vorbehalten Selbstständigen, Organmitgliedern, AN mit Einkommen über Bemessungsgrenze, Ergänzung zur beamtenrechtlichen Beihilfe
- Leistungen nach dem Versicherungsvertrag, der nach dem VVG reguliert ist
- Kostenerstattungsprinzip

Beamtenrechtliche Beihilfe

- Grundlage in der Fürsorgepflicht des Dienstherrn
- Kostenerstattung durch den Dienstherrn i.d.R. i.H.v. 50-80 %
- Daneben: Absicherung durch private Krankenversicherung

Bürgerversicherung?

Oberbegriff für verschiedene Konzepte eines solidarischen Sicherungssystems mit dem Kennzeichen, dass ausnahmslos alle Bürger, ggf. unter Einbeziehung aller Einkunftsarten (z.B. Arbeit, Kapitalerträge, Mieteinnahmen) Beiträge in die GKV leisten (ggf. bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze) und gleiche Ansprüche haben.

Politisch (mit Unterschieden im Detail) befürwortet z.B. von SPD, Grüne, Die Linke, ver.di; abgelehnt z.B. von CDU, FDP, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Marburger Bund, PKV-Spitzenverband, aber auch gesetzlichen KK

Ziele u.a.:

Senkung von Gesundheitsausgaben, Abschaffung einer Zwei-Klassen-Medizin, soziale Gerechtigkeit (Solidarität auf horizontaler Ebene zB hinsichtlich Kindern und auf vertikaler Ebene hinsichtlich verschiedenen Einkommen; Generationensolidarität durch Schutz von PKV-Versicherten vor Beitragserhöhungen im Alter)

Kritik u.a.:

- „Turbolader für Zweiklassenmedizin“, weil private Zusatzversicherung möglich bleibt und nötig werden wird
- Umsatzeinbußen bei Leistungsanbieter, damit Qualitäts- und Innovationsverlust
- Fehlender Innovations- und Präventionsdruck auf GKV wg. fehlender „Konkurrenz“ durch PKV
- Belastungen für Arbeitgeber (abhängig von der Beitragsbemessungsgrenze)
- In einer Übergangszeit: Kumulation schlechter Risiken in der GKV

Juristische Probleme (auf Verfassungsebene!) u.a.:

Beitragsbemessungsgrenze, Anwartschaften in der PKV, Berufsausübung der PKV, Grds. Berufsbeamtentum

Gesundheitsprämie/ Kopfpauschale?

Konzept von CDU/CSU / FDP (mit erheblichen Unterschieden im Detail, es gab auch zahlreiche weitere ähnliche Vorschläge) vor allem in den Jahren 2003-2013: Umstellung der Finanzierung der GKV auf gehaltsunabhängige Beiträge und Senkung des AG-Anteils an der Finanzierung.

- Erste Schritte war das zwischenzeitliche Einfrieren der Steigerung der AG-Beiträge zur GKV (von 2005-2018), daneben die zunächst allein von AN zu entrichtenden Zusatzbeiträge
- CDU-Konzept von 2004: AG zahlen 6,5 % des Bruttolohns, AN monatlich fix rd. 200 Euro, steuerfinanzierter Sozialausgleich für Geringverdiener, sodass nicht mehr als 15 % des Haushaltseinkommens aufgewendet werden müssten

Ziele u.a.:

- Stabile Versorgungsgrundlage
- Senkung der Lohnnebenkosten
- Wettbewerb im Gesundheitswesen

Kritik:

- Soziale Ungerechtigkeit
- Belastung des Staatshaushalts (statt Finanzierung über Versicherungsgemeinschaft) durch Sozialausgleich an Geringverdiener

Leseliste (ergänzend zum Lehrbuch)

Gegenstand	Fundstelle	!	ILIAS
Gesundheitsreformen	<i>Bundeszentrale für politische Bildung</i> , Gesundheitsreformen in Deutschland im Überblick (verlinkt in ILIAS)	X	X
Kostendämpfung im Gesundheitswesen	<i>Braun</i> , Theorie und Empirie der Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Zusammenfassung von <i>Braun et al.</i> , Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen, 2006)	XX	X
Mittelknappheit im Gesundheitswesen	<i>Huster</i> , Gesundheit aus rechtswissenschaftlicher Sicht: Mittelknappheit als Herausforderung von Gesundheitspolitik und Rechtswissenschaft in Masuch et al., Denkschrift 60 Jahre BSG Bd. 2, 2014, S. 223 ff. (Upload voraussichtlich erst am Dienstag)	XX	X
Bürgerversicherung	<i>Wissenschaftlicher Dienst des Bundestags</i> , Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“, 2018	X	X