

Boris Augurzky, Thomas Bauer  
und Sandra Schaffner

# Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung?

#16 vom 13. Februar 2007



Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,  
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0  
rwi@rwi-essen.de, <http://www.rwi-essen.de/positionen>

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2007

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.



## Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung?

**Boris Augurzky, Thomas Bauer und Sandra Schaffner**

Am 1. Januar 2004 trat in Deutschland das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Neben anderen politischen Maßnahmen beinhaltete es die Einführung der Praxisgebühr von 10 € für den ersten Arztbesuch innerhalb eines Quartals. Ziel dieser Maßnahme war es, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und die Anzahl der Arztbesuche zu senken, um Kosten zu sparen. Erste Fallzahlen der kassenärztlichen Vereinigungen deuteten darauf hin, dass die Zahl der Arztbesuche nach der Einführung der Praxisgebühr deutlich zurückgegangen ist. Die vorliegende, vom RWI Essen durchgeführte Studie untersucht, inwieweit sich die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von drei Monaten mindestens einen Arzt zu besuchen, durch Einführung der Praxisgebühr geändert hat. Auf Grundlage von Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zeigt sich jedoch, dass die Praxisgebühr keinen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuchs hat.

---

<sup>1</sup> Auszug aus „Copayments in the German Health Care System – Do They Work?“ RWI : Discussion Paper 43. 2007. RWI, Essen. – Die Autoren danken Joachim Schmidt für wertvolle Kommentare, Anette Hermanowski und Heribert Sunderbrink für die Unterstützung.

## Gründe für die Praxisgebühr

In den meisten entwickelten Ländern wachsen die Gesundheitsausgaben stärker als das Bruttoinlandsprodukt. In Deutschland nahmen sie zwischen 1995 und 2004 um 26% zu, das BIP wuchs hingegen nur um 19%. Die Gründe für das überproportionale Wachstum sind vielschichtig. Besonders die Ausgaben für die Pflege, die einen Teil der Gesundheitsausgaben ausmachen, stiegen um 51%. Hierfür spielt die Alterung der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Gleichwohl kann sie nicht den gesamten Anstieg der Gesundheitsausgaben erklären. Neben der demographischen Entwicklung trägt eine erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts zu dem Anstieg bei, da dieser dazu führt, dass bislang unheilbare Krankheiten behandelt werden können.

Unter volkswirtschaftlichem Gesichtspunkt ist es grundsätzlich unproblematisch, wenn eine Branche über- oder unterproportional wächst. Dies ist Ausdruck sich ändernder Angebots- und Nachfragestrukturen bzw. letztendlich der Präferenzen der Marktteilnehmer. Im Gesundheitsbereich werden allerdings die meisten Ausgaben nicht direkt durch den Patienten, sondern durch eine Krankenversicherung gedeckt. Der Patient als Nachfrager nimmt zwar zum Teil erhebliche krankheitsbedingte Nachteile seines Wohlbefindens in Kauf, muss aber in der Regel nicht unmittelbar für seine Behandlungskosten aufkommen. In den meisten Fällen ist sogar davon auszugehen, dass die Patienten die Kosten ihrer Behandlung nicht kennen, da ihnen – anders als bei der Inanspruchnahme anderer Dienstleistungen – keine Rechnung ausgestellt wird. Vielmehr werden diese Kosten sozialisiert und spiegeln sich in den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV) wider. Gerade in der GKV spürt daher der Einzelne kaum einen finanziellen Anreiz, die Nachfrage auf das Notwendigste zu beschränken. Es kommt zu einer Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen, die möglicherweise noch durch die Interessen der Leistungserbringer, ihr Angebot und damit ihren Umsatz auszuweiten, unterstützt wird. Ferner sinkt der Anreiz zur eigenverantwortlichen Prävention von Krankheiten. In der Literatur spricht man in diesem Zusammenhang von so genanntem *moral hazard*. Die Versichertengemeinschaft spürt dies durch überhöhte Beitragssätze.

Das Problem des *moral hazard* ist den meisten Versicherungsprodukten inhärent. Versicherungsgesellschaften sehen daher eine gewisse Selbstbeteiligung für den Versicherungsnehmer vor. Dies ist z.B. bei der Kfz-, Haftpflicht- oder PKV der Fall. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) schlossen sich 2004 auch die Gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Einführung einer Praxisgebühr dieser Idee an. Der Patient zahlt seitdem für den ersten Arztbesuch innerhalb eines Quartals 10 €. Kinder und Jugendliche unter

18 Jahren sind von der Praxisgebühr ausgenommen. Weitere Ausnahmeregelungen gelten für einkommensschwache oder chronisch kranke Versicherte.

Die Praxisgebühr verfolgt das Ziel, eine mögliche Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen seitens des Patienten zu verringern. Es handelt sich um eine pauschale Eigenbeteiligung, die unabhängig von der tatsächlichen Höhe der angefallenen Behandlungskosten eines Quartals anfällt. Zu erwarten ist, dass Patienten den ersten Arztbesuch eines Quartals hinauszögern oder – falls möglich – völlig vermeiden. Vermutlich werden Patienten auch versuchen, Arztbesuche derart zu bündeln, dass möglichst viele in ein Quartal fallen. Schließlich ist anzunehmen, dass nach erstmaliger Bezahlung der Gebühr die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch den Patienten innerhalb eines Quartals im Vergleich zur Situation ohne Gebühr unverändert bleibt oder sogar steigt. Insgesamt kann aufgrund der konkreten Ausgestaltung der Praxisgebühr aber nur ein geringer Effekt auf die Zahl der Arztbesuche eines Patienten innerhalb eines Jahres erwartet werden.

## Rückgang der Zahl der Arztbesuche

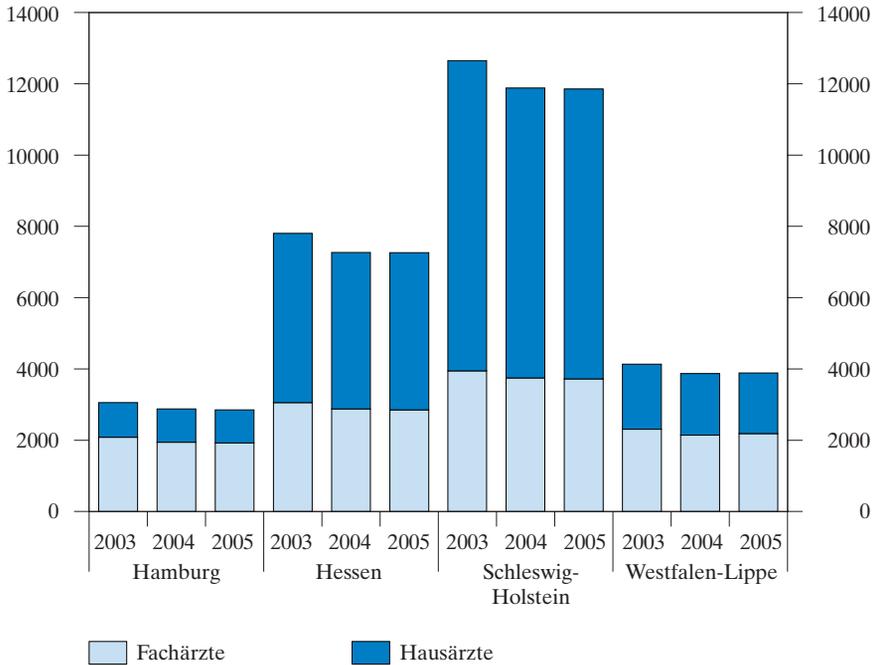
Die aggregierten Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KBV) deuten darauf hin, dass die Zahl der Arztbesuche 2004 gegenüber 2003 tatsächlich um 8 bis 10% gesunken ist. Diese Statistiken basieren auf Fallzahlen. Dabei bleibt unklar, um welche Art von Kontakten es sich handelt. So beinhalten diese Fallzahlen z.B. sowohl triviale Arztkontakte wie eine Rezeptabholung oder eine einfache Erkältung als auch komplexe Behandlungen. Während die Fallzahl sank, stieg aber das Gesamthonorar der niedergelassenen Ärzte im gleichen Zeitraum um nominal 2%. Dies deutet darauf hin, dass eher die trivialen und damit kostengünstigen Arztkontakte rückläufig waren. Ferner kann auf Basis dieser Zahlen nicht beurteilt werden, ob Arztkontakte auch ohne die Reform im Jahr 2004 rückläufig gewesen wären. Andere exogene Einflüsse, wie das Ausbleiben einer saisonalen Grippewelle, könnten für den beobachteten Rückgang verantwortlich sein.

Neben einem möglichen kostensenkenden Effekt erzielten die Krankenkassen 2004 durch die Praxisgebühr Einnahmen von 1,73 Mrd. €. Dies ist eine nicht unerhebliche Summe und trägt dazu bei, dass der Beitragssatz zur GKV im Durchschnitt um fast 0,2%-Punkte niedriger liegen kann als ohne die Gebühr. Unklar ist allerdings, wie hoch die Kosten der Erhebung der Gebühr sind. Es fallen Verwaltungskosten in den Arztpraxen an sowie Kosten für Mahnverfahren bei säumigen Zahlern, die den Einnahmen gegen gerechnet werden müssten.

Schaubild 1

**Zahl der Fälle bei Haus- und Fachärzten jeweils im dritten Quartal**

2003 bis 2005; in 1000



Quelle: Angaben der kassenärztlichen Vereinigungen. Eigene Darstellung.

## Vergleich von gesetzlich und privat Versicherten

Aggregierte Daten können einen ersten Eindruck über mögliche Zusammenhänge geben. Sie können jedoch nicht ohne Weiteres einen kausalen Wirkungszusammenhang aufdecken. Auch wenn auf den ersten Blick zu vermuten ist, dass die Praxisgebühr tatsächlich die gewünschten Effekte auf die Zahl der Arztbesuche zeigt, kann dieser Blick täuschen. Notwendig ist ein Vergleich von GKV-Versicherten, die von der Praxisgebühr betroffenen sind, mit solchen, die davon nicht betroffen sind. Mit anderen Worten benötigt man eine repräsentative Vergleichsgruppe, um den tatsächlichen Effekt der Praxisgebühr auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen messen zu können. Hierfür bieten sich sowohl die PKV-Versicherten als auch die Jugendlichen unter 18 Jahren an.

In der Untersuchung wurden Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) verwendet, eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung Deutschlands.

Dieser Datensatz wird seit 1984 jährlich erhoben und enthält neben zahlreichen sozioökonomischen Informationen unter anderem die Zahl der Arztbesuche innerhalb der letzten drei Monate, das Alter und den Versichertenstatus. Fast 20 000 Personen des SOEP konnten für die Analyse herangezogen werden. Als Kontrollgruppen wurden (i) gesetzlich versicherte Jugendliche unter 18 Jahren und (ii) Privatpatienten gewählt. Bei der empirischen Analyse wurde die unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Haushaltseinkommen und andere Merkmale<sup>2</sup> berücksichtigt.

## Keine Reduktion der Arztbesuche erkennbar

Der Vergleich der Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuchs zwischen gesetzlich und privat Versicherten vor und nach Einführung der Praxisgebühr zeigt, dass kein statistisch gesicherter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen existiert. Nach diesem Ergebnis hat sie nicht zu einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit geführt, einen Arzt zu konsultieren. Die Praxisgebühr hat demnach ihr Ziel verfehlt. Um zu überprüfen, ob die Praxisgebühr bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterschiedliche Verhaltensänderungen bewirkt hat, wurden die Analysen für Männer und Frauen und für Ost- und Westdeutschland getrennt durchgeführt und darüber hinaus nach Bildungsstatus und Haushaltseinkommen unterschieden. Auch innerhalb der so definierten Gruppen können keine statistisch signifikanten Effekte der Praxisgebühr erkannt werden. Diese Ergebnisse schließen zwar einen Effekt der Praxisgebühr nicht grundsätzlich aus. Sollte es einen Effekt geben, ist er jedoch zu klein, um ihn statistisch signifikant nachzuweisen. Außerdem ist zu beachten, dass die Wahrscheinlichkeit für mindestens einen Arztbesuch und nicht die absolute Zahl der Arztbesuche betrachtet wird. Dies stellt für die Untersuchung jedoch kein fundamentales Problem dar, da die Praxisgebühr nur dazu führen sollte, jeglichen Arztbesuch in einem Quartal zu vermeiden. Sobald eine Person jedoch einmal einen Arzt besucht hat, wird sie versuchen, in demselben Quartal möglichst alle notwendigen und absehbaren Arztbesuche durchzuführen.

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen vermuten, dass es sich bei dem von der KBV festgestellten Rückgang der Arztbesuche mehrheitlich um triviale Arztbesuche handeln muss. Es ist bekannt, dass Patienten auf größere Arzneimittelpackungen umsteigen, um statt einmal im Quartal nur noch jedes zweite Quartal den Arzt aufsuchen zu müssen<sup>3</sup>.

---

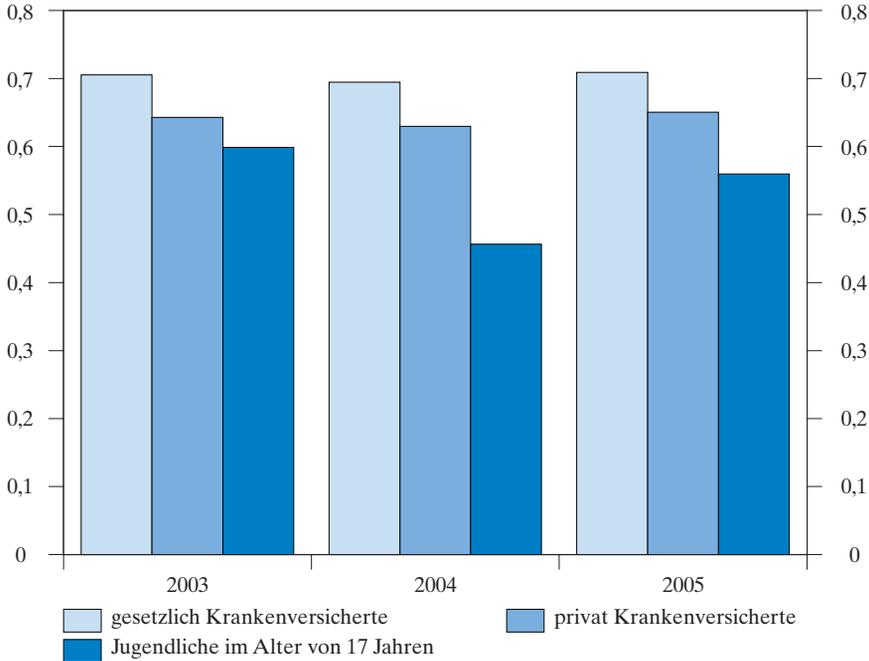
<sup>2</sup> Darunter die Region des Wohnsitzes, der Familienstand, Beschäftigungsstatus, Bildungsgrad, die Anzahl Kinder und die Anzahl Wochenarbeitsstunden.

<sup>3</sup> Dies gilt zum Beispiel besonders bei der Verschreibung von Verhütungsmitteln durch den Gynäkologen.

Schaubild 2

**Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuchs nach Art der Versicherung**

2003 bis 2005



Quelle: Eigene Berechnungen mit dem sozioökonomischen Panel.

Trotz dieser Ergebnisse kann die Praxisgebühr möglicherweise dennoch als Erfolg gewertet werden. Erstens scheint die Praxisgebühr zu einer Reduktion von trivialen Arztbesuchen geführt zu haben, ohne jedoch die Wahrscheinlichkeit zu verringern, einen Arzt in einem ernstem Behandlungsfall aufzusuchen. Zweitens führt sie dazu, dass der Beitragssatz zur GKV um fast 0,2%-Punkte niedriger liegt als ohne Praxisgebühr. Diese Reduktion der Lohnnebenkosten kann gesamtwirtschaftlich positive Beschäftigungseffekte zur Folge haben.

## Alternativen zur Praxisgebühr

Dennoch bleibt offen, ob nicht weiterhin bei den nicht-trivialen Arztbesuchen eine Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen seitens der Patienten auftritt. Eine stärkere Beteiligung der Patienten an ihren Behandlungskosten ist prinzipiell sinnvoll, um deren Kostenbewusstsein zu erhöhen und eine mögli-

che Übernachtung zu vermindern. Unter diesem Aspekt ist aus unserer Sicht eine prozentuale Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten die bessere Lösung. Sollte es sich dabei aus politischen Gründen jedoch nur um einen sehr kleinen Anteil handeln, könnten leicht die administrativen Kosten zur Umsetzung dieses Vorschlags prohibitiv hoch werden. In diesem Fall ist eine pauschale Gebühr durchaus vorzuziehen. Im Gegensatz zur derzeitigen Praxisgebühr würden wir allerdings eine Gebühr für jeden Arztbesuch statt für das Quartal als effektiver erachten. Empirische Untersuchungen in den USA und Kanada weisen hierfür positive Effekte nach. Denkbar wäre zum Beispiel eine Praxisgebühr von 4 bis 5 € pro Arztbesuch. Um das Kostenbewusstsein der Patienten weiter zu stärken, sollte diesen in regelmäßigen Abständen auch eine Aufstellung der von ihnen „verursachten“ Behandlungskosten gegeben werden.