

**COPYRIGHT**

**Dieses Manuskript ist urheberrechtlich geschützt. Es darf ohne Genehmigung nicht verwertet werden. Insbesondere darf es nicht ganz oder teilweise oder in Auszügen abgeschrieben oder in sonstiger Weise vervielfältigt werden. Für Rundfunkzwecke darf das Manuskript nur mit Genehmigung von Deutschlandradio Kultur benutzt werden.**

Deutschlandradio Kultur, Zeitfragen

3. März 2008, 19.30 Uhr

Schlechte Karten für Kassenpatienten

Zweiklassenmedizin in Deutschland

Von Ingrid Füller

**Musik** (schnell, darauf:)

**Zitator**

Kassenpatienten gegenüber Privatpatienten deutlich benachteiligt:

**Zitatorin**

Keine Arzttermine am Ende des Quartals

**Zitator**

Längere Wartezeiten in der Praxis

**Zitatorin**

Wartezimmer erster und zweiter Klasse

**Zitator**

Weniger Leistungen trotz Praxisgebühr und Zuzahlungen

**Zitatorin**

Kein Zugang zu hoch qualifizierten Spezialisten

**Zitator**

Zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus

**Zitatorin**

Neue Organe bald nur noch gegen bares Geld?

**Musik** (weg)

**Spr. vom Dienst**

Schlechte Karten für Kassenpatienten

Zweiklassenmedizin in Deutschland

Eine Sendung von Ingrid Füller

**Autorin**

Deutschland driftet auseinander - auch im Gesundheitswesen. Da Privatpatienten zunehmend mehr Privilegien genießen, fühlen sich gesetzlich Versicherte oft als Patienten zweiter Klasse. Welches Ausmaß die Sorge über die Zweiklassenmedizin annimmt, zeigt der „Gesundheitsreport 2007“ des Instituts für Demoskopie in Allensbach und des Finanzdienstleisters MLP:

**Zitator**

76 Prozent der Befragten sind skeptisch, dass die Regierung langfristig eine gute Gesundheitsversorgung für alle sicherstellen kann.

**Zitatorin**

72 Prozent erwarten, dass die Leistungen weiter reduziert und auf eine Grundversorgung begrenzt werden.

**Autorin**

Seit etlichen Jahren halten die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung mit den Ausgaben kaum noch Schritt. Arbeitslosigkeit und Geburtenrückgang bewirken, dass immer weniger Geld in die Kassen fließt. Gleichzeitig steigen die Ausgaben kontinuierlich an, bedingt durch den medizinischen Fortschritt, der hohe Kosten verursacht, und den wachsenden Anteil älterer und damit krankheitsanfälliger Menschen. Rund neunzig Prozent der Bevölkerung sind Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Während die restlichen zehn Prozent als Privatpatienten nach wie vor Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung haben, müssen Kassenpatienten immer mehr Leistungen aus eigener Tasche bezahlen - oder aber darauf verzichten.

**O-Ton 1 (Montgomery)**

Wir haben ganz eindeutig in Deutschland eine Zweiklassenmedizin.

**Autorin**

Dr. Frank Ulrich Montgomery, stellvertretender Präsident der Bundesärztekammer.

**O-Ton 2** (Montgomery)

Ich bezweifle gleichwohl, dass der medizinische Standard ein anderer ist und dass Patienten mit akuten Beschwerden schlechter oder langsamer behandelt werden, wie es immer wieder unterstellt wird von der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir reden also von Komfort. Hier gibt es in der Tat einen Unterschied. Und da muss ich sagen, auch in der Eisenbahn, wenn Sie zweiter Klasse fahren, fahren Sie dieselbe Strecke wie in der ersten Klasse, aber mit einem anderen Komfort. **(Stimme oben)**

**Autorin**

Doch geht es wirklich nur um Komfort?

**O-Ton 3** (Lauterbach)

Wir wissen beispielsweise, dass gesetzlich Versicherte und privat Versicherte, was Arzneimittel angeht, ganz anders behandelt werden.

**Autorin**

Professor Karl Lauterbach, Gesundheitsökonom und Autor des Buches „Der Zweiklassenstaat“

**O-Ton 4** (Lauterbach)

Wir wissen, dass viele privat Versicherte auch aufwendiger behandelt werden, dass eine aufwendigere Diagnostik gemacht wird, dass andere Geräte zum Einsatz kommen. Somit ist es nicht der Komfort, das kommt hinzu, aber die private Krankenversicherung bewirbt ja ihr eigenes Produkt damit, dass es eine bessere Versorgung gibt, eine Versorgung erster Klasse.

**Autorin**

Infolge der diversen Gesundheitsreformgesetze der vergangenen Jahre mussten gesetzlich Versicherte bereits erhebliche Einschnitte hinnehmen. Untersuchungen zur Früherkennung diverser Krankheiten wurden ebenso aus dem Leistungskatalog der Kassen gestrichen wie zum Beispiel die Kostenübernahme für Brillen oder bestimmte Maßnahmen in der Zahnmedizin. Rezeptfreie Medikamente gehen grundsätzlich zu

Lasten der Versicherten. Darüber hinaus müssen Kassenpatienten Praxisgebühren und Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel entrichten. Doch damit nicht genug. Wer gesetzlich versichert ist, bekommt die Zweiklassenmedizin oft schon zu spüren, bevor er überhaupt eine Praxis betritt.

### **Zitator**

Laut einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahre 2007 werden gesetzlich Versicherte gegenüber privat Versicherten beim Zugang zu niedergelassenen Ärzten erheblich benachteiligt.

### **Zitatorin**

Trotz akuter Beschwerden musste jeder vierte gesetzlich Versicherte mindestens zwei Wochen auf einen Termin beim Arzt warten. Bei privat Versicherten mit akuten Beschwerden traf dies nur für 7,8 Prozent der Patienten zu.

### **Autorin**

Ein Beispiel: Eine Kassenpatientin bekam trotz heftiger Schmerzen, ausgelöst durch einen akuten Rheumaschub, keinen Termin bei ihrem Arzt. Erst in drei Wochen sei wieder etwas frei, ließ die Sprechstundenhilfe die Patientin wissen.

### **O-Ton 5 (Rheumapatientin)**

Für mich war's sehr schlimm, dass ich keine Hilfe hatte. Rheumapatienten sind auch depressive Patienten. Und für mich bedeutete das, dass ich hier in der Wohnung gesessen habe und versuchte, mit den Medikamenten, die ich zu Hause hatte, meine Schmerzen in Griff zu bekommen und gleichzeitig auch mein Gemüt.

### **Autorin**

Dazu Heinz Windisch vom Verband der Krankenkassen:

**O-Ton 6 (Windisch)**

Das ist für mich ein Skandal erster Güte, denn insbesondere solche Patienten, chronisch Kranke, die leiden per se. Und wenn die dann akut Probleme haben, wenn man die dann vertröstet, dann muss ich mir wirklich ernsthaft als Arzt die Frage stellen, ob ich dem Eid, den ich geschworen habe, noch gerecht werde.

**Autorin**

Wer als Kassenpatient gar einen Termin bei hoch qualifizierten Spezialisten vereinbaren möchte, wird fast immer scheitern. Denn die, so schreibt Karl Lauterbach in seinem Buch „Der Zweiklassenstaat“, behandeln gesetzlich Versicherte nur in absoluten Ausnahmefällen. Dr. Frank Ulrich, Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, weist diese Behauptung zurück.

**O-Ton 7 (Montgomery)**

Es stimmt schlicht und einfach nicht, dass gesetzlich Versicherte von der hochklassigen modernen Medizin abgeschnitten sind. Das sind wilde Thesen, die dazu dienen sollen, ein Buch zu propagieren.

**Atmo 2 (Lauterbach)**

Soll sich doch jeder hier im Saal dem Selbsttest unterziehen und ruft einen bekannten Universitätsprofessor an und meldet sich als AOK-Versicherter und hätte gern einen Termin.

**Autorin**

Karl Lauterbach auf einer Veranstaltung der Hamburger SPD zum Thema „Soziale Gerechtigkeit:

**Atmo 2 (Lauterbach)**

Soll sich doch jeder hier im Saal dem Selbsttest unterziehen und ruft einen bekannten Universitätsprofessor an und meldet sich als AOK-Versicherter und hätte gern einen Termin. Soll doch jeder den Test machen. Da geht es nicht darum, in welchem Zimmer man dort liegt oder wie das Wartezimmer aussieht, sondern es wird schlicht und ergreifend keinen Termin geben.

**Autorin**

Zahlreiche Spezialisten behandeln vornehmlich oder ausschließlich Privatpatienten. Doch bei bestimmten schweren Erkrankungen wie zum Beispiel Bauchspeicheldrüsenskrebs kann das Sterberisiko der Patienten davon abhängen, ob sie von Spitzenchirurgen oder von weniger erfahrenen Ärzten operiert werden. Ein Gramm Gehirn eines Spezialisten kann mehr helfen als eine tonnenschwere Bestrahlungskolonie, schreibt Karl Lauterbach in seinem Buch. Dennoch sei für neunzig Prozent der Bevölkerung der Weg zu solch hoch qualifizierten Medizinerinnen versperrt.

**O-Ton 8 (Lauterbach)**

Sie brauchen eine Überweisung, und diese Überweisung muss einen so interessanten Fall beschreiben, also kein Routinefall, dass ein Universitätsprofessor dies behandeln möchte. Wenn er es nicht will, dann wird er es nicht tun.

**Autorin**

Doch es geht nicht nur um Zugang zu renommierten Universitätsprofessoren. Kassenpatienten haben oft schon Probleme, rechtzeitig einen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt zu bekommen, sagt Dr. Michael de Ridder, leitender Arzt der Rettungsstelle im Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin-Kreuzberg.

**O-Ton 9 (de Ridder)**

Das kann ich hier aus meiner Rettungsstelle bestätigen. Wir werden nämlich häufig mit Überweisungen konfrontiert, die ein niedergelassener Arzt, meist Allgemeinarzt, zu uns tätigt für eine spezielle Untersuchung, von der er glaubt, sein Patient würde die hier sofort bekommen, weil draußen die Endoskopie, die Gastroskopie, das Belastungs-EKG beim niedergelassenen Facharzt evtl. Wochen, ja Monate dauert, was hier in Berlin schon zu erheblichen Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft geführt hat. Und das ist ein ganz klares Zeichen einer unterschiedlichen Versorgung im Sinne einer Zweiklassenmedizin, dass Wartezeiten für Privatpatienten i. d. R. ganz, ganz kurz sind und für den gesetzlich Versicherten Wochen und Monate dauern können.

**Autorin**

Der Grund für das Verhalten der Ärzte liegt in der so genannten Budgetierung. Das bedeutet: Gesetzliche Krankenkassen bezahlen für jeden Versicherten einen festen Betrag pro Quartal, unabhängig davon, wie oft der Patient die Praxis aufsucht. Außerdem gibt es Obergrenzen für die Verordnung von Medikamenten. Ein Arzt, der das Arzneimittelbudget überschreitet, läuft Gefahr, die Kosten aus eigener Tasche bezahlen zu müssen. Da die Budgets oft schon lange vor dem Ende des Quartals erschöpft sind, behandeln viele Ärzte im dritten Monat des Quartals keine Kassenpatienten mehr. Böse Zungen reden vom „Quartalsurlaub der Ärzte“. Dr. Frank Ulrich Montgomery:

**O-Ton 10** (Montgomery)

Das alles sind natürliche Entwicklungen, wenn man intelligenten Menschen, und Ärzte sind intelligente Menschen, eine absurde Zahlensystematik aufnötigt, und sie mit festgesetzten und gedeckelten Budgets, die in einem Quartalsrhythmus laufen, konfrontiert. Man muss sich doch nicht wundern, wenn intelligente Menschen das tun, was man ihnen unter der Überschrift Wettbewerb und Marktwirtschaft aufnötigt. Und nun zu glauben, dass nur die Ärzte so liebe, gute Menschen sind, dass sie sich auf der einen Seite immer wieder deckeln und runterfahren lassen in ihren Einkünften durch Wettbewerb und Budgetsystematiken, aber auf der anderen Seite sich noch so verhalten, als ob alles bezahlt würde. So viel Gutmenschentum kann man von niemandem erwarten in diesem Land. Da muss man doch auch einfach mal die Kirche im Dorf lassen und einfach mal sagen Ärzte sind auch nur Menschen und verhalten sich rational und vernünftig.

**Autorin**

Anders als bei gesetzlich Versicherten kann der Arzt bei Privatpatienten jede Leistung uneingeschränkt abrechnen. Dazu noch zu einem doppelt bis dreimal so hohen Gebührensatz. Kein Wunder also, dass Ärzte sich bemühen, diese zahlungskräftige Klientel zu halten und sie nicht an die Konkurrenz zu verlieren. Sie bieten ihnen be-

vorzugt Termine an oder gar ein getrenntes Wartezimmer, zu denen gesetzlich Versicherte keinen Zutritt haben.

### **Atmo 3** (HNO-Praxis in Hamburg-Horn)

(Telefonläutern – Hals-Nasen-Ohren-Praxis Dr. Heinrich, Guten Tag .... Könnten Sie in einer guten halben Stunde noch mal anrufen, es ist im Moment ganz voll.....) (Dar- auf folgender Text:)

#### **Autorin**

Dr. Dirk Heinrich betreibt eine Praxis in Hamburg-Horn, einem Stadtteil mit einer hohen Arbeitslosenquote und vielen Migrantenfamilien - überwiegend Menschen also, die gesetzlich versichert sind. Um die wenigen Privatpatienten zu halten, die es in Horn gibt, hat der Hals-Nasen-Ohren-Arzt diesen vor zwei Jahren ein separates kleines Wartezimmer eingerichtet, ein in dezenten Blautönen gestalteter Raum mit modernem Ambiente. Auf bequemen Freischwingern sitzen zwei Patienten, die sich in der Praxis sichtbar wohl fühlen.

#### **O-Ton 11a** (Privatpatientin)

Das ist natürlich eine sehr angenehme Atmosphäre hier. Man sitzt angenehmer. Ich hab' heute gar keinen Termin gehabt offiziell, und man bot mir an, hier zu warten, damit ich drankomme. Das ist natürlich schon ein Komfort.

#### **O-Ton 11b** (Privatpatient)

Als Privatpatient ist der einzige für mich existierende Unterschied, dass man tatsächlich schneller Termine bekommt und auch, wie die Dame schon sagte, wenn Probleme existieren, dass man einfach dazwischen geschoben wird und in einem Extraraum sitzt, so dass die anderen nicht unbedingt mitbekommen, dass da was zwischengeschoben wird, ohne einen großen Problemfall zu haben.

#### **Autorin**

Die Ehefrau des Arztes, die in der Praxis mitarbeitet, fügt hinzu:

#### **O-Ton 12** (Frau Heinrich)

Ich denke, das würde einfach auch Unruhe stiften, die Leute gucken schon, wer kommt nach mir? Und wenn jemand, der nach ihnen kommt, vor ihnen drankommt, auch wenn das manchmal medizinische Gründe hat, das sehen die Patienten manchmal nicht ein, und dann entsteht Unruhe. Und um diese Diskussion zu vermeiden, ist dieses zweite Wartezimmer sicherlich auch sinnvoll.

### **Autorin**

Dr. Heinrich betont, dass er nicht der einzige Arzt in Hamburg ist, der zwei Wartezimmer anbietet. Aber so ziemlich der einzige, der bereit sei, offen darüber zu sprechen.

### **O-Ton 13 (Heinrich)**

Das ist vielleicht der Unterschied. Ich kenne viele Kollegen, die zwei Wartezimmer haben, weil die wirtschaftliche Situation uns zwingt, Privatpatienten so zu pflegen, dass sie uns erhalten bleiben, weil im Grunde die Privatpatienten es uns heute noch ermöglichen, Praxen wie z.B. hier in Horn, einem sozialen Brennpunkt, zu betreiben. Die Einnahmen aus den gesetzlichen Krankenkassen sind in den letzten Jahren derart abgesunken, dass eine wirtschaftliche Praxisführung mit nur Kassenpatienten nicht mehr möglich ist in solchen Stadtteilen.

### **Autorin**

Sein Budget sei bereits nach zwei Monaten aufgebraucht, sagt Dr. Heinrich. Im dritten Monat des Quartals arbeite er umsonst und sei nur noch sozial tätig. Dennoch will der Hals-Nasen-Ohren-Arzt dem Trend vieler Kollegen nicht folgen, die ihre Praxen in sozial schwächeren Stadtteilen schließen und sich in wohlhabenden Vierteln niederlassen. Um aber in Horn bleiben zu können, müsse er Privatpatienten einen besonderen Service bieten.

### **O-Ton 14 (Heinrich)**

Ich hätte mich ja auch in einem der besseren Stadtteile von Hamburg niederlassen können. Insofern tut es einem natürlich besonders weh, wenn man das machen muss. Aber ich mache es, weil ich sonst meinen Kassenpatienten, und das sind häufig arme Patienten, gar nicht mehr helfen kann.

**Atmo 4** (HNO-Praxis an der Rezeption)

(Guten Tag, die Kleine hat Halsschmerzen.....Wartezeit haben Sie mitgebracht.... - darauf folgender Text)

**Autorin**

Im etwas schlichter eingerichteten Raum für gesetzlich Versicherte sitzen an diesem Vormittag acht Patienten. Fünf von ihnen verweigern die Antwort auf die Frage, ob sie sich durch die getrennten Wartezimmer benachteiligt fühlen. Nur drei sind zu einem knappen Statement bereit.

**O-Ton 15a** (1. Patient)

Ich fühl mich nicht unterschiedlich behandelt. Nö, stört mich nicht.

**O-Ton 15b** (2. Patient)

Ja, das ist in Ordnung, ich fühle mich wohl hier. Und die Behandlung ist in Ordnung.

**O-Ton 15c** (3. Patientin)

Wie wir merken, dieser Arzt hat keine Unterschiede, egal privat oder egal so. Ich fühle mich ganz gut, ja.

**Autorin**

So weit so gut. Doch sind unterschiedliche Wartezimmer beim Arzt tatsächlich vergleichbar mit Bahnreisen erster und zweiter Klasse?

**O-Ton 16** (Lauterbach)

Es ist eine Form der Diskriminierung, die ich für unerträglich halte, wenn der gesetzlich Versicherte, der ja allein das Solidarsystem bezahlt, in einem kargen Wartezimmer lange sitzt und wartet, derweil der privat Versicherte, der am Solidarsystem nichts bezahlt, gleich durchgeht, es ist ungerecht und diskriminierend.

**Autorin**

Karl Lauterbach

**O-Ton 17** (Lauterbach)

Ein gut verdienender gesetzlich Versicherter bezahlt jeden Monat 250 Euro für die Wenigverdiener, die auch versichert sein wollen. Der gleich gut verdienende privat Versicherte bezahlt nichts und wird vom Arzt auch noch hofiert. Das ist falsch. Dann müssen wir es halt so machen, dass die Ärzte sich entscheiden müssen, ob sie nur noch gesetzlich oder nur noch private Patienten behandeln. Das könnte ich verstehen. Dann müssten allerdings diese Ärzte auch mit den wenigen Privatpatienten komplett auskommen.

**Autorin**

Wer sich als gesetzlich Versicherter vom Arzt oder von seiner Krankenkasse ungerecht behandelt fühlt, steht häufig auf verlorenem Posten. Doch es gibt Institutionen, die Rat und Unterstützung bieten, zum Beispiel die Verbraucherzentralen oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands, kurz UPD genannt. Dabei handelt es sich um ein neues Projekt, das in einem Modellverbund deutschlandweit 22 Beratungsstellen anbietet. Die neutrale und unabhängige Einrichtung wird gemäß Sozialgesetzbuch V von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

**Atmo 5** (Telefonansage der UPD)**Autorin**

In jeder Beratungsstelle der UPD sind drei Mitarbeiter beschäftigt, die für unterschiedliche Kompetenzbereiche zuständig sind: für medizinische, sozialrechtliche und sozialpädagogische Fragen. Dr. Christine Klemm arbeitet als Ärztin in der Ham-

burger Patientenberatung. Dort gehen hauptsächlich Beschwerden von gesetzlich Versicherten ein. Viele beklagen sich, weil sie zu lange auf einen Arzttermin warten müssen oder am Quartalsende die nötigen Medikamente nicht mehr bekommen. Andere suchen Rat, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen werden sollen, obwohl die Operationsnaht noch nicht verheilt ist oder weil die Krankenkasse ihnen eine Rehabilitationsmaßnahme oder eine bestimmte Arzneimitteltherapie verweigert. Außerdem gibt es Fälle, die auf gezielte Diskriminierung älterer Patienten hinweisen. Dass solche Fälle keine Ausnahmen sind, geht aus einer Studie der Universität Bremen hervor, die kürzlich veröffentlicht wurde. Christine Klemm von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands:

#### **O-Ton 18 (Klemm)**

Da hatte sich ein Ratsuchender bei uns gemeldet, 63 Jahre alt, neu an Altersdiabetes erkrankt, Typ II Diabetes, der im Allgemeinen erst bei älteren Leuten auftritt. Beim Diabetes weiß man ja, dass es sehr wichtig ist, die Lebensführung entsprechend anders zu gestalten: Diät vielleicht, Bewegung, mit dem Insulin, wenn man es nehmen muss, zurechtzukommen, all diese Dinge. Dafür gibt es spezielle Diabetes-Schulungen. Und diesem Patienten war die Teilnahme an der Schulung verweigert worden mit dem Hinweis auf sein Alter. Es würde nämlich nur unter 60jährigen gewährt, die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

#### **Autorin**

Erst nachdem die Unabhängige Patientenberatung sich eingeschaltet hatte, war die zuständige Krankenkasse bereit, die Kosten für die Diabetesschulung des 63jährigen zu tragen. Die Mitarbeiterinnen der UPD klären Patienten über ihre Rechte auf und helfen ihnen, Anträge bei Leistungsträgern zu stellen oder einen Widerspruch zu formulieren, wenn eine Maßnahme abgelehnt wurde. Eine Erfolgsgarantie gibt es natürlich nicht, räumt Christine Klemm ein. Doch in vielen Fällen führe die Unterstützung der UPD dazu, dass Patienten Leistungen erhielten, die ihnen vorher verweigert worden seien.

**O-Ton 19** (Klemm)

Das ist auch ein Teil unserer Aufgabe, die Menschen zu unterstützen, zu bestärken, ihre Interessen wirklich wahrzunehmen und ihre Autonomie an der Stelle zu stärken. Wir ändern ja im Moment nicht das System. Im Moment beraten wir einzelne Ratsuchende, aber da wir eben ein deutschlandweiter Verbund sind, haben wir schon die Möglichkeit, Beschwerden zu sammeln und den Finger darauf zu legen und auch auf höherer Ebene diese Erfahrungen einzubringen

**Autorin**

Bislang kommen Benachteiligungen gesetzlich Versicherter vor allem in der ambulanten Medizin vor. Doch es dürfte nur eine Frage der Zeit sein, bis sie auch im stationären Bereich spürbar werden. Schon heute gibt es Kassenpatienten, die sich zum Beispiel über eine zu frühe Entlassung aus dem Krankenhaus beklagen. Seit dem Jahr 2004 hat sich die Finanzierung der Krankenhäuser geändert. Das neue System nennt sich Diagnosis related groups - kurz DRG. Es soll zu einer kürzeren Liegedauer führen, da die Krankenhäuser für eine bestimmte Leistung nur noch einen festen Betrag vergütet bekommen. Dr. Michael de Ridder vom Vivantes-Klinikum Am Urban in Berlin:

**O-Ton 20** (de Ridder)

Es gibt heute im Zeitalter des so genannten DRG-Systems, in dem Patienten nach Diagnosen unabhängig von ihrer Liegedauer bezahlt werden von den Kassen und nicht wie früher nach der reinen Liegedauer, dieses Problem, dass Patienten zu früh entlassen werden. Was dann zur Folge hat, dass sie wieder aufgenommen werden müssen und dass nachbehandelt werden muss. Tatsache ist, dass es das gibt, welches Ausmaß das hat, darüber liegen mir keine Zahlen oder keine Detailinformationen vor. Aber es kommt vor, und es ist natürlich Teil dieses ganzen Zuges im Gesundheitswesen, dass die ökonomische Seite eine größere Bedeutung bekommen hat und die reine Patientenversorgung, die sich nur streng nach dem Bedarf des Patienten richtet, droht zu kurz zu kommen in Zukunft.

**Atmo 6** (Jingle Frontal 21 – darauf folgender Text)

**Autorin**

Welche Ausmaße die Zweiklassenmedizin in einzelnen Fällen schon heute annimmt, zeigten Medienberichte im vergangenen Jahr. Gleich zwei deutsche Unikliniken waren in den Verdacht geraten, privat Versicherte und Selbstzahler bei der Vergabe von Spenderorganen zu bevorzugen. In einer anonymen E-Mail an die Staatsanwaltschaft Kiel wurden schwere Vorwürfe gegen das Uniklinikum Schleswig-Holstein erhoben. Dort würde das Transplantationsgesetz gebrochen, hieß es, da vor allem wohlhabende Patienten aus dem arabischen Raum Spenderorgane bekämen. Auch in Essen soll ein honorierter Mediziner Selbstzahler bei Transplantationen bevorzugt haben. Das ZDF-Magazin Frontal 21 berichtete vom Fall des Chefchirurgen Christoph Broelsch am Klinikum Essen, der einer krebskranken Kassenpatientin einen schnelleren Operationstermin versprochen habe - sofern sie zu einer Mindestspende von 7.500 Euro bereit sei. Inzwischen ermittelt die Staatsanwaltschaft in zahlreichen Fällen wegen des Verdachts der Patientenerpressung und Vorteilsnahme. Heinz Windisch vom Verband der Krankenkassen wirft die Frage auf...

**O-Ton 21 (Windisch)**

... in welche Richtung wir uns da bewegen. Irgendwann wird dann nur noch der Patient behandelt, wenn das überhand nimmt, der Geld auf den Tisch des Hauses legen kann, und alle anderen, die bleiben auf der Straße.

**Autorin**

Wer privat versichert und schwer erkrankt ist, braucht sich um eine optimale Therapie nicht zu sorgen. Dagegen steht Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung laut Sozialgesetzbuch V nur eine Behandlung zu, die „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig“ ist. Die zum Teil extrem hohen Kosten für neuartige Di-

agnose- und Operationsverfahren oder für Hightech-Medizinprodukte übernehmen die gesetzlichen Kassen in der Regel nur, wenn es keine preiswerten Alternativen gibt. Eine Standardtherapie gilt jedoch so lange als ausreichend, bis neue Verfahren sich eindeutig als besser erwiesen haben. Doch es kann Jahre dauern, bis die erforderlichen Studien ausgewertet sind und neue Maßnahmen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Privatpatienten profitieren schneller von modernen Methoden, die zum Beispiel in der Krebstherapie wirkungsvoller und schonender sein können als herkömmliche Verfahren. Kassenpatienten müssen warten, bis ein neues Mittel für die jeweilige Indikation zugelassen ist. Die Ärztin Christine Klemm von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschlands nennt ein Beispiel:

### **O-Ton 22 (Klemm)**

Das war der Fall einer Frau mit einem Leberzellkarzinom, besonders dramatisch weil sie sich als langjährige Krankenschwester eine Hepatitis C Infektion im Dienst zugezogen hatte, dann lange eine chronische Leberzirrhose gehabt hat und dann auf diesem Boden einen Leberkrebs bekommen hatte. Diese Patientin hatte alle zur Verfügung stehenden Therapien ausgeschöpft, es war nicht besser geworden, der Tumor war nicht zurückgegangen. Und sie wollte gern therapiert werden mit einem Medikament, das für Nierenkrebs bereits zugelassen war in Deutschland, für Leberkrebs aber noch nicht. Es gab Studien aus den USA, die nahe legten, dass ein Erfolg zu erwarten ist, dass das Leben verlängert werden kann. Diese Patientin hat im Endeffekt mit Unterstützung der UPD diese Therapie dann auch finanziert bekommen von ihrer Krankenkasse.

### **Autorin**

Ob gesetzlich versicherte Patienten künftig in den Genuss moderner Therapien kommen werden, ist fraglich. Denn die bisherigen Sparmaßnahmen reichen nicht aus, um die chronische Finanznot der Kassen zu beheben. Seit Jahren wird in der Fachwelt über effektive Sanierungsmaßnahmen gestritten. Wiederholt forderten zum Beispiel Vertreter der Ärzteschaft, dass die Einnahmen aus der Tabak- und Brand-

weinsteuer direkt in das Gesundheitswesen fließen, da Krankheiten, die durch Rauchen und Alkoholmissbrauch entstehen, enorme Kosten verursachen. Der Gesundheitsökonom Karl Lauterbach plädiert seit langem für die Abschaffung der zwei unterschiedlichen Versicherungssysteme, die Patienten erster und zweiter Klasse erzeugten.

### **O-Ton 23 (Lauterbach)**

Nur in Deutschland gibt es eine private Vollversicherung für Beamte und für Gutverdiener, in die man nur kommt, wenn man ausreichend verdient, etwa 4.000 Euro pro Monat mindestens oder verbeamtet ist. Eine krasse Ungerechtigkeit. Ein Anachronismus aus der Zeit von Konrad Adenauer. Nichts, was sich zwangsläufig entwickelt, sondern etwas, was sich aus der Privilegienpolitik von Konrad Adenauer entwickelt hat.

### **Autorin**

Es sei an der Zeit, so Karl Lauterbach, eine Bürgerversicherung einzuführen, in die jeder einzahlen müsse, egal ob Arbeitnehmer, Beamter oder Selbständiger. Denn das verbreitere die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung und trage dazu bei, die Spaltung in Privat- und Kassenpatienten zu überwinden.

### **O-Ton 24 (Lauterbach)**

Die privaten Krankenversicherungen könnten aus meiner Sicht Zusatzversicherungen anbieten, wo es dann tatsächlich nur um Hotelleistungen oder Service geht. Dann hätten wir eine gute Lösung.

### **Autorin**

Auch auf der Ausgabenseite könnte nach Ansicht von Experten noch viel mehr gespart werden als bislang. Von 30 bis 50 Milliarden Euro ist die Rede, die in Leistungen verpuffen, von denen niemand wirklich profitiert. Dazu Dr. Michael de Ridder vom Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin:

**O-Ton 25** (de Ridder)

Wenn wir Unterschiede vermeiden wollen, im Sinne einer Zweiklassenmedizin, müssen wir hier eingreifen: Ich sage nur überflüssige Herz-Katheder-Untersuchungen, ich sage überflüssige Röntgenuntersuchungen, ich sage überflüssige Arthroskopien, überflüssige Medikamente. Wir kämen mit einem Stock von etwa 3 000 Medikamenten aus, wir haben aber immer noch 50 000. All dies könnte zurückgestutzt werden auf ein vernünftiges Maß. Und wir hätten mehr Ressourcen für die wirklich großen Herausforderungen, die unser Gesundheitssystem hat, nämlich die Zunahme der Population der älteren Menschen, ihrer Pflegebedürftigkeit und der sich hier auftuenden großen Bedarfe, die wir als zivile Gesellschaft erfüllen müssen.

**Autorin**

Werden keine Maßnahmen ergriffen, die die gesetzliche Krankenversicherung von Grund auf reformieren, drohen ihren Mitgliedern über kurz oder lang Rationierungen, die weitaus gravierender sind als die heute bereits üblichen.

**Musik** (schnell, darauf:)

**Zitator**

Neue Hüftgelenke jenseits der Fünfzig?

**Zitatorin**

Dialyse bei über Sechzigjährigen?

**Zitator**

Zahnersatz für Rentner?

**Zitator**

Rehamaßnahmen für Arbeitlose?

**Zitatorin**

Organtransplantationen für 100.000 Euro?

**Zitator**

Krebsmittel für 50 000 Euro, die das Leben um einige Monate verlängern?

**Musik** (weg)

**Autorin**

Noch werden solche Fragen in Deutschland nicht öffentlich diskutiert. Doch schon heute fordern Medizinethiker, die Bevölkerung in die Debatte über notwendige Rationierungen einzubeziehen. Möglicherweise wird es nicht mehr lange dauern, bis gesetzliche Vorgaben regeln, wem wann welche Leistungen noch zustehen. Dann werden die Heilungs- und Überlebenschancen kranker Patienten endgültig vom Versicherungsstatus oder vom privaten Vermögen abhängig sein. Schon heute leben privat Versicherte, statistisch gesehen, zwischen fünf und sieben Jahren länger als gesetzlich Versicherte. Das liegt nicht nur an der medizinischen Behandlung, sondern auch daran, dass privat Versicherte in der Regel über ein höheres Einkommen und eine bessere Bildung verfügen. Beide Faktoren wirken sich positiv auf die Gesundheit aus. Wenn Kassenpatienten künftig nur noch Anspruch auf eine minimale medizinische Versorgung haben, ist für viele Geringverdiener, Alleinerziehende, Arbeitslose und für mittellose Rentner ein Weg vorgezeichnet, der vor einigen Jahren zynisch als „sozial verträgliches Frühableben“ bezeichnet wurde. Die Gesellschaft muss entscheiden, ob sie diese Entwicklung will - oder nicht.

**Spr. vom Dienst**

Schlechte Karten für Kassenpatienten

Zweiklassenmedizin in Deutschland

Von Ingrid Füller

Es sprachen: Julia Mohn, Maria Hartmann und Gerd Grasse

Ton: Andreas Krause

Regie: Stefanie Lazai

Redaktion: Stephan Pape

Produktion: Deutschlandradio Kultur 2008