

Die Ungerechtigkeit der privaten Krankenversicherung

 finanzwelt.de/die-ungerechtigkeit-der-privaten-krankenversicherung

18. Januar 2019



Wer in Sachsen-Anhalt einen Termin beim Augenarzt möchte, muss als Kassenpatient mitunter sechs bis acht Monate warten. Ein Privatpatient kann hingegen mit einem Termin binnen 14 Tagen rechnen. Viele sehen darin eine schreiende Ungerechtigkeit, die beseitigt werden müsse. Es dürfe keine Zweiklassenmedizin geben, also müsse man die private Krankenversicherung auflösen – so die Logik-Kette.

Zeit das Gerechtigkeitsargument einmal näher zu beleuchten. In Deutschland werden medizinische Leistungen üblicherweise von den gleichen Leistungsträgern erbracht, unabhängig davon, wie jemand versichert ist. Privatpatienten gehen in die gleichen Kliniken, zu den gleichen Ärzten und erhalten den gleichen Zugang zu Medikamenten. Es gibt sicherlich Leistungsunterschiede, aber eben gerade keine unterschiedlichen Behandlungsstränge. Das Gerechtigkeitsargument geht damit schon vom Start her fehl.

Anders sieht es in Ländern der Dritten Welt oder auch in Großbritannien aus. Großbritannien ist ein Land mit einer Zwangskasse – hierzulande beschönigend „Bürgerversicherung“ genannt. Da gibt es staatliche Krankenhäuser, Ärzte und Versorgungszentren für diejenigen, der auf die Zahlung seiner Leistungen durch die Zwangskasse angewiesen ist. Die Einrichtungen sind in der Regel unterfinanziert und schlecht ausgerüstet. Wer als deutscher Patient in Großbritannien ist, wird da mitunter schon einmal von seiner Versicherung ausgeflogen, weil das Staatssystem nicht den gleichen medizinischen Standard bieten kann, wie es in Deutschland möglich ist. Wer es sich im Königreich leisten kann, besucht daher eine der zahlreichen Privatkliniken oder Ärzte – also eine Art Parallelsystem. Da erhält er beste medizinische Leistungen auf internationalem Niveau. Großbritannien bietet damit ein hervorragendes Beispiel für eine verabscheuungswürdige Zweiklassenmedizin – und dies, obwohl oder vielleicht gerade weil man keine private Krankenversicherungswirtschaft zulässt.

Die privaten Krankenversicherer versichern in Deutschland gerade einmal 10,6 % alle Bürger, tragen aber rund ein Drittel der Kosten der Gesundheitsindustrie. Ein Privatpatient trägt also etwa dreimal so viel Kosten der Gesundheitsbranche wie ein Kassenpatient.

Dieser finanzielle Mehraufwand fließt nicht nur in Arztgehälter, sondern auch in die Anschaffung moderner Medizintechnik, die dann auch dem Kassenpatienten zur Verfügung steht.

Das bedeutet im Klartext, dass Privatpatienten das Gesundheitssystem in Deutschland massiv stützen und damit auch die Versorgung der Zwangsmitglieder der Staatskassen querfinanzieren. Würde die private Krankenversicherung abgeschafft, würde mandamit vielleicht die Besserbehandlung der Privatpatienten unterbinden, aber gleichzeitig entfielen dem System diese Mehreinnahmen. Die Versorgung der Kassenpatienten müsste entsprechend zusammengestrichen oder die Beiträge massiv erhöht werden. Rechtfertigt eine reine Neid-Diskussion derart massive Einbußen für Geringverdiener und Durchschnittsfamilien?

Doch betrachten wir abschließen einmal, warum Kassenpatienten überhaupt länger warten müssen. Liegt die Ursache wirklich in der Bevorzugung von Privatpatienten? Die gesetzlichen Kassen haben einen Marktanteil von 87 %. Nach marktpolitischen Maßstäben hält der gesetzliche Versorger damit eine Monopolstellung und dürfte kaum Probleme damit haben, die Rechte seiner Patienten durchzusetzen. Offenkundig unterbleibt diese Durchsetzung aber. Oft ist im Zusammenhang mit den Wartezeiten dann von einem angeblichen Arztmangel die Rede. Es gäbe nicht genügend Ärzte. Diese könnten sich daher wohlmöglich ihre Patienten aussuchen und bevorzugen deshalb die besser zahlenden Privatpatienten. Gibt es den Arztmangel wirklich? Wenn ich mir die Sprechstundenzeiten einer durchschnittlichen Praxis ansehe, komme ich selten auf mehr als 25 Stunden pro Woche. Sicherlich muss ein Arzt auch über die Sprechstunden hinaus noch einige Stunden Zeit aufwenden, aber für viele Verwaltungsaufwendungen kann er Personal einsetzen. Außerdem ist es einem Selbstständigen durchaus zumutbar, mehr als die übliche Wochenarbeitszeit von 40 Stunden zu leisten. Offensichtlich könnten niedergelassene Ärzte mehr arbeiten, wollen es aber nicht. Je kassenärztlichem Sitz gibt es Budgetierungen, über welche hinaus dem Arzt keine ärztlichen Leistungen staatlicher Krankenkassen abgerechnet werden. Wenn der Arzt die Grenze seines Budgets erreicht hat, wird er für weitere Behandlungen also nicht mehr bezahlt. Der Arzt hat demnach keinen Grund, mehr als 20-30 Stunden pro Woche Behandlung anzubieten, da er sonst unbezahlt bleibt. Aus diesem Grund verschieben Ärzte überschüssige Nachfrage in Folgequartale. Der Kassenpatient muss also auf das nächste oder sogar übernächste Quartal warten, weil der Arzt nicht von seiner staatlichen Krankenkasse bezahlt wird. Die ganze Ungerechtigkeitsdiskussion um die „Bürgerversicherung“ genannte Zwangskasse ist demnach nichts anderes als eine Ablenkung. Die gesetzliche Kasse nutzt ihr staatliches Gewaltmonopol aus, um Ärzten die Zahlung einiger Leistungen zu verweigern. Damit produziert sie selbst verhasste Wartezeiten und Schlechterbehandlungen ihrer Mitglieder. Wer mehr Gerechtigkeit will, wird diese also kaum erreichen, indem er die einzige Alternative abschafft und eben jenes Gewaltmonopol stärkt, das ursächlich die Missstände erzeugt.

*Kolumne von Oliver Pradetto,
Geschäftsführer blau direkt GmbH & Co. KG*