

Gesundheitsreformen in Deutschland von 1977 bis 2009

[Zurück zu Kosten des Gesundheitswesens - Das Gesundheitssystem in Zahlen](#)

Die Ursprünge des deutschen Gesundheitssystems

Seit Bismarck 1883 die europaweit erste gesetzliche Krankenversicherung ins Leben gerufen hat wurde das deutsche Gesundheitssystem zahllose Male den aktuellen Erfordernissen entsprechend modifiziert. Historisch betrachtet traten die einschneidendsten gesetzlichen Eingriffe immer dann auf, wenn das etablierte System in eine Finanzierungskrise geraten war. In den meisten Fällen wäre daher der **Begriff "Finanzierungsreform" treffender als die Bezeichnung "Gesundheitsreform"**. Im Folgenden werden die wichtigsten Veränderungen der letzten 30 Jahre in chronologischer Reihenfolge (und ohne Anspruch auf Vollständigkeit) erläutert.

Gesundheitsreform 1977: Kostendämpfungsgesetz

1977: Im ersten **Kostendämpfungsgesetz** werden Zuzahlungen für Verbands-, Arznei- und Heilmittel neu eingeführt; bisher hatten die Krankenkassen diese Kosten voll übernommen. Die bisherige Gebühr von maximal 2,50 DM pro Rezept wird durch eine Gebühr von 1 DM pro Medikament ersetzt. Die bisherige Eigenbeteiligungsobergrenze beim Zahnersatz von 500 DM wird ersatzlos gestrichen; zudem wird die freie Wahl des Krankenhauses erheblich eingeschränkt. Für Ärzte wird erstmals ein festes Arzneimittelbudget etabliert; überschreitet ein Arzt dieses Budget, so muss er finanzielle Einbußen in Kauf nehmen.

Gesundheitsreformen-Welle der 1980er Jahre

Diese hatten bis dato noch nicht einmal den Namen "Gesundheitsreform", sondern wurden als solche bezeichnet, was sie in Wirklichkeit bringen sollten: Kostendämpfungsgesetz oder Haushaltsbegleitgesetz sorgen für zahlreiche Zuzahlungen und Mehrbelastungen der Patienten.

Gesundheitsreform 1982: Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz

1982: Das "Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz" erhöht die Zuzahlung pro Medikament auf 1,50 DM. Für Sehhilfen wie Brillen wird zudem erstmals eine Zuzahlung von 4 DM eingeführt. Zahntechnische Leistungen im Rahmen eines Zahnersatzes werden nun nur noch zu 60% erstattet.

Gesundheitsreform 1983: Haushaltsbegleitgesetz

1983: Unter der Bezeichnung **Haushaltsbegleitgesetz** wird die Zuzahlung pro Medikament abermals erhöht, nun auf 2 DM. Die beitragsfreie Krankenversicherung der Rentner wird abgeschafft, für Krankenhausaufenthalte werden erstmals Gebühren in Höhe von 5 DM pro Tag fällig.

Gesundheitsreform 1989: Gesundheitsreformgesetz

1989: Das berühmte **Gesundheitsreformgesetz (GRG)** unter Norbert Blüm verdoppelt die Krankenhausgebühren und erhöht die Medikamentenzuzahlung auf 3 DM; zudem werden

erstmalig Festbeträge eingeführt, bei deren Überschreitung die Mehrkosten an einem Medikament vom Versicherten aus eigener Tasche zu übernehmen sind. Im zahnärztlichen Bereich werden nun allgemein Zuzahlungsbeiträge erhoben, die Kosten für Zahnersatz (abhängig von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen) nur noch zu 50% erstattet; die Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung (bei Personen unter 18 Jahren) nur noch zu 75%. Die Eigenbeteiligung an Sehhilfen steigt ebenfalls, zudem werden nun auch bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen Zuzahlungen eingeführt. Das Sterbegeld wird deutlich beschnitten; Im Gegenzug werden erweiterte Früherkennungsuntersuchungen (als Ausdruck einer neuen präventiven Orientierung) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Erstmals werden zudem die Kosten einer häuslichen Pflegehilfe bei Pflegebedürftigkeit erstattet.

Gesundheitsreformen in den 1990er Jahren – kleine Schritte

In kleinen Schritten haben die Gesundheitsminister der 1990er Jahre das Gesundheitswesen umgekrempelt. Oft nicht ohne eine Menge Bürokratie. Zuzahlungen steigen, Brillen werden nicht mehr mitfinanziert, das Krankengeld wird gesenkt. Gesundheit wird immer teurer.

Gesundheitsreform 1993: Gesundheitsstrukturgesetz, „Lahnstein-Kompromiss“

1993: Im **Gesundheitsstrukturgesetz** (auch bekannt als GSG oder **Lahnstein-Kompromiss** zwischen Horst Seehofer und Rudolf Dreßler) wird der Eigenanteil an Arznei- und Verbandmittelkosten ein weiteres Mal erhöht; der Mindestbetrag steigt auf 3 DM, abhängig von der Höhe des Medikamentenpreises sind jedoch Eigenbeteiligungen von bis zu 7 DM möglich. Die vom Versicherten selbst zu übernehmenden Krankenhausgebühren werden auf 11 DM pro Tag mehr als verdoppelt. Der Leistungsumfang bei besonders aufwändigen Zahnersatzleistungen wird reduziert.

Gesundheitsreform 1994: Zuzahlung nach Packungsgröße

1994: Die **Zuzahlung** zu Arznei- und Verbandmitteln wird neuerdings über die Packungsgröße ermittelt; da für kleine, mittlere und große Packungen nun jeweils 4,6, und 8 DM anfallen werden die Beiträge gleichzeitig indirekt erhöht. Die Krankenhauszuzahlungen steigen auf 12 DM pro Tag.

Gesundheitsreform 1996: Beitragsentlastungsgesetz

1996: Das **Beitragsentlastungsgesetz** schafft Zuschüsse zu Brillengestellen gänzlich ab. Das Krankentagegeld sinkt von 90% des Bruttoentgeldes auf nur mehr 80%. Zahnersatzleistungen für Personen mit Geburtsdatum nach dem 31.12.1978 werden (bis auf wenige Ausnahmen) ersatzlos gestrichen. Die Eigenbeteiligung an Kuren steigt; diese werden durch den Abzug von Urlaubstagen „gegenfinanziert“.

Gesundheitsreform 1997: GKV-Neuordnungsgesetze

1997: Die **GKV-Neuordnungsgesetze** unter Horst Seehofer resultieren in einer weiteren Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Arznei- und Heilmitteln; je nach Packungsgröße auf 9, 11, und 13 DM. Dies entspricht einer 1000%igen Steigerung seit 1977. Krankenhauszuzahlungen schlagen nun mit durchschnittlich 17 DM pro Tag zu Buche, Rehabilitationen gar mit knapp 25 DM. Die Eigenbeteiligung an Fahrtkosten (z.B. zu und vom Krankenhaus) wird ebenfalls angehoben.

Gesundheitsreform 1998: Fahrtkostenerhöhung

1998: Der Eigenanteil bei **Fahrtkosten** steigt auf 25 DM.

Gesundheitsreform 1999: Solidaritätsstärkungsgesetz

1999: Unter der Rot-Grünen Regierung werden im sogenannten **Solidaritätsstärkungsgesetz** erstmals seit 1977 die Medikamenten- und Heilmittelzuzahlungen gesenkt (je nach Packungsgröße auf 6, 9, und 10 DM). Zahnersatzleistungen für Personen mit Geburtsdatum nach dem 31.12.1978 werden wieder zu 50% von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen.

Die letzte Dekade

Hier stehen vor allem Arzt-Budgetierung und Veränderung der GKV-Strukturen im Vordergrund. Es wurden unter anderem die Praxisgebühr, der [Gesundheitsfonds](#) und die Pflichtversicherung eingeführt.

Gesundheitsreformen 2000-2002: u.A. Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz

2000-2002: In mehreren Teilschritten wird u.a. die **Budgetierung der Arzt- und Krankenhausleistungen** neu geregelt. Nebenbei werden einige Medikamente und andere medizinische Leistungen umstrittener Wirksamkeit aus dem Leistungskatalog entfernt, das Sterbegeld weiter gekürzt und die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen begrenzt (**Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz**).

Gesundheitsreform 2004: Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

2004: Neben der Einführung einer Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal werden im **Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)** sowohl Entbindungs- als auch Sterbegeld endgültig gestrichen. Die bisherige pauschalisierte Selbstbeteiligung an Arznei- und Hilfsmitteln beträgt nun jeweils 10% der jeweiligen Kosten, minimal jedoch 5 Euro und maximal 10 Euro. Die Belastungsobergrenze für Zuzahlungen wird allgemein auf 2% des jährlichen Bruttoeinkommens festgelegt (1% bei chronisch Kranken). Die Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt wird auf 10 Euro pro Tag erhöht. Fahrtkostenzuschüsse und die Krankenkassenleistungen bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten werden ersatzlos gestrichen.

Gesundheitsreform 2007: Wahltarife, Aufnahmemodalitäten, Piercings

2007: Die ersten Umsetzungspunkte der **großen Gesundheitsreform** unter Ulla Schmidt betreffen die Aufnahmemodalitäten sowohl der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherungen. Beide werden unter bestimmten Umständen erstmals gezwungen, neue Mitglieder zu einem Standardtarif ohne vorherige Gesundheitsprüfung aufzunehmen. Die Kostenübernahme für die Behandlung selbst verschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (Piercings, Tattoos) wird deutlich reduziert. Neu sind auch **Wahltarife der gesetzlichen Krankenversicherungen**, mit denen (wie bisher nur bei den privaten Krankenversicherungen) über eine Steigerung des Beitragssatzes attraktive Zusatzleistungen erkaufte werden können.

Gesundheitsreform 2008: Chronisch Kranke

2008: Chronisch Kranke, die vor Ausbruch ihrer Erkrankung nicht an kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben werden ab diesem Jahr mit einer **höheren Eigenbeteiligung** belastet.

Gesundheitsreform 2009: Der Gesundheitsfonds

2009: Erstmals in der Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik wird jeder Bürger ab diesem Jahr explizit verpflichtet, eine Krankenversicherung (privat oder gesetzlich) abzuschließen. Kommt er der Beitragszahlung nicht fristgerecht nach, so erhält er (neben weiteren Strafen) Kassenleistungen nur noch bei akuten Erkrankungen. Der Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen wird deutlich erleichtert, jener in eine private Krankenversicherung aus einer Gesetzlichen Krankenversicherung heraus jedoch deutlich erschwert; gleichzeitig erhalten nun alle gesetzlich Versicherten einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, Impfungen und Kuren sowie – im Bedarfsfall – auf häusliche Krankenpflege. Die Wichtigste Veränderung betrifft jedoch das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherungen an sich; unter anderem wird deren Beitragssatz nun von staatlicher Seite her einheitlich festgelegt. Näheres zu den Änderungen durch die **Gesundheitsreform 2009** erfahren Sie auf den Seiten zum [Gesundheitsfonds](#) und zum [Morbidityorientierten Risikostrukturausgleich](#).

Zwischenfazit zu den Gesundheitsreformen

Betrachtet man die Entwicklung der letzten Jahrzehnte, so fällt auf, dass insbesondere bei den gesetzlichen Krankenversicherungen die **drastische Erhöhung der Eigenbeteiligungssätze** nur teilweise durch eine Zunahme des Leistungskatalogs ausgeglichen wird. Indirekt entspricht diese Entwicklung einer deutlichen Aufweichung des paritätischen Systems: **Die Lasten** der Krankenversicherungen, die sich ursprünglich zu in etwa gleichen Teilen über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge finanzierten, **werden zunehmend einseitig auf die Arbeitnehmer umverteilt**. Die Einführung des Wahltarifsystems in den gesetzlichen Krankenversicherungen lässt zudem Zweifel an den langfristigen Überlebenschancen des solidarischen Versicherungssystems aufkommen: Galt bisher die Losung “gleiche Leistung für alle”, so gilt spätestens seit 2007 auch bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen der Grundsatz: “Wer mehr bezahlt bekommt auch mehr”.

Quellen:

- Online-Seite der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns: [\[http://www.kvb.de/servlet/PB/menu/1106515/index.html\]](http://www.kvb.de/servlet/PB/menu/1106515/index.html) (Stand: November 2008)
- Online-Seiten der GKV: [\[http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=633\]](http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=633) (Stand: November 2008)