



... diese Qualität
ist es wert ...
das gönn ich mir jetzt ...

Anke E., Diplom-Ingenieurin

Alles Wichtige im Überblick.

Das steckt dahinter – der Systemvergleich	4
Ihre Vorteile – der Leistungsvergleich	6
Damit können Sie rechnen – ein Vergleich der Beitragsentwicklung	10
Höhere Leistungen bei niedrigen Beiträgen – überzeugen Sie sich selbst	11
Ihre gesetzliche Krankenversicherung im Alter	12
Ihre private Krankenversicherung im Alter	14
Umfassender Schutz für die wichtigsten Menschen – Ihre Kinder	15
Die Leistungskürzungen der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1982	16

Wann lohnt sich ein Wechsel in die private Krankenversicherung?

- Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind
- Wenn Ihr regelmäßiges Entgelt als Arbeitnehmer über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von aktuell 54.900,- Euro liegt
- Oder wenn Sie selbstständig tätig sind

Dann sollten Sie über einen Wechsel zum Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. nachdenken – denn in vielen Fällen ist eine private Absicherung für Sie die bessere Lösung.

Private Krankenvollversicherung Ihre Vorteile im Überblick:

- Hochwertiger Versicherungsschutz zu besten Konditionen
- Kontinuierliche Auszeichnungen durch unabhängige Tests
- Flexible und moderne Tarife

Deutscher Ring 
Krankenversicherungsverein a.G.

SIGNAL IDUNA Gruppe
Neue Rabenstr. 15–19, 20354 Hamburg
Internet: www.DeutscherRing-Kranken.de
E-Mail: Service@DeutscherRing-Kranken.de

Deutscher Ring 
Krankenversicherungsverein a.G.

**Gesetzlich oder privat versichern –
vergleichen Sie selbst!**

Das Wichtigste ist Ihre Gesundheit.



Jeder Mensch ist einzigartig – und so sollte auch seine Versicherung sein.

Wenn es mal darauf ankommt, ist es entscheidend, dass Ihre Versicherung die richtigen Leistungen bietet. Doch was sind eigentlich die richtigen Leistungen? Ein allgemeingültiges Patentrezept gibt es wohl kaum. Vielmehr wird der optimale Versicherungsschutz dadurch geschaffen, dass er auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Menschen zugeschnitten ist. Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ermöglicht eine solch flexible Vorsorgelösung, und seine Gütesiegel belegen überdurchschnittliche Leistungen.

Wir verkaufen keine Sicherheit, wir geben sie Ihnen.

Durch ein leistungsstarkes und optimal aufeinander abgestimmtes Angebot im Bereich der Krankenvollversicherung bieten wir Ihnen eine kompetente Basis für eine hochwertige medizinische Versorgung. Von dieser Qualität wissen insbesondere Menschen, die selbst schon von der Leistungsstärke profitiert haben. Menschen, die sich bei uns aufgehoben fühlen und Geborgenheit finden. Von diesem Vertrauen getragen, verfolgen wir dasselbe Ziel wie Sie: „Hauptsache, gesund!“



Verein auf Gegenseitigkeit: Eintreten zahlt sich aus.

Der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. ist organisiert als Verein auf Gegenseitigkeit, der sich für seine Kunden, die auch Mitglieder sind, starkmacht. Seit April 2009 bildet das Unternehmen mit den drei Versicherungen auf Gegenseitigkeit der SIGNAL IDUNA Gruppe einen Gleichordnungskonzern. Mit ihrem mitgliederorientierten Verständnis pflegen die Versicherungsvereine eine große Verbundenheit zu ihren Kunden und sichern ein hohes Maß an Solidität in der Unternehmensentwicklung.

Eine Klasse für sich – immer wieder mit Bestnoten.

In schöner Regelmäßigkeit wird Jahr für Jahr der Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. für seine Tarife und Leistungen ausgezeichnet – sowohl von unabhängigen Prüfinstituten als auch von renommierten Fachzeitschriften.

Das steckt dahinter – der Systemvergleich.

Kassenpatient

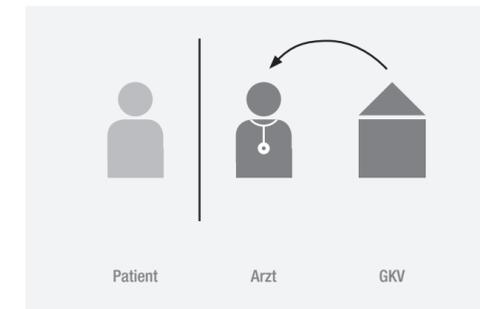
Der Versicherungsschutz

Die Leistungen sind gesetzlich vorgeschrieben und bis auf sehr wenige Ausnahmen nicht individuell zu gestalten. Die gesetzliche Grundversorgung enthält zahlreiche Lücken bzw. Eigenbeteiligungen. Bestimmte Eigenbeteiligungen sind durch Überforderungs- oder Härtefallklauseln begrenzt.

Sachleistungsprinzip

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verfährt nach dem Sachleistungsprinzip, das heißt, die gesetzliche Krankenversicherung und Ärzte sind Vertragspartner: Die GKV schreibt weitgehend vor, wie die Patienten versorgt werden dürfen. Die Patienten haben wenig Entscheidungsfreiheit und tragen in vielen Fällen hohe Zuzahlungen.

Zusätzlich dürfen seit dem 1. April 2007 Krankenkassen sogenannte Wahltarife anbieten. Diese gewähren jedoch nicht die Vertragsgarantien der privaten Krankenversicherung (PKV) und können jederzeit einseitig durch die GKV wieder beendet werden.



Anmerkung zu den GKV-Leistungen: In letzter Zeit werben einige Krankenkassen über Bonusprogramme bzw. Satzungsregelungen auch mit der Übernahme von Leistungen, die nicht im gesetzlichen Leistungskatalog enthalten sind. Diese sind hier nicht berücksichtigt, da es sich um jederzeit widerrufbare Leistungen handelt.

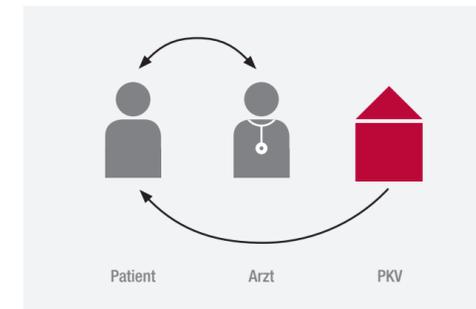
Privatpatient beim Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.

Der Versicherungsschutz

Die Leistungen sind vertraglich vereinbart und können individuell im Rahmen der bestehenden Tarife gewählt werden. Die Bandbreite reicht vom Hochleistungs- bis zum Basisversicherungsschutz, auf Wunsch auch kombiniert mit beitragsreduzierenden Selbstbeteiligungen.

Kostenerstattungsprinzip

Beim Kostenerstattungsprinzip sind Ärzte und Patienten Partner. Der Patient hat ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Ärzte, des Krankenhauses, der Medikamente. Er entscheidet, wer ihn wann, wie und wo behandelt.



Wie wichtig ist Ihnen die Entscheidungsfreiheit, wenn es um Ihre Gesundheit geht?

Kassenpatient

Keine Leistungsgarantien

In der Vergangenheit wurde der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nach über 20 Reformgesetzen insgesamt immer weiter eingeschränkt, die Beiträge sind dabei trotzdem gestiegen.

Die Zukunft ist besorgniserregend. Denn immer weniger Jüngere müssen immer mehr Ältere mitversorgen. Weitere Beitragserhöhungen oder Leistungseinschränkungen sind damit vorprogrammiert.

Die Leistungen in der GKV sind reglementiert. Nicht jede Leistung ist versichert. Und die versicherten Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

Die Finanzierung

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sich nach dem Umlageverfahren, das heißt: Sie lebt „von der Hand in den Mund“. Dabei werden die jährlichen Beitragseinnahmen der GKV für die Leistungsausgaben eines Kalenderjahres verwendet. Weil mit den Beitragseinnahmen die Leistungsausgaben nicht komplett finanziert werden, schießt der Bund jährlich mehrere Milliarden Euro aus Steuermitteln hinzu.

Privatpatient

Vertragsgarantien

Als fester Bestandteil des Versicherungsvertrags sind die Leistungen dauerhaft garantiert. Mitglieder des Deutschen Ring Krankenversicherungsvereins a.G. brauchen daher keine Leistungseinschränkungen zu fürchten. Wegen anhaltender Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ist auch in der PKV mit Beitragserhöhungen zu rechnen. Darauf haben wir bereits reagiert, siehe Punkt „Ihre private Krankenversicherung im Alter“.

Leistungen in der PKV orientieren sich an der ärztlichen Kunst – ohne die aus der GKV bekannten Reglementierungen.

Die Finanzierung

Anders als die GKV setzt die private Krankenversicherung nicht auf die demografieanfällige Umlagefinanzierung, sondern auf ein kapitalgedecktes System. Die PKV finanziert sich nach dem sogenannten „Anwartschaftsdeckungsverfahren“. In der PKV sorgt damit jeder für seine im Alter steigenden Gesundheitskosten selbst vor. So hatten die Privatversicherten Ende 2014 in der Kranken- und Pflegeversicherung 202 Milliarden Euro für das Alter zurückgestellt (= Altersrückstellungen); die SIGNAL Krankenversicherung alleine 13,5 Milliarden Euro.



Ihre Vorteile – der Leistungsvergleich.

Kassenpatient

Beim Arzt

Die Behandlung erfolgt grundsätzlich durch Vertragsärzte.
Ein Arztwechsel ist nur eingeschränkt möglich.

Heilpraktikerbehandlung

Sie erhalten keine Leistungen, auch nicht für verordnete
Arzneien.

Beim Zahnarzt

Zweckmäßige Versorgung nach festen Richtlinien, begrenzt auf
das kassenzahnärztliche Niveau:

Zahnbehandlung

Zu 100 %, Ausnahmen: Z.B. Inlays, bestimmte Prophy-
laxemaßnahmen oder Mehrleistungen bei Wurzelbehand-
lungen werden gar nicht erstattet.

Zahnersatz

- a) Einfache Regelversorgung – davon 50 %
- 20 % Bonus nach fünfjähriger regelmäßiger Vorsorge,
 - 30 % Bonus nach zehnjähriger regelmäßiger Vorsorge,
als Festzuschuss

b) Höherwertige Versorgung

Auch hier wird nur der Festzuschuss für die einfache
Regelversorgung gewährt. Damit übernimmt die Kran-
kenkasse in den meisten Fällen weitaus weniger als
50 % der Gesamtkosten.

Kieferorthopädie

Keine Leistung für Erwachsene. Nur für Personen, die
bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch
nicht vollendet haben, bis zu 100 %. Wird die Behandlung
vorzeitig abgebrochen, sind je nach Kinderzahl Eigenbetei-
ligungen von 10 % bzw. 20 % möglich. Zusätzliche Eigenbe-
teiligungen bei höherwertigen Materialien. Kieferorthopädie
bei Kindern wird in ca. 20 % der Fälle überhaupt nicht mehr
erstattet. Das ist bei Einstufung in die sogenannten kieferor-
thopädischen Indikationsgruppen (KIG) 1 und 2 der Fall.

Privatpatient

Beim Arzt

Sie lassen sich von dem Arzt oder Spezialisten behandeln, den Sie
ausgesucht haben. Sie können Ihren Arzt jederzeit wechseln.

Heilpraktikerbehandlung

Je nach Tarif ist auch eine Behandlung durch Heilpraktiker
möglich.

Beim Zahnarzt

Alle zahnärztlichen Leistungen ohne Begrenzung auf das kas-
senzahnärztliche Niveau.

Zahnbehandlung

Zu 100 %, inkl. professioneller Zahnreinigung, hochwertige
Füllungen aus Kunststoff, aufwendiger Wurzelbehandlungen

Zahnersatz

Zu 80 %, hochwertiger Zahnersatz nach modernen
Behandlungsstandards, inkl. Inlays und Implantaten

Kieferorthopädie

Zu 80 %, medizinisch notwendige Kieferorthopädie wird für
Kinder immer übernommen (also auch in KIG 1 und 2).
Für Erwachsene: wenn medizinisch notwendig.

Kassenpatient

Arzneien, Heil- und Hilfsmittel

Für Arzneimittel, Heilmittel (z. B. Massagen, Fango, Bestrahlungen) und Hilfsmittel (Hörgeräte, Brillen usw.) gelten Festbeträge oder Höchstpreise, die bei Überschreiten zu zusätzlichen Eigenbeteiligungen führen. Daneben gelten für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr folgende Selbstbeteiligungen:

Arzneimittel (für jedes Medikament)

Sie erhalten von Ihrer Kasse grundsätzlich nicht das beste, sondern das preisgünstigste Medikament. Darüber hinaus können Spezialpräparate, beispielsweise zur Krebsbehandlung, nur nach Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung verordnet werden.

Zuzahlung: 10 % des Preises, mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro, aber nicht mehr als der tatsächliche Preis. Von dieser Zuzahlung können Arzneien dann ausgenommen werden, wenn sie gemäß Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegen.

Keine Leistungen erhalten Sie für:

- Nicht verschreibungspflichtige Medikamente
- Unwirtschaftliche Arzneimittel. Es besteht generell nur Anspruch auf Medikamente aus dem unteren Preisdrittel
- Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen
- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten

Wichtig: Hat Ihre Krankenkasse einen Rabattvertrag mit einem Pharmaunternehmen abgeschlossen, bekommen Sie grundsätzlich nur noch die Medikamente dieses Herstellers. Wenn Sie Ihr bisheriges Medikament weiterhin nehmen möchten, ist das möglich. Dann müssen Sie jedoch einen eventuell anfallenden Mehrpreis aus eigener Tasche zahlen. Hierfür zahlen Sie in der Apotheke den vollen Preis des Medikaments, den Sie aber nur zu einem Teil von Ihrer Krankenkasse erstattet bekommen.

Heilmittel

10 % Eigenbeteiligung für jede Anwendung plus 10,- Euro je Verordnung. Keine Leistungen für Heilmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder mit geringem Abgabepreis. Die Anzahl der Anwendungen ist grundsätzlich begrenzt.

Hilfsmittel

10 % Eigenbeteiligung (mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro) für sämtliche Hilfsmittel. Darüber hinaus 100 % Eigenbeteiligung für die über die Festbeträge hinausgehenden Aufwendungen. Keine Leistungen für Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder mit geringem Abgabepreis.

Privatpatient

Arzneien, Heil- und Hilfsmittel

Für Arzneimittel, Heilmittel (z. B. Massagen, Fango, Bestrahlungen) und Hilfsmittel übernehmen wir im tariflichen Rahmen die Kosten entsprechend der ärztlichen Verordnung – ohne Begrenzung auf die gesetzlichen Festbeträge.

Selbstbeteiligungen sind je nach Tarif möglich.

Sie haben grundsätzlich die freie Wahl unter den angebotenen Medikamenten.

Auch Heilpraktikerleistungen werden im Rahmen der Höchstsätze der GebüH übernommen. Der Tarif Comfort+ übernimmt zusätzlich alternative Heilmethoden (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin).

Kassenpatient

Im Krankenhaus

- Eingeschränkte Krankenhauswahl: Sie sind gesetzlich verpflichtet, das vom Arzt in der Einweisung genannte nächstgelegene Vertragskrankenhaus aufzusuchen.
- Keine freie Wahl von Arzt und Unterkunft: Die Behandlung erfolgt durch den diensthabenden Arzt, die Unterbringung im Mehrbettzimmer.
- Als „häusliche Ersparnis“ müssen Sie bis zu 280,- Euro je Kalenderjahr zuzahlen (10,- Euro für die ersten 28 Tage).

Beitragsrückerstattung

Seit dem 1. April 2007 kann sich jeder gesetzlich Versicherte für einen Wahltarif mit Beitragsrückerstattung entscheiden – natürlich nur, wenn seine Krankenkasse einen solchen Tarif überhaupt anbietet. Voraussetzungen für die Beitragsrückerstattung:

- Das Mitglied selbst und auch eventuell beitragsfrei mitversicherte, über 18-jährige Angehörige (Kinder, Ehepartner) dürfen in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben (Ausnahme: Vorsorgemaßnahmen).
- Das Mitglied muss sich für mindestens ein Jahr an die Krankenkasse binden, wenn es einen solchen Wahltarif in Anspruch nimmt. Achtung: Kündigungsrechte (auch Sonderkündigungsrechte) sind während der einjährigen Bindungsfrist außer Kraft gesetzt.

Die Rückerstattung beträgt maximal ein Zwölftel des gezahlten Jahresbeitrages (also einen Monatsbeitrag). Wichtig: Diesen Wahltarif kann eine Krankenkasse nicht dauerhaft garantieren. Sobald die Beitragsrückerstattung für die Krankenkasse nicht mehr wirtschaftlich ist, darf dieser Tarif nicht mehr angeboten werden.

Im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt nur in Ländern der EU bzw. in Ländern mit Sozialversicherungsabkommen; teilweise mit hohen Eigenbeteiligungen, da die Regelungen des Behandlungslandes angewendet werden. Die Erstattung von Rücktransportkosten ist in jedem Fall ausgeschlossen. Um in diesen Fällen eine optimale ärztliche Versorgung zu ermöglichen, benötigen auch gesetzlich Krankenversicherte für Urlaubsreisen eine Auslandsreisekrankenversicherung. Diese sichert die Kosten der Behandlung akuter Erkrankungen bei Reisen ins Ausland ab.

¹ Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird jedes Jahr neu festgelegt. Höhe der Beitragsrückerstattung für 2016: Leistungsfreiheit in 2016 = 0,75 Monatsbeiträge (MB); Leistungsfreiheit in 2015 und 2016 = 1,5 MB; Leistungsfreiheit in 2014 bis 2016 = 2,25 MB; Leistungsfreiheit in 2013 bis 2016 = 3,0 MB; Leistungsfreiheit ab 2012 bis 2016 = 3,75 MB

Privatpatient

Im Krankenhaus

- Freie Krankenhauswahl: Sie suchen sich das Krankenhaus aus, in dem Sie behandelt werden wollen.
- Freie Wahl von Arzt und Unterkunft: Je nach Tarif reicht die Bandbreite von einer Versorgung auf Kassenniveau bis zur Unterkunft im Einbettzimmer und der Behandlung durch Privatärzte (inklusive Behandlung durch Spezialisten).
- Keine Selbstbeteiligung für die ersten 28 Tage

Beitragsrückerstattung

Wenn unser Unternehmen Überschüsse erwirtschaftet und Sie keine Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, können Sie profitieren und Geld zurückerhalten. Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (BRE) wird vom Vorstand des Krankenversicherungsvereins beschlossen und jedes Jahr neu festgelegt. Die Ausschüttung einer BRE ist abhängig vom Erfolg – das heißt von den erzielten Überschüssen des Deutscher Ring Krankenversicherungsvereins a.G. Diese Überschüsse entstehen vorrangig durch Erträge aus Kapitalanlagen.

Die aktuelle erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung in den Tarifen Comfort+ und den Tarifen der Produktlinie Esprit beträgt bis zu 3,75 berücksichtigungsfähige Monatsbeiträge.¹ Im Tarif Comfort+ erhalten Sie eine pauschale Abgeltung für Bagatellfälle, bei Erwachsenen in Höhe von 390,- Euro und bei Kindern und Jugendlichen in Höhe von 130,- Euro. Und zusätzlich hierzu erhalten Sie alle drei Jahre bis zu 330,- Euro für gezielte Vorsorgeuntersuchungen, unabhängig von einer Selbstbeteiligung.

Im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt in ganz Europa, für Aufenthalte bis zu zwölf Monaten auch weltweit (Sonderregelung für die Verdienstausschüttung- und die Pflegepflichtversicherung).

Kassenpatient

Verdienstausschlag bei Arbeitsunfähigkeit

Sie sind durch das Krankengeld nur begrenzt abgesichert. Es beträgt 70 % des Bruttoeinkommens und ist bei Arbeitnehmern auf 90 % des Nettoeinkommens begrenzt. Maximal werden 70 % der Beitragsbemessungsgrenze gezahlt.

Höchstkrankengeld 2016

70 % von 4.237,50 Euro = 2.966,25 Euro (= 98,88 Euro täglich)
Die Absicherung höherer Einkommen ist für Arbeitnehmer nicht möglich.

Kürzung des Krankengeldes

- Als Beitrag zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung werden vom Krankengeld 12,275 % (mit Kind: 12,025 %) abgezogen, also bis zu 354,44 Euro (347,22 Euro) monatlich.
- Während des Bezugs von Krankengeld haben Pflichtversicherte für die Krankenversicherung keine Beiträge zu zahlen. Freiwillig Versicherte (also insbesondere Selbstständige) müssen unter Umständen Beiträge weiter entrichten. Und zwar für Einkommensteile und anderweitige Einnahmen, die zur Ermittlung der Krankengeldhöhe nicht berücksichtigt wurden.
- Die Leistungsdauer des Krankengeldes ist auf 78 Wochen innerhalb von 3 Kalenderjahren wegen derselben Krankheit begrenzt.
- Das Krankengeld selbst ist zwar steuerfrei, es erhöht aber die zu zahlenden Steuern auf andere Einkünfte im gleichen Kalenderjahr (sogenannter Progressionsvorbehalt).

Selbstständige haben seit dem 1. Januar 2009 grundsätzlich keinen gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld. Sie können sich jedoch durch Wahl des allgemeinen Beitragssatzes den Krankengeldanspruch ab der 7. Woche sichern. Nicht zu empfehlen ist der Abschluss eines gesetzlichen Krankengeld-Wahltarifs.

Privatpatient

Verdienstausschlag bei Arbeitsunfähigkeit

Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Tag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei Arbeitnehmern: 80 % des Bruttoeinkommens aus nichtselbstständiger Tätigkeit. Bei Selbstständigen: 80 % des Bruttoeinkommens (Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG) aus selbstständiger (freiberuflicher) Tätigkeit oder aus Gewerbebetrieb. Je nach Berufsgruppe ist auch die Absicherung höherer Einkommen möglich.

- Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden für Sie in vollem Umfang übernommen. Die Beiträge zur Renten- und Pflegeversicherung können völlig problemlos aus dem Krankentagegeld gezahlt werden.
- Während des Bezugs von Krankentagegeld ist der Beitrag zur Krankenversicherung weiterhin zu entrichten. Auch dieser Beitrag kann völlig problemlos aus dem Krankentagegeld gezahlt werden. Bitte berücksichtigen Sie die genannten Beiträge bei der Berechnung Ihres Krankentagegeldes.
- Es gibt keine Begrenzung der Leistungsdauer.
- Das Krankentagegeld selbst ist komplett steuerfrei und erhöht auch nicht die zu zahlenden Steuern auf eventuelle andere Einkünfte im gleichen Kalenderjahr.
- Unter bestimmten Voraussetzungen wird das Krankentagegeld auch bei einer Teil-Arbeitsunfähigkeit bis zur Hälfte des vereinbarten Tagessatzes gezahlt.

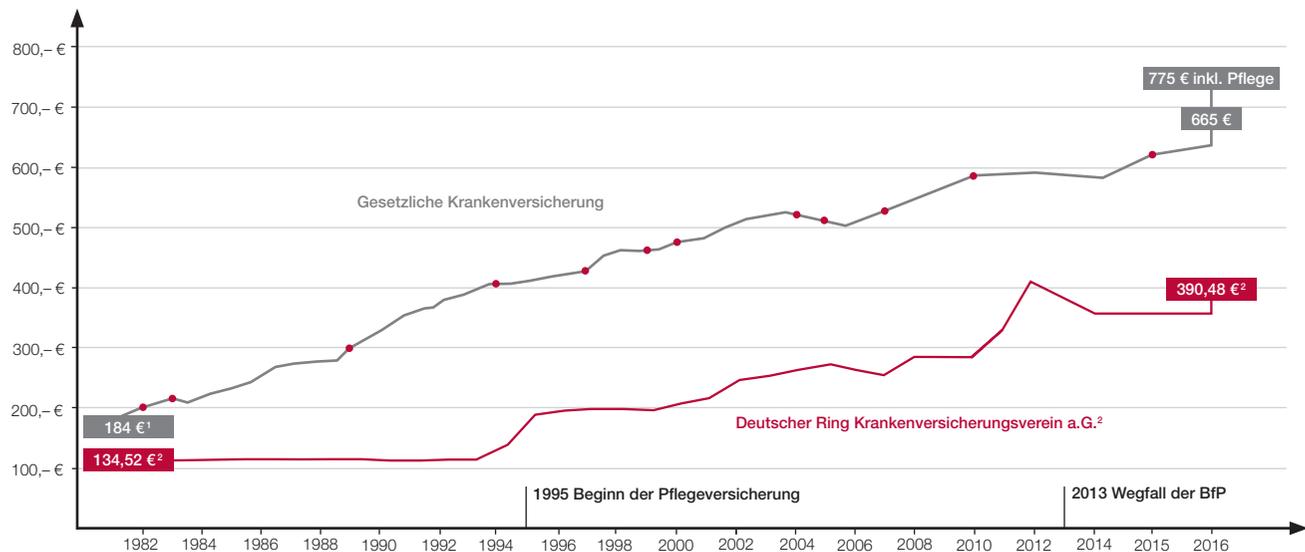
Beispiel für Progressionsvorbehalt (Steuertabelle 2016):

Einkommen		Steuersatz
Einkommen für 7 Monate	29.400,- €	18,95 %
Krankengeld für 5 Monate	12.600,- €	
Gesamtes Einkommen	42.000,- €	23,99 %

Einkommenssteuer: GKV 29.400,- € x 23,99 % = **7.053,- €** PKV 29.400,- € x 18,95 % = **5.571,- €**

Ein privat Versicherter hat somit 1.482,- Euro mehr im Portemonnaie!

Damit können Sie rechnen – ein Vergleich der Beitragsentwicklung.



¹ Monatlicher Jahresdurchschnittsbeitrag (ohne Pflegepflichtversicherung) und Beitragsentwicklung eines Mannes, geb. 1952, Eintrittsalter 30 Jahre.

² Tarif M80, ab März 1998 Kompakt/Comfort sowie V606, ab Januar 1990 KT06/pro 043 v.

- **1982 Kostendämpfungsgesetz**
Erhöhte Zuzahlungen Medikamente, Reduzierung Zuschüsse bei Zahnersatz, Einschränkung der freien Krankenhauswahl
- **1983 Kostendämpfungsgesetz**
Einführung Beitragspflicht für Krankengeld zur Renten- und Arbeitslosenversicherung, Eigenbeteiligung Krankenhausaufenthalt
- **1989 Gesundheitsreform**
Gestaffelte Zuzahlung Arznei-, Verbandmittel; Ausweitung Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt
- **1994 Gesundheitsreform**
Änderung Zuzahlung Arznei-, Verbandmittel; Anhebung Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt
- **1997 Beitragsentlastungsgesetz**
Wegfall Zuschuss Brillengestell, Senkung Krankengeld, Streichung Zahnersatz Kinder, Jugendliche (nach 1978 geboren); weitere Anhebung Zuzahlungen Arzneimittel, Krankenhausaufenthalt und Kuren; Eigenbeteiligung Fahrtkosten, Heilmittel
- **1999 Solidaritätsstärkungsgesetz**
Reduzierung Zuzahlung Arzneimittel, Festlegung 50% Erstattung beim Zahnersatz
- **2000 Gesundheitsreform**
Einführung Ausgabenbudget, Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung und Krankenhausfinanzierung
- **2004 Gesundheitsmodernisierungsgesetz**
10,- Euro Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln; 10,- Euro Zuzahlung Krankenhausaufenthalt, Streichung Sterbegeld
- **2005 Gesundheitsmodernisierungsgesetz**
Aufhebung paritätische Beitragszahlung, Einführung Festzuschüsse Zahnersatz, Arbeitnehmer zahlen zusätzlich 0,9%-Punkte
- **2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**
Einführung Wahltarife, Versicherungspflicht für Nichtversicherte, Einführung Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag möglich, einheitlicher Beitragssatz
- **2010 GKV-Finanzierungsgesetz**
- **2015 GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz**
Einführung eines kassenindividuellen und einkommensabhängigen Zusatzbeitrages, Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,6%
- **01.01.1995**
Einführung Pflegeversicherung mit Beitragssatz von 1,0%
- **01.04.1995**
Einführung häusliche Pflege
- **01.07.1996**
Einführung stationäre Pflege, Erhöhung Beitragssatz auf 1,7%
- **01.04.2004**
Wegfall des Beitragszuschusses in der Pflegeversicherung für Rentner
- **01.10.2004**
Einführung Zusatzbeitragssatz für „Kinderlose“ von 0,25% (1,7%/1,95%)
- **01.07.2008**
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Erhöhung Beitragssatz auf 1,95%/2,2%
- **01.01.2013**
Pflege-Neuausrichtungsgesetz, Erhöhung Beitragssatz auf 2,05%/2,3%
- **01.01.2015**
1. Pflegestärkungsgesetz, Erhöhung Beitragssatz auf 2,35%/2,6%

Fazit nach 35 Jahren in der gesetzlichen Krankenversicherung:

- Zahlreiche Reformen und stark gestiegene Beiträge – von umgerechnet 184,- Euro auf 665,- Euro
- Inklusive Pflege beträgt der Höchstbeitrag aktuell 775,- Euro.

Berechnungshinweise:

GKV-Beitrag 2016

Die Beitragsbemessungsgrenze von 4.237,50€ multipliziert mit dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6%, mit einem unterstellten Zusatzbeitragssatz von 1,1% sowie einem Pflegebeitragssatz von 2,6% ergibt insgesamt 775,46 €.

GKV-Beitrag 1980

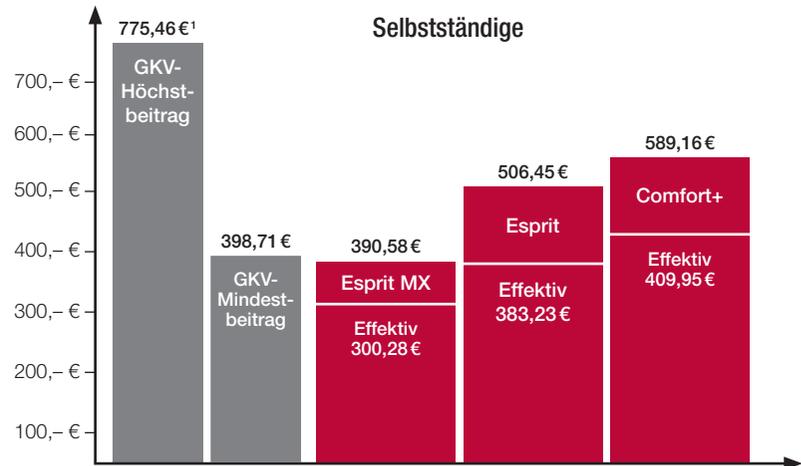
Die Beitragsbemessungsgrenze von 1.610,57 € (umgerechnet von 3.150 DM) multipliziert mit einem durchschnittlichen Beitragssatz von 11,4% ergibt 183,60€.

Höhere Leistungen bei niedrigeren Beiträgen – überzeugen Sie sich selbst.

Selbstständige

Selbstständige gehören grundsätzlich in die PKV. In den meisten Fällen lohnt sich für sie der Wechsel zum Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Auch Existenzgründer sind hier gut aufgehoben – die folgenden Beispiele verdeutlichen dies (Monatsbeiträge inklusive Vorsorgezuschlag, PVN und Krankentagegeld pro 043 v/100, für 32-Jährige.

Durch bis zu 3,75 Monatsbeiträge Beitragsrückerstattung und zusätzlich im Comfort+ die pauschale Abgeltung von bis zu 390,- Euro ist eine Reduzierung auf die ebenfalls aufgeführten Effektivbeiträge möglich.

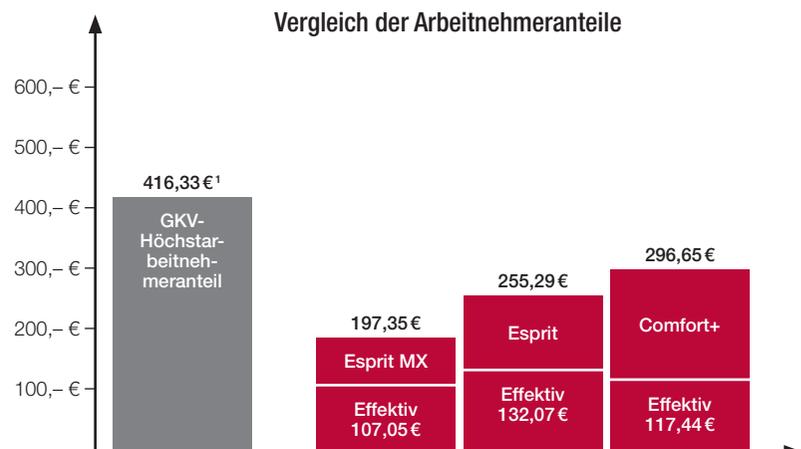


¹ GKV-Beiträge: Es wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz von 1,1 % unterstellt, der je nach Kasse auch geringer oder höher ausfallen kann; allgemeiner Beitragssatz von 14,6% mit Krankengeldanspruch und Pflegebeitragssatz 2,6%.

Höherverdienende Arbeitnehmer

Höherverdienende Arbeitnehmer sparen in vielen Fällen beim Wechsel zum Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G. Das verdeutlichen die folgenden Beispiele (Monatsbeiträge inklusive Vorsorgezuschlag, PVN und Krankentagegeld pro 043 v/100, für 32-Jährige.

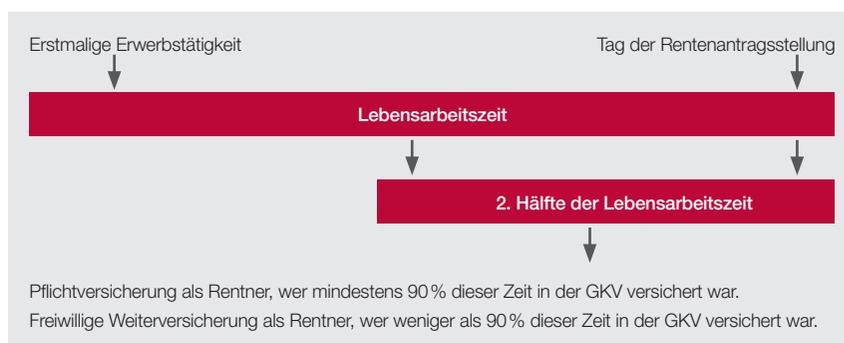
Durch bis zu fünf Monatsbeiträge Beitragsrückerstattung und zusätzlich im Comfort+ die pauschale Abgeltung von bis zu 390,- Euro ist eine Reduzierung auf die ebenfalls aufgeführten Effektivbeiträge möglich.



¹ GKV-Beiträge: Es wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz von 1,1 % unterstellt, der je nach Kasse auch geringer oder höher ausfallen kann; allgemeiner Beitragssatz von 14,6% mit Krankengeldanspruch und Pflegebeitragssatz 2,6%.

Ihre gesetzliche Krankenversicherung im Alter.

Rentner werden in der GKV pflichtversichert, wenn sie die Vorversicherungszeit erfüllen. Zur Erfüllung der Vorversicherungszeit müssen sie mindestens 90 % der zweiten Hälfte ihres Arbeitslebens Mitglied in der GKV gewesen sein.



Durch das GKV-Modernisierungsgesetz sind auf pflichtversicherte Rentner in der Krankenversicherung der Rentner und auch auf freiwillig versicherte Rentner zum Teil kräftige Beitragserhöhungen zugekommen.

Beispiel – pflichtversicherter Rentner, Einnahmen 3.400,- €²

Rente	1.550,- € x 15,70 % (14,6 % + 1,1 %)²	=	243,35 €
Betriebsrente	800,- € x 15,70 % (14,6 % + 1,1 %)²	+	125,60 €
Zinsen	300,- € (kein Beitrag)	+	0,- €
Mieteinnahme	750,- € (kein Beitrag)	+	0,- €
Gesamter Beitrag zur Krankenversicherung		=	368,95 €
Pflegeversicherung	2.350,- € x 2,35 %	+	55,23 €
Gesamter Beitrag		=	424,18 € ¹
Zuschuss des Rentenversicherungsträgers (7,3 % aus Rente)		-	113,15 €
Beitragsanteil des Rentners		=	311,03 €

Rentner, die die 90 %-Regel nicht erfüllen, werden in der GKV freiwillig versicherte Mitglieder. Damit müssen sie auf sämtliche Einnahmen, also auch auf Zinsen und Mieteinnahmen, Beiträge zahlen.

Beispiel – freiwillig versicherter Rentner, Einnahmen 3.400,- €²

Rente	1.550,- € x 15,70 % (14,6 % + 1,1 %)²	=	243,35 €
Betriebsrente	800,- € x 15,70 % (14,6 % + 1,1 %)²	+	125,60 €
Zinsen	300,- € x (14,0%+1,1%)²	+	45,30 €
Mieteinnahme	750,- € x (14,0%+1,1%)²	+	113,15 €
Gesamter Beitrag zur Krankenversicherung		=	527,50 €
Pflegeversicherung	3.400,- € x 2,35 %	+	79,90 €
Gesamter Beitrag		=	607,40 € ¹
Zuschuss des Rentenversicherungsträgers (7,3 % aus Rente)		-	113,15 €
Beitragsanteil des Rentners		=	494,25 €

¹ Bei entsprechend hohen Einnahmen beträgt der Beitrag – je nach Krankenkasse – bis ca. 775 € im Monat.

² Es wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz von 1,1 % unterstellt. Dieser kann je nach Krankenkasse auch geringer oder höher ausfallen.

Gesetzlich Krankenversicherte müssen auf bis zu 18 % ihrer betrieblichen Altersversorgung verzichten. Erhalten Sie von Ihrem (früheren) Arbeitgeber eine betriebliche Altersversorgung, wird ein großer Teil davon an Ihre gesetzliche Krankenkasse abgeführt. Dabei spielt es keine Rolle, ob Sie eine Betriebsrente oder Ihre betriebliche Altersversorgung als Kapital erhalten haben.

Beispiel bei einer Kapitaleistung

Betriebliche Altersversorgung (bAV) als Kapital in Höhe von 80.000,- €

Beitragsbemessungsgrundlage	
80.000,- € / 120,- €	666,67 €
– Krankenversicherung 14,6% von 666,67 €	97,33 €
– GKV-Zusatzbeitrag 1,1 % ¹ von 666,67 €	7,33 €
– Pflegeversicherung 2,35 € von 666,67 €	15,67 €
Monatlicher Beitrag nur auf bAV	120,33 €
Krankenkasse verlangt über 10 Jahre	14.439,40 €
Nettoaltersversorgung insgesamt	65.560,40 €

¹ Es wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz von 1,1 % unterstellt.
Dieser kann je nach Krankenkasse auch geringer oder höher ausfallen.

Beispiel bei einer Rentenleistung

Betriebliche Altersversorgung (bAV) als Monatsrente in Höhe von 700,- €

Beitragsbemessungsgrundlage	700,- €
– Krankenversicherung 14,6% von 700,- €	102,20 €
– GKV-Zusatzbeitrag 1,1 % ¹ von 700,- €	7,70 €
– Pflegeversicherung 2,35 € von 700,- €	16,45 €
Monatlicher Beitrag nur auf bAV	126,35 €
Krankenkasse verlangt lebenslang monatlich	126,35 €
Nettoaltersversorgung monatlich	573,65 €

Urteil des Bundessozialgerichts:

Auch freiwillig versicherte Rentner in der GKV müssen für Leistungen einer privaten Lebens- oder Rentenversicherung Beiträge an die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung abführen. Diese Rechtsauffassung hat das Bundessozialgericht am 27. Januar 2010 bestätigt (Az.: B12 KR 28/08 R). Danach wird ein Hundertzwanzigstel einer Kapitaleistung im Monat (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) zehn Jahre lang verbeitragt. Privat Krankenversicherte sind hiervon nicht betroffen.

40 Mrd. Euro

Beträgt das aktuelle Defizit
in der Krankenversicherung der Rentner.
Das gilt bereits heute. Und morgen?
Die demographische Entwicklung
stellt die GKV vor riesige Herausforderungen,
weil keinerlei Vorsorge für das Alter
betrieben wird.

Ihre private Krankenversicherung im Alter.

Die private Krankenversicherung spart einen Teil Ihrer Beiträge für das Alter an und bildet damit die sogenannten Alterungsrückstellungen. Der gesetzliche Vorsorgezuschlag und erwirtschaftete Überzinsen fließen ebenfalls in diese Rückstellung. Mittlerweile betragen die Alterungsrückstellungen unserer Versicherten 4,0 Mrd. Euro.¹ (Stand: 2014)

Wodurch verändert sich Ihr privater Krankenversicherungsbeitrag im Alter?

- Der gesetzliche Vorsorgezuschlag in Höhe von 10% Ihres Krankenversicherungsbeitrages entfällt mit Alter 60 (zu Beginn des Folgejahres).
- Der gesetzliche Vorsorgezuschlag, den Sie bis Alter 60 zahlen müssen, wird ab Alter 65 verwendet, um Ihre Beiträge stabil zu halten und ab Alter 80 gegebenenfalls zu reduzieren.
- Bei Renteneintritt entfällt Ihr Beitragsanteil für das Krankentagegeld.
- Sind Sie Arbeitnehmer, erhalten Sie bei Renteneintritt keinen Arbeitgeberzuschuss mehr. Dafür zahlt der Rentenversicherungsträger einen Beitragszuschuss.
- Und unsere privat Krankenvollversicherten erhalten ebenfalls einen Beitragszuschuss vom Rentenversicherungsträger, und zwar aktuell 73,- Euro pro 1000,- Euro gesetzlicher Rente.
- Durch eine professionelle Kapitalanlage entstehen in Ihrem Vertrag Erträge, von denen ein Teil ab Alter 65 genommen wird, um Ihre Beiträge im Alter stabil zu halten (genau wie beim gesetzlichen Vorsorgezuschlag).

Sorgen Sie selbst zusätzlich vor.

Sie können noch zusätzlich aktiv selbst Ihre Beiträge im Alter reduzieren mit den Sonderbedingungen BSA 65 – Ihrer privaten Beitragsentlastung. BSA 65 reduziert im Alter die Beiträge Ihrer privaten Krankenversicherung. Bei Abschluss entscheiden Sie sich für einen bestimmten Entlastungsbetrag. Dieser Betrag wird Ihnen im Alter dann vom Gesamtbeitrag Ihrer Krankenversicherung abgezogen. Höhe und Beginn dieser Entlastung legen Sie dabei ganz flexibel fest.



Umfassender Schutz für die wichtigsten Menschen – Ihre Kinder.

Die Regelung Ihres Krankenversicherungsschutzes ist wichtig. Genauso wichtig ist die Frage, wie Kinder zu versichern sind. Dabei sind zwei Fälle zu unterscheiden:

Fall 1: GKV ist weiterhin beitragsfrei möglich	Fall 2: GKV ist nicht mehr beitragsfrei möglich
<p>Die Kinder bleiben weiter über den in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Ehegatten beitragsfrei familienversichert.</p>	<p>Die beitragsfreie Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht mehr möglich.</p>
<p>Folge: Die Kinder können in der GKV verbleiben. Wichtig: Die beitragsfreie Versicherung kann jederzeit wegfallen. Und zwar immer dann, wenn die Gesamteinkommen des PKV-versicherten Elternteils bzw. des familienversicherten Kindes bestimmte Beträge übersteigen. Die beitragsfreie Versicherung für Kinder endet mit Beginn einer versicherungspflichtigen Ausbildung, spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres (bei Studium erst mit 25 Jahren).</p>	<p>Folge: Die Kinder können in der GKV verbleiben. Aber nur gegen einen eigenen Beitrag. Je Kind sind monatlich 174,78 Euro¹ (inklusive Pflege) zu zahlen. Besser und günstiger ist eine private Krankenversicherung für Ihre Kinder.</p>
<p>Empfehlung: Schließen Sie die gesetzlichen Lücken mit einer leistungsstarken Kranken-Zusatzversicherung für Ihre Kinder.</p>	<p>Das sind die Vorteile einer privaten Deutscher Ring Krankenversicherung für Ihre Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je nach Tarif sind sie deutlich besser als in der GKV krankenversichert. • Kinderbeiträge vom Deutscher Ring Krankenversicherungsverein gehören zu den günstigsten am Markt. • Je nach Tarif liegen diese deutlich unter dem GKV-Beitrag. • Auch der Kinderbeitrag ist nach dem Bürgerentlastungsgesetz steuerlich abzugsfähig. • Die Beiträge für Ihre Kinder sind nicht lebenslang zu zahlen. Spätestens wenn Ihre Kinder eine Ausbildung/ein Studium beginnen, werden sie versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung und sind ab diesem Zeitpunkt nicht mehr privat krankenversichert.

¹ Der Beitrag wurde mit ermäßigtem Beitragssatz von 14,0% berechnet. Darüber hinaus wurde ein kassenindividueller Zusatzbeitragssatz von 1,1% unterstellt. Dieser kann je nach Krankenkasse auch geringer oder höher ausfallen.

Die Leistungskürzungen der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1982.

1982	Kostendämpfungsgesetz
Arzneimittel	Erhöhung der Selbstbeteiligung je Mittel von 1,- DM auf 1,50 DM
Heilmittel	Erhöhung der Selbstbeteiligung je Mittel von 2,- DM auf 4,- DM
Sehhilfen	Bei gleichbleibender Sehschärfe Bezug nur noch alle 3 Jahre
Zahnersatz	Weiterhin 100% Honorar, Kürzung der Laborkosten von 80% auf 60%
1983	Haushaltsbegleitgesetz
Arzneimittel	Erhöhung der Selbstbeteiligung je Mittel von 1,50 DM auf 2,- DM, Ausschluss von sog. Bagatell-Arzneien (z. B. gegen Erkältung)
Krankenhaus	Einführung einer Selbstbeteiligung von 5,- DM pro Tag für max. 14 Tage im Kalenderjahr
Rentner	Abschaffung der kostenlosen Krankenversicherung – pflichtversicherte Rentner müssen erstmals einen Teil ihres Beitrags selbst zahlen (von der Rente bzw. vergleichbaren Versorgungsbezügen)
1984	Haushaltsbegleitgesetz
Beiträge	Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) werden jahresanteilig berücksichtigt und dadurch verstärkt in die Beitragspflicht einbezogen
Krankengeld	Kürzung um Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung
1989	Gesundheitsreformgesetz
Arzneimittel	Begrenzung auf Festbeträge, für Medikamente ohne Festbetrag Erhöhung der Selbstbeteiligung von 2,- DM auf 3,- DM
Fahrtkosten	Einschränkungen bei ambulanten Fahrten und Einführung einer Selbstbeteiligung von 20,- DM für stationäre Fahrten
Heilmittel	Erhöhung der Eigenbeteiligung von bisher 4,- DM je Mittel auf 10% der Gesamtkosten
Hilfsmittel	Begrenzung auf Festbeträge
Rentner	Verschärfung der Vorversicherungszeit: Pflichtmitgliedschaft in der günstigen Rentnerkrankenversicherung (KVdR) nur noch für die Rentner, die in der Zeit von der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenanstellung mindestens 90% der zweiten Lebensarbeitshälfte (freiwillig oder pflichtig) gesetzlich versichert waren
Sehhilfen	Für Gestelle nur noch 20,- DM Zuschuss, für Gläser Begrenzung auf Festbeträge, neue Gläser nur noch bei Änderung der Sehschärfe um mind. 0,5 Dioptrien, Kontaktlinsen nur noch in medizinisch zwingend begründeten Ausnahmefällen
Sterbegeld	Wegfall für Neuversicherte; Kürzung auf 2100,- DM für Versicherte bzw. 1050,- DM für Familienversicherte
Zahnersatz	Minderung von 100% auf 50% für das Honorar und von 60% auf 50% für die Laborkosten, Einführung eines Bonus von 10% für regelmäßige Vorsorge
1993	Gesundheitsstrukturgesetz
Arzneimittel	Ausdehnung der Selbstbeteiligung auf alle Arzneimittel, also auch auf die mit Festbetrag; gleichzeitige Erhöhung der Selbstbeteiligung – gestaffelt nach Abgabepreis, später nach Packungsgröße – auf 3,- DM, 5,- DM und 7,- DM
Krankenhaus	Erhöhung der Selbstbeteiligung von 5,- DM auf 12,- DM (neue Bundesländer 9,- DM) für maximal 14 Tage im Kalenderjahr
Rentner	Erneute Verschärfung der Vorversicherungszeit: Pflichtmitgliedschaft in der günstigen KVdR nur noch für Rentner, die mindestens 90% der zweiten Lebensarbeitshälfte gesetzlich pflichtversichert waren. Damit ist die beitragsgünstige KVdR für fast alle freiwilligen Mitglieder (insbesondere Selbstständige, Beamte oder höherverdienende Arbeitnehmer) nicht mehr möglich. Beiträge werden jetzt nicht mehr nur von der Rente bzw. vergleichbaren Versorgungsbezügen, sondern von allen Einnahmen (z. B. auch Mieten und Zinsen) bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben
1997	Beitragsentlastungsgesetz
Krankengeld	Kürzung von 100% des Nettoeinkommens auf 90% bzw. von 80% des Bruttoeinkommens auf 70% (Kürzung des Höchstkrankengeldes von 80% der Beitragsbemessungsgrenze auf 70%)
Sehhilfen	Wegfall des Zuschusses für Brillengestelle
Arzneimittel	Erhöhung der Eigenbeteiligung um 5,- DM – je nach Packungsgröße – auf 9,- DM, 11,- DM, 13,- DM
Fahrtkosten	Erhöhung der Eigenbeteiligung von 20,- DM auf 25,- DM

1997		Beitragsentlastungsgesetz	
Heilmittel		Erhöhung der Eigenbeteiligung von 10 % auf 15 %	
Hilfsmittel		Einführung einer Eigenbeteiligung von 20 % für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	
Krankenhaus		Erhöhung der Selbstbeteiligung von 12,- DM auf 17,- DM (alte Bundesländer) und von 9,- DM auf 14,- DM (neue Bundesländer) für max. 14 Tage im Kalenderjahr	
Zahnersatz		Kürzung von 50 % auf 45 % bzw. mit Bonus von 60 % auf 55 %	
1997		1. und 2. Neuordnungsgesetz	
Arzneimittel		Erhöhung der Eigenbeteiligung um 5,- DM – je nach Packungsgröße – auf 9,- DM, 11,- DM, 13,- DM	
Fahrtkosten		Erhöhung der Eigenbeteiligung von 20,- DM auf 25,- DM	
Heilmittel		Erhöhung der Eigenbeteiligung von 10 % auf 15 %	
Hilfsmittel		Einführung einer Eigenbeteiligung von 20 % für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	
Krankenhaus		Erhöhung der Selbstbeteiligung von 12,- DM auf 17,- DM (alte Bundesländer) und von 9,- DM auf 14,- DM (neue Bundesländer) für max. 14 Tage im Kalenderjahr	
Zahnersatz		Kürzung von 50 % auf 45 % bzw. mit Bonus von 60 % auf 55 %	
1998		Nächste Stufe des 2. Neuordnungsgesetzes	
Zahnersatz		Abschaffung der prozentualen Beteiligung und Einführung von Festzuschüssen; damit größere Flexibilität, aber höhere Eigenbeteiligungen für die höherwertige Versorgung	
1999		Solidaritätsstärkungsgesetz	
Arzneimittel		Reduzierung der Eigenbeteiligung je nach Packungsgröße auf 8,- DM, 9,- DM oder 10,- DM	
Zahnersatz		Abschaffung der Festzuschüsse und Wiedereinführung der prozentualen Beteiligung auf dem Stand vor dem 1. Juli 1997 (50 % bzw. mit Bonus 60 %), zusätzlicher Bonus von 5 %-Punkten nach 10-jähriger Vorsorge; nach 1978 Geborene erhalten wieder die gleichen Leistungen wie alle anderen Versicherten	
2000		Gesundheitsreform	
Beiträge		Einmalzahlungen (z. B. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) werden jahresanteilig berücksichtigt und dadurch verstärkt in die Beitragspflicht einbezogen; Kürzung um Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung	
2004		GKV-Modernisierungsgesetz	
Arztbesuch		Erstmals wird eine Praxisgebühr von 10,- € eingeführt; gilt für jede 1. Inanspruchnahme pro Quartal, die nicht auf Überweisung beruht (Ausnahmen: Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen)	
Arzneimittel		Erhöhung der Zuzahlung auf 10 % (mindestens 5,- € und maximal 10,- €); nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden grundsätzlich nicht mehr erstattet	
Hilfsmittel		Zuzahlungen jetzt für sämtliche Hilfsmittel (also auch für Krankenfahrstühle etc.) 10 % der Kosten, mindestens 5,- € und maximal 10,- €; darüber hinaus gelten die Festbeträge weiter	
Heilmittel		Zuzahlung beträgt 10 % je Mittel (Fango, Massagen etc.) plus 10,- € je Verordnung	
Krankenhaus		Eigenbeteiligung wird auf 10,- € für max. 28 Tage je Kalenderjahr heraufgesetzt (vorher: 9,- € für 14 Tage)	
Sehhilfen		Für Erwachsene Wegfall der Leistungen für Brillen und Kontaktlinsen (Ausnahme: schwer Sehbeeinträchtigte)	
Rentner		Pflichtversicherte Rentner zahlen auf Versorgungsbezüge den vollen Beitragssatz (bisher den halben), Kapitalleistungen daraus werden mit einem Hundertzwanzigstel über 10 Jahre verteilt verbeitragt	
Fahrtkosten		Ambulante Fahrtkosten werden grundsätzlich nicht mehr erstattet	
Zahnersatz		Ab 2005 wird für Zahnersatz nur noch ein befundbezogener Festzuschuss gezahlt	
Sonstiges		Ab 1. Juli 2005 Wegfall der paritätischen Beitragszahlung; ab dann hat jedes GKV-Mitglied einen zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 % allein zu entrichten (ohne Arbeitgeber-Beteiligung)	
2007		GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und andere	
		Einführung 3-Jahresregel für höherverdienende Arbeitnehmer, Einführung Portabilität der Alterungsrückstellungen für PKV-Versicherte, keine Kündigung mehr wegen Nichtzahlung der Beiträge in der PKV, Krankenversicherungspflicht ab 1.4.2007 für die GKV – ab 1.1.2009 für die PKV, ab 2009 Einführung des Gesundheitsfonds mit einheitlichen Beitragssätzen, Einführung eines Basisarifs für die PKV, Regressmöglichkeiten der Krankenkassen bei Komplikationen nach Schönheitsoperationen	
2011		GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG), unter anderem	
		Allgemeiner Beitragssatz wird auf 15,5 % gesetzlich festgeschrieben; Einfrieren des Arbeitgeberzuschusses auf 7,3 %; Kasse kann einkommensunabhängige Zusatzbeiträge ohne Begrenzung erheben; Wegfall der 3-Jahresfrist für höherverdienende Arbeitnehmer	
2015		GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), unter anderem	
Beitragsrecht		Allgemeiner Beitragssatz wird um 0,9 %-Punkte auf 14,6 % reduziert (der ermäßigte Beitragssatz auf 14,0 %). Im Gegenzug muss jede Krankenkasse – je nach finanzieller Lage – einen kassenindividuellen prozentualen Zusatzbeitrag erheben. Der Zusatzbeitrag wird einkommensabhängig erhoben.	