



Für alle Fälle

Gesundheit ist ein hohes Gut. Sie zu erhalten ist Zweck und Aufgabe der Krankenversicherung. Deutschland leistet sich zwei getrennte Systeme.

Foto: Phalanx

So wird abgerechnet
GOÄ/GOZ

Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) legen fest, wie hoch Leistungen für Privatpatienten abgerechnet werden. Angegeben sind Punktwerte pro Leistung. Je nach Behandlungsaufwand darf der Wert erhöht werden, maximal um das 2,3-Fache, in Ausnahmefällen um das 3,5-Fache. Der ermittelte Punktwert wird als Euro-Betrag in Rechnung gestellt. Für Kassenpatienten gilt ein eigenes Honorarsystem, der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).

Kostenerstattungsprinzip
Privatpatienten zahlen ihre Behandlung aus der eigenen Tasche. Die Rechnung wird bei der Versicherung eingereicht, die dann die Kosten zurückerstattet. Wie viel übernommen wird, hängt davon ab, welcher Versicherungstarif gewählt wurde. Auch Kassenpatienten können die Kostenerstattung wählen. Die Krankenkassen erstatten aber nur den GKV-Regelleistungssatz.

Sachleistungsprinzip
Kassenpatienten werden in Arztpraxen behandelt, ohne selbst in Vorleistung gehen zu müssen. Dort sind nur zehn Euro Praxisgebühr fällig. Die Ärzte rechnen über die Kassenzahlstellen Vereinigungen mit den Krankenkassen ab. Auf Wunsch erhalten Patienten eine Quidung, die über die Art der Behandlung und die Kosten informiert. Das Sachleistungsprinzip gilt auch im Krankenhaus.

Selbstbehalt
Freiwillig gesetzlich Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben, können sich wie Privatversicherte für einen Selbstbehalt entscheiden. Sie müssen alle Arztrechnungen bis zu einer bestimmten Höhe (z. B. 300 Euro) selbst zahlen. Dafür gibt es am Jahresende eine Beitragsrückerstattung. Willi Reiners

Ohne – das leisten sich nur Multimillionäre
Warum die Krankenversicherung ein Muss ist

Stuttgart – Vor allem chronisch Kranke wären ohne Versicherungsschutz rasch finanziell überfordert. Ihre Behandlung kann zehntausende Euro jährlich kosten.

VON WILLI REINERS

So viel Geld für so wenig Krankheit: Das ist wohl jedem, der noch nie ernsthaft krank war, schon einmal durch den Kopf gegangen. Einerlei, ob gesetzlich oder privat versichert. Wer sich – abgesehen von gelegentlichen Zipperlein – einer guten Gesundheit erfreuen kann, den überkommt auch angesichts beständig steigender Beiträge und Prämien zu seiner Krankenversicherung bisweilen heiliger Zorn.
Ein paar grob überschlägige Zahlen: Gerecht auf das durchschnittliche Arbeitsentgelt von 29 569 Euro (2005) berappt ein Arbeitnehmer im Verlauf eines 40-jährigen

ihren Versicherungen herausgefliegen. Wenn überhaupt, so können es sich lediglich Multimillionäre leisten, für den Ernstfall ganz bewusst auf die gesetzliche oder private Patientenkarte zu verzichten. Allen anderen droht der wirtschaftliche Ruin, falls sie schwerer erkranken sollten und auf eine medizinische Versorgung angewiesen sind. Wie teuer aufwändige Diagnostiken und Therapien sein können, wissen Kassenpatienten in aller Regel nicht. Privatpatienten dagegen schon eher – ihnen schickt der Arzt eine Rechnung.
Besonders chronisch kranke Menschen wären ohne Schutz rasch überfordert. Sie sind darauf angewiesen, dass die Solidargemeinschaft für sie einspringt. Das zeigen diese Zahlen: Die Behandlung eines Diabetikers mit Komplikationen kostet rund 5600 Euro pro Jahr, ein Dialysepatient kommt auf rund 30 500 Euro. Und wer eine neue Leber erhält, verursacht im ersten Jahr Kosten von bis zu 120 000 Euro.
Wie nützlich es ist, sich gegen die finanziellen Folgen von Unfällen oder Krankheiten (Einkommensverlust, Behandlungskosten) zu versichern, haben die Menschen früh erkannt. Die frühen Ursprünge der Krankenversicherung, wie wir sie heute kennen, gehen auf das 13. und 14. Jahrhundert zurück. Damals versorgten Klöster und Ritterorden Patienten im Rahmen der Armenfürsorge stationär. Wenn man es sich leisten konnte, ging man zum Bader oder Arzt.
Erste Formen der modernen Krankenversicherung entwickelten sich im Zuge der Industrialisierung im 19. Jahrhundert. Sach- und Hilfsleistungen gegen den Verdienstaustausch wurden überwiegend genossenschaftlich organisiert. Deshalb ist der Lohnersatz bis heute immer noch Kassenleistung, obwohl er mit einer Krankenversicherung im engeren Sinn nichts zu tun hat.
Lange vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahr 1883 waren die



Berufslebens beim aktuell mittleren Krankenkassenbeitrag von 13,3 Prozent 78 654 Euro. Sein Arbeitgeber zahlt noch einmal den gleichen Betrag. Das sind stolze Summen. Mühsen die eigentlich kein?
Eigentlich erübrigt sich diese Frage in einem Land, das die überwältigende Mehrheit der Erwerbstätigen einer gesetzlichen Versicherungspflicht unterwirft. Tatsächlich stehen von gut 82 Millionen Bürgern Schätzungen zufolge nur bis zu 300 000 ohne Versicherungsschutz da. Die allermeisten von ihnen zählen nicht freiwillig zu diesem Personenkreis: Sie sind vielmehr irgendwann aus

„Der Glückliche muss einen normalen Beitrag leisten“
Sozialökonom Gert Wagner skizziert ein gerechteres Gesundheitswesen

Berlin – Gert G. Wagner ist einer der besten Kenner des deutschen Sozialsystems. Der Professor für Volkswirtschaft an der TU Berlin ist Forschungsdirektor am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin sowie Vorsitzender der Sozialkammer der Evangelischen Kirche (EKD) in Deutschland. Wir sprachen mit ihm über das ideale Gesundheitswesen.

Herr Wagner, stellen Sie sich vor: Sie kommen in ein Land ohne Gesundheitswesen und Krankenversicherung. Man gibt Ihnen die Aufgabe, entsprechende Systeme aufzubauen. Wie und was planen Sie?
Ich würde ein Gesundheitswesen planen, das jedem kranken Menschen von Geburt an großzügig hilft. Streng genommen: Die Versicherung würde bereits vor dem Zeitpunkt der Zeugung erfolgen, denn wie gesund ein Mensch zur Welt kommt, ist ja nicht mehr beeinflussbar.

Ist Ihr System gerecht, wenn es jeden gleich behandelt?
Ja, voll und ganz. Ein neugeborener Mensch kann ja nichts dafür, wenn er krank auf die Welt kommt oder später auf Grund seiner genetischen Ausstattung kränklischer ist als andere. Dasselbe gilt für Erkrankungen infolge von Unfällen. Wer Pech hat, dem muss großzügig geholfen werden.

Alles medizinisch Notwendige wird gewährt. Darunterzuehen ist ethisch nicht legitimierbar.

Alles für alle lautet ihre Devise demnach. Aber macht es nicht Sinn, zwischen dem Notwendigen und dem Wünschbaren zu unterscheiden? Es gibt ja Dinge, die man gerne hätte, aber nicht unbedingt braucht.
Bereits beim heutigen Stand der Medizin gilt, dass man nicht alles Wünschenswerte erhalten kann. Theoretisch könnte jede Klinik eine Maximalversorgung auf universitärem Niveau bieten – das ist unbezahlbar. Man muss auf gesellschaftlicher Ebene unterscheiden, was notwendig ist. Das muss dann jedem offen stehen. Und wenn es einmal entschieden ist, macht es keinen Sinn mehr, zu differenzieren zwischen dem medizinisch Notwendigen, das die Gesellschaft vorhalten will, und einer Basisversorgung, die darunterliegt und die man durch private Vorsorge aufstocken muss.

Was ist mit dem Druck der Leistungsanbieter? Nicht alles, was auf den Markt kommt, ist medizinisch notwendig.
Es wird immer Mediziner geben, die etwas Neues für medizinisch sinnvoll halten, dessen Nutzen nicht hinreichend geprüft ist. Man kann sicher den Erwerbtrieb von Mediziner dämpfen, sollte sich aber keiner Illusion hingeben. Mediziner wollen maximal helfen. Zudem: Auch in staatlichen

Systemen mit angestellten Ärzten gibt es freiberufliche Ärzte. Und Schwarzmärkte.

Woher kommt das Geld in Ihrem System? Aus Steuern oder aus Beiträgen?
Wenn die Menschen von der Zeugung an versichert sind, stellt sich die Frage nach der Risikodifferenzierung nicht. Damit wirken Steuern und Beiträge sehr ähnlich.

Weil man sich sozusagen blind stellt und behauptet: Jeder hat das gleiche Risiko.
Exakt. Die Schöpferin hat jedem unterschiedliche Gene mitgegeben und erwartet, dass trotzdem alle fair behandelt werden. Das bedeutet: Der Glückliche mit den guten Genen muss einen normalen Beitrag zum Gesundheitswesen zahlen. Wenn es aber eine Beitragsbemessungsgrenze gibt, entstehen gleichwohl Verteilungsprobleme, weil Gutverdienende überdurchschnittlich belastet werden. Deshalb würde eine Gemeinschaft vernünftiger Verfassungsväter sagen, wir garantieren die Nachhaltigkeit (wie das in Skandinavien der Fall ist), dann favorisiere ich die Steuerfinanzierung.

Wie lösen Sie das Demografieproblem? Da alle Steuern zahlen, auch Alte und Kranke, ist das demografische Risiko für das Gesundheitswesen nicht so groß, jedenfalls viel kleiner als bei der Altersvorsorge.
Welche Versorgungsstruktur bauen Sie auf?

Krankenversicherung in Deutschland

Größte Anbieter

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
Versicherte in Millionen 2004

AOK	25,3
Barmer	7,2
DAK	6,2
TK	6,0
KKH	1,9
GEK	1,6

Private Krankenversicherung (PKV)
Versicherte in Millionen 2004

DebeKa	3,0
DKV	2,9
Allianz	2,3
Signal	1,9
Central	1,5
Bay. Beamten	1,4

Marktanteile GKV/PKV
Versicherte in Millionen

Gesetzliche Krankenversicherung

70,35

Privatversicherte mit Krankenvollversicherung

8,37

Systeme im Vergleich

Gläubiger Ersatzkasse GEK	DKV Deutsche Krankenversicherung
4-köpfige Familie: Mann (42) Angestellter, Frau (40) nicht berufstätig, zwei Kinder (10 und 12), Familie lebt in Baden-Württemberg	
Arbeitsentgelt 3562,50 Euro ¹	Arbeitsentgelt über 3937,50 Euro ²
Beitragsatz GEK 13,6 % Versicherungsumfang: Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	Versicherungsumfang: Tarif der privaten Krankenversicherung (PKV) ohne Selbstbehalt, Höchstsatzersatzung ärztliche und zahnärztliche Gebührenordnung, Kostenübernahme für Zahnbehandlung 100 Prozent, Kieferorthopädie 80 Prozent, Zahnersatz 80 Prozent, Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer, Chefarztbehandlung im Krankenhaus; Kinder: Höchstsatzersatzung und darüber hinaus, Kieferorthopädie und Zahnersatz 75 Prozent
Versicherungsbeitrag: 484,50 Euro davon 242,25 Euro Arbeitnehmeranteil; 242,25 Euro Arbeitgeberanteil; Zusatzbeitrag Arbeitnehmer 0,9 Prozent: 32,06 Euro Gesamt: 516,56 Euro Ohne AG-Anteil: 274,31 Euro	Prämie Mann: 434,70 Euro ⁵ Prämie Frau: 486,78 Euro ⁵ Prämie Kind 1: 153,81 Euro Prämie Kind 2: 153,81 Euro Gesamt: 1229,10 Euro Ohne AG-Anteil⁶: 992,19 Euro
Zuzahlungen ³ : 30 Euro Praxisgebühr ⁴ : 10 Euro/Frau 10 Euro Arztbesuch Mann 10 Euro/Frau 10 Euro	Keine Zuzahlungen, keine Praxisgebühr Schnellere Termine vor allem bei Fachärzten Keine Leistungsbeschränkungen
Familie wünscht private Extras	Ohne AG-Anteil⁶: 992,19 Euro
Zusatzversicherung Zwei-Bett-Zimmer und privatärztliche Behandlung im Krankenhaus Mann: 34,91 Euro/Frau: 30,36 Euro ⁷	
Zusatzversicherung „Das Plus an Leistungen“ Naturheilverfahren 80 Prozent, Zahnersatz 30 Prozent, Zuschüsse zu Brillen und Kontaktlinsen, Kurtagegeld, Rooming-in-Kosten für Begleitperson, Auslandsversicherung u. a., Kinder sind mitversichert Mann: 21 Euro/Frau: 21 Euro	
Gesamtbelastung⁸: 431,58 Euro	Gesamtbelastung: 992,19 Euro

¹ Betrag entspricht Beitragsbemessungsgrenze GKV
² Betrag entspricht Pflichtversicherungsbeitrag für die Familie: 642,48 Euro jährlich (Rechnung: 3562,50 Euro x 12 abzüglich 4410 Euro für 1. Angehörigen, abzüglich 2 x 3648 Euro für weitere Angehörige = 32 124 Euro, davon 2 %)
³ Betrag beispielhaft; maximaler Zuzahlungsbeitrag für die Familie: 642,48 Euro jährlich (Rechnung: 3562,50 Euro x 12 abzüglich 4410 Euro für 1. Angehörigen, abzüglich 2 x 3648 Euro für weitere Angehörige = 32 124 Euro, davon 2 %)
⁴ Betrag beispielhaft; bei Teilnahme an Hausarztmodell entfällt Praxisgebühr
⁵ Tarif gilt für aktuelles Eintrittsalter; bei früherem Eintritt wären Prämien günstiger
⁶ Arbeitgeber zahlt Höchstsatzbeitrag 236,91 Euro (AG-Anteil bemisst sich am GKV-Durchschnittsbeitrag)
⁷ Zusatzversicherung über Kooperationspartner
⁸ Bonusmodell Smile Konto beinhaltet Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsmaßnahmen durch Rückerstattung von Zuzahlungen, durch Sachprämien oder Reisevorteile

ersten privaten Versicherungsunternehmen gegründet worden. Beide Systeme – das eine gesetzlich, das andere privat – haben sich unabhängig voneinander entwickelt. Ordnungs- wie verteilungspolitisch ist der deutsche Sonderweg fragwürdig: Die „guten Risiken“, also gesunde Menschen mit überdurchschnittlichem Einkommen, zahlen als privat Versicherte vergleichsweise weniger. Diesen prinzipiellen Einwand kann auch die relative Begünstigung, die die Familienversicherung im gesetzlichen System bedeutet (siehe Grafik), nicht entkräften.
International lassen sich im Hinblick auf die Finanzierung von Gesundheitswesen steuerfinanzierte Systeme von beitragsfinanzierten unterscheiden. Erstere sind etwa

in Großbritannien und in Skandinavien zu finden. Die medizinische Versorgungsqualität ist dort keineswegs schlechter als hier zu Lande, wo Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern fließen. Es gibt aber Wartezeiten, wenn man einen Termin beim Arzt oder in einer Klinik braucht. Das liegt daran, dass der Staat streng darüber wacht, wie viele Steuermittel ins System fließen.
Die Herausforderungen, die die Zukunft für beide Systeme bereithält, sind vergleichbar. Einerlei, ob durch Steuern oder Beiträge finanziert: Die Folgen des Altertrends der Bevölkerung und des Medizinfortschritts bringen einen zunehmenden Druck auf der Ausgabenseite. Überzeugende Antworten müssen noch gefunden werden.



Gert G. Wagner Foto: Waechter

Weil Mittel außerhalb des Paradieses knapp sind, hat Sparsamkeit stets eine ethische Dimension. Verschwende ich Geld, kann ich es für Sinnvolles nicht ausgeben.
Krankheit muss also sein?
Jedes System arbeitet damit. Sonst müssten wir 100 Prozent unseres Einkommens für Gesundheit ausgeben. Es geht um eine vernünftige Mittelverwendung.

Ihr System wäre knapper organisiert als das deutsche?
Es würde weniger Mittel verschlingen. Das ist auf der grünen Wiese leicht, da man von Anfang an streng darauf achten würde, dass es keine überflüssigen Angebote gibt. In der Realität allerdings ist Verschwendung in einem menschenwürdigen Gesundheitswesen auf Dauer unvermeidbar. Wenn Menschen ernsthaft krank sind, wollen sie eine Maximalversorgung. Und das ärztliche Berufsethos verlangt, sie zu gewähren.
Wie weit sind wir in Deutschland von einem gerechten Gesundheitswesen entfernt?
Die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung ist die größte Probe und damit zusammenhängend die Beitragsbemessungsgrenze. Wer gesund ist und gut verdient, hat die besten Karten und zahlt obendrein weniger.

Warum ist uns diese Ungerechtigkeit so wenig bewusst?
Weil die gesetzliche Krankenversicherung bei ihrer Einführung Ende des 19. Jahrhunderts ein Riesenschritt war. Man war froh, dass endlich den Arbeitern geholfen wurde, die ja vorher im Krankheitsfall ohne Einkommen dastanden. Die ärztliche Honorierung war damals kein Problem, da „Arzt“ noch unsonst behandelt wurden. Meinem Großvater erging es als jungem Mann Anfang der 20er Jahre in Frankfurt noch so. Ärzte liquidierten nur bei „Reichen“. Seitdem die Krankenversicherung aber auch Ärzte honoriert, ist die Trennung in gesetzliche und private Versicherungen nicht mehr ethisch legitimierbar.
Fragen von Willi Reiners