

**Stellungnahme  
zum Antrag der Fraktion DIE LINKE  
„Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen  
- Patientinnen und Patienten entlasten“  
Drucksache 17/241**

**13. April 2011**

Praxisgebühr, Zuzahlungen und andere Selbstbeteiligungen sind im deutschen Gesundheitswesen Ausdruck des Prinzips der Eigenverantwortung (§ 1 SGB V). Gleichwohl sind die Wirkungen von Zuzahlungen umstritten. Nicht selten wird darauf verwiesen, dass Zuzahlungen keine Steuerungswirkungen haben. Dabei lassen sich sowohl im deutschen als auch internationalem Kontext ausreichend Belege für die Steuerungswirkung von Zuzahlungen finden. Die grundsätzliche Abschaffung von Zuzahlungen ist dementsprechend abzulehnen.

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze stellt keine Finanzierungsalternative zur Praxisgebühr und Zuzahlung dar. Unter dem Strich würde die Krankenversicherung für eine große Mittelschicht - nämlich Millionen von Angestellten, Facharbeitern, Handwerkern und Selbstständigen um bis zu 43 % teurer. Gleichzeitig würde die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in den Unternehmen wie eine Sonderabgabe auf hochqualifizierte Arbeitnehmertätigkeit wirken.

Ein mit der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze korrespondierender Anstieg der Versicherungspflichtgrenze ist abzulehnen. Sie stellt vom Ergebnis her eine Bürgerversicherung für Angestellte dar. Die PKV würde dauerhaft den Zugang zu den Angestellten verlieren. Der Bürgerversicherung wäre der Weg geebnet.

Die Bürgerversicherung ist das Ziel der LINKEN. In der Begründung des Antrags der Fraktion der LINKEN findet sich die Voraussage, dass mit einer Bürgerversicherung ein Beitragssatz von 10 % möglich wäre. Tatsächlich kann die Bürgerversicherung derartige Beitragssatzsenkungen nicht erreichen. Die Bürgerversicherung löst darüber hinaus keines der bestehenden Probleme im deutschen Gesundheitswesen. Im Gegenteil, der demographische Problemdruck würde steigen und gewohnte Standards und Qualitäten der deutschen Gesundheitsversorgung wären bedroht.

## **I. Zur Funktion der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungen**

Versicherte der privaten Krankenversicherung (PKV) sind von der Praxisgebühr nicht betroffen. Zuzahlungen sind in der PKV grundsätzlich freiwillig. Sie werden in Art und Höhe als beitragsrelevante Selbstbehalte selbst gewählt und sind Ausdruck von Wahlfreiheit, Tarifvielfalt und Eigenverantwortlichkeit.

Im System der gesetzlichen Versicherung (GKV) sind Praxisgebühr, Selbstbeteiligungen und andere Zuzahlungen Ausdruck des auch im SGB V verankerten Prinzips der Eigenverantwortung (§ 1 SGB V). Auch deshalb ist die Forderung der Fraktion DIE LINKE nach Abschaffung von Zuzahlungen abzulehnen. Gerade weil medizinische Leistungen häufig von den Versicherten als kostenlose öffentliche Güter wahrgenommen werden (*moral hazard*), sind Zuzahlungen als Steuerungselement sinnvoll. Sie sind dagegen mit Vorsicht zu betrachten, wenn die Finanzierungsfunktion im Vordergrund steht. In der Regel tragen Zuzahlungen nachhaltig dazu bei, den Einzelnen im Gesundheitswesen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu

motivieren. Sie schaffen Anreize, Leistungen dort nicht in Anspruch zu nehmen, wo sie nicht unbedingt erforderlich sind.

Durch angemessene Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass sich die GKV als Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Die Übernahme kleiner Risiken durch den Einzelnen ist Voraussetzung dafür, dass die großen Risiken schwerer Erkrankungen auch weiterhin solidarisch im Versichertenkollektiv abgedeckt werden können. Belastungsobergrenzen und Zuzahlungsbefreiungen können dabei verhindern, dass es zur individuellen Überforderung des Versicherten kommen kann.

In der Begründung des Antrags der LINKEN wird darauf hingewiesen, dass es sowohl für das sogenannte Moral-Hazard-Phänomen als auch für Steuerungswirkungen von Zuzahlungen „*keinen wissenschaftlichen Beleg in der Literatur der vergangenen Jahrzehnte*“ gäbe. Dem ist nicht so. Zahlreiche deutsche als auch internationale Studien zeigen, dass die Nachfrage insbesondere nach nicht unmittelbar lebensnotwendigen Gesundheitsleistungen zurückgeht, wenn die Krankenversicherung Leistungen nicht übernimmt. [*Winkelmann (2004)*<sup>1</sup>; *Cherkin et al. (1990)*<sup>2</sup>; *Scitovsky and McCall (1977)*<sup>3</sup>]. In diesem Zusammenhang zeigt die Literatur auch, dass die sogenannte Preiselastizität der Nachfrage - also die individuelle Neigung, auf finanzielle Zuzahlungen mit einer veränderten Leistungsanspruchnahme zu reagieren - bei ambulanten Gesundheitsleistungen über der Elastizität im stationären Bereich liegt.

Gleichwohl zeigt die Empirie auch, dass die Ausgestaltung der Zuzahlungen von besonderer Wichtigkeit ist. Ansonsten besteht die Gefahr der Benachteiligung von älteren Menschen oder Menschen mit geringem Einkommen [*Beck/Horne (1980)*<sup>4</sup>; *Manning et al. (1987)*<sup>5</sup>; *Elofsson et al (1998)*<sup>6</sup>]. Umso wichtiger ist es, mit intelligenten Belastungsgrenzen oder Befreiungen derartige Benachteiligungen zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang ist auch die Empirie zur Wirkung der Praxisgebühr von Interesse. Nach einer Studie der TU Berlin auf der Grundlage des Sozioökonomischen Panels des DIW zeigt sich, dass nur ein relativ kleiner, aber nicht signifikanter Rückgang der Arztbesuche von 2 bis 5 % durch die Einführung der Praxisgebühr feststellbar war. Ein relevanter Rückgang war lediglich vorübergehend im Jahr 2004 zu beobachten. Dabei ließen sich keine empirischen Belege für weniger häufige Arztbesuche von Personen mit geringem Einkommen, staatlichen Transferempfängern oder chronisch Kranken feststellen [*Schreyögg/Grabka (2008)*].<sup>7</sup> Würde eine ausreichend hohe Praxisgebühr ohne Ausnahme bei jedem Arztbesuch fällig, ließe sich - so ein

---

<sup>1</sup> Winkelmann (2004), Co-payments for Prescription Drugs and the Demand for Doctor Visits: Evidence From a Natural Experiment, in: Health Economics 13, S. 1081-1089.

<sup>2</sup> Cherkin/Grothaus/Wagner (1990), The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO; in: Inquiry 1990; 27, S. 24-38.

<sup>3</sup> Scitovsky/McCall (1977), Coinsurance and the Demand for Physician Services: Four Years Later, in: Social Security Bulletin 1977; 35, S. 4019-27.

<sup>4</sup> Beck/Horne (1980), Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan before, during and after Copayment, in: Medical Care 1980, 18, S. 787-806.

<sup>5</sup> Manning et. al. (1987), Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment, in: American Economic Review 1987, 77, S. 251-77.

<sup>6</sup> Elofsson/ Uden/ Krakau (1998), Patient charges - a hindrance to financially and psychosocially disadvantaged groups seeking care, in: Social science and medicine, 1998, 46, S. 1375-1380.

<sup>7</sup> Schreyögg/Grabka (2008), Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach, DIW.

Fazit der TU-Studie - wahrscheinlich sehr wohl ein signifikanter Rückgang der Arztbesuche feststellen [Schreyögg/Grabka (2008)].<sup>8</sup>

Belege für die Steuerungswirkung von Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen lassen sich auch im Arzneimittelsektor finden. Im Arzneimittelbereich konnten in den vergangenen Jahren folgende Beobachtungen gemacht werden: (1) Um Zuzahlungen zu entgehen, bevorzugen Patienten regelmäßig größere Medikamentenpackungen, um anschließend - im Gebrauch der Arzneimittel - die Tabletten zu teilen. Diese Steuerungswirkung ist sicherlich nicht unproblematisch. (2) Arzneimittel, für die eine Aufzahlung auf den Festbetrag zu entrichten ist, werden von gesetzlich Versicherten kaum noch „nachgefragt“. Es zeigt sich regelmäßig ein Einbruch der Verordnungszahlen. (3) Die Ausgliederung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus dem Leistungskatalog der GKV durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) führte zur spürbaren Mehrverordnung von stärker wirksamen und gleichzeitig verschreibungspflichtigen Wirkstoffen. Diese wurden wie gewohnt auch nach dem GMG von der GKV übernommen.

## II. Zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Abschaffung der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungen führt zu Mindereinnahmen der GKV. Um diese Mindereinnahmen auszugleichen, soll laut Antrag der Fraktion DIE LINKE die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) von heute 44.550 € auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (66.000 €) erhöht werden. Dabei sollen die Beiträge zur GKV paritätisch - also zur Hälfte von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentnerinnen und Rentnern - finanziert werden. Der PKV-Verband lehnt eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ab.

### (a) Hohe Belastung für die Mittelschicht

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze stellt keine tatsächliche Finanzierungsalternative zur Praxisgebühr und Zuzahlung dar. Denn der Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung (66.000 €) entspräche einem Anstieg von über 48 %. So entstünden Beitragserhöhungen für Millionen von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die oberhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze verdienen. Unter dem Strich würde die Krankenversicherung für eine große Mittelschicht - nämlich Millionen von Angestellten, Facharbeitern, Handwerkern und Selbstständigen drastisch teurer. Dazu Einkommensbeispiele:

#### GKV-Jahresbeiträge freiwillig gesetzlich Versicherter: Der Status Quo im Vergleich zur Erhöhung der BBG

Einkommen	Status Quo	Erhöhung der BBG	Belastung
45.983 €	6.897,5 €	6.897,5 €	+/- 0 %
50.000 €	6.897,5 €	7.500 €	+ 8,7 %
55.000 €	6.897,5 €	8.250 €	+ 19,6 %
60.000 €	6.897,5 €	9.000 €	+ 30,5 %
66.000 €	6.897,5 €	9.900 €	+ 43,5 %

Annahmen: Beitragssatz im Status Quo: 15,5 %; Die Erhöhung der BBG auf 66.000 € erlaubt - dem Gutachten von Rothgang (2010) zur grünen Bürgerversicherung folgend - eine Beitragssatzsenkung um 0,5 %-Punkte, d.h. ein Beitragssatz von 15,0 %.

<sup>8</sup> Schreyögg/Grabka (2008), Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-Difference Approach, DIW.

## **(b) Sonderbelastung auf Hochqualifizierte**

Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung bedeutet eine darüberhinausgehende Erhöhung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber, die insbesondere hochqualifizierte Arbeitnehmer beschäftigt haben. Hochlohnintensive Wachstumsbranchen werden davon besonders betroffen sein. Für die Unternehmen wirkt die Erhöhung der BBG entsprechend wie eine Sonderbelastung auf hochqualifizierte Arbeitnehmertätigkeit. Eine sehr hohe Zusatzlast für die Unternehmen, die bei einem einzigen Angestellteneinkommen an der im Antrag der LINKEN geforderten Beitragsbemessungsgrenze schon bei über 1.700 € läge. Das entspricht einer Steigerung der Lohnnebenkosten von über 52 %.

### **Arbeitgeberbelastung durch Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in Abhängigkeit vom Einkommen der Mitarbeiter: Der Status Quo im Vergleich zur Erhöhung der BBG**

<b>Einkommen</b>	<b>Status Quo</b>	<b>Erhöhung der BBG</b>	<b>Mehrbelastung</b>
<b>44.500 €</b>	3.248,5 €	3.337,5 €	+ 2,7 %
<b>50.000 €</b>	3.248,5 €	3.750 €	+ 15,4 %
<b>55.000 €</b>	3.248,5 €	4.125 €	+ 27,0 %
<b>60.000 €</b>	3.248,5 €	4.500 €	+ 38,5 %
<b>66.000 €</b>	3.248,5 €	4.950 €	+ 52,4 %

*Annahmen: Arbeitgeberbeitrag im Status Quo: 7,3 %; Die Erhöhung der BBG auf 66.000 € erlaubt - dem Gutachten von Rothgang (2010) zur grünen Bürgerversicherung folgend - eine Beitragssatzsenkung um 0,5 %-Punkte, d.h. ein Beitragssatz von 15,0 % bzw. ein Arbeitgeberbeitrag von 7,5 %.*

## **(c) Neue Abhängigkeit zwischen Gesundheits- und Arbeitskosten**

Im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) ist der Arbeitgeberbeitrag in der Krankenversicherung auf der Höhe von 7,3 % gesetzlich festgeschrieben worden. Gleichzeitig sind in der GKV kassenindividuelle, allein von den Versicherungsmitgliedern zu tragende Zusatzbeiträge möglich. Ziel dieser Neuregelungen war und ist es, die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten weitgehend zu entkoppeln. Damit werden langfristig Wachstum und Beschäftigung gefördert. Eine weitere Belastung des Faktors Arbeit mit der Folge des Abbaus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung wird vermieden.

Die von der Fraktion DIE LINKE geforderte Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei gleichzeitiger Rückkehr zur Parität will die neu geschaffene Entkopplung der Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitskosten rückgängig machen. Beiträge auf Erwerbseinkommen bzw. Beitragssteigerungen sollen wieder je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgebracht werden. Alle in der Vergangenheit so häufig kritisierten negativen Beschäftigungs- und Wachstumseffekte würden zurückkehren. Der Arbeitgeberzuschuss stiege im gleichen Umfang zu den Beiträgen. Die Lohnnebenkosten würden voll mit der Dynamik der Beitragssatzentwicklung belastet.

### **III. Zur Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze bzw. Einführung einer Bürgerversicherung**

Der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze soll - laut Antrag der Fraktion DIE LINKE – eine entsprechende Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze folgen. Nur so ließe sich das Abwandern von Versicherten in die private Krankenversicherung verhindern. Eine dauerhafte und stabile Finanzierungsgrundlage für die GKV kann aber – so die Fraktion DIE LINKE – nur mit einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung geschaffen werden, in die alle Menschen aus allen Einkommen einzahlen.

Der PKV-Verband lehnt einen mit der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze korrespondierenden Anstieg der Versicherungspflichtgrenze ab. Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (66.000 €) entspräche einem Anstieg von über 48 %. Eine vergleichbar erhöhte Versicherungspflichtgrenze läge bei über 73.260 €. Das Ergebnis einer derartigen Erhöhung wäre gleichbedeutend mit der Bürgerversicherung für Angestellte. Die private Krankenversicherung würde dauerhaft den Zugang zu den Angestellten verlieren. Nur noch sehr wenige Arbeitnehmer wären in der Lage, in einem für die PKV als sinnvoll zu betrachtenden Einstiegsalter ein Einkommen von über 73.260 € zu erzielen. Die private Krankenversicherung wäre in einem wichtigen Marktsegment praktisch abgeschafft. Der Bürgerversicherung wäre der Weg geebnet.

Dauerhaft soll nach dem Willen der LINKEN nicht nur für Angestellte, sondern auch für alle Selbständigen und Beamten inklusive ihrer Angehörigen eine Versicherungspflicht in einer nach den Prinzipien der GKV funktionierenden Bürgerversicherung gelten. Mit einer alle Menschen einbeziehenden Bürgerversicherung ließe sich - so die in der Begründung des Antrags der Fraktion DIE LINKE zu lesende Voraussage - der Beitragssatz zur GKV auf 10 % senken.

Die von der Fraktion DIE LINKE durch die Bürgerversicherung in Aussicht gestellte Beitragssatzsenkung auf einen Beitragssatz von 10 % ist weder kurzfristig noch in der angekündigten Höhe realisierbar. Das Konzept geht von der fragwürdigen Annahme aus, dass die Versicherungsverträge der heute Privatversicherten verfassungsrechtlich keinen Bestands- und Vertrauensschutz genießen. Dieser Bestandschutz wird indes in der Regel von fast allen Befürwortern der Bürgerversicherung ausdrücklich anerkannt.<sup>9</sup>

Unabhängig vom Bestands- und Vertrauensschutz ist die Problemlösungskompetenz der Bürgerversicherung zu thematisieren. Dabei muss man sich immer wieder vergegenwärtigen, dass die Vision der Bürgerversicherung tatsächlich eine Forderung nach einem Einheitssystem ist. In einer pluralen Gesellschaft sollte aber Vielfalt und Wahlfreiheit Vorrang gegenüber Einheitslösungen haben, zumal die Bürgerversicherung keines der bestehenden Probleme im deutschen Gesundheitswesen löst. Im Gegenteil, der demographische Problemdruck würde steigen und gewohnte Standards und Qualitäten der deutschen Gesundheitsversorgung wären bedroht:

---

<sup>9</sup> U. Schmidt, Gesundheitsministerin a. D., 12.6.2009: „*Es müsse eine Bestandssicherung für die heute Privatversicherten geben.*“; Parteitagsbeschluss der Grünen zur Bürgerversicherung, 21.11.2010: „*Bei der Einbeziehung der privat Krankenversicherten sind deren verfassungsrechtlich geschützte Ansprüche zu beachten.*“; SPD-Eckpunkte zur Bürgerversicherung, 8.11.2010: „*Vertrauensschutz für bislang Privatversicherte ist uns wichtig.*“

- Schon heute ist der demographische Wandel weit vorangeschritten. Wenn wir uns Gesundheit auch noch in 20, 30 Jahren leisten können wollen, führt kein Weg an mehr Vorsorge für die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben vorbei. Das geht nur mit mehr Kapitaldeckung in der Finanzierung der medizinischen Versorgung. Die Bürgerversicherung will wider besseren Wissens um die bevorstehende Überalterung der deutschen Bevölkerung den entgegen gesetzten Weg gehen: Durch die Abschaffung der kapitalgedeckten PKV soll die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gänze auf das demographieanfällige Umlageverfahren umgestellt werden. Da der finanziellen Belastbarkeit von immer weniger Erwerbstätigen Grenzen gesetzt sind, ist die der Politik verbleibende Ausweichreaktion vorhersehbar: Leistungskürzungen.
- Die private Krankenversicherung bietet einen unkündbaren Leistungskatalog, dessen Umfang – anders als in einer staatlich regulierten Bürgerversicherung - nicht nachträglich eingeschränkt werden kann und der sich stetig um den medizinischen Fortschritt erweitert. Die Leistungssicherheit in der PKV ist damit auch ein Korrektiv von möglichen Rationierungen in der GKV. Ohne die private Krankenversicherung würden die heute schon wahrzunehmenden Rationierungen und Budgetierungen in der GKV deutlich leichter fallen.
- Dass der Qualitätsstandard der deutschen Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich sehr hoch ist, geht nicht zuletzt auf das Nebeneinander von GKV und PKV zurück. Gesetzlich wie Privatversicherten gleichermaßen steht ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten offen. Dies ist gerade auch ein Verdienst der PKV. Die PKV ist eine budgetfreie Zone. Privatversicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Sie finanzieren mit ihren Beiträgen ein demografiefestes Sicherungssystem, das nicht auf steuerliche Subventionen angewiesen ist. In einer Bürgerversicherung wäre diese stabilisierende Funktion der Dualität – zwei Finanzierungssäulen für eine gemeinsame Versorgung - nicht mehr gegeben.