

presse

Abzocke und Drei-Klassen-Medizin

Zur heutigen Abstimmung über das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) im Deutschen Bundestag erklärt der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundtagsfraktion Karl Lauterbach:

Der Beitragssatz wird um 0,6 auf 15,5 Prozent angehoben und dabei festgefroren. Alle weiteren Kostensteigerungen gehen einseitig zulasten der Versicherten und der Steuerzahler, da sie in den Zusatzbeitrag im Sinne einer kleinen Kopfpause hineinfließen.

Das ist der Sinn der Reform: Die dauerhafte Entlassung der Arbeitgeber aus der Parität. Weil die Arbeitgeber aber an der Steigerung der Kosten in Zukunft nicht mehr beteiligt sein werden, werden sie für die Arbeitnehmer genau doppelt so schnell steigen: Weniger Netto vom Brutto für jeden Versicherten. Der dabei eingeführte Sozialausgleich ist nichts anderes als ein Almosen.

Für alle Rentner dürfte gelten, dass es in Zukunft keine Rentenerhöhung mehr gibt, weil die im Durchschnitt zu erwartende Steigerung der Kopfpauschalen stärker wirken dürfte als die jeweilige Rentenerhöhung. Im Prinzip kann man sagen, dass die Entlastung der Arbeitgeber durch eine Dauernullrunde bei der Rente erkaufte wurde. Den kleinen Sozialausgleich können die Steuerzahler aufbringen. Das ist der Ausstieg aus einem Solidarsystem von mehr als 100 Jahren Tradition. Jeder, der es sich leisten kann und oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von rund 50.000 Euro pro Jahr verdient, kann zukünftig bereits nach einem Jahr in die private Krankenversicherung wechseln. Bisher musste er mindestens drei Jahre warten nach dem Erreichen der Verdienstgrenze. Die privaten Versicherungskonzerne bekommen so die Belohnung von der FDP für die lange gemeinsame politische Arbeit.

In Zukunft dürfen Ärzte ihren Patienten für die Behandlung die Kostenerstattung für die Dauer von mindestens drei Monaten anbieten. Dies ist eine Art der Vorkasse, auch wenn der Minister diesen Ausdruck nicht für richtig hält, aber er

beschreibt die Lage genau. Der Patient bezahlt dabei nämlich den Arzt nach den Regeln der privaten Krankenversicherung, der Gebührenordnung der Ärzte, aus eigener Tasche, und bekommt dann nach der Weitergabe der Rechnung an seine Krankenkasse nur den Betrag erstattet, den die gesetzliche Krankenkasse bezahlt hätte. Im Durchschnitt bleibt der Patient dabei auf etwa 50 Prozent der Kosten sitzen, einschließlich einer Verwaltungsgebühr, die er entrichten muss.

Niemand braucht eine solche Abzocke. Wenn der Arzt nur bei Vorkasse bereit ist, einen schnellen Termin zu vergeben, oder bei Vorkasse eine bessere Behandlung verspricht oder sich die drei Augenärzte einer Kleinstadt verständigen, Vorkassepatienten zu bevorzugen, dann hat der kranke Patient keine echte Wahl. Es handelt sich um Abzocke, nicht um Wahlfreiheit.

Genau wie die Aufzahlung bei Arzneimitteln wendet sich diese Regelung gegen die Kranken und die Älteren, die es sich nicht leisten können, mit dem Arzt zu verhandeln und ihm ausgeliefert sind. Bei der Terminvergabe und der Behandlungsqualität ist der Einstieg in die Drei-Klassen-Medizin somit vollzogen. Privat geht immer vor, dann kommt Vorkasse und schließlich der normale gesetzlich Versicherte ("Holzklasse"), wobei auch diese dritte Klasse durch die Beitragssatzerhöhung und die Zusatzprämien teurer wird.