

„Bürgerversicherung“ – eine Mogelpackung!

Freie Arztwahl, flächendeckende wohnortnahe Versorgung auf hohem Niveau: Was in vielen Ländern Privilegierten vorbehalten bleibt, ist in Deutschland selbstverständlich. Auch muss bei uns – anders als gelegentlich behauptet – in der Regel niemand lange auf einen Arzttermin warten. Selbst wenn mal ein Facharzttermin nicht sofort zu bekommen ist, sollte man bedenken, dass die Wartezeit in anderen Ländern meist nicht in Tagen, sondern in Wochen oder Monaten gemessen wird – vor allem in staatlichen Einheitssystemen.

In Deutschland sind etwa 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert (GKV), auf die private Krankenversicherung (PKV) entfällt ein Anteil von rund zehn Prozent. Die Beiträge der GKV-Versicherten richten sich nach dem Einkommen und werden hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Die Beitragshöhe hat keinen Einfluss auf das Leistungsspektrum und den Leistungsanspruch. Die Beiträge in der PKV richten sich nach dem versicherten Leistungsumfang und dem jeweiligen individuellen Risiko. Die Verfechter der „Bürgerversicherung“ wollen nun ausnahmslos alle Bürger in einem Versicherungssystem zwangsversichern. Alle Bürger sollen einzahlen, Wahlfreiheit gibt es nicht mehr. Das Leistungsniveau soll dem der GKV entsprechen. Für die Beitragsbemessung sollen – je nach Parteiprogramm – neben dem Arbeitseinkommen auch Mieteinnahmen und/oder Zinseinnahmen herangezogen werden. Die Beitragsbemessungsgrenze wird angehoben oder ganz abgeschafft, versprochen wird ein „gerechteres“ Gesundheitswesen.

Mehr Gerechtigkeit?

In der PKV sind vor allem Beamte, Selbstständige und Pensionäre versichert. Ihnen gesteht der Gesetzgeber bislang eine Wahlfreiheit zu. Großverdiener sind die PKV-Versicherten dennoch nicht. Sie bilden eine eigene Solidargemeinschaft mit versicherungsmathematisch kalkulierten Prämien, eine kostenlose Familien(mit)versicherung gibt es nicht. Jeder zahlt für alles volle Prämien.

Gesicherte Finanzierung?

Die „Bürgerversicherung“ soll die Finanzen der Krankenkassen sichern, indem weitere Einkommen wie Zinserträge aus Kapitalvermögen oder Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung zur Beitragserhebung herangezogen werden. Abgesehen davon, dass nur ein geringer Teil der Einkommen in Deutschland auf diese Zweige entfällt, würde die Mehrbelastung am Ende bei Mietern und Pächtern landen. Den (zunächst) erhöhten Beitragseinnahmen folgen dann aber mit zeitlicher Verzögerung die Leistungsausgaben für die neuen „Zwangsmitglieder“. „Gesünder“ sind Privatversicherte nämlich nicht, wegen der üblichen Selbstbeteiligungen zahlen sie zudem vieles aus eigener Tasche.

Demografiefeste Krankenversorgung?

Im Umlageverfahren werden die Beitragsgelder sofort für die laufenden Ausgaben verwendet. Den jetzt Zahlenden wird versprochen, dass künftig andere für sie zahlen – Ansparen findet nicht statt. Klar ist aber: Immer weniger junge Menschen müssen für die hohen Kosten einer alternden Bevölkerung aufkommen. Die Kosten des medizinischen Fortschritts kommen noch „oben drauf“.

Ende einer „Zwei-Klassen-Medizin“?

Die Befürworter der „Bürgerversicherung“ wollen eine angebliche „Zwei-Klassen-Medizin“ beseitigen. In Deutschland gibt es zwei Versicherungssysteme, aber nur ein Versorgungssystem. In Ländern mit Einheitsversorgung findet man (Beispiel Großbritannien) faktisch ein zweites Versorgungssystem, nämlich eines, das sich nur Wohlhabende leisten können. Bei entsprechenden Preisen gibt es alles und sofort, während für die anderen das staatliche Mangel-System bleibt.

Fazit

Die so genannte „Bürgerversicherung“ bietet keine Lösungen für die Probleme im Gesundheitswesen. In Wahrheit ebnet sie den Weg in die Zwei-Klassen-Medizin. Ohne die PKV entfielen zudem die Konkurrenz zwischen den beiden Versicherungssystemen. Dabei ist es nicht zuletzt der Wettbewerb zwischen den Systemen, der Innovationen fördert.