



Chronologie gesetzlicher Neuregelungen

Krankenversicherung & Gesundheitswesen

1998 - 2016

Prof. Dr. Gerhard Bäcker

Duisburg, Januar 2017

Inhaltsübersicht -**Datum der Beschlussfassung:**

12/2016: Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen .	4
4/2016: Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften.....	5
12/2015: Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG)	5
11/2015: Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG).....	8
07/2015: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)	8
07/2015: Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV (GKV-VSG)	9
08/2014: Haushaltsbegleitgesetz 2014.....	11
07/2014: GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)	11
03/2014: 14. Gesetz zur Änderung des SGB V	13
12/2013: 13. SGB V-Änderungsgesetz.....	13
08/2013: Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften.....	14
07/2013: Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung.....	15
12/2012: Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Artikel 1	16
12/2011: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz)	17
12/2010: Haushaltsbegleitgesetz 2011	18
11/2010: Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz)	18
10/2010: Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG).....	21
04/2010: Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz - Artikel 4	21
03/2009: Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (Konjunkturpaket II)	22
03/2007: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)	22

04/2006: Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung	25
12/2004: Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahlersatz	26
11/2003: Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Modernisierungsgesetz - GMG).....	27
12/2002: Beitragssatzsicherungsgesetz	29
12/2002: Zweites Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt	30
04/2002: Fallpauschalen-Gesetz	31
03/2002: Krankenversicherung der Rentner (10. SGB V Änderungsgesetz).....	31
02/2002: Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	32
12/2001: Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz	32
12/2001: Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen	33
12/2001: Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV.....	33
07/2001: Festbetragsanpassungsgesetz	33
07/2001: Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte	34
03/2001: Altersvermögensergänzungsgesetz (Artikel 4).....	34
12/2000: Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz.....	35
12/1999: Haushaltssanierungsgesetz, Artikel 21	35
12/1999: Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung	36
12/1999: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)	36
07/1999: Zweites SGB III-Änderungsgesetz	39
03/1999: Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse.....	39
12/1998: Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolIG)	40
05/1998: 9. SGB V-Änderungsgesetz.....	42

12/2016: Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen**Neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik**

Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 18/9528 vom 05.09.2016)

Bundestagsanhörung am 26.09.2016: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 19.12.2016

Inkrafttreten: 2017/2018

Wesentliche Inhalte:

- Neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik: Statt der vorgesehenen landeseinheitlichen Preise gibt es krankenhausespezifische Budgets. Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser werden unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart.
- Die Vergütung wird sich stärker an Leitlinien, der Einhaltung von Personalstandards und den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) orientieren. Die Relativgewichte für Leistungen werden bundesweit auf Basis empirischer Daten kalkuliert. Davon können die Vertragspartner bei den Budgetverhandlungen vor Ort abweichen, indem Sie die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten und das vorhandene Budget berücksichtigen. Ab 2019 müssen sich Krankenhäuser einem Vergleich stellen.
- Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung sowie die Etablierung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser und ihre Ambulanzen.
- Stärkung sektorenübergreifender Versorgung durch die Einführung neuer stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsformen im häuslichen Umfeld (home-treatment).
- Neue, teils erweiterte Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Mindestanforderungen zur Personalausstattung für psychiatrische Einrichtungen erarbeiten. Der GBA hat diese verbindlichen Mindestanforderungen mit Wirkung zum 1. Januar 2020 vorzulegen.
- Zuführung von Mitteln in Höhe von 1,5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds im Jahr 2017 aus der Liquiditätsreserve. Über diesen Weg sollen einmalige Investitionen in die telemedizinische Infrastruktur finanziert und vorübergehende Mehrbelastungen der gesetzlichen KVen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten ausgeglichen werden.

4/2016: Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 18/8034 vom 06.04.2016)

Gesetz vom 20.12.2016

Inkrafttreten: 01.01.2017

Wesentliche Inhalte:

- Die gruppennützige Forschung – also Forschung, die ausschließlich einen Nutzen für die betroffene Patientengruppe hat – mit nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen bleibt grundsätzlich verboten. Sie soll nur zulässig sein, sofern der Betreffende dies nach umfassender ärztlicher Aufklärung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ausdrücklich vorab gestattet und der rechtliche Vertreter auf der Basis der Verfügung und nach umfassender ärztlicher Aufklärung in die konkrete klinische Prüfung einwilligt. Bei Menschen, die wegen einer geistigen Behinderung von Geburt oder Kindheit an nicht einwilligungsfähig sind, ist eine gruppennützige klinische Prüfung weiterhin verboten.
- Die Ethik-Kommissionen der Bundesländer sind weiterhin maßgeblich an der Genehmigung klinischer Prüfungen beteiligt. Sie werden zukünftig beim BfArM registriert. Ohne die Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission zu den nationalen Aspekten wird es keine klinische Prüfung in Deutschland geben.
- Eine Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln darf grundsätzlich nur dann erfolgen, wenn die Verschreibung nach einem direkten Arzt-Patienten-Kontakt ausgestellt wurde. Damit sollen vor allem Fehldiagnosen verhindert werden. Im Heilmittelwerbe-gesetz wird klargestellt, dass nicht nur die Werbung für das Teleshopping, sondern auch das Teleshopping selbst als besondere Ausprägung der Werbung verboten ist. Es wird zudem geregelt, dass das Teleshopping auch für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte verboten ist.

12/2015: Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)**Neue Finanzierungsregelungen und Qualitätssicherung**

Referentenentwurf (28.04.2015)

Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 18/5867 vom 26.08.2015)

Bundestagsanhörung am 07.09.2015: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen Teil 1; Teil 2, Teil 3

Gesetz vom 10.12.2015

Inkrafttreten: 01.01.2016 (mit Ausnahmen)

Wesentliche Inhalte:**Krankenpflege**

- Zur Stärkung der Pflege am Bett wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. In

den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Millionen Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

- Der Versorgungszuschlag von 500 Millionen Euro wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Er wird nach den Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Damit erhalten Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.
- Eine Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden und Vorschläge erarbeiten. Außerdem soll die Kommission einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellten-Förderprogramms, ab 2019 auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

Qualität

- Die Qualität der Krankenhausversorgung wird strenger kontrolliert und verbessert. Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gestärkt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Die Zahl der aus Qualitätsgründen durchgeführten klinischen Sektionen soll erhöht werden. Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wird erhöht. Bei der Krankenhausvergütung wird auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. So werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, damit Patienten leichter nutzbare Informationen zur Verfügung stehen. Zudem wird erprobt, ob durch einzelvertragliche Regelungen eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist.

Finanzierung

- Bestehende Zuschläge werden weiter entwickelt und neue Zuschläge eingeführt: Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen werden präzisiert. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten Zuschläge entsprechend den vorgehaltenen Notfallstrukturen. Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben werden präzisiert. Für neue Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität der Krankenhäuser, die aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses erwachsen, können zukünftig zeitnah krankenhausespezifisch Zuschläge vereinbart werden.
- Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 weiter angenähert, wodurch im Jahr 2016 in vielen Ländern die Landesbasisfallwerte angehoben werden.
- Für die Kalkulation der Entgeltsysteme im Krankenhausbereich ist zukünftig eine repräsentative Grundlage zu entwickeln. Um Fehlanreize zu verhindern, sollen Übervergütungen bei sinkenden Sachkosten abgebaut werden. Dies kommt insbesondere der Vergütung personalintensiver Leistungen zu gute.

Steuerung, Versorgungsstrukturen

- Die Mengensteuerung in der stationären Versorgung wird in zwei Stufen neu ausgerichtet. In einer ersten Stufe werden ab dem Jahr 2016 die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Regelungen zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen eingeführt. Zudem ist durch die Vertragsparteien auf Bundesebene die Bewertung bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen. In einer zweiten Stufe wird ab dem Jahr 2017 die Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene verlagert. Kostenvorteile, die bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen entstehen, werden dann nicht mehr mindernd auf Landesebene berücksichtigt. Vielmehr werden diese zukünftig verursachungsgerecht durch einen grundsätzlich dreijährigen Abschlag (Fixkostendegressionsabschlag) beim einzelnen Krankenhaus berücksichtigt, das diese Leistungen vereinbart. Die Höhe des Abschlags wird auf der Landesebene vereinbart. Ausgenommen von dem Abschlag sind bestimmte Leistungen (z. B. Transplantationen, Versorgung von Frühgeborenen). Für Leistungen, die nicht mengenanfällig sind und für Leistungszuwächse, die durch eine Verlagerung zwischen Krankenhäusern entstehen, gilt ein hälftiger Abschlag.
- Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet. Dazu werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln werden Vorhaben der Länder gefördert, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Milliarde Euro zur Verfügung gestellt. Die Krankenhäuser erhalten die Fördergelder zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung durch die Bundesländer.
- Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung werden Krankenhäuser stärker unterstützt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sog. Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Die Vergütungsregelungen werden entsprechend angepasst. Zudem wird der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung aufgehoben.
- Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation außerhalb eines Krankenhauses vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden bestehende Versorgungslücken geschlossen, wenn Patienten noch nicht im Sinne der sozialen Pflegeversicherung pflegebedürftig sind und deshalb keine Ansprüche auf Pflegeleistungen haben.

Ausgaben

- Die Bundesländer müssen die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereitstellen.
- Das KHSG führt zu Mehrausgaben für die Kostenträger in Höhe von rund 0,9 Milliarden Euro im Jahr 2016, rund 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2017, rund 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2018, rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2019 und rund 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2020. Von den Mehrausgaben entfallen ca. 90 Prozent auf die gesetzliche Krankenversi-

cherung. Durch strukturell wirkende Maßnahmen (z. B. Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Mengensteuerung) werden gleichzeitig erhebliche Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe erwartet.

11/2015: Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)

Ausbau und Stärkung der ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativversorgung

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 18/5170 vom 12.06.2015)

Bundestagsanhörung am 21.09.2015: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen Teil 1; Teil 2

Gesetz vom 01.12.2015

Inkrafttreten: Im Wesentlichen 01.01.2016

Wesentliche Inhalte:

- Verbesserung der ambulanten Palliativversorgung und Förderung der Vernetzung in der Regelversorgung
- Stärkung der Palliativpflege, Erleichterungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Förderung des weiteren Ausbaus der SAPV in ländlichen Regionen
- Verbesserte Finanzierung der stationären Hospizversorgung und der ambulanten Hospizarbeit
- Sterbebegleitung als Bestandteil des Versorgungsauftrags der Pflegeversicherung
- Einführung eines Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung, Förderung der Hospizkultur in stationären Pflegeeinrichtungen
- Verbesserung der ärztlichen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Anreize für ein individuelles und ganzheitliches Beratungsangebot zur Betreuung in der letzten Lebensphase, Förderung von Palliativstationen in Krankenhäusern

07/2015: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG)

Maßnahmen zur Förderung und besseren Finanzierung von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Referentenentwurf (20.10.2014)

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 18/4282 vom 11.03.2015)

Bundestagsanhörung am 22.04.2015: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen Teil 1; Teil 2, Teil 3

Gesetz vom 17.07.2015

Inkrafttreten: Am 25.07.2015 (mit einigen Ausnahmen)

Wesentliche Inhalte:

- Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung: GKV, GRV, SPV, GUV und auch die PKV
- Festlegung gemeinsamer Ziele in einer Nationalen Präventionskonferenz durch die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner; Verständigung auf ein gemeinsames Vorgehen ("nationale Präventionsstrategie")
- Vereinbarung der konkreten Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen. Beteiligt sind die Sozialversicherungsträger und die Länder und unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Spitzenverbände
- Die Soziale Pflegeversicherung erhält einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können.
- Förderung der Impfprävention (Schutzimpfungen) durch verschiedene Maßnahmen. Auch Betriebsärzte können künftig allgemeine Schutzimpfungen vornehmen.
- Weiterentwicklung der bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Berücksichtigung der individuellen Belastungen und der Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten
- Einsatz von mehr als 500 Mio. Euro jährlich für Gesundheitsförderung und Prävention von Krankenkassen und Pflegekassen mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen
- Erhöhung der finanziellen Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe um rund 30 Mio. Euro. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro zur Verfügung.
- Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) erhält von den Kassen einen jährlichen Zuschuss in Höhe von 32 Mio. Euro.

07/2015: Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der GKV (GKV-VSG)

Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Regionen, Förderung innovativer Versorgungsformen, Stärkung des Zugangs zur Versorgung und Ausweitung der Leistungsansprüche der Versicherten

Referentenentwurf (21.10.2014)

Gesetzesentwurf (Bundestagsdrucksache 18/4095 vom 25.02.2015)

Bundestagsanhörung am 11.03.2015: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen Teil 1; Teil 2, Teil 3, Teil 4

Gesetz vom 16.07.2015

Inkrafttreten: Im Wesentlichen am 22.07.2015

Wesentliche Inhalte:

- Verbesserung der ambulanten Versorgung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten durch Ausweitung der Fördermöglichkeiten und Einrichtung eines Strukturfonds (finanzielle Anreize für die Niederlassung) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV)
- Weiterentwicklung der Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren, Beteiligung der Kommunen in ländlichen Regionen
- Begrenzung der Praxisdichte/Praxisnachbesetzung in überversorgten Gebieten und Balungszentren durch Aufkauf freigewordener Arztsitze. Soll bzw. Kann-Entscheidungen durch die Zulassungsausschüsse (Ärzte/Krankenkassen) vor Ort bei Überschreitung eines Versorgungsgrads von 140 bzw. 110 Prozent bei bestimmten Arztgruppen und Planungsbereichen
- Ausweitung der Weiterbildungsstellen
- Verbesserung des Zusammenspiels von stationärer und ambulanter Versorgung: Verbesserung des Krankenhaus-Entlassmanagements, erweiterte Möglichkeiten der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln durch Krankenhäuser sowie der Übernahme ambulanter Leistungen
- Einrichtung eines Innovationsfonds beim GBA (300 Mio. Euro jährlich, zunächst in den Jahren 2016 bis 2019) zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und in der Versorgungsforschung
- Einrichtung von Terminservicestellen bei den KÄV zur Sicherstellung einer zeitnahen Vermittlung an einen Facharzt (Verkürzung der Wartezeiten, Frist von maximal vier Wochen als Ziel)
- Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien durch den GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung
- Ausweitung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP: Disease-Management-Programme), Festlegung der Krankheitsbilder durch den GBA
- Leistungsanspruch der Versicherten auf Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren und mengenanfälligen Eingriffen (Festlegung der Krankheitsbilder durch den GBA), Aufbau eines strukturierten und qualitätsgesicherten Zweitmeinungsverfahrens
- Ausweitung der Wahlrechte bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- Verzicht der Kranken- und Pflegekassen auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen
- Weiterentwicklung der Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Arznei- und Heilmitteln
- Anpassung des EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab)
- Gesetzliche Festlegung des Apothekenabschlags
- Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der ärztlichen AU-Feststellung

- Begrenzung der hauptamtlichen Krankenkassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MdK) auf maximal ein Viertel der Mitglieder. Flankierung der MdK-Verwaltungsräte durch einen Beirat (je zur Hälfte Vertreter von Pflegebedürftigen und von Leistungsanbietern).

08/2014: Haushaltsbegleitgesetz 2014

Kürzung des Bundeszuschusses zur GKV in den Jahren 2014 und 2015. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden 2014 und 2015 3,5 bzw. 2,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

Gesetzentwurf vom 08.04.2014

Bundestagsanhörung am 13.05.2014: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 11.08.2014

Inkrafttreten: 12.08.2014

Wesentliche Inhalte:

- Die Zuschüsse des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen werden 2014 auf 10,5 Mrd. Euro und 2015 auf 11,5 Mrd. Euro gekürzt; im Jahr 2016 betragen sie 14 Mrd. Euro und ab dem Jahr 2017 14,5 Mrd. Euro.
- Um die Minderung auszugleichen, werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Jahren 2014 3,5 Mrd. Euro und 2015 2,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Fonds zugeführt.

07/2014: GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)

Festschreibung der Arbeitsgeberbeiträge auf 7,3 %, Abschaffung des Sonderbeitrags der Versicherten, Finanzierung zukünftiger Ausgabensteigerungen durch kassenindividuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, Belastung allein der Versicherten, Wegfall des steuerfinanzierten Sozialausgleichs, Errichtung eines Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz

Referentenentwurf GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG (02/2014)

Gesetzentwurf vom 05.05.2014 (Bundestagsdrucksache 18/1307)

Bundestagsanhörung am 21.05.2014: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 21.07.2013

Inkrafttreten: Im Wesentlichen 01.01.2015

Wesentliche Inhalte:**Finanzierung der GKV**

- Der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung wird zum 01.01.2015 von 15,5 Prozent auf 14,6 Prozent abgesenkt. Die Hälfte, nämlich 7,3 Prozent, trägt der Arbeitnehmer, die andere Hälfte trägt der Arbeitgeber. Der Arbeitgeberbeitrag wird dauerhaft festgeschrieben.
- Der bisherige, allein von den Versicherten zu finanzierende Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten entfällt. Die jeweiligen Krankenkassen können und werden künftig Zusatzbeiträge erheben, wenn der allgemeine Beitragssatz nicht ausreicht, um die die Ausgabensteigerungen zu finanzieren.
- Die Zusatzbeiträge belasten allein die Versicherten. Im Unterschied zum bisherigen Zusatzbeitrag wird der neue Zusatzbeitrag einkommensabhängig erhoben (als Prozentsatz vom Bruttoeinkommen). Dadurch erhalten die einzelnen Krankenkassen wieder eine Beitragsautonomie, stehen dadurch aber in einem starken Wettbewerb.
- Jedes Krankenkassenmitglied hat über ein Sonderkündigungsrecht die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln, wenn Zusatzbeiträge erhoben oder erhöht werden. Bei der erstmaligen Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags muss die Krankenkasse mit einem gesonderten auf das Sonderkündigungsrecht und das Informationsangebot des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen über die Zusatzbeiträge der verschiedenen Krankenkassen hinweisen.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

- Durch eine Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs soll die Zielgenauigkeit der Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, verbessert werden.

Qualitätsinstitut

- Gründung eines fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Versorgung mit Hebammenhilfe

- Hebammen werden im Hinblick auf steigende Prämien für ihre Berufshaftpflichtversicherung finanziell entlastet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Hebammenverbände werden verpflichtet, Regelungen darüber zu treffen, dass Hebammen mit typischerweise geringeren Geburtenzahlen bereits für die Zeit ab dem 1. Juli 2014 einen befristeten Vergütungszuschlag auf bestimmte Abrechnungspositionen erhalten.
- Gleichzeitig erhalten Hebammen ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag, wenn sie die zu vereinbarenden Qualitätsanforderungen erfüllen und aufgrund zu geringer Geburtenzahlen durch die Prämie wirtschaftlich überfordert sind.

Unabhängige Patientenberatung

- Die Förderung der unabhängigen Patientenberatung (UPD) wird ausgeweitet, um insbesondere das Angebot der telefonischen Beratung zu verbessern.

Pauschalisiertes Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser

- Die Einführungsphase des pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen (PEPP) wird um zwei Jahre verlängert. Für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bedeutet das, dass sie auch in den Jahren 2015 und 2016 frei darüber entscheiden können, ob sie bereits das neue oder noch das alte Vergütungssystem anwenden wollen

03/2014: 14. Gesetz zur Änderung des SGB V

Aufhebung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Bestand, Verlängerung des Preismoratoriums bis Ende Dezember 2017, Erhöhung des Herstellerabschlags von 6 auf 7 Prozent

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 18/201 vom 12.12.2013)

Bundestagsanhörung am 12.02.2014: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 27.03.2014

Inkrafttreten: 01.04.2014

Wesentliche Inhalte:

- Aufhebung der gesetzlichen Möglichkeit zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt.
- Verlängerung des Preismoratoriums der pharmazeutischen Unternehmen bis Ende 2017.
- Anhebung des allgemeinen Herstellerabschlags in Form des Mengenrabatts von 6 auf 7 Prozent.

12/2013: 13. SGB V-Änderungsgesetz

Verlängerung des Preismoratoriums bis 31.04.2014

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 18/200 vom 17.12.2013)

Gesetz vom 30.12.2013

Inkrafttreten: 01.01.2014

Inhalt:

- Verlängerung des bislang bis Ende 2013 befristeten Preismoratoriums bei den Arzneimittelpreisen bis zum 31.04.2014.

08/2013: Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften**Änderungen in der Arzneimittelzulassung und -versorgung**

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 17/13083 vom 16.04.2013)

Bundestagsanhörung am 11.06.2013: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 07.08.2013

Inkrafttreten: 01.09.2013

Wesentliche Inhalte:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält künftig mehr Flexibilität bei der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Dies gilt wenn aufgrund der gesetzlichen Kriterien mehrere Vergleichstherapien aus medizinischen oder Evidenzgesichtspunkten gleichermaßen zweckmäßig sind. In diesen Fällen kann künftig der Zusatznutzen gegenüber jeder der gleichermaßen zweckmäßigen Vergleichstherapien nachgewiesen werden. Damit wird die Nutzenbewertung einschließlich der Auswahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie von der Frage der Wirtschaftlichkeit entkoppelt. Es wird sichergestellt, dass vorhandene Evidenz nicht aus formalen Gründen verloren geht.
- Die Möglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses, wissenschaftliche Studien von nicht medikamentösen Leistungen und Maßnahmen zur Krankenbehandlung zu beauftragen oder zu finanzieren werden erweitert.
- Die Aufsicht über die Organisationen im Gesundheitswesen wird effektiver ausgestaltet. Zukünftig gilt ein Zustimmungsvorbehalt für Vorstandsdienstverträge der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, des GKV-Spitzenverbands, des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes. Entsprechendes gilt für die Dienstvereinbarungen der hauptamtlichen Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Damit die Versorgung mit Impfstoffen für Schutzimpfungen auch bei Lieferschwierigkeiten gesichert ist, wird klargestellt, dass die Verträge der Krankenkassen mit den pharmazeutischen Unternehmern auch Vereinbarungen zur Sicherstellung einer rechtzeitigen Versorgung enthalten müssen.
- Die Mindestquotenregelung wird weiterentwickelt, dadurch wird die psychotherapeutische Versorgung gestärkt.
- Im Arzneimittelgesetz werden zur Erweiterung der Transparenz bei den Anzeigepflichten zu nicht-interventionellen Unbedenklichkeitsprüfungen und Anwendungsbeobachtungen Ergänzungen vorgenommen. Mit den Erweiterungen der Anzeigepflichten wird die Transparenz weiter gestärkt.

- Im Heilmittelwerbegesetz wird eine Klarstellung hinsichtlich der Boni bei der Abgabe von Arzneimitteln durch Apotheken vorgenommen.

07/2013: Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Erlass oder Ermäßigung der Beitragsschulden in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung

Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 17/13083 vom 16.04.2013)

Bundestagsanhörung am 11.06.2013: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 07.08.2013

Inkrafttreten: 01.09.2013

Wesentliche Inhalte:

Neuregelungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

- Personen, die sich trotz der seit dem 1. April 2007 bestehenden Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung verspätet oder noch nicht bei einer Krankenkasse gemeldet und dadurch Beitragsschulden angehäuft, aber nie Leistungen in Anspruch genommen haben, sollen sich bis zum 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, sie bekommen die Beitragsschulden für zurückliegende Zeiträume sowie die Säumniszuschläge erlassen und können ihre Versicherungspflicht erfüllen.
- Auch nachrangig versicherungspflichtige Mitglieder, die sich bereits bei einer Krankenkasse versichert haben, bekommen für den Zeitraum zwischen dem Eintritt der Versicherungspflicht am 1. April 2007 und der Meldung bei der Krankenkasse die Beitragsschulden und die Säumniszuschläge rückwirkend erlassen.
- Mit dem Erlass der Beitragsschulden sollen die Betroffenen die Möglichkeit erhalten, laufende Beitragszahlungen aufzunehmen und so ihren Versicherungsschutz uneingeschränkt in Anspruch nehmen zu können.
- Rückwirkend werden die erhöhten Säumniszuschläge erlassen. Der Säumniszuschlag beträgt in Zukunft nicht mehr 5 Prozent, sondern 1 Prozent.
- Die Regelungen zum Erlass des erhöhten Säumniszuschlags und der Schulden beschränken sich ausschließlich auf den Zeitraum der rückwirkend festgestellten Versicherungspflicht, einen Zeitraum also, für den in der Regel keine Leistungen gewährt wurden. Ein Erlass der regulären Beiträge, z. B. für säumige freiwillig versicherte Selbständige, ist nicht vorgesehen. Diese konnten trotz Beitragsschulden Leistungen in Anspruch nehmen und ihnen war zudem die Beitragspflicht – im Gegensatz zu nicht gemeldeten Mitgliedern – bekannt.

Neuregelungen für den Bereich der privaten Krankenversicherung

- Nichtversicherte, die der privaten Krankenversicherung (PKV) zuzuordnen sind und trotz bestehender Versicherungspflicht in der PKV (seit dem 1.1.2009) bisher noch keinen Vertragsabschluss verlangt haben, können bis zum 31. Dezember 2013 einen Vertragsabschluss verlangen, ohne dass dafür ein ansonsten erforderlicher Prämienzuschlag berechnet wird. Damit wird für bislang nicht versicherte Personen der Zugang zur privaten Krankenversicherung erleichtert.
- In der PKV wird ein Notlagentarif für säumige Beitragszahler eingeführt. Die Umstellung in den Notlagentarif erfolgt nach Abschluss eines gesetzlich festgelegten Mahnverfahrens. Der Notlagentarif enthält einen reduzierten Leistungsumfang, in dem vor allem die Akutversorgung sichergestellt ist. Die gesundheitlichen Belange von im Notlagentarif versicherten Kindern und Jugendlichen werden besonders berücksichtigt.
- Mit der Einführung des Notlagentarifs wird der Abbau von Beitragsschulden für die Betroffenen erleichtert und das Rückkehrrecht in den ursprünglichen Tarif gestärkt. Bisher sah das Gesetz vor, dass säumige Beitragszahler nach 12 Monaten Beitragsrückstand in den Basistarif überführt werden, wodurch sich die Beitragslast für den Einzelnen erhöhte. Diese Personen werden ab dem 1. August – auch rückwirkend – in den Notlagentarif überführt, so dass nicht nur zukünftige, sondern auch die bereits aufgelaufenen Beitragsschulden aufgrund der zu erwartenden deutlich niedrigeren Prämie im Notlagentarif in der Regel deutlich reduziert werden.
- Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen ihre Versicherten umfassend über den Notlagentarif informieren. Sie müssen auch auf die Folgen hinweisen, dass während der Versicherungszeit im Notlagentarif keine Altersrückstellungen gebildet werden.

12/2012: Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen: Artikel 1

Abschaffung der Praxisgebühr

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 17/10747 vom 24.09.2013)

Gesetz vom 20.12.2012

Inkrafttreten: 01.01.2013

- Die im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro je Kalenderquartal wird abgeschafft. Zur Kompensation der Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Abschaffung der Zuzahlungen bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlungen entstehen, werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 aus der Liquiditätsreserve 1,78 Mrd. Euro zugeführt.

12/2011: Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstrukturgesetz)**Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung**

Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 17/6906 vom 05.09.2013)

Bundestagsanhörung am 19.10.2011: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 22.12.2011

Inkrafttreten: 01.01.2012

Wesentliche Inhalte:**Stärkung der flächendeckenden Versorgung**

- Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird vorgegeben, die Planungsbereiche so zu gestalten, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. So soll beispielsweise auch die Altersstruktur der jeweiligen Bevölkerung berücksichtigt werden.
- Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen
- Abschaffung der Residenzpflicht
- Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten
- Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten: Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern, erweitert. Zudem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben.
- Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers: Bei der Nachbesetzung von Vertragsarztpraxen sind Versorgungsgesichtspunkte künftig stärker zu berücksichtigen.
- Anreize im Vergütungssystem, indem Ärzte in unterversorgten Gebieten von Maßnahmen der Mengenbegrenzung ausgenommen sind. Möglichkeit, Preiszuschläge für besonders förderwürdige Leistungen sowie Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, zu vereinbaren.
- Sektorenübergreifende Organisation des ärztlichen Notdienstes
- Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen und Möglichkeit zum Betrieb von Eigeneinrichtungen durch kommunale Träger

Regionales Aushandeln der Honorare

- Die Vertragspartner auf regionaler Ebene sollen mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vereinbarungen über die Gesamtvergütungen erhalten. Die Verhandlungen erfolgen damit nicht mehr auf Bundes- sondern auf Landesebene.

Spezialärztliche Versorgung

- Geplant ist die Einführung eines neuen Sektors, in dem niedergelassene Ärzte und im Krankenhaus tätige Ärzte zu gleichen finanziellen Bedingungen behandeln können. Menschen mit bestimmten Erkrankungen wie HIV, Krebs, Multi Sklerose und anderen schweren oder seltenen Erkrankungen sollen eine reibungslose interdisziplinäre Behandlung erfahren

Stärkung der ambulanten Rehabilitation

- Ambulante Reha-Einrichtungen werden den stationären gleichgestellt, indem einheitliche Versorgungsverträge geschlossen werden

Kassenwahl

- Bei unrechtmäßiger Abweisung durch einzelne Krankenkassen werden die Rechtsfolgen des Eingreifens der Aufsichtsbehörden verschärft. Im Falle von Kassenschließungen wird ein reibungsloser Übergang sichergestellt.

12/2010: Haushaltsbegleitgesetz 2011

Artikel 18: Anhebung des Bundeszuschusses

Gesetz vom 09.12.2010

Inkrafttreten: 01.01.2011

Inhalt:

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

11/2010: Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz)

Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds, einkommensunabhängige Zusatzbeiträge, neuer Sozialausgleich, erleichterter Wechsel zur PKV

Gesetzesentwurf (Bundestagsdrucksache 17/3040 vom 28.09.2010)

Bundestagsanhörung am 25.10.2010: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 22.12.2010

Inkrafttreten: 01.01.2011

Wesentliche Inhalte:**Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5%**

- Der paritätische Beitragssatz erhöht sich ab 2011 - mit Ablauf der befristeten Beitragssatzsenkung (um 0,6%-Punkte) im Rahmen des Konjunkturpaketes II - wieder auf 14,6%. Der allgemeine Beitragssatz von 15,5% (= paritätischer Beitragssatz plus 0,9% Sonderbeitrag der Mitglieder) wird gesetzlich festgeschrieben. Der Arbeitgeberanteil wird damit auf 7,3% eingefroren – der Arbeitnehmeranteil auf 8,2%. Der bisher vorgesehene gesetzliche Mechanismus, den paritätischen Beitragssatz dann anzupassen, wenn die Ausgaben des Gesundheitsfonds nicht mehr zu 95% gedeckt sind, wird aufgehoben.

Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages

- Wenn die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen hinter den Ausgaben zurückbleiben, müssen die Kassen Zusatzbeiträge erheben. Die Zusatzbeiträge sind einkommensunabhängig, d.h. sie werden als Kopfpauschale erhoben. Die Option einkommensabhängiger, prozentualer Zusatzbeiträge entfällt.
- Bestimmte Personengruppen werden von der Erhebung eines Zusatzbeitrages ausgeschlossen: Bezieher von Krankengeld, Verletztengeld, Mutterschaftsgeld, Elterngeld, Teilnehmern an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am freiwilligen sozialen Jahr sowie behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen teilzeitig arbeiten.
- Empfänger von Arbeitslosengeld erhalten im Fall der Überforderung einen Sozialausgleich durch die BA.
- Der Zusatzbeitrag für Arbeitslosengeld II-Bezieher wird nicht von den Leistungsbeziehern selbst, sondern aus Mittel der Liquiditätsreserve finanziert. Allerdings wird die Differenz zwischen dem durchschnittlichen und dem tatsächlichen Zusatzbeitrag von den Empfängern selbst getragen, um einen Anreiz haben, damit Arbeitslosengeld II-Bezieher zu kostengünstigen Krankenkassen zu wechseln.
- Regelung zur Vermeidung des Entstehens von Hilfebedürftigkeit aufgrund der Erhebung des Zusatzbeitrages: Die BA übernimmt den Zusatzbeitrag für Personen, die keine Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des Zusatzbeitrages hilfebedürftig würden, in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist. Diese Aufwendungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.
- Für Sozialhilfeempfänger werden die Zusatzbeiträge vom Träger übernommen. Personen, von denen kein Zusatzbeitrag erhoben wird oder dieser von Dritten vollständig getragen wird, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.
- Für Versicherte, die ihren Zusatzbeitrag für die Dauer von sechs Monaten nicht bezahlt haben, wird ein Verspätungszuschlag erhoben und der Versicherte hat keinen Anspruch auf Sozialausgleich.

Sozialausgleich

- Wenn der Zusatzbeitrag das beitragspflichtige Einkommen des Versicherten um 2 % übersteigt, findet ein automatischer Sozialausgleich statt. Das Mitglied zahlt den Zusatzbeitrag auf jeden Fall. Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger erstatten den Betrag dann aus dem einkommensabhängigen Beitragssatz, der dem Anteil der Überforderung entspricht.

- Der Sozialausgleich bemisst sich nicht am tatsächlichen Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse. Maßstab ist vielmehr der zu erwartende kassendurchschnittliche Zusatzbeitrag, den das Bundesversicherungsamt prospektiv durch Gegenüberstellung der Zuweisungen aus dem Fonds und den prognostizierten Ausgaben der Krankenkassen ermittelt. Wenn die Ausgaben der Krankenkassen in der Summe durch die Zuweisungen gedeckt sind, findet also kein Sozialausgleich statt.
- Der Sozialausgleich wird für Arbeitnehmer und Rentner direkt über die Arbeitgeber bzw. den Rentenversicherungsträger umgesetzt. Besondere Regelungen gelten für die anderen Mitglieder.
- Bei mehreren beitragspflichtigen Einkünften rechnet die Krankenkasse die Anspruchsberechtigung auf einen Sozialausgleich und informiert darüber den Arbeitgeber, bei dem der Versicherte seinen Haupteinkommen bezieht. Für freiwillig Versicherte berechnen die Krankenkassen den Sozialausgleich, während bei Arbeitslosengeldbeziehern die BA den Betrag des Sozialausgleichs erstattet.
- Für 2011 bis 2014 wird der erforderliche Betrag für den Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Ab 2015 ist ein zusätzlicher Bundeszuschuss vorgesehen, der im Jahr 2013 gesetzlich festzulegen ist.

Erleichterter Übergang in die private Krankenversicherung

- Der Wechsel in die PKV kann schon beim einmaligen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze erfolgen. Diese Regelung tritt am 31.12.2010 in Kraft, so dass Versicherte, die im Jahre 2010 die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreiten, schon im 2011 in die PKV wechseln können.

Begrenzung der Ausgaben der Krankenkassen

- Die Ausgaben der Krankenkassen werden für die Jahre 2011 und 2012 eingefroren.
- Bei der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) soll der Grundsatz der Beitragsstabilität beachtet werden. Danach dürfen die Vertragsparteien keine Vergütungsvereinbarungen treffen, die zur Erhebung von Zusatzbeiträgen führen. Vereinbarungen für Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, müssen durch Einsparungen finanziert werden.
- Neue Regelungen zur Begrenzung des Ausgabenzuwachses für die vertragsärztliche Vergütung in den Jahren 2011 und 2012. Hierfür soll die Anpassung der Punktwerte für die Bestimmung der Vergütung der vertragsärztlichen Vergütung zeitweilig ausgesetzt werden.
- Einsparungen im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung und Begrenzungen des Honorarzuwachses von Zahnärzten.

Wahlfreiheit der Versicherten

- Die dreijährige Mindestbindungsfrist wird für bestimmte Wahltarife, also für Prämienzahlung, für Kostenerstattung und für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, auf ein Jahr abgesenkt. Hingegen bleibt die dreijährige Mindestbindungsfrist für andere Wahltarife, wie für den Selbstbehalt oder das Krankengeld, erhalten.

10/2010: Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG)**Maßnahmen zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes**

Gesetzentwurf (Bundestagsdrucksache 17/2413 vom 06.07.2010)

Bundestagsanhörung am 29.09.2010: Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen

Gesetz vom 22.10.2010

Inkrafttreten: 01.01.2011

Wesentliche Inhalte:

- Die Hersteller müssen ab dem Jahre 2011 für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sofort bei der Markteinführung Nachweise über den Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten vorlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat und unter welchen Voraussetzungen es verordnet werden darf.
- Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird ein Festbetrag festgesetzt. Ist dies nicht möglich, vereinbart der Hersteller mit der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Erstattungspreis, der zu keinen höheren Kosten gegenüber der Vergleichstherapie führen darf.
- Für Arzneimittel mit Zusatznutzen werden die Preise auf Basis der Bewertung des Zusatznutzens ausgehandelt.
- Die pharmazeutischen Unternehmen können ihre Preise für Arzneimittel künftig nicht mehr nach eigenem Ermessen festlegen. Ein Ausgleich soll in direkten Verhandlungen zwischen dem jeweiligen Arzneimittelhersteller und den gesetzlichen Krankenkassen gefunden werden. Beide Seiten sollen künftig innerhalb eines Jahres nach Markteinführung eines neuen Arzneimittels den Erstattungspreis verhandeln. Dieser Preis gilt auch für die Privatversicherten und die Selbstzahler.
- Aufhebung der Bonus-Malus-Regelung sowie der Zweitmeinungsregelung. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie die Therapie- und Verordnungsausschlüsse werden klarer geregelt. Rabattverträge für patentfreie und wirkstoffgleiche Arzneimittel werden wettbewerblischer und patientenfreundlicher gestaltet.

04/2010: Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz - Artikel 4**Heraufsetzung des Bundeszuschusses**

Gesetz vom 14.04.2010

Inkrafttreten: 01.01.2010

Inhalt Artikel 4:

- Zum Ausgleich konjunkturbedingter Mindereinnahmen erhöht sich im Jahr 2010 der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds um 3,9 Mrd. Euro.

03/2009: Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (Konjunkturpaket II)**Artikel 13: Herabsetzung des Beitragssatzes, Erhöhung des Bundeszuschusses**

Gesetz vom 02.03.2009

Inkrafttreten: 01.07.2009

Wesentliche Inhalte:

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

03/2007: Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)**Einführung eines Gesundheitsfonds, allgemeine Versicherungspflicht, Wahltarife, Änderung der Ärztehonorierung und weitere Regelungen**

Gesetz vom 26.03.2007

Bundestagsanhörung am 06.11. und 13.11.2007: Schriftliche Stellungnahmen von Verbänden und Einzelsachverständigen (110 MB!!)

Inkrafttreten: In wesentlichen Teilen zum 01.04.2007

Wesentliche Inhalte:**Gesundheitsfonds/Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung**

- Gesundheitsfonds (ab 2009): Einführung eines Gesundheitsfonds (verwaltet als Sondervermögen vom Bundesversicherungsamt)
- In den Fonds fließen die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber nach den Relationen (2007): Beitragssatz Arbeitnehmer 7,7% des Bruttoeinkommens (einschl. Sonderbeitrag von 0,9%), Beitragssatz Arbeitgeber 6,8%). Diese Beitragssätze werden per Rechtsverordnung vereinheitlicht und festgeschrieben.
- Ab 2009 verlieren die Krankenkassen ihre Beitrags- und Finanzautonomie
- In den Fonds fließen zusätzlich die steuerfinanzierten Bundeszuschüsse ein. Ab 2007: 2,5 Mrd. Euro, ab 2009 erhöht sich die Summe um 1,5 Mrd. Euro im Jahr bis zu einer Obergrenze von 14 Mrd. Euro.
- Auf längere Sicht sollen die für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern erforderlichen Mittel komplett aus Steuern finanziert werden.

- Verteilung der Fondsmittel an die Krankenkassen nach einer für alle Versicherten einheitlichen Kopfpauschale. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich erfolgt mittels Zuweisung alters- und risikoabhängiger Zu- und Abschläge für die Kassen. Den Morbiditätsgruppen werden etwa 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten zu Grunde gelegt.
- Lässt sich der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Fondszuweisungen nicht decken, kann diese von den Mitgliedern ein Zusatzbeitrag (als Pauschale oder Prozentwert des Einkommens) erheben. Dieser darf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Erhebung und Erhöhung des Zusatzbeitrages begründen ein Sonderkündigungsrecht seitens des Mitgliedes.

Patienten und Versicherte

- Erstmalig besteht spätestens ab 2009 für jeden eine Versicherungspflicht. Ab April 2007 müssen Nichtversicherte, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, zur letzten Krankenkasse zurückkehren. Zuletzt privat Versicherte ohne aktuellen Versicherungsschutz, müssen sich seit Juli 2007 wieder privat versichern. Für sie gilt der Basistarif in der privaten Krankenversicherung (s.u.). Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren, werden gemäß ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zugeordnet (Angestellte in die GKV, Selbstständige in die PKV).

Vorsorge und Zuzahlungen

- Durch die Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen kann sich die Zuzahlungsgrenze für chronisch Erkrankte von zwei Prozent des Haushaltseinkommens auf ein Prozent reduzieren.
- Zum Eintreten dieser Regelung ab 2008 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (s.u.) Ausnahmeregelungen für jene Krankheiten festlegen, die nicht zwangsläufig durch Vorsorgeuntersuchungen oder therapiegerechtes Verhalten nachgewiesen werden können. Weiterhin gelten diese Regelungen nicht für Versicherte, die bestimmte Altersgrenzen überschritten haben.

Wahltarife

- Ab April 2007 können die Krankenkassen ihren Versicherten Selbstbehalt-, Kostenerstattungs- oder Beitragserstattungstarife anbieten. Bonuszahlungen an Versicherte dürfen 600 Euro nicht überschreiten. Für freiwillig angebotene Wahltarife gilt eine gesetzliche Bindungsfrist von drei Jahren.
- Für besondere Versorgungsformen (hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung oder Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer) müssen die Kassen spezielle Tarifgestaltungen anbieten.

Leistungen

- Im Wesentlichen bleiben der Leistungskatalog der GKV und die Zuzahlungsregeln unverändert.
- Verschiedene Leistungen, etwa bei der Palliativversorgung, der medizinischen Rehabilitation, Eltern-Kind-Kuren und empfohlene Schutzimpfungen werden von Satzungs- und Ermessens- zu Pflichtleistungen der Krankenkassen.

- Der Leistungsumfang bei Folgeerkrankungen aufgrund medizinisch nicht notwendiger Eingriffe (Tätowierungen, Piercings, Schönheitsoperationen) wird eingeschränkt. Die Krankenkassen können die Versicherten in diesen Fällen verschuldungsunabhängig in angemessener Höhe an den Kosten der Behandlung beteiligen und das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise versagen oder zurückfordern.

Apotheken, Ärzte, Kliniken

- Apotheken: Anstieg des von den Apotheken den Krankenkassen einzuräumenden Rabatts auf 2,30 Euro je verschreibungspflichtiger Arzneimittelpackung (bisher: 2,00 Euro). Bei gleichen Wirkstoffen und gleichwertiger Qualität Verkauf des günstigeren Präparates, wenn dies nicht ausdrücklich vom Arzt anders bestimmt wurde.
- Krankenhäuser: Die ambulante Erbringung spezialisierter Leistungen für Menschen mit schweren oder seltenen Krankheiten ist künftig ohne weitere Voraussetzungen möglich.
- Niedergelassene Ärzte: Ab 2009 schrittweise Einführung einer Euro-Gebührenordnung, die die bisherige Budgetierung ablöst. Die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung orientieren sich künftig an der Morbidität der Versicherten. Die Krankenkassen müssen demnach mehr Honorar zur Verfügung stellen, wenn die Ärzte mehr Leistungen erbringen müssen, weil der Gesundheitszustand ihrer Patienten es erfordert. Das Morbiditätsrisiko wird somit auf die Kassen übertragen.
- Vertragswettbewerb: Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und einzelnen oder Gruppen von Ärzten dürfen in erweitertem Umfang geschlossen werden. Ab April 2007 müssen alle Krankenkassen hausarztzentrierte Versorgungsverträge anbieten.

Organisation der GKV

- Die sieben Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen werden ab Juli 2008 vom „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt. Aufgabe dieses Gremiums ist die Vertretung sämtlicher Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Vertragskompetenz beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen.
- Ab Juli 2008 Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses zur effektiveren Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Entscheidungsgremien sollen durch Hauptamtliche besetzt, die Gremienarbeit gestrafft und transparenter werden sowie die Möglichkeiten der Konfliktlösung durch unparteiische Mitglieder erweitert werden.
- Die Krankenkassen werden mit Ausnahme der geschlossenen BKKs ab 2009 für den Wettbewerb geöffnet. Fusionen, auch zwischen Krankenkassen verschiedener Kassentypen, sind möglich. Zur Vorbereitung der Einführung der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen, sind diese verpflichtet, ab 2010 einen Kapitalstock zu bilden, um die Erfüllung bestehender Verpflichtungen im Insolvenzfall sicherzustellen.

Private Krankenversicherung

- Private Krankenversicherer sind ab 2009 verpflichtet, einen Basistarif ohne Risikozuschläge anzubieten, der den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Der Basistarif darf den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag nicht überschreiten. Es gilt ein Kontrahierungszwang, der die Ausgrenzung bestimmter Risiken ausschließt.

- Die Hürden für einen Wechsel freiwillig gesetzlich Versicherter in die PKV werden erhöht: Die Versicherungspflichtgrenze bleibt bestehen, ein Wechsel ist jedoch nur möglich, wenn das Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze übersteigt.

04/2006: Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Schwerpunkte: Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der Arzneimittelversorgung

Gesetz vom 26.04.2006

Inkrafttreten: 01.05.2006

Wesentliche Inhalte:

- Vom 1. April 2006 bis zum 31. März 2008 gilt ein zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden (sog. Preismoratorium).
- Die Festbeträge für Arzneimittel werden gesenkt. Die Krankenkassen können mit den Herstellern einen speziellen Rabattvertrag abschließen, damit die Arzneimittel mit Preisen über Festbetrag für die Versicherten ohne Mehrkosten verfügbar sind.
- Für Arzneimittel, deren Preis um 30 Prozent oder mehr unterhalb des Festbetrags liegt, können die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen vereinbaren, dass sie ohne Zuzahlungen des Versicherten abgeben werden können.
- Für Arzneimittel aus über 80 Festbetragsgruppen werden Zuzahlungsbefreiungsgrenzen festgesetzt, die am 1. Juli 2006 in Kraft treten. Arzneimittel aus diesen Gruppen sind, wenn der Apothekenverkaufspreis diesen Grenzwert nicht überschreitet, für Patienten zuzahlungsfrei.
- Die Rabattregelungen zwischen Pharmaunternehmen und -händlern sowie den Apotheken werden transparenter und patientenfreundlicher gestaltet. Beispielsweise wird die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen (Naturalrabatte) an Apotheken unterbunden. Das bisherige Volumen der Naturalrabatte wird zur Entlastung der Krankenkassenbeiträge an die Krankenkassen weitergegeben.
- 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 Prozent des Herstellerabgabepreises erhoben. Ausgenommen von diesem Rabatt sind allerdings Arzneimittel, deren Preis um 30 Prozent niedriger als der Festbetrag ist.
- Die Ärzte werden stärker in die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneverordnungen genommen (Bonus-Malus-Regelung). Es gelten Zielvorgaben für die Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel gelten.
- Bei Überschreitung der Zielvorgaben um 10 Prozent hat der verordnende Arzt die Medikamentenkosten anteilig zu erstatten. Unterschreiten die Medikamentenausgaben den

festgelegten Betrag, zahlen die Krankenkassen einen Bonus an die zugehörige Kassenärztliche Vereinigung.

- Krankenhäuser sollen bei der Entlassung eines Patienten Arzneimittel verschreiben, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

12/2004: Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz

Neuregelung der Finanzierung von Zahnersatz, Rückgängigmachung der Regelungen im Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Gesetz vom 15.12.2004

Inkrafttreten: 01.01.2005

Wesentliche Inhalte:

- Die gesonderte Finanzierung des Zahnersatzes nach dem GMG wird rückgängig gemacht. Die Versorgung mit Zahnersatz zählt zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Anstelle der privaten Zusatzversicherung für Zahnersatz vom 1. Januar 2005 an und der alleinigen Finanzierung des Krankengelds ab 1. Januar 2006 zahlen die gesetzlich Krankenversicherten einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent ihres Einkommens ohne Beteiligung der Arbeitgeber; gleichzeitig müssen die Kassen ihre Beitragssätze um 0,9 Prozentpunkte senken.
- Die Erhebung des Sonderbeitrags wird auf den 01.07.2005 vorgezogen.
- Beibehaltung der gleitenden Härtefallregelungen.

11/2003: Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)**Bundeszuschuss, Sonderbeitrag, Ausweitungen von Zuzahlungen, Leistungseinschränkungen, Veränderungen in den Versorgungsstrukturen**

Gesetz vom 14.11.2003

Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform (07/2003)

Inkrafttreten: Im Wesentlichen ab 01.01.2004

Wesentliche Inhalte:**Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung**

- Versicherungsfremde Leistungen, wie Mutterschaftsgeld oder das Krankengeld bei der Betreuung eines Kindes, werden nicht mehr über die GKV finanziert, jedoch über die Kassen abgewickelt. Die Finanzierung geschieht aus Steuermitteln (Bundeszuschuss).
- Sonderbeitrag: zur Finanzierung einzelner Leistungsbereiche (Zahnersatz, Krankengeld) zahlen alle gesetzliche Versicherten ab Januar 2006 einen Sonderbeitrag von 0,9%, an dem der Arbeitgeber sich nicht beteiligt. Hintergrund ist die angestrebte Senkung der Lohnnebenkosten.
- Voller Beitragssatz auf Betriebsrenten

Patienten und Versicherte**Zuzahlungen, Leistungseinschränkungen**

- Verschreibungspflichtige Arznei-, Verband- und Hilfsmittel: künftig sind vom Patienten zehn Prozent der Kosten selbst zu tragen. Die Zuzahlung beträgt mindestens fünf, maximal jedoch zehn Euro.
- In jedem Quartal muss bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten eine Praxisgebühr von 10 Euro entrichtet werden. Kinder und Jugendliche sind hiervon befreit. Bei Vorsorgeuntersuchungen und Überweisungen fällt ebenfalls keine Praxisgebühr an.
- Im Rahmen der Krankenhausbehandlung und für Eltern-Kind-Kuren sind pro Tag zehn Euro Zuzahlung zu leisten. Bei der Krankenhausbehandlung gilt jedoch die zeitliche Beschränkung auf maximal 28 Tage.
- Heilmittel und häusliche Krankenpflege: die Patienten müssen zehn Prozent der Kosten für die Behandlung selbst aufbringen, hinzu kommt eine Gebühr von 10 Euro je Verordnung. Bei der häuslichen Krankenpflege bleibt die Zuzahlung auf die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme begrenzt.
- Fahrtkosten/Haushaltshilfen: Erstattung nur nach vorheriger Genehmigung und mit Selbstbeteiligung (mindestens fünf, höchstens zehn Euro pro Tag/Fahrt).
- Für Erwachsene liegt die Zuzahlungsgrenze bei zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens, für chronisch Kranke und EmpfängerInnen von Sozialhilfe bei einem Prozent.
- Streichung und Einschränkungen bei der Gewährung bestimmter Leistungen (Brillen, Entbindungsgeld, Sterbegeld, Sterilisationen, künstliche Befruchtung).
- Individuelle Absicherung des Zahnersatzes ohne Arbeitgeberbeteiligung ab 2005

Tarife, Kostenerstattung

- Selbstbehalttarife: Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, ihren Kunden Tarife anzubieten, nach denen diese im Falle einer medizinischen Behandlung einen festgelegten Höchstbetrag selber tragen, im Gegenzug jedoch ein Beitragsbonus gewährt wird.
- Kostenerstattung: die Krankenkassen können Tarife anbieten, bei denen der Arzt die erbrachte Leistung direkt mit dem Patient abrechnet, der die erhaltenen Quittungen zur Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreicht. Für freiwillig Versicherte können die Krankenkassen Selbstbehalte mit Beitragsermäßigung sowie Beitragsrückzahlungen (bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen im Kalenderjahr) anbieten.

Patientenrechte:

- Erhalt einer Patientenquittung: Jeder Patient hat das Recht auf eine Patientenquittung, die die vom Arzt mit der Krankenkasse abgerechneten Leistungen und Kosten ausweist.
- Installation von Patientenbeauftragten: Die Patientenbeauftragte vertritt die Belange der Patienten in der Öffentlichkeit und setzt sich in den relevanten Entscheidungs- und Steuerungsgremien - insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss - beratend für die Patientenrechte ein.

Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken

- Hausarztmodell: die Krankenkassen sollen ihren Patienten eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten, bei der der Hausarzt immer erster Ansprechpartner ist und ggf. an Fachärzte überweist. Hierfür können die Krankenkassen ihren Versicherten einen Bonus einräumen (z.B. Befreiung von der Praxisgebühr).
- Förderung der Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und anderen Heilberufen in medizinischen Versorgungszentren, Krankenkassen können Verträge mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen über integrierte Versorgungsformen abschließen - ohne Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Verpflichtung der Arztpraxen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements. Niedergelassene Ärzte werden zu regelmäßiger Fortbildung verpflichtet.
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus: Die Krankenhäuser erhalten mehr Möglichkeiten zur ambulanten Behandlung, bspw. im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke oder für hochspezialisierte Leistungen. Auch im Falle einer regionalen Unterversorgung können sich die Krankenhäuser an der ambulanten Behandlung beteiligen.
- Gründung eines unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durch die Partner der Selbstverwaltung (Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen) zur Entwicklung von Behandlungsleitlinien, Empfehlungen von Disease-Management-Programmen sowie zum Qualitätsmanagement in der ambulanten Behandlung.
- Einführung der weiterentwickelten elektronischen Gesundheitskarte, auf der Gesundheitsdaten des Versicherten gespeichert werden können.
- Der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Medikamenten, z.B. über das Internet, wird zugelassen. Gründung von Filialapotheken: jeder Apotheker darf bis zu vier Verkaufsstellen betreiben.

- Abschaffung der Vorschriften zur Schaffung einer Positivliste.
- Erhöhung des Rabatts für alle Medikamente ohne Festbetrag auf 16%, Apotheken erhalten ein einheitliches Abgabehonorar für alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel in Höhe von 8,10 Euro pro Packung.

12/2002: Beitragssatzsicherungsgesetz

Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, Leistungseinschränkungen, Nullrunden bei den Leistungsanbietern

Gesetz vom 23.12.2002

Inkrafttreten: 01.01.2003

Wesentliche Inhalte:

- Die Versicherungspflichtgrenze wird ab 2003 auf 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung bundeseinheitlich auf 3.825 Euro/Monat bzw. 45.900 Euro/Jahr angehoben. Die Beitragsbemessungsgrenze liegt bei 3.450 Euro/Monat bzw. 41.400 Euro/Jahr.
- Das Sterbegeld wird halbiert und für Versicherte auf 525 Euro (bislang 1.050 Euro) sowie für Familienversicherte auf 262,50 Euro (bislang 525 Euro) festgesetzt.
- 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. Die pharmazeutischen Unternehmen gewähren auf die Arzneimittel, die zu Lasten der GKV abgegeben werden, einen Rabatt von 6 Prozent auf den Herstellerabgabepreis. Die pharmazeutischen Großhandelsorganisationen gewähren den Apothekern Rabatte von drei Prozent zugunsten der GKV.
- Für Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser gibt es 2003 anstatt der Grundlohnanpassung (West 0,81 oder Ost 2,09 Prozent) Nullrunden. Dies gilt nicht für Krankenhäuser, die 2003 nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen.
- Die Preise für zahntechnische Leistungen werden ab dem 1. Januar 2003 um 5 Prozent gesenkt. Die Vergütung zahntechnischer Leistungen wird 2003 eingefroren.
- Den Krankenkassen wird mit Wirkung vom 7. November 2002 bis zum 31. Dezember 2003 untersagt, die Beiträge zu erhöhen, außer, die erforderlichen Satzungsänderungen wurden vor dem 7. November 2002 genehmigt oder die Krankenkassen weisen nach, dass sie ohne Beitragssatzanhebungen zur Deckung ihrer Leistungen Kredite aufnehmen müssten.

12/2002: Zweites Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt**Neuregelung der geringfügigen Beschäftigung/Minijobs und Einführung von Midijobs**

Gesetz vom 23.12.2003

Inkrafttreten zum 01.04.2003

Wesentliche Inhalte:**Minijobs**

- Die Grenze für die geringfügige Beschäftigung wird von 325 Euro auf 400 Euro monatlich angehoben. Für diejenigen, die am 31. März mehr als geringfügig beschäftigt waren, deren Tätigkeit nach der Neufassung des Gesetzes aber unter die geringfügige Beschäftigung fällt, bleibt die Beschäftigung versicherungspflichtig. Auf Antrag werden sie von der Versicherungspflicht befreit.
- Die Arbeitszeitschwelle von bisher unter 15 Stunden wöchentlich findet keine Anwendung mehr.
- Die Arbeitgeber-Pauschalabgaben werden auf 25 % festgelegt. Davon fließen an die GKV 11 % und an die Rentenversicherung 12 %. Hinzu kommen 2 % Steuern mit Abgeltungswirkung.
- Mehrere geringfügige Beschäftigungsverhältnisse sowie Hauptbeschäftigungen sind mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung zusammenzurechnen. Daraus folgt, dass bei einer Nebenbeschäftigung keine Beitragspflicht mehr besteht; bei mehreren geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen neben einer Hauptbeschäftigung ein Mini-Job abgabenfrei bleibt.
- Bei geringfügiger Beschäftigung in Privathaushalten werden die Arbeitgeber-Pauschalabgaben reduziert: Hier sind Beiträge zur GKV und GRV in Höhe von jeweils 5 % des Arbeitsentgelts sowie 2 % Steuern (mit Abgeltungswirkung) zu zahlen.
- Das Melde- und Beitragsverfahren für Arbeitgeber wird vereinfacht: Beiträge zur Renten- und Krankenversicherung sowie Steuern werden nur noch an eine Einzugsstelle (Bundeskassensystem der Lohnsteuer) abgeführt.

Midi-Jobs: Beschäftigungsverhältnisse oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze

- Oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze steigt der Arbeitnehmerbeitrag zur Sozialversicherung für das gesamte Bruttoarbeitsentgelt zwischen 400,01 Euro und 800 Euro gleitend an. Der Startpunkt liegt zurzeit bei 4 % und steigt bis auf den hälftigen Sozialversicherungsbeitrag, 2002 sind dies 21 %. Für Auszubildende gilt die Regelung nicht.
- Der Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung liegt in der Gleitzone konstant auf der Höhe der geltenden Beitragssätze.
- Für die Berechnung der Entgeltersatzleistungen in der Arbeitslosen- sowie in der Krankenversicherung ergeben sich keine negativen Folgen durch die reduzierten Sozialversicherungsbeiträge.
- Werden mehrere Beschäftigungen ausgeübt, ist das gesamte erzielte Arbeitsentgelt maßgebend für die sozialversicherungsrechtliche Absicherung. Die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung als Nebentätigkeit ist von der Zusammenrechnung ausgeschlossen.

04/2002: Fallpauschalen-Gesetz**Maßnahmen zur Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems in den Krankenhäusern**

Geszentwurf (Bundestagsdrucksache 14/6893 vom 11.09.2001)

Gesetz vom 23.04.2002

Inkrafttreten: 01.01.2003 (mit vielen Ausnahmen)

Wesentliche Inhalte:

- Umsetzung des mit der GKV-Gesundheitsreform vorgegebenen leistungsorientierten Vergütungssystems für die voll- und teilstationären Leistungen in den Krankenhäusern. Einbindung in das Krankenhausfinanzierungs- und Krankenhausentgeltgesetz.
- Das neue Vergütungssystem basiert auf Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG) und kann von den Kliniken ab 2003 freiwillig eingeführt werden. Ab 2004 ist es dann verbindlich.
- Der Umstieg erfolgt zunächst (2003 und 2004) budgetneutral; die zwischen Kliniken und Kassen vereinbarten Jahresbudgets werden durch die neue Berechnung nicht berührt. Ab 2005 bis 2006 beginnt die Konvergenzphase: Die Vergütungen für festgelegte Behandlungsfälle werden schrittweise vereinheitlicht. Ab 2007 bezahlen die Krankenkassen landesweit einheitliche Preise für Leistungen. Die ab dann geltenden Regelungen werden in einem nachfolgenden Gesetz formuliert.

03/2002: Krankenversicherung der Rentner (10. SGB V Änderungsgesetz)

Gesetz vom 23.03.2002

Inkrafttreten: 29.03.2002

Inhalt:

- Ab dem 01.04.2002 werden - in Entsprechung einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von März 2002 - die freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, die in Rente gehen, wieder als pflichtversichert eingestuft. Sie müssen keine Beiträge mehr für Zins- und Mieteinnahmen bezahlen. Für bis zum 31.03.2002 bestehende Versicherungsverhältnisse gibt es Sonder- und Übergangsregelungen.

02/2002: Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz**Verschiedene Maßnahmen zur Eindämmung des Ausgabenanstiegs**

Gesetz vom 15.02.2002

Inkrafttreten: 23.02.2002

Wesentliche Inhalte:

- Aut-Idem-Verfahren: Der Arzt verschreibt in der Regel nur noch einen Wirkstoff; Apotheken können aus einer festgelegten Gruppe wirkungs- und wirkstoffgleicher Präparate das günstigste Medikament auswählen. Die Medikamente müssen sich in Wirkstoff, Wirkstärke, Packungsgröße, Zulassung für Indikationsbereiche und Darreichungsform gleichen. Der Arzt darf die Substitution in begründeten Fällen ausschließen oder kann selbst ein Medikament aus der festgelegten Gruppe verordnen.
- 203 Mio. € "Solidarzahlung" der forschenden Pharmaunternehmen im Jahr 2002 zur Konsolidierung der GKV-Financen. Dafür verzichtet die Regierung auf das Absenken der nicht der Festbetragsregelung unterliegenden Arzneimittel um 5 %.
- Der Rabatt, den Apotheken den Krankenkassen gewähren müssen wird - in den Jahren 2002 und 2003 - von bisher 5% auf 6% erhöht.
- Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bewertet künftig Abgabepreis und therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln mit vergleichbaren Wirkstoffen und informiert die Ärzte darüber. Die behandelnden Ärzte sollen keine Medikamenten verschreiben, die keinen spürbaren medizinischen Fortschritt bringen.

12/2001: Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz

Gesetz vom 19.12.2001

Inkrafttreten: 31.12.2001

- 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.
- Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen vereinbaren nun Ausgabenobergrenzen für ihre Region und Richtgrößen für die Arztgruppen. Analog sind Heilmittelvereinbarungen zu treffen.
- Die Arzneimittelvereinbarung soll die Festlegung eines jährlichen Ausgabevolumens verbinden mit der Vereinbarung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen, hierauf ausgerichteten Umsetzungsmaßnahmen und einem unterjährigen Controlling.
- Sanktionen bei Überschreitung des Ausgabenvolumens sind gesetzlich nicht mehr vorgesehen; sie werden der Selbstverwaltung als Option zugelassen. Unabhängig von der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens können Bonusregelungen für den Fall vereinbart werden, dass die Zielvereinbarungen erreicht wurden.

12/2001: Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen

Gesetz vom 11.12.2001

Inkrafttreten: 01.01.2002

- Für alle überregional tätigen Krankenkassen wird ab 2002 für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen der Ärzte und Zahnärzte das Wohnortprinzip eingeführt.

12/2001: Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV

Gesetz vom 10.12.2001

Inkrafttreten: 01.01.2002

Wesentliche Inhalte:

- Für eine Übergangszeit vom Jahre 2002 an bis längsten 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 (Disease-Management-Programme) eingeschrieben sind, bilden je Krankheit (vorgesehen sind bis zu sieben für derartige Programme geeignete chronische Krankheiten) eine eigenständige Versichertengruppe im RSA. Die bisherigen ausgleichsrelevanten Faktoren (beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder, Zahl der mitversicherten Familienangehörigen, Alters- und Geschlechterstruktur der Versicherten und Zahl der Bezieher einer Erwerbsminderungsrente) werden damit erweitert. Für die neuen Versichertengruppen werden höhere standardisierte Leistungsausgaben im RSA berücksichtigt.
- Zur solidarischen Lastenverteilung solcher Aufwendungen für Versicherte, die weit über dem Durchschnitt der Standardausgaben im RSA liegen wird ein Risikopool eingeführt. Für die Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen berücksichtigungsfähig sind hierbei die Ausgaben für Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, Krankengeld, Sterbegeld und (ab 2003) nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse.
- Ab dem Jahr 2007 wird der Beitragsbedarf der KK im RSA auf der Grundlage direkter Morbiditätsmerkmale der Versicherten bestimmt.

07/2001: Festbetragsanpassungsgesetz

Gesetz vom 27.07.2001

Inkrafttreten: 01.08.2001

- Das Gesetz schafft die Grundlage dafür, dass das BMG ab dem Tag nach der Verkündung

(28.07.01) (abweichend von §35 SGBV und zeitlich befristet bis Ende 2003) per Rechtsverordnung (a) einmalig eine allgemeine Anpassung der Festbeträge für Arzneimittel vorsehen sowie (b) im Ausnahmefall bei sachlich gebotener Änderungsbedarf Gruppen von Arzneimitteln neu bestimmen und für diese Festbeträge festsetzen kann.

07/2001: Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte

Gesetz vom 27.07.2001

Inkrafttreten: 01.01.2002

Wesentliche Inhalte:

- Die Möglichkeit Versicherungspflichtiger, die Mitgliedschaft bei ihrer Krankenkasse zum 31. 12. 2001 zu kündigen, wird aufgehoben; dies gilt für jede nach dem 09. 05. 2001 erklärte Kündigung. Der Eintritt einer (neuen) Versicherungspflicht begründet als solcher künftig nicht mehr ein Wahlrecht zu einer anderen Krankenkasse.
- Versicherungspflichtige können die Mitgliedschaft bei ihrer KK auch unterjährig zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats kündigen und sind an die Wahl der KK mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 01. 01. 2002 ausüben (gilt nicht, wenn die KK ihren Beitragssatz erhöht).
- Freiwillig Versicherte können die Mitgliedschaft bei ihrer KK wie bisher zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats kündigen und sind an die Wahl der KK mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 01. 01. 2002 ausüben (gilt nicht, wenn die KK ihren Beitragssatz erhöht). Die verlängerte Bindungsfrist gilt nicht, wenn das bisher freiwillig versicherte Familienmitglied die Voraussetzungen der beitragsfreien Familienversicherung erfüllt, oder das bisher freiwillige Mitglied keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse begründen will.

03/2001: Altersvermögensergänzungsgesetz (Artikel 4)

Gesetz vom 21.03.2001

Inkrafttreten (Artikel 4): 01.01.2012

- Die Dynamisierung des Krankengelds nach einem Jahr erfolgt ab Juli 2001 in Höhe des letzten Rentenanpassungssatzes (bisher: Inflationsanpassung).

12/2000: Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz

Gesetz vom 21.12.2000

Inkrafttreten: 01.01.2001

Wesentliche Inhalte:

- 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 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.

12/1999: Haushaltssanierungsgesetz, Artikel 21

Gesetz vom 22.12.1999

Inkrafttreten: 01.07.2000

- In der Zeit von Juli 2000 bis Juni 2002 richtet sich die Erhöhung des Krankengelds 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).

12/1999: Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Gesetz vom 22.12.1999

Inkrafttreten: Im Wesentlichen 01.01.2000

Wesentliche Inhalte:

- 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 Grundlohnsumme zur Finanzierung der jeweiligen risikogewichteten Ausgaben zur Verfügung steht.
- Beim vollständigen 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 Transfersumme von West nach Ost zum Ausgleich der unterschiedlichen, beitragsbedarfsdeckenden Finanzkraft erhöht sich entsprechend.
- Ab dem Jahre 2001 gelten bundesweit einheitliche Werte für z.B. die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen, die Einkommensgrenzen der Sozialklausel (vollständige Befreiung von Zuzahlungen) und der Überforderungsklausel (teilweise Befreiung von Zuzahlungen).

12/1999: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

Gesetz vom 22.12.1999

Inkrafttreten: 01.01.2000

Wesentliche Inhalte:

- 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 AN, 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 selbstständiger 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:
 - Langzeitarbeitslose, die nach HLU-Bezug eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen,
 - Personen, die nach längerem Auslandsaufenthalt wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Inland aufnehmen (z.B. Entwicklungshelfer),
 - 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 indikationsabhängige 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 nichtärztlichen 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:
 - 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 klargestellt 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.

07/1999: Zweites SGB III-Änderungsgesetz

Gesetz vom 21.07.1999

Inkrafttreten: 01.08.1999

- 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.

03/1999: Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse

Gesetz vom 24.03.1999

Inkrafttreten: 01.04.1999

Wesentliche Inhalte:

- 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 zusammerechnet, sofern letztere Versicherungspflicht begründet.
- Für AN in geringfügiger Dauerbeschäftigung, die in der GKV (familien-) versichert sind, zahlt der ArbG 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 ArbG getragen wird solange das Entgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt, entfällt (Ausnahme: Azubi-Vergütung).

12/1998: Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)

Gesetz vom 19.12.1998

Inkrafttreten: 01.01.1999

Wesentliche Inhalte:

- 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 Kassenärztlichen Vereinigung bei Überschreitung des veranlassten 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 Vertrag 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.

05/1998: 9. SGB V-Änderungsgesetz

Gesetz vom 08.05.1998

Inkrafttreten: 01.01.1999

Wesentliche Inhalte:

- 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 ausschließlich 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.