

## IWS-Studie: Sozialreformen seit 1989

# Die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung

von Kay Bourcarde

*Die sinkenden Wachstumsraten vor Augen hat die Politik große Anstrengungen unternommen, möglichst viele denkbare Wachstumshemmnisse zu beseitigen. Als ein solches Hemmnis gelten die kontinuierlich gestiegenen Beitragssätze zu den Sozialversicherungen. Viele Reformen hatten daher das Ziel, die Beitragssätze zu senken oder zumindest zu stabilisieren.*

*In den Medien aber auch in der Wissenschaft wird darüber zumeist losgelöst von den bisherigen Änderungen berichtet. Dies ist wenig verwunderlich, denn allein die Reformen von 1989 bis heute waren so zahlreich und vielfältig, dass sie kaum mehr überblickt werden können. Ein solcher Überblick ist jedoch notwendig, wenn nicht nur einzelne Ausschnitte, sondern der Reformprozess insgesamt analysiert werden soll. Das IWS untersucht daher die Gesetzesänderungen der letzten fünfzehn Jahre im Rahmen einer Studie. In dieser Ausgabe wird zunächst der „Reformweg“ der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgezeigt. Dabei werden die verschiedenen Reformen nicht nebeneinander gestellt, sondern die Entwicklung einzelner Aspekte der GKV zusammenhängend und in chronologischer Abfolge veranschaulicht.*

1988 verabschiedete der Deutsche Bundestag eine Gesetzesvorlage der schwarz-gelben Bundesregierung: das Gesundheitsreformgesetz. Bis zu diesem Zeitpunkt war das Krankenversicherungsrecht über viele Gesetze und Verordnungen verstreut. Durch das Gesundheitsreformgesetz wurden diese Bestimmungen größtenteils in einem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zusammengeführt und in den darauf folgenden Jahren viele Male geändert.

## 1 Zuzahlungen

Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich grundsätzlich über die Beiträge ihrer Mitglieder (siehe Kasten „Die Prinzipien der Gesetzlichen Krankenver-

sicherung“). Der Versicherte erwirbt damit das Recht, von der GKV im Krankheitsfall mit Sachleistungen versorgt zu werden, ohne dafür eigene Mittel aufbringen zu müssen.

Teilweise wird dieses Sachleistungsprinzip jedoch durch Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln, Krankenhausbehandlungen oder Fahrkosten durchbrochen. Damit werden die Versicherten über die gezahlten Beiträge hinaus unmittelbar an den von ihnen verursachten Kosten beteiligt. Kinder und Jugendliche sind bis zu ihrem vollendeten 18. Lebensjahr von Zuzahlungen befreit.<sup>1</sup> Im Folgenden werden die Veränderungen bei wichtigen Zuzahlungen verglichen. Die inflationsbereinigten Zahlen sind im Kasten „Die Änderungen kompakt“ zu finden.

Reform der ...

**Gesetzlichen Krankenversicherung**

Gesetzlichen Rentenversicherung (in Heft 2)

Gesetzlichen Arbeitslosenversicherung (in Heft 3)

Gesetzlichen Pflegeversicherung (in Heft 4)

## 1.1 Zuzahlungen zu Arzneimitteln

Durch das Gesundheitsreformgesetz wurden 1989 für viele Arzneimittel sogenannte *Festbeträge* eingeführt. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für ein Mittel, für das ein Festbetrag gilt, nur bis zu diesem Betrag. Sollte der Preis des Arzneimittels den Festbetrag übersteigen, so muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Der Gesetzgeber wollte durch die Festbeträge einen Preiswettbewerb auslösen.<sup>2</sup>

Für Arzneimittel ohne eine Festbetragsregelung mussten die Versicherten hingegen weiterhin feste Zuzahlungsbeträge zahlen. Diese Zuzahlung wurde 1989 von 2 auf 3 DM je verordnetem Mittel erhöht.<sup>3</sup>

Ab 1993 wurde dann unterschieden nach der Packungsgröße. Der bisherige einheitliche Zuzahlungsbetrag von 3 DM galt nur noch für die kleinste Größe (N1), für die beiden größeren Packungen (N2 und N3) musste der Versicherte nun 5 bzw. 7 DM zuzahlen. Gleichzeitig wurden die Zuzahlungen auch auf solche Arzneimittel ausgeweitet, für die bereits ein Festbetrag galt.<sup>4</sup> Vier Jahre später wurden die Zuzahlungen erneut für jede Packungsgröße um zunächst jeweils 1 DM angehoben<sup>5</sup> und ein Jahr darauf deutlich auf dann 9, 11 und 13 DM erhöht.<sup>6</sup>

Mit dem Regierungswechsel kam es zunächst auch zu einem Kurswechsel: Die Zuzahlungen sanken auf 8, 9 und 10 DM.<sup>7</sup> Zur Euroeinführung im Jahr 2002 wurden die Zuzahlungen auf Euro umgestellt und die Beträge dabei einfach halbiert.<sup>8</sup> 2004 hat die rot-grüne Koalition mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die Zuzahlungen dann wieder deutlich angehoben. Seitdem muss der Versicherte bei jedem Arzneimittel einheitlich 10% der Kosten selbst tragen. Dabei gibt es eine Art „Zuzahlungskorridor“, durch den die Zuzahlungen sowohl nach unten als auch nach oben hin begrenzt werden: Der Versicherte zahlt je Verordnung mindestens 5 Euro zu und damit den bisherigen Betrag für die größten Packungen. Sollten die Kosten weniger als 5 Euro betragen, zahlt der Versicherte diesen Betrag entsprechend alleine. Höchstens zahlt er 10 Euro zu.<sup>9</sup>

Je nach Packungsgröße hat der Gesetzgeber damit seit 1988 die Zuzahlungen zu Arzneimitteln verfünf- bis verzehnfacht.

## 1.2 Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung

Bei einer Krankenhausbehandlung zahlt der Versicherte einen Tagesbetrag zu, dies jedoch nur für eine maximale Anzahl von Tagen pro Kalenderjahr.

Dieser Tagesbetrag wurde 1991 von 5 auf 10 DM je Tag verdoppelt. Der Versicherte musste weiterhin für höchstens vierzehn Tage im Jahr zuzahlen.<sup>10</sup> 1994 wurde die bis dahin bundesweit einheitliche Zuzahlung durch einen für West- und Ostdeutschland unterschiedlich hohen Betrag ersetzt. Statt der bisherigen 10 DM betrug die Selbstbeteiligung von nun an in Westdeutschland 12 DM und in Ostdeutschland 9 DM pro Tag.<sup>11</sup> Drei Jahre später wurde die Selbstbeteiligung um jeweils 5 DM angehoben.<sup>12</sup> 2001 wurden die Zuzahlungen wieder vereinheitlicht, indem der ostdeutsche Zuzahlungsbetrag auf die Höhe des westdeutschen in Höhe von 17 DM angehoben wurde.<sup>13</sup> Zur Euroeinführung wurde die Zuzahlung von 17 DM auf 9 Euro umgestellt.<sup>14</sup>

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ist die Selbstbeteiligung im Jahr 2004 noch einmal auf nun 10 Euro gestiegen. Gleichzeitig ist auch die maximale Zuzahlungsdauer von vierzehn auf nun achtundzwanzig Tage pro Kalenderjahr verdoppelt worden.<sup>15</sup>

Die maximale Zuzahlung pro Kalenderjahr hat sich damit seit einschließlich 1989 knapp verdachtacht.

## 1.3 Zuzahlung zur Rehabilitation

Rehabilitationen sollen dabei helfen, bleibende Gesundheitsschäden und damit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit infolge von Krankheiten zu vermeiden.<sup>16</sup> 1994 wurde die bis dahin bundesweit einheitliche Zuzahlung durch einen für West- und Ostdeutschland unterschiedlich hohen Betrag ersetzt. Statt der bisherigen 10 DM betrug die Selbstbeteiligung von nun an in Westdeutschland 12 DM und in Ostdeutschland 9 DM pro Tag.<sup>17</sup>

1997 stieg die tägliche Zuzahlung von 12 auf 25 DM bzw. von 9 auf 20 DM.<sup>18</sup> Nach dem Regierungswechsel sank im Jahr 2000 die Zuzahlungshöhe zunächst auf 17 DM bzw. 14 DM.<sup>19</sup> Ein Jahr später wurden die unterschiedlichen Zuzahlungshöhen in West- und Ostdeutschland ähnlich wie bei den Arzneimitteln

## Kurzübersicht

### Die Prinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die GKV soll die Gesundheit ihrer Versicherten erhalten beziehungsweise bei Bedarf wiederherstellen.<sup>I</sup> Im Falle von vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit ersetzt sie zudem den ausgefallenen Lohn durch Krankengeld.<sup>II</sup> Die GKV basiert im Wesentlichen auf dem sogenannten *Sachleistungsprinzip*. Dies bedeutet, dass die Versicherten aufgrund ihrer Beitragszahlungen das Recht haben, im Krankheitsfall die erforderlichen medizinischen Sachleistungen kostenfrei zu erhalten.<sup>III</sup> Versichert sind vor allem Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze,<sup>IV</sup> Rentner der Gesetzlichen Rentenversicherung, Bezieher von Arbeitslosenunterstützung, Land- und Forstwirte, Studenten sowie Künstler. Diese Personen haben nicht die freie Entscheidung, ob sie Mitglied sein möchten oder nicht, denn die GKV ist genauso wie alle anderen Sozialversicherungszweige eine *Pflichtversicherung*. Selbstständige hingegen sind in der Regel nicht versicherungspflichtig, können allerdings freiwillig Mitglied werden. Das gleiche gilt für Arbeiter und Angestellte, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.

Die GKV ist eine *Solidarversicherung*: Familienangehörige sind, soweit sie kein eigenes Einkommen über einer gewissen Höhe haben, kostenlos mitversichert.<sup>V</sup> Anders als bei den privaten Krankenversicherungen werden die Beiträge nicht aufgrund des individuellen Risikos erhoben, sondern entsprechend der finanziellen Leistungskraft des einzelnen Versicherten.<sup>VI</sup>

Die Ausgaben der GKV werden durch Mitgliedsbeiträge finanziert, die prozentual zum Bruttoeinkommen erhoben werden und die je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu zahlen sind. Bei dieser sogenannten *paritätischen Finanzierung* wurden allerdings Änderungen vorgenommen.

Die GKV hat derzeit etwa 51 Millionen Mitglieder,<sup>VII</sup> wobei weitere 20 Millionen Menschen (Ehepartner und Kinder der Versicherten) kostenlos mitversichert sind.<sup>VIII</sup> Der durchschnittliche Beitragssatz liegt aktuell (2005) bei etwa 14,0 % des Bruttoeinkommens, Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen somit jeweils etwa 7 %.<sup>IX</sup>

und der Krankenhausbehandlung wieder vereinheitlicht, indem die Zuzahlung in Ostdeutschland auf das westdeutsche Niveau angehoben wurde. Damit gab es nur noch einen einheitlichen Zuzahlungsbetrag in Höhe von 17 DM.<sup>20</sup> Zur Euroeinführung wurde der Betrag umgestellt auf 9 Euro.<sup>21</sup> Mit der Gesundheitsreform 2004 ist der Zuzahlungsbetrag auf 10 Euro gestiegen.<sup>22</sup>

Damit hat sich die maximale Zuzahlung seit 1989 in etwa verdoppelt.

#### 1.4 Zuzahlung zur Anschlussrehabilitation

Ein Unterfall der Rehabilitation ist die sogenannte Anschlussrehabilitation. Wie es der Name bereits ausdrückt, schließen sich derartige Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar an einen ambulanten oder

stationären Krankenhausaufenthalt an, sofern dieser zur vollständigen Heilung nicht ausreicht. Anders als bei der allgemeinen Rehabilitation ist hier die Zuzahlung genauso wie bei einer Krankenhausbehandlung auf eine maximale Anzahl von Tagen pro Kalenderjahr begrenzt.

1994 wurde auch hier die bis dahin bundesweit einheitliche Zuzahlung durch einen für West- und Ostdeutschland unterschiedlich hohen Betrag ersetzt. Statt der bisherigen 10 DM betrug die Selbstbeteiligung von nun an in Westdeutschland 12 DM und in Ostdeutschland 9 DM pro Tag. Die Zuzahlung blieb auf maximal vierzehn Tage pro Kalenderjahr begrenzt.<sup>23</sup> 1997 stieg die Zuzahlung von 12 auf 17 DM bzw. von 9 auf 14 DM.<sup>24</sup> 2001 wurden auch hier die unterschiedlichen Zuzahlungshöhen in West- und Ostdeutschland

## Maximale Zuzahlungen

(Vergleich 1988 / 2004, umgerechnet in Euro)

Leistungskategorie	1988	2004	Änderung nominal	Änderung real*
Arzneimittel	1,02 €	5 – 10 €	+ 390 % bis + 880 %	+ 225 % bis + 555 %
Krankenhausbehandlung	2,56 € pro Tag max. 14 Tage (= 35,84 €)	10 € pro Tag max. 28 Tage (= 280 €)	+ 680 %	+ 420 %
Rehabilitation (Kuren)	5,11 €	10 €	+ 95 %	+ 30 %
Anschlussrehabilitation	5,11 € pro Tag max. 14 Tage (= 71,54 €)	10 € pro Tag max. 28 Tage (= 280 €)	+ 2 90 %	+ 160 %
Fahrkosten**	2,56 €	5 - 10 €	+ 95 % bis + 290 %	+ 30 % bis + 160 %
Praxisgebühr	–	10 € / Quartal	–	–
Überforderungsklausel***	2 % (2 %)	2 % (1 %)	–	–
Härtefälle	befreit	2 %	–	–

\* Inflationsbereinigt, Inflation zwischen 1988 und 2003: 33 %, Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Taschenbuch 2004, Tab. 1.2.

\*\* Seit der Vervierfachung 1989 sind die Fahrkosten stabil geblieben. Da durch die Gesundheitsreform 2004 die Fahrkosten allerdings nur noch in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden und eine größere Zahl der Fahrten von den Versicherten voll getragen werden muss, ist die Eigenbeteiligung in diesem Bereich dennoch stark gestiegen.

\*\*\* In Klammern: chronisch Kranke. Versicherte mit sehr hohem Einkommen zahlten 1988 maximal 4 %.



wieder vereinheitlicht, indem die Zuzahlung in Ostdeutschland auf das westdeutsche Niveau von 17 DM angehoben wurde.<sup>25</sup> Zur Euroeinführung wurde dieser Betrag umgestellt auf 9 Euro.<sup>26</sup> Mit der Gesundheitsreform 2004 ist der Zuzahlungsbetrag auf 10 Euro gestiegen, gleichzeitig ist die maximale Zuzahlungsdauer auf achtundzwanzig Tage verdoppelt worden.<sup>27</sup>

Damit wurde für eine Anschlussrehabilitation seit 1989 die maximale Zuzahlungshöhe pro Kalenderjahr knapp vervierfacht.

### 1.5 Zuzahlung zu Fahrkosten

Die Krankenkassen übernehmen Fahrkosten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Krankenkassenleistung erforderlich sind.<sup>28</sup> Die Zuzahlung hierzu wurde 1989 von 5 auf 20 DM je Fahrt vervierfacht.<sup>29</sup> 1997 stieg die Selbstbeteiligung weiter auf 25 DM<sup>30</sup> und wurde dann zur Euroeinführung auf 13 Euro festgeschrieben.<sup>31</sup>

Mit der Gesundheitsreform 2004 ist die Zuzahlung auf eine prozentuale Zuzahlung von 10% der Kosten umgestellt worden und damit gesunken, denn der Versicherte übernimmt maximal 10 Euro selbst.

Vergleicht man die Zuzahlung zu Fahrkosten nach ihrer Vervierfachung im Jahre 1989 und heute, so ist die Selbstbeteiligung daher in etwa gleich geblieben. Dies gilt allerdings nur für die Fahrten, die von den Krankenkassen noch übernommen werden. Gleichzeitig ist nämlich die Zahl der Fälle, in denen der Versicherte noch einen Anspruch auf eine Fahrkostenübernahme hat, deutlich gesunken. Die Fahrkosten werden nun in der Regel nur noch nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse und in besonderen Ausnahmefällen übernommen.<sup>32</sup> Da somit eine größere Zahl der Fahrten von den Versicherten voll getragen werden muss, ist die Eigenbeteiligung in diesem Bereich ebenfalls angestiegen.



## 1.6 Weitere Zuzahlungen

**Heilmittel:** Heilmittel sind beispielsweise Massagen, Bäder, Krankengymnastik oder Sprachtherapien. Die Zuzahlung zu diesen wurde 1989 umgestellt von 4 DM auf 10% der Kosten.<sup>33</sup> 1997 stieg die Zuzahlung auf 15%.<sup>34</sup> Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde die Zuzahlung auf 10% der Kosten zuzüglich 10 Euro je Verordnung umgestellt.<sup>35</sup>

**Hilfsmittel:** 1997 wurden Zuzahlungen zu bestimmten Hilfsmitteln wie Bandagen oder Einlagen in Höhe von 20% der Kosten eingeführt.<sup>36</sup>

**Neue Zuzahlungen durch die Gesundheitsreform 2004:** Erkrankte Versicherte werden in ihrem Haushalt außer durch einen Arzt auch durch Pflegekräfte betreut, wenn dies nicht Familienangehörige tun können und dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.<sup>37</sup> Für häusliche Krankenpflege muss nun eine Zuzahlung in Höhe von 10% täglich zuzüglich 10 Euro je Verordnung erfolgen.<sup>38</sup> Die Zuzahlung ist auf längstens achtundzwanzig Tage pro Kalenderjahr begrenzt.<sup>39</sup>

Versicherte, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht selbstständig dafür sorgen können, dass sie ärztlich behandelt werden, haben einen Anspruch auf Soziotherapie.<sup>40</sup> Dafür ist eine zeitlich unbegrenzte Zuzahlung in Höhe von 10% der anfallenden Kosten eingeführt worden.<sup>41</sup> Der Versicherte zahlt dabei an jedem Tag, an dem er die Leistung in Anspruch nimmt, mindestens 5 und höchstens 10 Euro zu.<sup>42</sup>

Versicherte mit einem Kind unter 12 Jahren oder mit einem behinderten Kind erhalten Haushaltshilfe, wenn sie als Folge einer Krankheit ihren Haushalt zeitweise nicht weiterführen können.<sup>43</sup> Auch hier wurde eine Zuzahlung von täglich mindestens 5 und höchstens 10 Euro eingeführt.<sup>44</sup>

Darüber hinaus gibt es seit 2004 die sogenannte Praxisgebühr: Der Versicherte zahlt pro Kalendervierteljahr beim erstmaligen Besuch eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten eine Gebühr in Höhe von 10 Euro. Die Gebühr muss je Quartal nur einmal bezahlt werden, wenn sich der Versicherte in dieser Zeit bei demselben Arzt mehrfach behandeln lässt oder von diesem an einen anderen Arzt überwiesen

wird. Bei Vorsorgeuntersuchungen fällt keine Praxisgebühr an.<sup>45</sup>

## 2 Überforderungs- und Härtefallklauseln

Überforderungs- und Härtefallklauseln sollen dafür Sorge tragen, dass der Versicherte nicht finanziell überlastet wird. Überforderungsklauseln gelten für alle Versicherten und begrenzen die jährliche Belastung in Relation zum Jahreseinkommen. Härtefallklauseln gelten für besonders benachteiligte Versicherte und stellen diese von jeglichen Zuzahlungen frei.

1989 wurden die Zuzahlungen bei Arznei- und Heilmitteln sowie die Eigenbeteiligung an Fahrkosten auf insgesamt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen beschränkt, bei höheren Einkommen lag diese Grenze bei 4%.<sup>46</sup> Versicherte mit sehr niedrigem Einkommen wurden als Härtefälle von allen Zuzahlungen befreit.<sup>47</sup> 1997 wurden die Zuzahlungen auch für höhere Einkommen auf 2% begrenzt. Für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung waren und die ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze aufbringen mussten, sank die Zuzahlung auf 1%.<sup>48</sup>

Nach dem Regierungswechsel wurde die Zuzahlung für chronisch Kranke weiter begrenzt. Diese Versicherten wurden nach Ablauf eines Jahres von jeglichen Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln sowie zu Fahrkosten freigestellt.<sup>49</sup>

Mit der Gesundheitsreform 2004 ist diese Maßnahme rückgängig gemacht worden, chronisch Kranke zahlen nun wieder dauerhaft 1% zu. Insbesondere ist mit der Gesundheitsreform die bisherige Härtefallklausel ersatzlos gestrichen worden: Auch die bislang stets befreiten Härtefälle wie Sozialhilfeempfänger, Personen mit niedrigem Einkommen oder Bezieher von BAföG müssen nun bis zu 2% ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zuzahlen.<sup>50</sup>

## 3 Der Leistungsumfang der GKV

**Krankengeld:** Wenn Arbeitnehmer aufgrund einer Erkrankung zeitweise arbeitsunfähig werden, erhalten sie Krankengeld. Dieses wird wegen derselben

Krankheit für längstens eineinhalb Jahre gezahlt.<sup>51</sup> Das Krankengeld wurde 1997 von 80% auf 70% des Bruttoarbeitsentgeltes gekürzt.<sup>52</sup> Durch die Gesundheitsreform 2004 sollte, wie es im Gesetzentwurf heißt, das Krankengeld „umfinanziert und aus der Mitfinanzierung der Arbeitgeber ausgeschlossen“ werden.<sup>53</sup> Tatsächlich sind jedoch die Bestimmungen zum Krankengeld im Gesetz selbst nicht angetastet worden. Stattdessen ist ein sogenannter „zusätzlicher Beitragssatz“ in Höhe von 0,5% des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens eingeführt worden. Diesen zusätzlichen Beitragssatz müssen die Versicherten zusätzlich zu ihrem Anteil an dem hälftig finanzierten Beitrag alleine tragen.<sup>54</sup> Rechtlich gesehen bleibt damit das Krankengeld im Leistungskatalog der GKV erhalten. Faktisch ist dadurch aber die paritätische Finanzierung selbst aufgehoben worden, was die Abkehr von einem zentralen Prinzip der Sozialversicherungen bedeutet.

**Zahnersatz:** Der Zuschuss zum Zahnersatz in Höhe von 50% wurde im Jahre 1997 für nach 1978 Geborene gestrichen.<sup>55</sup> Nach dem Regierungswechsel wurde dieser Ausschluss zunächst rückgängig gemacht.<sup>56</sup> Mit der Gesundheitsreform 2004 ist der Zahnersatz dann zunächst vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen worden. Die GKV-Versicherten sollten verpflichtet werden, sich entweder in der Gesetzlichen oder in einer privaten Krankenversicherung zusätzlich abzusichern. Die Beiträge bzw. Prämien dafür hätten die Versicherten alleine (ohne Arbeitgeberbeitrag) tragen müssen.<sup>57</sup> Ende 2004 ist diese Änderung dann jedoch vor ihrem Inkrafttreten wieder rückgängig gemacht worden. Die Versorgung mit Zahnersatz bleibt damit Teil des Leistungskataloges der GKV. Gleichzeitig ist allerdings der im Zusammenhang mit dem Krankengeld eingeführte zusätzliche Beitragssatz von 0,5 auf 0,9 Beitragsspunkte erhöht worden. Zudem tritt dieser nun zum 1. Juli 2005 statt, wie ursprünglich beschlossen, zum 1. Januar 2006 in Kraft.<sup>58</sup>

**Sterbegeld:** Das Sterbegeld ist ein Zuschuss zu den Bestattungskosten und wird an denjenigen gezahlt, der diese Kosten übernimmt. Das Sterbegeld wurde 1989 für Personen, die am 1.1.1989 nicht in der GKV versichert waren, vollständig gestrichen. Für die übr-

gen Versicherten wurde es von 2.300 auf 2.100 DM gekürzt sowie für deren Mitversicherte auf 1.050 DM begrenzt.<sup>59</sup> Zur Euroeinführung wurde der Betrag umgestellt auf 1.050 Euro für Versicherte bzw. 525 Euro für Mitversicherte.<sup>60</sup> Im Jahr 2003 wurde das Sterbegeld halbiert auf 525 Euro für Versicherte bzw. 262,50 Euro für Mitversicherte.<sup>61</sup> Mit der Gesundheitsreform 2004 ist das Sterbegeld komplett gestrichen worden.<sup>62</sup>

**Soziotherapie:** Die bereits erwähnte Soziotherapie soll schwer psychisch Erkrankten dabei helfen, notwendige ärztliche Leistungen wahrzunehmen. Auf Soziotherapie besteht innerhalb von drei Jahren und je Krankheitsfall ein Anspruch von höchstens 120 Stunden. Diese Leistung wurde als neue Kassenleistung zum Jahr 2000 eingeführt und ist seitdem nicht verändert worden.<sup>63</sup>

**Hilfsmittel:** Seit 1989 zahlte die Krankenkasse für Brillengestelle nur noch einen Zuschuss in Höhe von 20 DM.<sup>64</sup> 1997 wurde auch dieser Zuschuss gestrichen.<sup>65</sup> Seit der Gesundheitsreform 2004 werden Brillen insgesamt nicht mehr übernommen, Ausnahmen gelten nur bei Minderjährigen und schwer Sehbeeinträchtigten.<sup>66</sup>

**Weitere Veränderungen durch die Gesundheitsreform 2004:**

- Das Entbindungsgeld wurde gestrichen.<sup>67</sup>
- Die Krankenkassen bezahlen die Sterilisation von Männern und Frauen nur noch soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.<sup>68</sup>
- Bei der künstlichen Befruchtung übernimmt die Krankenkasse nicht mehr die vollen Kosten, sondern zahlt nur die Hälfte. Außerdem werden nur noch drei anstatt vormals vier Versuche übernommen. Darüber hinaus wird die künstliche Befruchtung für Frauen auf das Alter zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer auf das zwischen 25 und 50 Jahren begrenzt.<sup>69</sup>
- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden in der Regel von den Kassen nicht mehr bezahlt.

Außerdem werden solche Arzneimittel nicht mehr übernommen, „bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.“<sup>70</sup>

## 4 Weitere Maßnahmen zur Kostendämpfung

Die Gesetzgebung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasst auch eher kurz- und mittelfristige Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze. So wurden beispielsweise immer wieder Budgetierungen als vergleichsweise radikales Mittel der Kostendeckelung eingesetzt, so geschehen insbesondere in den Jahren 1993 bis 1995 und 1999.<sup>71</sup>

Zweimal, nämlich in den Jahren 1996/97 und 2003 wurden die Krankenkassen per Gesetz gezwungen, die Beitragssätze einzufrieren beziehungsweise abzusenken.<sup>72</sup> Im Zusammenhang mit der Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes von 0,9 Beitragspunkten müssen die Krankenkassen zudem zum 1. Juli 2005 ihren normalen Beitragssatz in gleicher Höhe senken. 1998 wurde den Krankenkassen in den neuen Ländern die Möglichkeit eingeräumt, im laufenden Jahr Darlehen aufzunehmen, um so Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden.<sup>73</sup>

Ein weiteres Mittel zur Kostendämpfung sind gesetzlich erzwungene Rabatte. Im Falle des sogenannten Apothekenrabatts ist dies auch keineswegs eine neuere Entwicklung: Bereits in der Reichsversicherungsordnung aus dem Jahr 1911 war dieser Rabatt vorgesehen, bei dem die Apotheken den Krankenkassen einen bestimmten prozentualen Abschlag auf die von ihnen verkauften Arzneien gewähren müssen.<sup>74</sup>

Die Zwangsrabatte wurden nun erheblich ausgeweitet. 2002 wurde der Apothekenrabatt zunächst nur für die Jahre 2002 und 2003 von 5% auf 6% erhöht.<sup>75</sup> Noch im selben Jahr wurde diese Anhebung dann dauerhaft festgeschrieben und der Rabatt gleichzeitig für teurere Arzneimittel weiter angehoben.<sup>76</sup> Darüber hinaus wurde im selben Jahr ein Herstellerrabatt und ein Großhändlerabatt eingeführt. Die Hersteller von Arzneimitteln müssen über die Apotheken den Krankenkassen einen weiteren Rabatt in Höhe von ebenfalls 6% einräumen. Auch die Möglichkeit, mit-

tels Preiserhöhungen den Rabatt zu umgehen, wurde vom Gesetzgeber ausgeschlossen: Erhöhten die Hersteller in den Jahren 2003 und 2004 den Preis für ein Arzneimittel, so stieg auch der Rabatt um den gleichen Betrag. Damit waren Preissteigerungen gegenüber der Krankenkasse generell ausgeschlossen. Von dem Rabatt nicht betroffen sind Arzneimittel, für die ein Festbetrag gilt oder für die ähnliche Regelungen zur Begrenzung der Kostenübernahme bereits bestehen.<sup>77</sup> Durch die Gesundheitsreform 2004 ist für das Jahr 2004 der Herstellerrabatt deutlich von 6% auf 16% angehoben worden.<sup>78</sup>

Pharmazeutische Großhändler müssen den Apotheken ebenfalls einen Rabatt in Höhe von 3% einräumen, den diese an die Krankenkassen weiterzuleiten haben.<sup>79</sup>

Abgesehen von den vielfältigen Versuchen, die Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen zu reduzieren, spiegeln die Reformen stellenweise auch eine gewisse „Unentschlossenheit“ des Gesetzgebers wider. Beispielhaft dafür ist das zweimal geplante und dann doch jedes Mal wieder abgeschaffte Arzneimittelinstitut, welches eine Positivliste verordnungsfähiger Arzneimittel erstellen sollte: 1992 wurde das Arzneimittelinstitut erstmals geplant.<sup>80</sup> Bereits drei Jahre später wurde es unter derselben Bundesregierung wieder abgeschafft.<sup>81</sup> Nach dem Regierungswechsel wurde im Jahr 2000 das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel zu erlassen. Außerdem sollte erneut ein „Institut für Arzneimittelverordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ errichtet werden, das eine entsprechende Vorschlagsliste ausarbeiten sollte.<sup>82</sup> Mit der Gesundheitsreform 2004 ist das Arzneimittelinstitut wie auch die Positivliste erneut abgeschafft worden.<sup>83</sup> Ähnlich verhält es sich mit der Gesundheitsförderung, die durch eine Verbesserung der individuellen Lebensverhältnisse dazu beitragen soll, Krankheiten von vornherein zu vermeiden. Die Gesundheitsförderung wurde 1989 in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen.<sup>84</sup> 1997 wurde sie unter derselben Bundesregierung wieder gestrichen.<sup>85</sup> Nach dem Regierungswechsel wurde die Gesundheitsförderung dann

erneut als Kassenleistung aufgenommen.<sup>86</sup> Und auch der Zahnersatz sollte zunächst aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen werden, wurde dann aber doch beibehalten.

### 5 Zusammenfassung

Die unterschiedlichen Regierungskoalitionen haben, teilweise unter Beteiligung der jeweiligen Opposition, in den letzten 15 Jahren erhebliche Änderungen im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen. Dies betraf vor allem auf der einen Seite die Finanzierung und auf der anderen Seite die Leistungen der GKV. Für die Finanzierungsseite gilt: Die anfangs auf einige Bereiche begrenzten Zuzahlungen sind mittlerweile auf beinahe alle Leistungsbereiche ausgeweitet worden. Zugleich wurde die Höhe der Zuzahlungen erheblich angehoben. Allerdings wird die Zuzahlung durch eine in etwa konstant hohe Überforderungsklausel auf ein jährliches einkommensabhängiges Maximum begrenzt. Insgesamt ergibt sich daraus folgendes Bild: Während heute einerseits die maximal mögliche Belastung der meisten Versicherten durch die konstante Überforderungsklausel nicht gestiegen ist, werden nun andererseits durch die ausgeweiteten und angehobenen Zuzahlungen weitaus mehr Versicherte als früher an diese Belastungsgrenze stoßen. Durch die Abschaffung der Härtefallklausel gilt dies nun auch für Personen mit sehr niedrigem Einkommen, die früher gänzlich von Zuzahlungen befreit waren. Spiegelbildlich zur Finanzierungsseite

wurden die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, von der im Jahr 2000 neu eingeführten Soziotherapie abgesehen, erheblich reduziert. Dies ist auf verschiedene Weise geschehen: Das Sterbegeld wurde zunächst schrittweise gekürzt und ist schließlich ersatzlos gestrichen worden. Das Krankengeld sollte zwar erhalten bleiben, jedoch aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen und von den Versicherten alleine getragen werden. Tatsächlich ist jedoch das Prinzip der paritätischen Finanzierung selbst aufgehoben worden.

Die daraus resultierenden unterschiedlichen Beitragshöhen für Arbeitgeber und -nehmer gehen durch die Änderungen beim Zahnersatz weiter auseinander. Denn nachdem der Zahnersatz zunächst gestrichen worden war, bleibt er nun zwar Teil des Leistungskataloges, gleichzeitig wird aber der zusätzliche Beitragssatz auf 0,9 Punkte angehoben. Darüber hinaus sind weitere Leistungen wie Sehhilfen, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder das Entbindungsgeld gestrichen worden.

Insgesamt erhärtet sich der Eindruck, dass die „Reformgeschwindigkeit“ über die Jahre kontinuierlich zugenommen hat, während zugleich die Haltbarkeitsdauer der Reformen abnimmt. Dabei wurden auch mehrfach Mittel angewendet, die eher den Charakter von Notmaßnahmen hatten, so vor allem die immer wieder eingeführten Budgetierungen, das Verbot an die Krankenkassen, ihre Beitragssätze zu erhöhen oder die Erlaubnis Darlehen aufzunehmen, um dies zu verhindern.

---

### Anmerkungen

- 1 Vgl. AOK-Bundesverband I.
- 2 Vgl. § 35 SGB V.
- 3 BGBl. I, 1988, S. 2490.
- 4 BGBl. I, 1992, S. 2270.
- 5 BGBl. I, 1996, S. 1632.
- 6 BGBl. I, 1997, S. 1522.
- 7 BGBl. I, 1998, S. 3854.
- 8 BGBl. I, 2001, S. 2703.
- 9 BGBl. I, 2003, S. 2193, 2200.
- 10 BGBl. I, 1988, S. 2493.

- 11 BGBl. I, 1992, S. 2271, 2301.
- 12 BGBl. I, 1997, S. 1522, 1530.
- 13 BGBl. I, 1999, S. 2657.
- 14 BGBl. I, 2001, S. 2703.
- 15 BGBl. I, 2003, S. 2196, 2200.
- 16 Vgl. Bäcker/Bispinck/Hofemann (2000), Band II, S. 113; AOK-Bundesverband II.
- 17 BGBl. I, 1992, S. 2271, 2301.
- 18 BGBl. I, 1996, S. 1632 f.
- 19 BGBl. I, 1999, S. 2631, 2647.



- 20 BGBl. I, 1999, S. 2657.  
21 BGBl. I, 2001, S. 2703.  
22 BGBl. I, 2003, S. 2196, 2200.  
23 BGBl. I, 1992, S. 2271, 2301.  
24 BGBl. I, 1997, S. 1522, 1530.  
25 BGBl. I, 1999, S. 2657.  
26 BGBl. I, 2001, S. 2703.  
27 BGBl. I, 2003, S. 2196, 2200.  
28 Vgl. AOK-Bundesverband III.  
29 BGBl. I, 1988, S. 2497.  
30 BGBl. I, 1997, S. 1523.  
31 BGBl. I, 2001, S. 2703.  
32 BGBl. I, 2003, S. 2199 f.  
33 BGBl. I, 1988, S. 2490.  
34 BGBl. I, 1997, S. 1522.  
35 BGBl. I, 2003, S. 2193, 2200.  
36 BGBl. I, 1997, S. 1522.  
37 § 37 SGB V.  
38 BGBl. I, 2003, S. 2195, 2200.  
39 BGBl. I, 2003, S. 2195, 2200.  
40 § 37a SGB V.  
41 BGBl. I, 2003, S. 2195 f., 2200.  
42 BGBl. I, 2003, S. 2195 f., 2200.  
43 § 38 Abs. 1 SGB V.  
44 BGBl. I, 2003, S. 2196, 2200.  
45 BGBl. I, 2003, S. 2192 f., 2200.  
46 BGBl. I, 1988, S. 2497 f.  
47 BGBl. I, 1988, S. 2497.  
48 BGBl. I, 1997, S. 1518.  
49 BGBl. I, 1998, S. 3854.  
50 BGBl. I, 2003, S. 2200.  
51 § 48 Abs. 1 SGB V in der Fassung von 1989, s. BGBl. I, 1988, S. 2494.  
52 BGBl. I, 1996, S. 1632.  
53 Vgl. BT-DS 15/1525, S. 71.  
54 BGBl. I, 2003, S. 2229 f.  
55 BGBl. I, 1996, S. 1632.  
56 BGBl. I, 1998, S. 3853.  
57 BGBl. I, 2003, S. 2193, 2197-2199.  
58 BGBl. I, 2004, S. 3445-3447.  
59 BGBl. I, 1988, S. 2496 f.  
60 BGBl. I, 2001, S. 2703.  
61 BGBl. I, 2002, S. 4637.  
62 BGBl. I, 2003, S. 2199.  
63 BGBl. I, 1999, S. 2630.  
64 BGBl. I, 1988, S. 2490 f.  
65 BGBl. I, 1996, S. 1632.  
66 BGBl. I, 2003, S. 2193.  
67 BGBl. I, 2003, S. 2243, 2255.  
68 BGBl. I, 2003, S. 2192.  
69 BGBl. I, 2003, S. 2192.  
70 BGBl. I, 2003, S. 2194.  
71 BGBl. I, 1992, S. 2270, 2274 f.; BGBl. I, 1998, S. 3858 ff.  
72 BGBl. I, 1996, S. 1631; BGBl. I, 2002, S. 4640, 4642.  
73 BGBl. I, 1998, S. 526.  
74 Vgl. Becker, NZS 2003, S. 561, 563.  
75 BGBl. I, 2002, S. 685.  
76 BGBl. I, 2002, S. 4637.  
77 BGBl. I, 2002, S. 4638.  
78 BGBl. I, 2003, S. 2220.  
79 BGBl. I, 2002, S. 4642.  
80 BGBl. I, 1992, S. 2270, 2279, 2330.  
81 BGBl. I, 1995, S. 1986.  
82 BGBl. I, 1999, S. 2628 f.  
83 BGBl. I, 2003, S. 2194.  
84 BGBl. I, 1988, S. 2487 f.  
85 BGBl. I, 1996, S. 1631.  
86 BGBl. I, 1999, S. 2627.

## Anmerkungen Kurzübersicht

- I Vgl. § 1 SGB V.  
II Vgl. Bäcker/Bispinck/Hofemann (2000), Band II S. 51.  
III Vgl. Bäcker/Bispinck/Hofemann (2000), Band II, S. 54 f.  
IV Die Versicherungspflichtgrenze liegt derzeit bei 3.900 €, siehe dazu: Sozialpolitik aktuell.  
V Vgl. Bäcker/Bispinck/Hofemann (2000), Band II, S. 51 f.  
VI Vgl. Bäcker/Bispinck/Hofemann (2000), Band II, S. 62 f.  
VII Bundesministerium für Gesundheit.  
VIII Vgl. Bäcker/Bispinck/Hofemann (2000), Band II, S. 52.  
IX Sozialpolitik aktuell

### zusätzliche Quellen (außer Bundesgesetzblatt)

AOK-Bundesverband I, URL: [http://www.aok-bv.de/lexikon/z/index\\_02616.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/z/index_02616.html) (02.05.05).

AOK-Bundesverband II, URL: [http://www.aok-bv.de/lexikon/r/index\\_02383.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/r/index_02383.html) (02.05.05).

AOK-Bundesverband III, URL: [http://www.aok-bv.de/lexikon/f/index\\_02532.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/f/index_02532.html) (02.05.05).

Bäcker, Gerhard / Bispinck, Reinhard / Hofemann, Klaus u.a.: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Band I und II, 3. Auflage, Wiesbaden 2000.

Becker, Ulrich: Arzneimittelrabatte und Verfassungsrecht – zur Zulässigkeit der Preisabschläge nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2003, Heft 11, S. 561-568.

Bundesministerium für Gesundheit, URL: [http://www.bmgs.bund.de/downloads/gkv\\_2002km6Alter.xls](http://www.bmgs.bund.de/downloads/gkv_2002km6Alter.xls) (02.05.05).

Sozialpolitik aktuell, URL: [http://www.sozialpolitik-lehrbuch.de/neuregelungen\\_rechengroessen.shtml](http://www.sozialpolitik-lehrbuch.de/neuregelungen_rechengroessen.shtml) (02.05.05).