

VOLKSSOLIDARITÄT

Bundesverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0115(3)
gel. VB zur Anhörung am 13.4.
2011_Praxisgebühr
05.04.2011



Volkssolidarität Bundesverband e.V. · Alte Schönhauser Str. 16 · 10119 Berlin

An den
Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestages

11011 Berlin

Telefon 030-27897-0

Fax: 030-27593959

E-Mail:

bundesverband@volkssolidaritaet.de

www.volkssolidaritaet.de

Berlin, 5. April 2011

Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V.

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. April 2011 zum

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Katrin Binder, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE

Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten

(BT-Drs. 17/241)

I. Abschaffung von Praxisgebühr und Zuzahlungen durch solidarische Finanzierung der GKV ermöglichen

Der vorliegende Antrag der Fraktion DIE LINKE ist darauf gerichtet, Patientinnen und Patienten durch die Abschaffung der Praxisgebühr und anderer Zuzahlungen zu entlasten. Die Volkssolidarität teilt das Anliegen der Antragsteller und unterstützt daher die Forderung an die Bundesregierung, entsprechende gesetzliche Regelungen vorzulegen. Sie hatte bereits bei Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), mit dem die heutige Praxisgebühr und Zuzahlungssystematik eingeführt wurde, ihre Ablehnung dieser zusätzlichen Belastungen für Patientinnen und Patienten zum Ausdruck gebracht.¹

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE wurde zwar bereits im Dezember 2009 gestellt, d. h. vor der Ende 2010 im Deutschen Bundestag verabschiedeten und zum 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Finanzreform in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG). Durch diese Entwicklung hat der Antrag jedoch nicht an Aktualität verloren, sondern eher noch gewonnen.

Denn mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2011 wurde der Kurs der Belastung der gesetzlich Versicherten nicht nur fortgesetzt, sondern in einer neuen Qualität deutlich weiter verstärkt. Die neue Qualität ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV ab 2011 eingefroren wird und die Krankenkassen einkommensunabhängige Zusatzbeiträge in unbegrenzter Höhe erheben können. Damit gehen alle künftigen Kostensteigerungen allein zu Lasten der gesetzlich Versicherten, während die Arbeitgeberseite von der Mitverantwortung für wachsende Gesundheitskosten freigestellt wird. Dieser Weg stellte eine Entsolidarisierung bei der Finanzierung der Gesundheitskosten dar.

¹ Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages vom 11.09.2003 (Ausschuss-Drucksache 0274/15 vom 19.09.2003)

Die Volkssolidarität spricht sich daher für eine Finanzierung der Gesundheitskosten aus, die auf solidarische Grundlagen gestellt wird. Eine solche Finanzierung sollte vor allem folgende wesentliche Elemente enthalten:

- Die Finanzierung muss wieder paritätisch durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfolgen und das heutige Verhältnis der Lastentragung von 60 Prozent durch Arbeitnehmer und Rentner zu 40 Prozent durch Arbeitgeber entsprechend korrigieren. Dies schließt ein, den von Arbeitnehmern und Rentnern seit 2004 zu entrichtenden Sonderbeitrag von 0,9 Prozent abzuschaffen, auf einkommensunabhängige Zusatzbeiträge zu verzichten und die in den letzten Jahren ausgeweiteten Eigenleistungen der gesetzlich Versicherten zu reduzieren.
- Die Private Krankenversicherung (PKV) muss in vollem Umfang in den Risikostrukturausgleich der GKV einbezogen werden. Damit würden die Belastungen insgesamt sozial gerechter verteilt werden. Auch die PKV und ihre Versicherten sind im Sozialstaat in gesellschaftlicher Verantwortung und aufgefordert, ihren gleichgewichtigen Beitrag zum solidarischen Ausgleich zu leisten.
- Die Unterschiede in der Honorierung von Leistungen für gesetzlich und privat Versicherte müssen beseitigt werden. Gegenwärtig erhalten Ärzte in einigen Bereichen für privat Versicherte eine im Durchschnitt doppelt so hohe Vergütung wie für gesetzlich Versicherte. Dieser Anreiz, privat Versicherte bevorzugt zu behandeln, ist abzubauen, indem die Vergütungssysteme von GKV und PKV zusammengeführt werden. Eine medizinische Leistung soll in Zukunft einheitlich vergütet werden, unabhängig davon, ob Patienten gesetzlich oder privat versichert sind. Nur so ist eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin zu verhindern.
- Zur Stärkung der Solidargemeinschaft sollte die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV schrittweise auf die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden, damit auch die oberen Einkommensanteile zur Finanzierung der Gesundheitskosten beitragen.
- Eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze muss als Instrument genutzt werden, um eine Abwanderung von Besserverdienenden aus der GKV in die PKV und entsprechende Verluste an GKV-Beitragseinnahmen zu verhindern.
- Auch Kapitalerträge und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung müssen künftig in die Beitragspflicht einbezogen werden. Ihre Einbeziehung würde zu einer sozial gerechteren Beitragserhebung beitragen und berücksichtigen, dass der Anteil der Vermögenseinkünfte am Volkseinkommen in den letzten Jahren wächst, während der der Lohneinkommen rückläufig ist. Um Beitragszahler mit kleinem Sparguthaben nicht über Gebühr zu belasten, sind dabei Freibeträge vorzusehen.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE enthält ebenfalls einige dieser Elemente, so z. B. die paritätische Finanzierung der Kosten, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. Damit soll eine Gegenfinanzierung gesichert werden, um die Einnahmeausfälle durch die Abschaffung von Praxisgebühr und Zuzahlungen auszugleichen. Längerfristig soll eine solidarische Bürgerversicherung eine stabile und dauerhafte Finanzierungsgrundlage für die GKV gewährleisten.

Die Volkssolidarität hält diese Vorschläge des Antrags für richtig, da ihre Umsetzung eine im Vergleich zu den heute geltenden Regelungen gerechtere und nachhaltigere Finanzierung der GKV ermöglichen würde.

II. Belastung von Patientinnen und Patienten durch Praxisgebühr und Zuzahlungen verstärkt soziale Ungleichheiten in gesundheitlicher Versorgung

Die Belastungen für die gesetzlich Versicherten wurden in den letzten Jahren systematisch ausgeweitet. Insbesondere mit den ab 2004 eingeführten Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) erfolgte ein deutlicher Anstieg der Belastungen bei gleichzeitiger Kürzung von Leistungen. So wurden z. B. die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro

sowie eine durchgängige Selbstbeteiligung eingeführt. Letztere orientiert sich am Richtwert von 10 Prozent der Kosten, wobei für jede einzelne Leistung mindestens fünf Euro (aber maximal der jeweilige Preis) und höchstens 10 Euro zuzuzahlen sind. Zuschüsse für Brillen wurden für Erwachsene vollständig aus dem Leistungskatalog gestrichen und die Privatisierung von Gesundheitsleistungen ausgeweitet (z. B. Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL, Versicherungen zur Abdeckung nicht mehr von der GKV getragener Leistungen).

Bereits zuvor war die Finanzierung des Zahnersatzes und von Hilfsmitteln auf Festzuschüsse umgestellt worden. Bei diesen Leistungen sehen sich die Versicherten häufig zu erheblichen Zuzahlungen veranlasst. So deckt z. B. der Festzuschuss beim Zahnersatz nur einen Teil der Kosten ab. Dies führt dazu, dass Versicherte hochwertige zahnmedizinische Leistungen zunehmend nur durch höhere Eigenbeteiligung erhalten können.

Praxisgebühr und Zuzahlungen haben einen erheblichen Anteil an den Ausgaben, die von privaten Haushalten für Gesundheit getragen werden. So lagen die Zuzahlungen in der GKV insgesamt im Jahre 2009 bei 4,846 Milliarden Euro, wobei allein die Praxisgebühr zu Einnahmen von 1,88 Milliarden Euro führte. Damit entsprachen die Zuzahlungen einem Anteil von ca. 3 Prozent der GKV-Leistungsausgaben, die sich auf insgesamt 160 Milliarden Euro beliefen.

Gesetzliche Überforderungsklauseln begrenzen zwar in gewissem Maße die Höhe der individuellen Zuzahlungen. Allerdings wurden auch hier die gesetzlichen Vorschriften in den letzten Jahren zu Lasten der Versicherten verändert. Nach geltendem Recht sind die Zuzahlungen für alle Versicherten auf maximal zwei Prozent der Bruttoeinkünfte begrenzt. Für chronisch Kranke gilt eine reduzierte Zuzahlungshöhe von maximal ein Prozent der Bruttoeinkünfte. Zudem entfiel mit dem GMG die zuvor geltende vollständige Zuzahlungsbefreiung für sozial Benachteiligte (Härtefallregelung nach § 38 des Bundessozialhilfegesetzes – BSHG). Die Folge war, dass Sozialhilfeempfänger nach dem BSHG und ab 2005 Leistungsbezieher nach den Sozialgesetzbüchern II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und XII (Sozialhilfe/ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) von Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen nicht ausgenommen sind und die aus dem GKV-Katalog ausgegrenzten Leistungen selbst übernehmen müssen.

Durch diese Änderung der bis Ende 2003 geltenden Regelungen mit dem GMG war ein deutlicher Rückgang bei den Versicherten zu verzeichnen, deren Belastung durch Überforderungsklauseln gemildert wurde. Waren im Jahre 2003, d. h. vor Inkrafttreten des GMG, noch über 9,9 Millionen gesetzlich Versicherte von Zuzahlungen befreit (darunter über 2,9 Millionen Rentnerinnen und Rentner), so waren es 2009 nur noch 6,9 Millionen Versicherte, davon 6,4 Millionen mit der Ein-Prozent-Regelung für chronisch Kranke.²

Gesundheitsexperten verweisen zu Recht darauf, dass Zuzahlungen in Höhe von maximal zwei Prozent optisch zwar eine niedrige Schwelle darstellen, jedoch der betreffende Anteil am frei verfügbaren Einkommen (also nach Abzug der Fixkosten für Miete, Strom, Grundnahrungsmittel etc.) erheblich höher liegt, erst recht bei Beziehern niedriger Einkommen.³

Zudem hat der Versicherte das Erreichen der Belastungsgrenze gegenüber seiner Krankenkasse durch das Einreichen der Zahlungsbelege selbst nachzuweisen und die Zuzahlungsbefreiung zu beantragen. Auch dies stellt für viele Betroffene eine nicht zu unterschätzende Hürde dar, gerade für ältere Menschen, bei denen die Befreiungsregelungen am häufigsten Anwendung finden. Daher ist davon auszugehen, dass ein nicht geringer Anteil von Berechtigten sie gar nicht in Anspruch nimmt.

² Siehe Gesundheitsberichterstattung des Bundes unter www.gbe-bund.de

³ Siehe Thomas Gerlinger: Die solidarische Krankenversicherung – unverzichtbarer Teil des Sozialstaats, Gutachten erstellt im Auftrag des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) und der Volkssolidarität Bundesverband e. V., Berlin 2010

Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen führen dazu, dass Kranke, insbesondere chronisch Kranke, überproportional mit Kosten belastet und die das Solidarprinzip kennzeichnenden Umverteilungsmechanismen geschwächt werden.

Zuzahlungen sind durch den Widerspruch zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit gekennzeichnet.⁴ Sollen sie sozialverträglich sein, dann müssen sie niedrig ausfallen, entfalten in diesem Fall aber keine Steuerungswirkung. Sollen sie eine Steuerungswirkung entfalten, so müssen sie finanziell deutlich spürbar sein, sind dann aber kaum sozialverträglich, weil sie sozial Schwächere weit stärker treffen als Besserverdienende. Analysen zur Wirkung der Praxisgebühr zeigen z. B., dass sie bei sozial Schwächeren eine weit größere Wirkung als bei Besserverdienenden entfalten.

Eine von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) Ende 2007 vorgestellte repräsentative Umfrage, an der sich 1.664 Menschen der Altersgruppe 60 plus beteiligten, kam zu dem Ergebnis, dass sich über 40 Prozent der älteren Menschen in Deutschland durch Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenanteile „stark belastet“ fühlen.⁵

Besonders betroffen waren Seniorinnen und Senioren in Ostdeutschland (47 Prozent) sowie ältere Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen (50 Prozent). Viele der Befragten wiesen darauf hin, dass sie die zusätzlichen Ausgaben an anderer Stelle einsparen müssen. Andere verzichteten auf notwendige Arztbesuche, Behandlungen, Medikamente oder Hilfsmittel. Seitens der BAGSO wurde darauf hingewiesen, dass Maßnahmen zur sozialen Abfederung offensichtlich zu kurz greifen.

Praxisgebühr und Zuzahlungen fördern im Kontext mit Leistungskürzungen, verstärkten Eigenleistungen und der Privatisierung von Leistungen die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung.

Diese Entwicklung wird auch von ehemals politisch Verantwortlichen kritisch bewertet. So stellt z. B. der langjährige Bürgermeister von Bremen, Henning Scherf, fest:

„... Wer das deutsche Gesundheitssystem genau betrachtet, erkennt schnell ein Zwei-Klassen-System. Wer zum einkommensschwächsten Viertel der Deutschen gehört, stirbt – statistisch gesehen – zehn Jahre früher als jemand aus dem reichsten Viertel.... Ein Armutszeugnis für unsere Gesellschaft....Eine zusätzliche Spaltung erfährt das System dadurch, dass immer mehr medizinische Leistungen privat bezahlt werden müssen. Und da verzichtet eben mancher auf den Ultraschall. Hinzu kommt die Praxisgebühr, mit der Rot-Grün der Unsitte entgegenwirken wollte, dass Patienten von einer Praxis zur anderen laufen. Doch anstatt jene einsamkeitsgetriebenen Ärztehopper zu treffen, trifft diese Gebühr jene, die sich die zehn Euro im Quartal kaum leisten können und dann lieber krank zuhause bleiben.....Oder die Zuzahlungen für verordnete Medikamente – wer sich die nicht leisten kann, verzichtet eben auf die notwendigen Pillen. Hier ist unser Gesundheitssystem auf ein falsches Gleis gesetzt worden...“⁶

Es wird deutlich, dass dieses „falsche Gleis“ verlassen werden sollte. Dazu gehört auch die im Antrag der Fraktion DIE LINKE geforderte Abschaffung von Praxisgebühr und Zuzahlungen.

III. Praxisgebühr hat nichts gebracht und sollte abgeschafft werden

Als besonders ungerecht muss die Praxisgebühr angesehen werden. Sie stellt für die Patientinnen und Patienten eine Art „Eintrittsgeld“ zur ärztlichen Behandlung dar und ist insbesondere für diejenigen demütigend, die mit kleinen Einkommen oder Renten gründlich überlegen müssen, ob sie sich einen Arztbesuch leisten können. Daran ändert auch nichts, dass das Bundessozialgericht im Jahre 2009 die Praxisgebühr als „rechtmäßig“ bewertete und eine entsprechende Klage zurückwies (Aktenzeichen B 3 KR 3/08 R).

⁴ Ebenda

⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), Bonn, Pressemitteilung 16/2007 vom 27.11.2007

⁶ Henning Scherf: Gemeinsam statt einsam – Meine Erfahrung für die Zukunft, Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2009, Seite 114 f.

Nach Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) ist die Praxisgebühr zwar mittlerweile „akzeptiert“. Entsprechende Befragungen ergeben, dass über 68 Prozent der Befragten für eine Beibehaltung der Praxisgebühr plädieren. Zugleich lehnt aber eine deutliche Mehrheit auch eine eventuelle Ausweitung der Praxisgebühr auf alle Arztbesuche oder ihre Erhöhung auf mehr als 10 Euro ab.⁷

Die vom WidO ermittelte Akzeptanz der Praxisgebühr ist weniger als Zustimmung zu werten, sondern eher ein Beleg dafür, dass vor allem ihre Ausweitung massiv abgelehnt wird und – wie die gleiche Umfrage ebenfalls zeigt – das Solidarprinzip der GKV-Finanzierung in der Bevölkerung einen breiten Rückhalt findet.

Schon frühere Befragungen des WidO zeigten, dass die Praxisgebühr auch das Versorgungsgeschehen nicht positiv beeinflusst. So ergab eine Befragung zu den Hausarztprogrammen, dass als wichtigster Vorteil für eine Beteiligung der GKV-Versicherten die dadurch mögliche Befreiung von der Praxisgebühr genannt wurde.⁸

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass es in der Vergangenheit immer wieder zu Fällen gekommen ist, bei denen unzulässig die Praxisgebühr erhoben wurde, obwohl es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelte.⁹ Solche Praktiken verstoßen gegen die Regelungen im Sozialgesetzbuch V. Sie zeigen aber auch die Notwendigkeit auf, Patientinnen und Patienten noch besser zu informieren und über ihre Rechte aufzuklären. So ist z. B. nicht ausreichend bekannt, dass auch das Arztgespräch Bestandteil jeder Vorsorgeuntersuchung ist und nicht zur Zahlung der Praxisgebühr verpflichtet.

Offensichtlich ist auch, dass mit Einführung der Praxisgebühr die ursprünglich erwartete Steuerungswirkung nicht eingetreten ist, die Anzahl der Arztkontakte deutlich zu reduzieren. So stellte auch der Bundesgesundheitsminister kürzlich fest: „Die hohe Zahl der Arztbesuche hat viele Gründe. Die von der SPD eingeführte Praxisgebühr hat jedenfalls nicht die beabsichtigte Wirkung gebracht.“¹⁰

Steuernde Wirkungen zur Reduzierung der auch im internationalen Vergleich relativ hohen Anzahl von Arztkontakten könnten beispielsweise erfolgen durch:

- einen Abbau der angebotsinduzierten Versorgungsüberschüsse (Überversorgung), einschließlich der Arztbesuchszahl, in städtischen Räumen.
- Einwirkung auf das Verschreibungsverhalten der Ärzte. Die mehr als doppelt so hohe Anzahl von Arzneimittelverschreibungen für Patienten in Deutschland gegenüber den skandinavischen Ländern führt auch zu unnötigen Arztbesuchen, um unnötige Rezepte zu erhalten.
- eine bessere Kooperation von Ärzten untereinander, um unnötige Arztbesuche zu vermeiden, z. B. in Ärztehäusern oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit gemeinsamer Abrechnung und geringeren fiskalischen Sonderinteressen von Einzelärzten gegenüber den Ärzten in der Niederlassung.

Wenn die Bundesregierung dennoch an der Praxisgebühr festhalten will, bleiben dafür offenbar allein fiskalisch Gründe, denen zufolge ihre Erhebung angesichts der Finanzlage der GKV unverzichtbar wäre.¹¹

Die Volkssolidarität wendet sich angesichts der Belastungen für Patientinnen und Patienten, der Vertiefung der Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung und der teilweise negativen Auswirkungen im Versorgungsgeschehen dagegen, die Praxisgebühr beizubehalten.

⁷ Erwartung an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung, WidO-Monitor 1-2010

⁸ Versorgungsgeschehen aus der Versicherten-Perspektive, WidO-Monitor 2-2008

⁹ Praxisgebühren bei Vorsorgeuntersuchungen, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE, Bundestags-Drucksache 16/13790 vom 14.07.2009

¹⁰ „Die Praxisgebühr hat nichts gebracht“, Gesundheitsminister Rösler im Gespräch, www.sueddeutsche.de, 03.03.2011

¹¹ Rösler verteidigt Praxisgebühr, Ärzteblatt, 4.11.2010

Eine deutliche Verbesserung der Einnahmesituation für die GKV, wie sie die Volkssolidarität fordert, könnte mit dazu beitragen, auch die finanziellen Voraussetzungen zu gewährleisten, um Praxisgebühr und Zuzahlungen abzuschaffen.

Darüber hinaus fordert die Volkssolidarität erneut eine Halbierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel, wie sie seit Jahren in anderen EU-Staaten praktiziert wird. Die dadurch mögliche Einsparung von ca. 2,8 Milliarden Euro könnte den Einnahmeausfall bei einer Abschaffung der Praxisgebühr mehr als ausgleichen. Im Rahmen einer Reform der Mehrwertsteuer sollte dieser Schritt so erfolgen, dass die dadurch entstehenden Spielräume vollständig für die Entlastung von Patientinnen und Patienten genutzt werden können.