



Ausarbeitung

Zum Vergleich der Gesundheitssysteme ausgewählter Länder

Ergänzung der Arbeit WD 8-092-24

**Zum Vergleich der Gesundheitssysteme ausgewählter Länder
Ergänzung der Arbeit WD 8-092-24**

Aktenzeichen: WD 8 - 3000 - 005/25

Abschluss der Arbeit: 29.04.2025

Fachbereich: WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung,
Lebenswissenschaften

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	5
2.	Deutschland	6
2.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	6
2.2.	Zugang zur GKV	9
2.3.	Leistungen der GKV	10
2.4.	Finanzierung der GKV	12
2.4.1.	Beiträge der Versicherten	13
2.4.2.	Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der GKV	15
2.5.	Literatur zum Gesundheitssystem	16
3.	Österreich	17
3.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	17
3.2.	Zugang zur KV	19
3.3.	Leistungen der KV	21
3.4.	Finanzierung der staatlichen KV	22
3.4.1.	Beiträge der Versicherten	22
3.4.2.	Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der staatlichen KV	24
3.5.	Literatur zum Gesundheitssystem	26
4.	Schweiz	27
4.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	27
4.2.	Zugang zur OKP	29
4.3.	Leistungen der OKP	29
4.4.	Finanzierung der OKP	30
4.4.1.	Beiträge der Versicherten	31
4.4.2.	Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der OKP	33
4.5.	Literatur zum Gesundheitssystem	34
5.	Niederlande	34
5.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	34
5.2.	Zugang zur Krankenversicherung	35
5.3.	Leistungen der Krankenversicherung	35
5.4.	Finanzierung der Basisversicherung	36
5.4.1.	Beiträge der Versicherten	36
5.4.2.	Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der Basisversicherung	37
5.5.	Literatur zum Gesundheitssystem	39
6.	Vereinigtes Königreich	40
6.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	40
6.2.	Zugang zum NHS	41
6.3.	Leistungen des NHS	41

6.4.	Finanzierung des NHS	42
6.4.1.	Beiträge der Versicherten	42
6.4.2.	Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen des NHS	42
6.5.	Literatur zum Gesundheitssystem	43
7.	Dänemark	44
7.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	44
7.2.	Zugang zur staatlichen Gesundheitsversorgung	45
7.3.	Leistungen der staatlichen Gesundheitsversorgung	45
7.4.	Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung	47
7.4.1.	Beiträge der Leistungsempfänger	47
7.4.2.	Kostenbeteiligung der Leistungsempfänger an Leistungen des Gesundheitssystems	47
7.5.	Literatur zum Gesundheitswesen	49
8.	USA	50
8.1.	Allgemeines zum Gesundheitssystem	50
8.2.	Zugang zu Medicare	52
8.3.	Leistungen von Medicare	52
8.4.	Finanzierung von Medicare	55
8.4.1.	Beiträge der Versicherten	55
8.4.2.	Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen von Medicare	56
8.5.	Literatur zum Gesundheitssystem	59

1. Einleitung

Die staatlichen Gesundheitssysteme weltweit stehen – insbesondere aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden steigenden Gesundheitsausgaben – vor großen Herausforderungen. Dies gilt unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Gesundheitssysteme, die sich teilweise deutlich unterscheidet. Zwar besteht für die Bevölkerung der meisten europäischen Staaten eine Pflicht zur Abdeckung des Krankheitsrisikos im Rahmen von Krankenversicherungen, insbesondere bei der Finanzierung weisen diese jedoch häufig ausgeprägte Unterschiede auf. Während z. B. die Gesundheitssysteme Deutschlands und Österreichs als Sozialversicherung mit überwiegend solidarischer, einkommensabhängiger Beitragsfinanzierung ausgestaltet sind, erfolgt die Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung in anderen Ländern, wie der Schweiz und den Niederlanden (zumindest teilweise), über pauschale Kopfprämien. Wieder andere Länder, wie z. B. das Vereinigte Königreich und Dänemark, verfügen über einen nationalen Gesundheitsdienst, der überwiegend aus Steuern finanziert wird und damit die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen soll. Eine Sondersituation ergibt sich in den USA, in denen die Krankenversicherung größtenteils dem Privatsektor überlassen ist und nur für einige wenige Gruppen staatlich organisiert wird. Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern bestehen darüber hinaus auch bei den Leistungen, die im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernommen werden, sowie bei den Zuzahlungen, mit denen sich die Versicherten an deren Kosten beteiligen müssen.

Ein direkter umfassender und detaillierter Vergleich zwischen den einzelnen Ländern ist aufgrund der Komplexität der einzelnen Gesundheitssysteme und deren rechtlicher Grundlagen, der unterschiedlichen Ausgestaltung der Systeme und deren kontinuierlicher Anpassung an gesellschaftliche und politische Veränderungen schwerlich möglich. Auch die unterschiedliche Größe und Struktur der Bevölkerung sowie unterschiedliche Grund- und Kostenstrukturen im Gesundheitswesen erschweren den Vergleich. Hinsichtlich der nationalen Gesundheitsausgaben ist u. a. deren Zuordnung zum staatlichen Krankenversicherungssystem in Abgrenzung zur Pflegeversicherung bzw. zu anderen (Sozial-)Versicherungszweigen und zu privaten (Zusatz-)Versicherungen nicht unproblematisch.

Ungeachtet dessen wurden auftragsgemäß die Gesundheitssysteme schwerpunktmäßig in Österreich, aber auch in der Schweiz, in den Niederlanden und im Vereinigten Königreich mit Blick auf bestehende Unterschiede zur Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland betrachtet – insbesondere hinsichtlich der Finanzierung, der Leistungen, der Gesundheitsausgaben und des Deckungsgrades. Dabei wurden einzelne Aspekte ausgewählt, die jeweils lediglich kurz angerissen werden; eine vertiefte Darstellung war im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich. Nachfolgend werden daher im Wesentlichen die allgemeinen Grundsätze der jeweiligen staatlichen Krankenversicherungen, insbesondere im Hinblick auf die finanzielle Belastung der in den Versicherungsschutz einbezogenen Bevölkerung, dargestellt und durch Angaben zum Deckungsgrad in verschiedenen Versorgungsbereichen ergänzt. Die Darstellung der Regelungen erfolgt exemplarisch für besonders relevante Aspekte bzw. Personengruppen.

Insgesamt gilt der Leistungsumfang der GKV im internationalen Vergleich als sehr umfangreich¹. Auch das Gesundheitssystem Deutschlands steht aber vor der Herausforderung, die Finanzierung der Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen, ohne die Bevölkerung durch Beiträge und Zu-zahlungen übermäßig zu belasten. Im Zuge dessen wurde in der Vergangenheit eine Vielzahl an Vorschlägen zur Verbesserung der Finanzierungssituation diskutiert. So wurde etwa im Jahr 2023 eine Studie veröffentlicht, in deren Rahmen viele Reformvorschläge zur Finanzierung der GKV betrachtet und wissenschaftlich bewertet wurden.²

2. Deutschland

2.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

Im Jahr 2022 betragen die Gesundheitsausgaben Deutschlands kaufkraftbereinigt 445,548 Mrd. Euro. Dies entsprach einem Anteil von 12,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP), womit Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt von 10,4 Prozent lag und im Vergleich der 27 EU-Mitgliedstaaten den höchsten Wert aufwies. Pro Kopf betragen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt circa 5.317 Euro. Damit lag dieser Wert 50 Prozent über dem EU-Durchschnitt von 3.533 Euro. Lediglich die Schweiz und Norwegen wiesen – bei Einbeziehung der europäischen Länder, die keine Mitgliedsstaaten der EU sind – höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf auf.³

Das deutsche Krankenversicherungssystem wird getragen von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Für alle in Deutschland lebenden Personen besteht grundsätzlich eine Krankenversicherungspflicht, wobei die konkrete Zuordnung zu einem der beiden Versicherungssysteme auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen erfolgt. Für Personen, die nicht in der GKV versicherungspflichtig oder versichert sind, besteht zur Abdeckung des Krankheitsrisikos nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG⁴) die Pflicht zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages. Trotz der grundsätzlichen Versicherungspflicht (VP) gibt es auch in Deutschland Personen, die nicht krankenversichert sind. Schätzungen des Statistischen Bundesamtes zufolge waren im Jahr 2019 circa 61.000 Personen und damit weniger als 0,1 Prozent der Bevölkerung ohne Krankenversicherungsschutz, wobei die

-
- 1 Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage, S. 70, sowie Bahnse, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 20. Januar 2025.
 - 2 Ausführlichere Informationen hierzu (einschließlich der Verlinkungen zur Kurz- bzw. Langfassung der Studienergebnisse) finden sich bei: Die forschenden Pharma-Unternehmen (vfa), Solide GKV-Finanzen notwendig, abrufbar unter <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/politik/finanzierung-medizinischer-fortschritt>.
 - 3 Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, S. 142-144, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.
 - 4 Versicherungsvertragsgesetz vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 11. April 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 119).

Dunkelziffer deutlich höher geschätzt wird.⁵ Eine Wahl des Versicherungssystems durch den Versicherten ist in der Regel nicht möglich; nur in bestimmten Fällen liegt die Entscheidung beim Versicherten selbst.⁶ Insgesamt sind knapp 75 Millionen Personen bzw. 90 Prozent der Bevölkerung Deutschlands in der GKV⁷ und damit bei einer der derzeit 95 gesetzlichen Krankenkassen⁸ versichert. Im Jahr 2019 waren circa 95 Prozent aller Arbeitnehmer und 59 Prozent der Selbstständigen in der GKV versichert. Vier Prozent der Arbeitnehmer und 39 Prozent der Selbstständigen waren in einer privaten Krankenversicherung abgesichert.⁹ Unter dem Begriff GKV werden die Allgemeine Krankenversicherung (AKV) sowie die Krankenversicherung der Rentner (KVdR¹⁰) zusammengefasst. Nachfolgend wird (fast) ausschließlich auf die GKV abgestellt.

Die gesetzliche Grundlage für die GKV ist das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V¹¹), das die wesentlichen Regelungen zur Krankenversicherung, zu deren Organisation, Finanzierung und Leistungsumfang enthält. Ergänzt bzw. konkretisiert wird das SGB V durch Verordnungen, die Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie Richtlinien, die im Rahmen der Selbstverwal-

5 Destatis, Pressemitteilung Nr. 365 vom 15. September 2020, abrufbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse-/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html.

6 Einen Überblick über die wesentlichen rechtlichen Regelungen zum Versicherungsstatus findet sich bei Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand: 15. Februar 2024, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesetzlich-versicherte.html>; vgl. hierzu auch Gliederungspunkt 2.2.

7 GKV-Spitzenverband, Die gesetzlichen Krankenkassen, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp.

8 BGM, Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, Versicherte und Kranke – Monatswerte Januar - Dezember 2024, Stand: 30. Dezember 2024, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Dezember_2024.pdf.

9 Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenversicherungsschutz, abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenversicherungsschutz.html>. Weitere Informationen: Destatis, Angaben zur Krankenversicherung – Ergebnisse des Mikrozensus – Fachserie 13 Reihe 1.1 – 2019, 28. Juli 2020, abrufbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.html>.

10 Bei der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) handelt es sich nicht um einen eigenständigen KV-Träger, sondern sie stellt einen Status des Versicherten in der GKV dar. Rentenbezieher unterliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11-12, Abs. 2 S. 2, 3 SGB V.

11 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324).

tung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen werden. Für bestimmte Personengruppen gelten besondere Rechtsgrundlagen. Hierzu zählen zum Beispiel selbstständig tätige Landwirte¹² oder selbstständig tätige Künstler und Publizisten¹³.

Die GKV beruht auf dem Solidarprinzip. Finanziert werden die Leistungen der GKV weit überwiegend aus Beiträgen, die von den Versicherten erhoben werden. Danach ist die Höhe der Beiträge, die der einzelne Versicherte zu tragen hat, von dessen Einkommen und – im Gegensatz zur PKV – nicht vom individuellen Gesundheitszustand des Einzelnen abhängig. Organisiert wird die GKV im Rahmen der Selbstverwaltung, bei der der Staat lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgibt, sich die Träger des Gesundheitswesens jedoch selbst organisieren und in eigener Verantwortung die Gesundheitsversorgung gewährleisten. In der GKV gilt grundsätzlich das Sachleistungsprinzip, demzufolge die Krankenkassen die Leistungen als Sach- und Dienstleistung zur Verfügung stellen (§ 2 Abs. 2 SGB V). Versicherte können ärztliche und andere Leistungen somit direkt in Anspruch nehmen, ohne dafür finanziell in Vorleistung gehen zu müssen. Neben den geleisteten Sach- und Dienstleistungen gibt es auch einzelne Geldleistungen; hierzu zählt z. B. das Krankengeld. Die Art und der Umfang der Leistungen sind dabei im Wesentlichen gesetzlich vorgegeben und dem Grunde nach bei allen Krankenkassen identisch. Die Versicherten können frei wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich (pflicht-)versichern. Alle Versicherten haben unabhängig von der Wahl ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf die im Leistungskatalog festgelegten Pflichtleistungen. Darüber hinaus können die einzelnen Krankenkassen über den gesetzlichen Leistungsumfang hinausgehende zusätzliche Leistungen in ihrer Satzung verankern und darüber in Wettbewerb treten.¹⁴ Zu deren Abdeckung können sie sog. Zusatzbeiträge erheben, die sich in der Höhe zwischen den Kassen teilweise deutlich unterscheiden. Des Weiteren haben die Versicherten die Option, private Zusatzversicherungen zur Abdeckung bestimmter, nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltener Leistungen abzuschließen.

Das Gesundheitssystem Deutschlands ist föderal gestaltet. Grundsätzlich ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für die nationale Gesundheitspolitik in Deutschland zuständig. Die Bundesländer sind verantwortlich für die Durchführung der Bundesgesetze, überwachen die kommunale Gesundheitsversorgung und nehmen Aufsichtsfunktionen über regionale Landeskassen und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wahr.¹⁵ Die tatsächliche Gesundheitsversorgung findet auf kommunaler Ebene statt. Eine wesentliche Rolle spielt darüber hinaus der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbandes Bund

12 Anwendung findet das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch Artikel 13a des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408).

13 Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt durch Artikel 56 des Gesetzes vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 323).

14 Ausführlichere Informationen hierzu finden sich bei BMG, Satzungsleistungen der GKV, Stand: 10. Januar 2025, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/satzungsleistungen-der-gkv.html>.

15 BMG, Das deutsche Gesundheitssystem – Leistungsstark. Sicher. Bewährt., Stand: April 2022, S. 20, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf.

der Krankenkassen zusammensetzt. Gemäß § 92 SGB V hat der G-BA die Befugnis, die für die Gesundheitsversorgung erforderlichen Leistungen in Richtlinien verbindlich festzusetzen, an die auch die derzeit 95 gesetzlichen Krankenkassen gebunden sind. Die Aufsicht über die Krankenkassen führt das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

2.2. Zugang zur GKV

Der weit überwiegende Teil der GKV-Versicherten unterliegt der VP in der GKV; die erfassten Personenkreise und konkreten Voraussetzungen für das Eintreten der VP sind in § 5 SGB V geregelt. Hierzu gehören zunächst grundsätzlich Personen, die als Arbeiter, Angestellte oder zur Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Auch Bezieher bestimmter Sozialleistungen sind ebenso wie Studenten staatlicher Hochschulen, Personen, die eine Rente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung beziehen bzw. beantragt haben, und Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall in der GKV pflichtversichert. Im Dezember 2024 waren insgesamt mehr als 52 Millionen Personen in der GKV pflichtversichert, davon waren circa 35 Millionen Personen als Pflichtmitglied in der AKV und 17 Millionen Personen als Rentenbezieher bzw. -antragsteller in der KVdR versichert.¹⁶

Es gibt jedoch Personenkreise, die zwar dem Grunde nach der VP unterliegen, jedoch versicherungsfrei sind (§ 6 SGB V). Hierzu zählen z. B. Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die sog. Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) übersteigt. Da bei Überschreiten der JAEG die Versicherungsfreiheit eintritt, stellt sie dem Grunde nach eine Versicherungspflichtgrenze dar. Die allgemeine JAEG¹⁷ liegt im Jahr 2025 bei 73.800 Euro^{18, 19}, was einem monatlichen Arbeitsentgelt in Höhe von 6.150 Euro entspricht. Ebenfalls versicherungsfrei sind Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten der Bundeswehr und sonstige Beschäftigte des Staates, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben – unabhängig von der Höhe ihrer Bezüge.

Personen, die nicht (mehr) der VP in der GKV unterliegen, können sich nach § 9 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig in der GKV versichern. Dazu zählen z. B. Personen, die vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht eine bestimmte Zeit lang in der GKV versichert

16 Hierzu gehören die in der AKV Pflichtversicherten sowie die pflichtversicherten Mitglieder der KVdR; freiwillige Mitglieder der GKV werden nicht separat nach AKV und KVdR erfasst. BMG, Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand Monatswerte Januar - Dezember 2024, (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) Stand: 30. Dezember 2024, S. 80 ff., abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Dezember_2024.pdf.

17 Neben der allgemeinen JAEG gibt es die besondere JAEG; diese liegt im Jahr 2025 bei 66.150 Euro und findet nur auf Beschäftigte, die am 31. Dezember 2002 wegen Überschreitens der JAEG versicherungsfrei in der GKV waren, Anwendung; vgl. hierzu <https://www.aok.de/fk/jahreswechsel/sv-beitraege-2025/>.

18 Im Jahr 2024 lag die JAEG bei 69.300 Euro. Der deutliche Anstieg der JAEG ist auf den deutlichen Anstieg der Lohnzuwachsrate im Jahr 2023, der die Basis für die Anpassung der JAEG im Jahr 2025 darstellt, zurückzuführen.

19 Für AN, die bereits am 31. Dezember 2002 in der PKV versichert waren, gilt eine geringere JAEG. Diese liegt im Jahr 2025 bei 66.150 Euro.

waren, nicht mehr von einer Familienversicherung erfasst sind oder Arbeitnehmer, die zuvor im Ausland beschäftigt waren und erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen. Die freiwillige Versicherung in der GKV ist – ebenso wie bei einer Pflichtversicherung in der GKV, aber anders als beim Abschluss einer privaten KV – unabhängig vom Gesundheitszustand möglich; die Höhe des Beitrags wird entsprechend des Solidarleistungsprinzips ausschließlich auf der Grundlage des Einkommens berechnet. Von den Arbeitnehmern waren fünf Prozent freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. Da selbstständig tätige Personen in Deutschland nicht der VP nach § 5 SGB V unterliegen, spielt die Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung in der GKV insbesondere für diesen Personenkreis eine Rolle. Insgesamt waren im Dezember 2024 circa 6,3 Millionen Personen freiwillig in der GKV versichert. Zusammen mit den Pflichtmitgliedern hatte die GKV somit zu diesem Zeitpunkt insgesamt mehr als 58 Millionen beitragszahlende Mitglieder.²⁰

Neben den eigenständig versicherten Personen sind auch deren Familienangehörige unter bestimmten Voraussetzungen nach § 10 SGB V in der GKV versichert. Die sog. Familienversicherung ist möglich für Ehegatten, Lebenspartner und Kinder grundsätzlich bis zu ihrer Volljährigkeit bzw. in bestimmten Fällen bis maximal zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn das Einkommen einen Betrag in Höhe von 535 Euro monatlich nicht überschreitet (Stand 2025).²¹ Die Familienversicherung ist generell beitragsfrei; gesonderte Beiträge für die Angehörigen werden nicht erhoben. Im Dezember 2024 waren insgesamt circa 15,8 Millionen Personen als Familienangehörige beitragsfrei in der GKV mitversichert.²² Dies entspricht einem Anteil von mehr als 21 Prozent der in der GKV versicherten Personen.

2.3. Leistungen der GKV

Versicherte der GKV haben nach § 2 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Leistungen der GKV unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12), soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Dabei sind Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der Besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen. Grundsätzlich erhalten die Versicherten nach § 2 Abs. 2 SGB V die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, zu deren Erbringung die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern schließen. Versicherte können jedoch nach § 13 SGB V alternativ zum Sachleistungsprinzip eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse wählen.

20 BMG, Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand – Monatswerte Januar - Dezember 2024, (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) Stand: 30. Dezember 2024, S. 80 ff., abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Dezember_2024.pdf.

21 Die Einkommensgrenze beträgt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgroße, die im Jahr 2025 bei 3.745 Euro liegt; vgl. hierzu DAK Gesundheit, Rechengrößen 2025, abrufbar unter https://www.dak.de/arbeitgeber-portal/sozial-versicherung/rechengroessen-2025_56320.

22 BMG, Gesetzliche Krankenversicherung – Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand – Monatswerte Januar - Dezember 2024, (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) Stand: 30. Dezember 2024, S. 80 ff., abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Dezember_2024.pdf.

In der GKV versicherte Personen haben nach § 11 SGB V Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Behandlung einer Krankheit. Der Leistungsumfang ist gesetzlich festgelegt und umfasst neben der ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen ambulanten sowie stationären Behandlung unter anderem auch die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 20 ff. SGB V). Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, über den gesetzlichen Leistungskatalog hinausgehende Leistungen anzubieten. Für die Abdeckung von Leistungen, die nicht zu Lasten der GKV erbracht werden (können), ist der Abschluss privater Zusatzversicherungen bei privaten Krankenversicherungsunternehmen möglich. Die konkrete Ausgestaltung des gesetzlichen Leistungsanspruchs erfolgt in den entsprechenden Richtlinien des G-BA.

Grundsätzlich besteht in Deutschland für die Versicherten freie Arztwahl, unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten. Ein Wechsel des Arztes innerhalb eines Kalendervierteljahres soll jedoch nur aus wichtigem Grund erfolgen. Eingeschränkt ist die Wahlfreiheit u. a. auch im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV): Nach § 73b SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten diese besondere hausärztliche Versorgung anzubieten, bei der zunächst ein (frei gewählter) Hausarzt aufgesucht wird und Fachärzte (mit Ausnahme von Augenärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie Gynäkologen) nur nach dessen Überweisung konsultiert werden dürfen.²³ Durch die HzV sollen die Versorgung der Versicherten verbessert und Kosten gesenkt werden.²⁴ Die Teilnahme daran ist für die Versicherten freiwillig und kostenlos und wird bei einigen Krankenkassen durch zusätzliche Bonusleistungen honoriert.

Der Leistungsanspruch aus der GKV umfasst auch einen Anspruch auf Krankengeld. Dieser besteht nach § 44 Abs. 1 SGB V für Versicherte, wenn sie aufgrund einer Krankheit arbeitsunfähig sind oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Für bestimmte Personenkreise ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Dies betrifft z. B. versicherungspflichtige Studenten oder

²³ Weitere Informationen zur freien Arztwahl finden sich bei BMG, Freie Arztwahl, Stand: 7. November 2024, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html>.

²⁴ 15 Jahre nach Einführung des HzV wird diese insgesamt als Erfolg gewertet und ein Ausbau derselben angestrebt, vgl. hierzu Lau, Tobias, Hausarztzentrierte Versorgung: Nicht ausgeschöpftes Potenzial, in: Deutsches Ärzteblatt 2023; 120(23):A-1010/B-871, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/231927/Hausarzt-zentrierte-Versorgung-Nicht-ausgeschöpftes-Potenzial>. Abgesehen von einer verbesserten Versorgung unterscheiden sich die Vorteile des Hausarztmodell es je nach Krankenkasse und beinhalten beispielsweise eine reduzierte Wartezeit beim Hausarzt, zusätzliche Sprechzeiten sowie die Unterstützung bei der Facharztsuche, vgl. hierzu BARMER, Hausarztprogramm – die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) bei der Barmer nutzen, abrufbar unter <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/arzt-und-behandlung/hausarztprogramm-1055518>, siehe auch Die Techniker (TK), Ist das Hausarztprogramm der TK das Richtige für mich?, abrufbar unter <https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/arzt-und-krankenhausbesuch/hausarztprogramm/tk-hausarztprogramm-teilnahmebedingungen-2076690?tkcm=ab>.

hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige²⁵. Das Krankengeld beträgt nach § 47 Abs. 1 SGB V grundsätzlich 70 Prozent des beitragspflichtigen Regelentgelts²⁶, ist jedoch auf 90 Prozent des Nettoarbeitsentgelts begrenzt. Der Anspruch auf Krankengeld beginnt nach § 46 SGB V mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bzw. mit Beginn der Behandlung im Krankenhaus bzw. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. In bestimmten Fällen ruht der Anspruch auf Krankengeld. Dies ist nach § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V z. B. der Fall, soweit und solange der Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder -einkommen erhält. Somit wird kein Krankengeld für die Dauer eines bestehenden Lohnfortzahlungsanspruchs, den Arbeitnehmer nach § 3 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz²⁷ für die Dauer von sechs Wochen gegenüber ihrem Arbeitgeber haben, gezahlt.²⁸ Die Zahlung von Krankengeld beginnt somit für Arbeitnehmer in der Regel frühestens mit dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Krankengeld wird gemäß § 48 SGB V grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Der Anspruch endet jedoch bei einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Krankheit nach 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren.

Versicherte der GKV haben zudem nach § 45 SGB V bei Erkrankung eines Kindes, wenn dessen Betreuung nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, Anspruch auf Krankengeld für maximal zehn bzw. bei Alleinerziehenden 20 Arbeitstage pro Kind.

2.4. Finanzierung der GKV

Die Mittel der GKV werden durch einkommensabhängige Beiträge und sonstige Einnahmen aufgebracht (§ 220 SGB V). Zu den sonstigen Einnahmen gehören unter anderem Zahlungen des Bundes für die pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, wie zum Beispiel die beitragsfreie Familienversicherung von Familienangehörigen (§ 221 SGB V) oder das Mutterschaftsgeld. Die Bundeszuschüsse werden aus Steuermitteln finanziert und ebenso wie die Beiträge zur GKV nach § 271 SGB V als Sondervermögen im sog. Gesundheitsfonds vom Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) verwaltet und zur Finanzierung der Leistungsausgaben und weiterer Ausgaben, wie Verwaltungskosten, an die Krankenkassen verteilt.²⁹ Die Höhe der Zuweisungen an die einzelne Krankenkasse richtet sich nach § 266 SGB V. Danach erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben eine Grundpauschale und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Mit den risikoadjustierten Zuweisungen wird jährlich

25 Ein Anspruch auf Krankengeld besteht nur, wenn das Mitglied gegenüber der Krankenkasse erklärt, dass die Mitgliedschaft den Anspruch auf Krankengeld umfassen soll (Wahlerklärung). In diesem Fall findet bei der Beitragsberechnung der allgemeine und nicht der ermäßigte Beitragssatz Anwendung; vgl. hierzu Gliederungspunkt 2.4.1.

26 Hierzu zählen regelmäßig erzieltes Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen; eine Berücksichtigung erfolgt bis zur Beitragsbemessungsgrundlage.

27 Entgeltfortzahlungsgesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), zuletzt geändert durch Artikel 9 des Gesetzes vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1746).

28 Besteht kein Lohnfortzahlungsanspruch für den Versicherten, ist der Anspruch auf KG nach § 44 Abs. 2 Nr. 3 SGB V zunächst ausgeschlossen, kann jedoch durch Wahlerklärung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse eingeschlossen werden.

29 Vgl. hierzu auch BMG, Gesundheitsfonds, Stand: 10. Januar 2025, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitsfonds.html>.

ein Risikostrukturausgleich durchgeführt; dadurch werden die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden zwischen den Krankenkassen ausgeglichen, die sich aus der Verteilung der Versicherten auf nach Risikomerkmalen getrennte Risikogruppen ergeben. Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt nach § 266 Abs. 2 SGB V anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität³⁰, regionale Merkmale³¹ und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V haben. Die Grundpauschale und die risikoadjustierten Zu- und Abschläge dienen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkassen. Diese orientieren sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der den Risikogruppen zugeordneten Versicherten. Die Bildung der Risikogruppen und die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben erfolgt nach Kriterien, die sowohl Anreize zu Risikoselektion als auch Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen verringern sollen. Bei der Verteilung der vorhandenen Finanzmittel gilt das Umlageverfahren, demzufolge die im jeweiligen Kalenderjahr anfallenden Ausgaben der GKV durch die im selben Jahr erzielten Einnahmen gedeckt sein müssen. Reichen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen nicht aus, um deren Ausgaben zu decken, sind die Krankenkassen zur Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge verpflichtet (§ 242 SGB V).

Der Leistungskatalog der GKV umfasst auch Leistungen, die nicht als primäre Aufgabe einer staatlichen Krankenversicherung angesehen werden und damit als versicherungsfremde Leistungen gelten. Unter diesen Begriff, der im Gesetz nicht näher definiert und (zumindest zum Teil) durchaus umstritten ist, fallen Leistungen, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind.³² Zur Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen gewährt der Bund nach § 221 Abs. 1 SGB V jährlich einen pauschalen Steuerzuschuss in Höhe von 14,5 Milliarden Euro an die GKV. In den Jahren 2020 bis 2023 wurden – im Zuge der Coronapandemie – nach Maßgabe von § 221a SGB V zusätzliche Bundeszuschüsse gewährt.³³

2.4.1. Beiträge der Versicherten

Die GKV finanziert sich im Wesentlichen aus den Beiträgen der Versicherten. So sind Versicherte nach § 223 Abs. 1 SGB für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft in der GKV grundsätzlich zur Zahlung von Beiträgen verpflichtet. Lediglich für bestimmte Zeiträume, wie z. B. für die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld, Mutterschaftsgeld oder des Bezugs von Elterngeld, besteht Beitragsfreiheit, so dass für diese Zeiten trotz bestehenden Versicherungsschutzes keine Beiträge zu zahlen sind.

30 Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt.

31 Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können.

32 BMG, Versicherungsfremde Leistungen, Stand: 21. August 2024, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen.html>.

33 BMG, Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, Stand 26. November 2024, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/finanzierung-gkv.html>. Zur Haushaltsentwicklung in der Pandemie siehe: Bundesrechnungshof, Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (BMG) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2024, Kap. 2 S. 7, abrufbar unter <https://www.bundesrechnungshof.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Berichte/2023/einzelplan-2024/15-volltext.pdf?blob=publicationFile&v=2>.

Die Höhe der Beiträge wird als Prozentsatz der beitragspflichtigen Einnahmen (Beitragsbemessungsgrundlage) bemessen. Hierzu zählen u. a. das aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung erzielte Arbeitsentgelt, Rentenzahlungen und Versorgungsbezüge (§§ 226 ff. SGB V). Berücksichtigt werden dabei Einnahmen bis zur sog. Beitragsbemessungsgrenze (BBG); über dieser Grenze liegende Einnahmen werden nicht verbeitragt. Im Jahr 2025 liegt die BBG bei 66.150 Euro bzw. 5.512,50 Euro monatlich. Auf die Beitragsbemessungsgrundlage findet ein gesetzlich festgelegter Beitragssatz Anwendung, wobei zwischen dem allgemeinen und einem ermäßigten Beitragssatz unterschieden wird. Der allgemeine Beitragssatz beträgt nach § 241 SGB V für alle Krankenkassen einheitlich 14,6 Prozent. Für bestimmte Personengruppen (Arbeitslose, Studierende, Wehrdienstleistende) gelten davon abweichende, erniedrigte Beitragssätze (§§ 243 ff. SGB V), während für die insgesamt circa 15,8 Millionen mitversicherte Familienangehörigen nach § 3 S. 3 SGB V keine Beiträge erhoben werden. Für die Beitragsberechnung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung findet nach § 247 Satz 1 SGB V hingegen der allgemeine Beitragssatz Anwendung.

Sofern eine Beitragspflicht besteht, erhöht sich der Beitrag ggf. um einen von der jeweiligen Krankenkasse erhobenen Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V). Dieser ist von der Krankenkasse dann zu erheben, wenn deren Finanzbedarf durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist. Der Zusatzbeitragssatz ist dabei so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken. Für bestimmte Personen mit geringem Einkommen findet anstelle des kassenindividuellen Zusatzbeitrags der durchschnittliche Zusatzbeitrag Anwendung. Dieser stieg zuletzt von 1,7 Prozent³⁴ im Jahr 2024 auf 2,5 Prozent im Jahr 2025 deutlich an.³⁵ Der Beitragssatz für die GKV ist (deutlich) höher als der Beitragssatz für die staatliche KV in anderen Ländern. Auch der monatliche Höchstbeitrag im Jahr 2025 ist mit 942,68 Euro bei Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes und des durchschnittlichen Zusatzbeitrags vergleichsweise hoch.

Von der Berechnung des zu erhebenden Beitrags zu unterscheiden ist die Beitragstragung (§§ 249 ff. SGB V). So hat der Versicherte in der Regel den sich aus seinen beitragspflichtigen Einnahmen ergebenden Beitrag nicht allein zu tragen. Bei versicherungspflichtig Beschäftigten trägt zum Beispiel der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge aus dem Arbeitsentgelt – einschließlich der Hälfte des anfallenden Zusatzbeitrags. Freiwillig Versicherte tragen hingegen die Beiträge allein, erhalten jedoch von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss (§ 257 SGB V). Geringfügig Beschäftigte zahlen keinen eigenen Beitrag; lediglich der Arbeitgeber hat einen Beitrag in Höhe von 13 Prozent des beitragspflichtigen Entgelts zu zahlen (§ 249c SGB V).

³⁴ Die Werte und weitere Informationen zur Beitragserhebung und -berechnung in der GKV finden sich bei BMG, Beiträge, Stand: 29. August 2024, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege>.

³⁵ Tagesschau, Höhere Beiträge für Millionen Versicherte, Stand: 18. Dezember 2024, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-beitraege-erhoehung-100.html>.

2.4.2. Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der GKV

Neben der Pflicht zur Beitragszahlung müssen Versicherte der GKV zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen leisten. Die Zuzahlungspflicht besteht für Versicherte grundsätzlich erst ab Vollendung des 18. Lebensjahres³⁶. Die Höhe der Zuzahlung richtet sich dabei nach der Art der in Anspruch genommenen Leistungen. So ist nach § 61 S. 2 SGB V für jeden Tag einer stationären Behandlung ein Betrag in Höhe von zehn Euro zu entrichten. Die Zuzahlung ist dabei begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinaus müssen sich die Versicherten nach § 31 Abs. 3 SGB V anteilig an den Kosten für zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel und bestimmte Medizinprodukte beteiligen. Die Höhe der Zuzahlung beträgt nach § 61 S. 1 SGB V zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens fünf und maximal zehn Euro je verschriebenem Arzneimittel, jedoch nicht mehr als die Kosten des Mittels. Bei der Inanspruchnahme von Heilmitteln, zu denen Maßnahmen der Physio-, Ergo- und podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Ernährungstherapie gehören³⁷, ist gemäß § 32 Abs. 2 SGB V ebenfalls eine Zuzahlung zu leisten. Diese beträgt nach § 61 S. 3 SGB V zehn Prozent der Kosten sowie zehn Euro je Verordnung. Derselbe Betrag ist für die Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege zu leisten. Der Versicherte muss darüber hinaus für verordnete Hilfsmittel eine Zuzahlung erbringen, die dem Zuzahlungsbetrag für Arzneimittel entspricht.

Die Höhe aller Zuzahlungen ist für den einzelnen Versicherten pro Jahr auf einen Maximalwert begrenzt. So hat jeder Versicherte Zuzahlungen nur bis zur sog. Belastungsgrenze zu leisten. Diese beträgt nach § 62 SGB V zwei bzw. bei chronisch Kranken ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.³⁸ Im Jahr 2024 wurden insgesamt mehr als 4,33 Millionen Versicherte von der Zuzahlungspflicht in der GKV befreit.³⁹ Im Jahr 2022 leisteten die Versicherer

36 Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht lediglich im Hinblick auf Fahrtkosten sowie Zahnersatz eine Zuzahlungspflicht. Die Höhe der Zuzahlung entspricht in diesen Fällen den Regelungen für volljährige Versicherte. In allen anderen Fällen besteht eine Zuzahlungspflicht erst mit Vollendung des 18. Lebensjahres (vgl. hierzu § 31 Abs. 3 SGB V, § 32 Abs. 2 SGB V, § 33 Abs. 8 SGB V).

37 Die konkreten Regelungen zur Definition der einzelnen Maßnahmen und zur Kostenübernahme durch die GKV finden sich in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) des G-BA, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3676/HeilM-RL_2024-10-29_iK-2025-01-01.pdf.

38 Zu den konkreten Berechnungsgrundlagen vgl. § 62 Abs. 2 SGB V.

39 BMG, Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-3. Quartal 2024, Stand: 6. Dezember 2024, S. 17 (Werte 09861 und 0986), abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_3_Quartal_2024_Internet.pdf.

ten, einschließlich der zuzahlungsbefreiten Personen bis zu deren Belastungsgrenze Zuzahlungen in Höhe von insgesamt circa 4,33 Milliarden Euro.⁴⁰ Bis Ende des dritten Quartals im Jahr 2024 fielen für die Versicherten Zuzahlungen in Höhe von insgesamt circa 3,69 Milliarden Euro an.⁴¹

Untersuchungen zum Anteil der Ausgaben durch staatliche bzw. obligatorische Systeme an den Gesamtausgaben haben ergeben, dass der sog. Deckungsgrad in Deutschland im internationalen Vergleich hoch bis sehr hoch und der Anteil der Eigenfinanzierung von Gesundheitsleistungen eher gering ist. Der höchste Deckungsgrad wurde für stationäre Leistungen ermittelt. Dieser habe in Deutschland – ausgehend von entsprechenden OECD-Daten – im Jahr 2021 bei 96,7 Prozent gelegen. Für den ambulanten Bereich wurde ein Deckungsgrad von 89,1 Prozent ermittelt. Damit lag Deutschland im Ranking der untersuchten Länder auf Platz fünf bzw. sechs. Auch wenn der Deckungsgrad mit 82,3 Prozent für den Bereich der Arzneimittelversorgung bzw. 67,6 Prozent bezogen auf die zahnärztliche Versorgung (deutlich) niedriger war, belegte Deutschland damit im Ranking jeweils den ersten Platz. Der Deckungsgrad der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Länder (Österreich, Schweiz, Niederlande und das Vereinigte Königreich) lag mit einer Ausnahme (ambulante Versorgung in GB bei 89,4 Prozent) in allen Bereichen (deutlich) unter den Werten Deutschlands. Als mögliche Ursachen für die festgestellten Unterschiede wurden der Ein- bzw. Ausschluss bestimmter Gesundheitsleistungen im jeweiligen nationalen Leistungskatalog, unterschiedliche Kostenbeteiligungsregelungen in den einzelnen Ländern sowie die Begrenzung einiger Leistungsansprüche auf bestimmte Personengruppen benannt.⁴²

2.5. Literatur zum Gesundheitssystem

Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Health Systems and Policy Monitor (HSPM), Germany – Health Systems in Transition (HiT) profile, in englischer Sprache abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/germany-2020>.

40 BMG, Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2022 Stand: 24. März 2023, S. 10 (Wert 09859), abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_4_Quartal_2022_o_F.pdf.

41 BMG, Gesetzliche Krankenversicherung – Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-3. Quartal 2024, Stand: 6. Dezember 2024, S. 17, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1_3_Quartal_2024_Internet.pdf.

42 Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), WIP Analyse, Februar 2022, S. 13, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

Health at a Glance 2023 – OECD-Indicators, OECD (Hrsg.), Paris 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html.

Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage 2021.

State of Health in the EU – Deutschland – Länderprofil Gesundheit 2023, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), Paris/Brüssel 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/de/publications/2023/12/germany-country-health-profile-2023_2e55ab0e.html.

Statista, Gesundheitssystem in Deutschland – Statistik-Report zum deutschen Gesundheitssystem, 2024, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/144449/dokument/gesundheitssystem-in-deutschland/>.

Statista, Gesundheitssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Statista Overview-Report zu den Gesundheitssystemen im DACH-Raum, März 2021, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/83385/dokument/gesundheitssysteme-im-dach-raum/>.

Tikkanen, Roosa u. a., International Health Care System Profiles – Germany, The Commonwealth Fund (Hrsg.), Ausgabe 2020, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany>.

3. Österreich

3.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

Die Gesundheitsausgaben in Österreich beliefen sich im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt auf 42,955 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil am BIP von 11,4 Prozent, womit Österreich im EU-Vergleich den dritthöchsten Anteil von Gesundheitsausgaben am BIP aufweist. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf betrugen im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt 4.744,9 Euro. Damit lagen diese zwar mehr als 25 Prozent über dem Pro-Kopf-Durchschnitt der Gesundheitsausgaben der 27 EU-Länder (3.533 Euro), jedoch deutlich unter den Ausgaben pro Kopf in Deutschland.⁴³

Auch in Österreich gibt es eine staatliche Krankenversicherung (KV), die sich über Beiträge der Versicherten finanziert. Ebenso wie in Deutschland besteht eine Krankenversicherungspflicht, wobei alle Versicherten der staatlichen KV zugeordnet sind. Anders als im deutschen Krankenversicherungssystem gibt es keine Möglichkeit, aus der KV auszutreten und eine private Kran-

43 Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, S. 142-144, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

kenvollversicherung abzuschließen. Die bestehenden privaten Krankenversicherungen bieten lediglich Zusatzversicherungen an, über die nicht von der KV abgedeckte Leistungen abgesichert werden können.

Die wesentliche rechtliche Grundlage der Sozialversicherung Österreichs (SV) einschließlich der KV ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG⁴⁴). Anders als das deutsche Sozialrecht, in dem es neben den für alle Sozialversicherungszweige geltenden Sozialgesetzbüchern gesonderte SGBs für die einzelnen Sozialversicherungen gibt, enthält das ASVG – thematisch gegliedert – gesetzliche Regelungen sowohl für die KV als auch für die staatliche Pensions- und Unfallversicherung. Hinzu kommen das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG⁴⁵), das Freiberuflich Selbstständigen-Sozialversicherungsgesetz (FSVG⁴⁶) und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG⁴⁷). Die gesetzlichen Regelungen werden durch Richtlinien des Dachverbands der SV-Träger ergänzt bzw. konkretisiert. Darüber hinaus finden sich konkrete Regelungen u. a. zum Leistungsumfang der KV in den Satzungen der SV-Träger.

Hauptträger der KV für das gesamte Bundesgebiet Österreichs ist nach § 23 ASVG die Österreichische Gesundheitskasse (ÖKG). Diese führt die KV nach den Bestimmungen des ASVG durch und wirkt an der Durchführung der Unfallversicherung und Pensionsversicherung mit. Anders als in Deutschland gibt es seit einer zum 1. Januar 2020 durchgeführten Strukturreform⁴⁸ neben der ÖKG lediglich zwei weitere Versicherungsträger der KV⁴⁹. Der überwiegende Teil der österreichischen Bevölkerung – circa 7,6 Millionen unselbstständig Erwerbstätige, Pensionisten sowie der überwiegende Teil der vor der Reform bei den Betriebskrankenkassen versicherten

44 Österreichisches Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), abrufbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147>.

45 Bundesgesetz vom 11. Oktober 1978 über die Sozialversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbstständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG), abrufbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008422>.

46 Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger (Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz – FSVG), abrufbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008423>.

47 Bundesgesetz vom 11. Oktober 1978 über die Sozialversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbstständig Erwerbstätigen (Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG), abrufbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008431>.

48 Weitere Informationen zur Strukturreform abrufbar unter <https://www.seminaroberlaa.at/static/content/e38-660/e84594/e85304/e94384/e94578/e94580/file/ger/128-131.pdf?checksum=43dd024e104aba31a7ec6cde433-d8044d716ea0a>.

49 Mit den Trägern der Unfallversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – AUVA, Informationen abrufbar unter <https://auva.at/>) sowie der Pensionsversicherung (PV Österreich, Informationen abrufbar unter <https://www.pv.at/web/startseite>) gibt es somit in Österreich insgesamt fünf SV-Träger. Sämtliche SV-Träger gehören dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (Informationen abrufbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.821628&portal=svportal>) an. Eine staatliche Pflegeversicherung wie in Deutschland existiert in Österreich nicht, ein Anspruch auf Leistungen im Pflegefall hingegen schon. So besteht nach dem Bundespflegegeldgesetz (Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird – BPGG, abrufbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.781985&version=1698241161>) unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Pflegegeld.

Personen – sind bei der ÖGK versichert. Nachfolgend wird daher ausschließlich auf Regelungen des ASVG bzw. der Satzung der ÖGK eingegangen. Anders als in Deutschland ist die österreichische SV berufsständisch organisiert, d. h. die Zuordnung zu einem bestimmten Versicherungsträger ist abhängig von der ausgeübten Tätigkeit; innerhalb eines KV-Trägers erfolgt ggf. eine regionale Zuordnung zu verschiedenen Rechenkreisen. Eine Wahlfreiheit im Hinblick auf die Krankenkasse bzw. den Versicherungsträger besteht in Österreich im Gegensatz zu Deutschland somit nicht. Ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Krankenkassen findet nicht statt.⁵⁰ Neben der ÖGK gibt es die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) sowie die Sozialversicherungsanstalt für Selbstständige (SVS) (Gewerbetreibende und Freiberufler sowie selbstständig Erwerbstätige in Land- und Forstwirtschaft). Circa 99,9 Prozent und damit nahezu die gesamte Bevölkerung Österreichs wird von der gesetzlichen KV erfasst.⁵¹

Auch in Österreich ist das Gesundheitssystem föderal organisiert. Ebenso wie in Deutschland gibt der Bund den gesetzlichen Rahmen für die SV und damit auch für die KV vor. Darüber hinaus finanziert er einen Teil des Gesundheitswesens. In Österreich gilt in der SV darüber hinaus ebenfalls das Prinzip der Selbstverwaltung, so dass die konkrete Ausgestaltung der staatlichen KV den SV-Trägern obliegt. Diese agieren weisungsfrei, unterliegen jedoch der staatlichen Aufsicht und Kontrolle der Aufsichtsbehörde (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, BMSGPK), des Bundesministeriums für Finanzen und des Rechnungshofs.⁵²

3.2. Zugang zur KV

In Österreich gilt ebenso wie in Deutschland eine Versicherungspflicht in der staatlichen KV.⁵³ Diese besteht grundsätzlich im Rahmen einer Vollversicherung nach § 4 ASVG, die für alle SV-Zweige gilt, oder ausnahmsweise im Rahmen einer sog. Teilversicherung nach §§ 7, 8 ASVG, die auf einzelne SV-Zweige beschränkt ist. Nach § 4 ASVG besteht für Dienstnehmer, die bei mindestens einem Dienstgeber⁵⁴ beschäftigt sind, eine Vollversicherung in der KV. Dies gilt u. a. auch

50 Statista Overview-Report, Gesundheitssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz, 2021, S. 34, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/183385/dokument/gesundheitssysteme-im-dach-raum/>.

51 Siehe hierzu: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Krankenversicherung, Stand: 26. September 2023, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html>.

52 Weitere Informationen zum österreichischen Selbstverwaltungsprinzip sind abrufbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.883159&portal=oegkportal>.

53 Informationen zu den Personenkreisen, die von den einzelnen Rechtsgrundlagen Österreichs erfasst werden, finden sich bei: Regierung Österreich, System der Pflichtversicherung (ASVG, GSVG, FSVG, BSVG), Stand: 1. Januar 2025, abrufbar unter https://www.oesterreich.gv.at/themen/arbeit_beruf_und_pension/pen-sion/1/Seite.270110.html sowie bei ÖGK, Pflichtversicherung, abrufbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870439&portal=oegkportal>.

54 Dienstnehmer ist dabei nach § 4 Abs. 2 ASVG, wer in einem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegen Entgelt beschäftigt wird; hierzu gehören auch Personen, bei deren Beschäftigung die Merkmale persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegenüber den Merkmalen selbstständiger Ausübung der Erwerbstätigkeit überwiegen. Inwieweit dieser Begriff tatsächlich deckungsgleich mit dem im deutschen Recht verwendeten Begriff des Arbeitnehmers ist, wurde nicht genauer betrachtet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Begriffe in wesentlichen Punkten deckungsgleich sind.

für Lehrlinge sowie für Schüler und Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege sowie medizinischer Assistenzberufe. Ausgenommen von der VP sind nach § 5 ASVG Dienstnehmer in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis (geringfügig beschäftigte Personen). Dieses liegt vor, wenn das aus der Beschäftigung erzielte Einkommen im Jahr 2025 einen monatlichen Betrag in Höhe von 551,10 Euro⁵⁵ nicht übersteigt. Von der Vollversicherung ausgenommen sind darüber hinaus u. a. Dienstnehmer in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis, wenn sie daraus im Erkrankungsfalle Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge für mindestens sechs Monate haben, sowie Bedienstete des Bundes.⁵⁶ Die VP in der KV bleibt ebenso wie in Deutschland auch beim Übertritt in den Rentenbezug bestehen, wobei für Rentenbezieher bei der Beitragsberechnung ein anderer Beitragssatz angewendet wird. Personen, die nicht in der staatlichen KV pflichtversichert sind, haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, sich auf Antrag selbst (d.h. freiwillig) zu versichern, z. B. Pflegepersonen (§ 16 ASVG) sowie geringfügig Beschäftigte (§ 19a ASVG).

Anders als in Deutschland wird die grundsätzlich bestehende VP für abhängig Beschäftigte (Dienstnehmer) nicht ausgesetzt bzw. aufgehoben, sofern das erzielte Arbeitsentgelt einen bestimmten Grenzwert überschreitet. Ein Äquivalent zur deutschen JAEG, bei deren Überschreiten die Versicherungsfreiheit eintritt und damit die Möglichkeit zum Verlassen der GKV und Abschluss einer privaten KV besteht, existiert in Österreich nicht. Lediglich bei der Beitragsberechnung bestehen für Arbeitsentgelte über einer festgelegten Grenze – ebenso wie in Deutschland – Besonderheiten. Insofern sind in Österreich auch Höherverdiener automatisch in der staatlichen KV versichert.

Auch in Österreich gibt es eine Familienversicherung in der KV. So haben Angehörige der Versicherten nach § 123 Abs. 1 ASVG einen Leistungsanspruch gegenüber der KV, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und keinen anderweitigen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz besitzen. Zu den Angehörigen gehören dabei nach § 123 Abs. 2 ASVG Ehegatten bzw. eingetragene Partner, (Wahl-)Kinder, Stiefkinder und Enkel in ständiger Hausgemeinschaft sowie Pflegekinder. Kinder und Enkel gelten in diesem Zusammenhang als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Wenn und solange sie sich in einer (Schul-)Ausbildung befinden, gilt eine Altersgrenze von 27 Jahren. Anders als in der deutschen Familienversicherung ist der Einschluss der Angehörigen in den Versicherungsschutz der KV nicht grundsätzlich beitragsfrei. Vielmehr ist für diese nach § 51d Abs. 1 ASVG ein Zusatzbeitrag vom Versicherten zu zahlen, der für bestimmte Personengruppen jedoch entfällt.⁵⁷ Im Jahr 2022 gab es insgesamt mehr als

⁵⁵ Der aktuell gültige Betrag ergibt sich nach § 5 Abs. 2 ASVG aus der Vervielfachung des Betrags in Höhe von 425,70 Euro mit dem sog. Aufwertungsbetrag. Dieser wird nach § 108 Abs. 2 ASVG ermittelt und liegt im Jahr 2025 bei 1,063. Die beitragsrechtlichen Werte der Sozialversicherung Österreichs sind abrufbar unter <https://www.svs.at/cdscontent/load?contentid=10008.792636&version=1735551029> (Stand: 1. Januar 2025).

⁵⁶ Gemäß § 5 Abs. 3a, 3b ASVG sind Bedienstete des Bundes, der Länder, Gemeindeverbände und Gemeinden von der Vollversicherung nach dem ASVG ausgenommen. Die Krankenversicherungspflicht in der staatlichen KV für diese (und weitere) Personengruppen ergibt sich aus § 1 des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (B-KUVG).

⁵⁷ Weitere Informationen zur (beitragsfreien) Mitversicherung von Familienangehörigen finden sich bei ÖGK, Mitversicherung, abrufbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867502&portal=oegkportal>; zur Beitragsberechnung vgl. Gliederungspunkt 3.4.1.

8,9 Millionen Anspruchsberechtigte bzw. Versicherte in der KV. Hiervon waren 78,5 Prozent Beitragsleistende und 21,5 Prozent Angehörige (18,2 Prozent Kinder, 3,3 Prozent weitere mitversicherte Angehörige).⁵⁸

3.3. Leistungen der KV

Im Hinblick auf die Leistungen der KV wird in Österreich gemäß § 121 Abs. 1 ASVG unterschieden zwischen Pflichtleistungen, auf die nach § 121 Abs. 2 ASVG ein Rechtsanspruch besteht, und freiwilligen Leistungen, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften gewährt werden können, ohne dass auf sie ein Rechtsanspruch besteht. Pflichtleistungen können als gesetzliche Mindestleistungen oder als satzungsmäßige Mehrleistungen gewährt werden. Der Anspruch auf Mehrleistungen kann von der Erfüllung einer Wartezeit von sechs Monaten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig gemacht werden. Der gesetzlich festgelegte Leistungsanspruch wird in Österreich somit durch die Satzungen der KV-Träger konkretisiert. Zwischen den KV-Trägern kann es dabei durchaus (geringe) Leistungsunterschiede geben. Diese wurden jedoch im Rahmen dieses Auftrags nicht betrachtet, so dass sich die nachfolgenden Ausführungen ausschließlich auf die Regelungen für die ÖGK als größten KV-Träger Österreichs beziehen.

Der Leistungsanspruch der Versicherten aus der KV richtet sich in Österreich nach § 117 ASVG. Danach gewährt die KV Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, Leistungen zur Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe⁵⁹) auch im Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung, erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltpflege sowie im Falle einer Arbeitsunfähigkeit bzw. geminderter Arbeitsfähigkeit infolge von Krankheit Krankengeld oder Rehabilitationsgeld. Darauf hinaus leistet die KV Wiedereingliederungsgeld zur Wiedereingliederung nach langem Krankenstand. Im Falle der Mutterschaft besteht ein Anspruch auf ärztlichen Beistand, Hebammenbeistand sowie Beistand durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Heilmittel und Heilbehelfe, Pflege in einer Krankenanstalt und Wochengeld. Auch besteht ein (eingeschränkter) Anspruch auf Zahnbehandlung und Zahnersatz.⁶⁰ Grundsätzlich gilt nach § 133

58 Statistisches Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2023, Kap. 2 S. 3, abrufbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.781985&version=1698241161>.

59 In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Begrifflichkeiten im österreichischen Recht bzw. Sprachgebrauch von den in Deutschland verwendeten Begriffen abweicht. So entsprechen die österreichischen Heilbehelfe den deutschen Heilmitteln, Arzneimittel fallen unter den Begriff Heilmittel, der in Deutschland als Überbegriff für Maßnahmen der Physio-, Ergo- und weiterer Therapien verwendet wird. Für diese wiederum existiert im österreichischen Recht kein eigener Begriff, sondern diese gelten als ärztliche Leistungen. Ausführlichere Informationen hierzu finden sich insbesondere in den Darstellungen zu den von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen.

60 Vergleiche hierzu auch Informationen des BMSGPK, Krankenversicherung, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html>. Broschüre: das neue Leistungspakete für mehr Zahngesundheit – Für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, abrufbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714487&version=1435642103>

Abs. 2 S. 2 ASVG auch in Österreich das Sachleistungsprinzip; abweichend davon gilt jedoch in bestimmten Fällen – wie z. B. bei der Inanspruchnahme von Wahlärzten – lediglich ein (prozentualer) Kostenerstattungsanspruch.

Ebenso wie in Deutschland gehört der Anspruch auf Krankengeld zu den Pflichtleistungen der KV. Dieser besteht in Österreich für Pflichtversicherte nach § 138 Abs. 1 ASVG ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Höchstanspruchsdauer beträgt nach § 139 Abs. 1 ASVG 26 Wochen bzw. 52 Wochen, wenn der Versicherte in den letzten 12 Monaten vor Krankheitseintritt mindestens sechs Monate in der KV versichert war. Die Anspruchsdauer kann nach § 139 Abs. 2 ASVG durch Satzung des Versicherungsträgers verlängert werden. So leistet die ÖGK nach § 29 Abs. 3 ihrer Satzung⁶¹ das Krankengeld bei ein und demselben Versicherungsfall im Einzelfall darüber hinaus bis zu einer Dauer von 78 Wochen, wenn aufgrund einer ärztlichen Begutachtung durch den medizinischen Dienst das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten bzw. dessen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess innerhalb dieses Zeitraumes zu erwarten sein wird. Grundsätzlich wird das Krankengeld nach § 141 ASVG in Höhe von 50 Prozent der Bemessungsgrundlage gewährt. Ab dem 43. Tag der Erkrankung erhöht es sich auf 60 Prozent der Bemessungsgrundlage. Nach § 143 Abs. 1 ASVG ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange der Versicherte einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung des Dienstgebers in Höhe von mehr als 50 Prozent der Bemessungsgrundlage hat. Bei einem Entgeltfortzahlungsanspruch in Höhe von 50 Prozent halbiert sich der Anspruch auf Krankengeld.

3.4. Finanzierung der staatlichen KV

In Österreich erfolgt die Finanzierung der Leistungen der staatlichen KV ebenso wie Deutschland aus Beiträgen, Zuzahlungen bzw. Kostenbeteiligungen der Versicherten sowie aus Steuermitteln. Etwa 60 Prozent der öffentlichen Gesundheitsausgaben Österreichs werden mit den einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen, die restlichen 40 Prozent über Steuermittel finanziert.⁶² Zu letzteren zählen u. a. Steuerzuschüsse, mit denen die Kosten für versicherungsfremde Leistungen wie Wochengeld oder Mutter-Kind-Pass erstattet werden.⁶³

3.4.1. Beiträge der Versicherten

Personen, die in der staatlichen KV Österreichs pflicht- oder freiwillig versichert sind, unterliegen ebenso wie die Mitglieder der GKV in Deutschland einer Beitragspflicht. Die Berechnung des Beitrags erfolgt nach § 44 Abs. 1 ASVG auf der Grundlage des erzielten Arbeitsverdienstes nach § 49 ASVG. Berücksichtigt wird dieser bis zur Höchstbeitragsgrundlage. Diese liegt nach

61 Satzung ÖGK 2020, abrufbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.788069-&version=1715755241>.

62 Bachner, Florian (u. a.), Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik/WHO (Hrsg.), 2019, S. 79, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/Das-oesterreichische-Gesundheitssystem-%e2%80%93-Akteure.-Daten.-Analysen.html>.

63 Bachner, Florian u. a., Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik/WHO (Hrsg.), 2019, S. 98, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/Das-oesterreichische-Gesundheitssystem-%e2%80%93-Akteure.-Daten.-Analysen.html>.

§ 45 Abs. 1 i. V. m. § 108 Abs. 1, 3 ASVG im Jahr 2025 bei monatlich 6.450 Euro und ist damit höher als die Beitragsbemessungsgrundlage, die in Deutschland Anwendung findet. Der Beitragsatz beträgt in Österreich nach § 51 Abs. 1 ASVG für vollversicherte Dienstnehmer 7,65 Prozent der allgemeinen Beitragsgrundlage, d. h. des im Beitragszeitraum gebührenden Arbeitsverdiens-tes. Ebenso wie in Deutschland trägt der Versicherte den Beitrag nicht allein. Vielmehr ist dieser anteilig von Dienstnehmer und Dienstgeber zu tragen. Nach § 51 Abs. 3 ASVG trägt der Dienst-nehmer einen Beitragssatz in Höhe von 3,87 Prozent, während der Dienstgeber den verbleiben-den Anteil des Beitragssatzes in Höhe von 3,78 Prozent trägt. Für Lehrlinge liegt der Beitragssatz in der KV bei 3,35 Prozent, wobei 1,67 Prozent vom Lehrling und die verbleibenden 1,68 Prozent vom Dienstgeber zu tragen sind.⁶⁴ Sowohl für die Dienstnehmer als auch die Dienstgeber ist der jeweils zu tragende Beitragssatz in Österreich deutlich geringer als der in Deutschland geltende Beitragssatz. Für arbeitslose Bürger trägt der Bund den Krankenversicherungsbeitrag. Die Länder übernehmen die Krankenversicherungsbeiträge für Empfänger der bedarfsorientierten Mindestsi cherung (ehemals Sozialhilfe).⁶⁵ Wer kein Arbeitnehmer, sondern selbstständig ist, hat den Großteil des Beitrags selbst zu erbringen.⁶⁶

Anders als in Deutschland ist – zumindest in einigen Fällen – ein Zusatzbeitrag für die Mitversi cherung von Angehörigen zu zahlen. Die Pflicht zur Zahlung des Zusatzbeitrags entfällt jedoch nach § 51d Abs. 3 ASVG bei Kindern und Enkeln sowie bei Angehörigen, die sich der Erziehung eines oder mehrerer im gemeinsamen Haushalt lebender Kinder oder Enkel im Alter von unter 18 Jahren widmen oder durch mindestens vier Jahre hindurch der Kindererziehung gewidmet ha ben oder einen Anspruch auf Pflegegeld⁶⁷ zumindest in Höhe der Stufe 3 haben. Sofern ein Zu satzbeitrag für Angehörige zu zahlen ist, liegt dieser nach § 51d ASVG bei 3,4 Prozent der für den Versicherten heranzuziehenden Beitragsgrundlage. Der Zusatzbeitrag für die Mitversicherung von Angehörigen ist vollständig vom Versicherten zu tragen.

64 Übersicht der beitragsrechtlichen Werte in der Sozialversicherung 2025 finden sich bei Dachverband der öster reichischen Sozialversicherungen, Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2025 Stichtag: 1. Januar 2025, abrufbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.792634&version=1735814086>.

65 Bachner, Florian u. a., Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, Europäisches Obser vatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik/WHO (Hrsg.), 2019, S. 91, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/Das-oesterre chische-Gesundheitssystem-%e2%80%93-Akteure,-Daten,-Analysen.html>.

66 Gemäß § 14f Abs. 1 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes (GSVG), abrufbar unter <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008422>.

67 Der Anspruch kann nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeld gesetze bestehen.

3.4.2. Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der staatlichen KV

Ebenso wie in Deutschland tragen auch in Österreich die Versicherten bei der Inanspruchnahme einzelner Leistungen in Form von Zuzahlungen (Kostenbeteiligungen) zur Finanzierung der Ausgaben der staatlichen KV bei. Die Höhe der Zuzahlungen ist dabei auch in Österreich abhängig von der jeweiligen Leistung, unterscheidet sich jedoch teilweise deutlich von den Zuzahlungsbeträgen, die von Versicherten der GKV zu übernehmen sind.

Für die Inanspruchnahme von Vertragsärzten gilt das Sachleistungsprinzip. Zuzahlungen hierfür fallen nicht an, jedoch ist der Versicherte bei der Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten zur Zahlung eines Kostenbeitrags in Höhe von 20 Prozent des Vertragshonorars verpflichtet (135 Abs. 6 ASVG).⁶⁸ Nimmt der Versicherte hingegen einen Wahlarzt in Anspruch, gilt das Kostenerstattungsprinzip, wobei die nachträgliche Erstattung der entstandenen Kosten nach § 131 Abs. 1 ASVG auf 80 Prozent der Kosten, die bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes entstanden wären, begrenzt ist. Maßnahmen der Physio- oder Ergotherapie sowie weitere Therapieformen, die in Deutschland zu den Heilmitteln zählen, sind in Österreich nach § 135 Abs. 1 S. 2 ASVG der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Hierfür gelten insofern dieselben Regelungen zur Kostenbeteiligung. Nehmen Versicherte Leistungen bei Anbietern in Anspruch, die keinen Vertrag mit dem KV-Träger abgeschlossen haben, sondern lassen sich von einem Wahltherapeuten behandeln, greift daher wie bei den ärztlichen Leistungen das Kostenerstattungsprinzip. Vom KV-Träger werden dann dem Versicherten 80 Prozent der für die Inanspruchnahme eines Vertragstherapeuten entstandenen Kosten erstattet. Auch bei einem stationären Aufenthalt muss der Versicherte einen Kostenbeitrag leisten. Dieser ist je nach Bundesland unterschiedlich hoch, insgesamt jedoch wie in Deutschland grundsätzlich auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Für stationäre Aufenthalte im Fall der Mutterschaft sowie zum Zweck einer Organspende werden keine Kostenbeiträge erhoben. Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind ebenfalls von der Zuzahlung bei stationären Aufenthalten befreit.⁶⁹

Bei zu Lasten der staatlichen KV verordneten Heilmitteln, zu denen nach österreichischem Recht die notwendigen Arzneien und sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen, zählen, ist vom Versicherten eine feste Rezeptgebühr zu übernehmen. Im Jahr 2025 liegt diese Rezeptgebühr nach § 136 Abs. 3 ASVG bei 7,55 Euro pro Packung, jedoch nicht mehr als dem tatsächlichen Abgabepreis. Da die Höhe der Rezeptgebühr durch Multiplikation des jeweiligen Vorjahreswertes mit der sog.

68 Zwar ist in § 135 Abs. 3a ASVG auch für die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen die Übernahme eines Kostenbeitrags durch die Versicherten vorgesehen, deren Höhe sich nach einer Verordnung des Dachverbandes der KV-Träger richtet. Nach Auskunft des österreichischen Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auf Anfrage wurde jedoch keine entsprechende Verordnung erlassen; eine Zuzahlung wird daher bei Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen (außer bei der BVAEB und der SVS) nicht fällig.

69 ÖGK, Aufenthalt im Krankenhaus (Spital), abrufbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870543>.

Aufwertungszahl⁷⁰ ermittelt wird, steigt die Rezeptgebühr in jedem Jahr. Im Jahr 2025 ist die Zu- zahlung für Arzneimittel damit bis zu einem Abgabepreis in Höhe von 75,50 Euro in Deutschland geringer als in Österreich. Liegt der Abgabepreis hingegen über diesem Betrag, leisten Versicherte in Deutschland eine höhere Zuzahlung als in Österreich. In bestimmten Fällen, wie bei der Ab- gabe von Medikamenten zur Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten, wird keine Rezeptgebühr erhoben. Für Kinder vor Vollendung des 15. Lebensjahres, beim Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten⁷¹ sowie beim Erreichen einer festgelegten Rezeptgebührenobergrenze dürfen ebenfalls keine Rezeptgebühren erhoben werden. Die Rezeptgebührenobergrenze liegt derzeit bei zwei Prozent des jährlichen Jahresnettoeinkom- ments. Anders als in Deutschland ist die Befreiung von der Rezeptgebühr aufgrund des Über- schreitens der Rezeptgebührenobergrenze nicht beim KV-Träger zu beantragen, sondern die bis- her im jeweiligen Jahr geleisteten Rezeptgebühren werden für jeden Versicherten automatisch in einem eigenen Rezeptgebührenkonto elektronisch erfasst. Bei Überschreiten der Obergrenze wird die Befreiung automatisch angezeigt und angewendet. Eine Befreiung aufgrund der Rezeptgebüh- renobergrenze führt jedoch nicht zu einer Befreiung von Kostenbeiträgen für Heilbehelfe⁷², die den deutschen Hilfsmitteln entsprechen, oder Spitalskostenbeiträgen nach Landesgesetzen; für diese sind unabhängig davon die nachfolgend dargestellten Zuzahlungen zu leisten bzw. Kosten- beteiligungen zu tragen, während in Deutschland die Belastungsgrenze für alle Zuzahlungen gilt.

Die Kosten für Hilfsmittel, die im österreichischen Recht unter den Begriff Heilbehelf fallen, wer- den nach § 137 Abs. 2 ASVG vom KV-Träger nur dann übernommen, wenn sie höher sind als 20 Prozent der täglichen Höchstbeitragsgrundlage. Diese liegt im Jahr 2025 bei 215 Euro, womit eine Kostenübernahme für Hilfsmittel (Heilbehelfe) erst ab einem Betrag in Höhe von 43 Euro er- folgt. Liegen die Kosten über diesem Wert, so dass diese vom KV-Träger übernommen werden, hat der Versicherte zehn Prozent der Kosten, mindestens jedoch 20 Prozent der Höchstbeitrags- grundlage und damit mindestens 43 Euro, selbst zu tragen. Auch diese Werte steigen durch die Kopplung an die Höchstbeitragsgrundlage, die ihrerseits an die Aufwertungszahl gekoppelt ist und jährlich steigt, jedes Jahr an. Die Kosten für Hilfsmittel (Heilbehelfe) werden maximal bis zu einer festgelegten Höchstgrenze vom KV-Träger übernommen. Diese richtet sich nach der jewei- ligen Satzung, darf jedoch nach § 137 Abs. 5 ASVG einen Betrag von 2.150 Euro⁷³ bzw. 5.375

70 Bei der sog. Aufwertungszahl handelt es sich um eine Rechengröße in der österreichischen Sozialversicherung, die nach § 108a errechnet und als Grundlage für die jährliche Anpassung verschiedener fester beitrags- oder leistungsrechtlicher Werte herangezogen wird. Nach § 108a Abs. 1 ASVG errechnet sie sich durch Teilung der durchschnittlichen Beitragssgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragssgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr). Im Jahr 2025 beträgt die Aufwertungszahl 1,063. Zu den (voraussichtlichen) Rechengrößen in der SV Österreichs für das Jahr 2025 vgl. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.899675>.

71 Die konkreten Regelungen zur Befreiung der Versicherten von der Rezeptgebühr wurden vom Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungen in den Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG (RRZ 2008), abrufbar unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2008_0005-/AVSV_2008_0005.pdfsig, festgelegt.

72 Heilbehelfe sind Mittel der Krankenbehandlung, die der Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes dienen.

73 Die Grenze darf maximal das zehnfache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG betragen.

Euro⁷⁴ nicht übersteigen. Die ÖGK übernimmt nach § 43 Satzung ÖGK die Kosten für Hilfsmittel (Heilbehelfe) in Höhe von maximal dem Achtfachen bzw. bei Hilfsmitteln, welche geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzureichender Körperteile zu übernehmen, des 20fachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage und damit maximal 1.720 Euro bzw. 4.300 Euro und weniger als vom Gesetzgeber maximal vorgesehen. Für Kinder vor Vollendung des 15. Lebensjahres sowie für sozial besonders schutzbedürftige Personen übernimmt die ÖGK den Kostenanteil des Versicherten.

Neben den von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme abhängigen Zuzahlungen bzw. Kostenbeteiligungen wird von den Versicherten in Österreich einmal jährlich ein Serviceentgelt für die elektronische Versichertenkarte (e-card) nach § 31c Abs. 2 ASVG erhoben. Dieses wird einmalig jeweils zum 15. November im Voraus für das folgende Kalenderjahr fällig. Für das Jahr 2025 wurden hierfür 13,80 Euro eingezogen; im November 2025 werden 14,65 Euro für das Jahr 2026 eingezogen werden.⁷⁵ Auch das Serviceentgelt ist in seiner Berechnung an die Aufwertungszahl gekoppelt und steigt somit jährlich.

Der Deckungsgrad liegt in Österreich in allen Bereichen deutlich unter den Werten für Deutschland. So beträgt im Jahr 2021 in der ambulanten Versorgung 81,1 Prozent (im Vergleich zu 89,1 Prozent in Deutschland), in der stationären Versorgung 87,6 Prozent (Deutschland 96,7 Prozent) und in der Arzneimittelversorgung 68,3 Prozent (Deutschland 82,3). Der deutlichste Unterschied ergibt sich bei der zahnärztlichen Versorgung. Diese wird in Österreich zu 46,9 Prozent durch staatliche Leistungen abgedeckt, während der Deckungsgrad in Deutschland bei 67,6 Prozent liegt.

3.5. Literatur zum Gesundheitssystem

Bachner, Florian u. a., Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen, Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik/WHO, 2019, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsberichte/Das-oesterreichische-Gesundheitssystem-%E2%80%93-Akteure,-Daten,-Analysen.html>.

Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

⁷⁴ Diese Obergrenze gilt für Zuschüsse für die Anschaffung notwendiger Hilfsmittel bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen. Die Grenze darf maximal das 25fache der Höchstbeitragsgrundlage nach § 108 Abs. 3 ASVG betragen.

⁷⁵ Österreichische Gesundheitskasse, Service-Entgelt (Gebühr für die e-card), Stand: 1. Januar 2025, abrufbar unter <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.821094>.

Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

Health at a Glance 2023 – OECD-Indicators, OECD (Hrsg.), Paris 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html.

Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage 2021.

State of Health in the EU – Österreich – Länderprofil Gesundheit 2023, OECD/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Paris/Brüssel 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/de/publications/osterreich-landerprofil-gesundheit-2023_89c72ba6-de.html.

Statista, Gesundheitssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Statista Overview-Report zu den Gesundheitssystemen im DACH-Raum, März 2021, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/83385/dokument/gesundheitssysteme-im-dach-raum/>.

Statista, Gesundheitswesen in Österreich – Statistik-Report zum Gesundheitswesen in Österreich, 2024, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/87207/dokument/gesundheitswesen-in-oesterreich/>.

4. Schweiz

4.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

Die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens betrugen im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt 49,408 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil am BIP von 11,3 Prozent. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf betrugen im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt 5.630 Euro; somit ist die Schweiz das Land mit den höchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Europa.⁷⁶

Das schweizerische Sozialversicherungssystem besteht aus verschiedenen Versicherungszweigen.⁷⁷ Hierzu gehören neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vor allem die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Arbeitslosenversicherung (ALV), die Unfallversicherung (UV) sowie die Militärversicherung (MV). Auch wenn durch das Bestehen einer gesetzlichen Versicherungspflicht (VP) eine Absicherung der gesamten Bevölkerung gegen die ver-

⁷⁶ Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, S. 142, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html. Die Werte wurden für alle Länder, für die ein Länderprofil erstellt wurde, in Euro angegeben. Dies gilt auch für die Länder, in denen eine andere Landeswährung gilt.

⁷⁷ Überblick über Bereiche, die durch Sozialversicherungen in der Schweiz abgedeckt werden, findet sich bei Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Soziale Sicherheit im Überblick, Stand: 7. Januar 2025, abrufbar unter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/ueberblick.html>.

schiedenen Lebensrisiken – zumindest im Hinblick auf festgelegte Basisleistungen – besteht, unterscheidet sich die konkrete Ausgestaltung der einzelnen SV-Zweige in wesentlichen Punkten deutlich von den in Deutschland geltenden Regelungen.

Die Absicherung des Krankheits- und Pflegerisikos erfolgt in der Schweiz im Rahmen der OKP; eine gesonderte soziale Pflegeversicherung wie in Deutschland gibt es nicht. Der rechtliche Rahmen für die Ausgestaltung der OKP wird auf Bundesebene im Wesentlichen durch das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz – KVAG) gesetzt. Diese werden durch verschiedene Verordnungen ergänzt und konkretisiert; von Bedeutung sind dabei insbesondere die Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sowie die Verordnung des Eidgenössischen Departementes des Inneren (EDI) über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung – KLV).⁷⁸

Die soziale KV umfasst in der Schweiz nach Art. 1a KVG die OKP sowie eine freiwillige Taggeldversicherung. Die OKP ist eine verpflichtende Grundversicherung, in die die gesamte Bevölkerung der Schweiz kraft Gesetzes einbezogen ist. Sie stellt eine Individualversicherung dar, die für jede Person separat abgeschlossen werden muss; eine (beitragsfreie) Familienversicherung wie in der deutschen GKV gibt es in der Schweiz nicht. Träger der OKP sind entweder Krankenkassen nach Art. 2 KVAG, die – als juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts ohne Erwerbszweck – die OKP durchführen oder private Versicherungsunternehmen nach Art. 3 KVAG, die eine Bewilligung zur Durchführung der OKP besitzen. Nachfolgend wird nicht zwischen diesen beiden Trägerformen unterschieden, sondern zusammenfassend der Begriff Versicherer verwendet. Im Jahr 2022 gab es insgesamt 45 Versicherer, die für die Durchführung der OKP in der Schweiz zugelassen waren.⁷⁹ Die zuständige Aufsichtsbehörde für die Träger der OKP ist nach Art. 56 KVAG das Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Den Rahmen der zu Lasten der OKP zu erbringenden Leistungen setzt das KVG; der konkrete Leistungskatalog ist in der KLV geregelt. Dabei sind die Versicherer an die rechtlichen Vorgaben zum Leistungsumfang gebunden. Sie dürfen nach Art. 34 KVG im Rahmen der OKP keine darüberhinausgehenden Kosten übernehmen, können ihre Prämien (Beiträge) unter Beachtung bestimmter Grundsätze jedoch frei festsetzen und stehen darüber im Wettbewerb zueinander. Die Versicherten können ihren Versicherer für die OKP nach Art. 4 KVG frei wählen und unter Einhaltung bestimmter Fristen wechseln. Versicherer, die eine Zulassung zur OKP besitzen, können darüber hinaus Zusatzversicherungen zur Abdeckung von Kosten für Leistungen, die nicht von der OKP erfasst sind, anbieten.⁸⁰ Hierzu zählen i. d. R. die stationäre Behandlung im

⁷⁸ Eine Auflistung aller rechtlichen Grundlagen der SV ist abrufbar unter <https://www.fedlex.admin.ch/de/cc/internal-law/83>.

⁷⁹ Bundesamt für Gesundheit (BAG), Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, Stand: 7. August 2024, S. 60, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>.

⁸⁰ Rechtsgrundlage für freiwillige Zusatzversicherungen ist das schweizerische Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VVG) vom 2. April 1908 (Stand: 1. Januar 2024), abrufbar unter https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/24/719_735_717/de.

Einzelzimmer, zusätzliche Zahnbehandlungen oder Zahnersatz.⁸¹ Während in der OKP ein Kontrahierungszwang besteht, wonach die Versicherer jede Person unabhängig von deren individuellem Risiko (Krankheit, Alter, etc.) grundversichern müssen, besteht bei den Zusatzversicherungen Vertragsfreiheit.⁸²

4.2. Zugang zur OKP

Es besteht eine generelle VP in der OKP, nach der die gesamte Bevölkerung der Schweiz von dieser erfasst ist. So muss sich nach Art. 3 KVG jede Person, die in der Schweiz einen Wohnsitz hat, innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Rahmen der OKP für Krankenpflege versichern. Die VP ist dabei unabhängig von der Staatsangehörigkeit, dem Beruf, dem Einkommen oder dem Alter. Kinder müssen innerhalb von drei Monaten nach der Geburt von ihren gesetzlichen Vertretern in der OKP versichert werden.

4.3. Leistungen der OKP

Die OKP umfasst – anders als die GKV – sowohl Leistungen der KV (Art. 25 KVG) als auch Pflegeleistungen (Art. 25a KVG). Zum Leistungsumfang gehören allgemeine und (Pflege-)Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft und Geburtsgebrechen, wie z. B. die ambulante und stationäre Behandlung und die Versorgung mit Arzneimitteln⁸³, Maßnahmen zur Prävention sowie die zahnärztliche Behandlung. Leistungen werden auch aufgrund eines Unfalls gewährt, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

Im Unterschied zur GKV gilt in der OKP grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip, d. h. der Versicherte muss die Kosten für in Anspruch genommene medizinische Leistungen zunächst selbst begleichen und kann sich diese nach Art. 42 KVG anschließend von seinem Versicherer rückerstatten lassen. Ausgenommen hiervon ist der Bereich der stationären Behandlung, für den generell das Sachleistungsprinzip gilt; abweichend von der grundsätzlichen Regelung kann dieses auch für die übrigen Leistungen der OKP zwischen dem Versicherten und dem Versicherer vereinbart werden.

Grundsätzlich können die Versicherten der OKP gemäß § 41 KVG die Anbieter medizinischer Leistungen frei wählen, sofern diese zur Leistungserbringung zugelassen sind. Auch wenn die Versicherer über den gesetzlichen Leistungsumfang hinaus keine zusätzlichen Leistungen im Rahmen der OKP anbieten oder gesetzlich vorgesehene Leistungen aus dem

81 BAG, Die obligatorische Krankenversicherung (Ratgeber), 29. Februar 2024, S. 2, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>.

82 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Vergleich von ambulanter und stationärer Versorgung in ausgewählten Ländern, Dokumentation vom 31. März 2023, WD 9 - 3000 - 017/23, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/946330/32530aaa7b57fe59f76ea5d43c95aa37/WD-9-017-23-pdf.pdf>.

83 Die Kosten für Arzneimittel werden von der OKP übernommen, sofern sie ärztlich verordnet wurden und in der sog. Spezialitätenliste aufgezählt sind. Diese enthält eine Auflistung aller von der OKP vergüteten Präparate. Weitere Informationen hierzu sowie die Spezialitätenliste finden sich bei BAG, Arzneimittel, Stand: 23. September 2024, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>.

Versicherungsumfang streichen dürfen, bestehen im Rahmen der sog. besonderen Versicherungsformen (§ 62 KVG) dennoch Unterschiede bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. So kann die freie Wahl der Leistungsanbieter nach § 41 Abs. 4 KVSG im Einvernehmen zwischen Versichertem und Versicherer eingeschränkt werden; die Einschränkung der Wahlfreiheit hat gemäß § 62 Abs. 1 KVG geringere Prämien für den Versicherten zur Folge und kann in verschiedener Art ausgestaltet sein. So gibt es die Möglichkeit, sich zunächst auf die Inanspruchnahme eines Hausarztes (sog. Hausarztmodell) oder einer bestimmten, von einem Versicherer betriebenen (Gruppen-) Praxis (Health Maintenance Organization – HMO) zu beschränken. Auch kann eine verpflichtende telefonische medizinische Erstberatung vor der Inanspruchnahme weiterer Leistungen vereinbart werden (sog. Telmed-Modell).⁸⁴

Versicherte der OKP haben, anders als in Deutschland in der GKV versicherte Arbeitnehmer, keinen Anspruch auf Krankengeld. Jedoch besteht für Versicherte im Alter von 15 bis unter 65 Jahren nach Art. 67 KVG die Möglichkeit, freiwillig eine sog. Taggeldversicherung abzuschließen. Der Versicherte ist dabei in der Wahl des Versicherers frei; dieser muss nicht mit dem Versicherer für die OKP übereinstimmen. Die freiwillige Taggeldversicherung deckt gegen einen zusätzlichen Beitrag das Risiko eines vorübergehenden Lohnausfalls aufgrund von Krankheit ab.

4.4. Finanzierung der OKP

Im Gegensatz zur GKV basiert die OKP nicht auf einer solidarischen Finanzierung entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten, jedoch findet auch das Äquivalenzprinzip der PKV keine Anwendung auf die OKP. Vielmehr werden Beiträge in Form einer sog. Kopfprämie erhoben, wobei für bestimmte wirtschaftsschwächere Personen ein Anspruch auf Prämienverbilligung besteht. In der OKP gilt ebenso wie in der GKV das Kostendeckungsprinzip, wonach die Einnahmen der OKP deren Ausgaben decken müssen. Die obligatorische Krankenversicherung finanziert sich durch die Beiträge der Versicherten (sog. Kopfprämie) und durch eine Kostenbeteiligung der Versicherten, bestehend aus einem jährlichen Fixbetrag (sog. Franchise) und einem zusätzlichen Selbstbehalt. Darüber hinaus werden Bundesmittel zur Finanzierung bestimmter Leistungen/Kosten (z. B. Bundeszuschuss für Prämienverbilligung) aufgewendet.

Zwischen den einzelnen Versicherern findet nach Art. 16 KVG ein Risikoausgleich statt. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe wurde die Stiftung Gemeinsame Einrichtung KVG gegründet.⁸⁵ Dabei müssen Versicherer, die unter ihren Versicherten weniger Personen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko haben als der Durchschnitt aller Versicherer, Risikoabgaben an die Stiftung Gemeinsame Einrichtung entrichten; Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko erhalten hingegen Ausgleichsbeiträge. Die Risikoabgaben und die Ausgleichsbeiträge müssen die durchschnittlichen Risikounterschiede zwischen den maßgebenden

84 BAG, Die obligatorische Krankenversicherung (Ratgeber), 29. Februar 2024, Stand: 1. Januar 2024, S. 18, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife.html>.

85 Weitere Informationen zur Gemeinsamen Einrichtung KVG sind abrufbar unter <https://www.kvg.org/ueber-uns/>.

Risikogruppen in vollem Umfang ausgleichen, wobei das erhöhte Krankheitsrisiko durch das Alter, Geschlecht und weitere geeignete Indikatoren der Morbidität abgebildet werden. Kinder im Alter von unter 19 Jahren werden dabei nicht berücksichtigt.

4.4.1. Beiträge der Versicherten

Die Höhe der Beiträge (Prämien) für die OKP ergibt sich, anders als die Beiträge für die GKV in Deutschland, unabhängig vom Einkommen des Versicherten und damit unabhängig von dessen wirtschaftlicher Situation. Nach Art. 61 KVG legen die Versicherer der OKP die Beiträge selbst fest. Diese sind für sämtliche Versicherte desselben Versicherers einheitlich, wobei in Abhängigkeit von kantonalen Kostenunterschieden regionale Abstufungen festgelegt werden. Die Prämien für die Versicherung von Kindern müssen dabei niedriger als die Prämien für junge Erwachsene (bis zum Alter von 25 Jahren) und diese wiederum niedriger als die für die übrigen Versicherten sein. Die Versicherer müssen nach Art. 12 KVAG die OKP nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanzieren und sind zur Bildung angemessener versicherungstechnischer Rückstellungen (Art. 13 KVAG) sowie zur Bildung von Reserven (Art. 14 KVAG) verpflichtet. Bei der Festsetzung der Prämien müssen diese Grundsätze beachtet werden; insbesondere müssen die geschätzten Einnahmen die für das jeweilige Jahr geschätzten Ausgaben decken⁸⁶. Die Prämientarife für die OKP müssen ebenso wie die für die freiwillige Taggeldversicherung vom BAG als zuständige Aufsichtsbehörde genehmigt werden (Art. 16 KVAG⁸⁷). Die durchschnittliche Krankenkassenprämie pro Monat liegt im Jahr 2025 bei 378,70 CHF⁸⁸, dies entspricht circa 401,38 Euro⁸⁹.

Nicht nur für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene müssen von den Versicherern reduzierte Prämien festgesetzt werden; auch Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen haben einen Anspruch auf sog. Prämienverbilligung. Für untere und mittlere Einkommen müssen die Prämien mindestens um 80 Prozent herabgesetzt werden, bei Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent. Der Beitrag für die verbilligten Prämien wird nach Art. 65 Abs. 1 KVG von den Kantonen direkt an die Versicherer gezahlt. Zur Abgeltung der Prämienverbilligung gewährt der Bund den Kantonen jährlich einen Beitrag in Höhe von 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP (Art. 66 ff. KVG). Im Jahr 2022 hatten nach Angaben des Schweizer Bundesamtes für Statistik (BFS) insgesamt circa 2,3 Millionen Personen und damit rund 25,7 Prozent der Bevölkerung der Schweiz Anspruch auf Prämienverbilligung. Hierfür

⁸⁶ Vgl. hierzu Art. 25 der Verordnung betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsverordnung – KVAV) vom 18. November 2015 (Stand am 1. September 2024), abrufbar unter <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2015/840/de>.

⁸⁷ Ausführlichere Informationen zum Prämienvergleichsverfahren finden sich bei BAG, Krankenversicherung: Prämienvergleich, Stand: 21. Oktober 2024, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praeien-kostenbeteiligung/praeienvergleich.html>.

⁸⁸ Generalsekretariat EDI, Medienmitteilung: Anhaltendes Kostenwachstum führt zu erneuter Prämienerhöhung im Jahr 2025, 26. September 2024, abrufbar unter <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dokumentation/medienmitteilungen.html.msg-id-102592.html>.

⁸⁹ Umrechnung mit einem Kurs von 1 CHF entspricht 1,06 Euro; Europäische Kommission, Wechselkurs (InforEuro) – Monatlicher Buchungskurs des Euro, Stand: Januar 2025, abrufbar unter https://commission-eropa.eu/funding-tenders/procedures-guidelines-tenders/information-contractors-and-beneficiaries/exchange-rate-inforeuro_de.

entstanden Ausgaben in Höhe von circa 5,4 Milliarden CHF (entspricht 5,7 Milliarden Euro). Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Prämienverbilligung in Höhe von 2.368 CHF (entspricht 2.510 Euro) im Jahr 2022 bzw. monatlich 197,33 CHF (entspricht 209,15 Euro).⁹⁰

Darüber hinaus können Versicherte durch die Vereinbarung besonderer Versicherungsformen nach Art. 62 KVG die Höhe ihrer Prämie verringern, allerdings nur bei gleichzeitiger Änderung der für sie geltenden anfallenden Kostenbeteiligung.⁹¹ Prämienermäßigungen können vom Versicherer darüber hinaus im Rahmen der sog. Bonusversicherung nach Art. 96 KVV gewährt werden, wenn der Versicherte während eines Jahres keine Leistungen (ausgenommen für Mutter- und Kind sowie medizinische Prävention) in Anspruch genommen hat (Bonusversicherung, Art. 96 KVV). Auch die Wahl eines Versicherungsmodells ohne freie Arztwahl führt nach Art. 99 Abs. 1 KVV zu einer günstigeren Prämie. Neben den Beiträgen zur OKP ist nach Art. 20 KVG von jedem Versicherten jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung zu erheben.⁹²

Schließt der Versicherte eine freiwillige Taggeldversicherung zur Abdeckung des Lohnausfallrisikos aufgrund von Krankheit ab, muss er hierfür eine gesonderte Prämie an den von ihm gewählten Versicherer zahlen. Die Festsetzung der Prämien erfolgt nach Art. 76 KVG wie bei der OKP durch den Versicherer. Diese müssen für gleiche versicherte Leistungen gleich sein, reduzieren sich bei einer vereinbarten Wartefrist und können nach Eintrittsalter und Region abgestuft werden. Der individuelle Gesundheitszustand des Versicherten kann jedoch im Rahmen des sog. Versicherungsvorbehalts vom Versicherer berücksichtigt werden. So kann dieser nach Art. 69 KVG Krankheiten, die bei der Aufnahme der Versicherung bestehen sowie frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäß zu Rückfällen führen können, von der Versicherung ausschließen. Der Ausschluss darf für maximal fünf Jahre bestehen. Der Arbeitgeber hat sich an den Kosten für die Taggeldversicherung zu beteiligen.⁹³

90 BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, 7. August 2024, S. 29, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html>.

91 Vgl. hierzu Gliederungspunkt 4.4.2.

92 Zur Höhe dieses Beitrags liegen keine aktuellen Informationen vor. Im Jahr 2016 lag dieser bei 2,40 CHF (Dieser Wert sollte im Jahr 2017 auf 3,60 CHF und im Jahr 2018 auf 4,8 CHF steigen; vgl. hierzu EDI, Der Prämienbeitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung soll erhöht werden, 15. April 2016, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-61377.html>).

93 Dadurch soll eine Gleichwertigkeit der Versicherungslösung hinsichtlich des sonst bestehenden Anspruchs des Beschäftigten gegenüber dem Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung nach Art. 324a Abs. 1 Obligationenrecht (OR), abrufbar unter https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/27/317_321_377/de gewährleistet werden (Rechtsprechung), vgl. hierzu Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung, Stand: 10. Januar 2022, abrufbar unter https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/FAQ_zum_privaten_Arbeitsrecht/verhinderung-des-arbeitnehmers-an-der-arbeitsleistung.html.

4.4.2. Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der OKP

Versicherte der OKP haben sich nach Art. 64 Abs. 1 KVG an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen zu beteiligen. Die Kostenbeteiligung setzt sich aus einem festen Jahresbetrag (sog. Franchise) und einem prozentualen Selbstbehalt an den die Franchise übersteigenden Kosten zusammen. Dabei beträgt die Franchise nach Art. 103 Abs. 1 KVV zunächst 300 CHF (umgerechnet circa 317,97 Euro) je Kalenderjahr, kann im Rahmen besonderer Versicherungsvereinbarungen zwischen dem Versicherten und dem Versicherer jedoch auch davon abweichen. So kann nach Art. 93 Abs. 1 KVV eine jährliche Franchise in Höhe von 500, 1.000, 1.500, 2.000 oder 2.500 CHF für (junge) Erwachsene vereinbart werden. Für Kinder, für die nach Art. 64 Abs. 4 KVG grundsätzlich keine Franchise erhoben wird, kann davon abweichend eine Franchise in Höhe von 100, 200, 300, 400, 500 oder 600 CHF vereinbart werden. Bei Versicherungen mit von der grundsätzlichen Regelung abweichenden Franchisen hat der Versicherer die Prämien entsprechend zu reduzieren. Von den Kosten, die die gesetzliche bzw. vertraglich vereinbarte Franchise übersteigen, müssen Versicherte der OKP einen Selbstbehalt in Höhe von zehn Prozent tragen. Dieser ist nach Art. 103 Abs. 2 KVV auf 700 CHF (entspricht 741,92 Euro) im Kalenderjahr begrenzt; bei Kindern gilt ein hälftiger Höchstbetrag in Höhe von 350 CHF (entspricht 370,96 Euro). Für bestimmte Mutterschaftsleistungen darf keine Kostenbeteiligung erhoben werden.

Über die Kostenbeteiligung in der Form der Franchise und des Selbstbehaltes hinaus sind Versicherte nach Art. 64 Abs. 5 KVG zur Zahlung eines nach der finanziellen Belastung der Familie abgestuften Beitrags an den Kosten eines Spitalsaufenthalts verpflichtet. Dieser liegt nach Art. 104 Abs. 1 KVV bei 15 CHF (entspricht circa 15,90 Euro) pro Tag des Krankenhausaufenthaltes. Für Kinder, junge Erwachsene in Ausbildung und bei der Inanspruchnahme bestimmter Mutterschaftsleistungen ist kein Spitalsbeitrag zu zahlen. Eine zeitliche Begrenzung der Zuzahlung für Spitalaufenthalte ergibt sich weder aus dem KVG noch aus der KVV.

Die von den Versicherten der OKP selbst zu tragenden Kostenbeteiligungen sind deutlich höher als die Zuzahlungen, die Versicherte der GKV in Deutschland für die Inanspruchnahme von Leistungen aufbringen müssen. Von den im Rahmen dieser Arbeit betrachteten Ländern weist die Schweiz in allen Bereichen den niedrigsten Deckungsgrad auf. Der höchste Wert bezieht sich auf die stationäre Versorgung in der Schweiz, für die ein Deckungsgrad von 83,7 Prozent ermittelt wurde. Im Bereich der ambulanten Versorgung liegt der Deckungsgrad bei 67,2 Prozent, die Ausgaben für Arzneimittel werden zu 67,6 Prozent abgedeckt. Der mit Abstand niedrigste Wert ergibt sich bei der zahnärztlichen Versorgung; in diesem Bereich wird in der Schweiz lediglich ein Deckungsgrad in Höhe von 6,7 Prozent erreicht.⁹⁴

94 Bahnse, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), WIP Analyse, Februar 2022, S. 11 ff., abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

4.5. Literatur zum Gesundheitssystem

Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

Health at a Glance 2023 – OECD-Indicators, OECD (Hrsg.), Paris 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html.

Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage 2021.

Statista, Gesundheitswesen in der Schweiz – Statistik-Report zum Gesundheitswesen in der Schweiz, 2024, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/73666/dokument/gesundheitswesen-in-der-schweiz/>.

Statista, Gesundheitssysteme in Deutschland, Österreich und der Schweiz – Statista Overview-Report zu den Gesundheitssystemen im DACH-Raum, März 2021, abrufbar unter <https://de.statista.com/statistik/studie/id/83385/dokument/gesundheitssysteme-im-dach-raum/>.

Tikkanen, Roosa u. a., International Health Care System Profiles – Switzerland, The Commonwealth Fund (Hrsg.), Ausgabe 2020, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/switzerland>.

5. Niederlande

5.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

Im Jahr 2022 betragen die Gesundheitsausgaben der Niederlande kaufkraftbereinigt 80,196 Mrd. Euro. Dies entspricht einem BIP von 10,1 Prozent, womit die Niederlande als einziges der fünf betrachteten Länder unter dem EU-Durchschnitt von 10,4 Prozent liegt. Mit einer Bevölkerungszahl von über 17 Millionen Menschen betragen die Gesundheitsausgaben pro Kopf kaufkraftbereinigt 4.530 Euro. Damit liegen die Pro-Kopf-Ausgaben der Niederlande um mehr als 25 Prozent über dem Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten in Höhe von 3.533 Euro.⁹⁵

Das Gesundheitssystem der Niederlande ist durch eine allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung gekennzeichnet, wobei die Durchführung dieser sog. Basisversicherung privaten Krankenversicherungsunternehmen obliegt. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, die

95 Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, S. 142, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

Basisversicherung anzubieten. Jede Person, die in den Niederlanden lebt oder arbeitet, ist dazu verpflichtet, die Basisversicherung abzuschließen. Der Leistungsumfang der Basisversicherung wird durch die niederländische Regierung festgelegt. Darüber hinaus können die Versicherer zusätzliche Leistungspakete anbieten. Den Umfang der abgesicherten Leistungen und die Konditionen können die Versicherer selbst festlegen. Rechtliche Grundlagen für die Basisversicherung sind insbesondere das Krankenversicherungsgesetz (Zorverzekeringswet – ZVW⁹⁶) sowie das Langzeitpflegegesetz (Wet langdurige zorg – WLZ)⁹⁷, wobei letzteres vor allem den Leistungsumfang bei Langzeitpflegebedürftigkeit regelt.

5.2. Zugang zur Krankenversicherung

Jede Person, die in den Niederlanden lebt oder arbeitet, ist zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen berechtigt und nach Art. 2 ZVW i. V. m. Art. 2.1.1. WLZ verpflichtet, sich in der Basisversicherung abzusichern. Sie hat die freie Wahl zwischen den Anbietern und kann jährlich zum Jahreswechsel den Anbieter wechseln (Art. 7 ZVW). Dabei sind alle Versicherer dazu verpflichtet, jede Person in die Basisversicherung aufzunehmen, die einen Aufnahmeantrag stellt (Kontrahierungzwang nach Art. 3 Abs. 1 ZVW). Darüber hinaus bieten die Versicherer zusätzliche Leistungen an, wobei der Versicherer diesbezüglich keinem Kontrahierungzwang unterliegt. Eltern sind verpflichtet, innerhalb der ersten vier Monate nach der Geburt eines Kindes einen Vertrag über die Basisversicherung des Kindes bei einem Krankenversicherer abzuschließen. Für Kinder, die noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, fallen jedoch keine eigenen Beiträge an. Auch Studierende, Rentner und Personen mit geringem Einkommen sind zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet.⁹⁸ Etwa ein halbes Prozent der niederländischen Bevölkerung hat keinen Krankenversicherungsschutz.⁹⁹

5.3. Leistungen der Krankenversicherung

Der Leistungsumfang der Basisversicherung ist gesetzlich festgelegt und bei allen Versicherern gleich. Eingeschlossen sind gem. Art. 10 ZVW insbesondere die hausärztliche Versorgung, der überwiegende Teil der fachärztlichen Versorgung, die stationäre Versorgung im Krankenhaus sowie die Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten.¹⁰⁰ Eine kostenlose zahnärztliche Versorgung, die regelmäßige Kontrollen und chirurgische Zahnbehandlungen umfasst, erfolgt nur bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres; danach werden Kosten für chirurgische

96 Zorgverkeringswet (ZVW), in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://wetten.overheid.nl/BWBR00-18450/2025-01-01>.

97 Wet langdurige zorg (WLZ), in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://wetten.overheid.nl/BWBR-0035917/2025-01-01>.

98 Government of the Netherlands, Standard health insurance, abrufbar unter <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>.

99 OECD, Health at a Glance 2023, 7. November 2023, S. 25, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html.

100 OECD, State of Health in the EU: The Netherlands – Country Health Profile 2023, 15. Dezember 2023, Kap. 4, S. 9, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/netherlands-country-health-profile-2023_3110840c-en.html.

Zahnbehandlungen und Röntgenuntersuchungen, nicht jedoch für reguläre Kontrollen oder permanentem Zahnersatz übernommen.¹⁰¹ Die Versicherten haben nach Art. 11 Abs. 1 ZVW einen Anspruch auf Sachleistungen, Kostenerstattung oder eine Kombination aus beidem. Ein Anspruch auf Krankengeld aus der Basisversicherung besteht nicht.¹⁰²

5.4. Finanzierung der Basisversicherung

Die Leistungen der Basisversicherung werden vorwiegend durch Beiträge und Steuern finanziert. Darüber hinaus beteiligen sich die Versicherten über einen Selbstbehalt an den Kosten der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen. Etwa die Hälfte der Einnahmen stammt aus einkommensabhängigen Beiträgen, weitere 20 Prozent der Einnahmen sind Steuermittel für die Finanzierung der beitragsfreien Versicherung von Kindern im Alter von unter 18 Jahren sowie Beitragszuschüsse für einkommensschwache Versicherte. Die restlichen etwa 30 Prozent der Einnahmen werden durch die Beiträge der Versicherten (Kopfpauschalen) generiert. Selbstzahlungen fließen nicht in die Basisversicherung, sondern werden an Gesundheitsdienstleister erbracht.¹⁰³ Nach Art. 32 ff. ZVW erfolgt zwischen den Versicherern ein Risikoausgleich über einen Krankenversicherungsfonds.

5.4.1. Beiträge der Versicherten

Zum einen erhebt der Versicherer für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, monatlich eine pauschale, einkommensunabhängige Prämie. Die Höhe der Prämie wird unabhängig von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand pauschal für alle Versicherten eines Versicherers einheitlich festgelegt, variiert aber zwischen den Versicherern erheblich. Die durchschnittliche Prämie liegt im Jahr 2025 bei 1.880 Euro im Jahr bzw. 157 Euro monatlich.¹⁰⁴ Personen mit niedrigem Einkommen können einen staatlichen Zuschuss zu den Versicherungsbeiträgen erhalten,

101 Informationen zum Umfangs der Basisversicherung sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering> sowie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/krijg-ik-tandartskosten-vergoed>.

102 Im Krankheitsfall haben Arbeitnehmer regelmäßig einen Lohnfortzahlungsanspruch für zwei Jahre gegenüber ihrem Arbeitgeber, in denen der Arbeitgeber verpflichtet ist, mindestens 70 Prozent des zuletzt erhaltenen Gehaltes fortzuzahlen; die Fortzahlung darf dabei nicht unter das Mindesteinkommen fallen. Fehlt dieser Anspruch ausnahmsweise, besteht ein Anspruch auf Krankengeld nach dem Krankengeldgesetz. Langzeiterkrankungen sind nicht von der Krankenversicherung, sondern von der Langzeitpflegeversicherung abgedeckt; vgl. hierzu Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Aufl. 2021, S. 91 sowie Business Government NL, Sick pay: continued payment of wages, abrufbar unter <https://business.gov.nl/regulation/sick-pay/>.

103 Vgl. hierzu Centraal Bureau voor de Statistiek, Hoe betalen wij voor de zorg?, 23. Mai 2020, Kap 5, in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/hoe-betalen-wij-voor-de-zorg-?onepage=true>.

104 Vgl. hierzu Informationen der niederländischen Regierung, Wat kost het om een zorgverzekering af te sluiten?, abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/premie-zorgverzekering#:~:text=De%20gemiddelde%20premie%20die%20mensen.gemiddeld%20%E2%82%AC%2-0146%20per%20maand>.

dessen Höhe vom jeweiligen Einkommen und nicht von der Höhe des Versicherungsbeitrags abhängig ist.¹⁰⁵ Für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird nach Art. 16 Abs. 2a ZVW keine Prämie fällig.

Zum anderen werden für die Finanzierung der Basisversicherung einkommensabhängige Beiträge von den nationalen Steuerbehörden erhoben (Art. 48 ff. ZVW). Der Beitragssatz lag im Jahr 2024 bei 6,57 Prozent des Bruttoeinkommens¹⁰⁶, wobei dieses nur bis zu einer bestimmten Berechnungsobergrenze berücksichtigt wird. In der Regel werden die einkommensabhängigen Beiträge von den Arbeitgebern getragen.¹⁰⁷

5.4.2. Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen der Basisversicherung

Für alle Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, gilt nach Art. 19 Abs. 1 ZVW grundsätzlich ein jährlicher obligatorischer Selbstbehalt in Höhe von 385 Euro. Der Versicherer übernimmt erst nach dem Überschreiten dieses Betrages alle weiteren Kosten, die für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen anfallen. Vom Selbstbehalt erfasst sind Facharztbesuche, Krankenhausaufenthalte, Rettungsdienste, die meisten Medikamente, psychische Gesundheitsversorgung, Hilfsmittel und bestimmte Heilmittel wie Physiotherapie und Ergotherapie. Hingegen gilt der Selbstbehalt nicht für bestimmte Leistungen wie Hausarztbesuche, die Geburtshilfe oder bestimmte Behandlungen chronischer Krankheiten.¹⁰⁸ Einkommensschwache Personen haben einen Anspruch auf einen staatlichen Zuschuss zum obligatorischen Selbstbehalt¹⁰⁹. Darüber hinaus kann der Versicherer gemäß Art. 20 Abs. 2 ZVW für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Krankenversicherung mit einem zusätzlichen, freiwilligen Selbstbehalt in Höhe von 100, 200, 300, 400 oder 500 Euro anbieten; der maximal mögliche Selbstbehalt liegt damit bei insgesamt 885 Euro pro Jahr. Bei Abschluss eines freiwilligen Selbstbehalts hat der Versicherer dem Versicherten Prämienrabatte zu gewähren. Je höher die gewählte freiwillige

105 Der Anspruch besteht nach Art. 1 Abs. 1 e des Gesetzes über Krankenversicherungsbeihilfen (Wet op de zorgtoeslag), in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018451/2025-01-01>. Weitere Informationen zur Gewährung des Zuschusses sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/content/hoeveel-zorgtoeslag>.

106 Tax Administration, Calculating payroll taxes, rates for 2024 – Table 12: Other amounts for 2024, abrufbar unter https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontenten/belastingdienst/business/payroll_taxes/-you_are_not_established_in_the_netherlands_are_you_required_to_withhold_payroll_taxes/when_you_are-going_to_withhold_payroll_taxes/calculating_payroll_taxes/rates/rates-2024/table-12-other-amounts-2024.

107 Lediglich in bestimmten Ausnahmefällen sind die einkommensabhängigen Beiträge vom Arbeitnehmer zu tragen.

108 Weitere Informationen hierzu sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>.

109 Der Anspruch besteht nach Art. 1 Abs. 1 e des Gesetzes über Krankenversicherungsbeihilfen (Wet op de zorgtoeslag), in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018451/2025-01-01>. Weitere Informationen zur Gewährung des Zuschusses sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/content/hoeveel-zorgtoeslag>.

Selbstbeteiligung ist, desto höher ist der Rabatt und desto geringer ist der Prämienbeitrag¹¹⁰. Jeder Versicherer muss jedoch auch eine Versicherungsvariante ohne zusätzlichen freiwilligen Selbstbehalt anbieten (Art. 20 Abs. 1 ZVW).

Auch in den Niederlanden ist darüber hinaus eine Zuzahlung zu den Kosten medizinischer Leistungen vom Versicherten zu leisten. Die Höhe dieses sog. Eigenanteils ist abhängig von der Art der in Anspruch genommenen medizinischen Leistung. So sind z. B. die Kosten für Hörgeräte zu 25 Prozent vom Versicherten zu übernehmen, während für Zahnersatz ein Eigenanteil in Höhe von acht, zehn oder 25 Prozent berechnet wird. Auch für Arzneimittel ist ein Eigenanteil zu leisten. Dieser hängt in seiner konkreten Höhe vom jeweiligen Arzneimittel, den staatlich festgelegten Höchsterstattungsbeträgen und individuellen Vereinbarungen zur Höhe des Abgabepreises zwischen den Apotheken und dem jeweiligen Versicherer ab.¹¹¹ In der Regel werden von den Versicherern lediglich die Kosten für die preisgünstigste Variante des jeweiligen Arzneimittels übernommen. Die Kostenübernahme für Arzneimittel durch den Versicherten im Rahmen des Eigenanteils ist auf 250 Euro im Jahr begrenzt.¹¹²

Generell ist ein ggf. anfallender Eigenanteil zusätzlich zum Selbstbehalt zu leisten. Dabei wird zunächst der Eigenanteil für die in Anspruch genommene Leistung berechnet. Der darüberhinausgehende Kostenanteil wird erst auf den obligatorischen und anschließend auf einen ggf. vereinbarten freiwilligen Selbstbehalt angerechnet. Lediglich der danach noch verbleibende Teil der Kosten wird vom Versicherer übernommen.¹¹³

Der Deckungsgrad lag im Jahr 2021 in den Niederlanden in sämtlichen Versorgungsbereichen (teils deutlich) unter dem jeweiligen Wert für Deutschland. Der geringste Unterschied war im Bereich der ambulanten Versorgung, in dem der Deckungsgrad in den Niederlanden bei 86,7 Prozent im Vergleich zu 89,1 Prozent in Deutschland lag, sowie der stationären Versorgung, mit Werten von 92 Prozent in den Niederlanden und 96,7 Prozent in Deutschland, feststellbar. Im Bereich der Arzneimittelversorgung betrug der Deckungsgrad in den Niederlanden 68,1 Prozent,

110 Weitere Informationen zum Selbstbehalt sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-risico-zvw#:~:text=Bovenop%20het%20verplichte%20eigen%20risico,hoe%20minder%20zorgpremie%20u%20betaalt>.

111 Eine Übersicht der Eigenanteile für das Jahr 2025 ist in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-eigen-bijdrage-zorgverzekering>.

112 Informationen zur Kostenübernahme und zum Eigenanteil bei Arzneimitteln sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/welke-medicijnen-krijg-ik-vergoed>.

113 Informationen zur Abgrenzung des Eigenanteils vom Selbstbehalt sind in niederländischer Sprache abrufbar unter <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/verschil-eigen-bijdrage-eigen-risico>.

während dieser in Deutschland bei 82,3 Prozent lag. Der deutlichste Unterschied bestand im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, bei dem in den Niederlanden ein Deckungsgrad von 16,2 Prozent und in Deutschland von 67,6 Prozent erreicht wurde.¹¹⁴

5.5. Literatur zum Gesundheitssystem

Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, abrufbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/3c706494-3b5a-4a42-998a-191943e3d7f0_de?filename=2024_healthatglance_sum_en.pdf&prefLang=de.

Health at a Glance 2023 – OECD-Indicators, OECD (Hrsg.), Paris 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html.

Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage 2021.

State of Health in the EU – The Netherlands – Länderprofil Gesundheit 2023, OECD/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Paris/Brüssel 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/netherlands-country-health-profile-2023_3110840c-en.html.

Tikkanen, Roosa u. a., International Health Care System Profiles – Switzerland, The Commonwealth Fund (Hrsg.), Ausgabe 2020, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>.

¹¹⁴ Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), WIP Analyse, Februar 2022, S. 11 ff., abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

6. Vereinigtes Königreich

6.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

Die Gesundheitsausgaben des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland (UK) betrugen im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt 245,681 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil am BIP von 11,3 Prozent, der damit deutlich über dem EU-Durchschnitt ohne Wert des UK liegt. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf betrugen im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt 3.650,50 Euro und liegen nahe am EU-Durchschnittswert von 3.533 Euro.¹¹⁵

Das Gesundheitssystem des UK basiert nicht auf dem Versicherungsprinzip und unterscheidet sich somit grundlegend vom deutschen Gesundheitssystem. Die medizinische Versorgung erfolgt durch einen weit überwiegend steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service – NHS), zu dessen Leistungen alle im UK lebenden Personen frei und kostenlos Zugang haben. Beiträge sind für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nicht zu zahlen, jedoch müssen für einzelne Leistungen Zuzahlungen von den Patienten getragen werden. Zwar existiert auch im UK eine Sozialversicherung (National Insurance), für die einkommensabhängige Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen sind¹¹⁶ und die zum Teil zur Finanzierung des NHS an diesen abgeführt werden, allerdings deckt diese überwiegend Leistungen anderer SV-Zweige wie z. B. die Zahlung von Renten, Arbeitslosen- und Mutterschaftsgeld ab.¹¹⁷ Die medizinische Versorgung der Bevölkerung erfolgt in Einrichtungen des NHS durch medizinisches Personal, das direkt beim NHS angestellt ist. Zusätzliche Leistungen, z. B. die Inanspruchnahme privater Gesundheitseinrichtungen oder die Verringerung von Wartezeiten, können im Rahmen privater Zusatzversicherungen abgesichert werden.

Für die Gesundheitspolitik im Vereinigten Königreich sind die vier Landesteile England, Schottland, Wales und Nordirland jeweils selbst zuständig. Die Organisation des staatlichen Gesundheitswesens und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen obliegt dem NHS, wobei es für jeden Landesteil einen eigenen staatlichen Gesundheitsdienst gibt. Nachfolgend wird

115 Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, S. 142, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html. Die Werte wurden für alle Länder, für die ein Länderprofil erstellt wurde, in Euro angegeben. Dies gilt auch für die Länder, in denen eine andere Landeswährung gilt.

116 Die Sozialversicherungsbeiträge werden von der Steuerbehörde (His Majesty's Revenue and Customs) eingezogen und vom Gesundheitsministerium im Rahmen des jährlichen Budgets an den NHS und Gesundheitsorganisationen verteilt; vgl. hierzu Anderson, M. u. a., The United Kingdom: Health System Summary, 2022, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel, S. 62 ff., abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-summary>.

117 Von den Sozialversicherungsbeiträgen des Haushaltsjahres 2023/24 in Höhe von insg. 138,6 Milliarden GBP wurden 33,5 Milliarden GBP direkt an die NHS abgeführt. Dies entspricht etwa einem Viertel der Sozialversicherungsbeiträge. Informationen siehe: Government UK, Corporate report: Great Britain National Insurance Fund Account for the year ended 31 March 2024, Stand: 27. November 2024, abrufbar unter <https://www.gov.uk/government/publications/national-insurance-fund-accounts/great-britain-national-insurance-fund-account-for-the-year-ended-31-march-2024>. Weitere Informationen zur Sozialversicherung im UK finden sich u. a. bei Deutsche Rentenversicherung Bund, https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/rvRecht/02_GRA_EU_SVA/04_Laender/Vereinigtes_Koenigreich/gra_vereinigtes_koenigreich_05_orgsv.html

ausschließlich auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems in England eingegangen, die in wesentlichen Punkten für das gesamte Vereinigte Königreich exemplarisch ist. Möglicherweise bestehende Unterschiede zwischen den regionalen NHS werden nicht thematisiert.

6.2. Zugang zum NHS

Die Leistungen des NHS sind für alle dauerhaft im Vereinigten Königreich wohnenden Personen (gewöhnlich aufenthaltsberechtigt) frei zugänglich. Der Zugang des Einzelnen zum staatlichen Gesundheitssystem hängt nicht von der beruflichen Tätigkeit oder dem Bezug von Sozialleistungen ab.¹¹⁸

6.3. Leistungen des NHS

Die Leistungen des NHS sind grundsätzlich unentgeltlich und werden nach dem Sachleistungsprinzip gewährt. Abgedeckt werden nach den Grundsätzen des NHS¹¹⁹ alle Maßnahmen, die für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung notwendig sind. Einen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog gibt es jedoch nicht. Der konkrete Umfang der bestimmten Leistungen unterscheidet sich regional, beinhaltet jedoch grundsätzlich die notwendige ambulante und stationäre Versorgung im Krankenhaus sowie Behandlungen in einer Hausarztpraxis – auch im Falle einer Schwangerschaft. Der NHS bietet darüber hinaus präventive Angebote wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen an, wobei reisebedingte Impfungen vom Patienten eigenständig zu zahlen sind. Die Behandlung von psychischen Erkrankungen wird wie die medizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung und die Versorgung mit Arzneimitteln ebenfalls vom NHS übernommen.¹²⁰ Ein Anspruch auf Krankengeld gegenüber dem NHS besteht nicht; jedoch wird bei Langzeiterkrankungen ein Krankengeld aus der Sozialversicherung gezahlt.¹²¹

118 Department of Health & Social Care, The NHS Constitution for England, Stand: 17. August 2023, abrufbar unter <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>.

119 Department of Health & Social Care, The NHS Constitution for England, Stand: 17. August 2023, abrufbar unter <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england>.

120 Tikkainen, Roosa u. a., International Health Care System Profiles: England, The Commonwealth Fund, 5. Juni 2020, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.

121 Im Krankheitsfall ist der Arbeitgeber gemäß Art. 151 des Gesetzes über Sozialbeiträge und -leistungen (Social Security Contributions and Benefits Act 1992, Part IX) gesetzlich verpflichtet, dem Arbeitnehmer Krankengeld (Statutory Sick Pay) zu zahlen, wenn dieser an mehr als drei aufeinanderfolgenden Tagen und maximal für 28 Wochen erkrankt ist, regulär Sozialversicherungsbeiträge abgibt und keine Ausnahme vorliegt. Das für alle Arbeitnehmer gleich hohe Krankengeld liegt aktuell bei 116,75 GBP pro Woche (dies entspricht etwa 138,85 Euro); vgl. hierzu Government UK, Statutory Sick Pay (SSP): employer guide, abrufbar unter <https://www.gov.uk/employers-sick-pay/eligibility-and-form-ssp1>.

6.4. Finanzierung des NHS

Die Mittel des NHS stammen zu etwa 80 Prozent und damit weit überwiegend aus Steuermitteln. Ein Teil der Ausgaben wird über Zuweisungen aus der Sozialversicherung finanziert. Darüber hinaus tragen die Patienten durch die Übernahme von Zuzahlungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems bei.¹²²

6.4.1. Beiträge der Versicherten

Die Inanspruchnahme von Leistungen des NHS ist nicht an eine Beitragzahlung gebunden. Es sind jedoch Beiträge für die sog. nationale Versicherung zu zahlen; diese werden zum Teil zur Finanzierung des NHS genutzt.

6.4.2. Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen des NHS

Auch im UK haben sich die Patienten bei der Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Leistungen an deren Kosten zu beteiligen. So fallen z. B. bei der Versorgung mit Arzneimitteln Zuzahlungen an. Während die in einem vom NHS betriebenen Krankenhaus verschriebenen Arzneimittel für stationäre Patienten kostenfrei abgegeben werden, ist für die meisten anderen verschriebenen Arzneimittel eine Zuzahlungspauschale in Höhe von 9,90 Britischen Pfund (GBP; dies entspricht circa 11,93 Euro¹²³) pro Arzneimittel vom Patienten zu zahlen.¹²⁴ Für Personen, die eine Vielzahl an Arzneimittel benötigen, besteht die Möglichkeit einer pauschalen Vorauszahlung für einen Zeitraum von drei oder zwölf Monaten. Die Kosten hierfür liegen derzeit 32,05 GBP (entspricht 38,64 Euro) für drei Monate bzw. 114,50 GBP (entspricht 138,03 Euro) für zwölf Monate. Dadurch muss nicht für jedes einzelne verschriebene Medikament eine separate Zuzahlungspauschale erbracht werden; für die Patienten rechnet sich dies ab einer Verschreibung von mehr als drei bzw. elf Arzneimitteln.¹²⁵ Von der Zuzahlungspflicht für Arzneimittel sind bestimmte Personengruppen ausgenommen. Hierzu gehören u. a. Kinder unter 16 Jahren, 16- bis 18-Jährige in einer Vollzeitausbildung, Senioren ab 60 Jahren, Personen mit einem Einkommen oder Vermögen unterhalb einer bestimmten Grenze, Schwangere und Mütter bis zu zwölf Monate nach der Geburt eines Kindes sowie Personen mit Langzeiterkrankungen oder Behinderungen.¹²⁶

122 Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich - Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Aufl. 2021, S. 15.

123 Umrechnung mit einem Kurs von 1 GBP entspricht 1,21 Euro; Europäische Kommission, Wechselkurs (InforEuro) – Monatlicher Buchungskurs des Euro, Stand: Januar 2025, abrufbar unter <https://commission-europa.eu/funding-tenders/procedures-guidelines-tenders/information-contractors-and-beneficiaries/exchange-rate-inforeuro.de>.

124 Weitere Informationen zur Verschreibung von Arzneimitteln und den Zuzahlungsregelungen sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions/nhs-prescription-charges/>.

125 Weitere Informationen zur pauschalen Zuzahlung sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions/save-money-with-a-prescription-prepayment-certificate-ppc/>.

126 Weitere Informationen zur Befreiung von den Zuzahlungen zu den Kosten verschriebener Arzneimittel sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.nhsbsa.nhs.uk/help-nhs-prescription-costs/free-nhs-prescriptions>.

Bei medizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgungen haben sich die Patienten ebenfalls mit einem Pauschalbeitrag an deren Kosten zu beteiligen. Die Höhe der Kostenbeteiligung wird vom britischen Gesundheitsministerium (Departement of Health) festgesetzt. Je nach Art der Behandlung wird eine Pauschale in Höhe von 26,80 GBP (entspricht 32,31 Euro), 73,50 GBP (entspricht 88,61 Euro) oder 319,10 GBP (entspricht 384,69 Euro) fällig.¹²⁷ Bestimmte Personengruppen sind auch von den Zuzahlungen zu zahnärztlichen Leistungen ausgenommen; diese entsprechen im Wesentlichen den Personengruppen, die von der Zuzahlung für Arzneimittel ausgenommen sind.¹²⁸ Auch für die Inanspruchnahme ausgewählter augenärztlicher Behandlungen bzw. Hilfsmittel, wie Sehtests oder Brillen, ist eine Zuzahlung zu leisten.¹²⁹

Der Deckungsgrad liegt in Großbritannien¹³⁰ in fast allen Bereichen unter dem in Deutschland erreichten Deckungsgrad. Lediglich bezogen auf die ambulante Versorgung weist Großbritannien mit 89,4 Prozent einen Deckungsgrad auf, der leicht über dem für Deutschland ermittelten Wert von 89,1 Prozent liegt. In der stationären Versorgung liegt der Deckungsgrad Großbritanniens mit 89,1 Prozent unter Deutschland (96,7 Prozent), bei der Arzneimittelversorgung mit 58,8 Prozent im Vergleich zu 82,3 Prozent sowie der zahnärztlichen Versorgung mit 46 Prozent im Vergleich zu 67,6 Prozent deutlich unter den Werten Deutschlands.¹³¹

6.5. Literatur zum Gesundheitssystem

Anderson, Michael u. a., United Kingdom – Health System Review 2022 – Health Systems in Transition, WHO/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), 2022, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022>. Die Kurzfassung ist abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-summary>.

-
- 127 Weitere Informationen zur Zuzahlung bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgung sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.nhs.uk/nhs-services/dentists/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/>.
- 128 Es gibt jedoch auch Unterschiede bei den jeweils zuzahlungsbefreiten Personengruppen. So sind bei Arzneimitteln Kinder im Alter von unter 16 Jahren sowie in Vollzeitausbildung befindliche 16- bis 18-Jährige von der Zuzahlung ausgenommen. Von den Zuzahlungen für eine zahnärztliche Versorgung sind hingegen Kinder im Alter von unter 18 Jahren sowie unter 19-Jährige in Vollzeitausbildung befreit. Weitere Informationen zur zuzahlungsbefreiten zahnärztlichen Versorgung sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.nhsbsa.nhs.uk/-/help-nhs-dental-costs/free-nhs-dental-treatment>.
- 129 NHS, Free NHS eye tests and optical vouchers, abrufbar unter <https://www.nhs.uk/nhs-services/opticians/free-nhs-eye-tests-and-optical-vouchers/>.
- 130 Im Rahmen der in diesem Zusammenhang herangezogenen Untersuchung wurden lediglich Daten für Großbritannien, nicht jedoch für das gesamte UK betrachtet und ausgewertet.
- 131 Bahnse, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), WIP Analyse, Februar 2022, S. 11 ff., abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungs-umfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, abrufbar unter https://health.ec.europa.eu/document/download/3c706494-3b5a-4a42-998a-191943e3d7f0_de?filename=2024_healthatglance_sum_en.pdf&prefLang=de.

Health at a Glance 2023 – OECD-Indicators, OECD (Hrsg.), Paris 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html.

Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage 2021.

State of Health in the EU – United Kingdom: Country Health Profile 2019, OECD/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), 2019, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/united-kingdom-country-health-profile-2019_744df2e3-en.html.

7. Dänemark

7.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

Die Gesundheitsausgaben Dänemarks betragen im Jahr 2022 kaufkraftbereinigt 24,52 Mrd. Euro.¹³² Dies entspricht einem Anteil von 9,5 Prozent des BIP, womit Dänemark unter dem EU-Durchschnitt von 10,4 Prozent liegt. Bei einer Bevölkerungszahl von 5,9 Millionen Menschen betragen die Gesundheitsausgaben pro Kopf kaufkraftbereinigt 4.149 Euro. Damit lagen die Pro-Kopf-Ausgaben Dänemarks deutlich über dem Durchschnitt der EU-Mitgliedstaaten in Höhe von 3.533 Euro, aber immer noch deutlich unter dem Wert für Deutschland, der im selben Zeitraum bei 5.317 Euro lag.¹³³

In Dänemark erfolgt die Absicherung des Krankheitsrisikos und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung im Rahmen eines staatlich finanzierten Gesundheitswesens. Anders als in Deutschland basiert dieses System jedoch nicht auf dem Versicherungsprinzip; ein Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall ist weder abhängig von der Beitragszahlung des Einzelnen noch von dessen Beschäftigungsstatus, Alter oder Gesundheitszustand. Gesetzliche Grundlage des staatlichen Gesundheitssystems ist das dänische Gesundheitsgesetz

¹³² OECD Data Explorer, Health expenditure and financing, abrufbar unter [https://data-explorer.oecd.org/-vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=.A.EXP-HEALTH.EUR PPP. T.. T.. T...V&pd=2020%2C2023&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=tb](https://data-explorer.oecd.org/-vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=.A.EXP-HEALTH.EUR PPP. T.. T.. T...V&pd=2020%2C2023&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb).

¹³³ Health at a glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, S. 142, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

(Sundhedsloven¹³⁴). Dieses legt auch grundsätzliche Anforderungen an das dänische Gesundheitssystem fest. Hierzu gehören nach § 2 Gesundheitsgesetz der einfache und gleichberechtigte Zugang zu qualitativ hochwertigen und interdisziplinären Gesundheitsleistungen, die Wahlfreiheit sowie die Sicherstellung kurzer Wartezeiten für Behandlungen. Der Leistungsanspruch umfasst neben der Versorgung im Krankheitsfall auch die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit.¹³⁵ Das dänische Gesundheitsgesetz enthält darüber hinaus u. a. Regelungen zur Organspende und legt Rechte und Pflichten von Leistungserbringern sowie die Zuständigkeiten für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung fest. Finanziert wird das dänische Gesundheitssystem hauptsächlich durch Steuern. Ein Teil der entstehenden Kosten ist im Rahmen von Selbstbehälten sowie Eigenanteilen von den Patienten selbst zu tragen.

7.2. Zugang zur staatlichen Gesundheitsversorgung

Alle Personen mit Wohnsitz in Dänemark haben gemäß § 7 Gesundheitsgesetz einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung. Auch Personen ohne dauerhaften Wohnsitz haben Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall, wobei dieser nach § 8 i. V. m. § 80 Gesundheitsgesetz auf die Behandlung im Notfall beschränkt ist.

7.3. Leistungen der staatlichen Gesundheitsversorgung

Die staatlichen Leistungen im Krankheitsfall richten sich nach § 5 Gesundheitsgesetz und umfassen die Untersuchung, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten sowie die Geburtshilfe, Rehabilitation und Präventionsmaßnahmen. Auch bestimmte Impfungen werden kostenlos zur Verfügung gestellt bzw. können in bestimmten Fällen Zuschüsse zu den dafür entstehenden Kosten gewährt werden. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Leistungen der Langzeitpflege. Während bei ambulanten und stationären Leistungen in der Regel das Sachleistungsprinzip¹³⁶ gilt, findet bei der Versorgung mit Arzneimitteln und teilweise bei der Inanspruchnahme weiterer Leistungen das Kostenerstattungsprinzip Anwendung. Der konkrete Leistungsumfang der einzelnen Leistungen ist nicht ausdrücklich im dänischen Gesundheitsgesetz geregelt. Vielmehr wird dieser von den einzelnen Regionen Dänemarks festgelegt, die somit grundsätzlich unterschiedliche Leistungen anbieten können.¹³⁷ Da der Leistungsanspruch des Einzelnen jedoch nicht regional begrenzt ist, können Leistungen unabhängig vom konkreten Wohnort bei fehlendem Leistungsangebot in der Heimatregion in einer anderen Region in Anspruch genommen werden. Die

134 Bekendtgørelse af sundhedsloven, Gesundheitsgesetz, LBK Nr. 1015 vom 12. März 2025, in dänischer Sprache abrufbar unter <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2025/275>.

135 Birk, Hans O. u. a., Denmark – Health System review – Health Systems in Transition, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), Band 26 Nr. 1, 28. Februar 2024, S. 42, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024>.

136 Abweichend davon gilt bei Wahl der Versicherungsgruppe zwei auch bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen das Kostenerstattungsprinzip.

137 Birk, Hans O. u. a., Denmark – Health System review – Health Systems in Transition, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), Band 26 Nr. 1, 28. Februar 2024, S. 24, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024>.

hierfür entstehenden Kosten sind von der Heimatregion des Patienten an die leistungserbringende Region zu erstatten, wodurch sich der konkrete Umfang der Leistungen im Laufe der Zeit auf nationaler Ebene angeglichen hat.¹³⁸

Für die Ausgestaltung des Leistungsanspruchs ist die Zuordnung zur sog. Versicherungsgruppe (sikringsgruppe) ausschlaggebend. So müssen sich Personen mit einem Leistungsanspruch nach § 58 Abs. 1 Gesundheitsgesetz zwischen den Versicherungsgruppen eins und zwei entscheiden¹³⁹, wobei circa 98 Prozent der anspruchsberechtigten Personen der Versicherungsgruppe eins zugeordnet werden. Diese müssen nach § 59 Gesundheitsgesetz einen Hausarzt auswählen, bei dem nach § 60 Gesundheitsgesetz ein Anspruch auf kostenlose Behandlung besteht (sog. Hausarztmodell). Ein Anspruch auf kostenlose fachärztliche Behandlung besteht für Personen in der Versicherungsgruppe eins nach § 64 Abs. 1 Gesundheitsgesetz hingegen grundsätzlich nur, sofern diese auf Überweisung durch den Hausarzt erfolgt. Im Gegensatz dazu gilt für Personen, die sich für eine Zuordnung zur Versicherungsgruppe zwei entscheiden, freie Arztwahl – sowohl im Hinblick auf Allgemeinmediziner als auch auf Fachärzte. Jedoch besteht in diesem Fall kein Anspruch auf kostenlose Behandlung beim Allgemeinarzt (§ 60 Abs. 2 Gesundheitsgesetz) bzw. bei Fachärzten (§ 64 Abs. 2 Gesundheitsgesetz), sondern auf Gewährung eines Zuschusses zu den für die ärztliche Behandlung entstehenden Kosten (Kostenerstattungsprinzip). Dieser richtet sich nach der Höhe der Kosten für vergleichbare medizinische Leistungen in Versicherungsgruppe eins. Da Ärzte bei dem Modell der freien Arztwahl nicht an die Tarifordnung gebunden sind und somit höhere Beträge abrechnen können, müssen die darüberhinausgehenden Kosten von den Patienten selbst getragen werden.

Unabhängig von der Zuordnung zu einer der beiden Versicherungsgruppen besteht Anspruch auf kostenlose Vorsorgeuntersuchungen für schwangere Frauen, kostenlose Verhütungsberatung bei einem Arzt freier Wahl sowie insgesamt sieben Vorsorgeuntersuchungen für Kinder vor dem schulpflichtigen Alter (§§ 61 ff. Gesundheitsgesetz). Ein Anspruch auf kostenlose präventive und therapeutische zahnärztliche Leistungen besteht nach § 127 Gesundheitsgesetz nur für Kinder und Jugendliche im Alter von unter 22 Jahren. Personen, die keinen Anspruch auf zahnärztliche Versorgung nach dieser Vorschrift haben, sind in der Wahl ihres Zahnarztes frei, erhalten für entstandene Behandlungskosten jedoch lediglich einen Kostenzuschuss nach § 64b Gesundheitsgesetz. Zuschüsse werden auch gewährt für Leistungen von Chiropraktikern (§ 66 Gesundheitsgesetz) sowie nach ärztlicher Überweisung für Physiotherapeuten (§ 67 Gesundheitsgesetz)¹⁴⁰, Podologen (§ 68 Gesundheitsgesetz) und Psychologen (§ 69 Gesundheitsgesetz). Darüber hinaus erhalten Kinder im Alter von unter 16 Jahren Zuschüsse für Brillen (§ 70 Gesundheitsgesetz). Auch für die Versorgung mit Hörgeräten werden Zuschüsse gewährt (§ 73a ff. Gesundheitsgesetz).

138 Birk, Hans O. u. a., Denmark – Health System review – Health Systems in Transition, WHO/European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), Band 26 Nr. 1, 28. Februar 2024, S. 43, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024>.

139 Wird diese Wahl nicht innerhalb einer bestimmten Frist getroffen, erfolgt automatisch eine Zuordnung zur Sicherungsgruppe eins; die Frist wird nach § 58 Abs. 2 Gesundheitsgesetz vom dänischen Ministerium für Inneres und Gesundheit festgelegt.

140 Nach § 140a Gesundheitsgesetz bieten die Gemeinden nach ärztlicher Überweisung eine kostenlose Behandlung bei einem Physiotherapeuten im Praxisbereich an; die Art der Kostenübernahme für physiotherapeutische Leistungen unterscheidet sich somit von der Art des Leistungserbringers.

Der Leistungsumfang umfasst auch die Behandlung im Krankenhaus. Hierfür ist nach § 79 Gesundheitsgesetz grundsätzlich eine Überweisung durch einen Arzt oder eine andere autorisierte Gesundheitsfachkraft erforderlich; ausgenommen hiervon sind dringende Behandlungen, bei denen eine Überweisung im Vorfeld nicht eingeholt werden kann. Gemäß § 81 Gesundheitsgesetz ist die Krankenbehandlung für die Patienten kostenlos und es besteht nach § 86 Gesundheitsgesetz die freie Wahl des Krankenhauses.

7.4. Finanzierung der staatlichen Gesundheitsversorgung

Anders als in Deutschland ist die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems in Dänemark nicht an eine Beitragszahlung gebunden; vielmehr erfolgt die Finanzierung der Gesundheitsleistungen zu circa 84 Prozent über Steuern. Hierfür werden insbesondere Einnahmen aus der Einkommensteuer herangezogen. Diese wird im Jahr 2025 auf alle Einkommen, die über dem persönlichen Freibetrag in Höhe von 51.600 Dänischen Kronen (DKK, dies entspricht circa 6.915,41 Euro¹⁴¹) liegen, erhoben¹⁴² – auch auf Einkommen aus Sozialleistungen. Der durchschnittlich zu zahlende Einkommensteuersatz liegt dabei in Dänemark im europäischen Vergleich an der Spitze. So zahlte ein Arbeitnehmer im Jahr 2023 durchschnittlich rund 36 Prozent Steuern auf das Bruttojahreseinkommen.¹⁴³ Darüber hinaus müssen Personen, die Leistungen im Krankheitsfall in Anspruch nehmen, Teile der Kosten im Rahmen von Selbstbehälten und/oder Zuzahlungen/Eigenanteilen tragen.

7.4.1. Beiträge der Leistungsempfänger

Anders als in Deutschland werden in Dänemark keine Sozialversicherungsbeiträge erhoben. So mit besteht keine Beitragszahlungspflicht, um Leistungen aus der staatlichen Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.

7.4.2. Kostenbeteiligung der Leistungsempfänger an Leistungen des Gesundheitssystems

Auch in Dänemark gelten bei der Inanspruchnahme bestimmter (medizinischer) Leistungen Selbstbehälte bzw. sind bestimmte Eigenanteile vom Patienten selbst zu tragen. Ob und in welchem Umfang die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit einer Kostenbeteiligung für den Patienten verbunden ist, hängt von der gewählten Versicherungsgruppe ab. Während für Patienten der Versicherungsgruppe eins (Hausarztmodell) die Leistungen kostenlos erbracht werden, können für Personen der Versicherungsgruppe zwei Kosten für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen entstehen. Dies ist dann der Fall, wenn die in Anspruch genommenen Ärzte höhere Beträge, als sie in der Tarifordnung für Patienten der Versicherungsgruppe zwei vorgesehen sind,

¹⁴¹ Umrechnung mit einem Kurs von 1 DKK entspricht 0,13402 Euro; Europäische Kommission, Wechselkurs (In-forEuro) – Monatlicher Buchungskurs des Euro, Stand: April 2025, abrufbar unter https://commission.europa.eu/funding-tenders/procedures-guidelines-tenders/information-contractors-and-beneficiaries/exchange-rate-inforeuro_de.

¹⁴² Vgl. hierzu Angaben der dänischen Zoll- und Steuerverwaltung, Steuersätze, Stand: Februar 2025, abrufbar unter <https://skat.dk/de-de/hilfe/steuersaetze>.

¹⁴³ Bundesministerium der Finanzen (BMF, Hrsg.), Die wichtigsten Steuern im internationalen Vergleich 2023, S. 32, abrufbar unter https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Broschueren_Bestellservice/steuern-im-internationalen-vergleich-2023.pdf?blob=publicationFile&v=2.

berechnen. Für die Inanspruchnahme stationärer Leistungen fallen keine Zuzahlungen an. Bei Leistungen, für die nach Maßgabe des Gesundheitsgesetzes lediglich Zuschüsse gewährt werden, wie z. B. bei zahnärztlichen, bestimmten physio- oder psychotherapeutischen Leistungen, ist der verbleibende Kostenanteil vom Patienten zu tragen.

Auch die Kosten für Arzneimittel sind zum Teil vom Versicherten selbst zu tragen. So findet bei Arzneimitteln, die nicht im Rahmen einer stationären Versorgung verschrieben werden, zunächst ein Selbstbehalt Anwendung. Dieser liegt nach §§ 146 Gesundheitsgesetz für Personen im Alter von über 18 Jahren bei 1.110 DKK (entspricht 148,76 Euro) im sog. Berechnungszeitraum. Dieser wird individuell festgelegt, beträgt ein Jahr und beginnt mit der erstmaligen Abrechnung eines Medikamentes. Mit der ersten Abrechnung eines Arzneimittels nach Ablauf des vorhergehenden Berechnungszeitraums beginnt ein neuer Berechnungszeitraum. Wird der Selbstbehalt während eines Berechnungszeitraums überschritten, werden die darüberhinausgehenden Kosten für Arzneimittel anteilig erstattet. Die Höhe des Erstattungssatzes und damit auch des Eigenanteils richten sich dabei nach der Summe der im jeweiligen Berechnungszeitraum entstandenen Kosten für Arzneimittel. Liegen diese zwischen 1.110 DKK und 1.865 DKK (entspricht 249,95 Euro), werden 50 Prozent der Kosten erstattet. Bei Arzneimittelkosten über 1.865 DKK bis 4.055 DKK (entspricht 534,45 Euro) liegt der Kostenerstattungsanteil bei 75 Prozent. Bei Arzneimittelkosten zwischen 4.055 und 22.055 DKK (entspricht 2.955,80 Euro) werden dem Patienten 85 Prozent der Arzneimittelausgaben erstattet. Liegen die Arzneimittelkosten im Berechnungszeitraum über 22.055 DKK, beträgt der Eigenanteil fest 4.735 DKK (entspricht 634,58 Euro). Für Personen im Alter von unter 18 Jahren gilt kein Selbstbehalt; Arzneimittelkosten im Berechnungszeitraum unter insgesamt 1.865 DKK werden zu 60 Prozent erstattet. Liegen die Kosten zwischen 1.865 DKK und 4.055 DKK, liegt der Erstattungsbetrag wie bei den Erwachsenen bei 75 Prozent. Kosten für Arzneimittel in Höhe von über 4.055 DKK bis 26.998 DKK werden zu 85 Prozent übernommen. Liegen die gesamten Arzneimittelkosten über 26.998 DKK im Berechnungszeitraum, beträgt der Eigenanteil 4.735 DKK.¹⁴⁴ Zusätzlich zu diesem allgemeinen Zuschuss zu den Arzneimittelkosten kann in besonderen Fällen ein darüber hinausgehender individueller Zuschuss gewährt werden.

Der Deckungsgrad ist in Dänemark im internationalen Vergleich in der ambulanten und stationären Versorgung hoch. So weist Dänemark bei der ambulanten Versorgung mit einem Wert von 91,1 Prozent den zweithöchsten Deckungsgrad auf und liegt damit vor Deutschland, das in diesem Versorgungsbereich einen Deckungsgrad von 89,1 Prozent erreicht. In der stationären Versorgung liegt der Deckungsgrad Dänemarks mit 90,5 Prozent zwar in einem ähnlichen Wertebereich, aber unter dem für Deutschland ermittelten Deckungsgrad in Höhe von 96,7 Prozent.¹⁴⁵ Der

¹⁴⁴ Vgl. hierzu dänische Arzneimittelbehörde (Lægemiddelstyrelsen), Erstattungsschwellen, Stand 4. Dezember 2024, abrufbar unter <https://laegemiddelstyrelsen.dk/en/reimbursement/calculate-reimbursement/reimbursement-thresholds/>.

¹⁴⁵ Bahnse, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, S. 11 ff., abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Deckungsgrad bei der Arzneimittelversorgung liegt mit 42,8 Prozent im Vergleich zu 82,3 Prozent sowie der zahnärztlichen Versorgung mit 19,1 Prozent im Vergleich zu 67,6 Prozent hingegen deutlich unter den Werten Deutschlands.¹⁴⁶

7.5. Literatur zum Gesundheitswesen

Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

Birk, Hans O. u. a., Denmark – Health system review 2024 – Health Systems in Transition, WHO/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Band 26 Nr. 1, 28. Februar 2024, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2024>.

Health at a Glance: Europe 2024 – State of Health in the EU Cycle, OECD (Hrsg.), Paris 2024, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en/full-report.html.

Health at a Glance 2023 – OECD-Indicators, OECD (Hrsg.), Paris 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html.

State of Health in the EU – Denmark – Country Health Profile 2023, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.), 2023, abrufbar unter https://www.oecd.org/en/publications/denmark-country-health-profile-2023_e4f0bee3-en.html.

Schölkopf, Martin (u. a.), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, 4. Auflage 2021.

Tikkanen, Roosa u. a., International Health Care System Profiles – Denmark, The Commonwealth Fund (Hrsg.), 5. Juni 2020, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>.

Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Zur Finanzierung der Gesundheitssysteme in Dänemark und Österreich, Sachstand vom 23. Mai 2024, WD 8 - 3000 - 034/24, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/1009972/d007f86fa1d5f44d68e477d47890e60a/-WD-8-034-24-pdf.pdf>.

¹⁴⁶ Bahnsen, Lewe, Research Report Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (Hrsg.), WIP Analyse, Februar 2022, S. 13 ff., abrufbar unter <https://www.wip-pkv.de/veroeffentlichungen/detail/kostenbeteiligungen-wartezeiten-leistungsumfang-ein-europaeischer-vergleich-der-gesundheitssysteme.html>.

8. USA

8.1. Allgemeines zum Gesundheitssystem

In den USA betragen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2022 circa 4,5 Billionen U.S. Dollar (USD, dies entspricht circa 4,17 Billionen Euro¹⁴⁷); dies entspricht einem Anteil am BIP in Höhe von 17,3 Prozent. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen im Jahr 2022 bei 13.493 USD (entspricht circa 12.497 Euro).¹⁴⁸ Diese liegen deutlich über den Werten der meisten anderen Staaten. Damit gilt das Gesundheitssystem der USA als eines der teuersten der Welt. Als ursächlich hierfür werden bei vergleichbarer oder niedrigerer Inanspruchnahmerate medizinischer Leistungen höhere Kosten, auch im administrativen Bereich, angesehen, für die wiederum die Komplexität des amerikanischen Gesundheitssystems als einer der Hauptgründe angeführt wird.¹⁴⁹

Das amerikanische Sozialversicherungssystem besteht aus einer staatlichen Rentenversicherung und einer staatlichen Krankenversicherung für bestimmte Personenkreise. Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet der U.S. Code¹⁵⁰. Seit dem Jahr 2014 gilt in den USA eine allgemeine Krankenversicherungspflicht, nach der jede Person für sich und ihre Angehörigen einen Mindestversicherungsschutz zur Abdeckung des Kostenrisikos im Krankheitsfall sicherstellen muss.¹⁵¹

Anders als in vielen anderen Ländern mit bestehender Versicherungspflicht gibt es in den USA keine allgemeine staatliche Krankenversicherung, in deren Rahmen die Absicherung der gesamten Bevölkerung im Krankheitsfall erfolgt. Lediglich für Personen im Alter von mindestens 65 Jahren sowie Personen mit Behinderungen besteht die Möglichkeit, sich über die staatliche Krankenversicherung Medicare zu versichern. Für die Einschreibung in Medicare sind die Berechtigten grundsätzlich selbst verantwortlich; erfolgt diese zu spät, erhöht sich die Beitragsbelastung der Versicherten. Im Jahr 2023 waren insgesamt 62,5 Millionen Menschen und damit 18,9 Prozent der Gesamtbevölkerung der USA über Medicare krankenversichert.¹⁵² Bestehen weder ein Zugang zu privaten Krankenversicherungen über den Arbeitgeber noch eine Berechtigung zur

147 Umrechnung mit einem Kurs von 1 USD entspricht 0,92618 Euro; Europäische Kommission, Wechselkurs (In-forEuro) – Monatlicher Buchungskurs des Euro, Stand: April 2025, abrufbar unter <https://commission.europa.eu/funding-tenders/procedures-guidelines-tenders/information-contractors-and-beneficiaries/exchange-rate-inforeuro.de>.

148 HealthAffairs, National Health Care Spending in 2022: Growth Similar To Prepandemic Rates, 13. Dezember 2023, abrufbar unter <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2023.01360>.

149 Peter G. Peterson Foundation, How Does the U.S. Healthcare System Compare to Other Countries?, 16. August 2024, abrufbar unter <https://www.pgpf.org/article/how-does-the-us-healthcare-system-compare-to-other-countries/>.

150 Der Gesetzestext ist in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.law.cornell.edu/uscode/text>.

151 Die Versicherungspflicht wurde im Rahmen des Gesetzes zum Patientenschutz und zur bezahlbaren medizinischen Versorgung (Patient Protection and Affordable Care Act – PPACA; sog. Obamacare) eingeführt. Der Gesetzestext des Public Law 111-148 vom 23. März, 2010 ist in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>.

152 Peter G. Peterson Foundation, Budget Basics: Medicare, Stand vom 20. August 2024, abrufbar unter <https://www.pgpf.org/article/medicare/>.

Einschreibung in Medicare, muss eine Absicherung über den eigenständigen Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrags erfolgen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen unterliegen einem Kontrahierungszwang, wonach sie zur Versicherung jedes zahlungsfähigen Patienten unabhängig von dessen gesundheitlichem Zustand verpflichtet sind. Auch müssen jeder Krankenversicherungsvertrag einen gesetzlich festgelegten Mindestleistungsstandard (sog. Essential Health Benefits) gewährleisten. Der überwiegende Teil der krankenversicherten Personen in den USA ist über private Krankenversicherungsverträge abgesichert, wobei der Zugang zur KV in den meisten Fällen über den Arbeitgeber besteht. Arbeitgeber mit einer bestimmten Mindestanzahl an Beschäftigten sind verpflichtet, für ihre Beschäftigten eine Krankenversicherung abzuschließen oder sich an deren Finanzierung zu beteiligen. Insgesamt waren im Jahr 2023 circa 53,7 Prozent der Bevölkerung über den Arbeitgeber krankenversichert.¹⁵³

Einkommensschwache oder behinderte Personen können vom Staat finanziell bei der Tragung der Krankenversicherungsbeiträge oder den Kosten für die medizinische Versorgung unterstützt werden. Es bestehen verschiedene staatliche Fürsorgeprogramme auf Bundes- oder bundestaatlicher Ebene, bei denen unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen beantragt werden können. Hierzu zählen u. a. Medicaid¹⁵⁴ sowie das Childrens' Health Insurance Program (CHIP¹⁵⁵). Die Voraussetzungen für eine Inanspruchnahme und die konkrete Ausgestaltung dieser Gesundheitsfürsorgeprogramme unterscheiden sich dabei zwischen den Bundesstaaten. Darüber hinaus dienen weitere staatliche Programme der Gesundheitsversorgung bestimmter Personengruppen, z. B. Veterans Health Administration, Tricare für Militärangehörige und Indian Health Services für die Gesundheitsversorgung der indigenen Bevölkerung. Insgesamt erhielten 36,3 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2023 staatliche Leistungen aus staatlichen Krankenversicherungs- bzw. Fürsorgeprogrammen (einschließlich Medicare).¹⁵⁶ Zwar führte die Einführung der Versicherungspflicht zu einem Anstieg der Anzahl krankenversicherter Personen, so dass im Jahr 2023 insgesamt 305,2 Millionen Personen und damit 92 Prozent der Bevölkerung der USA zumindest zeitweise krankenversichert waren. Dennoch verfügten weiterhin acht Prozent der Bevölkerung über keinen Krankenversicherungsschutz.¹⁵⁷

Nachfolgend werden auftragsgemäß ausschließlich die bestehenden Regelungen zu Medicare, der staatlichen Krankenversicherung für ältere und behinderte Personen, dargestellt. Auf die Darstellung anderer staatlicher Gesundheitsfürsorgeprogramme wie Medicaid oder CHIP wird ebenso

153 United States Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States: 2023, in englischer Sprache abrufbar unter <https://www2.census.gov/library/publications/2024/demo/p60-284.pdf>.

154 Ausführliche Informationen zu Medicaid sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicaid.gov/>.

155 CHIP kann von den Bundesstaaten der USA entweder als Teil von Medicaid oder als separates Gesundheitsfürsorgeprogramm ausgestaltet sein. Ausführliche Informationen zu CHIP sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicaid.gov/chip>.

156 United States Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States: 2023, September 2024, abrufbar unter <https://www.census.gov/library/publications/2024/demo/p60-284.html>.

157 United States Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States: 2023, in englischer Sprache abrufbar unter <https://www2.census.gov/library/publications/2024/demo/p60-284.pdf>.

wie auf die Absicherung von Krankheitskosten über den Arbeitgeber verzichtet. Auf die Ausgestaltung privater Krankenversicherungspläne wird nur eingegangen, sofern diese im Rahmen von Medicare abgeschlossen werden.

8.2. Zugang zu Medicare

Medicare ist die staatliche Krankenversicherung der USA, die jedoch nicht der gesamten Bevölkerung, sondern ausschließlich älteren und behinderten Personen offensteht. Sie ist in vier Teile (A-D) gegliedert, für die jeweils eigene Zugangsvoraussetzungen gelten und in deren Rahmen unterschiedliche Leistungen abgedeckt sind. Auch die konkrete Ausgestaltung sowie Finanzierung unterscheiden sich zwischen den einzelnen Teilen von Medicare. Die Teile A, B und D zählen zu Medicare Original, wobei Teil D eine freiwillig abzuschließende zusätzliche Absicherungskomponente darstellt. Teil C wird als Medicare Advantage bezeichnet, über den alternativ die in Teil D enthaltenen sowie darüberhinausgehende Leistungen abgesichert werden können. Die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen von Medicare finden sich in Titel 42 Kapitel 7 Unterkapitel 18 des U.S. Codes¹⁵⁸. Lediglich eine Einschreibung in Medicare Teil A ist in der Regel beitragsfrei; die Einschreibung in die übrigen Teile von Medicare ist hingegen mit einer Beitragspflicht verbunden.

Zu einer Einschreibung in Medicare Teil A und B sind Personen berechtigt, die mindestens 65 Jahre alt sind und einen Anspruch auf Altersleistungen aus der sozialen Rentenversicherung haben. Personen im Alter von unter 65 Jahren sind nur dann zu einer Einschreibung in Medicare Teil A berechtigt, wenn sie seit 24 Monaten einen Anspruch auf Leistungen bei Behinderung haben. Sämtliche Personen, die Anspruch auf Leistungen aus Medicare Teil A haben oder in Teil B eingeschrieben sind, können sich in Teil C oder Teil D einschreiben bzw. eine entsprechende Versicherung abschließen.

Eine Versicherung über Medicare erfolgt i. d. R. nicht automatisch. Vielmehr müssen sich zugangsberechtigte Personen aktiv bei Medicare einschreiben; hierbei können sie grundsätzlich selbst entscheiden, in welchen Teilen sie sich versichern wollen. Für die Einschreibung in Medicare gelten verschiedene Fristen, die für die verschiedenen Teile von Medicare unterschiedlich sein können. Die sog. initiale Einschreibefrist (Initial Enrollment Period) für Personen, die aufgrund ihres Alters einschreibeberechtigt sind, dauert sieben Monate und beginnt drei Monate vor dem Monat des 65. Geburtstags. Erfolgt eine Einschreibung innerhalb dieser Frist, beginnt die beitragsfreie Versicherung in Medicare Teil A mit Beginn des Monats, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat. Grundsätzlich ist eine Einschreibung in die beitragsfreie Versicherung in Medicare Teil A auch zu späterem Zeitpunkt möglich; allerdings kann dies Auswirkung auf die Höhe der zu zahlenden Beiträge für andere Teile von Medicare haben.

8.3. Leistungen von Medicare

Die verschiedenen Teile von Medicare decken verschiedene Leistungsbereiche ab. Während Medicare Teil A als sog. Krankenhausversicherung Leistungen während eines stationären Aufenthaltes bietet, dient Teil B der Abdeckung bestimmter medizinischer und anderer Leistungen. Im

¹⁵⁸ Der Gesetzestext ist in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/chapter-7/subchapter-XVIII>.

Rahmen von Teil D erfolgt eine Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Teil C wiederum dient der Abdeckung zusätzlicher Leistungen, wobei ein Vertrag im Rahmen von Teil C¹⁵⁹ in der Regel die anderen Teilbereiche von Medicare umfasst.¹⁶⁰

Medicare Teil A ist die sog. Krankenhausversicherung¹⁶¹, in deren Rahmen die Kosten für eine stationäre Behandlung, poststationäre Weiterbehandlung sowie häusliche Gesundheits- und Hospizleistungen übernommen werden. Der konkrete Leistungsanspruch ist jeweils auf eine bestimmte Anzahl an Tagen bzw. Behandlungen beschränkt und richtet sich nach § 1395d U.S. Code. Danach werden die Kosten für einen stationären Krankenhausaufenthalt für in der Regel 90 Tage, maximal 150 aufeinanderfolgende Tage übernommen. Für eine stationäre psychiatrische KH-Behandlung gilt eine maximale Behandlungsdauer von 190 Tage bezogen auf die gesamte Lebenszeit des Versicherten. Erfolgt eine darüberhinausgehende Inanspruchnahme stationärer (psychiatrischer) Leistungen, sind diese vollständig vom Versicherten zu tragen. Der Anspruch auf poststationäre Weiterbehandlung in einer Pflegeeinrichtung zu Lasten von Medicare Teil A ist auf maximal 100 Tage beschränkt. Während bestimmte Weiterbehandlungsleistungen vom Leistungsanspruch erfasst sind, gehören medizinische Leistungen – wie z. B. die ärztliche Behandlung während eines stationären Aufenthalts – nicht zum Leistungskatalog von Medicare Teil A. Zur Abdeckung dieser Leistungen muss sich der Versicherte auch in den beitragspflichtigen Teil B von Medicare einschreiben. Kosten für häusliche Gesundheitsleistungen werden im Rahmen von Medicare Teil A für maximal 100 Hausbesuche übernommen.

Die Kostenübernahme für medizinische Leistungen – auch während eines stationären Aufenthaltes – fällt in den Leistungsbereich von Medicare Teil B. Dabei werden Kosten für bestimmte ärztliche und ambulante Leistungen, Medizinprodukte und Vorsorgeleistungen, wie z. B. bestimmte Impfungen, übernommen. Auch die ärztliche Versorgung während eines stationären Aufenthaltes zählt zu den Leistungen von Medicare. Die Kosten für bestimmte, verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen ambulanter Behandlungen verabreicht werden, fallen ebenfalls zu den Leistungen von Medicare Teil B. Im Gegensatz dazu sind Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Versicherten außerhalb einer ambulanten Behandlung eingenommen werden, nicht Teil des Leistungskatalogs von Medicare Teil B.

Zu den Leistungen, die weder im Rahmen von Medicare Teil A noch von Teil B erbracht werden, gehören Leistungen der Langzeitpflege, augenärztliche Untersuchungen zur Verschreibung von Brillen, kosmetische Chirurgie, Massagen, körperliche Routineuntersuchungen, Hörhilfen und Anpassungen derselben. Auch die meisten zahnärztlichen Leistungen fallen nicht in den Leistungsbereich von Medicare Teil A und B; eine Kostenübernahme erfolgt lediglich in wenigen Ausnahmefällen, wie z. B. im Zusammenhang mit einer Krebsbehandlung oder einer

159 Weitere Informationen zu Medicare Advantage, auch in Abgrenzung zu Medicare Original, sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-03/12026-German-Understanding-Medicare-Advantage-Plans.pdf>.

160 Ausführlichere Informationen zu den Leistungen der verschiedenen Teile von Medicare finden sich in englischer Sprache u. a. bei Social Security Administration, Parts of Medicare, abrufbar unter <https://www.ssa.gov/medicareplan/medicare-parts>.

161 Die einschlägigen gesetzlichen Regelungen finden sich in §§ 1395c – 1395i-6 U.S. Code und sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/chapter-7/subchapter-XVIII/part-A>.

Organtransplantation. Aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind darüber hinaus Leistungen zur medizinischen Versorgung, wenn sie von Ärzten oder Dienstleistern erbracht werden, die nicht an der Abrechnung mit Medicare teilnehmen.¹⁶² Auch eine Kostenübernahme für Arzneimittel ist weder in Teil A noch in Teil B von Medicare enthalten.

Es gibt zwei Möglichkeiten, verschreibungspflichtige Arzneimittel in den Versicherungsschutz einzubeziehen – entweder im Rahmen eines eigenen Versicherungsplans durch eine Einschreibung in Medicare Teil D oder den Wechsel von Medicare Original zu Medicare Advantage (Teil C).¹⁶³ Medicare Teil D, deren gesetzliche Grundlagen sich in Sec. 1395w-101 – 1395w-154 U.S. Code finden, stellt eine freiwillige Zusatzabsicherung zur Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln dar. Grundvoraussetzung für eine Einschreibung in Medicare Teil D ist die Einschreibung in die Teile A und/oder B von Medicare. Zwar gehört Teil D ebenfalls zu Medicare Original, die Durchführung erfolgt jedoch durch private Krankenversicherungsunternehmen, die dafür spezielle Versicherungspläne anbieten. Auch wenn die konkrete Ausgestaltung, der Festlegung der in den Versicherungsschutz einbezogenen Arzneimittel und die Festlegung der Beitragshöhe den einzelnen Versicherungsunternehmen obliegt, müssen die einzelnen Pläne bestimmte Vorgaben von Medicare erfüllen und von der staatlichen Krankenversicherung zugelassen sein.

Alternativ zu einer Einschreibung in Medicare Original können sich Personen, die die Zugangs voraussetzungen zu Medicare erfüllen, auch für den Abschluss einer Versicherung in einem Medicare Advantage Plan (Teil C von Medicare) entscheiden. Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich in §§ 1395w-21 – 1395w-29 U.S. Code. Die Versicherung erfolgt dabei wie bei Medicare Teil D über private Krankenversicherungsunternehmen, die dem Grunde nach den Leistungsumfang und die Beitragshöhe für den Abschluss des jeweiligen Versicherungsplans festlegen können. Zum Leistungsumfang müssen jedoch mindestens die medizinisch notwendigen Leistungen gehören, die von allen Teilen von Medicare Original abgedeckt werden.¹⁶⁴ Dabei können für einige Leistungen eigene Deckungskriterien der privaten KV-Unternehmen erstellt und angewendet werden. Darüber hinaus können zusätzliche Leistungen, wie z. B. bestimmte Seh-, Hör- und Zahnbehandlungen oder nicht von Teil D abgedeckte rezeptfreie Arzneimittel, in den Versicherungsumfang aufgenommen werden.¹⁶⁵

Grundsätzlich können Versicherte von Medicare nach den Leistungserbringer frei wählen; dies gilt jedoch nur im Rahmen von Medicare Original und sofern der ausgewählte Leistungserbringer eine Abrechnung mit Medicare akzeptiert. Lediglich im Notfall müssen Ärzte auch Patienten, die über Medicare versichert sind, medizinisch versorgen und dürfen eine Behandlung nicht

162 Rice, Thomas u. a., United States – Health System Review 2020 – Health Systems in Transition, WHO/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Band 22 Nr. 4, Ausgabe 2020, S. 122, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>.

163 Ausführlichere Informationen zu den Möglichkeiten, die Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel abdecken, sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics>.

164 Ausgenommen davon sind bestimmte Aspekte klinischer Studien, die auch dann von Medicare Original abgedeckt werden, wenn eine Versicherung über eine Medicare Advantage erfolgt.

165 Medicare.gov, How does Medicare work?, Stand: Februar 2025, abrufbar unter <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/medicare-basics/how-does-medicare-work>.

aufgrund des Versicherungsstatus ablehnen. Die verschiedenen Versicherungspläne im Rahmen von Medicare Advantage können die freie Wahl des Leistungserbringers jedoch unterschiedlich regeln. So ist der tatsächliche Zugang zu Ärzten abhängig vom gewählten Medicare-Advantage-plan und kann z. B. auf die Inanspruchnahme von Dienstleistern innerhalb eines bestimmten Dienstleisternetzwerkes beschränkt sein.¹⁶⁶

8.4. Finanzierung von Medicare

8.4.1. Beiträge der Versicherten

Teil A von Medicare wird im Gegensatz zu den anderen Teilen fast ausschließlich durch Lohnsteuern der erwerbstätigen Bevölkerung finanziert.¹⁶⁷ Die Personen, die sich in Medicare einschreiben können, zahlen hingegen in der Regel keine Beiträge. Eine beitragsfreie Versicherung in Medicare Teil A ist für alle Personen möglich, die mehr als zehn Jahre erwerbstätig waren und während dieser Zeit Lohnsteuern gezahlt haben. Die Zahlung der entsprechenden Lohnsteuern ist somit die Voraussetzung für eine spätere beitragsfreie Versicherung in Medicare Teil A. Auch Personen, die vor Vollendung ihres 65. Lebensjahres einen Anspruch auf Einschluss in diesen Teil von Medicare haben, zahlen keine Beiträge. Liegen zwar die Voraussetzungen für eine Einschreibung in Medicare Teil A, jedoch nicht für eine beitragsfreie Versicherung vor, kann bzw. muss¹⁶⁸ der entsprechende Versicherungsschutz über die Zahlung eines Beitrags erworben werden. Die Höhe des Beitrags liegt – abhängig von der Dauer, für die aus der vorherigen Erwerbstätigkeit erfolgten Steuerzahlung für Medicare – bei monatlich 285 USD oder 518 USD. Im Falle einer beitragspflichtigen Versicherung in Teil A von Medicare muss auch eine Einschreibung in Teil B erfolgen.

Die Einschreibung in Medicare Teil B ist in der Regel freiwillig und generell mit einer Beitragszahlungspflicht verbunden. Die Höhe des monatlichen Beitrags ist dabei abhängig vom zuvor erzielten zu versteuernden Einkommen. Der monatliche Mindestbeitrag liegt im Jahr 2025 bei 185 USD (entspricht 171,34 Euro). Übersteigt das Einkommen aus dem Jahr 2023 den Betrag von 106.000 USD (entspricht 98.175,42 Euro) bzw. 212.000 USD (entspricht 196.350,84 Euro), ist ein höherer monatlicher Beitrag für die Versicherung in Medicare Teil B fällig. Der monatliche Beitrag für eine Versicherung in Medicare Teil B liegt bei maximal 628,90 USD (entspricht 582,48 Euro). Die jeweiligen Werte können sich jährlich ändern.

166 Ausführlichere Informationen zu den verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten zur Wahl der Dienstleister finden sich in englischer Sprache unter <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-health-plan-options>.

167 Die Höhe der Lohnsteuer beträgt 15,3 Prozent – 12,4 Prozent für die Finanzierung der staatlichen Rentenversicherung und 2,9 Prozent zur Finanzierung von Medicare Teil A. Davon zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je die Hälfte, Selbstständige haben die vollständigen Kosten selbst zu tragen. Vgl. hierzu Rice, Thomas u. a., United States – Health System Review 2020 – Health Systems in Transition, WHO/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Band 22 Nr. 4, Ausgabe 2020, S. 125 ff., abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>.

168 Eine Einschreibung in Medicare ist verpflichtend, wenn keine anderweitige Grundabsicherung gegen das Krankheitsrisiko besteht. Besteht zeitgleich kein Anspruch auf kostenfreie Versicherung ist auch für Teil A ein Beitrag zu zahlen.

Auch für Medicare Teil C und D sind Beiträge zu zahlen. Da beide Teile im Rahmen von privaten Versicherungsverträgen abgewickelt werden, ist die Höhe der Beiträge abhängig vom gewählten Vertrag, Anbieter und ggf. dem Leistungsumfang (Teil C). Jedoch ist ab einem bestimmten Betrag des vor Beginn der Versicherung erzielten Einkommens darüber hinaus ein zusätzlicher einkommensabhängiger Beitragsanteil (Income Related Monthly Adjustment Amount – IRMAA) zu zahlen. Dieser beträgt monatlich mindestens 13,70 USD (entspricht 12,69 Euro); maximal sind zusätzlich zur Grundprämie 85,80 USD (entspricht 79,47 Euro) zu zahlen.¹⁶⁹

Erfolgt trotz bestehender Zugangsberechtigung und fehlender anderweitiger Absicherung der Krankheitskosten eine verspätete Anmeldung bei den beitragspflichtigen Teilen von Medicare, werden unter bestimmten Voraussetzungen Strafbeiträge in unterschiedlicher Höhe fällig. Während sich der für Medicare Teil A zu zahlende Beitrag für die doppelte Anzahl an Jahren, in denen trotz Berechtigung keine Einschreibung erfolgte, um zehn Prozent erhöht, beträgt die Beitragserhöhung für Teil B zehn Prozent für jedes Jahr, in dem keine Einschreibung erfolgte. Anders als bei Teil A gilt die Beitragserhöhung jedoch lebenslang. Für Teil D erfolgt eine Beitragserhöhung nur, wenn kein dem Leistungsumfang von Teil D entsprechender Versicherungsschutz und kein Anspruch auf sog. Extra Help besteht. Letztere ist ein staatliches Fürsorgeprogramm zur Unterstützung bei den finanziellen Belastungen im Rahmen von Medicare für Personen mit geringem Einkommen. Der Strafbeitrag beträgt ein Prozent pro Monat der verspäteten Anmeldung; dies entspricht zwölf Prozent pro Jahr.¹⁷⁰

8.4.2. Kostenbeteiligung der Versicherten an Leistungen von Medicare

Leistungen werden erst zu Lasten von Medicare erbracht, wenn der Versicherte die Kosten bis zu einem bestimmten Selbstbehalt getragen hat. Die Kosten für die im Rahmen der einzelnen Teile eingeschlossenen Leistungen werden somit erst von Medicare übernommen, sobald der Selbstbehalt überschritten wird. Die Kostenübernahme durch Medicare erfolgt jedoch bei den meisten Leistungen nicht vollständig. Vielmehr sind für einen Großteil der Leistungen (zum Teil sehr hohe) Zuzahlungen von den Versicherten selbst zu zahlen. Die konkrete Höhe der Zuzahlungen ist dabei abhängig von den gesetzlichen Regelungen bzw. dem gewählten privatrechtlichen Versicherungsvertrag zwischen dem Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen.

Die gesetzliche Grundlage für Zuzahlungen zu Krankenhausleistungen (Teil A von Medicare) findet sich in § 1395e U.S. Code. Danach sind die Kosten für einen stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer speziellen Pflegeeinrichtung (skilled nursing facility – SNF) zunächst bis zum Erreichen des Selbstbehalts vom Versicherten vollständig selbst zu tragen. Der Selbstbehalt liegt im Jahr 2025 bei 1.676 USD (entspricht 1.552,28 Euro). Anders als in anderen Ländern gilt dieser Wert nicht für das gesamte Jahr, sondern wird für jede sog. Leistungsperiode (benefit period) erhoben. Diese beginnt mit dem Tag der stationären Aufnahme und endet nach 60 Tagen ohne stationäre KH-Leistungen bzw. 100 Tagen ohne Leistungen in einer SNF. Der Selbstbehalt bezieht sich somit nicht auf ein Kalenderjahr, sondern ist bei jedem weiteren stationären

¹⁶⁹ Ausführlichere Informationen zur Berechnung der Beiträge für Medicare Teil D sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs>.

¹⁷⁰ Ausführlichere Informationen zur Erhebung von erhöhten Beiträgen aufgrund einer verspäteten Einschreibung in Medicare sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs/avoid-penalties>.

Aufenthalt nach Ablauf einer Leistungsperiode erneut vom Versicherten zu tragen, bevor eine Kostenübernahme durch Medicare Teil A erfolgt. Die Anzahl der Leistungsperioden ist dabei nicht begrenzt.¹⁷¹

Nach Erreichen des Selbstbehalts sind während einer Leistungsperiode für die ersten 60 Tage eines Krankenhausaufenthaltes keine weiteren Zuzahlungen zu leisten. Ab dem 61. Tag des stationären Aufenthaltes in einem Krankenhaus ist für jeden Tag eine Zuzahlung in Höhe von 419 USD (entspricht 388,07 Euro) bzw. ab dem 91. Tag in Höhe von 838 USD (entspricht 776,14 Euro) zu leisten. Spätestens ab dem 151. Tag des stationären KH-Aufenthaltes sind die vollständigen Kosten vom Versicherten selbst zu tragen. Für einen stationären Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung (SNF) werden nach Erreichen des Selbstbehalts für die ersten zwanzig Tage keine weiteren Zuzahlungen fällig. Ab dem 21. Tag wird ein täglicher Zuzahlungsbetrag in Höhe von 209,50 USD (entspricht 194,04 Euro) berechnet; dauert die Behandlung länger als 100 Tage, entfällt der Leistungsanspruch und die Kosten sind vollständig vom Versicherten zu tragen. Für die medizinischen Kosten während eines stationären Aufenthaltes sind weitere Zuzahlungen zu leisten, da diese nicht in den Leistungsumfang von Medicare Teil A gehören, sondern Teil von Medicare Teil B sind. In häuslicher Umgebung erbrachte Gesundheitsleistungen sind zuzahlungsfrei, während für medizinische Ausrüstungsgegenstände wie Rollstühle, Gehhilfen oder Krankenhausbetten eine Zuzahlung in Höhe von 20 Prozent zu erbringen ist. Die Kosten für erbrachte Leistungen der Kurzzeitpflege sind zu fünf Prozent vom Versicherten zu tragen.

Auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel, deren Kosten im Rahmen von Teil D von Medicare übernommen werden, kann zunächst ein Selbstbehalt gelten. Die Höhe des Selbstbehalts ist abhängig vom gewählten Versicherungsvertrag, darf jedoch im Jahr 2025 – unabhängig vom gewählten Vertrag – maximal 590 USD (entspricht 546,45 Euro) betragen. Die Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel sind bis zum Erreichen des individuellen Selbstbehalts vollständig vom Versicherten zu tragen, erst danach werden die Kosten für Arzneimittel von Medicare übernommen. Allerdings fällt dabei i. d. R. eine Zuzahlung in Höhe von 25 Prozent der Kosten für Arzneimittel einschließlich Generika an. Anders als bei Medicare Teil A und B gilt im Rahmen von Medicare Teil D eine Zuzahlungsgrenze. Diese liegt im Jahr 2025 bei 2.000 USD (1.852,37 Euro). Sobald die Zuzahlungen des Versicherten für verschreibungspflichtige Arzneimittel diesen Betrag erreicht, wechselt dieser in den sog. Katastrophenversicherungsschutz und hat keine weiteren Zuzahlungen für Arzneimittel zu leisten.¹⁷²

Bei einer Versicherung über Medicare Teil A und B gibt es keine Obergrenze für Zuzahlungen; eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht ist auch für einkommensschwache Personen nicht möglich. Es gibt jedoch verschiedene Möglichkeiten für die Versicherten, ihre finanzielle Belastung durch die geltenden Selbstbehalte und/oder Zuzahlungen zu verringern. Versicherte von

171 Ausführlichere Informationen zu den Selbstbehalten und Zuzahlungen während eines stationären Aufenthaltes sind in englischer Sprache z. B. abrufbar unter <https://www.medicare.gov/coverage/inpatient-hospital-care>. Weitere Informationen zu den Eigenanteilen für alle Teile von Medicare sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/basics/costs/medicare-costs>. Informationen zu den Selbstbehalten bzw. Zuzahlungen für die Teile A und B sind in englischer Sprache auch abrufbar unter <https://www.cms.gov/news-room/fact-sheets/2025-medicare-parts-b-premiums-and-deductibles>.

172 Ausführlichere Informationen zu den Leistungen und Zuzahlungen im Rahmen von Medicare Teil D sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs>.

Medicare können eine sog. Medicare Ergänzungsversicherung (Medigap) abschließen. Hierbei handelt es sich um eine freiwillige zusätzliche Versicherung zu Medicare Original, über die die selbst zu finanzierenden Kostenanteile gegen die Zahlung von Versicherungsbeiträgen (teilweise) abgedeckt werden können. Der Abschluss einer Medigap-Versicherung ist nur möglich, wenn eine Einschreibung in die Teile A und B von Medicare erfolgt ist. Innerhalb der sog. offenen Medigap-Einschreibefrist, die mit der Einschreibung in Medicare Teil B beginnt und sechs Monate beträgt, unterliegen die Versicherer einem Kontrahierungzwang und dürfen zugangsberechtigte Personen nicht aufgrund bestehender Vorerkrankungen ablehnen. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Ablehnung aufgrund vorliegender Erkrankungen oder die Erhebung eines Risikoaufschlags möglich. Der konkrete Leistungsumfang von Medigap ist staatlich festgelegt und bei allen Anbietern identisch. Jedoch gibt es insgesamt zehn verschiedene Varianten von Medigap (Medigap A-D, F, G, and K-N), die in den meisten Bundesstaaten der USA verfügbar sind¹⁷³. Nicht jedes private Unternehmen, das Medigap-Pläne anbietet, muss alle Varianten anbieten; auch können Versicherte unter bestimmten Voraussetzungen nicht zugangsberechtigt zu bestimmten Medigap-Plänen sein.¹⁷⁴ Hat sich der Versicherte für den Abschluss von Medicare Teil C entschieden, ist keine zusätzliche Absicherung durch die Inanspruchnahme von Medigap möglich.

Es gibt darüber hinaus weitere Medicare-Programme, die Personen mit geringem Einkommen dabei helfen, die Beiträge, Selbstbehalte und Zuzahlungen zu finanzieren. Die insgesamt vier bestehenden Programme haben unterschiedliche Anspruchsvoraussetzungen, wie verschiedene Einkommensgrenzen und teilweise zusätzliche weitere Voraussetzungen (z. B. behinderte Menschen in Arbeitsverhältnis ohne Anspruch auf Sozialleistungen für behinderte Personen)¹⁷⁵. Einkommensschwache Personen können zusätzlich zu einer Versicherung bei Medicare unter bestimmten Voraussetzungen finanzielle Unterstützung bei der Tragung der Beiträge für Medicare oder der anfallenden Selbstbehalte bzw. Zuzahlungen oder für zusätzliche (medizinische) Leistungen über Medicaid erhalten. Für Kinder können entsprechende Unterstützungsleistungen über CHIP beantragt werden. So ist ein Zugang zu diesen beiden Gesundheitsfürsorgeprogrammen, die dem Grunde nach Sozialhilfeleistungen sind und die medizinische Versorgung für einkommensschwache Personen sicherstellen sollen, auch für über Medicare versicherte Personen möglich, sofern diese bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschreiten. Außerhalb von Medicare gibt es neben Medicaid ebenfalls weitere staatliche Programme zur Reduzierung der Kosten für (verschreibungspflichtige) Arzneimittel, z. B. Extra Help, das sog. ergänzende Sicherheitseinkommen (Supplemental Security Income – SSI) oder (bundesstaatliche) pharmazeutische Unterstützungsprogramme (State Pharmaceutical Assistance Programs – SPAP bzw. Pharmaceutical Assistance Programs – PAP).

¹⁷³ Eine Übersicht über die Leistungen der verschiedenen Medigap-Versicherungspläne ist in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/basics/compare-plan-benefits>. In einzelnen Bundesstaaten werden die Medigap-Versicherungen davon abweichend standardisiert. Auch gibt es in einigen Bundesstaaten mit Medicare Select neben Medigap eine weitere zusätzliche Medicare-Zusatzversicherung.

¹⁷⁴ Ausführlichere Informationen zur zusätzlichen Absicherung über Medigap finden sich in englischer Sprache bei Medicare.gov, Get Medigap Basics, abrufbar unter <https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/basics>.

¹⁷⁵ Ausführlichere Informationen zu den verschiedenen Kostenreduzierungsprogrammen von Medicare sind in englischer Sprache abrufbar unter <https://www.medicare.gov/basics/costs/help/medicare-savings-programs>.

8.5. Literatur zum Gesundheitssystem

Gunja, Munira Z. u. a., U.S. Health Care from a Global Perspective, 2022: Accelerating Spending, Worsening Outcomes, The Commonwealth Fund (Hrsg.), 31. Januar 2023, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/jan/us-health-care-global-perspective-2022>.

Rice, Thomas u. a., United States – Health System Review 2020 – Health Systems in Transition, WHO/Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Band 22 Nr. 4, Ausgabe 2020, abrufbar unter <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-states-health-system-review-2020>.

Tikkanen, Roosa u. a., International Health Care System Profiles – United States, The Commonwealth Fund (Hrsg.), 5. Juni 2020, abrufbar unter <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>.
