

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Zuzahlungen, z. B. zu Arzneimitteln, Krankenhausaufenthalt, zur Krankengymnastik und die Praxisgebühr, sind zutiefst unsozial und haben die beabsichtigte Wirkung nicht erreicht. Die bisherigen Maßnahmen sind in ihrer Effizienz zudem äußerst fragwürdig:

CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erhöhten 2004 viele Zuzahlungen deutlich und führten die Praxisgebühr ein. Als Begründung gaben sie an, ein passendes Steuerungsinstrument gegen eine übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung schaffen zu wollen. Sofern Zuzahlungen überhaupt dieser Maßgabe entsprechen können, schließen sie aber vor allem Geringverdienende von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus und untergraben damit das Solidarprinzip. Darüber hinaus können Zuzahlungen die angeblich angestrebte Steuerungswirkung nicht entfalten, weil die Nachfrage nach medizinisch notwendigen Maßnahmen meist nicht von den Patientinnen und Patienten gesteuert wird, sondern vor allem von der ärztlichen Verordnung abhängt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, nach dem in der Gesetzlichen Krankenversicherung sämtliche Zuzahlungen inklusive der Praxisgebühr abgeschafft werden. Zur Gegenfinanzierung ist gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung (West) anzuheben. Darüber hinaus ist die Pflichtversicherungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend zu erhöhen.

Berlin, den 15. Dezember 2009

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

In politischen Begründungen zur Einführung und Erhöhung von Zuzahlungen (einschließlich der Praxisgebühr) ist immer wieder davon ausgegangen worden, dass diese eine Steuerungswirkung haben. Die weit verbreitete Annahme, dass Versicherte die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung übermäßig ausnutzten, wenn sie kostenfrei zur Verfügung gestellt werden, klingt zunächst plausibel. Wer für einen Teil der Kosten aufkommen muss, der würde sich genauer überlegen, ob er die Leistung wirklich braucht oder ob sie überflüssig ist. Es gibt jedoch für diese These, die sogenannte Moral-hazard-These, keinen wissenschaftlichen Beleg in der Literatur der vergangenen Jahrzehnte.

Das Gegenteil ist der Fall: Nirgends auf der Welt ist es bislang gelungen, Zuzahlungssysteme zu entwickeln, mit denen sich auch nur halbwegs zuverlässig unnötige von notwendigen Leistungen unterscheiden ließen. Wenn man Zuzahlungen erhebt, dann erhebt man sie also zwangsläufig zum größten Teil auf medizinisch notwendige Leistungen. Es gibt dann zwei Möglichkeiten:

1. Die Patientin/der Patient kann und will sich die Behandlung leisten: Dann hat die Zuzahlung keine Steuerungswirkung. Ohne Steuerungswirkung fallen die gleichen Kosten an, sie werden jedoch anders verteilt. Es zahlt nicht mehr die Versichertengemeinschaft, sondern behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten werden einseitig belastet. Die Gesunden sind also im Ergebnis weniger solidarisch mit den Kranken.

2. Die Patientin/der Patient kann oder will sich die notwendige Behandlung nicht leisten: Dann hat die Zuzahlung zwar eine Steuerungswirkung, jedoch eine schädliche. Denn medizinisch notwendige Leistungen werden nicht in Anspruch genommen. Konkret vermeiden die Patientinnen und Patienten Arztbesuche, gehen nicht ins Krankenhaus, unterlassen notwendige Medikamenteneinnahmen, strecken Medikamentenpackungen oder brechen die Therapie ganz ab. Letztlich verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand der Patientinnen und Patienten und – vom persönlichen Leid ganz abgesehen – steigen die Kosten für das Gesundheitssystem mittel- und langfristig. Diese Steigerungen können ein Vielfaches der Zuzahlungen ausmachen.

Studien belegen, dass bei Personen mit geringeren Einkommen häufiger die zweite Möglichkeit auftritt (www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-232.pdf; Deutsches Ärzteblatt 3/2009): Arztbesuche werden verschoben oder ganz aufgehoben. Dies tritt seltener bei Besserverdienenden auf. Damit findet eine soziale Selektion ärztlicher Leistungen statt. Vor dem Hintergrund dessen, dass ärmere Menschen stärker von Krankheit und Tod bedroht sind als reichere, ist dies ein sozialer Skandal.

Nur der erstmalige Gang zum Arzt liegt im Ermessen der Patientin/des Patienten. Zu diesem Zeitpunkt kann die Patientin/der Patient schwerlich selbst einschätzen, ob sie/er eine weitere Behandlung benötigt, da sie/er genau dies mit dem Arzt besprechen will. Danach werden die Leistungen ärztlich verordnet, weil diese nach Auffassung der Ärztin/des Arztes notwendig sind. Die Patientin/der Patient kann also im Voraus nur sehr schlecht vorhersagen, ob der Arztbesuch „sich lohnen“ wird. Die Praxisgebühr als eine Zuzahlung verhindert aber in jedem Fall Arztbesuche, egal ob unnötig oder notwendig.

Als Sofortmaßnahme würden durch die Abschaffung der Zuzahlungen Patientinnen und Patienten entlastet. Gleichzeitig entstehen der Gesetzlichen Krankenversicherung aber Mindereinnahmen. Um diese auszugleichen, ist die Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Außerdem wird gewährleistet, dass die Kosten paritätisch – also je zur Hälfte von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. Rentnerinnen und Rentnern – finanziert werden. Darüber hinaus ist die Pflichtversicherungsgrenze der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend zu erhöhen, um das Abwandern in die Private Krankenversicherung zu erschweren.

Eine dauerhafte und stabile Finanzierungsgrundlage für die Gesetzliche Krankenversicherung kann aber nur mit einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung geschaffen werden, in die alle

Menschen von allen Einkommen einzahlen. Arbeitgeber übernehmen wieder die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge auf Löhne und Gehälter ihrer Beschäftigten. Die Beitragsbemessungsgrenze wird abgeschafft. Bereits mit einem Beitrag von rund 10 Prozent kann dann eine umfassende Gesundheitsversorgung für alle ohne jegliche Zuzahlung gewährleistet werden.

elektronische Vorab-Fassung*