



Reform des Gesundheitswesens

Ein Vorschlag von Helmut Creutz

Stellen Sie sich einmal vor, es gäbe eine Zwangs-Vollkasko-Versicherung für alle Autofahrer. Die Sorglosigkeit im Umgang mit den Fahrzeugen würde gewiss zunehmen. Karosserie- und Totalschäden wären kein Problem und bei jedem Kratzer würde man den Wagen neu lackieren lassen. In welchem Umfang die Umsätze und Gewinne der Autofabriken, Reparatur- und Lackierwerkstätten sowie der Versicherungen dadurch ansteigen würden, kann man sich leicht ausmalen.

Stellen Sie sich weiter vor, bei allen Schadensfällen brauchten die Versicherten weder einen Reparaturschein noch irgendeinen anderen Beleg zu bestätigen. Die Abrechnung fände also hinter dem Rücken der Versicherten zwischen Werkstatt und Versicherung statt. Dass ein solcher Modus betrügerische Abrechnungen geradezu herausfordert und die Umsätze und Gewinne der Leistungserbringer noch mehr in die Höhe schießen, liegt auf der Hand. Doch trotz der daraus resultierenden jährlichen Kostensteigerungen würden auch die Versicherten gegen dieses Negativsystem nichts unternehmen. Jedermann wäre vielmehr bemüht, möglichst viel an seinem Wagen machen zu lassen, da ja die Versicherung alles bezahlt und man im anderen Fall „der Dumme“ wäre. Denn von den hohen eingezahlten Versicherungsbeträgen hätten nur andere einen Nutzen und für einen sorgsameren Umgang mit dem Wagen würde man indirekt bestraft.

Dass ein solches Versicherungssystem immer teurer und schließlich unbezahlbar werden müsste, bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Genau solch ein „verrücktes System“ aber haben wir heute im Gesundheitsbereich! Und wie die Profiteure einer Zwangs-Vollkaskoversicherung für Autos kein Interesse an einer Korrektur des bestehenden Systems hätten, so ist das heute auch bei unserer „Zwangs-Vollkasko-Gesundheitsversicherung“ der Fall: Je größer die Schäden und je länger die Behandlungen, umso höher sind Umsätze und Gewinne für Ärzte, Krankenhäuser und Pharma-Konzerne!

Doch auch die Versicherten haben kaum ein Interesse an einer Änderung. Da „alles die Kasse zahlt“, nimmt nicht nur die Sorglosigkeit im Umgang mit den Versicherungsleistungen zu, sondern auch im Umgang mit der eigenen Gesundheit. Denn Erkrankungen und Behandlungen sind kein Problem und bei jeder Gelegenheit lässt man sich gründlich untersuchen und möglichst viel verschreiben. Und da man keine Vorstellung von den Kosten der Behandlungen und der Medikamente hat, vergammeln Milliardenwerte in irgendwelchen „Hausapotheken“. Ähnlich wie der Autofahrer, wird also auch in unserem Gesundheitssystem jeder dazu motiviert, möglichst viel herauszuholen. Wer gesund lebt oder seinen Husten mit einem heißen Tee behandelt, ist also auch hier „der Dumme“. Auch hier fehlt also, auf Grund der falschen Konstruktion des ganzen Systems, für die Versicherten jeglicher Anreiz zu Einsparungen.

Will man mit dem Herunterfahren der Gesundheitskosten also Erfolg haben, muss man das System so umgestalten, dass der Versicherte für vernünftiges Verhalten belohnt wird. Das wäre beispielsweise mit den folgenden drei Veränderungen zu erreichen:

1. Die Beiträge der Versicherten werden gesplittet: Einen Teil (z.B. die Hälfte oder zwei Drittel) zahlt jeder wie bisher in den Gemeinschaftstopf. Der Rest wird auf einem persönlichen Konto des Versicherten bei der Krankenkasse gutgeschrieben. Hat dieses persönliche Konto einen Stand von beispielsweise 4.000 Euro erreicht, braucht der Versicherte nur noch den Gemeinschaftstopf weiter aufzufüllen.

Das heißt, sein Monatsbeitrag verringert sich. Beansprucht der Versicherte nun irgendeine Leistung, wird der Betrag von seinem persönlichen Konto abgebucht. Danach setzt die volle Beitragszahlung solange wieder ein, bis sein persönliches Konto erneut ein Guthaben von 4.000 Euro ausweist. Gehen die Behandlungskosten über diesen Guthabenbestand hinaus, werden selbstverständlich alle weiteren Kosten – wie bisher – aus dem Gemeinschaftstopf bezahlt. Der Versicherungsschutz ist also in voller Höhe und zeitlich unbegrenzt gewährleistet. Dem Versicherten wird jedoch bei diesem Splitting deutlich, dass er letztlich sein eigenes Geld in Anspruch nimmt und ein vernünftiger Umgang mit den Leistungen der Kasse, und noch mehr eine gesunde Lebensweise und Ernährung, für ihn finanziell von Vorteil ist.

2. Bei jeder Inanspruchnahme einer Leistung wird dem Versicherten die Rechnung in einem für ihn verständlichen und nachprüfaren Klartext zur Unterschrift vorgelegt. Außerdem erhält er – wie sonst bei jeder Leistung selbstverständlich – eine Durchschrift jeder Rechnung für seine Akten.

3. Die Krankenkasse schickt dem Versicherten jedes Vierteljahr oder alle halbe Jahre einen Kontoauszug zu, in dem die Einzahlungen an die Kasse genauso aufgeführt sind, wie alle abgebuchten Leistungen. Anhand der ihm vorliegenden Rechnungskopien kann er die Richtigkeit der Abbuchungen kontrollieren. Mit solchen simplen Korrekturen des Systems und mit Maßnahmen, die eigentlich in einer Gemeinschaft mündiger Menschen selbstverständlich sein sollten, würden sich die ins Kraut geschossenen Kosten unseres Gesundheitswesens sehr schnell zurück entwickeln. Außerdem würde für jeden ein Anreiz gegeben sein, mit seiner Gesundheit sorgfältiger umzugehen und vernünftiger und gesundheitsbewusster als bisher zu leben. Wer dies nicht tut, hat auch selbst die Kosten für sein Fehlverhalten zu tragen. Anders ausgedrückt: Gegen Krankheit ist man abgesichert, aber Gesundheit macht sich bezahlt! ■