

Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland gilt weltweit nach wie vor als Vorbild. Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf die notwendige medizinische Versorgung, unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen. Damit dies gewährleistet werden kann, müssen die vorhandenen finanziellen Mittel effizienter und wirtschaftlicher eingesetzt werden. Zudem führen der medizinische Fortschritt und die zunehmende Zahl älterer Menschen zu einem Ausgabenanstieg, der die Entwicklung der Einnahmen auch in Zukunft übersteigen wird. Diese Finanzierungslücke kann nicht einfach nur durch eine weitere Steigerung der Beitragssätze finanziert werden, denn steigende Sozialbeiträge führen zwangsläufig zu höheren Arbeitskosten und zu einer steigenden Arbeitslosigkeit. Die Lösung der Finanzierungsprobleme kann aber auch nicht in einer Rationierung von Leistungen zulasten der Patientinnen und Patienten gesucht werden. Sozial gerechter als die völlige Ausgrenzung oder Rationierung von Leistungen ist eine angemessene Beteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten, durch die weiterhin ein hohes Versorgungsniveau bei gleichzeitig angemessenen Beitragssätzen gesichert wird.

Deshalb haben sich die Bundestagsfraktionen von SPD, CDU/CSU, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Vertreter der Länder auf eine umfassende und nachhaltig wirksame Reform zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen verständigt. Diese soll einen zielgerichteten Einsatz der Finanzmittel und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung für alle Versicherten gewährleisten. Mit dieser Reform werden die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessert, die Transparenz ausgebaut, die Eigenverantwortung und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten gestärkt, die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und freien Berufe im Gesundheitswesen verbessert, leistungsfähige Strukturen geschaffen, die solidarische Wettbewerbsordnung weiterentwickelt und Bürokratie abgebaut.

Mit einem Bündel von Maßnahmen wird die gesetzliche Krankenversicherung spürbar entlastet. Für eine gerechte und ausgewogene Lastenverteilung müssen alle Beteiligten, von den Versicherten und Patienten über die Krankenkassen bis hin zu den Leistungserbringern ihren Beitrag leisten und sich strukturellen Veränderungen stellen. Ausgewogene Sparbeiträge aller sind erforderlich, um den Beitragssatz nachhaltig zu senken, die Lohnnebenkosten zu entlasten und wieder mehr Beschäftigung zu ermöglichen.

Im Einzelnen sind folgende Eckpunkte vereinbart worden, die in einen gemeinsamen Gesetzesentwurf aller im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen münden werden.

1. Stärkung der Patientensouveränität durch Transparenz, Wahlmöglichkeiten und Beteiligungsrechte

Die Gesetzliche Krankenversicherung dient den Versicherten und Patienten. Ihre Belange stehen deshalb im Zentrum der Reform. Sie erwarten eine qualitativ hochwertige und humane Versorgung in Medizin und Pflege, die allen Menschen ohne Ansehen des Alters oder der finanziellen Leistungsfähigkeit zugute kommt.

Die Versicherten sollen künftig stärker in die Entscheidungsprozesse der GKV eingebunden werden. Sie müssen von Betroffenen zu Beteiligten werden. Nur dann ist ihnen mehr Eigenverantwortung zuzumuten. Entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Herstellung von Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität. Auf dieser Grundlage können die Versicherten Entscheidungen über Versicherungs- und Versorgungsangebote treffen. Versicherte und Patienten tragen dadurch wesentlich zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bei. Dabei bleibt die freie Arztwahl erhalten.

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen wird Rechnung getragen.

1.1. Einführung einer Patientenquittung

Die Versicherten erhalten auf Verlangen eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus.

1.2. Einführung der intelligenten Gesundheitskarte

Ab 2006 löst eine intelligente Gesundheitskarte die bisherige Krankenversicherungskarte ab. Sie soll fälschungssicher sein, datenschutzrechtlichen Belangen genügen und administrative Daten, wie z.B. den Namen des Versicherten und Angaben zur Krankenkasse, speichern sowie auf Wunsch des Versicherten Gesundheitsdaten, insbesondere die wichtigsten Angaben zur Notfallversorgung, verfügbar machen. Damit bestimmen die Versicherten selbst über einen verbesserten Zugang zu ihren Gesundheitsdaten.

1.3. Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für alle Versicherten

Alle Versicherten sollen unabhängig von ihrem Versicherungsstatus die Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung erhalten. Vor der Entscheidung des Versicherten soll den Krankenkassen Gelegenheit zu einer Beratung gegeben werden. Die Wahl der Kostenerstattung betrifft den gesamten ambulanten Bereich. Die Krankenkassen erstatten auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln. An diese Wahlentscheidung ist der Versicherte mindestens ein Jahr gebunden. Vom Erstattungsbetrag sind adäquate Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzusehen und Zuzahlungen mit einzubeziehen.

1.4. Inanspruchnahme von Leistungserbringern im EU-Ausland

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten künftig grundsätzlich die Möglichkeit, bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der EU Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist nur bei Krankenhausbehandlungen erforderlich. Die Kosten werden auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln erstattet.

1.5. Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer im Inland

In Ausnahmefällen können Versicherte auch nicht zugelassene Leistungserbringer im Inland über Kostenerstattung in Anspruch nehmen, wenn dies zuvor von der Krankenkasse genehmigt wurde und eine zumindest gleichwertige Qualität wie bei zugelassenen Leistungserbringern gewährleistet ist. Die Krankenkasse hat bei ihrer Entscheidung medizinische und soziale Aspekte zu beachten.

1.6. Wahlmöglichkeiten bei Versicherungskonditionen

Den Versicherten sollen größere Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten beim Versicherungsumfang und dessen Finanzierung eingeräumt werden. Deshalb erhalten die Krankenkassen das Recht, freiwillig Versicherten z.B. Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anzubieten.

1.7. Vermittlung von Zusatzversicherungsangeboten durch die Krankenkassen

Als Ergänzung zu den Leistungen der GKV können Versicherte über ihre Krankenkasse günstige Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen erhalten. Dazu wird den Kassen die Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglicht.

1.8. Versichertenbonus

Versicherte können bei erfolgreicher Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder bei freiwilliger Teilnahme an besonderen Versorgungsangeboten, wie z.B. dem Hausarztssystem oder einer betrieblichen Gesundheitsförderung, einen finanziellen Bonus erhalten. Der Bonus wird durch die Selbstverwaltung jeder Kasse bestimmt. Die Aufwendungen hierfür müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus diesen Maßnahmen resultieren, finanziert werden.

1.9. Transparenz über Mittelverwendung durch Krankenkassen

Die Versicherten haben Anspruch auf Information über die Höhe der Beiträge sowie Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Verwaltungs- und Personalausgaben der jeweiligen Kasse andererseits.

1.10. Qualifiziertes Anhörungsrecht für Patientenverbände

Patienten- und Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe erhalten für Fragen, die die Versorgung betreffen, ein qualifiziertes Antrags- und Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere beim Bundesausschuss, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, den Zulassungsausschüssen sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Durch Rechtsverordnung werden Einzelheiten zu Organisation, Legitimation und Offenlegung der Finanzierung der zu beteiligenden Patienten-Organisationen geregelt.

1.11. Patientenbeauftragter

Auf Bundesebene soll den Anliegen der Patienten durch Bestellung eines Patientenbeauftragten Rechnung getragen werden. Dieser soll in unabhängiger und beratender Funktion

die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein.

2. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

Die medizinische Versorgung in Deutschland befindet sich auf einem hohen Niveau. Dennoch bedarf es ständiger Bemühungen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung. Dies erfolgt einerseits durch effizientere Strukturen bei den Institutionen der Selbstverwaltung und andererseits durch gezielte Anreize für Leistungserbringer und Krankenkassen. Darüber hinaus sollen in allen Bereichen des Gesundheitswesens Bürokratie abgebaut und die Abläufe vereinfacht werden. Auch dies trägt dazu bei, dass Ärzte, Pflegepersonal und andere Gesundheitsberufe sich wieder umfassender auf ihre eigentliche Aufgabe - die Patientenversorgung - konzentrieren können.

2.1. Stiftung und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Um den dynamischen Prozess der medizinischen und pflegerischen Standards und die kontinuierliche Einbeziehung neuer wissenschaftlicher und praktischer Erkenntnisse zu gewährleisten, gründen die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung eine - auch in der Rechtsform - vom Staat unabhängige Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Diese Stiftung gründet ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut. Die Aufgabenstellung des Instituts erstreckt sich auf Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, insbesondere:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten
- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen
- Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln
- Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung (Alltagssprache).

Das Institut bearbeitet die Aufgaben im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, indem es seinerseits Aufträge zu wissenschaftlichen Stellungnahmen an externe Sachverständige, z.B. wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, Qualitätssicherungsinstitutionen der Selbstverwaltungspartner oder an Dritte vergibt; dazu zählen auch wissenschaftliche Forschungseinrichtungen und Universitäten im In- und Ausland.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erhält ein Antragsrecht beim Institut, Themen zur Bearbeitung anzumelden. Lehnt das Institut diesen Antrag als unbegründet ab, muss das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Kosten für den Auftrag tragen, wenn es seinen Antrag aufrecht erhält.

2.2. Verpflichtung der Ärzte zur Einführung eines Qualitätsmanagements

In den ärztlichen Praxen wird ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. Sie werden dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen regelmäßig einen Bericht über diesbezügliche Aktivitäten.

2.3. Fortbildungsverpflichtung der Ärzte

Alle Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe müssen durch kontinuierliche interessenunabhängige Fortbildung zur Qualitätssicherung beitragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, ihre Mitglieder auf die Einhaltung ihrer Fortbildungspflichten zu überprüfen, in dem sie sich die Fortbildungsnachweise vorlegen lassen. Wer keinen Fortbildungsnachweis erbringt, muss Vergütungsabschläge hinnehmen. Wer sich der Fortbildung generell verweigert, muss mit dem Entzug der Zulassung rechnen.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Eine an den Patientenbedürfnissen orientierte Gestaltung der Versorgung muss das Sektorendenken überwinden. Patienten müssen dort versorgt werden, wo dies den medizinischen Erfordernissen am besten entspricht. Ein Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen kann außerdem Innovationen beschleunigen und Effizienzreserven erschließen. Den Patienten werden deshalb mehr Möglichkeiten eingeräumt, zwischen verschiedenen Versorgungsformen zu wählen.

Für eine gute Patientenversorgung ist es bedeutsam, dass sich die ärztliche Vergütung künftig an der Morbidität der Patienten ausrichtet und nicht alleine von ökonomischen

Vorgaben bestimmt ist. Deshalb wird die ärztliche Gesamtvergütung, die wie ein sektorales Budget wirkt, durch Regelleistungsvolumina abgelöst. Die ärztliche Vergütung wird grundsätzlich auf feste Preise umgestellt.

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird nach einer ernsthaften Lösung gesucht, um Überversorgung insbesondere in der ambulanten fachärztlichen Versorgung abzubauen.

3.1. Ablösung der ärztlichen Gesamtvergütung durch Regelleistungsvolumina

Die bisherige Gesamtvergütung wird ab 2007 durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina (vereinbarte Menge x fester Preis) ersetzt. Deren Fortschreibung richtet sich nach der Krankheitsentwicklung der Bevölkerung. Die Kassen tragen damit künftig das Morbiditätsrisiko, jedoch nicht das Risiko steigender Arztzahlen. Bei der jährlichen Veränderung ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, d.h. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven sind auszuschöpfen. Für besondere Versorgungsformen und Leistungen (wie z.B. ambulantes Operieren) können abweichende Vergütungsvereinbarungen getroffen werden.

Bis zum Jahr 2007 muss die Fortschreibung der Gesamtvergütung die durch den Bundesausschuss neu zugelassenen Leistungen und Methoden berücksichtigen. Im Jahr 2006 soll die neue Regelung unter dem Dach der Gesamtvergütung erprobt werden. Der Honorarverteilungsmaßstab entfällt ab 2007.

Eine einvernehmliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabs zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die Jahre 2004 bis 2006 erleichtert einen Übergang auf das neue Vergütungssystem.

Erfüllt die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag ganz, zeit- oder teilweise, insbesondere beim Notdienst, nicht, werden Vergütungsansprüche gekürzt.

3.2. Vergütung des einzelnen Arztes

Der einzelne Arzt wird entsprechend seines Regelleistungsvolumens mit festen Preisen vergütet. Leistungen, die das Volumen überschreiten, werden stark abgestaffelt vergütet. Die Abstufung wird gesetzlich vorgegeben. Bestimmte Leistungen sind nur für bestimm-

te Arztgruppen mit entsprechender Qualifikation abrechenbar. Die ärztliche Vergütung soll grundsätzlich stärker auf Leistungskomplexe und Fallpauschalen ausgerichtet sein.

3.3. Angleichung der Vergütung in den neuen Ländern

Die Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den neuen Ländern, die heute durchschnittlich bei rund 96 % des Niveaus der alten Länder liegen, werden durch entsprechende Erhöhung der Gesamtvergütungen in Schritten bis Ende 2006 angeglichen.

3.4. Effizientere Wirtschaftlichkeitsprüfungen

In der Vergangenheit waren Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht ausreichend wirksam. Deshalb sollen Wirtschaftlichkeitsprüfungen künftig durch darauf spezialisierte Personen durchgeführt werden, die über das Ergebnis ihrer Prüfungen regelmäßig Rechenschaftsberichte ablegen. Stichprobenprüfungen und Auffälligkeitsprüfungen bleiben nebeneinander bestehen. Auffälligkeitsprüfungen erfolgen grundsätzlich bei Überschreitung einer Schwelle von 25 % der vereinbarten Richtgröße oder bei sonstigen erheblichen Auffälligkeiten. Die geprüften Personen erhalten auch weiterhin die Möglichkeit, den Beschwerdeausschuss anzurufen. Die Vorstände der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße und wirksame Umsetzung dieser Regelungen.

3.5. Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren sind Einrichtungen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen, die für die Patientinnen und Patienten Versorgung aus einer Hand anbieten. Zudem bieten sie jungen Ärzten und Ärztinnen Berufschancen auch im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses in der ambulanten Versorgung tätig zu sein, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen.

Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in medizinischen Versorgungszentren tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren sind – wie niedergelassene Ärzte – im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zuzulassen. Damit angestellten Ärztinnen und Ärzten von medizini-

schen Versorgungszentren der Weg in die eigene Niederlassung nicht erschwert oder verbaut wird, soll die Zulassung nach einer Frist von 5 Jahren für eine eigene freiberufliche Tätigkeit nutzbar sein.

3.6. Integrierte Versorgung

Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt. Juristische Barrieren und ökonomische Hemmnisse - wie zum Beispiel die komplizierte Vergütungsausgrenzung - werden beseitigt. Um zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken als übertragener Vergütungsanteil zur Verfügung. Apotheken können in die integrierte Versorgung einbezogen werden. Die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen findet außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Krankenkassen können Verträge auch mit Trägern von medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind (z.B. Managementgesellschaften), abschließen.

3.7. Hausarztssystem

Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen anzubieten. Für die Versicherten ist dieses Angebot freiwillig.

3.8. Qualitätswettbewerb in der ärztlichen Versorgung

In der ärztlichen Versorgung wird ein Wettbewerb um das beste Versorgungskonzept in Gang gesetzt. Dieser Qualitätswettbewerb ruht auf drei Säulen:

1. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren künftig einen Versorgungsauftrag für die Versicherten. An der Versorgung kann teilnehmen, wer über eine Zulassung und die Qualifikation in der ärztlichen Weiterbildung verfügt sowie den im Versorgungsauftrag festgelegten Qualitätsanforderungen genügt.

2. Die Vertragspartner können besondere Versorgungsaufträge vereinbaren (z.B. für Disease-Management-Programme). Die Teilnahme an diesen Versorgungsaufträgen erfolgt über Ausschreibungen und ist für Vertragsärzte und Versicherte freiwillig.
3. Alternativ zu diesen kollektivvertraglichen Vereinbarungen können Krankenkassen und deren Verbände Direktverträge zur Förderung integrierter Versorgungsformen abschließen.

3.9. Teilöffnung der Krankenhäuser

Die Teilöffnung der Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen per qualifikationsgebundener institutioneller Ermächtigung soll durch einen gesetzlichen Katalog von Leistungen ermöglicht werden. Die Selbstverwaltung soll diesen Katalog fortentwickeln. Die Leistungsentgelte sind analog der vertragsärztlichen Vergütung festzulegen. Im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen werden Krankenhäuser „nach Maßgabe des DMP-Vertrages“ für die ambulante Behandlung geöffnet.

Bei Unterversorgung wird für das entsprechende Fachgebiet das Krankenhaus institutionell geöffnet, solange die Kassenärztliche Vereinigung - ggf. auch mit angestellten Ärzten - ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt. Sobald die Unterversorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung behoben ist, endet die institutionelle Krankenhausöffnung.

3.10. Maßnahmen zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern

Zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern sowie zur Realisierung der geplanten Abschaffung des Arztes im Praktikum wird ein Maßnahmenbündel beschlossen, das zum einen eine Optimierung der Arbeitszeitregelung im einzelnen Krankenhaus voraussetzt. Zum anderen werden Mittel bereitgestellt. Dabei soll zwischen Arbeitszeiten, Bereitschaftszeiten und Ruhezeiten unterschieden werden.

3.11. Finanzielle Anreize zur Steuerung des Ordnungsverhaltens

Zur Steuerung des Ordnungsverhaltens werden Honorare und veranlasste Leistungen (Arzneimittel, Heilmittel) enger miteinander verknüpft. Künftig kann ein bestimmter Anteil der Gesamtvergütungen vereinbart werden, der zu abgestimmten Maßnahmen zur Information und Beratung der Ärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung verwendet wird. Im Rahmen dieses Betrages sollen auch Bonuszahlun-

gen an die Vertragsärzte verteilt werden, die zwischen Kassen und Ärzten vereinbarte bestimmte Richtgrößen für verordnete Leistungen einhalten. Auch für den einzelnen Arzt können Anreize zum wirtschaftlichen Verordnen gegeben werden, indem z.B. Regresse mit wirtschaftlichem Verhalten verrechnet werden. Die Vorstände der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße Umsetzung dieser Maßnahme.

4. Neuordnung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Die Patienten erhalten eine hochwertige Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auf der Grundlage eines vielfältigen Angebots. Die pharmazeutische Industrie stellt einen wichtigen wirtschaftlichen Wachstumsfaktor in Deutschland dar. Allerdings sind die Ausgaben für Arzneimittel in den letzten 5 Jahren überproportional angestiegen. Allein bei den Arzneimitteln, die keinen Festbeträgen unterliegen, sind die Ausgaben von 1997 bis 2002 von ca. 8 Mrd. € auf 15 Mrd. € gestiegen, während die Ausgaben für Festbetrags-Arzneimittel bei rund 9 Mrd. € konstant blieben. Dies kann nicht allein medizinisch begründet werden. Deshalb sind steuernde Maßnahmen erforderlich, ohne die Arzneimittelversorgung grundsätzlich einzuschränken.

4.1. Weiterentwicklung der Festbetragsregelung

Patentgeschützte Arzneimittel, die eine erkennbare therapeutische Verbesserung bewirken oder geringere Nebenwirkungen verursachen, bleiben auch künftig festbetragsfrei. Patentgeschützte Arzneimittel ohne oder mit vergleichsweise geringfügigem zusätzlichem Nutzen werden wieder in die Festbetragsregelung einbezogen. Es können auch Festbetragsgruppen gebildet werden, wenn diese mindestens 3 patentgeschützte Arzneimittel, die der Festbetragsregelung unterliegen, enthalten.

Der Herstellerabschlag wird bis zum Wirksamwerden der neuen Festbeträge pauschal von 6 % auf 16 % für verschreibungspflichtige Nichtfestbetrags-Arzneimittel im Jahr 2004 erhöht.

4.2. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln

Der gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragen, eine Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln vorzunehmen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung findet nicht statt.

Der Bundesausschuss entscheidet über die Übernahme von Ergebnissen der Nutzenbewertung in die Arzneimittelrichtlinien. Diese wirken als Empfehlungen für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie des Arztes.

4.3. Neuregelung der Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich in die Eigenverantwortung der Versicherten übertragen, zumal diese Arzneimittel bereits heute überwiegend von Patienten ohne Kassenrezept selbst gekauft werden. Hiervon ausgenommen bleiben Kinder bis zum 12. Lebensjahr sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Darüber hinaus werden bei bestimmten Indikationen solche Arzneimittel auch weiterhin erstattet. Hierzu erarbeitet der Bundesausschuss für ca. 10 - 12 Indikationen einen Ausnahmekatalog (z.B. Acetylsalicylsäure nach Schlaganfall, Mistelpräparate bei Krebs). Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen.

4.4. Ausschluss von Arzneimitteln zur Verbesserung der privaten Lebensführung

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, wie z.B. Mittel gegen erektile Dysfunktionen, werden von der Erstattungspflicht der Kassen ausgenommen.

4.5. Verzicht auf Positivliste und neue Negativliste

Angesichts der Wirkungen einer neuen Festbetragsregelung, der Nutzenbewertung von Arzneimitteln und der grundsätzlichen Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel und sogenannter „life-style-Arzneimittel“ sind Positivliste und neue Negativliste entbehrlich.

4.6. Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung

Die Arzneimittelpreisverordnung wird grundlegend umgestaltet. Die Apotheken erhalten künftig je Packung ein Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von 3 % auf den Apothekeneinkaufspreis. Der Apothekenrabatt wird mit 2 Euro je Packung festgesetzt. Über Anpassungen entscheidet das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit bzw. die Selbstverwaltung. Der Großhandelsabschlag wird so geregelt, dass übermäßige Belastungen der Apotheker vermieden werden.

4.7. Geltung der Arzneimittelpreisverordnung für OTC-Produkte

Die bisher geltende Arzneimittelpreisverordnung gilt für OTC-Produkte, die von den Kassen erstattet werden, fort. Für alle anderen OTC-Produkte werden die Preise freigegeben.

4.8. Importarzneimittel

Der Preisabstand eines importierten Arzneimittels, zu dessen Abgabe der Apotheker verpflichtet ist, wird auf mindestens 15 % festgesetzt.

4.9. Vereinfachung und Entbürokratisierung der aut-idem-Regelung

Bei der aut-idem-Regelung entfällt für die Apotheker die Ermittlung von Obergrenzen für das untere Preisdrittel des Arzneimittelmarktes. Dafür werden im Gegenzug die Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel im unteren Preisdrittel festgesetzt.

4.10. Direktvereinbarung der Handelszuschläge mit Krankenhausapotheken

Soweit Krankenhausapotheken Arzneimittel für die ambulante Versorgung abgeben dürfen, vereinbaren sie Handelszuschläge mit den Krankenkassen.

4.11. Beteiligung von Apothekern bei besonderen Versorgungsformen

An den vertraglich vereinbarten Versorgungsformen kann die Krankenkasse oder die Einrichtung Apotheken durch Vertrag beteiligen. Die Angebote sind auszuschreiben.

4.12. Versandhandel

Für den Versand von Arzneimitteln durch Apotheken an Endverbraucher werden gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, die ein Höchstmaß an Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit gewährleisten. Es werden faire Bedingungen für den Wettbewerb von Versandapotheken mit öffentlichen Apotheken geschaffen. Versandapotheken werden wie öffentliche Apotheken in die integrierte Versorgung einbezogen. Die Krankenkassen können dann im Rahmen von Ausschreibungen die Höhe der Krankenkassenrabatte abweichend von der Arzneimittelpreisverordnung vereinbaren.

4.13. Mehrbesitzverbot

Künftig darf eine Apotheke bis zu drei Nebenstellen haben; das Fremdbesitzverbot bleibt bestehen.

4.14. Effizienzsteigerung bei der Hilfsmittelversorgung

Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung werden das Festbetragskonzept weiterentwickelt, die Festbeträge auf Bundesebene festgesetzt und Ausschreibungen auf Landesebene ermöglicht.

5. Reform der Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen

Starre Organisationsstrukturen der Krankenkassen und Leistungserbringer müssen flexibler und unbürokratischer gestaltet werden. Mehr Wettbewerb und Flexibilität tragen dazu bei, strukturelle Defizite des Gesundheitswesens zu beseitigen sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern. Die dazu erforderlichen Voraussetzungen werden im Organisations-, Vertrags- und Leistungsrecht geschaffen.

5.1. Organisationsreform der Krankenkassen

Für die verschiedenen Kassenarten werden gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen, indem das Mitgliedschafts- und Organisationsrecht harmonisiert wird. Fusionen bedürfen bei allen Kassenarten der Zustimmung der vor und nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen dauerhaft geöffnet bleiben. Bei geöffneten Betriebskrankenkassen sind die Personalkos-

ten in den Beitragssatz einzubeziehen. Für Betriebs- und Innungskrankenkassen, denen ein Betriebs- oder Innungsbezug fehlt, wird bis zum 1. Januar 2007 ein Errichtungsmoratorium verhängt.

5.2. RSA und weitere Fragen zum Organisationsrecht

Die Fragen eines zielgenauen, transparenten und unbürokratisch zu handhabenden Risikostrukturausgleichs und weiterführender organisationsrechtlicher Veränderungen, insbesondere die Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen, sollen im 1. Halbjahr 2004 von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe aufbereitet werden.

5.3. Professionalisierung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden gestrafft, indem ein hauptamtlicher Vorstand eingerichtet und die Vertreterversammlung verkleinert worden. Soweit dem hauptamtlichen Vorstand niedergelassene Ärzte angehören, können diese eine ärztliche Nebentätigkeit in begrenztem Umfang ausüben. Soweit mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10.000 Mitgliedern in einem Land bestehen, werden diese zusammengelegt.

5.4. Straffung und Entbürokratisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung

An die Stelle des Koordinierungsausschusses und der bisherigen Bundesausschüsse tritt ein Gemeinsamer Bundesausschuss. Er bildet Unterausschüsse für Fragen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung. Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft). Der Gemeinsame Bundesausschuss übernimmt auch Aufgaben, die bisher in einer Vielzahl von Organisationen zur Qualitätssicherung erfüllt wurden.

5.5. Abschaffung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren als entbehrlich erwiesen und kann daher abgeschafft werden.

5.6. Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Zur Bekämpfung von Fehlverhalten (z.B. Falschabrechnungen, Korruption) im Gesundheitswesen werden Krankenkassen und Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene verpflichtet, entsprechende Prüf- und Ermittlungseinheiten einzurichten.

5.7. Transparenz bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

Krankenkassen und Kassen- bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen künftig über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragssatz- bzw. Umlageanteil ausweisen. Dazu zählt auch die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen.

5.8. Reduzierung der Verwaltungsausgaben

Die Verwaltungsausgaben sind in den letzten Jahren überproportional angestiegen. Deshalb werden die Verwaltungskosten je Mitglied bis zum Jahr 2007 an die Grundlohnentwicklung gebunden. Solange die Verwaltungskosten je Mitglied einer Krankenkasse um mehr als 10 % über den durchschnittlichen Verwaltungskosten liegen, werden diese eingefroren.

5.9. Modernisierung des Informationsmanagements

Die Datentransparenz in der GKV ist derzeit nicht ausreichend. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer werden deshalb verpflichtet, durch organisatorische und informationstechnische Maßnahmen sicherzustellen, dass notwendige Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und zur Effizienzverbesserung im Gesundheitswesen genutzt werden können.

6. Prävention

Präventionsmaßnahmen und Fördermaßnahmen für die Selbsthilfe sollen stärker zwischen den Krankenkassen und mit anderen Beteiligten koordiniert werden. Hierfür soll ein Gemeinschaftsfonds auf Bundes- und Landesebene aus einem Teil der Mittel für diese

Maßnahmen gespeist werden. Näheres auch zur Finanzverantwortung regelt ein Präventionsgesetz, das Prävention definieren, eine Vernetzung von Initiativen bewirken, das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Prävention schärfen und für eine Intensivierung der Forschung sorgen soll. Bei der Ausgestaltung ist sozialen, regionalen und zielgruppenspezifischen Erfordernissen Rechnung zu tragen.

7. Neuordnung der Finanzierung

Bei der Neuordnung der Finanzierung sind alle relevanten Beteiligten im Gesundheitswesen einzubinden. Ausgewogene Finanzierungsbeiträge aller sind erforderlich, um den Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu senken und Lohnnebenkosten zu entlasten. Dabei muss sichergestellt werden, dass notwendige medizinische Leistungen und Spitzenmedizin allen zugänglich bleiben. Bei Selbstbeteiligungen müssen durch Überforderungsgrenzen soziale Belange berücksichtigt werden.

7.1. Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Zur Gegenfinanzierung wird in den Jahren 2004 und 2005 die Tabaksteuer in 3 Stufen um insgesamt 1 Euro je Packung angehoben.

7.2. Umfinanzierung von Leistungen

Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert. Eine obligatorische Absicherung wird in einem fairen Wettbewerb sowohl von der GKV als auch von der PKV angeboten. Die rechtlichen Grundlagen hierfür sind nach entsprechender Prüfung herzustellen.

Ab 2007 wird Krankengeld allein durch die Versicherten finanziert. Es bleibt bei einer solidarischen Absicherung im Rahmen und gemäß den Prinzipien der GKV. Hierzu wird ein pauschaler Beitragssatzanteil erhoben.

7.3. Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung der Versicherten

Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, müssen die Versicherten künftig selber finanzieren.

Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen wird begrenzt auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.

Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird zumutbar eingeschränkt (Reduzierung auf 3 statt 4 Versuche, Altersgrenzen zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen bzw. 50 Lebensjahren bei Männern) und mit einer Eigenbeteiligung von 50 % belegt.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur noch in engen Grenzen durch die GKV erstattungsfähig.

Fahrtkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung grundsätzlich nicht mehr erstattet. Ausnahmen davon gibt es nur nach Genehmigung durch die Krankenkasse (z.B. für Dialyse-Patienten).

7.4. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Das unübersichtliche und sozialpolitisch teilweise ungerechte System von Zuzahlungen und Befreiungs- bzw. Überforderungsregelungen wird deutlich vereinfacht. Grundsätzlich wird eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen von 10 % jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 € erhoben. Die Zuzahlung bei ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt 10 € je Quartal und Behandlungsfall. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung entfällt die Zuzahlung. Damit beschränkt sich die Zuzahlung beim Arzt im Regelfall auf 10 € je Quartal. Bei einem Krankenhausaufenthalt fallen täglich 10 € für maximal 28 Tage pro Jahr an.

Für alle Versicherten gilt künftig für alle Zuzahlungen gleichermaßen eine Belastungsgrenze in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens. Bei der Höhe des zugrundegelegten Einkommens werden Kinderfreibeträge zusätzlich berücksichtigt. Den besonderen Bedürfnissen chronisch Kranker wird durch eine Überforderungsklausel von 1 % des Bruttoeinkommens im Jahr Rechnung getragen. Die Definition des Status „chronisch Kranker“ wird präzisiert und auf dauerhafte Erkrankungen beschränkt. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

Anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse bei Zahnersatz wird es künftig befundorientierte Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung geben. Härtefälle werden besonders berücksichtigt. Die Qualitätssicherung für die Leistungen, für die ein Fest-

zuschuss gewährt wird, ist Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dazu zählt u.a. ein Heil- und Kostenplan.

7.5. Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen

Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von Rentnern werden mit dem vollen Beitragssatz belegt.

8. Gleichbehandlung nichtversicherter Sozialhilfeempfänger

Künftig übernehmen die Krankenkassen auch für die Sozialhilfeempfänger, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, die Aufwendungen für Krankenbehandlung. Die Sozialhilfeträger erstatten den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale bis zu 5 %. Bei Sozialhilfeempfängern wird zur Gleichbehandlung mit den GKV-Versicherten eine Selbstbeteiligung von mindestens 1 Euro vorgesehen. Bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist eine verfassungsrechtliche Prüfung vorzunehmen, ob bei der Selbstbeteiligung eine weitergehende Gleichstellung mit den GKV-Versicherten erfolgen kann.

9. Übertragung der Reformmaßnahmen auf beihilfeberechtigte Minister, Abgeordnete und Beamte

Die Be- und Entlastungen, die gesetzlich Krankenversicherte mit dieser Reform treffen, müssen entsprechend in den Beihilfe- und Versorgungsregelungen für Minister, Abgeordnete und Beamte bewirkt werden.

Modellrechnung ab 2004:

Jahr	2004		2005		2006		2007	
Geschätzte Entlastungen								
Leistungsausgrenzungen	2,5	Mrd. €						
Zuzahlungen	3,3	Mrd. €						
Tabaksteuer	1,0	Mrd. €	2,5	Mrd. €	4,2	Mrd. €	4,2	Mrd. €
Beiträge aus Versorgungsbezügen	1,6	Mrd. €						
quantifizierbare Struktureffekte	1,5	Mrd. €	2,0	Mrd. €	2,5	Mrd. €	3,0	Mrd. €
davon:								
Festbeträge / Herstellerrabatt	~ 1	Mrd. €						
Grundlohnanbindung Verwaltungskosten	~ 0,2 - 0,3	Mrd. €						
Nutzenbewertung von Arzneimitteln			~ 0,5	Mrd. €	~ 0,5	Mrd. €	~ 0,5	Mrd. €
davon nicht quantifiziert: Reimport, elektronische Gesundheitskarte, Versandhandel (einschl. Aufhebung der Preisbindung), Institut - evidenzbasierte Leitlinien / Empfehlungen DMP's, vereinbarte Versorgungsformen (DMP / int. Versorgung), Hausarztmodelle, Teilöffnung der Krankenhäuser / medizinische Versorgungszentren, Heil und Hilfsmittel (Verbesserung der Vertragsgestaltung), Festbeträge auf Bundesebene, Prävention (betriebliche Gesundheitsförderung), Verbesserung d. Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei ärztl. u. ärztlich veranlassten Leistungen - nachrichtlicher Wert in Klammern -			(~ 1	Mrd. €)	(~ 2,5	Mrd. €)	(~ 4	Mrd. €)
Zwischensumme	9,9	Mrd. €	11,9	Mrd. €	14,1	Mrd. €	14,6	Mrd. €
Zahnersatz (GKV / PKV)			3,5	Mrd. €	3,5	Mrd. €	3,5	Mrd. €
Sonderbeitrag							5,0	Mrd. €
Gesamtsumme	9,9	Mrd. €	15,4	Mrd. €	17,6	Mrd. €	23,1	Mrd. €
Entlastung aus Zwischensumme in Beitragssatzpunkten	1,0		1,2		1,5		1,5	
-/- Schuldenabbau und Rücklagenauffüllung in Beitragssatzpunkten	0,3		0,2		0,2		0,2	
Spielraum für Senkung des allg. Beitragssatzes gegenüber aktuellem Beitragssatz 2003	0,7		1,0		1,3		1,3	
allg. Beitragssatz 2003	14,3		14,3		14,3		14,3	
Ø allg. Beitragssatz ohne Umfinanzierung Zahnersatz & Sonderbeitrag	13,6		13,3		13,0		13,0	
davon Arbeitgeber (AG) / Arbeitnehmer (AN)	AG	AN	AG	AN	AG	AN	AG	AN
	6,80	6,80	6,65	6,65	6,50	6,50	6,50	6,50
Zahnersatz (GKV / PKV) in Beitragssatzpunkten			0,35		0,35		0,35	
Sonderbeitrag in Beitragssatzpunkten							0,50	
Ø allg. Beitragssatz mit Umfinanzierung Zahnersatz und Sonderbeitrag	13,60		12,95		12,65		12,15	
Anteil Arbeitgeber / Arbeitnehmer unter Berücksichtigung Zahnersatz und Sonderbeitrag in Beitragssatzpunkten	AG	AN	AG	AN	AG	AN	AG	AN
	6,80	6,80	6,48	6,83	6,33	6,68	6,08	6,93

Zuzahlungen

Generelle **Zuzahlung von 10 %** bei allen Behandlungskosten, **mindestens jedoch 5 €, max 10 €** bis zu einer **Kappungsgrenze** durch das Jahreseinkommen von **2 %** (für **Chroniker 1 %**).
Besonderheiten: Arztgebühr je Behandlungsfall und Quartal.
 Ausgenommen von Zuzahlungen sind Kinder und Präventionsleistungen. Familien können einen Kinderfreibetrag (derzeit 3.648 € je Kind) ansetzen.

	Ausgabenvolumen in Mrd. € rd.	alt	neu	Saldo	Kommentar
Krankenhaus & AHB 10 € Pro Tag max. 28 Tage innerhalb der Härtefallbetrachtung	48		1,4		
Kuren und übrige Reha	3		0,3		
Arzneimittel 10 % (min. 5, max 10 €)	23		4,0		Schätzung Wido.
Arztbesuch bei 10 €	22		4,2		Rd. 565 Mio. abgerechnete Fälle insgesamt. Hiervon werden rd. 15 % der Fälle aufgrund von Überweisungen abgezogen. Abschläge ebenso für Kinderarztfälle & Vorsorge. Keine Abschläge für Versicherte in vereinbarten Versorgungsformen. Die restliche Fallzahl von rd. 415 Mio. wird mit 10 € je Fall belegt.
Zahnarztbesuch bei 10 €	8		0,8		Rd. 75 Mio. Fälle (o. Kinder) werden mit einer Zuzahlung von 10 € belegt.
Heilmittel 10% (min. 5, max. 10 €) je Anwendung)	4		0,8		Hier greift die 5 € je Anwendungsregel. Da die Kosten je Einzelanwendung meist unter 50 € liegen kann hier ein deutlicher Zuwachs erwartet werden.
Hilfsmittel 10 % (min. 5, max 10 €)	5		0,3		Min. von 5 € greift z.b. bei Bandagen, Einlagen und Gehstöcken.
Fahrkosten 10 % (min. 5, max. 10 € je Fahrt - Kranken,- Notarzt, - Rettungswagen) Taxen & Mietwagen nur in Ausnahmefällen	3		0,1		meist greift die Obergrenze von 10 €, ambulante Fahrten entfallen. Rd 8,5 Mio. Fälle (o. amb. Fahrten) werden damit mit 10 € belegt.
sonstige Leistungsausgaben z. B. häusliche Krankenpflege 10% (min. 5 max. 10 €)	3		0,6		z. B. 112 Mio. Tage bei häuslicher Krankenpflege
Summen (ohne Einkommenskappung)	116		12,4		
Volumen unter Berücksichtigung der Einkommenskappung und des Kinderfreibetrages		3,2	6,5	3,3	Grobschätzung: rd. 3 bis 3 1/2 Mrd. €

Durch die Beschränkung der Kostenübernahme bei Taxen und Mietwagen nur in Ausnahmefällen kann in diesem Bereich mit **zusätzlichen Einsparungen in Höhe von 0,5 Mrd. €** gerechnet werden.