

Johannes Steffen

Sozialpolitische Chronik

- ▶ Krankenversicherung (seit 1977)
- ▶ Pflegeversicherung (seit 1995)



Bremen, Januar 2011

Johannes Steffen

Sozialpolitische Chronik
Die wesentlichen Änderungen in der Kranken- und Pflegeversicherung

<http://www.ak-sozialpolitik.de>

Bremen, Januar 2011

Inhalt

Verabschiedet unter CDU/CSU-SPD-Koalition

Verabschiedet unter SPD-FDP-Koalition

Verabschiedet unter CDU/CSU-FDP-Koalition

Verabschiedet unter SPD-Bündnis90/Die Grünen-Koalition

Die wesentlichen Änderungen im Bereich der Krankenversicherung seit 1977

- 1977 Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
- 1982 Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz
- 1983 Haushaltsbegleitgesetz 1983
- 1984 Haushaltsbegleitgesetz 1984
- 1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG)
Gesetz zur Reform der GRV (RRG 1992)
- 1992 2. SGB V-ÄndG
- 1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
- 1995 3. SGB V-ÄndG
- 1996 4. SGB V-ÄndG
- 1996 5. SGB V-ÄndG
- 1996 6. SGB V-ÄndG
Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996
- 1997 7. SGB V-ÄndG
- 1997 Beitragsentlastungsgesetz
 - 1. GKV-Neuordnungsgesetz
 - 2. GKV-Neuordnungsgesetz
- 1998 Gesetz zur sozialen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen
GKV-Finanzstärkungsgesetz
- 1999 9. SGB V-ÄndG
Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 2000 2. SGB III-Änderungsgesetz
Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse
- 2000 Haushaltssanierungsgesetz
GKV-Gesundheitsreform 2000
Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV
Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse
- 2001 Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz
Altersvermögensergänzungsgesetz (AVmEG)
Festbetrags-Anpassungsgesetz (FBAG)
Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)
- 2001/02 Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte
- 2002 Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahn-ärzte
Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV
- 2003 10. SGB V-Änderungsgesetz
- 2003 ff Fallpauschalengesetz – FPG
- 2003 Beitragssatzsicherungsgesetz
- 2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
- 2005 Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz
Verwaltungsvereinfachungsgesetz
- 2006 5. Gesetz zur Änderung des SGB III und anderer Gesetze
Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

- Haushaltsbegleitgesetz 2006
- 2007 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)
- 2009 GKV-Beitragsatzverordnung
- Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (»Konjunkturpaket II«)
- 2010 Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz
- 2011 Haushaltsbegleitgesetz 2011
- GKV-Finanzierungsgesetz

Die wesentlichen Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung seit 1995

- 1995 Pflege-Versicherungsgesetz
- Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
- 1996 1. SGB XI-ÄndG
- 1998 Gesetz zur sozialen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen
- 3. SGB XI-ÄndG
- 1999 Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse
- 4. SGB XI-ÄndG
- 2000 Haushaltssanierungsgesetz
- GKV-Gesundheitsreform 2000
- 2002 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)
- Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG)
- 2005 Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG)
- Verwaltungsvereinfachungsgesetz
- 2007 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)
- 2008 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Die wesentlichen Änderungen im Bereich der Krankenversicherung seit 1977

1977

Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz

- Anstelle der Rezeptblattgebühr in Höhe von 20% der Kosten der verordneten Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel (maximal 2,50 DM pro Rezept) Einführung einer Zuzahlung von 1,00 DM pro Verordnung.
- Einschränkung der Härteregelung - Rentner, Schwerbehinderte und Bezieher von Kranken- oder Übergangsgeld sind nicht mehr von Zuzahlungen befreit.
- Die bisher mögliche volle Übernahme der Zahnersatzkosten durch die Kassen wird auf 80% der Gesamtkosten begrenzt - die Eigenbeteiligung mithin auf 20% erhöht.
- Bei kieferorthopädischer Behandlung wird eine Eigenbeteiligung von bis zu 20% eingeführt.
- Einführung einer Eigenbeteiligung an krankheitsbedingten Fahrtkosten in Höhe von 3,50 DM je Fahrt.
- Einschränkung der beitragsfreien Familienmitversicherung.

1982

Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz

- Die Zuzahlung von 1,00 DM pro Verordnung (für Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr) wird erhöht auf
 - 1,50 DM für Arznei- und Verbandmittel,
 - 4,00 DM für Heilmittel und Brillen.
- Für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, wird der Anspruch auf Versorgung mit Brillen eingeschränkt: bei gleichbleibender Sehfähigkeit frühestens alle drei Jahre.
- Erhöhung der Zuzahlung bei Zahnersatz/Zahnkronen durch Umgestaltung der Zuschussregelung: das Zahnarzt Honorar trägt die Kasse voll, von den Material-/Fertigungskosten übernimmt sie 60%. Versicherte müssen also 40% der zahntechnischen Leistungen zuzahlen.
- Erhöhung der Eigenbeteiligung an den Fahrtkosten von 3,50 DM auf 5,00 DM je Fahrt.
- Die stationäre Verweildauer bei normaler Entbindung wird auf 6 Tage (vorher: 10 Tage) eingeschränkt.

1983

Haushaltsbegleitgesetz 1983

- Die Zuzahlung von 1,50 DM pro Verordnung (Arznei- und Verbandmittel) wird erhöht auf 2,00 DM.
- Einführung einer Zuzahlungspflicht bei Krankenhausbehandlung in Höhe von 5 DM pro Tag für maximal 14 Tage je Kalenderjahr.
- Für die Kuren der Kranken- und Rentenversicherung wird eine Zuzahlung von 10 DM pro Tag eingeführt - für maximal 30 Tage im Kalenderjahr.
- Bagatell-Arzneimittel werden aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen (Arzneimittel gegen Erkältungskrankheiten, Reisekrankheit, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel).

1984

Haushaltsbegleitgesetz 1984

- Stärkere Einbeziehung von Einmalzahlungen des ArbGeb (Weihnachtsgeld, zusätzliches Urlaubsgeld) in die Beitragspflicht.

- Einbeziehung des Kg in die Beitragspflicht zur Renten- und Arbeitslosenversicherung (der Beitrag wird hälftig vom Kranken und der Krankenkasse gezahlt).
- Kürzung der jährlichen Anpassung des Kg durch Aktualisierung (Anbindung an Entgeltentwicklung im Vorjahr).

1989

Gesundheitsreformgesetz (GRG)

- Neukodifizierung des Krankenversicherungsrechts im Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel werden Festbeträge eingeführt. Für Festbetrags-Arzneien entfällt die Zuzahlung - bei Arzneimitteln, für die kein Festbetrag festgesetzt ist, wird die Zuzahlung von 2,00 DM auf 3,00 DM pro verordnetes Mittel erhöht (Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr); für Arznei- und Verbandmittel, die mit Festbetragspräparaten konkurrieren, muss die Differenz privat bezahlt werden.
- Für Heilmittel erhöht sich die Zuzahlung (von 4,00 DM für Personen ab vollendetem 16. Lebensjahr) auf 10% der Kosten für volljährige Versicherte.
- Für Brillengestelle zahlt die Kasse nur noch einen Zuschuss von 20 DM.
- Ein erneuter Anspruch auf Sehhilfen besteht für Versicherte ab vollendetem 14. Lebensjahr nur noch bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.
- Einführung der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips bei Zahnersatz und Kieferorthopädie:
 - Die Kasse erstattet dem Versicherten - der die Gesamtkosten gegenüber dem Zahnarzt zu begleichen hat - 50% der Kosten des notwendigen Zahnersatzes (zahntechnische und zahnärztliche Leistungen).
 - Bis Ende 1990 gilt generell ein erhöhter Erstattungsbetrag von 60%.
 - Ab 1991 wird dieser nur noch dann gewährt, wenn eine regelmäßige Zahnpflege erkennbar ist und der Versicherte regelmäßig hat Vorsorgeuntersuchungen vornehmen lassen.
 - Der Erstattungsbetrag erhöht sich um weitere 5%-Punkte (auf 65%), wenn langjährige (10 Jahre) Zahnvorsorge betrieben wurde (wirksam ab 1999).
- Der Zuzahlungsbetrag bei Krankenhausbehandlung wird von 5 DM je Tag auf 10 DM täglich erhöht (für maximal 14 Tage im Kalenderjahr).
- Erhöhung der Eigenbeteiligung an den Fahrtkosten von 5 DM auf 20 DM je Fahrt und Beschränkung der (darüber hinausgehenden) Fahrtkostenübernahme auf Fahrten zur stationären Behandlung sowie in Rettungs- und Krankentransporten.
- Kürzung des Sterbegeldes (Regelsterbegeld bisher 2.300 DM) auf einheitlich 2.100 DM - für mitversicherte Familienangehörige auf 1.050 DM. Für Personen, die am 1.1.1989 nicht in der GKV versichert waren, wird das Sterbegeld gestrichen.
- Einführung der Versicherungspflichtgrenze auch für Arbeiter.
- Die Versicherungspflicht von Rentnern wird an schärfere Voraussetzungen gebunden: Neu-Rentner sind nur noch dann in der KVdR pflicht-

- versichert, wenn sie 9/10 der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens Mitglied oder familienversichert in der GKV waren.
- Einführung einer Härteklauseel: Versicherte mit einem Haushalts-Einkommen bis zu 40% der monatlichen Bezugsgröße (Paragraph 18 SGB IV) sind von Zuzahlungen für Zahnersatz, stationäre Vorsorge- und Reha-Leistungen, Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Fahrtkosten befreit. Die Einkommensgrenze erhöht sich für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen um 15% und für jeden weiteren Angehörigen um 10%.
 - Einführung einer Überforderungsklausel: sie begrenzt die Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Fahrtkosten auf jährlich 2% des Jahres-Haushaltseinkommens (bei Einkommen oberhalb der BBG: 4%).
 - Neu in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit.
- 1989**
Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (RRG 1992)
- Der Krankenversicherungsbeitrag für LohnersatzleistungsempfängerInnen (Alg/Alhi) der BA wird ab 1995 auf der Basis von 80% (bisher: 100%) des letzten Bruttoarbeitsentgelts bemessen.
- 1992**
2. SGB V-ÄndG
- Verbesserung des Freistellungsanspruchs und des Kg-bezugs bei Erkrankung von Kindern. Der Anspruch auf Kg wird von 5 auf 10 Tage, bei Alleinerziehenden auf 20 Tage pro Kind unter 12 Jahre (bisher: unter 8 Jahre) erhöht. Pro Kalenderjahr und Versicherten beträgt der Anspruch maximal 25 Arbeitstage (Alleinerziehende: 50 Arbeitstage).
 - Verbesserung der Härtefallregelung bei Zahnersatzleistungen.
 - Erleichterung der Zugangsvoraussetzungen (Vorversicherungszeit) für Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit
- 1993**
Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
- Für alle Arzneimittel (auch Festbetragsarzneimittel) müssen Zuzahlungen geleistet werden. Die Zuzahlungshöhe richtet sich 1993 nach Preisklassen (bis 30 DM, 30 bis 50 DM und über 50 DM) und ab 1994 nach Packungsgrößen (kleine, mittlere und große Packungen). Der Zuzahlungsbetrag beläuft sich jeweils auf 3 DM, 5 DM oder 7 DM. Liegt der Preis für ein Arznei- oder Verbandmittel über dem Festbetrag, so muss der Versicherte die Differenz selbst zahlen - dies gilt auch für sog. Härtefälle.
 - Die Zuzahlungshöhe bei Krankenhausbehandlung für maximal 14 Tage im Kalenderjahr (bisher 10 DM pro Tag) wird geändert. In den alten Ländern beträgt sie 11 DM (1993) und 12 DM (ab 1994) pro Tag; in den neuen Ländern 8 DM (1993) und 9 DM (ab 1994) pro Tag.
 - Beim Zahnersatz werden zahnmedizinisch umstrittene oder unnötig aufwendige prothetische Versorgungsformen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen (so etwa große Brücken zum Ersatz von mehr als vier Zähnen oder Kombinationsversorgungen mit mehr als zwei Verbindungselementen).
 - Das mit dem GRG 1989 eingeführte Kostenerstattungsprinzip bei Zahnersatz wird - unter unveränderter Beibehaltung der Zahlungsmodalitäten der Versicherten - modifiziert: Die Krankenkasse zahlt den Zuschuss nicht mehr an den Versicherten, sondern mit befreiender Wirkung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung.
 - Ausschluss kieferorthopädischer Behandlungen für Erwachsene aus der Leistungspflicht der GKV (mit eng gefassten Ausnahmen).
 - Der Herstellerabgabepreis der Pharmaindustrie für verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Festbetrag wird bis Ende 1994 um 5%, der für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel um 2% gesenkt - auf der Basis der Preise vom 1. Mai 1992.
 - Zeitlich unbegrenzte Festlegung eines Arznei- und Heilmittelbudgets und Koppelung seiner Entwicklung an die Grundlohnsumme.
 - Gründung eines Arzneimittelinstituts (dessen Aufgabe ist vor allem die Erarbeitung einer Positivliste von zulasten der GKV verordnungsfähiger Arzneimittel).
 - Budgetierung der Kassen-Ausgaben für Fahrtkosten und stationäre Kuren (1993 bis 1995).
 - Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips bei der Krankenhausfinanzierung und Einführung leistungsorientierter Vergütungen (Fallpauschalen, Sonderentgelte) ab 1995. Für die Jahre 1993 bis einschließlich 1995 werden feste Krankenhausbudgets eingeführt; die Ausgabenentwicklung wird an die Grundlohnzuwächse gekoppelt.
 - Bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Behandlung (vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus für maximal 3 bzw. 7 Tage; ambulantes Operieren).
 - Absenkung der Vergütung für Zahnersatzleistungen (zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen) um 10% in 1993 und Einführung eines degressiven Punktwertes für alle zahnärztlichen Leistungen für den Fall des Überschreitens einer bestimmten Punktwertmenge.
 - Absenkung der Vergütungen für zahntechnische Leistungen um 5% in 1993.
 - Grundlohnkoppelung der Gesamtvergütung für Kassen(zahn)ärzte für die Jahre 1993 bis 1995 (auf der Basis des Jahres 1991 plus Grundlohnanstieg in 1992).
 - Wirksamere kassenärztliche Bedarfsplanung bis 1998.
 - Zulassungsbeschränkung für Kassen(zahn)ärzte ab 1999.
 - Förderung der hausärztlichen Versorgung.
 - Die bisherige Befristung der gesetzlichen Zulassung poliklinischer Einrichtungen für die ambulante Versorgung in den neuen Ländern wird aufgehoben.
 - Fachambulanzen an konfessionellen Krankenhäusern in den neuen Ländern bleiben befristet bis Ende 1995 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.
 - Einführung eines bundesweiten (getrennt nach alten und neuen Ländern) und kassenartenübergreifenden einnahmeorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA) ab 1994/1995. Ausgleichsrelevante Faktoren sind die Grundlohnsumme, die Mitversichertenquote, die Altersstruktur und die Geschlechterstruktur.
 - Gleiches Kassen-Wahlrecht für Arbeiter und Angestellte ab 1996/1997. Mitglieder von AOK, BKK und IKK haben gleichberechtigten Zugang zu allen Arbeiter-/Angestellten-Ersatzkassen. Mit-

glieder von BKK und IKK können zur AOK wechseln. BKK und IKK können ihre Zugangsbeschränkungen per Satzung öffnen (dann ohne Mitgliederkreisbeschränkung). Bei den Sonder-systemen bleiben Mitgliederkreis- und Wahlrechtsbeschränkungen bestehen.

- Die Voraussetzungen für die Neuerrichtung von BKK und IKK werden verschärft.
- Freiwillige Mitglieder können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sachleistungen Kostenerstattung wählen. Für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben die Satzungen der Krankenkassen ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag vorzusehen.
- Freiwillig Versicherte sind bei Zugang in Rente ab 1993 nicht mehr in der KVdR pflichtversichert. Alle Einkünfte dieser Personen - mit Ausnahme der Rente - unterliegen bis zur BBG damit dem vollen Beitragssatz der GKV (z.B. Miet-/Zinseinnahmen, Betriebsrenten).
- Die Selbstverwaltung der Kassen wird ab 1996 neu geregelt.
- EmpfängerInnen von Sozialhilfe (lfd. Hilfe zum Lebensunterhalt) sollen ab 1997 krankenversicherungspflichtig werden.

1995

3. SGB V-ÄndG

- Die im GSG vorgesehene Regelung, wonach die KV-Beiträge für RentnerInnen ab 1.1.1995 nach dem jeweiligen individuellen Beitragssatz der Krankenkasse dieser RentnerInnen zu zahlen ist (und nicht mehr nach dem GKV-Durchschnitt), wird auf den 1.7.1997 verschoben.

1995

4. SGB V-ÄndG

- Die Budgetierung des GSG im vertragsärztlichen Bereich wird durchbrochen: Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung wird die gesetzlich limitierte Gesamtvergütung bereits mit Wirkung für 1995 um 0,6 Mrd. DM angehoben.
- Zusätzlich erfolgt in den neuen Ländern eine Anhebung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in 1995 um 4% (0,24 Mrd. DM), um - wie es heißt - das gegenüber allen anderen Gesundheitsberufen beim Ost-West-Vergleich deutlich zurückliegende Einkommensniveau der Ärzte in den neuen Ländern anzuheben.

1996

5. SGB V-ÄndG

- Die mit dem GSG eingeführten Vorschriften zur Erstellung einer Vorschlagsliste verordnungsfähiger Arzneimittel in der GKV ("Positivliste") sowie über das Institut "Arzneimittel in der Krankenversicherung" werden gestrichen.

1996

6. SGB V-ÄndG

- Die 45 Fachambulanzen (unselbständige Einrichtungen) der konfessionellen Krankenhäuser in den neuen Ländern bleiben unter bestimmten Voraussetzungen bis Ende 1996 (bisher: generell bis Ende 1995) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

1996

Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996

- Der Ausgabenzuwachs für die Krankenhäuser wird für das Jahr 1996 begrenzt auf die lineare

Erhöhung der Vergütung nach dem BAT (West: 0,855%; Ost: 1,106%).

1996

7. SGB V-ÄndG

- Für patentgeschützte Arzneimittel, deren Zulassung nach 1995 erfolgt, werden keine Festbeträge mehr gebildet.
- Die Verpflichtung der Apotheken zur Vorhaltung re-importierter Arzneimittel wird gestrichen.

1996 (Oktober)

8. SGB V-ÄndG

- Analog der Mehrkostenregelung beim Zahnersatz kann die GKV künftig (ab 29. Oktober 1996) auch bei zahnerhaltenden Maßnahmen für den Fall, dass Versicherte eine über die vertragszahnärztlichen Richtlinien hinausgehende Füllungsalternative (z.B. Keramik- oder Gold-Inlays) wählen, den Betrag der vergleichbaren preisgünstigsten plastischen Füllung übernehmen (dies war bislang ausgeschlossen).

1997

Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG)

- Beitragssatzerhöhungen in 1996 sind nur zulässig, sofern die dafür erforderlichen Satzungsänderungen der Krankenkassen vor dem 10.5.1996 genehmigt worden sind (Ausnahme: Erhöhungen, die alleine aufgrund des Risikostrukturausgleichs zwingend erforderlich sind).
- Zum 1.1.1997 werden die Beitragssätze der GKV zwangsweise um 0,4 Punkte gesenkt.
- Die mit dem GRG erst 1989 eingeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden wieder gestrichen.
- Die Regeldauer von Maßnahmen zur medizinischen Reha (Kuren) wird von vier auf drei Wochen gekürzt.
- Das Wiederholungsintervall zwischen zwei Kuren wird von drei auf vier Jahre verlängert.
- Der Betrag der täglichen Zuzahlung für Kuren steigt von 12 DM auf 25 DM (neue Länder: von 9 DM auf 20 DM). Für eine Anschluss-Reha sowie für Vorsorgekuren für Mütter und Müttergenesungskuren bleibt es bei der bisherigen Regelung (12 DM bzw. 9 DM täglich für längstens 14 Tage im Kalenderjahr).
- Versicherte der Geburtsjahrgänge 1979 und jünger erhalten künftig keinen Kassenzuschuss mehr zu den Kosten des Zahnersatzes (Zuschuss bisher: 50% bzw. 60%).
- Die von der Packungsgröße abhängigen Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel steigen (von bisher 3 DM, 5 DM und 7 DM) auf 4 DM, 6 DM bzw. 8 DM.
- Der bisherige Zuschuss der Krankenkasse für die Kosten eines Brillengestells (20 DM) wird gestrichen.
- Die Höhe des Kg wird von 80% auf 70% des Regelentgelts (= Bruttoarbeitsentgelts bis zur BBG) und maximal 90% (bisher: 100%) des Nettoentgelts gekürzt. Dies gilt auch für am 1.1.1997 bereits lfd. Kg-Zahlungen.

1997 (Juli)

Erstes GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG)

- Die zumutbare Belastung, die Patienten als Eigenanteil oder Zuzahlung bei Fahrkosten, Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Zahnersatz zu tragen haben, beträgt ab 1997 einheitlich maximal 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (sog. Überforderungsklausel). Der

- bislang höhere Satz von 4% für diejenigen, deren Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt oberhalb der BBG der GKV liegt, entfällt.
- Für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit länger als ein Jahr in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze aufbringen mussten, sinkt der zumutbare Eigenanteil nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung auf 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.
 - Erhöht eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so haben Versicherungspflichtige, die ein Kassenwahlrecht haben (unabhängig von der ansonsten zu berücksichtigenden Bindungsfrist), und Versicherungsberechtigte ein vorzeitiges Kündigungsrecht. Sie können ihre Mitgliedschaft mit einer Frist von einem Monat zum Ende des auf den Tag des Inkrafttretens der Erhöhung folgenden Kalendermonats kündigen. Hierfür ist es unmaßgeblich, ob das Kassenmitglied von der Erhöhung der Beiträge unmittelbar betroffen ist (z.B. Arbeitslose, Rentner). Bei Rentnern ist für die Kündigungsfrist zudem nicht der Zeitpunkt der Erhöhung der Beiträge aus Renten maßgebend, sondern der Zeitpunkt der Beitragserhöhung der Krankenkasse. - Das vorzeitige Kündigungsrecht gilt analog für die Fälle, in denen die Kasse Leistungen verändert, über deren Art und Umfang sie (per Satzung) entscheiden kann (z.B. Zuschüsse zu ambulanten Vorsorgekuren oder Müttergenesungskuren oder deren volle Kostenübernahme).
 - Erhöht (senkt) eine Krankenkasse ihren Beitragssatz, so erhöht (vermindert) sich kraft Gesetzes für Versicherte dieser Krankenkasse auch jede Zuzahlung sowie der Eigenanteil beim Zahnersatz und bei den Fahrkosten. Zuzahlungsbetrag und Eigenanteil verändern sich pro angefangene 0,1 Beitragssatzpunkte um 1 DM bzw. 1%-Punkt (bei Zuzahlungen, die in Vomhundert-Sätzen bemessen werden). Die erhöhten (verminderten) Zuzahlungen und Eigenanteile sind einen Monat nach dem Wirksamwerden der Beitragssatzerhöhung (-senkung) anzuwenden. - Bei einer Beitragssatzsenkung dürfen allerdings die gesetzlich vorgesehenen (Mindest-) Beträge und Anteile (vgl. 2. NOG) nicht unterschritten werden. - Von dem Automatismus, dass Beitragserhöhungen zwingend zur Erhöhung der Zuzahlungsbeträge und Eigenanteile führen, gibt es eine Ausnahme: Soweit alleine durch Veränderungen der Verpflichtungen oder Ansprüche im Risikostrukturausgleich Beitragserhöhungen zwingend erforderlich sind.
 - Der Eigenanteil an medizinisch notwendigen Fahrkosten steigt von 20 DM auf 25 DM je Fahrt.
 - Die Zuzahlungsregelungen für Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrkosten sind künftig auch dann anzuwenden, wenn diese Leistungen im Rahmen der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation (ambulante "Komplexleistung") als Teil der Komplexleistung erbracht werden.
 - Volljährige Versicherte haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie eine Zuzahlung von 20% (bezogen auf den von der KK zu übernehmenden Betrag) an die abgebende Stelle zu leisten. Nicht die KK, sondern der Leistungserbringer hat den Zuzahlungsanspruch gegenüber dem Versicherten durchzusetzen. - Härtefälle sind von der Zuzahlung befreit; bei der Überforderungsklausel werden die Zuzahlungen allerdings nicht berücksichtigt.
 - Alle im SGB V genannten festen (DM-) Zuzahlungsbeträge werden - erstmals zum 1. Juli 1999 - in zweijährigem Abstand an die Entwicklung der sog. Bezugsgröße in den beiden vorangegangenen Kalenderjahren angepasst (dynamisiert).
 - Die Kassensatzungen können für alle Versicherten bestehende SGB V-Leistungen erweitern (z.B. Zuschuss zu ambulanten Kuren oder Fahrkosten) und per Gesetz ausgeschlossene Leistungen (z.B. Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention) wieder in ihr Leistungsangebot aufnehmen (= erweiterte Leistungen). Von der Leistungserweiterung ausgenommen bleiben allerdings: Ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz, Krankenhausbehandlung, Kranken- und Sterbegeld sowie Auslandsleistungen während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts. - Die Finanzierung erweiterter Leistungen erfolgt ausschließlich durch die Versicherten; als satzungsgemäße Mehrleistungen finden diese Leistungen im Risikostrukturausgleich keine Berücksichtigung.
 - Die Kassensatzungen können für bestehende Zuzahlungsbereiche Zuzahlungen (gestaffelt) erhöhen und für satzungsgemäße Mehrleistungen neue (gestaffelte) Zuzahlungen einführen. Um jedoch der gestrichenen Positivliste vergleichbare Wirkungen auszuschließen, ist eine Staffellung innerhalb einer Zuzahlungsart nicht zulässig.
 - Der Zuschuss der Kassen zu den Kosten des Zahnersatzes (für vor 1979 geborene Versicherte) wird von 50% bzw. 60% auf 45% bzw. 55% gekürzt. - Die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen) erfolgt zudem künftig (ab 1998) nach dem Kostenersatzprinzip (Ausnahme: im Zusammenhang mit Zahnersatz erbrachte konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen werden weiterhin als Sachleistung erbracht). Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich unmittelbar gegen den Versicherten - die Abrechnung prothetischer Leistungen erfolgt auf der Basis der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Bei vertragszahnärztlichen Versorgungsformen ist der Zahlungsanspruch des Zahnarztes bis Ende 1999 (für Härtefälle: unbefristet) auf das 1,7fache (neue Länder: 1,86fache) der GOZ begrenzt (danach können die Sätze - und damit die vom Versicherten privat zu tragenden Kosten - also steigen). Für höher-
- 1997 (Juli)**
Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG)
- Die von der Packungsgröße abhängigen gesetzlichen Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel steigen (von bisher 4 DM, 6 DM und 8 DM) auf 9 DM, 11 DM und 13 DM.
 - Die Zuzahlung zu Heilmitteln steigt von 10% auf 15% der Kosten.
 - Die auf maximal 14 Tage im Kalenderjahr begrenzte Zuzahlung bei Krankenhausbehandlung steigt von 12 DM auf 17 DM (neue Länder: von 9 DM auf 14 DM) pro Tag; gleiches gilt für stationäre Anschluss-Reha. Die erhöhten Beträge gelten auch (allerdings ohne zeitliche Begrenzung auf 14 Tage) für Müttergenesungskuren sowie Vorsorgekuren für Mütter.

- wertige oder zusätzliche Leistungen gilt allerdings die allgemeine GOZ-Grenze des 3,5-fachen Satzes. Der Versicherte wiederum hat Anspruch auf einen Festzuschuss (bisher: prozentualer Zuschuss) gegenüber seiner Krankenkasse, die mit der Zahlung des Zuschusses ihre Leistungspflicht nach SGB V erfüllt. Bei Verblendungen beim Zahnersatz ist der Anspruch auf den Festzuschuss für Kunststoff-Verblendungen begrenzt (wer Keramik-Verblendungen wählt, muss die Mehrkosten privat tragen). Der Zahnarzt hat für den Versicherten vor Behandlungsbeginn einen kostenfreien Kostenvoranschlag (Heil- und Kostenplan) zu erstellen. Die bisherige Möglichkeit nachträglicher Wirtschaftlichkeitsprüfungen entfällt. - Die Bestimmung der Höhe der Festzuschüsse erfolgt auf der Basis des ab Juli 1997 abgesenkten prozentualen Zuschussniveaus. Der Festzuschuss erhöht sich um 20% (bisher: 10%-Punkte) bei regelmäßiger Zahnpflege/Vorsorgeuntersuchung; er erhöht sich um weitere 10% (bisher: 5%-Punkte) bei langjähriger Zahnvorsorge (wirksam ab 1999). - Der Festzuschuss stellt auf standardisierte/typisierte Versorgungsfälle (nicht Einzelfälle) ab und umfasst in einer Summe zahnärztliche und zahn-technische Leistungen. Die GKV-einheitliche Festsetzung der Festzuschüsse (getrennt für alte und neue Länder) auf der Basis des neuen prozentualen Zuschussniveaus hat bei zahnärztlichen Leistungen nach dem 1,7fachen (neue Länder: 1,86fachen) des Gebührensatzes der GOZ zu erfolgen. Das für die Bildung von Festzuschüssen verfügbare Ausgabenvolumen ist der Höhe nach begrenzt auf die zahnärztlichen/technischen Ausgaben der GKV im Jahre 1996. Eine regelgebundene Dynamisierung der Festzuschüsse ist gesetzlich nicht vorgesehen.
- An zahntechnischen Leistungen bleiben nur noch Parodontalbehandlungen und Behandlungen des Gesichtsschädels sowie kieferorthopädische Behandlungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung (als Sachleistung oder Kostenerstattungsleistung ohne Festzuschuss). - Für alle übrigen zahntechnischen Leistungen wird eine "freie, marktgerechte Preisbildung" ermöglicht; die entsprechenden Vorschriften über vertragliche Preisvereinbarungen mit Zahntechnikern entfallen.
 - Härtefälle erhalten bei der Versorgung mit Zahnersatz neben dem Festzuschuss einen zusätzlichen Betrag in gleicher Höhe.
 - Die "gleitende Belastungsgrenze" bei Zahnersatzleistungen (Überforderungsklausel) wird an die neue Festzuschussregelung angepasst: Zusätzlich zum Festzuschuss erstattet die KK dem Versicherten jenen Betrag, um den der Festzuschuss den dreifachen Differenzbetrag zwischen monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der maßgebenden Härtefallgrenze übersteigt; die Gesamterstattung umfasst dabei allerdings höchstens den zweifachen Betrag des Festzuschusses.
 - Die bisherige Übernahme von 80% der Kosten bei kieferorthopädischer Behandlung von Jugendlichen durch die KK (und damit Abwicklung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung für den Versicherten) entfällt zugunsten der (nachträglichen) Kostenerstattung. Der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes für die gesamten Behandlungskosten richtet sich künftig ausschließlich an den Versicherten. Vergütungsgrundlage ist (wie bisher) der vertragszahnärztliche Bewertungsmaßstab.
 - Allen Versicherten und ihren mitversicherten Familienangehörigen wird die (bislang auf freiwillig Versicherte und ihre Angehörige beschränkte) Möglichkeit eingeräumt, anstelle der Sach- oder Dienstleistung (im Vertragsbereich) Kostenerstattung zu wählen. Vergütungsmäßig ist der Umfang der Kostenerstattung begrenzt auf den Betrag, den die Kasse als Sachleistung (Vertragsleistung) zu tragen hätte. Wie lange die Pflichtversicherten an eine solche Entscheidung gebunden sind, kann die Kassen-Satzung regeln.
 - Für Versicherte, die statt Sachleistung Kostenerstattung in Anspruch nehmen, kann die Kassensatzung einen (für alle Versicherten gleich hohen) Selbstbehalt anbieten und den ArbN-Beitrag für diese Fälle entsprechend ermäßigen (individuelle Angebote für Selbstbehalt und Beitragsermäßigung sind nicht zulässig). - Die Kassensatzungen können zudem Beitragsrückzahlungen an die Mitglieder für den Fall der Nichtinanspruchnahme von Leistungen während eines Kalenderjahres einführen. Für die Nicht-Inanspruchnahme unerheblich sind die Inanspruchnahme von Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (Ausnahme: ambulante Vorsorgekuren und Vorsorgekuren für Mütter und darüber hinaus Leistungen zur Empfängnisverhütung, bei Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation) sowie Leistungen für Versicherte vor vollendetem 18. Lebensjahr. - Auch Mitglieder, deren Beitrag voll von Dritten getragen wird (z.B. Alg-EmpfängerInnen), können Beitragsrückerstattung in Anspruch nehmen.
 - Erwachsene Versicherte erhalten einen Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen (Zahnprophylaxe) - allerdings beschränkt auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung. - Früherkennungsuntersuchungen zur Zahnprophylaxe im Kleinkindalter werden erweitert.
 - Die Instandhaltungsinvestitionen der Krankenhäuser werden in den Jahren 1997 bis 1999 pauschal in Höhe eines zusätzlichen Betrages von 1,1% der Pflegesatzvergütung finanziert. Zur Finanzierung müssen die GKV-Mitglieder in den drei Jahren einen zusätzlichen Beitrag in Höhe von 20 DM jährlich (Ausnahme: Härtefälle) selbst tragen (dies gilt nicht für Versicherte, die in einem Bundesland wohnen, das die entsprechenden Kosten im Wege der Einzel- oder Pauschalförderung trägt).
 - Nicht apothekenpflichtige Arzneimittel sind vom Versorgungsanspruch ausgeschlossen.
 - Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen (unheilbar Kranke), haben rückwirkend ab 1.1.1997 Anspruch auf einen Zuschuss bei (teil-) stationärer Versorgung in Hospizen. Der tägliche Zuschuss (Höhe ist in der KK-Satzung festzulegen) darf 6% der monatlichen Bezugsgröße nicht unterschreiten (1997 sind das 256,20 DM (neue Länder: 218,40 DM)).
 - Die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes wird aus dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgegliedert (der Landesgesetzgeber kann die Kassenärztliche Vereinigung allerdings damit betrauen, sofern er dies für zweckmäßig hält). Notärztliche Leistungen müssen die KK folglich auf andere Weise (z.B. Verträge mit Leistungserbringern des Rettungsdienstes) gewähren.

- Die regionalen Budgets für Arznei- und Heilmittel werden aufgehoben (ab 1998) und ersetzt durch arztgruppenspezifische Richtgrößen (für Arznei-, Verband- und Heilmittel). Die Richtgrößen wie auch evtl. Sanktionen bei Überschreitung sollen von den Vertragspartnern festgelegt werden.
- Für erbrachte Leistungen sollen den Ärzten im Vertragswege feste Honorare (Punktwerte) - statt der bisherigen Gesamtvergütungs-Budgetierung, die entsprechend der ArbN-Einkommen wächst - zugesichert werden, sofern das Gesamtvolumen der von ihnen abgerechneten Leistungen eine Obergrenze (Regelleistungsvolumen) nicht übersteigt (in solchen Fällen evtl.: abgestaffelter Punktwert für Mehrleistungen, wobei die Kassen dem Arzt allerdings nachweisen müssten, dass er unwirtschaftlich gehandelt hat).
- Die bisherigen Zulassungsbeschränkungen für Ärzte werden gelockert.
- Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser werden verpflichtet, den Patienten die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und die damit verbundenen Ausgaben der Krankenkassen schriftlich mitzuteilen.

1998

Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen

- Bei flexiblen Arbeitszeitmodellen, die Freistellungen von der Arbeitsleistung bei durchgehender Entgeltzahlung (aufgrund von Voroder Nacharbeit (Wertguthaben)) vorsehen (z.B. bei verblockter Altersteilzeit über den Zeitraum von fünf Jahren hinaus), besteht infolge einer Änderung des SGB IV auch während der Freistellungsphase eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt (und damit sozialversicherungsrechtlicher Schutz). - Voraussetzung ist vor allem, dass (a) die Freistellung aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung erfolgt und (b) das während der Freistellungsphase fällige Arbeitsentgelt einerseits vom Arbeitsentgelt in den vorausgehenden 12 Kalendermonaten nicht unangemessen abweicht und andererseits oberhalb der sog. Geringfügigkeitsgrenze liegt. - Die Sozialbeiträge für die Zeit der tatsächlichen Arbeitsleistung und für die Zeit der Freistellung sind entsprechend der Fälligkeit der jeweiligen anteiligen Arbeitsentgelte zu zahlen.
- Bei flexiblen Arbeitszeitmodellen wird Kg auf der Grundlage des tatsächlich gezahlten Entgelts berechnet.
- Während der Freistellungsphase ruht der Kg-Anspruch, so dass für das gezahlte Arbeitsentgelt der allgemeine und nicht der ermäßigte Beitragssatz anzuwenden ist.

1998 (März)

GKV-Finanzstärkungsgesetz (GKVFG)

- Den KKn wird die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, bis Ende 1998 Beitragserhöhungen in den neuen Ländern (einschl. Berlin) dadurch zu vermeiden, dass sie zum Haushaltsausgleich (durch die Aufsichtsbehörde genehmigte) Darlehen (vorrangig bei KKn oder deren Verbänden) aufnehmen.
- Für sog. Erstreckungskassen wird die (per Satzung wählbare) Option einer rechtskreisübergreifenden Verwendung von Beitragsmitteln zugelassen. - Beim kassenarteninternen Finanzausgleich werden bestehenden Rechtskreisbeschränkungen (für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen sowie

der finanziellen Hilfen für Krankenkassen in besonderen Notlagen und (neu) zur Erhaltung ihrer Wettbewerbsfähigkeit) aufgehoben; Ausgleiche und Hilfen können auch in Form von Darlehen gewährt werden.

- Beim bislang in den alten und neuen Ländern getrennt durchgeführten RSA erfolgt ab 1999 zeitlich befristet (bis Ende 2001) eine auf den Ausgleich der Finanzkraftunterschiede (Grundlohnsomme) begrenzte Rechtsangleichung. Die hieraus resultierenden Ausgleichsleistungen zugunsten der Beitragszahler in den neuen Ländern werden zudem im Jahre 1999 begrenzt auf einen West-Ost-Transferhöchstbetrag von 1,2 Mrd. DM.
- Die Mitte 1997 eingeführte Automatik zwischen Beitragssatzerhöhung und Erhöhung der maßgeblichen Zuzahlungsbeträge/Eigenanteile (1. NOG) gilt nicht für Beitragssatzerhöhungen, die vor dem 31.12.1998 wirksam geworden sind.

1999

9. SGB V-ÄndG

- Zu psychotherapeutischen Leistungen, die in den gemeinsam und einheitlich finanzierten Leistungskatalog der GKV aufgenommen wurden, müssen volljährige Versicherte spätestens nach der zweiten Sitzung 10 DM pro Sitzung zuzahlen. Die Zuzahlung unterliegt der Dynamisierung (Erhöhung) der Zuzahlungsbeträge, wie sie durch das 2. NOG eingeführt wurde. - Für Härtefälle gilt die allgemeine Regelung zur vollständigen Zuzahlungsbefreiung.
- Zur Feststellung der zumutbaren Belastung wird für die Zuzahlung zu psychotherapeutischer Versorgung eine eigenständige Überforderungsklausel geschaffen, die getrennt von der Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Fahrkosten, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu berechnen ist: Die zumutbare Belastung für Zuzahlungen aus-schließlich wegen psychotherapeutischer Behandlung beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die sich in psychotherapeutischer Dauerbehandlung befinden und hierzu bereits ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe der Belastungsgrenze von 2% gezahlt haben, sinkt die Grenze zumutbarer Belastung auf 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

1999

Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)

- Die den Pflichtversicherten mit dem 2. NOG eingeräumte Option, anstelle der Sach- oder Dienstleistung (im Vertragsbereich) Kostenerstattung zu wählen, wird wieder abgeschafft und - wie seit dem GSG 1993 - auf freiwillig Versicherte begrenzt.
- Die Versorgung mit kieferorthopädischer Behandlung erfolgt - entgegen der Regelung des 2. NOG - wieder als Sachleistung, die Abrechnung wieder über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Der vom Versicherten an den Vertragszahnarzt zu leistende Anteil in Höhe von 20% (bei zwei und mehr Kindern unter 18 Jahren für das zweite und jedes weitere Kind 10%) der Kosten wird von der KK erstattet, sofern die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist.
- Alle Versicherten, auch nach 1978 Geborene, haben wieder Anspruch auf medizinisch notwendige

- Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen); die Versorgung mit Zahnersatz erfolgt - entgegen den Regelungen des 2. NOG - wieder als Sachleistung und die Abrechnung dementsprechend wieder über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die mit dem 2. NOG eingeführte Beschränkung der Versorgung auf Kunststoffverblendungen wird aufgehoben. Das Festzuschusskonzept des 2. NOG wird aufgegeben; die Versicherten haben grundsätzlich - wie bis Mitte 1997 - 50% der Kosten der vertragszahnärztlichen Versorgung selbst zu finanzieren. Bei nachgewiesenem regelmäßigem Zahnarztbesuch innerhalb der letzten fünf Jahre gibt es einen Bonus von 10%-Punkten; bei ununterbrochener zehnjähriger Vorsorge erhöht sich der Bonus um 15%-Punkte. Für nach 1978 Geborene gilt der für die Bonusregelung erforderliche Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht. - Kosten einer zusätzlichen, über die medizinisch notwendige Versorgung hinausgehenden Versorgung muss der Versicherte selbst zahlen; die Abrechnung dieser Kosten erfolgt nach der GOZ. - Versicherte haben ihren Anteil an den Kosten der vertragszahnärztlichen Versorgung erst nach Prüfung der Abrechnung durch die KK an den Vertragszahnarzt zu zahlen; auch die privatrechtliche Abrechnung evtl. zusätzlicher Leistungen unterliegt künftig der fachlichen Prüfung der KK.
- Die von der Packungsgröße abhängigen Zuzahlungen für Arznei- oder Verbandmittel werden von 9 DM auf 8 DM (N1), von 11 DM auf 9 DM (N2) bzw. von 13 DM auf 10 DM (N3) abgesenkt.
 - Die mit dem 2. NOG den KK eröffnete Option, per Satzung sog. Gestaltungsleistungen - Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung, Zuzahlungen, erweiterte Leistungen - zu regeln, wird abgeschafft.
 - Versicherte, die vollständig von Zuzahlungen befreit sind (sog. Härtefälle), erhalten die Versorgung mit Zahnersatz ohne Eigenanteil.
 - Für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, entfallen die Zuzahlungen zu notwendigen Fahrkosten, zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln nach Ablauf des ersten Jahres für die Dauer der weiteren Behandlung. Die Zuzahlungsbefreiung gilt nur für den chronisch Kranken selbst; für die übrigen Familienmitglieder in dessen Haushalt gelten die allgemeinen Regelungen (Belastungsgrenze von 2%).
 - Die "gleitende Belastungsgrenze" bei Zahnersatzleistungen (Überforderungsklausel) wird an die Neuregelung angepasst: Die KK übernimmt den vom Versicherten zu tragenden Anteil soweit er das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der maßgebenden Härtefallgrenze übersteigt. Der Eigenanteil des Versicherten erhöht sich um 10% bzw. 15% der vertragszahnärztlichen Gesamtkosten, wenn der erforderliche Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne nicht erbracht werden kann ("umgekehrte" Bonusregelung).
 - Die mit dem 2. NOG vorgesehene und im Abstand von zwei Jahren Platz greifende Dynamisierung der gesetzlichen Zuzahlungsbeträge entsprechend der Entwicklung der sog. Bezugsgröße wird aufgehoben. - Ebenfalls aufgehoben wird die Koppelung der Zuzahlungshöhe an die Entwicklung des Beitragssatzes einer KK.
 - Das Sonderkündigungsrecht der Mitglieder bei Veränderungen von Satzungs- oder Ermessensleistungen der KK wird gestrichen; erhalten bleibt demgegenüber das Sonderkündigungsrecht für den Fall einer Beitragssatzerhöhung der KK.
 - Die mit dem GKVFG nur befristet bis Ende 2001 aufgehobene Trennung des - auf den Ausgleich der Finanzkraftunterschiede begrenzten - RSA zwischen alten und neuen Ländern wird entfristet.
 - Die mit dem 9. SGB V-ÄndG ab 1999 vorgesehene Zuzahlungspflicht bei psychotherapeutischer Behandlung in Höhe von 10 DM je Sitzung und die daran geknüpfte besondere Überforderungsklausel werden aufgehoben.
 - Das mit dem 2. NOG für die Jahre 1997 - 1999 eingeführte Krankenhaus-Notopfer wird rückwirkend ab 1998 nicht mehr erhoben - die Kliniken behalten aber weiterhin Anspruch auf einen Zuschlag von 1,1% (ca. 0,88 Mrd. DM) zu den Pflegesätzen, um Instandhaltungskosten abzudecken.
 - Für das Jahr 1999 werden folgende ausgabenbegrenzende Regelungen geschaffen:
 - Die Zuwachsrate der Gesamtvergütungen der Ärzte darf die Veränderungsrate des Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen 1998 nicht überschreiten. Eine Erhöhung der Honorarsumme um 0,6 % kann für Vergütungen vereinbart werden, die im Rahmen vor dem 30.11.1998 geschlossener sog. Strukturverträge über neue Versorgungsformen gezahlt werden.
 - Im Bereich der zahnärztlichen Versorgung stehen zwei Budgets zur Verfügung: das Budget für Zahnersatz und Kieferorthopädie wird gegenüber 1997 um 5% reduziert; das Budget für konservierend-chirurgische Zahnbehandlung wird auf die Höhe des Vergütungsvolumens 1997 festgeschrieben.
 - Die Krankenhaus-Budgets werden begrenzt auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen (Ausnahmetatbeständen - wie insbesondere BAT-Entwicklung, Krankenhausplanung der Länder - wird Rechnung getragen).
 - Die Arznei-, Verband- und Heilmittelbudgets belaufen sich auf den um 7,5% erhöhten Budgetbetrag des Jahres 1996. Die Haftung der einzelnen Kassenzahnärztlichen Vereinigung bei Überschreitung des veranlassenen Leistungsvolumens wird auf 5% des Arzneimittelbudgets beschränkt; offene Forderungen aus früheren Jahren werden nicht weiter verfolgt.
 - Die Voraussetzungen für die Absenkung von Festbeträgen für Arzneimittel werden verbessert.
 - Verträge der KK mit den Anbietern über Rettungsdienste/Krankentransporte, Heilmittel sowie zahntechnische Leistungen dürfen maximal Veränderungen in Höhe des Zuwachses der beitragspflichtigen Einnahmen vorsehen.
 - Versicherungspflichtige, die bis Ende 1998 anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen gewählt haben und eine private Zusatzversicherung zur Abdeckung der Differenz zwischen Kassenanteil und Arztrechnung abgeschlossen hatten, können den Ver-

trag mit der PKV mit sofortiger Wirkung zum Monatsende kündigen. Entsprechendes gilt für nach 1978 Geborene, die bis Ende 1998 keinen Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hatten.

1999

Zweites SGB III-Änderungsgesetz (2. SGB III-ÄndG)

- Pflichtversicherte und ihre mitversicherten Familienangehörigen, die als Pflichtversicherte oder als freiwillig Versicherte vor 1999 rechtswirksam Kostenerstattung gewählt haben, behalten (als Ausnahme zur Neuregelung im GKV-SolG) den Anspruch, Kostenerstattung zu wählen.

1999 (April)

Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse

- Die Entgeltgrenze für geringfügige Dauerbeschäftigungen wird für alle Sozialversicherungszweige sowie einheitlich in den alten und neuen Bundesländern bei 630 DM/Monat festgeschrieben.
- Eine geringfügige Dauerbeschäftigung wird mit einer Hauptbeschäftigung zusammengerechnet, sofern letztere Versicherungspflicht begründet.
- Für ArbN in geringfügiger Dauerbeschäftigung, die in der GKV (familien-) versichert sind, zahlt der ArbGeb einen Pauschalbeitrag in Höhe von 10% des Entgelts an die GKV. Ein eigenständiges (neues) Krankenversicherungsverhältnis wird hierdurch nicht begründet; ein (zusätzlicher) Anspruch auf Leistungen erwächst dadurch nicht.
- Die sog. Geringverdienergrenze, wonach der Beitrag alleine vom ArbGeb getragen wird solange das Entgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt, entfällt (Ausnahme: Azubi-Vergütung).

2000

Haushaltssanierungsgesetz (HSanG)

- In der Zeit von Juli 2000 bis Juni 2002 richtet sich die Erhöhung des Kg jeweils nach Ablauf eines Jahres seit dem Ende des Bemessungszeitraums nicht nach der Entwicklung der Nettolöhne, sondern nach der Veränderung des Preisniveaus für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte im Bundesgebiet; prognostiziert wird eine Anpassung um 0,7% (2000) bzw. 1,6% (2001).

2000

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

- Personen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres versicherungspflichtig werden, sind versicherungsfrei, wenn sie in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert waren. Dies gilt auch für Ehegatten von Beamten, Selbständigen oder versicherungsfreien ArbN, wenn sie nach dem 55. Lebensjahr durch die Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung versicherungspflichtig werden. - Nach der bisher geltenden Regelung konnten diese Personen z.B. durch Veränderungen in der Höhe ihres Arbeitsentgelts, durch Übergang von Vollzeit in Teilzeitbeschäftigung (auch z.B. in Altersteilzeit) oder von selbständiger Tätigkeit in eine abhängige Beschäftigung oder durch Bezug einer Leistung der

Arbeitslosenversicherung auch dann Pflichtmitglied in der GKV werden, wenn sie vorher zu keinem Zeitpunkt einen eigenen Beitrag zu den Solidarlasten geleistet haben. - Nicht erfasst von der Neuregelung werden:

- (a) Langzeitarbeitslose, die nach HLU-Bezug eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen,
 - (b) Personen, die nach längerem Auslandsaufenthalt wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Inland aufnehmen (z.B. Entwicklungshelfer),
 - (c) Ausländer, die nach Erreichung der Altersgrenze von 55 Jahren erstmals im Inland versicherungspflichtig beschäftigt sind.
- Ehegatten, die zuvor privat versichert waren, erhalten für die Dauer der Schutzfristen des MuSchG sowie des Erziehungsurlaubs keinen Zugang zur Familienversicherung über die Mitgliedschaft des Ehegatten in der GKV.
 - Vergleichbar den vormaligen Leistungen zur Gesundheitsförderung (1989 – 1996) werden Leistungen zur primären Prävention sowie die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (wieder) in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen. Die Krankenkassen können für Präventionsleistungen jährlich einen Betrag von 5 DM pro Versicherten aufwenden; dieser Betrag wird jährlich dynamisiert. Aus dem bisherigen Ermessen bei der Förderung von Selbsthilfegruppen wird eine deutlich weitergehende Sollverpflichtung gemacht. Für die Förderung der Selbsthilfe ist ein Ausgabevolumen von 1 DM pro Versicherten und Jahr vorgesehen, das jährlich dynamisiert wird.
 - Die Spitzenverbände der KK fördern mit jährlich insgesamt 10 Mio. DM im Rahmen von Modellvorhaben gemeinsam und einheitlich Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung.
 - Die mit dem 2. NOG (1997) eingeführten individualprophylaktischen Leistungen für Erwachsene werden wegen Ineffektivität und Ineffizienz wieder abgeschafft.
 - Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf der Grundlage der Vorschlagsliste des Instituts für die Arzneimittelverordnung in der GKV eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel (aufgeführt als Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen) zu erlassen; auf Grundlage dieser Rechtsverordnung gibt das BMG unverzüglich eine Fertigarzneimittelliste bekannt („Positivliste“).
 - Mit Einführung der Leistung „Soziotherapie“ wird schwer psychisch Kranken eine spezielle Hilfe geboten, die sie unterstützt und befähigt, die für sie notwendigen und in einem individuellen Behandlungs-/Rehabilitationsplan aufgestellten Hilfen in ihrem Lebensfeld wahrzunehmen. Die einzelnen Behandlungselemente werden wie bisher nach den entsprechenden leistungsrechtlichen Vorschriften von den zuständigen Leistungsträgern erbracht. Der Anspruch auf Soziotherapie umfasst die Koordination der im Rahmen des Behandlungsplans zur Verfügung gestellten Hilfsangebote sowie die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen mit dem Ziel der selbständigen Inanspruchnahme der Leistungen. Die Leistung ist zeitlich befristet auf maximal 120 Stunden innerhalb von drei Jahren bei derselben Erkrankung.
 - Statt der starren dreiwöchigen Regeldauer der Reha-Maßnahmen wird es künftig eine in-

- dikationsabhängige Dauer geben. Die bisherigen Zuzahlungen für stationäre Reha-Maßnahmen von 25 DM im Westen und 20 DM im Osten pro Kalendertag werden auf 17 DM im Westen und 14 DM im Osten abgesenkt. Für chronisch kranke versicherte Kinder wird der mögliche Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen von 15 DM auf 30 DM je Kalendertag erhöht.
- Die KK kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, vertragsärztliche Leistungen außerhalb der hausärztlichen Versorgung nur auf Überweisung des von ihm gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen, Anspruch auf einen Bonus hat. In der Satzung kann bestimmt werden, welche Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die Höhe des Bonus richtet sich nach den erzielten Einsparungen.
 - Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen werden zur ambulanten Behandlung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten ermächtigt
 - Die 1996 abgeschaffte Verpflichtung der Apotheken zur Vorhaltung von preisgünstigen (re-) importierten Arzneimitteln wird wieder gesetzlich vorgeschrieben. Damit soll insbesondere auch der Preiswettbewerb für patentgeschützte und nicht der Festbetragsregelung unterworfenen Arzneimittel intensiviert werden.
 - Die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird gezielt durchbrochen, um die Voraussetzungen für eine stärker an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierten Behandlungen zu verbessern. Hierzu bedarf es integrierter Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dabei muss insbesondere darauf geachtet werden, dass medizinische Rehabilitationsmaßnahmen den ihnen zukommenden Stellenwert erhalten. Um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die solche integrierten Versorgungsformen als einheitliche und gemeinsame Versorgung anbieten. Mit der Neuregelung wird die rechtliche Grundlage für die Einführung der integrierten Versorgung geschaffen.
 - Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung wird verbessert durch:
 - konsequente Einbeziehung der stationären Versorgung in die Vorgabe der Beitragssatzstabilität;
 - Stärkung des Vereinbarungsprinzips bei den Verhandlungen über die Pflegesätze;
 - Einführung eines umfassenden leistungsorientierten pauschalierenden Preissystems zum 1. Januar 2003;
 - Aufhebung der zeitlichen Begrenzung der Instandhaltungspauschale für die Finanzierung der großen Instandhaltungsmaßnahmen durch die Krankenkassen;
 - verbesserte Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung durch integrierte Versorgungsverträge und die Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen;
 - behutsame, sachgerechte Ausweitung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden, insbesondere beim ambulanten Operieren;
 - Intensivierung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Krankenhäusern indem klar gestellt wird, dass bei der Budgetvereinbarung auch budgetmindernde Tatbestände (Fehlbelegungsprüfungen und Krankenhausvergleiche) zu berücksichtigen sind;
 - Erweiterung der Möglichkeiten zum Abbau von Fehlbelegungen durch die Prüfungen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes;
 - Ausschluss unwirksamer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus.
- 2000**
Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Ab dem Jahr 2000 wird der gesamtdeutsche vollständige Risikostrukturausgleich eingeführt. Grundlage für die Bestimmung der Transfers im Risikostrukturausgleich sind die standardisierten Leistungsausgaben auf der einen und die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen auf der anderen Seite. Die standardisierten Leistungsausgaben werden nach Rechtskreisen getrennt auf der Grundlage der tatsächlichen Ausgaben der Kassen erhoben, ebenso die beitragspflichtigen Einnahmen. Der Finanzkraftausgleich sorgt dafür, dass der GKV Ost und der GKV West ein gleich hoher Anteil der jeweiligen Grundlohnsomme zur Finanzierung der jeweiligen risikogewichteten Ausgaben zur Verfügung steht. Beim vollständigen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich entfällt die nach Rechtskreisen getrennte Ermittlung der relevanten Ausgabenwerte. Dies führt zu einer Erhöhung des bisherigen Transfervolumens: Durch die bundesweit einheitliche Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben werden die durchschnittlich höheren Ausgaben West und die niedrigeren Ausgaben Ost zu einheitlichen Werten für die Standardausgaben je Versichertengruppe zusammengefasst; entsprechend wird für die Kassen in den neuen Bundesländern im Vergleich zur rechtskreisgetrennten Ermittlung ein höherer Beitragsbedarf zur Deckung der risikogewichteten Leistungsausgaben ausgewiesen, in den alten Bundesländern ein niedrigerer. Die Transfer-summe von West nach Ost zum Ausgleich der unterschiedlichen, beitragsbedarfdeckenden Finanzkraft erhöht sich entsprechend.
 - Ab dem Jahre 2001 wird die Versicherungspflicht- bzw. Beitragsbemessungsgrenze in den neuen Ländern auf den Wert in den alten Ländern angehoben. Zudem gelten vom gleichen Zeitpunkt an in den neuen Ländern auch bei den Zuzahlungen für Krankenhausbehandlung, stationäre Vorsorge und Rehabilitationsmaßnahmen, Anschluss-Reha und Mütterkuren die entsprechenden Werte der alten Länder.
 - Ab dem Jahre 2001 gelten bundesweit einheitliche Werte für z.B. die Einkommensgrenzen der Sozialklausel (vollständige Befreiung von Zuzahlungen) und der Überforderungsklausel (teilweise Befreiung von Zuzahlungen).

2000 (27.4.2000)**Gesetz zur Stabilisierung des Mitgliederkreises von Bundesknappschaft und See-Krankenkasse**

- Abweichend vom bisherigen gesetzlichen Zuweisungsrecht können Versicherungspflichtige oder -berechtigte, die in der Vergangenheit aus der Bundesknappschaft oder der See-Krankenkasse ausgeschieden sind oder in Zukunft bis zum Inkrafttreten einer umfassenden Reform des Organisationsrechts der KKn noch ausscheiden, bei den genannten Kassenarten bleiben oder zu ihnen zurückkehren.

2001**Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz**

- In Reaktion auf die Entscheidung des BVerfG (rechtswirksam ab dem 22.6.2000) wird einmalig gezahltes Arbeitsentgelt in die Bemessung des Kg einbezogen: Für Kg-Ansprüche, die ab dem 22.6.2000 entstanden sind, wird das lfd. kalendertägliche Arbeitsentgelt des Bemessungszeitraums um den 360. Teil des verbeitragten einmalig gezahlten Arbeitsentgelts der letzten 12 Kalendermonate vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erhöht. Das kalendertägliche Kg beträgt 70% dieses „kumulierten kalendertäglichen Regelentgelts“. Zugleich darf das Kg (wie bisher) nicht die 90%-Grenze des Nettoarbeitsentgelts (einschließlich anteiliger Einmalzahlungen) überschreiten. Der Anteil am Nettoarbeitsentgelt, der auf Einmalzahlungen entfällt, wird hierbei aus der Anwendung des individuellen vH-Satzes, der dem Verhältnis des lfd. Nettoarbeitsentgelts am lfd. Bruttoarbeitsentgelt entspricht, ermittelt. – Das so berechnete Kg darf allerdings die 100%-Grenze des Nettoarbeitsentgelts, das sich ohne die Berücksichtigung von Einmalzahlungen ergibt, nicht übersteigen.
- Übergangsregelung für Altfälle:
 - Kg-Ansprüche, die vor dem 22.6.2000 entstanden sind und die am 21.6.2000 (z.B. wegen seinerzeit eingelegtem Widerspruch) noch nicht rechtskräftig entschieden waren, werden für die Zeit nach dem 31.12.1996 entsprechend der Neuregelung behandelt;
 - für Kg-Ansprüche, über die vor dem 22.6.2000 bereits unanfechtbar entschieden wurde (z.B. weil Versicherte seinerzeit von der Widerspruchsmöglichkeit auf ausdrückliches Anraten der KK-Verbände abgesehen haben), gilt die Neuregelung nur für die Zeit vom 22.6.2000 an. In diesen Fällen wird die Anwendung des § 44 Abs. 1 SGB X (Rücknahme eines rechtswidrigen nicht begünstigenden Verwaltungsaktes) ausdrücklich ausgeschlossen.
- Die Bemessungsgrundlage für die (vom Bund getragenen) KV-Beiträge für Alhi-EmpfängerInnen wird von 80% auf 58% des dem Zahlbetrag der Alhi zugrunde liegenden Arbeitsentgelts gekürzt.

2001**Altersvermögensergänzungsgesetz (AVmEG)**

- Die Dynamisierung des Kg nach einem Jahr erfolgt ab Juli 2001 in Höhe des letzten Renten Anpassungssatzes (bisher: Inflationsanpassung)

2001 (28. Juli)**Festbetrags-Anpassungsgesetz (FBAG)**

- Das FBAG schafft die Grundlage dafür, dass das BMG ab dem Tag nach der Verkündung abweichend von § 35 SGB V und zeitlich bis Ende 2003 befristet per Rechtsverordnung (im Einver-

nehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und ohne Zustimmung des Bundesrates)

- einmalig eine allgemeine Anpassung der Festbeträge für Arzneimittel vornehmen *so wie*
- im Ausnahmefall bei sachlich gebotener Änderungsbedarf (insbesondere bei neuem wissenschaftlichen Erkenntnisstand oder infolge gerichtlicher Entscheidungen) Gruppen von Arzneimitteln neu bestimmen und für diese Festbeträge festsetzen

kann. (Die bisherige Festbetragsfestsetzung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen ist rechtlich unsicher.)

2001 (31. Dezember)**Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)**

- Die bisherige Regelung zum Arznei- und Heilmittelbudget und die gesetzlich geregelte Vorgabe zur Verringerung der Gesamtvergütung der Ärzteschaft im Falle von Budgetüberschreitungen werden rückwirkend aufgehoben (Beseitigung des „Kollektivregresses“ wegen „Akzeptanzproblemen der bisher geltenden Regelung“ in der Ärzteschaft). – In den neun Jahren seit Einführung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahre 1993 hatten die Ärzte trotz mehrfacher und zum Teil erheblicher Überschreitung der Budgetschwelle damit in keinem einzigen Fall Honorarkürzungen zu tragen; selten war ein gesetzliches Sanktionsverfahren in der Praxis derart folgenlos.
- Statt des bisherigen Arznei- und Heilmittelbudgets soll die Selbstverwaltung (Landesverbände der Krankenkassen bzw. Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung) auf regionaler Ebene jährlich eine Arzneimittelvereinbarung treffen; analog sind – künftig allerdings getrennt vom Arzneimittelbereich – Heilmittelvereinbarungen zu treffen. Die Arzneimittelvereinbarung soll dem Entwurf zufolge die Festlegung eines jährlichen Ausgabenvolumens verbinden mit der Vereinbarung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen, hierauf ausgerichteten Umsetzungsmaßnahmen und einem unterjährigen Controlling (Zielvereinbarungen). Die Selbstverwaltung auf Bundesebene gibt hierzu Rahmenvorgaben. Im übrigen kann das Ausgabenvolumen der Arzneimittelvereinbarung auch unterjährig von der Selbstverwaltung korrigiert oder (z.B. wenn die sich nicht einigt) vom BMG per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erhöht werden.
- Sanktionen bei Überschreitung des Ausgabenvolumens sind gesetzlich nicht vorgegeben; sie werden der Selbstverwaltung lediglich als Option eröffnet (also zugelassen). Unabhängig von der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens können Bonusregelungen für den Fall vereinbart werden, dass die Zielvereinbarungen erreicht wurden. Die Selbstverwaltung regelt selbst die Folgen einer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens und bestimmt auch weitgehend selbst die Intensität und das Ausmaß der Prüfung einzelner Vertragsärzte nach Richtgrößenvorgaben.

2001/2002**Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte**

- Die Möglichkeit *Versicherungspflichtiger*, die Mitgliedschaft bei ihrer KK zum 31. Dezember 2001

zu kündigen, wird aufgehoben; dies gilt für jede nach dem 9. Mai 2001 (Kabinettsbeschluss) erklärte Kündigung – die Regelung tritt deshalb bereits am Tag nach der Verkündung rückwirkend in Kraft. Der *Eintritt einer* (neuen) *Versicherungspflicht* (z.B. ArbGeb-Wechsel) begründet *als solcher* künftig nicht mehr ein Wahlrecht zu einer anderen KK.

- **Versicherungspflichtige**
 - können die Mitgliedschaft bei ihrer KK auch unterjährig zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats (gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt) kündigen (bislang: mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres) und sind an die Wahl der KK mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab 1. Januar 2002 ausüben (gilt nicht, wenn die KK ihren Beitragssatz erhöht); die längere Bindungsfrist gilt nicht für Pflichtversicherte, die schon vor dem Jahre 2002 – also spätestens am 9. Mai 2001 zum 31. Dezember 2001 oder vor 2002 aus Anlass einer Beitragssatzanhebung – von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben.
 - Die verlängerte Bindungsfrist gilt nicht, wenn die KK in ihrer Satzung für den Fall, dass das Mitglied zu einer anderen KK der gleichen Kassenart wechselt, eine Ausnahme von der Bindungsfrist vorsieht (erfasst würden hiervon Mitglieder regional begrenzter Kassen z.B. bei Wohnort- oder ArbGeb-Wechsel in einen anderen Kassenbezirk).
- **Freiwillig Versicherte**
 - können die Mitgliedschaft bei ihrer KK wie bisher zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats (gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied die Kündigung erklärt) kündigen und
 - sind (dies ist neu) an die Wahl der KK mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab 1. Januar 2002 ausüben (gilt nicht, wenn die KK ihren Beitragssatz erhöht); die längere Bindungsfrist gilt nicht für freiwillig Versicherte, die schon vor dem Jahre 2002 von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben.
 - Die verlängerte Bindungsfrist gilt nicht, wenn
 - das (bisher freiwillige) Mitglied die Voraussetzungen der beitragsfreien Familienversicherung erfüllt (*Versicherungspflichtige* können demgegenüber bereits nach geltendem Recht nach dem Ausscheiden aus einer Versicherungspflicht ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist familienversichert sein) *oder*
 - das (bisher freiwillige) Mitglied keine Mitgliedschaft bei einer KK begründen will – also idR einen Wechsel zur PKV vollzieht *oder*
 - die KK in ihrer Satzung für den Fall, dass das Mitglied zu einer anderen KK der gleichen Kassenart wechselt, eine Ausnahme von der Bindungsfrist vorsieht (erfasst würden hiervon Mitglieder regional begrenzter Kassen z.B. bei Wohnort- oder ArbGeb-Wechsel in einen anderen Kassenbezirk).

2002

Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte

- Für alle überregional tätigen Krankenkassen wird ab 2002 für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen der Ärzte und Zahnärzte das sog. Wohnortprinzip (Wohnort des Versicherten, nicht des Mitglieds) eingeführt. Das bedeutet, dass die Honorarvereinbarungen jeweils für die Region, in der die Versicherten wohnen, getroffen werden. Für die Ersatzkassen wurde das Wohnortprinzip bereits durch das *Gesundheitsstrukturgesetz* vom 21.12.1992 eingeführt.
- Außerdem werden für die Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Ländern Gestaltungsräume eröffnet für zusätzliche, bis insgesamt 6 Prozentpunkte über die Grundlohnentwicklung hinausgehende Honorarsteigerungen in den Jahren 2002 bis 2004. Voraussetzung ist, dass die Mehrausgaben der Krankenkassen durch Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

2002

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV

Für eine Übergangszeit vom Jahre 2002 an bis längstens Ende 2006 werden die ausgleichsrelevanten Faktoren des bestehenden Risikostrukturausgleichs (RSA) zwischen den Krankenkassen erweitert und um einen Risikopool ergänzt:

- Versicherte, die in zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (sog. *Disease-Management-Programme*) eingeschrieben sind, sollen künftig je Krankheit (vorgesehen sind bis zu sieben für derartige Programme geeignete chronische Krankheiten) eine eigenständige Versichertengruppe im RSA bilden – neben den bislang ausgleichsrelevanten Faktoren: *beitragspflichtige Einnahmen* der Mitglieder, Zahl der mitversicherten *Familienangehörigen*, *Alters-* und *Geschlechtsstruktur* der Versicherten und Zahl der Bezieher einer *Erwerbsminderungsrente*. Für diese neuen Versichertengruppen werden höhere standardisierte Leistungsausgaben im RSA berücksichtigt.
- Außerdem wird zur solidarischen Lastenverteilung solcher Aufwendungen für Versicherte, die weit über dem Durchschnitt der Standardausgaben im RSA liegen, in Ergänzung des (erweiterten) RSA ein Risikopool eingeführt. Für die Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen berücksichtigungsfähig sind hierbei die Ausgaben für *Krankenhausbehandlung* – einschließlich der übrigen stationär erbrachten Leistungen *Arznei- und Verbandmittel*, *Krankengeld*, *Sterbegeld* und *nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse* (Berücksichtigung erst vom Ausgleichsjahr 2003 an). Ausgleichsfähig aus dem Risikopool sind 60% der den Schwellenwert von 20.450 € (2002 und 2003) übersteigenden Ausgaben je Versicherten und Jahr; der Schwellenwert wird entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße (§ 18 Abs. 1 SGB IV) jährlich dynamisiert. Ab dem Jahre 2007 wird der Beitragsbedarf der Krankenkassen im RSA auf der Grundlage direkter Morbiditätsmerkmale der Versicherten bestimmt. Mit Inkrafttreten dieses weiterentwickelten RSA soll auch der Risikopool durch einen Hochrisikopool abgelöst werden, der mit

erhöhten Schwellenwerten den Ausgleich besonders schwer wiegender Belastungen von Krankenkassen durch einzelne Versicherte sicherstellen und den weiterentwickelten RSA flankieren soll. Gesunde und kranke Versicherte, die bis dahin nur im Hinblick auf die Teilnahme an Disease-Management-Programmen unterschieden werden, werden dann durchgehend unterschiedlich berücksichtigt.

2002 (16. Februar)

Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz - AABG

- Das bisherige Regel-Ausnahmeverhältnis bei der sog. *aut-idem* Regelung wird umgekehrt; künftig sollen die Apotheken für die Arzneimittelversorgung innerhalb wirkungs- und wirkstoffgleicher Medikamente ein kostengünstiges Arzneimittel (aus dem unteren Preisdrittel) aussuchen. Die aut-idem Substitution wird somit zum Regelfall, die der Arzt allerdings aktiv ausschließen kann.
- Der von den Apotheken an die Krankenkassen weiter zu gebende *Rabatt auf den Arzneimittelpreis* wird – begrenzt auf die Jahre 2002 und 2003 - von bisher 5% auf 6% erhöht.
- Der Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen kann künftig für Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen oder vergleichbarer therapeutischer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens im Verhältnis zum Abgabepreis vornehmen und Empfehlungen an die behandelnden Ärzte abgeben.
- An die Stelle der ursprünglich im Gesetzentwurf vorgesehenen 4%-igen Preissenkung sowie des Preismoratoriums in den Jahren 2002 und 2003 für nicht der Festbetragsregelung unterliegende verschreibungspflichtige Arzneimittel (prognostiziertes Entlastungsvolumen von insgesamt 960 Mio. DM) tritt eine *Selbstverpflichtung des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller* (VfA): Der VfA stellt der GKV Anfang 2002 400 Mio. DM zur Konsolidierung der GKV-Finanzien zur Verfügung.
- Krankenhäuser haben die für eine Arzneimitteltherapie im Rahmen der nahtlosen ambulanten Anschlussbehandlung durch den Vertragsarzt erforderlichen Arzneimittel künftig auch mit ihrem Wirkstoff sowie preisgünstige Alternativvorschläge für die ambulante Therapie anzugeben.

2002 (April)

10. SGB V-Änderungsgesetz

- Rentenbezieher, die die seit 1993 geltende Vorversicherungszeit für die KVdR (Pflichtversicherung während 9/10 der zweiten Hälfte des Erwerbslebens) nicht erfüllen und bisher freiwillig versichert waren, werden auf Grund des Beschlusses des BVerfG vom 15.03.2000 ab April 2002 versicherungspflichtig. Für den betroffenen Personenkreis ist dann zwar der allgemeine (statt des ermäßigten Beitragssatzes) maßgeblich – andererseits fallen für Versorgungsbezüge (Betriebsrenten) geringere Beiträge an und die Beitragspflicht sonstiger Einnahmen (Mieten, Zinsen) entfällt. Für Bezieher einer Rente von bis zu 335 € monatlich, die bislang beitragsfrei familienversichert waren, hat der Eintritt der Versicherungspflicht zur Folge, dass sie ab April beitragspflichtig werden.
- Vom Beschluss des BVerfG betroffene Rentenbezieher erhalten daher die Möglichkeit, der GKV als freiwilliges Mitglied beizutreten und damit ih-

ren bisherigen Versichertenstatus beizubehalten; diese Option soll vor allem Mehrbelastungen von bislang freiwillig versicherten Rentnern vermeiden, die neben der gesetzlichen Rente keine weiteren Einkünfte beziehen. Machen sie von dem Beitrittsrecht Gebrauch, so gilt weiterhin ein ermäßigter Beitragssatz sowie die Familienversicherung des Ehepartners und statt der Inanspruchnahme von Sachleistungen ist weiterhin Kostenerstattung möglich.

2003/2004/2007

Fallpauschalengesetz – FPG

- Mit der >GKV-Gesundheitsreform 2000< wurde die Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems für die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser ab 1. Januar 2003 vorgegeben. Das neue Vergütungssystem basiert auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG). Kern der Neuregelungen ist die Einführung eines Krankenhausentgeltgesetzes, das zum 1. Januar 2003 die bisherige Bundespflegegesetzverordnung bei denjenigen Krankenhäusern ersetzt, die dem neuen DRG-Vergütungssystem unterliegen. Die obligatorische Einführung des an die deutschen Bedingungen angepassten DRG-Vergütungssystems für alle Krankenhäuser erfolgt zum 1. Januar 2004. Mit dem Gesetz werden die Rahmenbedingungen nur für den Zeitraum bis Ende 2006 festgelegt. Die ab dem Jahre 2007 geltenden Regelungen sollen rechtzeitig in einem weiteren Gesetz formuliert werden.

2003

Beitragsatzsicherungsgesetz

- Die Versicherungspflichtgrenze der GKV beträgt im Jahre 2003
 - (a) grundsätzlich 45.900 € (= 75% der RV-BBG, allerdings ohne dass künftig noch auf die RV-BBG Bezug genommen wird)
 - (b) für Personen, die Ende 2002 bereits in der PKV (voll) versichert waren, beträgt sie 41.400 €.
- Die GKV-BBG beträgt 41.400 €.
- Für Personen, die am 1.1.1989 versichert waren, wird das Sterbegeld gekürzt – für Mitglieder auf 525 € (bisher: 1.050 €), für Familienversicherte auf 262,50 € (bisher: 525 €).
- Der bisher für die Jahre 2002 und 2003 befristet von 5% auf 6% erhöhte Apothekenrabatt an die GKV gilt nunmehr für Arzneimittel mit einem Abgabepreis bis zur Höhe von 52,46 € unbefristet. Oberhalb dieses Abgabepreises gelten gestaffelt höhere Rabatte.
- Für Arzneimittel, für die es bisher keine spezifischen Regelungen zur Begrenzung der Kostenübernahme durch die GKV gibt, erhalten die Krankenkassen einen Herstellerrabatt in Höhe von 6% - zusätzlich zum Apothekenrabatt und dem Großhandelsrabatt.
- Für die zentralen Leistungsbereiche (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) gibt es 2003 anstelle der Grundlohnanpassung (West 0,81/Ost 2,09) Nullrunden (gilt nicht für Krankenhäuser, die 2003 nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen).
- Absenkung der abrechnungsfähigen Höchstpreise für zahntechnische Leistungen um 5% sowie Nullrunde bei den Vergütungsvereinbarungen.
- Ab dem 7.11.2002 und bis Ende 2003 sind Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen nur in gesetzlich vorgegebenen Ausnahmefällen möglich.

- Der pharmazeutische Großhandel gewährt den Apotheken auf zu Lasten der GKV verschreibungspflichtige Arzneimittel einen Rabatt von 3%, den diese wiederum an die Kassen weitergeben (unbefristete Regelung)
- Die Bemessungsgrundlage für die KV-Beiträge von Alhi-Empfängern wird auf den Zahlbetrag der Alhi gesenkt.

2004

GKV-Modernisierungsgesetz - GMG

- Zuzahlungen: grundsätzlich bei allen Leistungen 10% der Kosten – mindestens 5 EUR (allerdings nicht mehr als den tatsächlichen Preis), höchstens 10 EUR; Minderjährige sind von allen Zuzahlungen befreit
 - Heilmittel und häusliche Krankenpflege: 10% der Kosten plus 10 EUR pro Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege: für max. 28 Tage im Kalenderjahr)
 - Soziotherapie, Haushaltshilfe: 10% der kalendarischen Kosten - mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR
 - Stationäre Vorsorge/Reha: 10 EUR/Tag (Anschlussheilbehandlung: für max. 28 Tage)
 - Medizinische Reha für Mütter/Väter: 10 EUR/Tag
 - Krankenhausbehandlung: 10 EUR/Tag (für max. 28 Tage)
 - Praxisgebühr (bei Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten) von 10 EUR pro Quartal (nicht bei Überweisungen innerhalb des Quartals sowie Kontrollbesuchen beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungsterminen sowie Schutzimpfungen)
- Belastungsobergrenze: 2% der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (Chroniker: 1%); für Sozialhilfeempfänger ist der Eckregelsatz Bemessungsgrundlage für die Belastungsgrenze
- Die bisherige Sozialklausel (vollständige Befreiung für bestimmte Einkommens- und Personengruppen bei bestimmten Leistungen) entfällt
- Folgende Leistungen werden aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen: Sterbegeld, Entbindungsgeld, nicht medizinisch notwendige Sterilisation, künstliche Befruchtung (50%ige Kostenübernahme nur noch in bestimmten Fällen), Sehhilfen/Brillen (mit Ausnahmen für Minderjährige und schwer Sehbeeinträchtigte), Fahrkosten zur ambulanten Behandlung (mit engen Ausnahmen)
- Zahnersatzleistungen müssen Versicherte ab 2005 in vollem Umfang selbst absichern (ohne ArbGeb-Beteiligung) – unter dem Dach der GKV (hier zahlen Familienversicherte keinen Beitrag) oder der PKV; oberhalb befundbezogener Festzuschüsse liegende Kosten müssen ebenfalls privat getragen werden. Die bisher gültigen Bonusregelungen haben auch nach 2005 Bestand. In Härtefällen (geringes Einkommen) zahlen die KK den Zahnersatz idR vollständig. Wer sich für eine private Zahnersatz-Versicherung entscheidet, kann in diesem Bereich nicht mehr zur GKV zurückwechseln
- Ab dem Jahre 2006 müssen GKV-Versicherte neben ihrem Anteil am allgemeinen (paritätisch getragenen) Beitragssatz einen zusätzlichen Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% ihres beitragspflichtigen Brutto leisten
- Für Betriebsrenten und Einkünfte aus selbstständiger Arbeit zahlen Rentner den vollen (bisher: halben) Beitragssatz; beitragspflichtig zur KV/PV sind von da an auch Einmal-/Kapitalleistungen der betrAV (als monatlicher Zahlbetrag gilt 1/120stel der Leistung für längstens 10 Jahre)
- Für nicht in der GKV versicherte Sozialhilfeempfänger übernehmen in Zukunft die KK die Kosten der Krankenbehandlung; die Sozialhilfeträger erstatten den KK den entstandenen Aufwand vierteljährlich
- Zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der KK für versicherungsfremde Leistungen (u.a. Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Krankengeld bei Erkrankung unter 12jähriger Kinder) leistet der Bund für 2004 1,0 Mrd. EUR, für 2005 2,5 Mrd. EUR und ab 2006 4,2 Mrd. EUR
- Auf Wunsch erhalten Patienten vom Arzt, Zahnarzt bzw. Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation (Tages- oder Quartalsquittung); Versicherte müssen für die Patientenquittung eine Aufwandsentschädigung von 1 EUR pro Quartal plus Versandkosten zahlen
- Ab 2006 wird die bisherige Krankenversicherungs- durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt; auf freiwilliger Basis enthält sie auch Gesundheitsdaten
- KK können für Versicherte, die regelmäßig an Vorsorge-/Früherkennungsuntersuchungen oder an Präventions- oder speziellen Chronikerprogrammen teilnehmen oder sich in Hausarztmodelle einschreiben lassen, Boni (z.B. Ermäßigungen bei Zuzahlungen, Praxisgebühr oder Beitrag) gewähren
- KK werden verpflichtet, ihren Versicherten ein Hausarztssystem anzubieten
- Alle Versicherten (bisher nur freiwillig Versicherte) können statt Sachleistung Kostenerstattung (bindend für mindestens ein Jahr) wählen
- Freiwillig Versicherten, die Kostenerstattung in Anspruch nehmen, können die KK künftig auch Selbstbehalte mit Beitragsermäßigung anbieten
- Freiwillig Versicherte, die im Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch nehmen, können Beitragsrückzahlungen (maximal 1/12 des Jahresbeitrages) erhalten
- Die GKV erhält die Möglichkeit, Zusatzversicherungen der PKV zu vermitteln
- Auf Bundesebene wird von der Bundesregierung ein Patientenbeauftragter bestellt; Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeorganisationen werden in Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem einbezogen (Mitberatungsrecht in den relevanten Entscheidungs- und Steuerungsgremien, insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, Beteiligung an der Arbeit des neuen Instituts für Qualität in der Medizin)
- Auch Krankenhäuser dürfen hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen im ambulanten Bereich anbieten
- Gezielte Förderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und anderen Heilberuflern in medizinischen Versorgungszentren; die KK können mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen (also ohne KV) Verträge über integrierte Versorgungsformen (mit eigenem Budget) abschließen
- Ärzten, die sich unzureichend oder gar nicht (außerhalb produktbezogener Veranstaltungen) fort-

- bilden, droht ein Vergütungsabschlag – im Extremfall der Entzug der Zulassung
- Errichtung eines von KK, Krankenhäusern und Ärzten getragenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin
 - Patentgeschützte Arzneimittel bleiben nur dann festbetragsfrei, wenn sie echte Verbesserungen in der medikamentösen Behandlung bringen; für alle Medikamente ohne Festbetrag müssen die Arzneimittel-Hersteller den KK einen Rabatt von 16% (bisher 6%) gewähren. Zuständig für die Festbeträge werden wieder die Selbstverwaltungen
 - Die Vorschriften zur Schaffung einer Positivliste werden abgeschafft
 - Apotheker erhalten für alle verschreibungspflichtigen Arzneien ein einheitliches Abgabehonorar von 8,10 EUR pro Packung (bisher: packungsgrößen- bzw. preisabhängig); für apothekenpflichtige Arzneimittel wird der Versandhandel freigegeben; jeder Apotheker darf bis zu vier Verkaufsstellen betreiben
 - Apotheken müssen weiterhin ein gewisses Kontingent an kostengünstigen re-importierten Medikamenten verkaufen; zu diesem Kontingent zählen künftig aber nur noch importierte Arzneien, die im Ausland mindestens 15% oder 15 EUR billiger sind als das deutsche Originalprodukt
 - Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneien/Produkte werden nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben – sie sind zudem künftig vom Versorgungsanspruch ausgeschlossen
 - Die Zahl der Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch Fusionen von 23 auf voraussichtlich 18 bzw. 17 reduziert
 - Verwaltungskosten der KK werden bis 2007 an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden bzw. eingefroren, sofern sie 10% über dem Durchschnitt aller KK liegen
 - Geöffnete BKK und IKK müssen dauerhaft allen Versicherten offen stehen; bis Ende 2006 dürfen neu errichtete BKKn und IKKn sich nicht mehr für Betriebsfremde öffnen. Geöffnete BKKn können nicht mehr auf weitere Betriebe desselben ArbGeb ausgedehnt werden. Für Betriebe, die als Leistungserbringer nach SGB V zugelassen sind, wird die Errichtung von BKKn ausgeschlossen. Anders als bisher dürfen bei den geöffneten BKK die Trägerunternehmen nicht mehr die Personalkosten der Kassen übernehmen

2005

Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

- Die im GMG festgeschriebene gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes wie auch die gesonderte Wahlmöglichkeit zur PKV wird rückgängig gemacht; die Versorgung mit Zahnersatz bleibt Teil des Leistungskatalogs der GKV
- Bei Versorgung mit Zahnersatz wird zudem die bisherige (gleitende) Härtefallregelung beibehalten; sie stellt sicher, dass Versicherte mit geringem Einkommen Zahnersatz bei Inanspruchnahme der Regelversorgung zuzahlungsfrei erhalten (die KK leistet hier bis zum doppelten Festzuschuss) bzw. mit einem niedrigeren Eigenanteil belastet werden
- Der mit dem GMG ab 2006 vorgesehene Sonderbeitrag der Versicherten in Höhe von 0,5% wird auf den 01. Juli 2005 vorgezogen und auf 0,9% erhöht. – Zeitgleich mit der Erhebung des Sonderbeitrags werden die übrigen Beitragssätze durch Gesetz in der Höhe des Sonderbeitrags-

setzes abgesenkt, ohne dass hierfür ein Beschluss der Selbstverwaltung und eine Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden erforderlich ist. – Damit Rentner am 01. Juli 2005 nicht den vollen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent zu zahlen haben, sondern durch die Senkung des für sie anzuwendenden allgemeinen Beitragssatzes, den sie und die RV je zur Hälfte tragen, um 0,45 Beitragssatzpunkte entlastet werden, wirkt die gesetzlich vorgegebene Beitragssatzsenkung auch unmittelbar für den ab 1. Juli anzuwendenden KVdR-Beitragssatz. – Beziehung von Alg II werden von der Erhebung des Sonderbeitrags ausgenommen; deshalb wird auch der für die Beitragsbemessung dieser Personengruppe geltende Beitragssatz nicht gesetzlich abgesenkt (für die GKV-Beitragsbemessung der Alg II-Bezieher ist demnach künftig der maßgebliche allgemeine Beitragssatz der KK um 0,9%-Punkte zu erhöhen)

2005

Verwaltungsvereinfachungsgesetz

- Die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird auf die Kinder familienversicherter Kinder ausgedehnt
- Da künftig alle Alg II-Bezieher bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Fortzahlung des Alg II haben (bisher: Krankengeldanspruch des krankenversicherungspflichtigen Alg II-Beziehers nach Ablauf von sechs Wochen in Höhe des Alg II), gilt für krankenversicherungspflichtige Alg II-Bezieher der durchschnittliche ermäßigte (bisher: allgemeine) Beitragssatz der Krankenkassen, den das BMGS zum 1. Oktober feststellt, für das folgende Kalenderjahr
- Für die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen (z.B. Betriebsrenten) gilt ab April - mit dreimonatigem time-lag - der allgemeine Beitragssatz der KK (bisher galt der jeweils zum 1. Juli geltende allgemeine Beitragssatz für das folgende Kalenderjahr)

2006

5. Gesetz zur Änderung des SGB III und anderer Gesetze

- Zeiten einer Versicherung auf Grund des rechtswidrigen Bezugs von Alg II (z.B. wegen fehlender Erwerbsfähigkeit) werden als Vorversicherungszeiten für den Zugang zur freiwilligen Krankenversicherung ausgeschlossen; diese Regelung gilt auch für das Beitrittsrecht von Familienversicherten. – Eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV kann allerdings weiterhin innerhalb von drei Monaten nach dem rechtswidrigen Alg II-Bezug begründet werden, sofern zu Beginn des Alg II-Bezugs ein Beitrittsrecht zur GKV bestanden hat

2006 (Mai)

Arzneimittelversorgungs- Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)

- Vom 1. April 2006 bis zum 31. März 2008 gilt ein zweijähriger Preisstopp für zu Lasten der GKV verordneter Arzneimittel
- Echte Innovationen (therapeutische Verbesserungen) werden von der Festbetragsregelung ausgenommen
- Insgesamt werden die Festbeträge für Arzneimittel abgesenkt; die KK können mit den Herstellern spezielle Rabattverträge abschließen. Arzneimittel mit Preisen von 30 % und mehr

unterhalb des Festbetrags können durch Beschluss der Spitzenverbände der KVen von der Zuzahlung befreit werden

- Die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen (Naturalrabatte) an Apotheken wird unterbunden; dies gilt auch für rezeptfreie Arzneien sowie für Krankenhausapotheken
- Für Arzneimittel im Generika fähigen Markt, also für patentfreie Arzneimittel mit gleichen Inhaltsstoffen, die von mehreren Unternehmen angeboten werden, wird ein Rabatt in Höhe von 10 % des Herstellerabgabepreises erhoben. Ausgenommen hiervon sind Arzneimittel, deren Preis um 30 % niedriger als der Festbetrag ist
- Die Praxissoftware in der Arztpraxis muss künftig manipulationsfrei sein, um zu verhindern, dass kostenlos gelieferte Software bei der Auswahl von Arzneimitteln einen bestimmten Hersteller bevorzugt
- Ärzte sollen stärker in die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneiverordnungen genommen werden (Bonus-Malus-Regelung)
- Krankenhäuser sollen bei der Entlassmedikation auf Wirtschaftlichkeit achten
- Die gesetzliche Zuwachsbegrenzung (Grundlohnrate) wird im Krankenhausbereich und bei den Verwaltungskosten der KVen in den Jahren 2006 und 2007 von einem Mitglieder- auf einen Versichertenbezug umgestellt; für den Bereich der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Vergütung finden weiterhin die Veränderungsrate je Mitglied Anwendung

2006 (Juli)

Haushaltsbegleitgesetz 2006

- Für Alg II-Bezieher gelten als (tägliche) beitragspflichtige Einnahmen der dreißigste Teil des 0,3450fachen (bisher: 0,3620fachen – so auch weiterhin in der sozialen PV) der monatlichen Bezugsgröße. Damit die höheren Pauschalbeiträge (13% statt bislang 11% für die GKV) für geringfügig Beschäftigte den Bund entlasten (um rd. 170 Mio. Euro) holt er sich den Betrag über die Absenkung der KV-Beiträge für Alg II-Empfänger zurück
- Die Pauschalzahlung des Bundes an die GKV wird für 2007 auf 1,5 Mrd. (bisher: 4,2 Mrd.) Euro festgelegt und entfällt ab 2008 völlig

2007 (April)

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)

- Einführung eines vom Bundesversicherungsamt als Sondervermögen verwalteten Gesundheitsfonds, in den ab 2009 alle Beitragseinnahmen sowie der Bundeszuschuss fließen. Gleichzeitig werden die Beitragssätze für ArbGeb und Mitglieder (entsprechend der heutigen Relation) per Rechtsverordnung vereinheitlicht und festgeschrieben. Bis Ende 2008 müssen daher alle KK entschuldet sein – sie verlieren von da an ihre Beitrags- und Finanzautonomie
- Ab 2007 erhält die GKV einen Bundeszuschuss zur Abdeckung so genannter versicherungsfremder Leistungen in Höhe von jährlich 2,5 Mrd. Euro (2006: 4,2 Mrd. Euro); ab 2009 erhöht sich der Zuschuss um 1,5 Mrd. Euro jährlich bis zu seiner Obergrenze von 14 Mrd. Euro
- Jede KK erhält aus dem Fonds eine für alle Versicherten einheitliche Grundprämie; der Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen erfolgt von da an im Wege der Zuweisung alters- und risiko-adjustierter Zu- und Abschläge. Die Klassi-

fizierung der Versicherten erfolgt nach Morbiditätsgruppen, der zwischen rd. 50 bis 80 schwerwiegende Krankheiten zu Grunde gelegt werden.

- Im Jahr der Einführung sollen die Mittel des Fonds die Kassenausgaben zu 100% decken – auf mittlere Frist allerdings nur zu mindestens 95%. Sofern die Fondszuweisungen den Finanzbedarf einer KK nicht decken, kann diese einen Zusatzbeitrag («kleine Kopfpauschale») von maximal bis zu 1% der beitragspflichtigen Einnahmen (als Pauschale oder Prozentwert des Einkommens) des Mitglieds erheben (bis zu einem Betrag von 8 € ohne Einkommensprüfung); bei Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrags besteht ein Sonderkündigungsrecht. Kassenüberschüsse können an die Mitglieder ausgeschüttet werden
- Medizinische Reha-Leistungen, empfohlene Schutzimpfungen sowie Mutter/Vater-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen (bisher: Ermessensleistung).
- Ab 2008 haben Chroniker nur dann Anspruch auf die ermäßigte Zuzahlungsbelastung (1%), wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben
- Der Leistungsumfang bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe (Schönheitsoperationen, Piercing) wird eingeschränkt (Beteiligung an den Kosten, völlige oder teilweise Versagung des Krankengeldes)
- Die Wahlmöglichkeit der Versicherten wird ausgeweitet und damit der Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Jungen und Alten ausgehöhlt: Selbstbehalttarife können auch für Pflichtversicherte, die ihre Beiträge selber zahlen (also nicht z.B.: Arbeitslose) eingeführt werden (Mindestbindung 3 Jahre), ebenso werden für diese Pflichtversicherten Bonuszahlungen ermöglicht (bis zu 1/12 des Jahresbeitrags), wenn sie und ihre mitversicherten Angehörigen in einem Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch nehmen und für spezielle Versorgungsformen (Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMPs sowie integrierte Versorgung) müssen die KVen auch spezielle Tarife anbieten; für Kostenersatzung (Ärzte rechnen nach der GOÄ ab, Versicherte erhalten aber nur den GKV-Satz erstattet) kann eine KK Wahltarife einführen
- Ab dem 1. April 2007 werden alle Bürger, die bisher nicht der Versicherungspflicht unterlagen (und auch keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall haben) in die Versicherungspflicht einbezogen, wenn sie zuletzt in der GKV versichert waren; wer zuletzt privat versichert war, muss sich mit Einführung des Basistarifs ab 1. Januar 2009 bei einem Unternehmen der PKV versichern.
- Erhöhung des Apothekenrabatts bei den zu Lasten der GKV verordneten Arzneimitteln von 2 € auf 2,30 €
- Das von Budgets und Punktwerten geprägte ärztliche Vergütungssystem im ambulanten Bereich wird ab 2009 schrittweise abgelöst durch eine Euro-Gebührenordnung mit für fachärztliche und hausärztliche Versorgung jeweils unterschiedlichen Pauschalvergütungen sowie wenigen Einzelleistungsvergütungen; es bleibt allerdings bei einer Gesamtvergütung der Ärzte
- Ermöglichung kassenartenübergreifender Kassenfusionen zum 1.4.2007 und Öffnung sämtlicher KVen (Ausnahme: geschlossene BKKs) ab 2009;

auf Bundesebene bilden die Kassen einen (bisher: sieben) Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Zur Vorbereitung der Insolvenzfähigkeit der KKn sind diese ab 2010 verpflichtet, für ihre Verpflichtungen aus Versorgungsbezügen einen Kapitalstock zu bilden

- Freiwillig Versicherte können seit Februar 2007 nur noch unter der Voraussetzung zur PKV wechseln, dass ihr Arbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren (bisher: ein Jahr) die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat
- Alle PKV-Unternehmen müssen ab 2009 einen einheitlichen, dem Leistungsumfang der GKV entsprechenden Basistarif (Kontrahierungszwang, keine Risikoprüfung, aber Prämienkalkulation nach Alter und Geschlecht – wobei die Prämie den Beitrag zur GKV nicht übersteigen darf – und Begrenzung der ärztlichen Abrechnung auf den 1,8-fachen Satz) anbieten; zur Verhinderung von Risikoselektion wird ein branchenweiter Risikoausgleich eingeführt. – Zugang zum Basistarif haben allerdings nur Nichtversicherten, die vormals in der PKV versichert waren oder dieser systematisch zuzuordnen sind, PKV-Versicherten, die ihren Vertrag nach 2008 geschlossen haben sowie freiwillig GKV-Versicherte. PKV-Versicherte, die ihren Vertrag bereits vor 2009 abgeschlossen haben, können unter Mitnahme ihrer Altersrückstellungen nur von Januar bis Juni 2009 in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens wechseln; diese kurze Frist gilt auch für freiwillig GKV-Versicherte – darüber hinaus ist für sie ein Wechsel innerhalb der ersten sechs Monate nach Beendigung der Versicherungspflicht möglich.

2009

GKV-Beitragssatzverordnung

- Der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der GKV beträgt 14,6%
- Der allgemeine Beitragssatz in der GKV (paritätischer Beitragssatz einschl. Sonderbeitrag der Versicherten in Höhe von 0,9%) beträgt 15,5%

2009

Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (»Konjunkturpaket II«)

- Der paritätisch finanzierte (ermäßigte) Beitragssatz wird zum 01.07.2009 um 0,6%-Punkte auf 14,0% (13,4%) gesenkt. Zum Ausgleich steigt der bislang vorgesehene Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2009 um 3,2 Mrd. € (auf 7,2 Mrd. €) und in den Jahren 2010 (11,8 Mrd. €) und 2011 um jeweils 6,3 Mrd. Euro. Im Jahr 2012 (bisher: 2016) erreicht der Bundeszuschuss den schon bisher vorgesehenen Zielwert von 14 Mrd. €

2010

Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz

- Der Bund leistet zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen im Jahr 2010 3,9 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds.

2011

Haushaltsbegleitgesetz 2011

- Der Bund leistet im Jahr 2011 zusätzlich einen Betrag von 2,0 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds.

2011

GKV-Finanzierungsgesetz

- Mit Ablauf der befristeten Beitragssatzsenkung (um 0,6%-Punkte) im Rahmen des Konjunkturpaketes II steigt der paritätische Beitragssatz ab 2011 wieder auf 14,6%. Der allgemeine Beitragssatz von 15,5% (= paritätischer Beitragssatz plus 0,9% Sonderbeitrag der Mitglieder) wird gesetzlich festgeschrieben (der ArbGeb-Anteil wird damit bei 7,3% eingefroren – der ArbN-Anteil beträgt 8,2%) und der gesetzliche Anpassungszwang für die einkommensabhängigen Beitragssätze bei Unterdeckung des Gesundheitsfonds (unter 95%) wird aufgehoben. Der ermäßigte Beitragssatz wird auf 14,9% festgelegt.
- Nicht durch die Einnahmeentwicklung gedeckte Ausgabensteigerungen werden zukünftig alleine über einkommensunabhängige, kassenindividuelle Zusatzbeiträge (feste Euro-Beträge = Kopfpauschale) der Mitglieder finanziert. Die bisherige Option prozentualer Zusatzbeiträge entfällt. – Kein Zusatzbeitrag wird erhoben von Empfängern (soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen) von Kg, Versorgungs-Kg oder Ügg, Verletztengeld sowie Muschg oder Elterngeld und vergleichbarer Entgeltersatzleistungen; ausgenommen sind auch Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten, Wehr- und Zivildienstleistende, Versicherte im Freiwilligen Sozialen bzw. Ökologischen Jahr sowie Auszubildende mit einem Entgelt bis zu 325 EUR monatlich (gilt auch, wenn diese Grenze durch eine Einmalzahlung überschritten wird) oder in einer außerbetrieblichen Einrichtung.
- Das BMG legt im Einvernehmen mit dem BMF jeden Herbst (spätestens bis 1. November, 2011: am 3. Januar) den durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das Folgejahr fest; es berücksichtigt dabei die Prognose des Schätzerkreises (von jeweils Mitte Oktober), der die Einnahmen des Gesundheitsfonds (soweit sie für die Zuweisungen an die KKn zur Verfügung stehen – also insbesondere ohne die Beträge, die nach 2012 zum Aufbau der Liquiditätsreserve oder zur Sicherung ihres Mindestniveaus von 20% einer Monatsausgabe benötigt werden) und die Ausgaben der GKV für das Folgejahr schätzt. Die Betragsdifferenz wird durch die voraussichtliche Zahl der GKV-Mitglieder und durch die Zahl 12 geteilt. Der monatliche Zusatzbeitrag ist prospektiv zu ermitteln. Eine unterjährige Anpassung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags oder eine nachträgliche Korrektur des tatsächlich durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitrags im abgelaufenen Kalenderjahr findet nicht statt.
- Übersteigt die kassendurchschnittliche Kopfpauschale 2% der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen (= Belastungsgrenze für den Sozialausgleich), greift ein finanzieller Ausgleich. Perspektivisch soll geprüft werden, ob und wie für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit (also sämtliche Einnahmen) und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden kann. In den Jahren 2011 bis 2014 wird der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (nach 2012: mindestens 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Fonds) gedeckt – ab dem Jahr 2015 wird der Sozialausgleich aus zusätzlichen Bundesmitteln (über die bisherigen Bundeszuschüsse nach §§

- 221, 221a SGB V hinaus) finanziert; die Höhe der zusätzlichen Bundesmittel wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt.
- Der Sozialausgleich (orientiert an der durchschnittlichen und nicht an der kassenindividuellen Kopfpauschale) wird für ArbN und Rentner direkt über die ArbGeb bzw. RV-Träger umgesetzt, indem der einkommensabhängige Beitrag um die jeweilige Überlastung durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag (bis auf Null) reduziert wird. Die individuelle Verringerung des monatlichen Mitgliedsbeitrags durch den Sozialausgleich erhöht nicht die Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen (z.B. ALG, Kg, Muschg) oder anderer Leistungen. Versorgungsbezüge (z.B. bAV) und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit (beides sind beitragspflichtige Einnahmen) werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter nur berücksichtigt, wenn sie die Beitragsfreigrenze (1/20 der monatlichen Bezugsgröße) übersteigen. – Bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen teilt die KK der beitragsabführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Mitgliedsbeitrag abzuführen ist. Bei Beziehern einer gesetzlichen Rente führt immer der Rentenversicherungsträger den Sozialausgleich durch, soweit die Höhe der Rentenzahlung 260 EUR übersteigt. Den weiteren Beitrag abführenden Stellen hat die KK mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus dem prozentualen Beitrag des Mitglieds und der Belastungsgrenze ergibt. Zudem führt die KK eine Überprüfung des über das Jahr geleisteten Sozialausgleichs durch (Jahresabschlussprüfung) und erstattet dem Mitglied evtl. zuviel gezahlte Beiträge. – Für Selbstzahler, wie z.B. freiwillig versicherte Mitglieder, wird der Sozialausgleich von der zuständigen KK durchgeführt, d.h., die KK reduziert die Beitragsforderungen an das Mitglied in originärer Zuständigkeit. – Zuständig für die Durchführung des Sozialausgleichs ist die KK auch dann, wenn ein ArbN aufgrund mehrerer geringfügiger Beschäftigungen in der so genannten Gleitzone (400,01 EUR bis 800 EUR) versicherungspflichtig ist. Die KK hat in diesen Fällen den Beitragssatz durch die Anwendung der Gleitzoneformel und unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs zu berechnen und den ArbGebn mitzuteilen. – Für unständig Beschäftigte führt der ArbGeb immer den allgemeinen Beitragssatz ohne Anwendung des Sozialausgleichs ab; diese ArbN müssen die Durchführung eines evtl. Sozialausgleichs bei der KK beantragen. – Mitglieder, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag vollständig von Dritten getragen oder gezahlt wird oder die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung nach SGB XII beziehen, haben in Folge dessen keinen Anspruch auf Sozialausgleich. – Ein ggf. bereits im Jahre 2011 notwendiger Sozialausgleich ist zum 30.06.2012 von der KK durchzuführen.
 - Für ALG-II- und Sozialgeld-Bezieher wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, jedoch höchstens in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags, erhoben. Der Zusatzbeitrag wird aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht; dies gilt auch für erwerbstätige Aufstocker. Die KKn können per Satzung eine einheitliche Regelung vorsehen, nach der ein möglicher Differenzbetrag zwischen dem (höheren) kassenindividuellen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag vom ALG-II- bzw. Sozialgeld-Bezieher einzufordern ist. Die Liquiditätsreserve wird ab 2015 durch zusätzliche Sozialausgleichsmittel des Bundes gespeist, die lt. § 221b in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge für ALG-II- bzw. Sozialgeld-Bezieher wie auch für Personen, die alleine durch die Zahlung des Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden und deren Zusatzbeitrag insoweit von der BA übernommen wird, enthalten (die BA erhält die Aufwendungen aus der Liquiditätsrücklage des Gesundheitsfonds erstattet). – Für Bezieher von ALG (auch bei Ruhen des Anspruchs wegen Sperrzeit oder Urlaubsabgeltung) gelten die allgemeinen Regeln, d.h. sie zahlen den kassenindividuellen Zusatzbeitrag und erhalten bei Überforderung einen Sozialausgleich durch die BA; zur Ermittlung der Belastungsgrenze werden 67% des dem ALG zugrundeliegenden Arbeitsentgelts herangezogen. Da ALG-Bezieher keinen eigenen Beitragsanteil zahlen, der entsprechend verringert werden kann (die BA entrichten den vollständigen Beitrag auf Basis von 80% des Bemessungsentgelts), erhalten sie von der BA eine zusätzliche Zahlung in Höhe des Überforderungsbetrages und die BA nimmt eine entsprechende Verringerung des KK-Beitrags vor. – Bei Kug-Beziehern gelten als beitragspflichtige Einnahmen 67% des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt; dies berührt allerdings nicht die Berücksichtigung weiterer beitragspflichtiger Einnahmen bei der Durchführung des Sozialausgleichs. Für Kug wird der Sozialausgleich vom ArbGeb durchgeführt. – Für Bezieher von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung) werden die Zusatzbeiträge vom Träger übernommen.
 - Mitglieder, die für jeweils 6 Monate mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags säumig sind, haben einen besonderen Säumniszuschlag zu leisten (mindestens 20 EUR und höchstens in Höhe der Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge). Von dem Sanktionsinstrument kann mehrfach Gebrauch gemacht werden, wenn das Mitglied seinen Zahlungsverpflichtungen dauerhaft nicht nachkommt. Mitglieder, die den besonderen Säumniszuschlag zu zahlen haben, haben bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Säumniszuschlags keinen Anspruch auf Sozialausgleich – es sei denn, dass eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung mit der KK getroffen wurde und die Raten vereinbarungsgemäß gezahlt werden. Die KK teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angabe von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.
 - Versicherte können, wie bislang bereits, anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen; Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in der Höhe der Vergütung, die die KK bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte – abzüglich eines Abschlags für die zusätzlichen Verwaltungskosten in Höhe von bis zu 5% des Erstattungsbetrages. Die erforderliche Beratung des Leistungserbringers gegenüber dem Versicherten hinsichtlich der Kostentragung jenseits des Erstattungsbetrages muss dieser nicht mehr schriftlich bestätigen. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens

- ein Kalendervierteljahr (bisher: mindestens ein Jahr) gebunden.
- Der Wechsel von der GKV in die PKV ist künftig (bereits zum Jahresbeginn 2011, da diese Regelung rückwirkend zum 31.12.2010 in Kraft tritt) wieder nach einmaligem (bisher: dreimaligem) Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich. Mit dieser Regelung wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wieder hergestellt. – Berufsanfänger mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze (sowie Personen, die erstmals im Inland eine Beschäftigung aufnehmen oder wegen der Neuregelung zum Ende des Jahres 2010 aus der GKV-Versicherungspflicht ausscheiden) erhalten innerhalb von 3 Monaten nach Beschäftigungsaufnahme ein Beitrittsrecht zur GKV. – Bislang besteht eine Befreiungsmöglichkeit bisher privat Krankenversicherter von der Versicherungspflicht in der GKV bei Wechsel in Teilzeit nur dann, wenn unmittelbar vorher mindestens fünf Jahre Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand. Künftig gilt dies auch für bislang Privatversicherte, bei denen diese „Unmittelbarkeit“ wegen des Bezugs von Erziehungs-/Elterngeld oder nach einer Eltern- oder Pflegezeit nicht gegeben ist, und die im Anschluss daran eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen/weiterführen, die als Vollzeitbeschäftigung den Eintritt von Versicherungsfreiheit zur Folge hätte. Die Befreiung kann in solchen Fällen nicht widerrufen werden, gilt also für die gesamte Dauer einer solchen Teilzeitbeschäftigung.
 - Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife (die auch einen evtl. Kassenwechsel – Mindestbindungsfrist: 18 Monate – verhindert) von bisher grundsätzlich drei Jahren wird für drei Tarifgruppen auf ein Jahr reduziert (gilt für Prämienzahlung (Bonus bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen), Tarife für Kostenerstattung, Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen). Zudem kann das Sonderkündigungsrecht des Mitglieds (z.B. bei Erhebung/Erhöhung eines Zusatzbeitrags) künftig (anders als bisher) auch dann ausgeübt werden, wenn die Mindestbindungsfrist eines Wahltarifs noch nicht erreicht ist.
 - Die Netto-Verwaltungskosten der GKV je Versicherten werden in den Jahren 2011 und 2012 auf die Höhe des Jahres 2010 begrenzt (eingefroren). Ausnahmen: Kosten der Sozialversicherungswahlen 2011 (im Falle einer Urwahlen) sowie unabweisbarer Mehrbedarf infolge gesetzlich neu zugewiesener Aufgaben (z.B. Festlegung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen (AMNOG) oder Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des Sozialausgleichs und des Säumnisverfahrens). Die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für Verwaltungsausgaben richtet sich anteilig nach der Versichertenzahl und der Morbidität der Versicherten einer KK. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, müssen entsprechende Änderungen der Zahl der Versicherten einer KK und der Morbidität ihrer Versicherten bei der Ermittlung der zulässigen Verwaltungsausgaben einer KK Berücksichtigung finden. – Bei KKn, die bis Ende 2011 nicht an mindestens 10% ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgegeben haben, werden die Verwaltungsausgaben 2012 gegenüber 2010 um 2% gekürzt.
 - Mehrleistungen der Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr werden mit einem Abschlag belegt, der im Jahre 2011 30% beträgt und in den Folgejahren vertraglich zu vereinbaren ist.
 - Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen sowie für die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 nur in Höhe der um 0,25%-Punkte bzw. um 0,5%-Punkte verminderten (bisher: vollen) Grundlohnrate wachsen.
 - Durch verschiedene Regelungen wird der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt begrenzt. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sog. extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen werden begrenzt.
 - Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt (für die in diesen Verträgen zu vereinbarende Vergütung wird ausdrücklich die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität vorgeschrieben).
 - Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 höchstens um die um 0,25%-Punkte bzw. um 0,5%-Punkte verminderte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

Die wesentlichen Änderungen im Bereich der Pflegeversicherung seit 1995

1995/96

Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVG)

Als "fünfte Säule" tritt zum 1.1.1995 das PflegeVG als SGB XI in Kraft (Leistungen im ambulanten Bereich ab 1. April 1995 - Leistungen im stationären Bereich ab 1. Juli 1996 ("2. Stufe")); es ersetzt und erweitert die bisherigen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit im Rahmen der GKV. Für das soziale Risiko der Pflegebedürftigkeit wird damit eine Grundsicherung (keine Vollabsicherung) geschaffen. In Abhängigkeit von der Pflegestufe (I - III) erbringt die PV vor allem folgende Leistungen:

- Ambulante Pflegehilfe als Sachleistung (wahlweise Pflegegeld - bei Sicherstellung der erforderlichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung durch den Pflegebedürftigen) je Kalendermonat

Stufe I:	25 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 750 DM (Pflegegeld: 400 DM),
Stufe II:	50 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1.800 DM (Pflegegeld: 800 DM) und
Stufe III:	75 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 2.800 DM (Pflegegeld: 1.300 DM); in Einzelfällen (aber für nicht mehr als 3% der Pflegebedürftigen der Stufe III) bis zu einem Gesamtwert von 3.750 DM.

Hierbei ist eine Kombination zwischen Sach- und Geldleistung möglich.

- Bei Verhinderung der Pflegeperson übernimmt die PV die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zu einem Betrag von 2.800 DM.
- Pflegehilfsmittel (bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln bis zu 60 DM/Monat; bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln müssen erwachsene Versicherte 10% (maximal 50 DM) zuzahlen) und technische Hilfen im Haushalt (vorrangig leihweise); Härtefälle können von der Zuzahlung ganz oder teilweise befreit werden.
- Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege (zeitlich unbegrenzt) im Umfang von monatlich bis zu 750 DM (Stufe I), 1.500 DM (Stufe II) bzw. 2.100 DM (Stufe III).
- Aufwendungen für Kurzzeitpflege (vollstationär) für die Dauer von vier Wochen im Kalenderjahr werden bis zu einem Betrag von 2.800 DM von der PV übernommen.
- Ist vollstationäre Pflege erforderlich, so übernimmt die PV (ab 1.7.1996) die pflegebedingten Aufwendungen bis zu einem Betrag von monatlich 2.800 DM - in Ausnahmefällen (aber für nicht mehr als 5% der Pflegebedürftigen der Stufe III) bis zu 3.300 DM. Insgesamt dürfen die Ausgaben der PV für stationär Pflegebedürftige im Jahresdurchschnitt (Monatsdurchschnitt) 30.000 DM/Fall (2.500 DM/Fall) nicht übersteigen. - Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung hat der Pflegebedürftige selbst zu tragen.
- Soziale Absicherung ehrenamtlicher Pflegepersonen in der Renten- und Unfallversicherung.
- Der Beitragssatz zur PV beträgt ab 1.1.1995 1,0% des Bruttoentgelts (bis zur BBG der GKV).

Zur Kompensation der Belastung der ArbGeb mit dem hälftigen Beitragssatz streichen die Länder einen gesetzlichen Feiertag, der stets auf einen Werktag fällt (Buß- und Betttag). In Sachsen, wo kein Feiertag gestrichen wird, müssen die ArbN den 1%igen Beitrag zur PV alleine tragen. Mit Inkrafttreten der "2. Stufe" steigt der Beitragssatz auf 1,7% (Beitragstragung in Sachsen: ArbN 1,35%, ArbGeb 0,35%). - Die Kompensationsregelung ist gleichbedeutend mit dem Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung.

1995 (April)

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit

- Durch Neufassung des Art. 51 wird klargestellt, dass die Besitzstandsregelung (Personen, die bis Ende März 1995 Pflegegeld nach BSHG a. F. erhielten) ab April 1995 auch in den Fällen gilt, in denen ein Pflegegeldanspruch nach neuem Recht (SGB XI bzw. BSHG n. F.) nicht gegeben ist. Der Besitzstandsschutz gilt damit für sämtliche - bisherigen - Empfänger von BSHG-Pflegegeld.

1996

1. SGB XI-ÄndG (Juni)

- Entschieden sich der Pflegebedürftige bei Verhinderung der Pflegeperson (vier Wochen im Kalenderjahr) für eine Vertretung durch nicht erwerbsmäßige Pflegekräfte, so ist der Leistungsanspruch gegenüber der PV grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt. Fahrtkosten, Verdienstausschlag etc. der Ersatzpflegekraft kann die PV im Rahmen der Leistungsobergrenze (2.800 DM/Kalenderjahr) zusätzlich übernehmen.
- Die Zeitvorgaben der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (vom 7.11.1994) werden gesetzlich festgeschrieben. Hiernach müssen für die Zuordnung zu den Pflegestufen die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung wöchentlich im Tagesdurchschnitt

Stufe I	mindestens 90 Minuten (davon Grundpflege mehr als 45 Minuten),
Stufe II	mindestens drei Stunden (davon Grundpflege mindestens zwei Stunden),
Stufe III	mindestens fünf Stunden (davon Grundpflege mindestens vier Stunden)

 betragen.
- Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege (z.B. Spritzen setzen, Wundversorgung), die die stationär Pflegebedürftigen bisher selbst zu tragen hatten, werden innerhalb der leistungsrechtlichen Obergrenzen bis Ende 1999 von der Pflegeversicherung übernommen (für die Zeit danach soll über die Kostentragung zwischen Kranken- und Pflege-Versicherung neu entschieden werden).
- Die Kosten der sozialen Betreuung im Pflegeheim, die bisher ebenfalls vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen waren, werden innerhalb der

leistungsrechtlichen Obergrenze von der Pflegeversicherung übernommen.

- Für einen Übergangszeitraum bis Ende 1997 werden die von der PV zu tragenden Leistungen bei stationärer Pflege pauschal festgelegt:

Pflegestufe I: 2.000 DM/Monat
 Pflegestufe II: 2.500 DM/Monat
 Pflegestufe III: 2.800 DM/Monat (Ausnahmefälle: 3.300 DM/Monat)

Eine Kürzung der Beträge erfolgt nur dann, wenn ansonsten der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von weniger als 25% des gesamten Heimentgelts zu tragen hätte. Wird der Durchschnittsbetrag von 30.000 DM pro Jahr und stationär Pflegebedürftigen überschritten, sind die Leistungssätze für die einzelnen Pflegebedürftigen entsprechend zu kürzen.

1998

Gesetz zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen

- Bei flexiblen Arbeitszeitmodellen, die Freistellungen von der Arbeitsleistung bei durchgehender Entgeltzahlung (aufgrund von Vor- oder Nacharbeit (Wertguthaben)) vorsehen (z.B. bei verblockter Altersteilzeit über den Zeitraum von fünf Jahren hinaus), besteht infolge einer Änderung des SGB IV auch während der Freistellungsphase eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt (und damit sozialversicherungsrechtlicher Schutz). - Voraussetzung ist vor allem, dass (a) die Freistellung aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung erfolgt und (b) das während der Freistellungsphase fällige Arbeitsentgelt einerseits vom Arbeitsentgelt in den vorausgehenden 12 Kalendermonaten nicht unangemessen abweicht und andererseits oberhalb der sog. Geringfügigkeitsgrenze liegt. - Die Sozialbeiträge für die Zeit der tatsächlichen Arbeitsleistung und für die Zeit der Freistellung sind entsprechend der Fälligkeit der jeweiligen anteiligen Arbeitsentgelte zu zahlen.

1998

3. SGB XI-ÄndG

- Die im 1. SGB XI-ÄndG bis Ende 1997 befristete Übergangsregelung zu den von der PV pauschal zu tragenden Leistungen bei stationärer Pflege wird bis Ende 1999 verlängert.

1999

Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse (April)

- Die Entgeltgrenze für geringfügige Dauerbeschäftigungen wird für alle Sozialversicherungszweige sowie einheitlich in den alten und neuen Bundesländern bei 630 DM/Monat festgeschrieben (vgl. im übrigen: Krankenversicherung).

1999 (August)

4. SGB XI-ÄndG

- Pflegegeld wird unter bestimmten Voraussetzungen nicht auf die Unterhaltsansprüche oder -verpflichtungen der Pflegeperson angerechnet.
- Pflegegeld, das im Sterbemonat gezahlt wurde, muss nicht mehr zum Teil zurückerstattet werden.
- Die Kosten der Pflegepflichtsätze professioneller Pflegedienste (bei Beziehen von Pflegegeld) übernimmt die Pflegekasse (bisher: der Pflegebedürftige).

- Die Aufwendungen der Pflegekasse für Ersatzpflegekräfte (grundsätzlich für längstens vier Wochen im Kalenderjahr und bis zu einem Betrag von 2.800 DM) dürfen den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nicht übersteigen, wenn die Ersatz-Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt.

- Bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege werden die Höchstbeträge für Pflegestufe II von 1.500 DM auf 1.800 DM und für Pflegestufe III von 2.100 DM auf 2.800 DM erhöht und damit den Beträgen der häuslichen Pflegesachleistung angepasst.

- Die einschränkende Leistungsvoraussetzung, dass vor der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege zunächst ein Jahr lang Pflege erbracht worden sein muss, wird gestrichen.

2000

Haushaltssanierungsgesetz (HSanG)

- Die Bemessungsgrundlage der PV-Beiträge für Alhi-EmpfängerInnen wird von 80% des dem Zahlbetrag der Alhi zugrundeliegenden Arbeitsentgelts auf den Zahlbetrag der Alhi gekürzt.

2000

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

- Die zum 31. Dezember 1999 auslaufende Übergangsregelung, nach der die Pflegekassen bei teilstationärer und vollstationärer Pflege im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung auch die im Pflegesatz enthaltenen Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen, wird um zwei Jahre bis zum 31.12.2001 verlängert. Gleichzeitig wird die Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege in Höhe von 2.000 DM in der Pflegestufe I, 2.500 DM in der Pflegestufe II, 2.800 DM in der Pflegestufe III und 3.300 DM in Härtefällen ebenfalls um zwei Jahre bis zum 31.12.2001 verlängert.

2002

Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)

- *Qualitätssicherung und -prüfung:* Jedes Pflegeheim und jeder Pflegedienst wird verpflichtet, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Unabhängige Sachverständige müssen in regelmäßigen Abständen die Qualität der Einrichtung nachprüfen.
- *Personalausstattung:* Die Pflegeeinrichtungen und ihre Verbände erhalten Instrumente an die Hand, um mit den Kostenträgern Vereinbarungen treffen zu können, die den erforderlichen Personalaufwand gebührend berücksichtigen. Für jedes Heim müssen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und auf Landesebene Personalrichtwertvereinbarungen getroffen werden.
- *Verbraucherschutz:* Durch verstärkte Beratung und Information können die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ihre Rechte wirksamer wahrnehmen. Pflegekassen können sich an kommunalen Beratungsangeboten beteiligen, und verstärkt die Pflegenden im häuslichen Umfeld schulen.
- *Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht:* Im stationären Bereich wird die Zusammenarbeit zwi-

schen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und der staatlichen Heimaufsicht verbessert.

2002

Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG)

- Eingeführt wird ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Danach kann dieser Personenkreis bei häuslicher Pflege zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung im Werte von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.
- Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, wird gefördert mit zwei ineinander greifenden Komponenten:
 - a) Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ergänzt durch oder kombiniert mit der
 - b) Förderung von Modellprojekten.
 Beide Komponenten werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung einerseits sowie durch Land oder Kommunen andererseits in Höhe von insgesamt 20 Mio. Euro jährlich finanziert.
- Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf werden verbessert und erweitert, insbesondere werden beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut.
- Die zum 31. Dezember 2001 auslaufende Übergangsregelung, nach der die Pflegekassen bei teilstationärer und vollstationärer Pflege im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung auch die im Pflegesatz enthaltenen Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen, wird um drei Jahre bis zum 31.12.2004 verlängert. Gleichzeitig wird die Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege in Höhe von 1.023 Euro in der Pflegestufe I, 1.279 Euro in der Pflegestufe II, 1.432 Euro in der Pflegestufe III und 1.688 Euro in Härtefällen ebenfalls um drei Jahre bis zum 31.12.2004 verlängert.

2005

Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG)

- Aus Anlass des Urteils des BVerfG vom 03. April 2001 zum Familienlastenausgleich in der sozialen PV, mit dem eine beitragsmäßige Besserstellung von Mitgliedern mit Kindern gegenüber kinderlosen Beitragszahlern eingefordert wurde, wird ein Beitragszuschlag für Kinderlose eingeführt; der Zuschlag ist von den Mitgliedern alleine (ohne ArbGeb-Beteiligung) zu tragen:
- Kinderlose Mitglieder der sozialen PV zahlen ab 2005 nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, einen Beitragszuschlag von 0,25% (ArbN-Anteil insgesamt also 1,1% - Sachsen: 1,6%)
 - Der Beitragszuschlag fällt nicht an für Mitglieder, die vor dem 01.01.1940 geboren sind, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Alg II
 - Zuschlagspflichtig sind auch Personen, die selbst keinen Beitrag zur Pflegeversicherung tragen,

weil ein Dritter den Beitrag trägt. So werden die Beitragszuschläge für die Bezieher von AlgA, AlgW, Kug und Wausfg von der BA pauschal in Höhe von 20 Mio. Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung überwiesen. Die BA kann allerdings mit Zustimmung des BMWA hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nehmen

- Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden beitragspflichtigen Elternteilen Zuschlagsfreiheit aus. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos, eine Lebendgeburt ist ausreichend, um die Zuschlagspflicht dauerhaft auszuschließen. Berücksichtigt werden auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder

2005

Verwaltungsvereinfachungsgesetz

- Die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung wird auf die Kinder familienversicherter Kinder ausgedehnt
- Die bis Ende 2004 befristeten Übergangsregelungen zur Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen sowie zur Geltung der stationären Sachleistungspauschalen werden bis Ende Juni 2007 verlängert

2007

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)

- Die medizinische Behandlungspflege bleibt auf Dauer Leistung der Pflegeversicherung

2008

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Juli)

- Der Beitragsatz steigt zum 1. Juli 2008 von 1,7% (1,95% für Kinderlose) auf 1,95% (2.2%)
- Stärkung der ambulanten Versorgung v.a. durch
 - Schaffung wohnortnaher Pflegestützpunkte zur Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehöriger sowie Koordination aller für die wohnortnahe Versorgung notwendiger Angebote (die Entscheidung über die Einrichtung ist allerdings in das Ermessen der obersten Landesbehörden gestellt)
 - Einführung eines Pflegeberaters ab 2009 sowie Eröffnung der Möglichkeit, Ansprüche auf Leistungen (Pflege, Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung) gemeinsam mit weiteren Leistungsberechtigten in Anspruch zu nehmen; Pflegekassen können zudem nicht mehr nur in Ausnahmefällen, sondern grundsätzlich auch Verträge mit Einzelpflegerern abschließen
- Zur Stärkung des Grundsatzes des Vorrangs der häuslichen Pflege vor der stationären Pflege werden die ambulanten Sach- und Geldleistungen stufenweise erhöht und ab 2015 dynamisiert

Pflegestufe	bis 06/2008		ab 07/2008		2010	2012
	06/2008	07/2008	06/2008	07/2008		
I	384 €	420 €	440 €	450 €		
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €		
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €		

Pflegestufe	bis 06/2008		ab 07/2008		2010	2012
	06/2008	07/2008	06/2008	07/2008		
I	205 €	215 €	225 €	235 €		
II	410 €	420 €	430 €	440 €		
III	665 €	675 €	685 €	700 €		

- Die stationären Sachleistungen in den Stufen I und II bleiben bis zur Dynamisierung unverändert – in Stufe III betragen sie bis dahin

Pflege- stufe	bis 06/2008	ab 07/2008	2010	2012
III in	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härte- fällen	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €
- Der mit dem PflEG 2002 eingeführte zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf 100 € monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 € monatlich (erhöhter Grundbetrag) festgelegt; diese Sätze können künftig auch Menschen in „Pfleigestufe 0“ (insb. Demenzerkrankte) erhalten. Für die zusätzliche Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner zahlt die PV einen Vergütungszuschlag (zur Finanzierung einer zusätzlichen Pflegekraft pro 25 demenziell erkrankter Bewohner)
- Zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege hat der MDK in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu vermerken, ob und welche medizinischen Reha-Leistungen im Einzelfall geboten sind. Pflegeeinrichtungen erhalten eine einmalige Bonuszahlung von 1.536 €, wenn es ihnen gelingt, dass durch verstärkte rehabilitative Bemühungen ein Pflegebedürftiger in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft wird. Wurden innerhalb von 6 Monaten nach Begutachtung und Antragstellung für einen Pflegebedürftigen keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Reha erbracht, werden die KK verpflichtet, der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3.072 € zu erstatten
- Wie zuvor in der PKV wird auch in der privaten Pflegeversicherung die Portabilität individueller Altersrückstellungen geregelt (Grundsatz: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung). Die Pflegekassen erhalten die Möglichkeit, für gesetzlich Versicherte private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln
- Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmer. – Zur häuslichen Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger (Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Kinder, Adoptiv- (auch des Ehegatten oder Lebenspartners) sowie Schwiegerkinder und Enkelkinder) haben ArbN einmal pro Pflegefall und ohne eigenständigen gesetzlichen Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung oder Entgeltersatzleistung
 - das Recht, in einer akut aufgetretenen Pflegesituation kurze Zeit (bis zu 10 Arbeitstage) und ohne Zustimmung des ArbGeb der Arbeit fern zu bleiben sowie
 - in Unternehmen mit idR mehr als 15 Beschäftigten einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf (teilweise oder volle) Freistellung von der Arbeit (Pflegezeit) für maximal 6 Monate. Während der Pflegezeit liegt Versicherungspflicht zur BA vor, sofern auch unmittelbar vor der Pflegezeit Versicherungspflicht bestand; bei fortdauernder Pflege ist nach der Pflegezeit eine freiwillige Weiterversicherung möglich (Voraussetzung: Pflegeaufwand pro Woche beträgt mindestens 14 Std.). Die Pflegezeit zählt bei einem anschließend evtl. zu ermittelnden Alg-Anspruchs nicht zum Bemessungszeitraum; die Pflegekasse des Pflegebedürftigen zahlt während der Pflegezeit Beiträge zur KV/PV der Pflegeperson