Zwei Klassen, ein Gesundheitssystem?

geschrieben von Redaktion | 22. Oktober 2026

Warum Versicherungsstatus noch immer den Zugang zur Praxis prägen kann – und wie eine gerechtere Termin- und Versorgungsordnung aussehen könnte

Der Vorwurf eines „Zwei-Klassen-Systems“ zielt weniger auf unterschiedliche Medizin als auf unterschiedliche Chancen, sie rechtzeitig zu erreichen. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist dabei nicht die einzige Ursache – aber ein Teil der Anreize, die den Zugang ungleich machen.

Gerechtigkeit beginnt vor dem Behandlungszimmer

In Deutschland richtet sich der Anspruch auf medizinische Versorgung grundsätzlich nach dem Versicherungsvertrag und den geltenden Leistungsregeln. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt das Sachleistungsprinzip: Die Kasse vergütet die Behandlung, Versicherte müssen die Rechnung im Normalfall nicht vorstrecken. Privat Versicherte erhalten meist eine Rechnung und lassen sie sich erstatten; Umfang und Preis richten sich nach Tarif und Gebührenordnung. Unterschiede bei Zusatzleistungen sind damit nicht automatisch ungerecht. Zum Gerechtigkeitsproblem werden sie dort, wo bei gleicher medizinischer Dringlichkeit der Versicherungsstatus mitentscheidet, ob und wann jemand

einen Termin bekommt – oder wie viel Zeit eine Praxis für die Behandlung einplant.

Ein Feldexperiment des RWI und der Cornell University machte diesen Anreiz sichtbar: Bei knapp 1.000 Facharztpraxen erhielten privat Versicherte häufiger ein Terminangebot. Wenn ein Termin angeboten wurde, lag die durchschnittliche Wartezeit bei zwölf Tagen, für gesetzlich Versicherte bei 25 Tagen. Die Erhebung stammt aus den Jahren 2017/18 und bildet nicht jede Fachrichtung oder die heutige Versorgung ab. Sie ist dennoch ein kontrollierter Hinweis darauf, dass höhere Vergütung die Terminvergabe beeinflussen kann.

Wer trägt den größten Teil der Rechnung?

Die GKV ist der mit Abstand größte einzelne Ausgabenträger. Nach den zuletzt verfügbaren Gesamtdaten von Destatis entfielen 2024 von 538,2 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben 300,8 Milliarden Euro – 55,9 Prozent – auf die gesetzliche Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung trug 44,8 Milliarden Euro beziehungsweise 8,3 Prozent; ein weiterer großer Posten waren direkte Ausgaben privater Haushalte. Diese Anteile beschreiben, wer Ausgaben verbucht, nicht vollständig, wer die Last am Ende wirtschaftlich trägt.

Die GKV wird vor allem aus einkommensabhängigen Beiträgen finanziert: Beschäftigte und Arbeitgeber tragen die Beiträge grundsätzlich je zur Hälfte; Beiträge kommen außerdem aus Renten und weiteren beitragspflichtigen Einnahmen. Hinzu kommt ein Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Damit leisten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Arbeitgeber und – über Steuern – die Allgemeinheit den größten gemeinschaftlichen Finanzierungsbeitrag. Die PKV wird dagegen durch individuelle Prämien ihrer Versicherten finanziert. Privat Versicherte sind also nicht einfach „Trittbrettfahrer“: Sie finanzieren eigene Versorgung und bringen Arztpraxen im ambulanten Bereich häufig höhere Erlöse. Umgekehrt bemisst sich der GKV-Beitrag nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze; Kapital- und Mieteinkünfte spielen bei vielen Mitgliedern keine vergleichbare Rolle. Das ist ein zentraler Streitpunkt der Beitragsgerechtigkeit.

Ein fairer Zugang braucht mehr als ein neues Etikett

Die Wartezeitdaten verlangen Genauigkeit. Laut einer Antwort der Bundesregierung warteten GKV-Versicherte, die mindestens einen Tag auf einen Facharzttermin warteten, 2024 im Mittel 42 Tage; rechnet man Besuche am selben Tag ein, waren es 36 Tage. [4] Das ist kein direkter Vergleich mit privat Versicherten. Auch die Terminservicestellen der 116117 vermitteln berechtigte dringliche Termine in vielen Fällen innerhalb der gesetzlichen Frist; diese Zahlen beziehen sich aber auf Menschen, die den Service nutzen und die Vermittlungskriterien erfüllen. Eine einzelne Durchschnittszahl beantwortet daher nicht, ob Patientinnen und Patienten mit gleichem Bedarf gleich schnell versorgt werden.

Eine unmittelbar wirksame Reform könnte bei der Vergütung ansetzen: eine gemeinsame, transparente Gebühren- und Abrechnungsordnung für GKV und PKV, die notwendige Leistungen angemessen bezahlt und Unterschiede nach medizinischem Aufwand statt

Versicherungsstatus macht. Praxen sollten für gleiche Leistungen vergleichbar vergütet werden; Zuschläge könnten nach Dringlichkeit, Komplexität oder Unterversorgung erfolgen. So würde der finanzielle Anreiz sinken, Termine nach Versicherungsart zu sortieren – ohne die Praxen für zusätzliche Arbeit schlechterzustellen.

Dazu gehört eine zentrale, leicht erreichbare Terminplattform – telefonisch und digital –, die nach medizinischer Dringlichkeit vermittelt, freie Termine sektorenübergreifend sichtbar macht und Wartezeiten veröffentlicht. Hausärztliche Ersteinschätzung, verbindliche Fristen für dringliche Fälle und eine überprüfbare Beschwerdestelle könnten das System absichern. Entscheidend ist, dass der Zugang nicht davon abhängt, wer besonders beharrlich ist oder eine Rechnung privat bezahlen kann.

Bürgerversicherung: struktureller Umbau, kein Sofortknopf

Eine Bürgerversicherung, in die grundsätzlich alle Bevölkerungsgruppen nach breiterer Einkommensbasis einzahlen, könnte die Trennung der Versicherungssysteme langfristig verringern und die Solidarität verbreitern. Sie wäre jedoch ein großer Umbau: Übergangsregeln für bestehende PKV-Verträge, Rückstellungen, Beamtenbeihilfe, Beitragshöhen und die Finanzierung der Versorgung müssten geklärt werden. Außerdem beseitigt eine einheitliche Versicherung allein keinen Mangel an Fachärzten oder regionalen Kapazitäten. Ohne zusätzliche Termine und bessere Verteilung könnte die Warteschlange lediglich für alle gleicher werden.

Der Maßstab für Fairness ist deshalb nicht, dass jede Behandlung identisch sein muss. Er ist: gleicher medizinischer Bedarf, vergleichbare Chance auf einen zeitnahen Termin und eine Behandlung, deren Qualität nicht vom Versicherungsstatus abhängt. Dafür braucht es eine bessere Vergütungsordnung, nachvollziehbare Terminsteuerung und – falls politisch gewollt – einen solidarischeren Finanzierungsrahmen.

Redaktioneller Hinweis: Die Ausgabenangaben beziehen sich auf 2024, das letzte hier verwendete vollständige Jahr der Gesundheitsausgabenrechnung. Wartezeitmessungen unterscheiden sich nach Erhebungsmethode und untersuchter Patientengruppe; sie sind deshalb nicht ohne Weiteres untereinander vergleichbar.