

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0115(5)
gel. VB zur Anhörung am 13.4.
2011_Praxisgebühr
06.04.2011

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

**zum Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg,
Karin Binder, Inge Höger, Dr. Gesine Löttsch, Dr. Ilja Seifert,
Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler und der Fraktion DIE LINKE**

***Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen –
Patientinnen und Patienten entlasten***

BT-Drs. 17/241

**anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
am Mittwoch, 13. April 2011**

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn/Berlin, den 6. April 2011

Inhalt

	Seite
I. Darstellung der Problemlage	3
II. Keine weiteren Mehrbelastungen der Privathaushalte	4
III. Die finanzielle Eigenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen und ihre gesundheitlichen Folgen	7
IV. Zusammenfassung und Ausblick	9

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt den vorliegenden Antrag „*Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten*“ der Fraktion *DIE LINKE* im Grundsatz und nimmt hierzu wie folgt Stellung:

I. Darstellung der Problemlage

Hinsichtlich der Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem ist derzeit das Folgende festzustellen:

- Die **Praxisgebühr** hat als Steuerungsinstrument für die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten das bei ihrer Einführung im Jahre 2004 angestrebte Ziel der Reduzierung der Anzahl der Arztkontakte durch die GKV-Versicherten nicht erreicht - vielmehr ist die Zahl der Arztkontakte weiter gestiegen. Die Unwirksamkeit der Praxisgebühr als Steuerungsinstrument wurde wissenschaftlich bestätigt und ist bereits im Hinblick auf die weitere steigende Zahl der Arztkontakte unstrittig. Zudem verursacht sie Kosten für den bürokratischen Aufwand, die besser in die Versorgung der GKV-Versicherten fließen sollten. Bereits aus diesen Gründen ist die Praxisgebühr abzuschaffen.
- Die **Wirkung der Praxisgebühr auf das Inanspruchnahmeverhalten von Einkommensschwächeren** wurde zunächst nur vermutet, inzwischen jedoch auch wissenschaftlich bestätigt: Die Praxisgebühr führt insbesondere bei den einkommensschwächeren Personengruppen zu einer Verschiebung oder sogar Vermeidung des Arztkontaktes, bei denen ein niedrigschwelliger Zugang zu einer adäquaten ambulanten ärztlichen Behandlung aus sozialmedizinischer Sicht besonders wünschenswert wäre. Die Praxisgebühr ist also ein Instrument, welches die soziale Ungleichheit im Hinblick auf einen gleichen Zugang zu einem auf dem Solidaritätsprinzip basierenden Gesundheitssystem fördert. Vor allem deshalb ist die Praxisgebühr abzuschaffen.
- **Zuzahlungen in der Gesundheitsversorgung** sind außerdem auch insgesamt deshalb kritisch zu betrachten, weil sie – wie bei der Praxisgebühr – den Zugang zu Gesundheitsleistungen verhindern können und damit dazu führen können, dass durch die aus Kostengründen verspätete oder vermiedene notwendige Behandlung Folgekosten – beispielsweise durch eine später notwendige Notfallbehandlung oder eine stationäre Einweisung – entstehen, die bei rechtzeitiger ambulanter Behandlung nicht entstanden wären und die vor allem die Kosten der ambulanten Behandlung noch übersteigen. Auch aus versorgungsethischer und gesundheitsökonomischer Sicht erscheinen Zuzahlungen deshalb höchst problematisch.
- Schließlich ist eine **stetige Mehrbelastung der Privathaushalte** durch Praxisgebühr, Zuzahlungen, Mehrkosten und Zusatzbeiträgen zu verzeichnen. Diese Mehrbelastungen trägt allein der GKV-Versicherte – sie werden nicht paritätisch finanziert. Dies stellt aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland einen weiteren Schritt zum Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

II. Keine weiteren Mehrbelastungen der Privathaushalte

Aus der folgenden Tabelle ergeben sich die **Zuzahlungen** der privaten Haushalte in der gesetzlichen Krankenversicherung¹:

Leistungsbereich	Jahr (absteigend)				4. Quartal 2010 (vorläufiges Ergebnis)
	2005	2006	2007	2008	2010
Zuzahlungen insgesamt	5.445.117.203	5.336.446.492	4.829.865.773	4.871.510.064	5.009.265.515
Ärztliche Behandlung	1.620.126.656	1.555.814.717	1.526.323.064	1.520.568.351	1.546.516.982
Zahnärztliche Behandlung	384.128.555	375.495.010	372.320.243	402.645.386	381.670.891
Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken und Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen	2.125.327.721	2.005.603.691	1.642.477.214	1.663.024.602	1.683.086.137
Heil- und Hilfsmittel, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	517.514.800	514.259.034	521.792.026	544.751.535	561.569.248
Krankenhausbehandlung	654.342.370	735.777.574	618.635.142	582.625.843	680.810.942
Fahrkosten	66.438.177	55.705.056	58.405.163	60.805.139	61.758.646
Ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge und Reha, medizinische Leistungen Mütter und Väter	46.015.439	61.011.616	55.728.574	59.511.381	53.200.915
Ergänzende Leistungen Reha	4.363.689	4.548.450	5.247.319	7.372.003	5.987.104
Behandlungspflege / häusliche Krankenpflege	22.916.213	25.639.582	25.894.676	27.077.759	30.662.803

Bei einer der Berechnung zu Grunde gelegten Gesamtheit von etwa 70 Millionen GKV-Versicherten ergibt sich damit für den einzelnen GKV-Versicherten bereits für das Jahr 2008 eine Zusatzbelastung von etwa 70 Euro/Jahr. Die aktuelle Statistik KV-45 für das 4. Quartal

¹ Die Tabelle bezieht sich auf: Kassenart: Gesetzliche Krankenkassen insgesamt, Beträge: absolut in Euro. Die Tabelle wurde am 28.03.2011 unter www.gbe-bund.de erstellt, Datengrundlage: KV 45-Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Zuzahlungen), Bundesministerium für Gesundheit.

2010 bestätigt den dargestellten Trend: Die GKV-Versicherten haben im Jahr 2010 etwa 5 Milliarden Euro an Zuzahlungen aus eigener Tasche geleistet – bei einer Gesamtzahl der GKV-Versicherten gemäß Versichertenstatistik von etwa 69,5 Millionen (69.361.718) entspricht dies einer durchschnittlichen jährlichen Zusatzbelastung von etwa 72 Euro exklusive Zusatzbeitrag pro GKV-Versicherten. Dies stellt nur einen Teil der Eigenanteile der Patientinnen und Patienten dar. Hinzu kommen Mehrbelastungen (z. B. für Hilfsmittel), Ausgaben für aus dem Leistungskatalog gestrichene Leistungen (Brillen, nicht verschreibungspflichtige Präparate) und die von den Versicherten aus eigener Tasche zu zahlenden kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Darüber hinaus sind auch die weiteren finanziellen Belastungen in anderen Sektoren zu berücksichtigen, wie zum Beispiel die Eigenbeteiligung bei der Pflegeversicherung sowie etwa 10 Prozent Kaufkraftverlust bei der Rente.

Auch im internationalen Vergleich sind die Zuzahlungen in Deutschland hoch – insbesondere für die häufig aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Behinderungen gleichermaßen einkommensschwächerer schwerer erkrankten und häufig älteren Versicherten, deren demografische Daten und Befragungsergebnisse Grundlage der folgenden Studie² waren:

eTABELLE 3

Zusätzliche finanzielle Belastungen und Konsequenzen⁺¹

Land	D	AUS	CAN	F	NL	NZ	UK	USA
in %								
Ausgaben in den letzten zwölf Monaten aus eigener Tasche für medizinische Behandlungen und Leistungen								
0 \$	8	12	24	17	33	10	63	9
1 bis \$100	10	9	13	11	8	15	7	5
101 bis \$ 1 000	57	34	33	25	37	39	11	31
mehr als \$1 000	12	27	17	5	8	11	5	39
nicht sicher/ Antwort verweigert	13	19	12	42	14	15	9	16
Hat in den letzten zwei Jahren aus Kostengründen einmal ...								
ein Rezept für ein Medikament nicht abgeholt oder Do- sen übersprungen	13	18	16	12	3	16	8	39
ein medizinisches Problem gehabt und dennoch kei- nen Arzt aufgesucht	16	21	9	10	2	20	4	34
eine medizinische Untersuchung, Behandlung oder eine von einem Arzt empfohlene Nachbehandlung verpasst oder nicht durchführen lassen	14	23	10	11	3	17	6	36
mindestens ein solcher Verzicht	28	35	23	21	6	29	14	52

⁺¹ nur Ausgaben, die nicht von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung gedeckt wurden, ermittelt 2008

² Koch, Klaus; Schürmann, Christoph; Sawicki, Peter, „Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten“, in: Deutsches Ärzteblatt Int 2010; 107(24): 427-34; siehe auch <http://www.aerzteblatt.de/archiv/77030>

An der Studie teilgenommen haben ausschließlich Erwachsene, die angaben, einen schlechten Gesundheitszustand zu haben, an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leiden und/oder in den letzten zwei Jahren stationär behandelt oder operiert worden zu sein. Zusammenfassend lagen die Ausgaben dieser Personengruppe aus eigener Tasche in den letzten zwölf Monaten damit in Deutschland bei der Mehrheit der Befragten zwischen 101 bis 1.000 US-Dollar (ca. 71 bis 707 Euro). Erfasst wurden nur Ausgaben, die von der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung nicht gedeckt wurden. Dabei ist gleichzeitig zu beachten, dass etwa 60 Prozent der Befragten über 50 Jahre alt waren, das Einkommen bei knapp 50 Prozent unterdurchschnittlich war und die Mehrheit der Befragten nicht privat, sondern gesetzlich versichert war:³

TABELLE 1

Demografische Basisdaten der schwerer Erkrankten aus acht Ländern (gewichtet) (Angaben in %)^{*1}

Land	D	AUS	CAN	F	NL	NZ	UK	USA
N	1 077	737	2 608	1 213	928	756	1 103	1 211
in %								
Geschlecht								
männlich	44	49	49	43	46	49	47	45
weiblich	56	51	51	57	54	51	53	55
Alter								
50 und älter	59	47	47	55	59	44	62	49
Bildung^{*3}								
niedrig	54	66	47	50	80	48	64	56
mittel	20	17	39	33	10	23	13	25
hoch	24	16	14	17	10	26	19	18
Einkommen^{*2}								
unterdurchschnittlich	48	43	45	46	31	34	42	50
durchschnittlich	18	20	20	23	21	22	22	17
überdurchschnittlich	26	31	29	25	37	39	21	28
Geburtsort								
im Land	89	78	86	87	93	81	92	81
im Ausland	11	22	14	13	7	19	7	18
Krankenversicherung								
privat versichert	11	48	57	89		36		39
GKV/staatlich und privat	10				81		16	
zusatzversichert								
nur GKV/staatlich	78	51	42	11	16	63	83	35
keine Versicherung								21

^{*1} fehlend auf 100: unsicher oder keine Angabe; ^{*2} medianes Einkommen in D: 29 000 Euro; ^{*3} (eTabelle 1)

³ Koch, Klaus; Schürmann, Christoph; Sawicki, Peter, „Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich: Die Perspektive der Patienten“, in: Deutsches Ärzteblatt Int 2010; 107(24): 427-34; siehe auch <http://www.aerzteblatt.de/archiv/77030>

III. Die finanzielle Eigenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen und ihre gesundheitlichen Folgen

Neben der Notwendigkeit der grundsätzlich notwendigen nachhaltigen Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung ohne weitergehende finanzielle Belastungen der Versichertengemeinschaft außerhalb des Systems der paritätisch getragenen GKV-Beiträge, sieht der Sozialverband VdK Deutschland Zuzahlungen, wie beispielsweise Mehrkosten und Praxisgebühren nicht lediglich als ungeeignete Instrumente an, um das Verhalten der Inanspruchnahme der Versicherten zu steuern. Es besteht zudem auf der Grundlage inzwischen bereits zahlreicher gesundheitswissenschaftlicher bzw. –ökonomischer Studien die Befürchtung, dass finanzielle Eigenbeteiligungen im deutschen Gesundheitswesen mit einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung der einkommensschwächeren Bevölkerungsschicht einhergeht:

Erste Anhaltspunkte ergeben sich bereits aus der Tabelle auf Seite 5: In Deutschland gaben bereits 28 % der Befragten an, aus Kostengründen in den letzten zwei Jahren mindestens einmal auf Medikamente oder einen Arztbesuch verzichtet oder eine Untersuchung/Behandlung ausgelassen zu haben. Im Jahr 2005 lag der Anteil ebenfalls bei 28 %. Dabei haben Befragte mit einem Einkommen unter 29.000 Euro pro Jahr insgesamt etwas häufiger (30 %) auf Leistungen verzichtet als Befragte mit überdurchschnittlichem Einkommen (25 %).

Diese Studienergebnisse werden in der Tendenz von einigen deutschen und auch weiteren internationalen Studien gestützt:

- Eine Studie des Münchner Helmholtz-Zentrums und der Bertelsmann-Stiftung zu den Folgen der Praxisgebühr⁴ hat unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit einer chronischen Erkrankung insbesondere die Frage untersucht, ob die Befragten im vergangenen Quartal einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr aufschoben oder ob sie sogar ganz darauf verzichtet haben. Die Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass einerseits vor allem junge und gesündere Personen einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr verschieben oder vermeiden. Andererseits wurde das Verschieben bzw. Vermeiden eines Arztbesuches wegen der Praxisgebühr in der untersten Einkommensgruppe häufiger beobachtet als in den oberen Einkommensgruppen. Insbesondere zeigte die Analyse, dass in der Gruppe von Personen mit einer chronischen Krankheit eine Verzögerung oder Vermeidung des Arztbesuches 2,45mal häufiger in der untersten Einkommensgruppe auftrat, als in der höchsten Einkommensgruppe. Die Praxisgebühr hat nach dieser Studie einen unterschiedlichen Effekt auf verschiedene sozio-ökonomische Gruppen, wobei sie tendenziell zu einer negativen Ungleichbehandlung der untersten Einkommensgruppen führt und gleichzeitig auch keinen gleichen Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu Lasten insbesondere der chronisch kranken und einkommensschwächerer Personen gewährt.
- Eine der jüngsten Untersuchungen der Reaktion überschuldeter Personen aus Rheinland-Pfalz auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen mit

⁴ Rückert, Ina-Maria; Böcken, Jan; Mielck, Andreas; „Are German Patients burdened by the practice charge for physician visits („Praxisgebühr“)? A cross sectional analysis of socio-economic and health relates factors“, download unter BMC Health Services Research, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-232.pdf>

Zuzahlungen zeigte ein ähnliches Ergebnis: Die Forscherinnen und Forscher aus Mainz und Erlangen-Nürnberg beschäftigten sich seit einiger Zeit mit der stetig ansteigenden Gruppe überschuldeter Privathaushalte, die derzeit auf 3,13 Millionen geschätzt werden. Ob und wie die 666 Befragten im Alter von 18 bis 79 Jahren aufgrund ihrer eindeutig feststehenden finanziellen Not nicht zum Arzt gingen oder verschriebene Medikamente nicht in der Apotheke abholten, das wurde hier erstmalig mit den folgenden Ergebnisse untersucht: 62,5 % der Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten aus Geldmangel vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft zu haben und 60,8 Prozent unterließen aufgrund ihrer Schuldsituation und der 10-Euro-Selbstbeteiligung einen Arztbesuch. Tendenziell hat die Untersuchung gezeigt, dass Jüngere, Personen mit Kindern, Personen im Privatinsolvenzverfahren, mit bereits vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden und einer geringeren Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit ein signifikant höheres Risiko einer reduzierten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen haben. Problematisch ist dies gerade deshalb, weil insbesondere die genannten Personengruppen meist höhere Krankheitsprävalenzen haben und bei ihnen die Verminderung der Inanspruchnahme von Arztbesuchen kontraproduktiv zur Gesundheitspflege und Behandlungen sein kann.

Ähnlich wie bei früheren Überprüfungen der Befreiungswirklichkeit (z. B. hatten in einer AOK-Studie im Jahre 2000 etwa 60 Prozent der berechtigten Versicherten mangels Information keine Befreiung beantragt), wurde auch von den Teilnehmern dieser Studie die Befreiungsmöglichkeit „nicht umfassend in Anspruch genommen, was vorrangig auf den mangelnden Bekanntheitsgrad, das Rückerstattungsprinzip und das bürokratische Antragsverfahren zurückzuführen sein kann.“

Die Forscher kommen deshalb zu dem Gesamtfazit, dass „aus sozialmedizinischer Sicht Zuzahlungen für Armutgruppen und insbesondere für solche mit chronischen Erkrankungen und Beschwerden in Deutschland gestrichen werden“ sollten.⁵

- Insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung haben bereits verschiedene internationale Studien⁶ deutliche Hinweise darauf gegeben, dass die *Adherence* für das Auftreten und den klinischen Verlauf chronischer Krankheiten eine große Bedeutung hat. *Adherence* (im deutschen „Therapietreue“) umfasst dabei sowohl die dauerhaft fortgesetzte Behandlung (*Persistenz*) als auch die Einnahme nach empfohlener Dosierung (*Compliance*). Eine Reihe von Studien in den USA zeigen eine überraschende Lösung für viele Facetten mangelnder Therapietreue auf: eine spürbare Senkung der Zuzahlungen. Allein dadurch konnte beispielsweise im Rahmen

⁵ Münster, E.; Rüger, H.; Ochsmann, E.; Alsmann, C.; Letzel, S., „Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut“, in: Gesundheitswesen 2010; 72 (2): 67 – 76.

⁶ Perreault, Sylvie; Ellia, Laura; Dragomir, Alice; Côté, Robert; Blais, Lucie; Bérard, Anick; Lalonde, Lyne; “Effect of statin adherence on cerebrovascular disease in primary prevention”, in: American Journal of Medicine, 122 (7), S. 647 – 655; Perreault, Sylvie; Ellia, Laura; Dragomir, Alice; Côté, Robert; Blais, Lucie; Bérard, Anick; Lalonde, Lyne; White, Michel; “Relationship between Adherence Level to Statins, Clinical Issues and health-Care Costs in Real-Life Clinical Setting”, in: Value in Health, 13 (1), S. 87 – 94.

mehrerer Programme für Chroniker („*Active Health Management*“) die Häufigkeit fehlender oder unzulänglicher Therapietreue im Bereich von fünf Medikamentengruppen für chronisch Kranke (z. B. Antidiabetika, Antihypertonika) um 7 bis 14 Prozent verringert werden (Chernew Michael E. et al. 2008). In einer anderen Studie für Diabetiker, in der eine Senkung der Arzneimittelzuzahlungen beim großen Frankiermaschinen-Hersteller *Pitney Bowes* überprüft wurde, verbesserte sich nicht nur das Einnahmeverhalten wesentlich: Hinzu kam eine Senkung der Patientenzahlen, die eine Notfallstation aufsuchen mussten, um 26 Prozent und der durchschnittlichen Gesamtausgaben für Antidiabetika um 7 Prozent (Milliman Client Report 2008).⁷

- Das sogenannte RAND-„Health Insurance Experiment“ (Newhouse J.P. et al. 1993) hat zwar den Grundsatz bestätigt, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen umso geringer ist, je höher die Kostenbeteiligung steigt. Spätere Analysen (Lurie N. et al. 1989) haben jedoch auch gezeigt, dass Zuzahlungen zu einer schlechteren Blutdruckeinstellung, der Unterversorgung mit Brillen und schlechtem Zahnstatus führten – und viele Untersuchungen haben seither gezeigt, dass unerwünschte Wirkungen die angestrebten Steuerungseffekte vielfach auf- oder sogar überwiegen. Die Niederlande haben angesichts der bei ihnen überwiegend unerwünschten Wirkungen im Jahre 1999 die Selbstbeteiligung wieder abgeschafft (Delnoij C.L., Groenewegen P. et al. 2000).⁸

Insgesamt hat insbesondere die Praxisgebühr den bürokratischen Aufwand in den Arztpraxen und Notfallambulanzen sowie bei den Verwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenhäuser und Kassen erheblich erhöht. Dabei werden Kosten verursacht, die der Gesundheitsversorgung nicht zu Gute kommen, außerdem geht die bei Einführung der Praxisgebühr erhoffte steuernde Wirkung vor allem zu Lasten der wirtschaftlich schlechter gestellten Bürgerinnen und Bürger, die trotz bestehender Befreiungsregelungen auf notwendige Arztbesuche verzichten. In der Folge ist insbesondere bei dieser Personengruppe eine Unterversorgung zu befürchten, aus der weitere und im Ergebnis auch weitaus höhere Kosten für die Solidargemeinschaft resultieren können. Jedenfalls erhöht sich das gesundheitliche Risiko der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Einkommen.

IV. Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend bewertet der Sozialverband VdK Deutschland die derzeitige Problemlage wie folgt:

- Sofern Zuzahlungen im GKV-System – allen voran die Praxisgebühr – ursprünglich das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten steuern sollten, so hat sich inzwischen weitgehend die Wirkungslosigkeit dieser Zuzahlungen bestätigt.

⁷ Braun, Bernhard, Glaeske, Gerd, Holst, Jens, Marstedt, Gerd, „Steigerung der Therapietreue – Arzneimittelzuzahlungen sind mehr Problem als Lösung“, in: Die Ersatzkasse 3/2010, S. 108 – 111 m.w.N.

⁸ Braun, Bernhard, Glaeske, Gerd, Holst, Jens, Marstedt, Gerd, „Steigerung der Therapietreue – Arzneimittelzuzahlungen sind mehr Problem als Lösung“, in: Die Ersatzkasse 3/2010, S. 108 – 111 m.w.N.

Dies gilt insbesondere für die Praxisgebühr als Steuerungsinstrument, denn die Anzahl der Arztkontakte ist seit Einführung der Praxisgebühr im Jahre 2004 nicht gesunken. Ergänzend ist zu befürchten, dass die bestehenden Zuzahlungen im GKV-System nicht lediglich vor allem schwerer bzw. chronisch erkrankte Versicherte mit tendenziell niedrigerem Einkommen unverhältnismäßig belasten, sondern zudem die Wirksamkeit der Behandlungen verschlechtern und sie dadurch im Ergebnis unwirtschaftlicher machen und die Versichertengemeinschaft weitergehend belasten. Zumindest jedoch ist der Zusammenhang zwischen Zuzahlungen im GKV-System, dem Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten und den gesundheitlichen Folgen unter Einbeziehung der bereits existierenden Studienergebnisse im Zuge eines entsprechenden Versorgungsforschungsprojektes und unter Berücksichtigung vor allem auch der gesundheitsökonomischer Aspekte näher zu untersuchen und eine entsprechende Berichtspflicht für alle von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen im SGB V zu verankern.

- Bei mittlerweile 75 % aller GKV-Leistungen muss der gesetzlich Versicherte Zuzahlungen aus eigener Tasche leisten, das sind im Durchschnitt derzeit etwa 70 Euro, bei schwerer bzw. chronisch erkrankten, behinderten bzw. häufig gleichzeitig auch älteren Versicherten mit einem niedrigen Einkommen erreichen die privaten Zuzahlungen eine Höhe von 70 bis zu 700 Euro. Die bestehenden Belastungsgrenzen von 1 bzw. 2 Prozent (§ 62 SGB V) des Brutto-Haushaltseinkommens können zwar eine vollständige finanzielle Überforderung abfedern, stellen jedoch in einer immer älter werdenden Gesellschaft keine ausreichende Kompensation der tatsächlichen Belastungen dar, zumal die Kosten im Verwaltungsverfahren für die Zuzahlungen als auch für die Feststellung der Belastungsgrenze eine erheblichen bürokratischen Aufwand verursachen. Dies gilt insbesondere auch für die Praxisgebühr: *Es ist aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland nicht akzeptabel, an diesem Instrument festzuhalten, nur weil die Bundesregierung auf die aktuell rund 1 Milliarde Euro Einnahmen aus der Praxisgebühr nicht verzichten möchte.*

Im Ergebnis müssen jedenfalls die bestehenden Erleichterungen für Niedrigverdiener ausgeweitet werden, beispielsweise könnte das bis 2004 bestehende System überprüft und ggf. wieder eingeführt werden.

- Außerdem ist das bestehende System nicht dazu geeignet mehr Kosten- bzw. Beitragstransparenz in das GKV-System zu bringen – vielmehr zahlt der Versicherte den eigentlichen GKV-Beitrag, die Zuzahlungen zu den GKV-Leistungen und schließlich noch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag.
- Stattdessen sollten alle drei Einzelposten in einen GKV-Beitragssatz einfließen, der dann zur vollen Inanspruchnahme aller GKV-Leistungen ohne weitere zusätzlich zu leistende Zuzahlungen berechtigt.
- Daneben gibt es zahlreiche Ansatzpunkte für eine wirtschaftlichere Mittelverwendung in der GKV.