

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Dr. Martina Bunge, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/11746 –**

Berechtigung der übrigen Zuzahlungen nach Abschaffung der Praxisgebühr

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit einer vielleicht jahrzehntelang ungekannten Einstimmigkeit in einer namentlichen Abstimmung ist der Deutsche Bundestag am 9. November 2012 einer über viele Jahre ausschließlich von der Fraktion DIE LINKE. vorgetragenen Forderung gefolgt und hat die Praxisgebühr abgeschafft.

Dieser Schritt war richtig, denn die Praxisgebühr belastete die Patientinnen und Patienten, entlastete die Arbeitgeber, hielt Kranke und insbesondere geringverdienende Kranke von notwendigen Arztbesuchen ab, verursachte damit unnötige Kosten und menschliches Leid und verursachte zudem auch noch einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand bei Versicherten, Kassen und Leistungserbringern.

Diese Argumente treffen jedoch auch alle auf die übrigen Zuzahlungen zu. Deren Abschaffung wurde jedoch nicht beschlossen, obwohl diese fast ausschließlich dann anfallen, wenn sich ein Versicherter oder eine Versicherte an die Verordnungen seines Arztes oder seiner Ärztin hält. Dass diese Zuzahlungen auch eine Steuerungswirkung erzielen, ist in vielen Studien weltweit nachgewiesen. Man könnte die bestehenden Zuzahlungen als Verhinderungsinstrument für therapietreues Verhalten bezeichnen. Das ist ein weiterer negativer Effekt zusätzlich zu den oben beschriebenen Effekten der Praxisgebühr.

Zuzahlungen belasten auch die Versicherten zugunsten der Arbeitgeber, sie entlasten die Gesunden auf Kosten der Kranken, sie verursachen, wie bereits beschrieben, vermeidbares menschliches Leid und unnötige Kosten und auch sie bringen einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand für Versicherte, Kassen und Leistungserbringer mit sich.

Der Finanzierungsbeitrag der Zuzahlungen ist recht überschaubar, ein Wegfall wäre auch mit Beiträgen gegenfinanzierbar. Dies wäre eine Entlastung der Kranken zulasten der Gesunden, eine Entlastung der Arbeitnehmer zulasten der Arbeitgeber. Abgesehen davon schätzt die Bundesregierung die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds aktuell bis ins Jahr 2014 so gut ein, dass sie den Bundeszuschuss zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen

im Jahr 2013 um insgesamt 2,5 Mrd. Euro und im Jahr 2014 um 2 Mrd. Euro zugunsten des Bundeshaushalts kürzt.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der breite parteiübergreifende Konsens, der bei der Abstimmung zur Abschaffung der Praxisgebühr im Deutschen Bundestag offenkundig wurde, zeigt, dass die Bundesregierung einen wesentlichen Schritt getan hat, um die Patientinnen und Patienten zu entlasten, Bürokratie in den Arzt- und Zahnarztpraxen abzubauen und damit die Versorgungsbedingungen zu verbessern.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz (GMG), das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, wurde nicht nur erstmals eine Praxisgebühr eingeführt, sondern zugleich auch die Zuzahlungen in den anderen Leistungsbereichen neu geregelt. Die Zuzahlungen sind grundsätzlich als Finanzierungsbeitrag zur Stärkung der Nachhaltigkeit und einer ausgewogenen Lastenverteilung im Gesundheitswesen anzusehen. Der internationale Vergleich zeigt, dass Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen daher in den Gesundheitssystemen aller Industrieländer zum Einsatz kommen – in vielen Ländern allerdings in deutlich höherem Ausmaß als hierzulande in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit Blick auf die langfristigen Herausforderungen einer durch den demographischen Wandel und veränderte Erwerbsbiografien gekennzeichneten gesellschaftlichen Entwicklung stellen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen einen Stabilisierungsfaktor dar. Sie tragen dazu bei, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und das Bewusstsein für die Kosten der medizinischen Versorgung zu schärfen.

Die gleichzeitig eingeführten Belastungsgrenzen, wonach individuelle Zuzahlungen je Kalenderjahr 2 Prozent und bei Personen mit chronischen Erkrankungen 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt nicht überschreiten dürfen, sorgen entgegen der Auffassung der Fragesteller dafür, dass niemand finanziell überfordert wird und alle Versicherten Zugang zu einem umfassenden Leistungspaket medizinischer Versorgung haben.

Für die Beibehaltung der Zuzahlungen in den anderen Leistungsbereichen spricht nicht nur deren zum Teil nachweisbare Steuerungswirkung, sondern auch die Tatsache, dass diese sich im Unterschied zur Praxisgebühr direkt auf einzelne Leistungen beziehen. Demgegenüber wird die Praxisgebühr lediglich quartalsbezogen und gegebenenfalls gesondert für Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten oder Zahnärzte erhoben. Im Finanzierungssystem der GKV wird durch die Beibehaltung dieser Zuzahlungen sichergestellt, dass die Solidargemeinschaft nicht überfordert wird. Ansonsten müssten zusätzliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von jährlich mehr als 3 Mrd. Euro von allen Beitragszahlern aufgebracht werden. Die aktuell günstige Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung ist u. a. der Tatsache geschuldet, dass die Maßnahmen der Bundesregierung zur Bewältigung der Herausforderungen der Finanzkrise überaus erfolgreich waren, und die gute konjunkturelle Entwicklung dazu beigetragen hat, auch die Einnahmen der Sozialversicherungen in unerwartetem Umfang zu stärken.

Im Übrigen weist die Bundesregierung darauf hin, dass die Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung auch – wie die von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) jährlich aktualisierte Datenbank „Health Data“ regelmäßig zeigt – im internationalen Vergleich sehr moderat und sozial verträglich ausgestaltet sind, so dass niemand aus finanziellen Gründen auf eine notwendige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verzichten muss.

1. Wie hoch ist die Summe der Zuzahlungen in den vergangenen zehn Jahren jeweils gewesen (bitte nach Jahren und Zuzahlungsart aufschlüsseln)?

Die Zuzahlungen werden in der amtlichen Statistik der GKV seit dem Jahr 2005 von den Krankenkassen in folgender Untergliederung erfasst.

Zuzahlungen in der GKV – BUND – (in Mio. Euro)							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ärztliche Behandlung	1 620	1 556	1 526	1 521	1 502	1 550	1 605
Zahnärztliche Behandlung	384	375	372	403	375	390	391
Praxisgebühr Ärzte/Zahnärzte insgesamt	2 004	1 931	1 899	1 923	1 876	1 940	1 996
Arznei-, Verband-, Hilfsmittel aus Apotheken und von Sonstigen	2 125	2 006	1 642	1 663	1 650	1 701	1 809
Heil- und Hilfsmittel, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	518	514	522	545	544	575	602
Krankenhausbehandlung	654	736	619	583	596	692	697
Fahrtkosten	66	56	58	61	62	62	61
Amb. Vorsorgeleistungen, stat. Vorsorge und Reha, med. Leist. Mütter u. Väter	46	61	56	60	68	54	60
Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	4	3	3	3	4	4	5
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	4	5	5	7	8	6	7
Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	23	26	26	28	30	31	33
Zuzahlungen insgesamt	5 445	5 336	4 830	4 872	4 838	5 065	5 269
Zuzahlungen insgesamt bereinigt*	5 193	5 209	4 808	4 872	4 836	5 078	5 252
Veränderung in Prozent		0,31	-7,69	1,33	-0,74	5,00	3,43
Zahl der Versicherten	70 540 163	70 398 755	70 326 816	70 234 292	70 011 718	69 803 227	69 637 270

* Bereinigung um den Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen, der sich einzelnen Bereichen nicht zuordnen lässt.

Quelle: bis 2009 KV 45 Gesamtjahr; ab 2010 KJ1

Zuzahlungen in der GKV je Versichertem (in Euro)							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ärztliche Behandlung	22,97	22,10	21,70	21,65	21,45	22,21	23,04
Zahnärztliche Behandlung	5,45	5,33	5,29	5,73	5,35	5,58	5,61
Praxisgebühr Ärzte/Zahnärzte insgesamt	28,41	27,43	27,00	27,38	26,80	27,79	28,66
Arznei-, Verband-, Hilfsmittel aus Apotheken und von Sonstigen	30,13	28,49	23,35	23,68	23,57	24,37	25,98
Heil- und Hilfsmittel, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	7,34	7,30	7,42	7,76	7,77	8,24	8,64
Krankenhausbehandlung	9,28	10,45	8,80	8,30	8,51	9,91	10,00
Fahrtkosten	0,94	0,79	0,83	0,87	0,89	0,89	0,87
Amb. Vorsorgeleistungen, stat. Vorsorge und Reha, med. Leist. Mütter u. Väter	0,65	0,87	0,79	0,85	0,97	0,78	0,86
Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	0,06	0,04	0,04	0,04	0,05	0,06	0,08
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	0,06	0,06	0,07	0,10	0,11	0,09	0,10
Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	0,32	0,36	0,37	0,40	0,43	0,45	0,47
Zuzahlungen insgesamt	77,19	75,80	68,68	69,37	69,11	72,56	75,66
Zuzahlung insgesamt bereinigt*	73,61	73,99	68,37	69,37	69,08	72,75	75,42
Veränderung je Versichertem in Prozent		0,51	-7,60	1,47	-0,42	5,32	3,68

* Bereinigung um den Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen, der sich einzelnen Bereichen nicht zuordnen lässt.

Quelle: bis 2009 KV 45 Gesamtjahr; ab 2010 KJ1

2. Welche Zuzahlungsarten gibt es ab dem Jahr 2013?

Welche Höhe haben diese Zuzahlungen für die Patientinnen und Patienten im Einzelfall?

Mit Ausnahme der Abschaffung der Zuzahlung für die Inanspruchnahme eines an der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühr) wurden die geltenden Zuzahlungsregelungen nicht verändert. Insofern wird auf die in der Antwort zu Frage 1 ausgewiesene Tabelle verwiesen, in der die einzelnen Leistungsbereiche und die Höhe der jeweiligen Zuzahlung ausgewiesen sind.

Die Daten der GKV-Statistik werden nicht personenbezogen ausgewertet. Die ausgewiesenen Werte je Versichertem stellen Durchschnittsbetrachtungen dar.

Die individuelle Höhe der Zuzahlungen pro Patientin oder pro Patient je Kalenderjahr ist bei chronisch Kranken auf ein und bei allen anderen Versicherten zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt.

3. In welcher Höhe werden die Patientinnen und Patienten in der Summe nach der Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 immer noch Zuzahlungen leisten (bitte für die gesetzliche Krankenversicherung – GKV – insgesamt, nach Kassenarten und durchschnittlich pro Versichertem angeben)?

Ist hier für die GKV insgesamt eine Summe von etwa 3,45 Mrd. Euro realistisch?

Auf Basis der bisher vorliegenden Jahresrechnungsergebnisse für das Jahr 2011 könnte das Zuzahlungsvolumen nach Abschaffung der Praxisgebühr in etwa in der von den Fragestellern angenommenen Größenordnung liegen. Das tatsächliche Volumen im Jahr 2013 hängt vom Inanspruchnahmeverhalten in den verbleibenden Leistungsbereichen ab und lässt sich daher nicht exakt prognostizieren.

Die nach Kassenarten aufgeschlüsselten Beträge für das Jahr 2011 sind der folgenden Übersicht zu entnehmen.

Zuzahlungen in der GKV nach Kassenarten 2011 (in Mio. Euro)							
	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	VdeK	LKK
Ärztliche Behandlung	1 605	538	264	123	34	630	16
Zahnärztliche Behandlung	391	123	64	33	9	157	4
Praxisgebühr Ärzte/Zahnärzte insgesamt	1 996	661	328	156	43	787	20
Arznei-, Verband-, Hilfsmittel aus Apotheken und von Sonstigen	1 809	661	232	121	70	703	23
Heil- und Hilfsmittel, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	602	200	96	35	18	244	9
Krankenhausbehandlung	697	247	109	47	26	261	5
Fahrkosten	61	23	9	4	3	21	1
Amb. Vorsorgeleistungen, stat. Vorsorge und Reha, med. Leist. Mütter u. Väter	60	16	9	3	2	28	2
Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	5	0	0	0	0	4	0
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	7	2	1	0	0	4	0
Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	33	15	4	1	2	10	1
Zuzahlungen insgesamt	5 269	1 825	788	368	164	2 063	62
Zuzahlungen insgesamt bereinigt*	5 252	1 826	787	356	170	2 051	62
Veränderung in Prozent	1,03	1,06	1,02	1,03	1,01	1,02	0,96

* Bereinigung um den Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen, der sich einzelnen Bereichen nicht zuordnen lässt.

Quelle: KJ 1

Zuzahlungen in der GKV nach Kassenarten je Versichertem 2011 (in Euro)							
	GKV	AOK	BKK	IKK	KBS	VdeK	LKK
Ärztliche Behandlung	23,04	22,19	20,59	22,63	19,52	25,61	19,67
Zahnärztliche Behandlung	5,61	5,09	4,98	6,06	5,39	6,38	5,41
Praxisgebühr Ärzte/Zahnärzte insgesamt	28,66	27,28	25,57	28,69	24,91	31,99	25,08
Arznei-, Verband-, Hilfsmittel aus Apotheken und von Sonstigen	25,98	27,28	18,07	22,22	39,96	28,57	28,76
Heil- und Hilfsmittel, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	8,64	8,24	7,48	6,50	10,10	9,90	11,93
Krankenhausbehandlung	10,00	10,19	8,51	8,75	15,15	10,61	6,85
Fahrtkosten	0,87	0,94	0,71	0,75	1,72	0,84	1,25
Amb. Vorsorgeleistungen, stat. Vorsorge und Reha, med. Leist. Mütter u. Väter	0,86	0,65	0,68	0,53	1,02	1,15	2,93
Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch	0,08	0,02	0,02	0,06	0,00	0,18	0,00
Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	0,10	0,07	0,08	0,07	0,15	0,16	0,13
Behandlungspflege und häusliche Krankenpflege	0,47	0,60	0,32	0,21	1,15	0,40	1,21
Zuzahlungen insgesamt	75,66	75,27	61,44	67,78	94,16	83,80	78,14
Zuzahlungen insgesamt bereinigt*	75,42	75,33	61,39	65,59	97,53	83,32	78,89
Veränderung in Prozent	1,04	1,06	1,04	1,02	0,99	1,02	0,99

* Bereinigung um den Saldo aus Erstattungen und Vorauszahlungen, der sich einzelnen Bereichen nicht zuordnen lässt.

Quelle: KJ 1

4. Ist mit Zuzahlungen eine Steuerungswirkung beabsichtigt?

Für welche Zuzahlungsarten gilt dies, und welche Steuerungswirkung soll erzielt werden?

Sind der Bundesregierung Studien bekannt, die die entsprechenden Steuerungswirkungen belegen oder widerlegen?

Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Steuerungswirkung von Zuzahlungen in der Gesamtschau der Finanzierungs- und Wettbewerbsgrundlagen der GKV zu bewerten ist. Die Steuerungswirkung sonstiger Zuzahlungen lässt sich exemplarisch insbesondere an der effizienten Steuerung des Arzneimittelbereichs erkennen. So haben die seit dem Jahr 2007 dort wirkenden Befreiungsmöglichkeiten dazu geführt, dass Generika und besonders preisgünstige Festbetragsarzneimittel, die vollständig von der Zuzahlung befreit sind, verstärkt seitens der Versicherten nachgefragt und verordnet werden. Mit einem daraus resultierenden verstärkten Preiswettbewerb unterhalb der jeweiligen Festbeträge konnten erhebliche Einsparpotenziale bei den Ausgaben der Krankenkassen im Festbetragsmarkt erzielt werden. Die signifikanten Rückgänge des Zuzahlungsvolumens für Arzneimittel sind der Tabelle zur Beantwortung der Frage 1 zu entnehmen.

5. Ist es richtig, dass Zuzahlungen allein diejenigen betreffen, die Leistungen der GKV in Anspruch nehmen?

Ist es richtig, dass es sich hierbei um Behandlungsbedürftige, also Kranke, handelt?

6. Welche Gründe sprechen dafür, wenn Zuzahlungen allein diejenigen betreffen, die Leistungen der GKV in Anspruch nehmen?

- Sieht die Bundesregierung in der Behandlungsbedürftigkeit ein Verschulden der Kranken?
- Geht die Bundesregierung davon aus, dass Zuzahlungen zu weniger Krankheit führen?
- Gibt es dafür Belege?
7. Ist mit Zuzahlungen eine Belastung der Kranken zugunsten der Gesunden beabsichtigt?
 8. Ist mit Zuzahlungen eine Entlastung der Arbeitgeber zulasten der Arbeitnehmer beabsichtigt?
 9. Welchen sonstigen Zweck verfolgen Zuzahlungen?
 10. Welche wissenschaftlichen Studien belegen, dass Zuzahlungen zu einer höheren Wertschätzung der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen führen?
Ist der Bundesregierung irgendeine Selbstbeteiligung, der man nicht entgehen kann, bekannt, die zu einer höheren Wertschätzung des jeweiligen Gegenstands geführt hat?
 11. Halten Zuzahlungen Versicherte – trotz Belastungsgrenze – nach Kenntnis der Bundesregierung in der Versorgungsrealität von der Inanspruchnahme von Leistungen ab?
Welche Studien existieren hierzu, und was ist ihr Inhalt?
Bestätigen oder widerlegen sie diese Befürchtung?

Die Fragen 5 bis 11 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der Bewertung gesetzlicher Regelungen – insbesondere zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung – ist die Gesamtwirkung der einzelnen Finanzierungsinstrumente und die Ausgewogenheit der Belastungen zu berücksichtigen. Grundsätzlich ist es zum Schutz der Solidargemeinschaft vor Überforderung und zur Sicherung eines umfassenden Leistungsangebots hinnehmbar, dass Versicherte mit höherer Inanspruchnahme von Leistungen in zumutbarem Rahmen auch zusätzliche Eigenbeiträge leisten. Dies gilt unabhängig von Verschuldensfragen oder Möglichkeiten zur Krankheitsvermeidung.

Wie schon in der Vorbemerkung der Bundesregierung dargelegt, sollen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen neben ihrem Finanzierungsbeitrag zum Schutz der Solidargemeinschaft vor Überforderung das Bewusstsein für die Kosten medizinischer Leistungen und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken.

Zur Aussagekraft entsprechender Studien wird auf den ergänzenden Bericht des GKV-Spitzenverbands zum „Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Evaluierung der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht nach § 62 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V“ vom 15. November 2011 verwiesen. Dieser wurde dem Deutschen Bundestag übermittelt und am 7. November 2012 im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags beraten. Wie auch zahlreiche andere Studien und Übersichtsarbeiten zur Thematik kommt der Bericht zu dem Schluss, dass die Erkenntnislage zu den angesprochenen Fragen widersprüchlich und uneinheitlich ist. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die gegenwärtige Ausgestaltung der Zuzahlungsregelungen sachgerecht ist und die begleitend hierzu eingeführten Belastungsgrenzen hinreichend sind, um Versicherte vor finanzieller Überforderung zu schützen.

12. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass – jenseits der ideologischen Wertung und des politischen Willens – das Aufkommen der Zuzahlungen langfristig auch über Beiträge aufgebracht werden könnte und die sich daraus ergebende Beitragssatzsteigerung sich bei derzeitigen Bedingungen in einer Größenordnung von etwa 0,17 Prozent jeweils für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bewegen würde?

Bezüglich der Ausgestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung und die Antwort zu den Fragen 5 bis 11 verwiesen. Die vereinfachte Betrachtung, bei der das heutige Zuzahlungsvolumen unter Berücksichtigung des Wegfalls der Praxisgebühr über Beitragssatzanpassungen gegenfinanziert wird, greift zu kurz, da damit die mit den Zuzahlungen einhergehenden Steuerungswirkungen vernachlässigt werden.

13. Wie viel würde eine derartige Beitragssatzsteigerung einen durchschnittlichen Beitragszahler derzeit jährlich kosten?

Die Annahme der Fragesteller, dass sich eine Beitragssatzsteigerung für Versicherte in einer Größenordnung von 0,17 Prozentpunkten bewegt, kann nicht bestätigt werden. Die rechnerische jährliche Durchschnittsbelastung lässt sich damit nicht beziffern.

14. Wie viel bezahlt ein durchschnittlicher, nicht chronisch kranker Beitragszahler voraussichtlich ab dem Jahr 2013 (ersatzweise derzeit) an Zuzahlungen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

15. Wie viel bezahlt ab dem Jahr 2013 (ersatzweise derzeit) ein durchschnittlicher Beitragszahler, der chronisch krank ist und 1 Prozent seines Einkommens für Zuzahlungen aufbringt, jährlich an Zuzahlungen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

16. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass die Zuzahlungen – den politischen Willen vorausgesetzt – auch ohne Beitragssatzsteigerungen mit einer moderaten Erhöhung der Beitragsbemessungs- und entsprechend der Versicherungspflichtgrenze zu finanzieren wären?

Auf welche Höhe müsste die Beitragsbemessungsgrenze (bei einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze auf mindestens dasselbe Niveau) steigen, um die Abschaffung der Zuzahlungen gegenzufinanzieren?

17. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass eine Erhöhung von Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze nur Einkommen oberhalb von 3 937,50 Euro monatlich (für das Jahr 2013) belasten würde, von dieser Maßnahme also eine progressive Verteilungswirkung ausginge?
18. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass Zuzahlungen auch trotz der Belastungsgrenze bei Geringverdienern im Durchschnitt höhere prozentuale Belastungen gemessen am Einkommen ausmachen als bei Gutverdienern, sie also eine degressive Verteilungswirkung haben?
19. Sind die Belastungen der Patientinnen und Patienten durch Zuzahlungen aus Sicht der Bundesregierung alternativlos?

Wenn nein, was sind die Alternativen?

Die Fragen 16 bis 19 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass in der Gesamtbetrachtung der Finanzierungsgrundlagen der GKV Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen der Versicherten ein grundsätzlich sinnvoller Finanzierungsbestandteil sind, zumal die Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen hierzulande im internationalen Vergleich moderat ausfallen und sichergestellt ist, dass niemand dadurch finanziell überfordert wird.

Die in diesem Zusammenhang angesprochene Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze wird jährlich an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Hiermit wird bereits ein Teil der durch die demographische Entwicklung und den medizinisch technischen Fortschritt bedingten notwendigen Ausgabensteigerungen gegenfinanziert.

Eine Änderung der geltenden Rechtslage ist daher nicht beabsichtigt.

20. Weshalb hat sich die Bundesregierung für die Abschaffung gerade der Praxisgebühr entschieden und nicht alternativ für die Abschaffung anderer Zuzahlungen, zumal beispielsweise Zuzahlungen bei Heilmittelerbringern unter anderem wegen der ungeraden Beträge oft einen noch größeren bürokratischen Aufwand erfordern als die Zahlung von glatten 10 Euro in der Arztpraxis?

Im Unterschied zu den Zuzahlungen für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausbehandlungen, die an der Inanspruchnahme spezifischer Leistungen anknüpfen, handelt es sich bei der Praxisgebühr um eine Zuzahlung, die pauschal ohne Bezug zu Menge und Preis der Leistungen zu zahlen ist. Daher wurde sie von den Versicherten nicht als sinnvoll angesehen und hat auch ihren eigentlichen Zweck, die hohe Zahl von Arztbesuchen zu reduzieren, nicht erfüllt. Der mit der Abschaffung der Praxisgebühr reduzierte Zeitaufwand in den Arztpraxen kann nun für eine Verbesserung der Patientenversorgung genutzt werden.

21. Kann die Bundesregierung für diese Wahlperiode ausschließen, dass Vorschläge, wie sie unter anderem von Arbeitgebern, Ärzteschaft oder auch der Fraktion der FDP kommen, wonach die Praxisgebühr durch ein für Ärztinnen und Ärzte unbürokratisches Erhebungsverfahren ersetzt werden soll, umgesetzt werden?

Der Deutsche Bundestag hat am 9. November 2012 mit dem Gesetz zu Regelung des Assistenzpflegebedarfs in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die ersatzlose Abschaffung der Praxisgebühr ab dem 1. Januar 2013 beschlossen. Dieser Beschluss war aufgrund der günstigen Finanzlage der GKV möglich und stellt einen Beitrag dar, um den Patientinnen und Patienten einen Teil der dort vorhandenen Überschüsse zurückzugeben und gleichzeitig den Abbau von Bürokratie voranzutreiben. Nach dem Wegfall der Praxisgebühr ist die Frage der Etablierung eines unbürokratischen Erhebungsverfahrens gegenstandslos geworden.