

Indikator 10.19 (L)

Versichertenstruktur nach Krankenkassen/Krankenversicherungen, Land, Jahr

Definition

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Entsprechende Leistungen werden den Versicherten durch die Krankenkassen angeboten. Der versicherte Personenkreis setzt sich aus Pflichtversicherten, freiwillig Versicherten und aus mitversicherten Familienangehörigen zusammen.

Pflichtversicherte Personen sind lt. SGB V Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt 75 % der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, Rentenbezieher, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, sowie Auszubildende, Studierende und Arbeitslose. Außerdem gehören zum Kreis der Versicherungspflichtigen auch solche Personen, die in Einrichtungen für behinderte Menschen beschäftigt sind oder dort an einer berufsfördernden Maßnahme teilnehmen, Personen, die wegen einer berufsfördernden Maßnahme Übergangsgeld beziehen sowie Jugendliche, die durch die Beschäftigung in einer Einrichtung der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen. Ferner sind Landwirte und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen sowie einige kleinere Gruppen von Selbstständigen pflichtversichert.

Freiwillig Versicherte sind Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten 5 Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 6 Monate versichert waren sowie weitere im § 9 des SGB V genannte Personenkreise. Zu den freiwillig versicherten Personen zählen Versicherte, deren Einkünfte die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen.

Versicherte Familienangehörige sind unterhaltsberechtigzte Angehörige (Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von Mitgliedern), sofern deren eigenes Einkommen bestimmte Grenzen nicht übersteigt. Nähere Bestimmungen sind in § 10 SGB V enthalten.

Datenhalter

Statistische Landesämter

Datenquelle

Mikrozensus, Zusatzerhebung

Periodizität

März - Mai 1999, 2003: alle 4 Jahre

Validität

In der Mikrozensus-Stichprobe wird eine hohe Ausschöpfung erzielt durch die Kombination von mündlicher Befragung durch Interviewer (als Erhebungsmethode erster Wahl) und schriftlicher Befragung (auf Wunsch des ausgewählten Haushalts bzw. bei Nichterreichbarkeit durch die Interviewer). Der Nonresponse wird möglichst gering gehalten durch mehrmalige Versuche der Interviewer, die Interviewpartner anzutreffen und durch Überprüfung und Nachfragen bei Antwortausfällen bzw. unplausiblen Antworten. Damit ist von einer ausreichenden Validität der Daten auszugehen.

Kommentar

Der Mikrozensus ist eine jährlich durchgeführte Repräsentativbefragung einer 1% - Stichprobe aller Haushalte zur Ermittlung bevölkerungs- und erwerbsstatistischer Daten. Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz) in Verbindung mit dem Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (BStatG). Die organisatorische und technische Vorbereitung des Mikrozensus erfolgt im Statistischen Bundesamt. Für die Durchführung der Befragung und die Aufbereitung sind die Statistischen Landesämter zuständig. Der Mikrozensus ist überwiegend eine persönliche Befragung durch Interviewer. Bundesweit nehmen rund 370 000 Haushalte mit 820 000 Personen am Mikrozensus teil. Neben Bundesergebnissen werden auch Ergebnisse für die einzelnen Bundesländer zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich werden Auswertungen nach größeren regionalen Einheiten z. B. 500 000 Einwohnern vorgenommen. Im Rahmen der im Abstand von vier Jahren durchgeführten Zusatzprogramme werden u. a. Feststellungen über den Versicherungsschutz der Bevölkerung (inkl. Absicherung in der privaten Krankenversicherung) getroffen, auf denen der Indikator beruht.

In dem Indikator sind nichtversicherte Personen nicht enthalten. Da nicht alle gesetzlichen Krankenkassen aufgeführt sind, ist die Summe der Versicherten nicht identisch mit der Summe der Versicherten im Indikator 10.17. Der Indikator gehört zu den Prozessindikatoren.

Vergleichbarkeit

Es gibt keine vergleichbaren WHO-, OECD- und EU-Indikatoren. Der Indikator ist vergleichbar mit dem bisherigen GMK-Indikator 10.8.

Originalquellen

Statistische Landesämter.

Dokumentationsstand