

Weitere Erläuterungen

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage der Statistik ist § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976) (BGBl. I S. 3845) in Verbindung mit der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVvV) vom 4. Januar 1984 (BAnz. Nr.7), berichtigt am 19. Juni 1984 (BAnz. Nr. 117).

Methodische Hinweise

Die Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Statistik über Mitglieder, Krankenstand, Beitragssätze, Einnahmen, Ausgaben und Leistungsfälle und wird in monatlicher, vierteljährlicher und jährlicher Periodizität erbracht.

Die *gesetzliche Krankenversicherung (GKV)* stellt ein wichtiges Element der gesetzlichen Sozialversicherung dar. Sie schützt seit Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung (RVO) im Jahr 1911 die Bevölkerung gegen das Lebensrisiko "Krankheit". In Deutschland besteht ein gegliedertes System, in dem acht verschiedene Kassenarten Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind:

- Primärkassen
 - Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
 - Betriebskrankenkassen (BKK)
 - Innungskrankenkassen (IKK)
- berufsständische Kassen
 - Bundesknappschaft (BK)
 - Seekrankenkasse (SeeKK)
 - Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
- Ersatzkassen
 - Ersatzkassen für Arbeiter (EKAr)
 - Ersatzkassen für Angestellte (EKAn)

Die starke Dezentralisierung des deutschen Krankenkassenwesens ist ein historisches Erbe, das einerseits Vorteile wie Selbstverwaltung, Konkurrenz, Bürgernähe, andererseits Nachteile wie die unterschiedliche Verteilung der finanziellen Risiken für die einzelnen Kassen mit sich bringt.

Eine regionale Analyse der gesetzlichen Krankenversicherung unter dem Aspekt räumlicher Disparitäten in Mitglieder- und Leistungsstruktur sowie der finanzwirtschaftlichen Aktivitäten erhält so bereits auf der Landesebene eine entsprechende Bedeutung.

Die Landesanalyse zur gesetzlichen Krankenversicherung ist aufgrund der Datensituation der Krankenkassenstatistik nur für die *sächsischen Krankenkassen* (Allgemeine Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und bis 2004 Sächsische Landwirtschaftliche Krankenkasse) möglich.

Als sächsische Krankenkassen bezeichnet man die Kassen, die ihren Hauptsitz in Sachsen haben.

Die Verlegung des Hauptsitzes der BKK Zollern Alb nach Dresden begründet den starken Zuwachs 2002. Durch die Fusionierung der sächsischen LKK mit der LKK Berlin und gleichzeitiger Verlegung des Hauptsitzes nach Berlin besteht ab 2005 keine Berichtspflicht mehr. Durch die Fusionierung der AOK Sachsen und AOK Thüringen zur AOK PLUS erklärt sich der starke Zuwachs 2008. Ab 2009 gibt es nur noch eine Betriebskrankenkasse mit Hauptsitz in Sachsen (BKK Medicus), dadurch ist der starke Rückgang zu begründen. Die BKK Gesundheit hat ihren Hauptsitz von Sachsen nach Hessen verlegt. Die IKK classic geht aus der Fusion der IKK Baden-Württemberg und Hessen, IKK Hamburg, IKK Sachsen und IKK Thüringen zum 1. Januar 2010 hervor. Sie hat ihren Hauptsitz in Sachsen, dadurch ist der große Zuwachs zu erklären. Zum 1. August 2011 wurde die Vereinigte IKK in die IKK classic aufgenommen. Zum 1. Januar 2015 Fusion der BKK Medicus mit der BKK VBU zur BKK VBU und gleichzeitiger Verlegung des Hauptsitzes nach Berlin.

Mit dieser Darstellung über Versichertenstruktur, Einnahmen, Ausgaben und Leistungsfälle wird die Entwicklung der ab 1991 in Sachsen gebildeten Allgemeinen Ortskrankenkasse, Betriebs- und Innungskrankenkassen erkennbar. Die Angaben der Betriebskrankenkassen beinhalten nicht die Bundesverwaltungskrankenkassen wie Bundespostbetriebskrankenkasse, Bundesbahnbetriebskrankenkasse und Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums, da uns von den genannten Krankenkassen keine Daten für den Freistaat Sachsen bereitgestellt werden.

Die Bundesverbände der jeweiligen Krankenkassen melden die Daten zum GKV-Spitzenverband und von dort bekommt das Statistische Landesamt die Angaben bereitgestellt.

Erläuterungen

Entsprechend der Zuordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden in diesem Bericht die **Versicherten** nach Mitgliedern, Rentnern (einschließlich Rentenantragstellern) und mitversicherten Familienangehörigen unterschieden, wobei die Rentner und Rentenantragsteller in der Grobgliederung als Mitglieder betrachtet werden.

Die **Mitglieder** werden in Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder unterteilt.

Rentner (hauptsächlich Altersrentner) sind Personen, bei denen der Rentenbezug die Haupteinnahmequelle darstellt. Nicht zu diesem Personenkreis zählen Rentner, die eine sogenannte Vorrangversicherung haben. Ein Beispiel wäre eine Person die Waisenrente erhält, aber gleichzeitig einer Beschäftigung nachgeht. Diese Beschäftigung ist "vorrangig" der Waisenrente.

Versicherungspflicht in der GKV besteht bei Beschäftigung innerhalb bestimmter Einkommensgrenzen (Beitragsbemessungsgrenze, die gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze ist) sowie bei Bezug von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit bei Arbeitslosigkeit, Rentenbezug, beruflicher Bildung (Auszubildende und Studenten) und Vorruhestand.

Freiwillig in der GKV können sich Selbständige und abhängig Beschäftigte versichern, deren Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet.

Familienangehörige der Mitglieder bzw. der Rentner sind dann mitversichert, wenn sie nicht über ein eigenes Einkommen in bestimmter Höhe verfügen. In diesem Bericht werden unter Familienangehörigen immer die mitversicherten Familienangehörigen verstanden.

Der **Krankenstand** stellt den Prozentsatz der arbeitsunfähig krankengeldberechtigten Mitglieder an den krankengeldberechtigten Mitgliedern dar. Das bedeutet ohne Rentner, ALG II-Empfänger, Studenten, Praktikanten und Azubis ohne Entgelt, Vorruhestandsgeldempfänger, Wehr-, Zivil- und Dienstleistende bei der Bundespolizei sowie freiwillige Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld.

Die **Einnahmen** der GKV setzen sich aus den Beitragseinnahmen für versicherungspflichtige Mitglieder und Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V) sowie Vermögenserträge und sonstige Einnahmen der Krankenversicherung zusammen.

Die **Leistungen** der GKV sind weitgehend im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) festgelegt; sie umfassen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, zur Krankenbehandlung wie ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung und Krankengeld sowie zur Früherkennung von Krankheiten. Bei bestimmten Leistungen, wie z. B. bei Arznei- und Heilmitteln oder bei Krankenhaus- und Kuraufenthalt, sind Eigenbeteiligungen der Versicherten in Form von Zuzahlungen vorgesehen.