

Warum ich es ablehne, Kranke für den Arztbesuch eine Gebühr entrichten zu lassen.

Von Horst Peter

Bundeskanzler Gerhard Schröder hat bei der Vorstellung seiner Agenda 2010 im Deutschen Bundestag am 14. März 2003 seine sozialpolitischen Vorschläge zum Umbau des Sozialstaats damit begründet, dass dieser Umbau unabweisbar geworden sei, um ihm die Substanz erhalten zu können.

Wer erwartet, dass die „Substanz des Sozialstaats“, die erhalten werden soll, benannt wird, wartet bis heute vergeblich. Allerdings werden die vorgeschlagenen Maßnahmen als alternativlos bezeichnet.

Zur Beurteilung der vorgeschlagenen Maßnahmen ist es jedoch erforderlich, die Substanz des Sozialstaats zunächst zu konkretisieren.

Die Substanz der solidarischen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der Kern gründet auf der staatlichen Verantwortung, das Risiko Krankheit gesellschaftlich abzusichern und nicht als privates Risiko zu betrachten.

Jeder hat das Anrecht auf angemessene medizinische Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung. Basis ist der einheitliche und gemeinsame Leistungskatalog für alle gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis des Sachleistungsprinzips.

Die Kosten für die Sachleistungen werden in einem solidarischen Umlageverfahren aufgebracht, in dem die Beiträge vom individuellen Risiko abgekoppelt und nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten erhoben werden.

Dadurch wird das mehrdimensionale Solidarprinzip eingelöst. Es beruht auf dem Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, zwischen besser und weniger gut Verdienenden, zwischen jung und alt, zwischen Männern und Frauen, Familien und Singles.

Der Leistungskatalog wird von den Leistungserbringern auf Vertragsbasis gegenüber den Kassen als Interessenvertreter der Versicherten erfüllt. Die Leistungen dienen der Erfüllung des gesundheitspolitischen Hauptziels: der Sicherstellung einer erreichbaren, bedarfsgerechten

und dauerhaft funktionsfähigen Versorgung mit zweckmäßigen, notwendigen und ausreichenden Gesundheitsleistungen für die gesamte Bevölkerung. Grundlage ist Qualität und Effizienz der eingesetzten Ressourcen.

Strukturprobleme der GKV

Die krisenhafte Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt, wachsende Armut und der Trend zu neuen Formen der Selbstständigkeit schwächen die finanzielle Basis der GKV strukturell. Der Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte, die zu den so genannten guten Risiken gehören (50 % der Versicherten verursachen nur 3 % der Behandlungskosten der gesetzlichen Kassen!), belässt die so genannten schlechten Risiken (25 % der Versicherten verursachen 90 % der Behandlungskosten) im gesundheitspolitischen Abseits.

Dieser Wettbewerb der Kassen sowie die ökonomische Verhandlungsmacht der Pharmaindustrie und der Industrie für medizinische Großgeräte, aber auch die die Ausgabenseite belastende Vergütungsform der Einzelleistungsvergütung der Ärzte verursachen ineffiziente Versorgungsstrukturen. Es besteht ein Nebeneinander von Unterversorgung, Überversorgung und Übermedikalisierung und Fehlversorgung.

Die Vernachlässigung der Patienteninteressen insbesondere der Interessen chronisch Erkrankter, die Linderung ihres Leidens suchen, weil sie Heilung nicht erwarten können, zeigt sich in unzureichenden Präventions- und Beratungsstrukturen. Sie ist Folge der ineffizienten Versorgungsstrukturen.

Es ist politisch und wissenschaftlich strittig, ob der Sicherstellungs- und Steuerungsauftrag beim Staat liegt oder dem Markt überlassen werden kann.

Ist die Absicht der Agenda 2010, den Arztbesuch mit einer Gebühr zu belasten, ein geeignetes Instrument zur Lösung der Strukturprobleme der GKV?

Sie trägt nicht zur Lösung der strukturbedingten Finanzierungsprobleme der GKV bei, sondern kassiert diejenigen ab, die sich am we-



Horst Peter

nigsten wehren können. Betroffen sind rund 15 Millionen Versicherte, die häufiger oder länger krank sind. Damit wird die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ausgehöhlt.

Zwar erhalten im Wettbewerb der Kassen die Kassen einen gewissen finanziellen Ausgleich für die so genannten schlechten Risiken. Allerdings gibt es in einer Erweiterung des Risikostrukturausgleichs um eine Morbiditätskomponente und die Verteilung von Härtefällen eine bessere und wirksamere Alternative. Die Belastung des Arztbesuchs mit einer individuellen Gebühr ist gesundheitspolitisch schädlich, da sie die Unterversorgung stärken wird. Gerade die ärmeren Kranken finden schon jetzt trotz objektiven medizinischen Behandlungsbedarfs seltener den Weg zur ärztlichen Versorgung. Finanzielle, soziale, kulturelle, sprachliche und psychologische Hindernisse sind Ursache ihrer Unterversorgung, die dazu führt, dass sie doppelt so häufig ernsthaft erkranken und eine deutlich geringere Lebenserwartung haben als die so genannten guten Risiken. Diese Situation durch Erschwerung des Arztbesuchs zu verschärfen ist gesundheitspolitisch nicht verantwortbar.

Auch die Fehlversorgung wird verschärft werden, da die Präventionsschwelle durch die geplante Eintrittsgebühr für den Arztbesuch erhöht wird.

Die geplante Maßnahme lässt sich der Strategie der neoliberalen Gesundheitsökonomien zu ordnen, die die gesundheitliche Versorgung nach den Gesetzen des Marktes steuern wollen. Aber die gesundheitliche Versorgung selbst der oft propagierten mündigen Patienten ist kein ökonomischen Gesetzen gehörender Dienstleistungsmarkt. Der Kranke ist Hilfesuchender und nicht ökonomischer Dienstleistungen nachfragender Marktteilnehmer. Zusammenfassend: Die Praxisgebühr ist eine unsoziale, gesundheitspolitisch kontraproduktive Maßnahme. Sie darf nicht realisiert werden.

Forum DL21

Horst Peter (1980-1994 MdB, Mitglied im Sozial- und Gesundheitsausschuss; 1988-1994 Bundesvorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen [ASG]), Sprecher der spw-HerausgeberInnen.