

Die Praxisgebühr ist unpraktisch

Viel effektiver wäre eine obligatorische Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten

von Max A. Höfer

Das Chaos bei der Praxisgebühr ist ein Lehrstück darüber, wie die Politik das Richtige mit falschen Mitteln tut. Richtig ist die Einsicht, dass auch bei der Gesundheit marktwirtschaftliche Anreize funktionieren: Wer beim Arztbesuch erst mal zehn Euro hinlegen muss, überlegt sich, ob er den ärztlichen Rat wirklich braucht. Da 80 Prozent aller Patienten wegen einfacher Befindlichkeitsstörungen zum Arzt gehen, liegt da ein gewaltiges Sparpotenzial.

Wie sich aber jetzt zeigt, ist die Praxisgebühr das falsche Instrument, denn sie ist sehr bürokratisch: Ein Teil der Einnahmen, die eigentlich für die Senkung der Beiträge gedacht sind, geht fürs Inkasso drauf. Vollends kontraproduktiv ist die Einzelfallgerechtigkeit: Beim Hausarztbesuch wird die Gebühr fällig, bei der Vorsorgeuntersuchung nicht, beim Arbeitsunfall auch nicht, beim Rezept für die Pille schon. Die vielen Ausnahmen werden den Spareffekt weiter mindern. Sollten etwa die Notdienste gebührenfrei sein, dann werden viele die Gebühr beim Hausarzt umgehen und den Notarzt rufen, was Kosten von mehreren Hundert Euro pro Fall nach sich zieht.

Einfacher und viel effektiver wäre es, statt der komplizierten Praxisgebühr eine obligatorische Eigenbeteiligung einzuführen, wie sie bei den privaten Krankenversicherungen gang und gäbe ist. Dabei zahlt der Versicherte Leistungen wie Arztbesuche und Medikamente bis zu einem bestimmten Betrag im Jahr aus der eigenen Tasche. Entsprechend niedriger ist seine Prämie.

Überträgt man die Erfahrungen aus den privaten Krankenkassen auf die gesetzlichen, bedeutet das: Sie müssten elf Milliarden Euro weniger ausgeben, wenn der Selbstbehalt 580 Euro pro Jahr beträgt. Davon sind 4,5 Milliarden Euro reine Sparwirkung, weil die Versicherten in dieser Höhe überflüssige Medikamente und Arztbesuche vermeiden. 6,5 Milliarden Euro würden sie im Rahmen des Selbstbehalts aus der eigenen Tasche für medizinische Leistungen aufbringen. Für die Versicherten würde der Beitragsatz um die vollen elf Milliarden Euro oder 1,2 Prozentpunkte sinken von derzeit 14,4 auf 13,2 Prozent. Eine sofortige und erhebliche Senkung der Lohnzusatzkosten.

Die Kassen hätten den Vorteil, dass der ganze Hickhack um Praxisgebühren und Zuzahlungen entfällt. Sie können fest mit der Elf-Milliarden-Entlastung rechnen, während die von Bundessozialministerin Ulla Schmidt zugesicherten drei Milliarden Euro aus den Zuzahlungen in den Sternen stehen.

Ein Eigenanteil von 580 Euro im Jahr wäre keineswegs zu hoch. Denn erstens bekommt der Durchschnittsverdiener durch den Beitragsrabatt gut 300 Euro zurück. Zweitens ist der Rest mit der Summe vergleichbar, die jeder schon bislang an diversen Zuzahlungen für Rezeptgebühren oder Klinikaufenthalt leistet. Zudem gibt es ja als soziales Auffangnetz die Klausel, dass die Gesundheitskosten auf die Obergrenze von zwei Prozent des Bruttoeinkommens beschränkt sind. Was darüber liegt, übernimmt der Staat.

Die Eigenbeteiligung sollte auf die ambulante Behandlung konzentriert werden, denn hier kann der Patient mitentscheiden, er kann Preise vergleichen und durch gesundheitsbewusstes Leben Geld sparen. Die Erfahrung in Ländern mit Selbstbehalt wie der Schweiz und den USA lehrt, dass die Menschen nicht aus Geiz auf medizinische Behandlung verzichten. Im Gegenteil, das Gesundheitsbewusstsein wächst.

Die Eigenbeteiligung löst aber noch ein anderes Problem, die Frage nämlich, welche Behandlungen die gesetzliche Krankenkasse denn künftig überhaupt finanzieren sollen. Der medizinische Fortschritt weitet den Leistungskatalog stetig aus. Hinzu kommt die Lifestyle-Medizin: Zahnregulation und Krampfaderentfernung haben nicht nur medizinische, sondern auch ästhetische Aspekte. Soll dafür die Gemeinschaft der Versicherten zahlen?

Die gesetzlichen Kassen sollten von allem befreit werden, was nicht solidarisch finanziert werden muss. Dann bleibt ihnen genügend Geld für die schweren Erkrankungen, die Solidarität verdienen: die teuren Großrisiken wie Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall etc. In der Praxis tun sich die Mediziner aber schwer, die Bagatellerkrankungen von den schweren Leiden exakt zu trennen - genauso schwer wie bei der Definition von chronischen Erkrankungen.

Die Eigenbeteiligung löst das Problem elegant. Krankheiten, die wenig kosten, dürften mit hoher Wahrscheinlichkeit leicht sein, schwere Erkrankungen sind teuer. Bis zum Selbstbehalt von 580 Euro - in

unserem Beispiel - muss der Versicherte für Bagatellerkrankungen wie Rückenschmerzen, Kopfweh, Schnupfen aus der eigenen Tasche aufkommen. Ist es etwas Ernstes, wird's in der Regel auch teurer, und dann springt die Solidargemeinschaft ein.

Wackelige und letzten Endes willkürliche Definitionen, ob denn nun Diabetes oder Allergien chronische Erkrankungen sind, könnte sich Ulla Schmidt schenken. Wichtig ist doch die individuelle Leistungsfähigkeit. Mit den Instrumenten der Selbstbeteiligung und der Belastungsgrenze bei zwei Prozent ist eine soziale und marktwirtschaftliche Lösung vorhanden. Die Gesundheitspolitiker brauchten nur den Mut, sie einzusetzen.

Max A. Höfer, Jg. 1959, leitet das Deutsche Institut für Gesundheitsökonomie in Berlin

Artikel erschienen am 23. Jan 2004

© WELT.de 1995 - 2004