

## Gesundheitsreformen seit 1950

### Stichtag 01.01.2011

- Der Beitragseinzug in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird gebündelt, d.h. die Arbeitgeber haben die Option, sämtliche Beiträge nur noch an eine Weiterleitungsstelle zu zahlen.

### Stichtag 01.01.2009

- Es besteht grundsätzlich Versicherungspflicht für alle. Diejenigen, die der GKV zuzuordnen sind müssen sich in der GKV versichern, diejenigen, die der PKV zuzuordnen sind müssen sich in der PKV (Basistarif) versichern. Es gilt Kontrahierungszwang. Nach einheitlichen Regeln werden auch Sonderfälle wie Auslandsrückkehrer der GKV oder PKV zugeordnet.
- Der bisherige Standardtarif wird in den Basistarif überführt. Es besteht eine befristete Wechselmöglichkeit in den Basistarif jedes beliebigen PKV-Unternehmens (30.06.2009). Jedes PKV-Unternehmen muss einen solchen Basistarif anbieten. Der Tarif wird auch für alle freiwillig Versicherten geöffnet. Der Beitrag ist auf den Höchstbeitrag der GKV limitiert (derzeit ca. 500 EUR). Besteht Hilfebedürftigkeit verringert sich der zu zahlende Beitrag auf die Hälfte, wen selbst das finanziell überfordert, erhält Zuschüsse vom Jobcenter oder Sozialamt.
- Zukünftig können bei einem Wechsel von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen die Alterungsrückstellungen in Höhe des Basistarifes mitgenommen werden. Der Basistarif wird mit Alterungsrückstellungen kalkuliert.
- Die Krankenkassen und die PKV-Anbieter werden zukünftig bei Zahlungsverzug ein Inkasso einleiten, d.h. rückständige Beiträge einfordern, einklagen oder vollstrecken. Wer nicht zahlt, obwohl er dazu in der Lage wäre, erhält nur noch eine Notfallversorgung (bei akuten Schmerzen und Schwangerschaft). Säumniszuschläge werden erhoben. Wer sich erst versichert, wenn er krank ist, muss nicht gezahlte Beiträge nachzahlen. Für die Dauer von Beitragsschulden besteht nur Anspruch auf die Notfallversorgung. In der PKV besteht kein Versicherungsschutz, solange kein Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Bei verspätetem Eintritt ist außerdem ein Prämienzuschlag zu zahlen.
- Die Seekrankenkasse wird geöffnet.
- Der Gesundheitsfonds und der neue Risikostrukturausgleich (sog. morbiditätsorientierter RSA) werden eingeführt, ebenso ein einheitlicher Beitragssatz und eine neue vertragsärztliche Euro-Gebührenordnung. In den Gesundheitsfonds fließen die Beiträge der Arbeitnehmer, der Arbeitgeber und Steuergelder. Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen Pauschalen für jeden Versicherten. Bis zum 31.12.2010 ziehen die Krankenkassen den einheitlichen Beitrag ein und leiten ihn an den Gesundheitsfonds weiter.
- Kommt eine Kasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, kann sie von den Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben, dieser wird entweder einkommensabhängig oder pauschal erhoben. Einen Zusatzbeitrag bis 8 EUR muss jeder zahlen, darüber greift eine Härtefallregelung: Der Zusatzbeitrag darf 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen.

### Stichtag 01.11.2008

- Gesetzliche Festlegung eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes.

### Stichtag 01.07.2008

- Der Spitzenverband ersetzt die Kassenspitzenverbände. Gründung eines Medizinischen Dienstes auf Bundesebene.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird professionalisiert und straffer organisiert.
- Pflegereform tritt in Kraft mit folgenden Änderungen:
  - Schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes sowie der stationären

## Leistungen

- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich
- Verbesserung bei der Kurzzeitpflege und der stationären Pflege
- Kurzzeitpflege für Kinder in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Höhere Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe
- Leistungsdynamisierung
- Erleichterung der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen
- Verkürzte Begutachtungsfristen
- Verkürzung der Vorpflegezeit für die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege
- Beitragszahlungen zur Rentenversicherung auch bei Urlaub der Pflegeperson

**Stichtag 01.01.2008**

- Wer nicht zur Vorsorge geht, muss künftig bei einer chronischen Erkrankung mit einer höheren Zuzahlung rechnen. Die Bescheinigung für chronisch Kranke darf der Arzt nur bei "therapiegerechtem Verhalten" ausstellen.
- Neuer Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) tritt in Kraft
- Stärkere Förderung der Selbsthilfe, indem nicht verwendete Fördermittel in einen Gemeinschaftsfonds fließen und im Folgejahr zusätzlich zur Verfügung stehen.

**Stichtag 01.07.2007**

- Zuvor privat und derzeit Nichtversicherte erhalten ein Rückkehrrecht in die PKV. Für sie ist eine Aufnahme im Standardtarif möglich, es findet keine Risikoprüfung statt, demnach sind Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse nicht möglich. Wer bisher weder gesetzlich noch privat versichert war, wird entsprechend seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zugeordnet

**Stichtag 01.04.2007**

- In der GKV wird die Versicherungspflicht für bisher Nichtversicherte eingeführt, die der GKV zuzuordnen sind. Gemäß dem Grundsatz „Pflege folgt Kranken“ ist somit auch Versicherungsschutz in der Pflegepflichtversicherung gewährleistet.
- Die Mindestbemessungsgrundlage für Selbständige reduziert sich von bisher 1.837,50 EUR auf nun 1.225 EUR. Die reduzierte Mindestbemessungsgrundlage für Existenzgründer entfällt somit.
- Bei wiederholtem Nichtzahlen der Beiträge ruht die Leistungspflicht der GKV. Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie Schwangerschaft werden weiterhin erbracht.
- Folgende Wahltarife müssen die Kassen anbieten: Wahltarife für integrierte Versorgung, besondere ärztliche Versorgung, strukturierte Behandlung bei chronisch Kranken, spezielle Hausarzttarife.
- Folgende Wahltarife können die Kassen anbieten: Selbstbehalttarife, Tarife bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen, variable Kostenerstattungstarife sowie Tarife für die Übernahme der Arzneimittelkosten besonderer Therapieeinrichtungen. Für diese gilt eine Mindestbindungsfrist von 3 Jahren. Vor Ablauf der Frist kann die Kasse nur in Härtefällen gewechselt werden.
- Der Zugang zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus wird verbessert, der Ausbau von Kinderhospizen wird unterstützt, ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden Pflichtleistungen, ebenso wie „Mutter/Vater-Kind-Kuren“ und empfohlene Impfungen. Bei Geburten in Geburtshäusern werden die Kassen verpflichtet einen Betriebskostenzuschuss zu zahlen, häusliche Krankenpflege kann nun auch außerhalb des eigenen Haushaltes durchgeführt werden, die Hilfsmittelversorgung wird verbessert, bei der Versorgung mit Heilmitteln werden den Kassen größere Vertragsfreiheiten eingeräumt. Zukünftig müssen sich Versicherte an den Folgen von med. nicht

notwendigen Maßnahmen wie Schönheits-OPs und Piercings selbst beteiligen.

- Zukünftig sind die Abgaben von Arzneimitteln in Einzelmengen möglich, zudem wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Der Apothekenrabatt wird von 2 EUR auf 2,30 EUR angehoben.
- Kassen können nun auch kassenartübergreifend fusionieren und die knappschaftliche Krankenkasse wird für den Zugang geöffnet.
- Auswirkungen auf die PKV: neu verkaufte Policen der Krankheitskostenversicherung sollen auf einen max. Selbstbehalt von 5.000 EUR begrenzt sein.

### **Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zum 01.04.2007**

Zentraler Inhalt der Reform ist die schrittweise Einführung einer Krankenversicherungspflicht für alle. Nachfolgend sind die wesentlichen Änderungen in zeitlicher Reihenfolge aufgelistet. Derzeit ist allerdings noch zu erwarten, dass einige PKV-Unternehmen gegen den Inhalt des Gesetzes klagen werden.

#### **Stichtag 02.02.2007 (2./3. Lesung)**

- Stichtag für die Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze: Der Wechsel von der Gesetzlichen in die Private Krankenversicherung ist künftig nur möglich, wenn das Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitet und auch zu Beginn des nächsten Kalenderjahres übersteigt.

### **Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) 2006**

- Zentraler Inhalt der Reform ist die sog. Bonus-Malus-Regelung welche jährlich neu festzulegende Durchschnittskosten pro definierte Dosiereinheit für bestimmte Arzneimittel vorsieht, d.h. bei gleicher Qualität das günstigste Präparat. Diese Regelung sieht vor, dass Ärzte mit Regress rechnen müssen, wenn eine bestimmte Zielgröße deutlich überschritten wird. Überschreitet ein Arzt die vereinbarte Zielgröße zwischen 5 und 10%, so zahlt er laut AVWG 20% der Mehrkosten zurück. Zwischen 10% und 30% Überschreitung zahlt er 30% an die Krankenkasse zurück, bei mehr als 30% sogar die Hälfte.
- Die Festbeträge für Arzneimittel wurden abgesenkt. Echte Innovationen werden von Festbeträgen freigestellt.
- Alle Medikamente, deren Preis mindestens 30% unterhalb des Festbetrages liegen, sind für Patienten zuzahlungsfrei.
- Eingeführt wurde ein zweijähriger Preisstopp für verordnungsfähige Arzneimittel und ein Abschlag von 10% des Herstellerpreises ohne Mehrwertsteuer auf Generika.
- Unterbunden wird zukünftig die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen (Naturalrabatte) an Apotheken. Das bisherige Volumen der Naturalrabatte wird zur Entlastung an die Krankenkassen abgegeben.

### **Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz 2005**

Die erste Korrektur des GMG fand bereits im darauf folgenden Jahr statt. Statt den Versicherten wie eigentlich im GMG beschlossen die Wahl zu belassen, den Bereich Zahnersatz entweder bei einer PKV oder der GKV gegen einen eigenständig Beitrag zu versichern und das Krankengeld aus dem Leistungskatalog zu streichen, wurde ein leistungsunabhängiger Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten eingeführt. Dieser ist alleine arbeitnehmerfinanziert und hebt damit die bisher paritätische Finanzierung des GKV-Beitrages auf. Gleichzeitig mussten die Krankenkassen ihren Beitragssatz um 0,9 Prozentpunkte senken.

### **Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004**

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz ist zum 1.1.2004 in Kraft getreten.

Die damit verbundenen Änderungen können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)	Alle Zuzahlungen werden berücksichtigt. Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten liegt bei 2 Prozent der Bruttoeinnahmen (bei chronisch Erkrankten 1 Prozent); für Familien verringert sich die Belastungsgrenze durch Kinderfreibeträge (pro Kind EUR 3.648) sowie evtl. den
----------------------------------	--

	Ehegattenfreibetrag (EUR 4.347).
Befreiungsregelung für Kinder und Jugendliche	Kinder sind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr von Zuzahlungen befreit. Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erhalten nicht verschreibungspflichtige Medikamente ohne Zuzahlungen.
Zuzahlungen	
Arztbesuch	Praxisgebühr von EUR 10 pro Quartal für Arzt- und Zahnarztbesuche; Ausnahme: Überweisung und Vorsorgeuntersuchungen
Arznei-, Verband- und Hilfsmittel	Zuzahlung für verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel von 10 Prozent, mind. EUR 5, max. EUR 10
Heilmittel und häusliche Pflege	Nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel müssen selbst gezahlt werden.
Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten zzgl. EUR 10 je Verordnung
Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von EUR 10 pro Tag, begrenzt auf 28 Kalendertage
Fahrtkosten	Zuzahlung von EUR 10 pro Tag Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr erstattet
Sehhilfen/Brillen	Grundsätzlich übernehmen die Kassen keinen Zuschuss; Ausnahmen: bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und für schwer sehbeeinträchtigte Personen besteht weiter ein Leistungsanspruch
Künstliche Befruchtung	Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Kasse zu je 50 Prozent übernommen werden; Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40, bei Männern bis 50 Jahre.
Sterilisation	Keine Kostenübernahme
Sterbegeld, Entbindungsgeld	Streichung aus Leistungskatalog der GKV
Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	Finanzierung über Steuern

#### Weitere Neuerungen im Rahmen des GMG:

Seit dem 1.1.2004 können grundsätzlich alle Versicherten das Kostenerstattungsprinzip in der GKV wählen (bis zum 31.12.2003 nur für freiwillig gesetzlich Versicherte möglich). An eine solche Entscheidung ist der Versicherte für ein Jahr gebunden. Der gesetzlich Versicherte erhält daraufhin ausschließlich privatärztliche Rechnungen, welche er von der GKV im gewohnten Umfang erstattet bekommt. Die hierdurch entstehenden Restkosten sind durch ambulante Zusatztarife versicherbar.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) zahlt seit dem 1.1.2004 keinen Zuschuss zur Pflegeversicherung für gesetzlich oder privat versicherte Rentner. Zusätzlich ist für gesetzlich Versicherte seither auch die betriebliche Altersvorsorge (in den fünf Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse, Pensionsfonds, Unterstützungskasse und Direktzusage) bei Kapitalwahlrecht beitragspflichtig. Hier sind auf monatlich 1/120 aus der Versicherungssumme auf 10 Jahre verteilt Beiträge zur GKV (und zur Pflegeversicherung) zu entrichten.

Des Weiteren wurde zum 1.1.2005 das Erstattungssystem im Bereich Zahnersatz auf befundabhängige Festzuschüsse umgestellt (§ 55 SGB V). Seit dem 1.7.2005 wird für Zahnersatz ein zusätzlicher Beitragszuschlag in Höhe von 0,4 Prozent erhoben. Darüber hinaus wurde ein leistungsunabhängiger Beitragszuschlag in Höhe von 0,5 Prozent eingeführt, welcher von den gesetzlich Versicherten zu zahlen ist. Der somit entstehende Sonderbeitrag i.H.v. 0,9 Prozent ist somit nicht arbeitgeberzuschussfähig.

#### Beitragsversicherungsgesetz (BSSichG) 2003

- Erstmals gab es für Bestandsfälle und Neugeschäft in der PKV unterschiedliche Jahresarbeitsentgeltgrenzen: die Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeitnehmer, die am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Pflichtversicherungsgrenze privat versichert waren, entspricht weiterhin der Beitragsbemessungsgrenze. Für alle „Neuzugänge“ gilt eine zweite – höhere – Jahresarbeitsentgeltgrenze.

- Im gleichen Zuge wurde die Versicherungspflichtgrenze auf Rentenversicherungsniveau angehoben.
- Somit gab es auch erstmalig unterschiedliche Grenzwerte für Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze – für Neuzugänge.
- Darüber hinaus fand eine Reduzierung des Sterbegeldes auf die Hälfte statt.

### **Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches 2002**

- Der kassenübergreifenden RSA sollte bis spätestens 2006 um eine Morbiditätsorientierung erweitert werden.
- Im RSA wurden höhere Leistungen für diejenigen Versicherten berücksichtigt, die an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Erkrankte – den sog. Disease-Management-Programmen – teilnahmen.
- Für Versicherte, für die eine Krankenkasse weit über dem Standard liegende Ausgaben hat, wurde ein zusätzlicher Risikopool eingerichtet.

### **Gesetz zur Einführung von Krankenhaus-Fallpauschalen 2002**

Die Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (auch Diagnosis Related Groups – DRG) für Krankenhäuser war Kernelement der Gesundheitsreform 2000. Für die Krankenhäuser besteht die Option DRG-Vergütungssysteme ab Januar 2003 einzuführen, verpflichtend wird die Einführung ab Januar 2004. Diesem ersten Gesetz folgen das Fallpauschalenänderungsgesetz (Juli 2003) - welches den Weg für die Krankenhäuser ebnet, dass diese ab 2003 die neuen Vergütungssysteme sukzessive einführen - und das zweite Fallpauschalenänderungsgesetz im Dezember 2004.

### **Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrecht 2001**

Ziel des Gesetzes ist eine Verstärkung der Verbraucherrechte und Erweiterung der Wahlrecht gesetzlich Versicherter. Ab Januar 2002 sind Versicherungspflichtige den freiwillig Versicherten gleichgestellt, der bisherige Stichtagstermin für Pflichtversicherte wurde aufgehoben.

Die Neuregelung sieht nun vor, dass alle gesetzlich Versicherten jederzeit mit einer Frist von 8 bis 12 Wochen ihre Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse kündigen können. Gleichzeitig wird eine Bindefrist von 18 Monaten eingeführt. Bei einer Beitragssatzerhöhung besteht ein Sonderkündigungsrecht unabhängig davon, wie lange das Mitglied bei der Krankenkasse versichert war.

Dieses Gesetz steht im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches 2002.

### **Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz 2001**

Abgeschafft wurden die Budgets für Arznei- und Heilmittel, welche durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführt wurden. Ersetzt wurden die bisherigen Budgets (i.S.v. Ausgabenobergrenzen) durch Arzneimittel-Zielvereinbarungen, die sich auf Ausgabenvolumina beziehen.

### **Gesundheitsreformgesetz 2000**

- Ausbau der Präventionsleistungen der Krankenkassen auf 5 DM pro Mitglied.
- Für die Krankenkassen wurde die Möglichkeit geschaffen, Bonusprogramme und Hausarztmodelle anzubieten.
- Im stationären Bereich wurden ein verstärktes Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven in Krankenhäusern und die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems beschlossen.
- Von der Reform betroffen war auch das Versicherungsvertragsgesetz (VAG) und das Sozialgesetzbuch V (SGB V). Nachfolgend die Änderungen in einer Übersicht:
- § 12 Abs. 4 a VAG Beitragszuschlag von 10% In der substitutiven Krankheitskostenvollversicherung ist spätestens ab dem Kalenderjahr nach Vollendung des 21. Lebensjahres und endend in dem Kalenderjahr der Vollendung des 60. Lebensjahres ein 10%iger Beitragszuschlag auf den Tarifbeitrag zu erheben. Diese Regelung gilt für das Neugeschäft ab 01.01.2000 und im Bestand ab dem Jahre 2001 (stufenweise in 2%-Stufen über 5 Jahre hinweg mit Widerspruchsrecht)
- § 12 a Abs. 1 und Abs. 2a VAG Direktgutschrift und ihre Verwendung 90% der auf die

Alterungsrückstellung entfallenden überrechnungsmäßigen Zinsen sind der Alterungsrückstellung zuzuschreiben. Die bisherige Deckelung auf 2,5% der Alterungsrückstellung entfällt.

- § 10 Abs. 1 a VAG und Anlage D Erweiterung der Informationspflichten Dem Versicherten müssen Angaben über die Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die künftige Beitragsentwicklung, den Ausschluss der Rückkehr in die GKV im fortgeschrittenen Alter (ab 55 Jahre), das Umstufungsrecht in bis zu 10 gleichartige Tarife und das Wechselrecht in den Standardtarif erteilt werden. Ferner ist ein amtliches Informationsblatt des BAV auszuhändigen.
- § 5 Abs. 10 SGB V Versicherungspflicht Rückkehrmöglichkeit des bisher PKV-Versicherten nach dessen Kündigung, falls die GKV-Versicherung nicht zustande kommt.
- § 6 Abs. 3a SGB V Versicherungsfreiheit PKV-Versicherten wird der Wechsel in die GKV nach Vollendung des 55. Lebensjahres allein durch Veränderung des Arbeitsentgeltes, Teilzeitbeschäftigung, Arbeitslosigkeit oder Aufnahme einer abhängigen Beschäftigung nach vorheriger Selbständigkeit versperrt. Dies gilt ab Juli 2000.
- § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V Befreiung von der Versicherungspflicht PKV-Versicherte haben bei Arbeitslosigkeit ebenso wie GKV-Versicherte Anspruch auf Krankentagegeld. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht wird unterbunden, falls in der PKV erst zu einem späteren Zeitpunkt als in der GKV Anspruch auf Krankentagegeld bestünde.
- § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V Freiwillige Versicherung (Ergänzung) Die freiwillige Weiterversicherung in der GKV nach Ende der Familienversicherung ist von Vorversicherungszeiten (wie bei frw. Versicherung) abhängig.
- § 10 Abs. 1 SGB V Familienversicherung (Ergänzung) Der Zugang zur Familienversicherung über die Mitgliedschaft des Ehegatten in der GKV wird hiermit ausgeschlossen; vor Beginn der Mutterschutzfristen oder vor dem Erziehungsurlaub versicherungsfreie oder befreite Personen bleiben während dieser Zeiten ebenfalls privat versichert.
- § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (Zugang zum Standardtarif) Erweiterung des Personenkreises z.B. um 55jährige mit einem Gesamteinkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze und 10jähriger Vorversicherungszeit. Diese Regelung gilt ab 01.07.2000.
- Außerdem wurden die Beitragsbemessungsgrenze und die Bezugsgröße in Ost und West ab 2001 angeglichen.
- Im Standardtarif wurde die Begrenzung auf den 1,7fachen Gebührensatz GOÄ und GOZ für Leistungen innerhalb des Standardtarifs ab 01.01.2000 vereinbart.

### **Solidaritätsstärkungsgesetz 1999**

- Arzneimittel: Erstmals wurden die Zuzahlungen für Arzneimittel in Abhängigkeit der Packungsgröße gesenkt – auf 8,- / 9,- / 10,- DM.
- Zahnbereich: Die Geburtsjahrgänge 1979 und jünger erhalten wieder Zahnersatzleistungen. Statt der Gewährung von Festzuschüssen wird wieder die prozentuale Erstattung eingeführt (50% bis 65% abgängig von Vorsorgebonus). Kieferorthopädische Behandlung erfolgt nun wieder als Sachleistung.
- Die Möglichkeit für Pflichtversicherte, zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip zu wählen entfiel. Das Kostenerstattungsprinzip ist nun den freiwillig Versicherten vorbehalten.
- Die Kopplung der Beitragssatzerhöhung an höhere Zuzahlungen entfiel.
- Das Krankenhaus-Notopfer wurde wieder gestrichen.
- Es erfolgte nun eine Budgetierung für die Ausgaben für Arznei-, Heil- und Verbandmittel und den Krankenhausbereich sowie für die ärztliche Vergütung und die zahnärztliche Versorgung.

### **GKV-Finanzstärkungsgesetz 1998**

- Trotz der beiden Neuerungsgesetze 1997 gelang es der GKV nicht, ihre Finanzsituation zu verbessern. In dessen Folge wurde ein fünfjähriges Sanierungs- und zehnjähriges Entschuldungsprogramm aufgestellt, welches die Finanz- und Vermögenssituation der Krankenkassen konsolidieren sollte.
- Von 1999 bis 2001 wurde ein gesamtdeutscher Risikostrukturausgleich (RSA) mittels eines Finanzkraftausgleiches eingeführt, der die durchschnittlichen Beitragsniveaus aus GKV-West und GKV-Ost angleichen sollte.

### „Seehofer III“ Erstes und Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG, 2. NOG) 1.7.1997

- Neugestaltung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen und Einführung einer Härtefallregelung für chronisch Kranke.
- Arznei-, Verbandmittel: Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel in Abhängigkeit von der Packungsgröße wird auf 9,- / 11,- / 13,- DM erhöht.
- Heil-, Hilfsmittel: Grundsätzlich erfolgt eine Zuzahlung in Höhe von 15%. Zusätzlich müssen sich die Versicherten mit 20% an den Kosten beteiligen, die die Krankenkasse übernimmt.
- Zahnbereich: Die Krankenkasse übernimmt nur noch geringe Festzuschüsse für Zahnersatz für alle vor 1979 Geborenen.
- Im stationären Bereich wird die Eigenbeteiligung für stationäre Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen in den alten Bundesländern von 12 DM auf 25 DM und in den neuen Bundesländern von 9 DM auf 20 DM erhöht. Im Krankenhaus werden die Eigenbehalte in den alten Bundesländern von 12 DM auf 17 DM und in den neuen Bundesländern von 9 DM auf 14 DM erhöht.
- Im rechtlichen Bereich wurde das Sonderkündigungsrecht im Falle einer Beitragssatzerhöhung bei gesetzlich Krankenversicherten eingeführt. Außerdem wurde die Beitragssatzerhöhung einer Kassen an die Erhöhung von Zuzahlungen gekoppelt.
- Einführung eines „Notopfers“ von jeweils 20 DM in den Jahren 1997 bis 1999 zur Finanzierung der Instandhaltungsinvestitionen der Krankenhäuser. Darüber hinaus wurden die regionalen Budgets für Arznei- und Heilmittel aufgehoben und arztgruppenspezifische Richtgrößen eingeführt.
- Die Zulassungsbeschränkung für Ärzte wurde gelockert.
- Krankenkassen durften nun Instrumente des Selbstbehaltes und der Beitragsrückerstattung nutzen.

### Beitragsentlastungsgesetz 1997

- Die Krankenkassen wurde verpflichtet ihre Beitragssätze zum 01. Januar 1997 um 0,4 Prozentpunkte anzuheben.
- Höhere Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel sowie für Kuren und Anschluss-Reha.
- Aus dem Leistungskatalog gestrichen wird der Zahnersatz für den Jahrgang 1979 und jünger. Darüber hinaus wurden weitere Einschränkungen bei der Zahnbehandlung vorgenommen, so sind zukünftig implantologische Leistungen und Inlays generell nicht mehr erstattungsfähig.
- Sehhilfen: Der Zuschuss für Brillengestelle entfällt
- Leistungskürzungen betreffen auch die Auszahlung des gesetzlichen Krankengeldes. Bisher wurde das Krankengeld auf max. 80% des Bruttoeinkommens bzw. 100% des Nettoeinkommens ausgezahlt, nun wird es auf max. 70% des Bruttoeinkommens bzw. 90% des Nettoeinkommens gekürzt.
- „Seehofer II“ Gesundheitsstrukturgesetz 2. Stufe (GSG) 1995
- Einführung der Pflegepflichtversicherung und damit verbundene Abkoppelung der Pflegeversicherung von der Krankenversicherung
- Im rechtlichen Bereich sind die Grundlagen für die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) geschaffen: es werden sog. Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt.

### Entgeltfortzahlungsgesetz 1994

- Ablösung des Lohnfortzahlungsgesetzes; hier enthaltener Unterschiede zwischen Lohnempfängern (Arbeitern) und Gehaltsempfängern (Angestellte) wurde beseitigt

### 1994

- Arznei- und Verbandmittel: Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel für Versicherte über 18 Jahre wird nun abhängig von der Packungsgröße erhoben, es werden weiterhin Zuzahlungen von 3 DM bis 8 DM fällig, Zuzahlungen werden außerdem auch bei Mitteln mit Festbetrag fällig.

- Im stationären Bereich wird die Zuzahlung erneut angehoben, sie beträgt jetzt 12 DM pro Tag für max. 14 Tage.
- „Seehofer I“ Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993
- Arznei-, Verbandmittel: Eingeführt wird eine preisabhängige Zuzahlung pro Medikament für alle gesetzlich Versicherten ab 18 Jahren: Kostet das Medikament bis 30 DM so beträgt die Zuzahlung 3 DM; bis 50 DM fallen 5 DM Zuzahlung an und beträgt der Preis über 50 DM so muss der Versicherte 7 DM selbst tragen.
- Zahnbereich: Nicht mehr erstattungsfähig sind große Brücken zum Ersatz von mehr als 4 fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als 3 fehlenden Zähnen je Seitenzahnbereich. Kieferorthopädische Maßnahmen sind lediglich für Kinder und Jugendliche erstattungsfähig (Ausnahme sind weiterhin Erwachsene mit schweren Kieferanomalien).
- Im stationären Bereich wird die Zuzahlung auf 11 DM pro Tag für max. 14 Tage erhöht.
- Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung, die 20 DM überschreiten, werden dann übernommen, wenn damit eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt werden kann.
- Im rechtlichen Bereich schafft diese Reform die Grundlage für die Bundespflegesatzverordnung, indem das sog. Selbstkostendeckungsprinzip aufgehoben wird. Pflegesätze müssen jetzt leistungsgerecht sein, es besteht außerdem die Möglichkeit der vor- und nachstationären Behandlung und des ambulanten Operierens.

### 1991

- Im Zahnbereich wird der gewährte Bonus für Zahnersatz an die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geknüpft. Kann der gesetzlich Versicherte einen Vorsorgezeitraum von mehr als 10 Jahren vorweisen, so erhöht sich der Zahnbonus auf 15%.
- Für Rentner wird der Eigenanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung auf 6,1% gesenkt.

### 1990

- Eingeführt wurde eine Versteuerung von Krankentagegeldern bei gesetzlich Krankenversicherten. Als Grundlage dient § 32b des Einkommenssteuergesetzes. Es wurde jedoch eine Freigrenze von 800 EUR eingeräumt.
- Für Rentner wird ein Eigenanteil zur gesetzlichen Krankenversicherung bei 6,4% festgeschrieben.
- „Blüm-Reform“ Gesundheitsreform (GRG) 1989
- Arzneimittel, Verbandmittel: Festlegung von Festbeträgen für Arzneimittel. Die Differenz zu teureren Mitteln trägt der Patient selbst. Bei Nichtfestbetragsmitteln Zuzahlung von 3 DM. Darüber hinaus wurden sog. Bagatellarzneimittel von der Leistungspflicht ausgeschlossen.
- Hilfsmittel, Heilmittel: Festbeträge für industriell gefertigte Produkte. Zuschuss für Brillengestelle ist auf 20 DM begrenzt, ein erneuter Anspruch besteht nur bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien. Kontaktlinsen sind nur bei besonders schweren Fällen erstattungsfähig. Bei physikalischer Therapie (Massagen) wird eine Eigenbeteiligung von 10% erhoben.
- Zahnbereich: Es werden Zuschussgruppen für Zahnersatz festgelegt, nachdem generell ein Zuschuss von 50% gewährt wird, dieser kann aber bei entsprechender Vorsorge um bis zu 10% aufgestockt werden.
- Krankenhaus: Die Zuzahlung bei stationären Aufenthalten wird auf 10 DM pro Tag, max. 140 EUR p.a. erhöht.
- Fahrtkosten: Ambulante Fahrtkosten sind nicht mehr erstattungsfähig, die Transportkosten zur stationären Behandlung unterliegen einer Eigenbeteiligung von 20 DM.
- Die Rückkehr in die GKV als Rentner ist nur noch dann möglich, wenn man 9/10 der zweiten Hälfte seines Erwerbslebens Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung war. Anderenfalls wird die Zulassung zur GKV verwehrt.
- Streichung des Sterbegeldes für alle, die nach dem 1.1.1989 der Krankenkasse beigetreten sind.
- Neu gegründet wurde der Medizinische Dienst der Krankenversicherung. Dieser ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der Kranken- und Pflegeversicherung.

- Außerdem wurde das Krankenversicherungsrecht in das Sozialgesetzbuch (neu in das SGB V) aufgenommen (vorher: Reichsversicherungsordnung).
- Haushaltsbegleitgesetz 1983
- Erhöhung der Zuzahlung für Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung
- Beitragspflicht für Krankengeld zur Renten- und Arbeitslosenversicherung (seit 1984)
- 2. Kostendämpfungsgesetz 1982
- Erhöhung der Zuzahlung für Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Zuzahlungen für Brillen
- Bei Zahnersatz gibt es für zahntechnische Leistungen nur 60% Erstattung
- Voraussetzungen für kostenfreie Familienhilfe wurden weiter verschärft
- Kostendämpfungsgesetz 1977
- Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Gekürzte Zuschüsse für Zahnersatzleistungen
- Keine freie Wahl des Krankenhauses
- Einschränkungen bei der kostenfreien Familienhilfe

#### **Leistungsverbesserungs- und Rehabilitationsgesetz 1974**

- Leistungsverbesserung durch Gewährung von Haushaltshilfen
- Erweiterung der Pflichtversicherung auf selbständige Landwirte, Studenten, Behinderte in geschützten Einrichtungen sowie Künstler und Publizisten

#### **Lohnfortzahlungsgesetz 1969**

- Erhöhung des Krankengeldes
- Krankengeldzuschuss für Arbeiter wurde auf das Niveau der Arbeitnehmer angepasst
- Gleichstellung zwischen Arbeitern und Angestellten

#### **1962**

- Beitragssatz 9,5%
- Ein Reformversuch, die Zahlungspflicht des Krankengeldes von den Kassen auf die Arbeitgeber zu übertragen, scheiterte.

#### **1961**

- Entfall der Karenztage
- Arbeitgeberzuschuss wurde auf den Volllohn angehoben

#### **1950**

- Beitragssatz bei 4,7% (ohne Lohnfortzahlung)
- Erste Reformversuche wurden unternommen, diese scheiterten jedoch.