

Dieser Artikel ist in leicht gekürzter Form im Versicherungsmagazin, Ausgabe 3/2012, erschienen.

Die Politiker und das Märchen von der Zwei-Klassen-Medizin

Es ist mal wieder soweit, dieses Jahr ist Bundestagswahl und wie jedes Mal vor einer Wahl erzählen uns die Politiker das Märchen von der Zwei-Klassen-Medizin.

Wir brauchen eine Kopfpauschale oder Bürgerversicherung. Privatpatienten bekommen eine bessere medizinische Versorgung und erhalten schneller einen Termin beim Spezialisten und ihrem Hausarzt.

Ist das wirklich so und warum ist das so? Stellen wir den Politikern die richtigen Fragen?

Im § 12 Sozialgesetzbuch V (maßgeblich für gesetzlich Krankenversicherte) steht:

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkasse nicht bewilligen.

Wenn wir dieses Gesetz wie in der Schule benoten würden, stünde ausreichend für die Note 4. Zweckmäßig wäre einfach, wirtschaftlich wäre billig und wie definiert man notwendig?

Wie sieht es für die privat Versicherten aus? Dies findet man im § 1 (2) der Gebührenordnung für Ärzte:

Vergütung darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.

Nach diesem Grundsatz darf er abrechnen und erhält die ihm dann zustehende Vergütung.

Wenn wir also fordern, die Zwei-Klassen-Medizin abzuschaffen, müssen wir auch verlangen, das Gesetz zu ändern. Denn dort ist geregelt, dass gesetzlich Krankenversicherte anders behandelt werden und andere Leistungen beziehen als privat Versicherte.



Betrachten wir noch kurz die Kostenebene:

Das große Defizit in der gesetzlichen Krankenkasse, das natürlich neben der rasanten Entwicklung in der medizinischen Versorgung und den Verwaltungskosten sowie vielen anderen Dingen liegt, ist auch die Beitragseinnahme. Wir haben rund 80 Millionen Versicherte in der GKV. Davon zahlt die Hälfte - sei es durch die Familienversicherung oder durch Arbeitslosigkeit – gar keine Beiträge. Die anderen 40 Millionen Versicherten zahlen nur die Hälfte, weil sie im wohlverdienenden Ruhestand sind. Das können wir, obwohl wir ein „Sozialstaat“ sind, nicht mehr leisten.

Dieses Problem hat die private Versicherung nicht, denn da zahlt jede Person ab Geburt einen Beitrag.

Welchen Vorteil hätte eine Kopfpauschale:

Da es kein paritätisches System in der gesetzlichen Krankenkasse gibt, würde auch der Beitrag für die Krankenversicherung vom Lohn abgekoppelt. Denn Arbeitgeber setzen die Beiträge von der Steuer ab und preisen die Kosten in ihre Dienstleistung und Ware ein. Damit beteiligen sie sich nicht an den Kosten des Gesundheitssystems bzw. nur zu einem Teil. Dies würde die Kopfpauschale ändern. Jeder „Kopf“ würde hier einen Beitrag bezahlen.

Zum guten Schluss:

Darüber hinaus, wenn wir diese Diskussion führen, müssen wir doch sagen, dass Politiker Beamte sind und diese zu 50 % ebenfalls privat versichert sind. Die andere Hälfte zahlt die Beihilfe. Daher reden wir nicht von einer Zwei-, sondern einer Vier-Klassen-Medizin: 10 % Versicherte in der privaten Vollversicherung, die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Zusatzversicherung, die gesetzlich Krankenversicherten und die Beamten mit Beihilfe.

Die Herausforderung in der Zukunft wird also nicht sein, die private Krankenversicherung abzuschaffen, sondern beide Systeme zukunftsfähig zu machen, vielleicht miteinander zu verbinden. Kopfpauschale und „wahlärztliche Leistungen“. Denn Ziel muss es sein, dass ein Großteil bzw. alle Bürger dieses Landes die bestmögliche medizinische Versorgung erhalten.

Jörg Bittlinger
Versicherungsfachwirt