

Praxisgebühr und Hausarztmodell – der richtige Weg zur Kostensenkung?

Von Anne Zimmermann

Seit Beginn des Jahres sind die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, bei dem jeweils ersten Arztbesuch eines Quartals eine Praxisgebühr von 10 € zu zahlen. Durch Überweisung an andere Ärzte entfällt dort die Zahlung. Sucht man jedoch einen Arzt ohne Überweisung auf, so wird auch hier die Praxisgebühr fällig. Im ersten Quartal 2004 ist die Anzahl der Arztbesuche stark zurückgegangen, in manchen Regionen bei Hausärzten um bis zu 10 %. Fachärzte sind sogar noch stärker betroffen.

Was kann man hieraus schließen? Zunächst könnte man daran denken, dass die Menschen ihre Arztbesuche vorgezogen haben, nachdem sie erfuhren, dass ab Januar 2004 eine Zahlung für Arztbesuche fällig wird. Dann würde der Rückgang lediglich einen Aufschubeffekt darstellen, der sich in den nächsten Monaten auflösen dürfte, so dass die Anzahl der Arztbesuche wieder ansteigt. Wahrscheinlicher ist es dagegen, dass die tatsächlich gewünschte Wirkung eingetreten ist, nämlich dass die Nachfrage der Versicherten aufgrund der Zuzahlung zurückgegangen ist.

Die Praxisgebühr ist sinnvoll und scheint offensichtlich ihren Zweck zu erfüllen. Die direkte Beteiligung an den von ihnen verursachten Kosten ist ein wichtiger Schritt, die Patienten zu kostenbewusster Inanspruchnahme zu bewegen (s. Hintergrund-Box). Das Argument, diese Zuzahlungen seien unsozial und diskriminierend, kann nicht unterstützt werden, da gewährleistet wird, dass keiner der Versicherten untragbar belastet wird. Die Fehlanreize zur übermäßigen Inanspruchnahme bestehen aber für alle Versicherten und müssen daher auch bei allen Versicherten verringert werden. Wichtig ist, dass die Patienten diese Zahlung unmittelbar selber vornehmen und tatsächlich zahlen müssen, da nur dann die Wirkung zum Tragen kommt und der Patient spürt, dass die Leistung, die er nachfragt, Geld kostet.

Nun ist als eine der ersten Krankenkassen die Barmer Ersatzkasse mit einem Angebot aufgetreten, das den Versicherten die Praxisgebühr ersparen soll, wenn sie sich bei ihr in ein Hausarztmodell einschreiben. Das

Hintergrund: Moral Hazard in der GKV

Ziel der Praxisgebühr ist es, die Kosten der Versicherungen zu senken, die dadurch entstehen, dass Versicherte Leistungen deshalb in Anspruch nehmen, weil sie aufgrund des Versicherungsschutzes nicht mehr die tatsächlichen Kosten der Behandlung tragen müssen. Dieser Moral-Hazard-Effekt beruht auf Informationsasymmetrien zwischen Krankenversicherung und Versichertem und stellt letztlich ein Kontrollproblem dar. Die Versicherung kann nicht beobachten und kontrollieren, ob der Versicherte tatsächlich krank ist, nur geringfügige Beschwerden hat oder er lediglich ein Gespräch mit seinem Arzt führen möchte. Diese Kontrollmängel sind in dieser oder ähnlicher Form in jeder Versicherung zu finden. Auch eine Fahrradversicherung oder eine Brandschutzversicherung kämpft mit derartigen Problemen, hier wird nach Versicherungsabschluss weniger sorgsam mit dem versicherten Gegenstand umgegangen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird diese Tendenz dadurch verstärkt, dass die Beiträge lohnabhängig gebildet werden und daher in keinerlei Verhältnis zu dem individuellen Krankheitskostenrisiko der Versicherten stehen. Dies führt dazu, dass diese Beiträge wie eine Steuer empfunden werden und daher für die Versicherten keine Anreize bestehen, die Inanspruchnahme der Leistungen einzuschränken.

In den privaten Versicherungszweigen haben sich zur Milderung der Probleme des Moral-Hazard Formen der Eigenbeteiligung durchgesetzt, die im Übrigen auch in der Privaten Krankenversicherung in Deutschland zu finden sind. Und auch in der GKV sind Elemente der Selbstbeteiligung eingeführt worden. Diese Regelungen blieben jedoch schwach ausgeprägt. Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) hat nun die Praxisgebühr gebracht. Daneben wurde eine Anzahl weiterer Zuzahlungsregelungen eingeführt bzw. schon bestehende wurden verändert. So besteht des Weiteren eine höhere Zuzahlungspflicht für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel (bis zu einer Belastungsgrenze von 2 % der Bruttoeinnahmen der Versicherten; für chronisch Kranke oder Sozialhilfeempfänger gelten spezielle Grenzen). Das Gegenstück hierzu sind Bonusregelungen, die von den Versicherungen eingeführt werden dürfen, um Versicherte zu Präventionsmaßnahmen zu animieren, indem mit entsprechenden Beitragssenkungen oder Befreiungen von Zuzahlungen geworben wird.

Hausarztmodell sieht vor, dass Versicherte sich verpflichten, zunächst ihren Hausarzt zu konsultieren und sich nur von ihm weiter überweisen zu lassen. Dieses Verfahren soll unnötige Doppeluntersuchungen

vermeiden, und die Versicherten sollen durch den Hausarzt effizient durch das Gesundheitssystem geleitet werden. Hiergegen wird häufig eingewandt, dass auf diese Weise die freie Arztwahl geopfert und die Patientenfreiheit und die Konsumentensouveränität eingeschränkt würde. Dazu ist zu sagen, dass grundsätzlich gegen eine freiwillige Einschränkung der Arztwahl nichts einzuwenden ist, wenn die Patienten sich hierdurch Vorteile versprechen und bereit sind, für geringere Beiträge auf das Recht der freien Arztwahl zu verzichten.

Das Hausarztmodell bleibt in seiner Wirkung jedoch offen. Es ist durchaus möglich, dass die Anzahl der Arztbesuche konstant bleibt oder sogar ansteigt, da jetzt in Fällen, in denen offensichtlich klar ist, dass ein Spezialist (z.B. Orthopäde oder Frauenarzt) aufgesucht werden muss, dennoch zunächst der Hausarzt konsultiert wird. Und die Erfolgsquote hinsichtlich der Fälle, in denen der Hausarzt genauso gut oder besser behandeln kann als ein Spezialist, und daher ein weiterer Arztbesuch gespart wird, ist völlig offen.

Wenn auf einem Krankenversicherungsmarkt funktionierender Wettbewerb herrscht, gibt es nichts dagegen einzuwenden, dass die einzelnen Versicherungen über verschiedene Wettbewerbsinstrumente Kunden gewinnen wollen. Wenn es für sie möglich ist, durch den Verzicht auf die Praxisgebühr in Kombination mit der Einschreibung in ein Hausarztmodell die Prämien zu senken, dann sollen sie das tun, wenn sie tatsächlich kosteneffizienter arbeiten um im Wettbewerb zu bestehen. Dies sind die erwünschten Effekte des Wettbewerbs: Effizienzreserven erschließen und günstigere Preise ermöglichen.

Das Problem liegt darin, dass es keinen funktionierenden Wettbewerb auf dem GKV-Markt gibt. Die Beiträge werden lohnabhängig erhoben, was keinen funktionierenden Preiswettbewerb sondern höchstens Risikoselektion fördert (Versicherungen versuchen vor allen Dingen gutverdienende, gesunde und junge Versicherte zu gewinnen). Und der Risikostrukturausgleich, der dieses Problem beheben soll, ist dazu nicht in der Lage, da er zu viele Ausgleichsfaktoren außer Acht lässt und keine langfristigen Anreize zur Versorgungsverbesserung setzt. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts in hohem Maße staatlichen Schutz genießen. Der Wettbewerbsdruck, wie er auf anderen Märkten zu

finden ist und der die Teilnehmer in allen Bereichen zu effizientem Verhalten zwingt, fehlt hier. Daher ist nicht zu beurteilen, ob die Versicherungen sich tatsächlich effizient verhalten, da die Anreizstrukturen nicht stimmen. So ist auch zu fragen, weshalb die Kassen nicht schon seit längerem Hausarzt-Modelle verwenden, wenn sie tatsächlich Kosten sparen. Gegen effiziente Versorgungsstrukturen ist zwar nichts einzuwenden. Es darf jedoch nicht ein anderes, offensichtlich funktionierendes, Instrument verdrängt werden. Folgen alle Versicherungen diesen Modellen (dies wurde z.B. schon von DAK und AOK angekündigt) und ändert sich an der sonstigen Ausgestaltung der GKV z.B. hinsichtlich der Finanzierung nichts, dann ist im Vergleich zum heutigen System nichts gewonnen (vor allem nicht, wenn das Hausarztmodell keine Kostensenkung bringt oder sogar zusätzliche Kosten hervorruft), und die dringend notwendige Steuerung der Nachfrageseite über Selbst-behalte wird aufgehoben.

Welches Fazit ist festzuhalten? Zunächst ist die Praxisgebühr ein wichtiger und richtiger Schritt. Sie stellt sozusagen ein Feldexperiment zu Selbstbeteiligungen dar, über deren Wirkungen bisher in Deutschland im Wesentlichen gemutmaßt wurde. Die Wirkungen bestätigen bisher, was Ökonomen prognostiziert haben. Verbesserungen in der Steuerungswirkung könnten noch erreicht werden, wenn sich diese Form des Selbstbehaltes nicht nur auf den Erstbesuch beim Arzt beziehen würde, sondern kontinuierlich ein gewisser Eigenanteil getragen werden müsste. In einem funktionierenden wettbewerblichen System, in dem sowohl Versicherungen als auch Leistungsanbieter im Wettbewerb stehen, ist es dann getrost den Versicherungen zu überlassen, auf welche Weise sie Anreize für die Versicherten setzen und effiziente Versorgungsstrukturen aufbauen. Es würde sich im Wettbewerb herausstellen, welche Instrumente als Wettbewerbsparameter nutzbar sind und welche nicht. Solange ein solches System jedoch nicht existiert und man sich nicht auf die Steuerungswirkung des Wettbewerbs verlassen kann, ist jede Vermischung von Maßnahmen, die unterschiedliche Ziele verfolgen, zu vermeiden. Hier sollte man sich an den Grundsatz halten: Jedes Ziel mit einem eigenen Mittel verfolgen. Auf diese Weise kann vermieden werden, dass andernfalls ein Ziel auf der Strecke bleibt.

6944 Zeichen (*Hintergrundbox*: 2377 Zeichen)

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung des Autors, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung des Autors zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an den Autor.

Dipl.-Volksw. Anne Zimmermann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Seminar für Wirtschaftspolitik von Prof. Dr. Johann Eekhoff. **Kontakt:** Tel. 0221-470 2378 oder email: Zimmermann@wiso.uni-koeln.de