

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Inge Höger-Neuling, Klaus Ernst, Elke Reinke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/1729 –**

Praxisgebühr, Zuzahlungen, Eigenleistungen für die Gesundheit und Arbeitslosengeld II

Vorbemerkung der Fragesteller

Das sozio-kulturelle Existenzminimum lässt sich aus dem Regelsatz nach zweitem und zwölftem Sozialgesetzbuch nicht decken – unter anderem, weil er die Praxisgebühr, Zuzahlungen und notwendige Eigenleistungen im Gesundheitswesen nicht berücksichtigt. Das betrifft beispielsweise Brillen und Zahnersatz, Medikamente oder Pflaster.

Diese Tatsache wurde immer wieder von Expertinnen und Experten belegt. Aktuell stellte die Hans-Böckler-Stiftung am 17. Mai 2006 aufgrund einer wissenschaftlichen Expertise fest, dass in die Berechnung des Eckregelsatzes wichtige Ausgabenposten nicht eingingen, unter anderem die Praxisgebühr. Der Paritätische Wohlfahrtsverband veröffentlichte am 23. Mai 2006 seine Expertise „für einen sozial gerechten Regelsatz als sozialpolitische Grundgröße“. Darin weist er darauf hin, dass gerade in der Abteilung Gesundheitspflege die Kosten stark gestiegen seien, vor allem aufgrund der Gesetzgebung: Praxisgebühr, Zuzahlungen und Eigenleistungen für Arzneimittel werden benannt. Der Preisindex für die Abteilung Gesundheitspflege sei von Januar 2003 bis Januar 2006 von 100 auf 122,1 angewachsen.

Dennoch legte sich die Bundesregierung darauf fest, den Regelsatz nicht zu erhöhen. Damit bleibt es dabei, dass ALG-II-Beziehende aus finanziellen Gründen nicht in der notwendigen Weise ihre Gesundheit pflegen können.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Empfänger von Arbeitslosengeld II sind Pflichtmitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), soweit sie nicht als Familienangehörige mitversichert werden. Für sie gelten daher die gleichen Rechte und Pflichten, wie sie für die Versicherten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt sind. Von daher werden auch im Rahmen der Statistik der GKV keine ge-

sonderten Erhebungen zum Versichertenkreis der Empfänger von Arbeitslosengeld II durchgeführt.

Leistungsbezieher nach dem SGB II müssen wie andere Personen im Niedriglohnbereich mit den zur Verfügung stehenden Mitteln haushalten. Darüber hinaus ist für Bezieher von Arbeitslosengeld II ohnehin eine günstigere Regelung getroffen worden. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft lediglich die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 SGB V).

Im Ergebnis wird bei einer Regelleistung von 345 Euro monatlich bzw. 4 140 Euro je Kalenderjahr eine Belastung von 82,80 Euro bzw. 41,40 Euro (für chronisch Kranke) je Kalenderjahr als zumutbar angesehen. Neu ist, dass für das Erreichen der Belastungsgrenze seit dem 1. Januar 2004 sämtliche Zuzahlungen berücksichtigt werden, also auch die Zuzahlungen im Krankenhaus, bei Hilfsmitteln und beim Arztbesuch (Praxisgebühr). Wer die persönliche Belastungsgrenze erreicht hat, wird für den Rest des Jahres von Zuzahlungen freigestellt.

1. Werden die Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II normalerweise nicht so krank, dass sie beispielsweise eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, Hustensaft einnehmen, Heuschnupfen-Mittel schlucken oder ihren Kindern Pflaster auf die Knie kleben müssen?

Über die Morbidität von Empfängern von Arbeitslosengeld II werden ebenso wie für die anderen Versicherten der GKV keine Statistiken geführt. Bei der Kalkulation des Beitrages zur Krankenversicherung von Mitgliedern mit Arbeitslosengeld-II-Bezug wurde unterstellt, dass dieser Personenkreis das gleiche Krankheitsrisiko wie alle anderen Mitglieder der Allgemeinen Krankenversicherung aufweist.

2. Zählt nach Einschätzung der Bundesregierung Krankheit nicht zum normalen Leben?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass Krankheiten zu den Wechselfällen des Lebens gehören.

3. Wie häufig suchen Erwachsene in Deutschland durchschnittlich eine Ärztin oder einen Arzt auf?

Im Jahr 2004 hat die GKV insgesamt 489 Millionen Abrechnungsfälle für ambulante ärztliche Behandlungen registriert. Ein Abrechnungsfall betrifft jeweils den Zeitraum eines Quartals und kann mehrere Arztkontakte eines Versicherten beinhalten. Die Zahl der Abrechnungsfälle ist daher nicht identisch mit der Zahl der Arztbesuche.

Nach Angaben des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, für den vom Robert Koch-Institut 8 318 Männer und Frauen im Alter ab 18 Jahren in ganz Deutschland befragt wurden, haben in den letzten drei Monaten vor der Befragung 58 Prozent der Männer und 69 Prozent der Frauen dieses Alters einen Arzt aufgesucht. Mit dem Alter steigt die Arztinanspruchnahme an und ist folglich in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren am höchsten (Tabelle 1).

Tabelle 1**Arztinanspruchnahme in den letzten 3 Monaten nach Alter und Geschlecht (in %)**

Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer	Frauen
18–29 Jahre	51,0	62,4
30–39 Jahre	48,2	64,9
40–49 Jahre	50,5	63,4
50–64 Jahre	63,5	70,1
65+ Jahre	80,8	77,9

Einen Hausarzt hatten insgesamt 92 Prozent der Befragten. Ist ein Hausarzt vorhanden, wird er durchschnittlich 4,16-mal binnen Jahresfrist aufgesucht – also etwa einmal im Quartal. Männer kontaktieren den Hausarzt seltener als Frauen (3,82 gegenüber 4,47 Kontakte). Tabelle 2 kann außerdem entnommen werden, dass die Zahl der Hausarztbesuche mit dem Alter deutlich zunimmt.

Tabelle 2**Durchschnittliche Anzahl der Hausarztkontakte in den letzten 12 Monaten nach Alter und Geschlecht**

Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

	Männer	Frauen	Gesamt
18–29 Jahre	2,94	3,54	3,24
30–39 Jahre	2,79	3,04	2,91
40–49 Jahre	2,85	3,57	3,21
50–64 Jahre	4,53	4,61	4,57
65+ Jahre	5,88	6,78	6,39
Gesamt	3,82	4,47	4,16

4. Wie häufig suchen Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II durchschnittlich eine Ärztin oder einen Arzt auf (Schätzungen bitte mit Statistiken und Literaturangaben belegen)?

Für Bezieher von Arbeitslosengeld II werden keine gesonderten Erhebungen durchgeführt. Auf die Antwort zu Frage 3 wird verwiesen.

5. Wie hoch waren im letzten Abrechnungsjahr die durchschnittlichen Krankheitskosten, bezogen auf jede Versicherte bzw. jeden Versicherten und bezogen auf jede Kranke bzw. jeden Kranken, die diese selbst zahlen mussten (insbesondere Praxisgebühren, Medikamentenzuzahlungen, Krankenhauskosten, Kosten für Brillen und Zahnersatz sowie Eigenleistungen für nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Heilmittel) (bitte getrennt nach privater und gesetzlicher Krankenversicherung auflisten)?

Die Versicherten der GKV haben im Jahr 2005 Zuzahlungen im Umfang von 5,4 Mrd. Euro geleistet. Pro Kopf und Jahr sind dies durchschnittliche Zuzahlungen für den GKV-Leistungskatalog in Höhe von 77 Euro.

In den Angaben zu den Zuzahlungen sind Ausgaben der Versicherten bei Selbstmedikation oder für Leistungen, die außerhalb des Leistungskatalogs der GKV liegen, nicht enthalten.

Angaben zu Selbstbehalten im Rahmen der Privaten Krankenversicherung (PKV) liegen nicht vor und wären im Übrigen auch mit den Zuzahlungen der GKV nicht vergleichbar, da es sich bei den Selbstbehalten der PKV um Tarifbestandteile/-charakteristika handelt, die Einfluss auf die Höhe der Beitragszahlung des Versicherten haben.

Bezüglich der Zuzahlungen durch Empfänger von Arbeitslosengeld II wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen. Anzumerken ist hierbei, dass die Höhe der individuellen Zuzahlungssumme über das Jahr durch die Regelungen des § 62 SGB V begrenzt wird; die Belastungsgrenze wird für Arbeitslosengeld-II-Empfänger in § 62 Abs. 2 Satz 6 SGB V an die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II gekoppelt.

6. Wie hoch waren diese Kosten durchschnittlich bei Menschen im erwerbsfähigen Alter (bitte nach PKV und GKV differenzieren)?

Die Abrechnungsstatistiken der GKV differenzieren nicht nach Alter der Leistungsempfänger.

Die PKV weist zwar die Altersabhängigkeit der Ausgaben in ihrem Zahlenbericht 2004/2005 aus, da sie jedoch dies in Form einer Indexdarstellung (Ausgaben für die Altersgruppe 41 bis 45 Jahre = 100) macht, ist nur ein Niveauevergleich zwischen den Altersgruppen möglich. Überdies ist bei den Angaben der PKV zu berücksichtigen, dass rd. 50 bis 60 Prozent der privat Krankheitsvollversicherten beihilfeberechtigte Beamte sind, für die seitens der PKV nur ein Teil der Kosten erstattet wird. Die tatsächlichen Ausgaben für privat Krankenversicherte sind daher höher als in den Angaben der PKV ausgewiesen. Die Ergebnisse des PKV-Berichts sind als Anlage 1 beigelegt.

7. Wie hoch werden nach Schätzung der Bundesregierung die Kosten nach Frage 5 und 6 im nächsten Jahr steigen, wenn die Mehrwertsteuer erhöht ist?

Durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer kann es insbesondere in den Bereichen Arznei- und Hilfsmittel zu zusätzlichen Belastungen kommen. Deren Auswirkungen auf die Höhe der Zuzahlungen der Versicherten sind im Einzelnen nicht kalkulierbar, weil sie vom individuellen Inanspruchnahmeverhalten und dem Erreichen der Obergrenzen abhängig sind. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die zusätzlichen Belastungen für die Versicherten durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer geringfügig sein werden, insbesondere weil sie durch die Belastungsobergrenzen von 1 Prozent des Haushaltseinkommens bei chronisch Kranken und 2 Prozent bei allen anderen Versicherten gemäß § 62 SGB V in ihrer maximalen Höhe begrenzt und sozial abgedeckt werden.

8. Hat die Bundesregierung Anhaltspunkte dafür, dass Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II andere Krankheiten, Krankheitsdauern oder schwerere bzw. leichtere Krankheiten haben als der Durchschnitt der Bevölkerung?

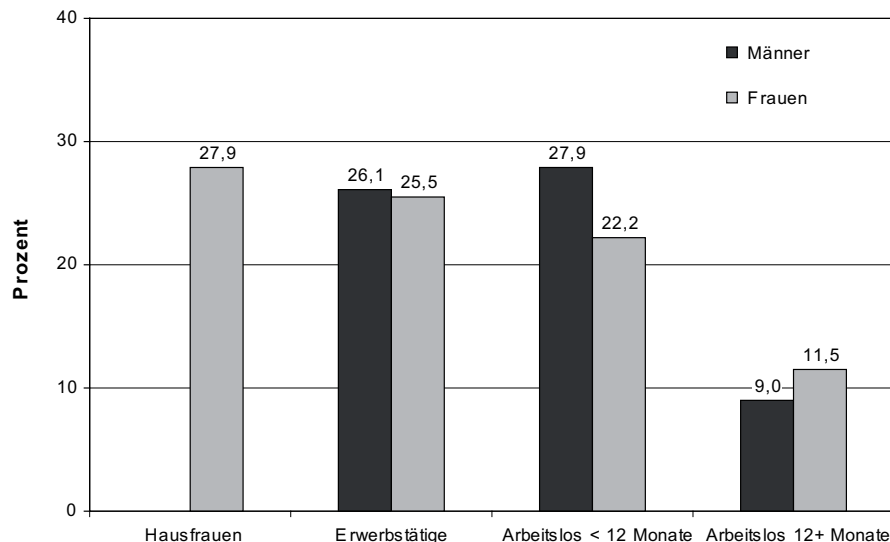
Als Anhaltspunkte für den subjektiven Gesundheitszustand können die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 dienen. Sie zeigen, dass Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose ihren allgemeinen Gesundheitszu-

stand schlechter einschätzen. Kontrolliert man für die unterschiedliche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen, dann beträgt das Verhältnis eines sehr guten Gesundheitsurteils zwischen Langzeitarbeitslosen und Erwerbstätigen bei Männern 1:3 und bei Frauen 1:2

Abbildung 1

Sehr gute Einschätzung der allgemeinen Gesundheit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Von den im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 erfassten Krankheiten und Beschwerden, die bereits in der Bevölkerung im Erwerbsalter weit verbreitet sind, kommen Hypertonie, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger vor als bei erwerbstätigen, während sich im Hinblick auf Asthma bronchiale und erhöhte Cholesterinwerte keine signifikanten Unterschiede beobachten lassen.

- Falls die Bundesregierung Frage 8 verneint oder Anhaltspunkte für eher schwerere Krankheiten bei ALG-II-Bezug haben sollte, warum fließen dann Ausgaben für Gesundheitspflege, also unter anderem Praxisgebühren, Medikamentenzuzahlungen, Krankenhauskosten, Kosten für Brillen und Zahnersatz oder Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Heilmittel nicht in den Eckregelsatz ein?

In der monatlichen Regelleistung des Arbeitslosengeldes II und des Sozialgeldes ist ein Anteil von rund 4 Prozent für Gesundheitspflege enthalten. Bei der Bemessung der Regelleistung – entsprechend den Regelsätzen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) – wurden die Positionen pharmazeutische Erzeugnisse, andere medizinische Erzeugnisse und therapeutische Geräte und Ausrüstungen aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) in vollem Umfang berücksichtigt. Die Auswertung der letzten aktuellen EVS hat die Festlegung der Regelleistung in Höhe von 345 Euro bestätigt. Darüber hinaus gibt es im Rahmen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) die Möglichkeit, einen von der Regelleistung umfassten und nach den Umständen unabwendbaren Bedarf, der weder durch das Vermögen nach § 12 Abs. 2 Nr. 4 SGB II noch auf andere Weise gedeckt werden kann, als Sach- oder Geldleistung durch ein aufrechenbares Darlehen zu erbringen (§ 23 SGB II). Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende können im Einzelfall den aus der Darlehensgewährung

resultierenden Rückzahlungsanspruch erlassen, wenn die Einziehung nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre (§ 44 SGB II). Bei der Entscheidung über die Frage, ob die Einziehung eines Anspruches unbillig ist, sind die gesamten Umstände eines Falles, insbesondere die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners sowie Art und Höhe des Anspruchs, zu berücksichtigen.

10. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, bei der Eckregelsatzberechnung monatlich 17,90 Euro für Gesundheitspflege zu veranschlagen (es wird ggf. um eine detaillierte Gegenrechnung gebeten)?

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende gewährleistet hinreichend Leistungen für die Gesundheit (siehe Antwort zu Frage 9).

11. Wie hoch liegt der Anteil chronisch Kranker an den Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II?

Auf die Antwort zu Frage 1 wird verwiesen.

12. Welche Krankheitskosten müssen chronisch kranke ALG-II-Empfängerinnen und -Empfänger selbst bezahlen, und wie hoch sind diese durchschnittlich?

Bezüglich der Zuzahlungen durch Empfänger von Arbeitslosengeld II wird auf die Antworten zu den Fragen 4 und 5 verwiesen. Anzumerken ist hierbei, dass die Höhe der individuellen Zuzahlungssumme über das Jahr durch die Härtefallregelungen des § 62 SGB V begrenzt wird; die Belastungsgrenze wird für Arbeitslosengeld-II-Empfänger in § 62 Abs. 2 Satz 6 SGB V an die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II gekoppelt. In § 62 Abs. 1 Satz 2 zweiter Halbsatz ist weiterhin geregelt, dass sich für chronisch Kranke die Belastungsgrenze von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt auf 1 Prozent halbiert. Damit ergibt sich eine maximale jährliche Zuzahlung für einen chronisch kranken Arbeitslosengeld-II-Empfänger in den alten Bundesländern einschließlich Berlin in Höhe von 41,40 Euro pro Jahr, d. h. 3,45 Euro pro Monat (in den neuen Bundesländern derzeit noch 37,32 Euro im Jahr bzw. 3,11 Euro pro Monat).

Anlage 1

Altersgruppe	bei verschiedenen Selbstbehaltstufen für ambulante Behandlung				Altersabhängigkeit der Ausgaben für Arzneien und Verbandmittel, zahnmedizinische Versorgung sowie ambulante Behandlung				für Krankenhausbehandlung und Krankenhausaufenthalt (pro Jahr)			
	(Altersgruppe 41–45 Jahre gleich 100 gesetzt)				Beobachtungsjahr 2004				Krankenhausbehandlung	Krankenhaus-tage		
	kein absoluter Selbstbehalt	Selbstbehalt bis 300 €	Selbstbehalt über 300 € bis 600 €	Selbstbehalt über 600 €	Behandlung	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz	übrige ambulante Behandlung				
Männer												
über 95 Jahre	418,67	621,88	857,69	884,86	628,07	35,79	61,29	377,57	435,71	895,91	829,98	
91 - 95 Jahre	575,91	681,02	802,28	1099,50	683,57	61,29	82,39	346,79	377,57	1015,74	1017,98	
86 - 90 Jahre	583,26	566,39	771,10	1025,00	697,11	82,39	103,43	310,33	346,79	1052,06	1079,02	
81 - 85 Jahre	523,48	611,50	728,23	882,54	668,85	103,43	128,61	283,32	310,33	975,06	1002,25	
76 - 80 Jahre	482,29	497,63	653,75	754,47	622,25	128,61	148,63	250,01	283,32	866,20	834,04	
71 - 75 Jahre	403,15	479,15	589,39	622,82	510,71	148,63	161,90	216,23	250,01	691,59	657,07	
66 - 70 Jahre	316,02	353,65	464,87	462,70	398,26	161,90	152,43	182,72	216,23	508,00	477,24	
61 - 65 Jahre	251,65	323,32	315,03	356,09	309,15	152,43	135,83	171,82	182,72	371,56	356,23	
56 - 60 Jahre	197,52	226,51	251,24	273,78	255,06	135,83	122,25	147,18	171,82	279,57	271,28	
51 - 55 Jahre	156,32	164,22	179,06	198,57	191,22	122,25	110,00	124,83	147,18	193,18	204,85	
46 - 50 Jahre	121,53	127,21	129,50	139,32	142,69	110,00	100,00	100,00	124,83	134,37	137,93	
41 - 45 Jahre	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
36 - 40 Jahre	85,80	78,01	80,25	82,03	77,70	95,39	76,48	84,37	84,37	76,48	71,70	
31 - 35 Jahre	76,25	67,94	63,19	91,89	70,84	91,22	74,40	74,40	74,40	64,52	58,12	
26 - 30 Jahre	67,95	63,27	60,62	60,44	55,91	76,23	63,93	63,93	63,93	68,37	68,19	
21 - 25 Jahre	61,36	88,99	92,36	66,75	53,97	52,77	61,53	61,53	61,53	73,90	101,08	
16 - 20 Jahre	66,37	64,16	57,99	52,19	67,83	67,82	69,07	69,07	69,07	70,80	82,23	
unter 16 Jahre	87,75	69,62	71,56	77,97	69,22	69,15	79,06	79,06	79,06	75,33	76,80	
Frauen												
über 95 Jahre	350,35	302,38	340,41	385,75	527,92	19,54	30,63	238,25	250,39	501,73	456,12	
91 - 95 Jahre	309,18	321,88	371,55	388,11	531,43	30,63	48,98	218,04	238,25	711,99	748,23	
86 - 90 Jahre	333,36	329,42	361,25	407,34	513,80	48,98	78,77	195,36	218,04	721,27	774,01	
81 - 85 Jahre	290,67	293,09	318,79	359,12	465,76	78,77	108,06	174,40	195,36	694,30	695,96	
76 - 80 Jahre	244,92	281,53	313,28	309,36	423,49	108,06	127,13	165,93	174,40	585,34	556,63	
71 - 75 Jahre	228,68	252,27	289,53	282,83	377,21	127,13	146,28	157,12	165,93	451,77	426,47	
66 - 70 Jahre	210,68	240,32	250,09	243,97	313,94	146,28	148,08	145,80	157,12	328,37	303,06	
61 - 65 Jahre	176,36	204,69	211,03	216,59	260,72	148,08	137,38	142,21	145,80	253,65	237,31	
56 - 60 Jahre	158,41	172,54	178,80	192,93	223,81	137,38	124,49	135,73	142,21	199,71	190,95	
51 - 55 Jahre	136,08	148,53	150,63	155,40	181,04	124,49	112,20	117,21	135,73	157,45	166,26	
46 - 50 Jahre	111,43	119,81	118,30	122,86	137,09	112,20	100,00	100,00	117,21	128,03	129,12	
41 - 45 Jahre	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	
36 - 40 Jahre	103,20	99,81	97,45	104,41	83,64	95,00	86,45	103,30	103,30	121,10	106,89	
31 - 35 Jahre	103,72	106,42	106,42	106,14	73,33	86,45	74,90	116,95	103,30	170,75	148,78	
26 - 30 Jahre	84,13	110,27	91,74	78,14	61,60	74,90	56,64	98,97	116,95	131,61	118,58	
21 - 25 Jahre	59,10	67,40	67,34	73,47	60,96	56,64	60,59	73,55	98,97	74,62	95,52	
16 - 20 Jahre	56,86	51,43	42,23	36,99	62,07	60,59	64,65	64,65	73,55	70,28	82,14	
unter 16 Jahre	44,88	34,68	27,84	22,82	43,70	68,34	45,20	45,20	45,20	53,93	46,80	

Quelle: Verband der PKV: Die private Krankenversicherung, Zahlenbericht 2004 / 2005

