



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0115(9)

gel. VB zur Anhörung am 13.4.

2011_Praxisgebühr

06.04.2011

**Stellungnahme des
GKV-Spitzenverbandes
vom 06.04.2011 zum Antrag der
Fraktion DIE LINKE „Praxisgebühr und
andere Zuzahlungen abschaffen –
Patientinnen und Patienten entlasten“
vom 15.12.2009 (Drucksache 17/241)**

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I.	Gegenstand des Antrags	3
II.	Zuzahlungen im geltenden Recht	3
IV.	Soziale Flankierung der Zuzahlungsregelungen	5
V.	Gesamtvolumen der Zuzahlungen	6
VI.	Steuerungswirkungen der Zuzahlungen	7
VII.	Fazit	8



I. Gegenstand des Antrags

Mit dem vorgelegten Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE den Deutschen Bundestag auf, von der Bundesregierung die Vorlage eines Gesetzentwurfs zu verlangen, mit dem sämtliche Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschafft werden. Zur Finanzierung dieser Maßnahme soll die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung auf das höhere Niveau der Rentenversicherung (West) – bei entsprechender Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zur Verhinderung der Abwanderung der betroffenen Arbeitnehmer in die private Krankenversicherung – angehoben werden.

Zur Begründung führt die Fraktion an, dass nach ihrer normativen Wertung Zuzahlungen inklusive der Praxisgebühr „zutiefst unsozial“ seien, zudem die ihnen vom Gesetzgeber zugedachte Steuerungswirkung verfehlt hätten. Die Steuerungswirkung sei vielmehr ineffizient, da die Zuzahlungen auch zu einer Nichtinanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen führten, die ihrerseits mittel- bis langfristig erhebliche Folgekosten für die Krankenversicherung erzeugten.

II. Zuzahlungen im geltenden Recht

Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt ihre Leistungen im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Eigenverantwortung. Dieses Spannungsfeld wird in der grundlegenden Norm des § 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch so definiert, dass die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern (Satz 1), dass aber zugleich die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind und daher aktiv an dem Ziel der Vorbeugung und Genesung mitzuwirken haben (Satz 2).

Ob und in welchem Maße zu diesem aktiven Beitrag auch eine finanzielle Eigenbeteiligung der Versicherten an den gewährten Leistungen zählt, hat der Gesetzgeber im Dritten Kapitel des SGB V konkret bestimmt, zuletzt wesentlich geändert durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003.



Zuzahlungen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich auf folgende Leistungen zu entrichten:

Zuzahlung	Betrag	Ergänzende Erläuterungen
Arzt-/Zahnarzt- /Psychotherapeutenbesuch	10 Euro pro Quartal Praxisgebühr	Bei Überweisung von Arzt zu Arzt/ Facharzt fällt keine weitere Praxisge- bühr an. Ausnahmen: Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge-/ Früherkennungs- untersuchungen sowie Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausge- nommen.
Arznei- und Verbandmittel	10 % des Preises	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro, begrenzt auf die Kosten des Mittels; Zuzahlungsbefreiung bei be- stimmten Festbetragsarzneimitteln
Fahrkosten	pro Fahrt 10 % des Preises	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten zu- züglich 10 Euro je Verordnung	begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10 % der kalender- täglichen Kosten	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro
Heilmittel	10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 Euro je Verordnung	
Hilfsmittel	10 % für jedes Mittel	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind: 10 % je Verbrauchseinheit, maximal 10 Euro pro Monat
Krankenhausbehandlung	10 Euro pro Kalen- dertag	maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
Stationäre Vorsorge	10 Euro pro Tag	
Medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär)	10 Euro pro Tag	bei Anschlussrehabilitation begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 Euro pro Tag	
Soziotherapie	10 % der kalender- täglichen Kosten	jedoch mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro



Neben der nachfolgend beschriebenen sozialen Flankierung der Zuzahlungsregelungen können sich Zuzahlungsermäßigungen in Abhängigkeit von den jeweiligen Satzungen der Krankenkassen bei Wahl eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 3 SGB V und im Zusammenhang mit Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V ergeben. Darüber hinaus ergeben sich Zuzahlungsfreistellungen bei bestimmten Festbetragsarzneimitteln (§ 31 Abs. 3 SGB V).

IV. Soziale Flankierung der Zuzahlungsregelungen

Das Gesetz sieht Regelungen vor, die die finanziellen Belastungen für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten deutlich begrenzen.

- § Zuzahlungen werden nicht erhoben, soweit Kinder („Versicherte, die das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben“) Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen (Ausnahme: Fahrkosten). Erheblich entlastet werden also Familien mit minderjährigen Kindern.

- § Darüber hinaus hat der Gesetzgeber eine Belastungsgrenze definiert, die die auf das Kalenderjahr bezogenen Zuzahlungen in der Summe begrenzt: Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke die Hälfte. Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten und der ggf. im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Von den jährlichen Bruttoeinnahmen werden für die Angehörigen gesetzlich festgelegte „Freibeträge“ in Abzug gebracht.

Die Versicherten einschließlich der jeweils im gemeinsamen Haushalt lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden entsprechend der jeweiligen finanziellen Leistungsfähigkeit und somit unterschiedlich mit Zuzahlungen belastet.

- § Nach der amtlichen Statistik (BMG, KG 2) nehmen jährlich etwa 7 Mio. Versicherte die 1- bzw. 2-prozentigen Belastungsgrenze in Anspruch. Rund 6,5 Mio. Versicherte „überschreiten“ die 1-prozentige, rund 0,5 Mio. Versicherte die 2-prozentige Belastungsgrenze und werden damit von der weiteren Zuzahlungsverpflichtung für das betreffende Jahr befreit bzw. erhalten die zu viel gezahlten Zuzahlungen erstattet.

Damit werden die finanziellen Lasten der gesetzlich Versicherten durch Zuzahlungen in erheblicher Weise begrenzt. Die Frage der Angemessenheit der Höhe



der Belastungsgrenze ist wiederum normativer Art und ihre Beantwortung damit
 ureigene Sache des Gesetzgebers.

V. Gesamtvolumen der Zuzahlungen

Aus den gesetzlichen Vorgaben ergibt sich für die Träger der Krankenversicherung, dass ihre Leistungen aus einem Finanzierungsmix getragen werden, der – neben den Beiträgen ihrer Mitglieder und deren Arbeitgeber, der Beteiligung des Bundes und ggf. den Zusatzbeiträgen der Mitglieder – auch die Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten umfasst.

Das Volumen sämtlicher geleisteter Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung betrug im Jahr 2010 rd. 5 Mrd. Euro. Im bestehenden Beitragssystem entsprechen 5 Mrd. Euro in etwa 0,5 Beitragssatzpunkten oder – bei unverändertem Beitragssatz – einem monatlichen Zusatzbeitrag von 8 Euro.

Eine Aufgliederung des Zuzahlungsvolumens nach Leistungen ergibt für das Jahr 2010 folgendes Bild:

Gesetzliche Zuzahlungen	Euro	Anteil
§ Ärztliche Behandlung	1.546.516.982	30,9
§ Zahnärztliche Behandlung	381.670.891	7,6
§ Arznei-, Verband- und Hilfsmittel	1.683.086.137	33,6
§ Heil- und Hilfsmittel, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	561.569.248	11,2
§ Krankenhausbehandlung	680.810.942	13,6
§ Fahrkosten	61.758.646	1,2
§ Ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, medizinische Leistungen für Mütter/Väter	53.200.915	1,1
§ Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	4.001.846	0,1
§ Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	5.987.104	0,1
§ Behandlungspflege, Häusliche Krankenpflege	30.662.803	0,6
<i>insgesamt</i>	5.009.265.515	100

Quelle: BMG, KV 45, 1.-4. Quartal, 2010

Das Zuzahlungsvolumen hat sich in den Jahren 2005 bis 2010 wie folgt entwickelt.

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Euro	5.445.117.203	5.336.446.492	4.829.865.773	4.871.510.064	4.846.216.176	5.009.265.515

Quelle: BMG, KV 45, 1.-4. Quartal, 2005-2010



Das Volumen ist im Zeitablauf leicht rückläufig. Die Einflussfaktoren sind vielfältig. Aufgrund der spezifischen Ausgestaltung der einzelnen Zuzahlungsregelungen (Deckelung durch Belastungsgrenze, Begrenzung der maximalen Zuzahlung je abgegebenes Arzneimittel etc.) besteht kein proportionaler Zusammenhang zwischen Zuzahlungsvolumen und allgemeiner Ausgabenentwicklung. Gründe für ein Stagnieren können u. a. in der Zunahme der Befreiungen von der Praxisgebühr im Rahmen neuer Versorgungsformen (z. B. Wahltarife für in Disease-Management-Programme eingeschriebene Versicherte), im Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus oder in der Zunahme zuzahlungsbefreiter Arzneimittel liegen.

Im internationalen Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich des Anteils der privaten "Selbstzahlungen" an den Konsumausgaben der privaten Haushalte mit 2,5 Prozent unterhalb des OECD-Durchschnitts von 3 Prozent. Die höchsten Anteilswerte ergaben sich für die Schweiz und Griechenland mit 5,9 Prozent, der niedrigste Wert für die Niederlande mit 1,2 Prozent des Gesamtkonsums. Der Anteil der „Selbstzahlungen“ an den Gesamtgesundheitsausgaben in Deutschland liegt mit rd. 13 Prozent ebenfalls unterhalb des OECD-Durchschnitts (OECD-Gesundheitsdaten 2009). Zu beachten ist, dass die gesetzlichen Zuzahlungen nur einen Teil der von der OECD betrachteten „Selbstzahlungen“ für Gesundheitsleistungen ausmachen. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen sind nicht Bestandteil der „Selbstzahlungen“.

VI. Steuerungswirkungen der Zuzahlungen

Die Zuzahlungen sind mit einem Volumen von rd. 5 Mrd. Euro jährlich ein wesentliches Finanzierungsinstrument in der Krankenversicherung. Daher ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unabdingbar, dass eine Diskussion über die Angemessenheit der Höhe der Zuzahlungen und einer möglichen Reduzierung oder Abschaffung immer zugleich die Finanzierungsfrage einbezieht. Die Fraktion DIE LINKE schlägt u. a. deshalb konkret eine alternative Finanzierung über entsprechend höhere Krankenversicherungsbeiträge der Mitglieder und Arbeitgeber vor. Zu entscheiden, ob dieser Weg zu gehen wäre, ist Aufgabe des Gesetzgebers.

Von der Einführung der Zuzahlungen, respektive ihrer Erhöhung und Modifizierung durch das GMG im Jahr 2003, hat sich der Gesetzgeber auch die Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten und damit einen Mengeneffekt in der Nachfrage erhofft. In der ökonomischen Theorie ist die nachfrage-senkende Wirkung von Zuzahlungen (bei elastischer Nachfrage) schlüssig beschrieben. Dabei wird davon ausgegangen, dass dieser Effekt umso größer ist, je höher die Eigenbeteiligungen ausfallen. Zur Frage, ob und ggf. in welchem Maße Zuzahlungen darüber hinaus Steuerungswirkungen dergestalt entfalten, dass ei-



ne bei eigenanteilsfreier Bereitstellung von Gesundheitsleistungen ggf. vermutete Überinanspruchnahme von Leistungen auf das notwendige Maß reduziert wird, liegen dem GKV-Spitzenverband keine Daten vor. Gleiches gilt für die Frage, ob und ggf. in welchem Maße Zuzahlungsregelungen zu einer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterhalb des individuellen Bedarfs führen.

Gestützt wird die Einschätzung des Gesetzgebers zur positiven Steuerungswirkung der Zuzahlungen durch die Rechtsprechung. In seinem Urteil zur Verfassungsmäßigkeit der 2004 eingeführten Praxisgebühr vom 25.6.2009 (Aktenzeichen: B 3 KR 3/08 R) bewertet das Bundessozialgericht die Zuzahlungen als "ein zweckmäßiges und taugliches Mittel zur Erhaltung der Effektivität und Effizienz der Leistungen der GKV, aber auch ihrer Qualität und Finanzierbarkeit." Zuzahlungen seien danach geeignet, die Eigenverantwortung des Versicherten zu stärken und dienen dazu, Versicherte von der Inanspruchnahme nicht erforderlicher ärztlicher Behandlungen abzuhalten. Dies führe zu einer Einsparung von Kosten bei den Krankenkassen und einer Entlastung der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten. In seinem Urteil verweist das Bundessozialgericht auch auf zahlreiche Entscheidungen der Vergangenheit, in welchen die Steuerungswirkung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen als verfassungsgemäß angesehen wurde.

VII. Fazit

Als Finanzierungsinstrument erbringen die gesetzlichen Zuzahlungen derzeit ein jährliches Volumen von rd. 5 Mrd. Euro, die folglich nicht über Beiträge, Zusatzbeiträge oder Bundesmittel finanziert werden müssen.

Die finanziellen Lasten der Versicherten werden durch gesetzliche Ausnahmeregelungen nach finanzieller Leistungsfähigkeit, aber insbesondere auch für Familien und für chronisch kranke Versicherte, begrenzt.

Die normative Bewertung der sozialen Angemessenheit der gegebenen Zuzahlungsregelungen inklusive der Ausnahmeregelungen ist Grundlage für die konkrete gesetzliche Ausgestaltung des Finanzierungsmixes der gesetzlichen Krankenversicherung durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, Bundesmittel und Eigenbeteiligungen der Patienten und damit originäre Aufgabe des Gesetzgebers.

