

Ich plädiere für eine Drei-Klassen-Medizin: Nur eine klare Trennung von privater, halbprivater und allgemeiner Versicherung ist gerecht und sorgt für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen,
Cédric A. George in der NZZ vom 06.12.2009



Dr. med. Cédric A. George, 57, ist Gründer und Delegierter des Verwaltungsrates der Privatklinik Pyramide in Zürich. Als Facharzt FMH für plastische, wiederherstellende und ästhetische Chirurgie leitet er das Zentrum für plastische Chirurgie und ist verantwortlich für die medizinische Leitung der Klinik.

Die Krankenkassenprämien sind - wen wundert es? - auch dieses Jahr signifikant gestiegen. Doch im allgemeinen Gejammer über die stets steigenden Prämien geht völlig vergessen, dass unsere Prämien noch längst nicht den effektiven Kosten entsprechen und insgesamt viel tiefer sind, als sie es eigentlich sein müssten. Seit Jahren werden die Prämien aus politischen Gründen künstlich tief gehalten, die Reserven der Versicherer angezapft und die tiefen Prämien mit dem lukrativen Segment der Privatversicherten quersubventioniert. Billigkassen schießen wie Pilze aus dem Boden und machen Jagd auf gute Risiken. Ist das die soziale Gerechtigkeit, von der man im Gesundheitswesen immer redet?

Niemand soll um seine Gesundheit fürchten, und jeder sollte das bekommen, wofür er bezahlt.

Doch die Entwicklung der Prämien widerspiegelt nur teilweise das enorme Kostenwachstum im Gesundheitssektor, denn ein Teil der Kosten wird direkt auf die Bürger abgewälzt. Wir leisten uns ein gutes, aber sehr teures Gesundheitswesen, das auf einem bedenklich schlechten Preis-Leistungs-Verhältnis und einem im Verhältnis zu den Kosten relativ bescheidenen Qualitätsniveau beruht.

Wäre das System nur ein bisschen effizienter, könnte es bei gleichen oder sogar tieferen Kosten eine signifikante Qualitätssteigerung erreichen. Die Gesundheitsausgaben sind nicht per se zu hoch, aber das System ist aufgrund des fehlenden Wettbewerbes und der falsch angesetzten Finanzierungsstruktur zu ineffizient. Daran wird auch die Einführung der neuen Spitalplanung 2012 und die Umstellung auf Fallpauschalen nichts ändern.

Um das System effizienter zu machen, fordere ich von allen Akteuren im Spitalwesen wieder eine klarere Differenzierung im Angebot für Zusatzversicherte.

Wer eine Privatversicherung hat oder Selbstzahler ist, soll einen klaren Mehrwert erhalten. Die Angebotsdifferenzierung nach Versicherungsklasse - in «allgemein», «halbprivat» und «privat» - ist die einzig wirklich gerechte und sinnvolle Aufteilung des Patientenmarktes - im Sinne der Transparenz und der Qualität. Denn Drei-Klassen-Medizin ist nicht eine Frage der Kosten, sondern eine Frage der Qualität.

Privatkliniken gelten allgemein als wesentliche Kostenverursacher. Von Überkapazitäten und unnötigem Luxus ist in der Diskussion stets die Rede. Dabei überleben Privatkliniken wie jedes private Unternehmen nur dann, wenn es für das Angebot auch ein Bedürfnis beziehungsweise einen Markt gibt und das Preis-Leistungs-Verhältnis stimmt.

Die Privatkliniken haben längst den Beweis erbracht, dass sie in Sachen Kosteneffizienz und Angebotsqualität vorne liegen. Sie bieten mehr und bessere Qualität zu mindestens dem gleichen, wenn nicht besseren Preis. Es gibt Privatkliniken, die inzwischen einen beachtlichen Anteil an Selbstzahlern haben. Selbstzahler übernehmen im Krankheitsfall die Kosten der Behandlung im Privatspital selber, was bei der bestehenden Finanzierungsstruktur bis zu 90 Prozent der Behandlungskosten ausmacht und letztlich auch die staatlichen Institutionen entlastet. Wer für sein Hüftgelenk selber aufkommt, der gibt sich nur mit der besten Qualität zufrieden.

Ein Problem haben die Privatkliniken allerdings: Der Anteil der Privatversicherten ist am Schrumpfen. Aber nicht, weil die Leute nicht mehr genügend Geld für eine Privatversicherung aufbringen können - viele leisten sich ein Vielfaches für Ferien, Autos oder anderes -, sondern weil Privatversicherte praktisch die gleichen Leistungen erhalten wie die Halbprivatversicherten.

Damit ist ein historisch gewachsenes, tarifarisches Problem angesprochen, das etwa im Kanton Zürich besonders ausgeprägt ist und darauf zurückzuführen ist, dass über Jahre Versicherungsprodukte auf den Markt gebracht wurden, welche zu dieser Verwässerung im Zusatzversicherungssegment geführt haben.

Wer heute privat versichert ist, bezahlt zwar deutlich mehr Prämie, liegt er aber einmal im Spital, erfährt er nur einen marginalen Mehrnutzen gegenüber dem Halbprivatversicherten. Die Zimmerkategorie, sprich das Einer- oder Zweierzimmer, ist häufig noch das einzige Unterscheidungskriterium.

Tatsache ist, dass die Halbprivattarife seit über zwanzig Jahren nie den gestiegenen Kosten angepasst wurden und somit seit längerem nicht mehr kostendeckend sind. Das Halbprivatsegment wird von den meisten Kliniken aber trotzdem unverändert weitergeführt und auf Kosten der Privatpatienten und Selbstzahler querfinanziert. Für öffentliche Spitäler mit Defizitgarantien des Staates gehört die Quersubventionierung zum Alltag. Doch diese Geschäftspolitik ist für eine Privatklinik nicht mehr vertretbar. Ab 2010 werden deshalb in der Pyramide am See in Zürich nur noch Privatpatienten und Selbstzahler behandelt. Das Halbprivatsegment wird zukünftig am zweiten Standort in Schwarzenbach angeboten. Nur mit einem Upgrade können sich Halbprivatversicherte weiterhin in Zürich operieren lassen.