



Rotstift in der gesetzlichen Krankenversicherung: Weniger Leistung für mehr Geld

Leistungskürzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung wird es bei der privaten Krankenversicherung nicht geben. Denn den vertraglich zugesagten Versicherungsschutz zu erfüllen, ist das gesetzlich verankerte Prinzip der privaten Versicherungen.

Beitragsatzerhöhungen einzelner Kassen oder zusätzliche Beitragsquellen aus den Einnahmen der gesetzlich Versicherten reichten in der Vergangenheit nicht aus, um den Ausgabenanstieg der Krankenkassen zu finanzieren. Der Gesetzgeber hat mit umfangreichen Einschränkungen des Leistungsangebots der gesetzlichen Krankenversicherung schon in der Vergangenheit versucht, den steigenden Ausgaben für das Gesundheitswesen zu begegnen:

1977: Kostendämpfungsgesetz

- ↻ Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, und Heilmittel
- ↻ gekürzte Zuschüsse für Zahnersatzleistungen
- ↻ Keine freie Wahl des Krankenhauses.
- ↻ Einschränkungen bei der kostenfreien Familienhilfe

1982: 2. Kostendämpfungsgesetz

- ↻ Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel
- ↻ Zuzahlungen für Brillen
- ↻ Bei Zahnersatz gibt es für zahntechnische Leistungen nur 60% Erstattung
- ↻ Voraussetzungen für die kostenfreie Familienhilfe weiter verschärft

1983: Haushaltsbegleitgesetz

- ↻ Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei- Verband- und Heilmittel
- ↻ Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung
- ↻ Beitragspflicht für Krankengeld zur Renten- und Arbeitslosenversicherung(1984)

1989: Gesundheitsreformgesetz

- ↻ Erhöhung der Zuzahlung für Arzneimittel ohne Festbeträge
- ↻ Zuzahlung bei Fahrtkosten
- ↻ Wegfall bestimmter Fahrtkostenleistungen
- ↻ Zuzahlungen bei stationären Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen
- ↻ Höhere Eigenanteile bei Brillen
- ↻ Zahnersatzzuschüsse sind von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen abhängig
- ↻ Streichung des Sterbegeldes für alle nach dem 1.1.1989 eingetretenen Kassenmitglieder
- ↻ Leistungskürzungen und Leistungsausschlüsse für bestimmten Zahnersatz
- ↻ Erhöhung der Eigenanteile Keine
- ↻ kieferorthopädische Behandlung mehr für Personen über 18 Jahre

1993 Gesundheitsreform per 1.1.1993

- ↻ Zuzahlung von Arznei- und Verbandmitteln sind preisbezogen:
 - bis 30 DM = 3 DM,
 - bis 50 DM = 5 DM,
 - über 50 DM = 7 DM.
- ↻ Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 11 DM/Tag bis 14 Tage.
- ↻ Keine Leistung für Kieferorthopädie für Erwachsene
- ↻ Keine Leistung für aus GKV-Sicht zahnmedizinisch umstrittene und unnötig aufwendige prothetische Leistungen (z.B. Brücke nur noch zum Ersatz von bis zu 3 Zähnen)

1994

- ↻ Zuzahlung zu Arznei- Verbandsmitteln wird packungsgrößenbezogen:
 - kleine Packung=4 DM,
 - mittlere = 6 DM,
 - große=8 DM.
- ↻ Erhöhungen der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt auf 12 DM/Tag bis 14 Tage

1997 Beitragsentlastungsgesetz per 1.1.1997

- ➔ Erhöhung der Zuzahlung zu Arznei und Verbandmitteln auf:
kleine Packung = 4 DM,
mittlere = 6 DM,
große = 8 DM
- ➔ Kein Zuschuß mehr zu Brillengestellen.
- ➔ Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Kuren:
- ➔ Alte Bundesländer 25 DM/Tag, Neue Bundesländer 20 DM/Tag, Regeldauer 3 Wochen, alle 4 Jahre
- ➔ Kürzung des Krankentagegeldes auf 70% bis max. 90% vom Nettoeinkommen
- ➔ Keine Zahnersatzleistungen mehr für Kinder und Jugendliche, die nach dem 31.12.1978 geboren sind (außer z.B. Unfällen).

01.07.1997 1. und 2. NOG per 1.7.1997

- ➔ Erhöhung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln je nach Packungsgröße
9 DM, 11 DM oder 13 DM,
- ➔ Krankenhausaufenthalt 17 DM (West) bzw. 14 DM (Ost),
- ➔ Verbandmittel 9 DM, Fahrtkosten 25 DM,
- ➔ Heilmittel 15%, kleine Hilfsmittel 20%.
- ➔ Weitere Erhöhung der Zuzahlungen individuell je Krankenkasse bei Erhöhung des Beitragssatzes (+0,1 Prozentpunkt Beitragssatz = + 1 DM bzw. 1 % Punkt Erhöhung der Zuzahlungen).
- ➔ Zuzahlungsbeiträge werden ab 1.7.1999 entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße angepaßt.
- ➔ Einführung eines Festzuschusses und Kostenerstattung für Zahnersatz, bis dahin Kürzung des Kassenzuschusses um 5 Prozentpunkte.

01.01.1999 Solidaritätsstärkungsgesetz

- ⊖ Reduzierung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln je nach Packungsgröße
6 DM,
9 DM oder
10 DM
- ⊖ Abschaffung der Festzuschüsse,
- ⊖ 50% Erstattung beim Zahnersatz.
- ⊖ Streichung des Krankenhausnotopfers

01.01.2000 Gesundheitsreform 2000

Streichung medizinisch fragwürdiger Leistungen und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen.

Zur Sicherung der Qualität in der Arzneimittelversorgung soll eine Positivliste eingeführt werden. Stärkung der hausärztlichen Versorgung unter Beachtung der freien Arztwahl

Stärkung der Patientenrechte und des Patientenschutzes.

Vorrang von Rehabilitation vor Frühverrentung und Pflege

Bessere Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern z.B. durch gemeinsame Nutzung teurer Medizintechnik

Verbesserung der Qualitätssicherung

Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung

Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung sowie der Krankenhausfinanzierung

Reform der ärztlichen Ausbildung und Überprüfung der Berufsbilder im Gesundheitswesen

Einführung eines Globalbudgets für die Ausgaben der Krankenkassen.

01.01.2004 Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Einführung einer Praxisgebühr von € 10,- im Quartal beim Arzt und Zahnarzt. Wird ein Facharzt ohne Überweisung aufgesucht, sind immer € 10,- pro Arztbesuch zu zahlen. Bei ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus sind ebenfalls € 10,- zu zahlen.

Zuzahlung von 10% des Preises zu Arznei-, Hilfs- und Verbandmitteln, mindestens jedoch € 5,- und maximal € 10,- pro Mittel.

Wird eine Soziotherapie oder eine Haushaltshilfe in Anspruch genommen, müssen 10% der täglichen Kosten (mindestens € 5,- und maximal € 10,-) selbst gezahlt werden.

Bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation sind je Tag € 10,- zuzuzahlen. Bei einer Anschlussheilbehandlung ist dieses auf 28 Tage begrenzt.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter kostet täglich

€ 10,- Eigenbeteiligung ohne zeitliche Begrenzung.

Die Zuzahlung im Krankenhaus wird auf € 10,- je Tag erhöht.

Fahrtkosten, Brillen (Ausnahme bei Kindern), nicht verschreibungspflichtige Medikamente, Entbindungs- und Sterbegeld werden komplett gestrichen.

Für Heilmittel und häusliche Krankenpflege müssen 10% des Mittels sowie € 10,- je Verordnung selbst getragen werden. Bei häuslicher Pflege ist dieses auf 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt.

01.01.2005 Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004

Zahnersatz wird komplett gestrichen. Er kann dann entweder privat oder gesetzlich zusätzlich versichert werden.

01.01.2006 Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004

Der Beitragssatz erhöht sich um 0,5% für den Versicherten. Damit wird der Arbeitgeberanteil am Verdienstaufschlag auf den Arbeitnehmer verschoben.