

Zwei-Klassen-Medizin

Wer genug Geld verdient, kann sich privat versichern. Er ist Patient erster Klasse. Wer einer gesetzlichen Krankenkasse angehört, ist Patient zweiter Klasse – und stirbt auch deshalb früher, weil er **SCHLECHTER VERSORGT** wird. Innenansicht eines ungerechten Gesundheitssystems

Von **ROLF-HERBERT PETERS, LORENZ WOLF-DOETTINCHEM** (Text) und **FRANK WACHE** (Fotos)

Erwin Will, 80 Jahre alt und Privatpatient, trägt Edles in seiner Brust. Als vor einigen Monaten seine Herzkranzgefäße verstopft waren, setzte ihm der Arzt vier winzige beschichtete Röhrchen ein, so genannte Stents. Der hauchdünne Überzug gibt Medikamente ab und verhindert, dass die Adern erneut zuwuchern. 1500 Euro kostet jedes Implantat. „Ich fühle mich wieder gut“, sagt der ehemalige Bahnbeamte. „Als Kassenpatient läge ich wahrscheinlich schon unter der Erde.“

Auch Gerhard Wittig, 56 Jahre alt und AOK-Patient, leidet an einer Angina Pectoris. Im März bekam er ebenfalls Stents – allerdings unbeschichtete für 300 Euro. Mehr zahlt seine Kasse nicht. Im Oktober war das erste Implantat wieder zugewachsen, die höllischen Schmerzen kehrten zurück. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis auch die anderen Gefäßstützen wieder verstopfen. „Muss ich eher sterben, nur weil ich kein Privatpatient bin?“, fragt der Elektriker.

Will und Wittig sind sich einig: „Das Ganze ist ungerecht, wir sind doch alle Menschen.“ Auch ihr Arzt, der Berliner Kardiologe Christoph Ewert, kann die Zwei-Klassen-Medizin mit seinem Berufsethos nicht mehr vereinbaren. Rund 1000 Stents setzt er jedes Jahr ein. Zwar haben seine beiden Patienten unterschiedliche Krankengeschichten. An seinem Urteil ändert das aber nichts: „Patienten mit beschichteten Stents leben länger, auch wenn es noch keine abschließenden Studien gibt.“ Trotz AOK hat Ewert seinem neuen Patienten Wittig ei-

nen beschichteten Ersatz-Stent implantiert – auf Kosten des Hauses.

Die Zwei-Klassen-Therapie ist Alltag in Praxen und Operationssälen. Fast zehn Prozent der Deutschen sind privat versichert und können meist in vollem Umfang am medizinischen Fortschritt teilhaben. 90 Prozent müssen als Mitglieder einer gesetzlichen Kasse immer häufiger darauf verzichten – aus Kostengründen, wie es oft heißt. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung zeigt den Unterschied: Die privat Versicherten sind → zu 56 Prozent mit der Gesundheitsversorgung zufrieden, bei den Kassenmitgliedern sind es lediglich 35 Prozent.

Die Trennlinie zwischen beiden Welten ist willkürlich und weltweit einmalig: Wer als Angestellter mehr als 3900 Euro im Monat verdient, Selbstständiger oder Beamter ist, darf sich privat versichern. Die Beiträge richten sich nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand – und sind zumindest in jungen Jahren niedriger als in den gesetzlichen Kassen. Die Leistungen sind, je nach Tarif, meist besser; etwa inklusive Einbettzimmer, Keramikbrücke oder Gleitsichtbrille. Pflichtmitglieder der gesetzlichen Kassen sind dagegen alle Arbeitnehmer, die weniger als 3900 Euro im Monat verdienen. Der Beitrag berechnet sich nicht nach dem persönlichen Risiko, sondern nach dem Lohn. Dafür sind Kinder und nicht berufstätige Ehepartner beitragsfrei mit versichert.

DAS ERGEBNIS IST PERVERS. Die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Kassen besteht vor allem aus Geringverdienern,

Familien, Arbeitslosen, Rentnern und Kranken – Schwache und Mittelstarke stützen sich gegenseitig. Zu den privaten Versicherungen gehen die Jungen, Gesunden und Besserverdienenden, die seltener krank sind, im Fall der Fälle aber bestens behandelt werden. Die Starken werden eher über-, die Schwachen unterversorgt.

Zwei-Klassen-Medizin? Offiziell wollen die Regierungsparteien davon nichts wissen. Gerade erst haben sie in ihrem Koalitionsvertrag die „hochwertige medizinische Versorgung für jedermann“ beschworen. Dass es die längst nicht mehr gibt, wissen die Politiker. Öffentlich anprangern will das keiner. Zu groß ist die Sorge, die Akzeptanz des ganzen Systems zu zerstören – und dabei diejenigen zu vergraulen, die freiwillig Mitglied in der gesetzlichen Kasse sind und Höchstbeiträge von 500 Euro monatlich zahlen.

Politiker und Ärztesfunktionäre betonen, die Unterschiede lägen nicht in der Behandlung, sondern höchstens im Service. Doch ihre Talk-Show-Metapher, es gebe zwar eine Business- und Economy-Class, aber alle säßen im selben sicheren Flieger, ist falsch. Vielmehr jetten die einen mit der Lufthansa, während sich die anderen zunehmend mit veralteten Billigfliegern begnügen müssen.

Früher gab es den Spruch: Wer arm ist, muss früher sterben. Das stimmt noch immer. Heute muss es auch heißen: Wer kassenversichert ist, lebt kürzer. Ein 40-jähriger Privatpatient hat eine um knapp sieben Jahre höhere Lebenserwartung als der Durchschnittsbürger. Ursache ist zwar vor allem der im Schnitt bessere Ge-

sundheitszustand und die gesündere Lebensweise der privat Versicherten. Doch rund 15 Prozent schreibt der renommierte Hamburger Medizinsoziologe Olaf von dem Knesebeck ihrer medizinischen Versorgung zu – macht gut ein Lebensjahr.

Als Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) kürzlich gleiches Arzthonorar für gleiche Leistungen forderte, scherte sie sich wenig darum, ob Kassenspatienten die wirksamsten Medikamente oder modernsten Therapien bekommen. Sie wetterte vor allem gegen die angebliche Diskriminierung bei der Terminvergabe: „Wer gesetzlich versichert ist, darf nicht das Gefühl haben, ein Mensch zweiter Klasse zu sein.“

Dabei ist der Service in deutschen Praxen gar nicht so übel – jedenfalls im internationalen Vergleich. Das zeigt die neueste Studie des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: 56 Prozent aller Patienten bekommen bereits am Tag der Erkrankung medizinische Betreuung. In den USA, Kanada, Australien und Großbritannien sind es nur zwischen 23 und 49 Prozent. Auch die Wartezeiten für einen Termin beim Facharzt sind vergleichsweise kurz, wenn auch für Privatpatienten etwas kürzer. *stern*-Testanrufe bestätigen dies: In 15 Facharztpraxen von Kiel bis Günzburg ließ sich nur eine Sprechstundenhilfe dazu bewegen, mit Verweis auf die Privatversicherung einen früheren Termin einzuräumen.

Die Unterschiede liegen bei der Therapie. Das musste auch Jörg Brosig aus Welver-Dinker bei Hamm erleben. Am Morgen des 17. August 1991, seinem 30. Geburtstag, eröffnete ihm seine Ärztin, dass er unter einem Multiplen Myelom leide, einem Knochenmarkkrebs, und in drei bis fünf Jahren sterben würde. „Ich bin heulend nach Hause gefahren zu den Geburtstagsgästen“, sagt Brosig. Kinder, Beruf, Familie – seine Lebensträume zerplatzten binnen Sekunden. An diesem Tag begann für den Elektrotechniker, Mitglied der Bundesknappschaft, ein Kampf mit seiner Kasse um Arzneien und Therapien, der bis heute andauert.

Es ging zum Beispiel um den Wirkstoff Thalidomid, der als Schlafmittel Contergan einen Skandal auslöste, weil er Neugeborene schwer schädigte. Für einige Krebspatienten kann er aber ein Segen sein, weil die Einnahme den Krankheitsverlauf stoppt, wo selbst aggressivste Chemotherapie versagt. 800 bis 3000 Euro kostet eine Monatsdosis. Die Kassen zahlen trotz dringenden Anrätens renommierter Krebspezialisten nicht, weil Tha-

lidomid in Europa nicht zugelassen ist. Privatversicherungen erstatten es dagegen anstandslos. Brosig gelang es mit Hilfe seiner Ärzte, das Medikament aus Restbeständen der Contergan-Herstellerfirma Chemie Grünenthal über Jahre kostenlos zu erhalten. „Ohne Thalidomid gäbe es mich längst nicht mehr“, sagt er.

DIE BESCHEIDE der Kassenverwaltungen treiben auch seinen behandelnden Arzt, den Hämatologen und Onkologen Heinz Dürk vom St.-Marien-Hospital Hamm, zur Weißglut. Seit acht Jahren hätten die Kassen alle Begründungen für den Einsatz von Thalidomid und anderen bei Krebserkrankungen hilfreichen Substanzen zurückgewiesen. „Das Verhalten verstößt eindeutig gegen das Grundgesetz Artikel 2: ‚Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.‘ Jeder – nur viele Kassenpatienten nicht?“ Natürlich dürfe nicht jeder Arzt „Hokuspokus-Medizin“ betreiben. „Wirtschaftliches Verhalten ist in der heutigen Zeit unabdingbar. Dies darf jedoch nicht auf Kosten eines Menschenlebens gehen!“

Auch bei Brustkrebs, der jede zehnte Frau heimsucht, kommt es sehr darauf an, ob man Patient erster oder zweiter Klasse ist. Zwar darf jede Frau ab 30 Jahren zur Früherkennungsuntersuchung. Kassenspatienten werden dabei aber nur befragt und manuell abgetastet. Mehr Sicherheit, vor allem für über 50-Jährige, bietet die Mammografie oder Ultraschalluntersuchung – die gibt es nur für privat Versicherte. Kassenspatientin Sibylle Herbert, die vor vier Jahren an Brustkrebs erkrankte, erlebte die nachteilige Behandlung. So zahlte ihr die Kasse nicht einmal eine Kernspinaufnahme der Brust, die ihre Ärztin dringend angeraten hatte. Herbert hat ihre Empörung in einem Buch verarbeitet. Titel: „Überleben Glücksache“.

In Deutschland ist die Zwei-Klassen-Behandlung faktisch per Gesetz festgeschrieben. Im fünften Sozialgesetzbuch, das die Ausgaben der Krankenkassen regelt, heißt es: „Die (ärztlichen) Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ In der Ausbildung, so der Rendsburger Anästhesist und Praxisberater Walter Weipkema, werde den Ärzten beigebracht, dass das Notwendige als das Nötigste zu verstehen sei. Für ihn ist das „eine Anleitung zum sozialverträglichen Frühableben“. Er hat seine Zulassung als Schmerzarzt frustriert zurückgegeben.

Am Trend zur Zwei-Klassen-Medizin

konnten 14 Gesundheitsreformen in 25 Jahren nichts ändern. Im Gegenteil: Ziel war es immer nur, die Kosten zu dämpfen – nicht die Behandlung zu verbessern. In der ganzen Branche wird nicht um die bestmögliche Qualität gekämpft, sondern um das größtmögliche Stück vom Kuchen. 4,1 Millionen Beschäftigte in den Krankenkassen, Versicherungen, Pharmafirmen, Krankenhäusern, Praxen und Apotheken leben vom Geschäft mit der Gesundheit. Rund um das Berliner Gesundheitsministerium haben sich 430 Lobbyverbände angesiedelt. Binnen zehn Jahren ist die Summe aller Ausgaben für Gesundheit um 45 Prozent auf rund 250 Milliarden Euro pro Jahr gestiegen. Allein 2005 werden die Kassen rund drei Mil- → liarden Euro mehr für Arzneimittel ausgeben als 2004. „Gesünder sind wir dadurch alle nicht geworden“, sagt Gesundheitsökonom Karl Lauterbach (SPD).

GELD WÄRE GENUG DA, nur landet es am falschen Platz. Was für Scheininnovationen, Doppeluntersuchungen oder veraltete Strukturen verpulvert wird, fehlt beim Dienst am Menschen. Die Ärzte sehen sich als Verlierer des Verteilungskampfes. Auch wenn die Gesamtausgaben wachsen: Der Anteil der ärztlichen Kassenleistungen schrumpft seit 15 Jahren. Und der einzelne niedergelassene Arzt bekommt davon auch immer weniger, weil die Zahl seiner Kollegen seit 1990 um ein Drittel auf 118 000 gewachsen ist.

Längst empfinden die Kassenmediziner ihr Honorarsystem als höchst undurchsichtig. In jedem Quartal weisen die Krankenkassen der Ärzteschaft zwar ein festes Budget zu – pro Versichertem eine Pauschale. Das Geld verteilen dann aber die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nach einem komplizierten Punktesystem. Dabei zählt Masse statt Klasse. Pro Behandlungsschritt rechnen die Doktoren eine festgelegte Punktzahl ab. Eine „eingehende Erörterung“ etwa bringt 150 Punkte, ein Ruhe-EKG 220, ein Hausbesuch 400. Am Quartalsende teilen die Funktionäre das Budget durch die Zahl aller eingereichten Punkte. Erst dann weiß der Kassenarzt, wie viel ein Punkt wert war. 5,11 Cent sind kalkuliert, „drei Cent oder weniger sind oft die Realität“, klagt Jörg-Dietrich Hoppe, Chef der Bundesärztekammer. „Im vergangenen Quartal haben die Kassenärzte über 30 Prozent ihrer Zeit unentgeltlich gearbeitet“, behauptet KV-Nordrhein-Vorstand Leonhard Hansen.

Die Behandlung von privat Versicher-

ten dagegen bringt den Ärzten berechenbar Bares. Während das Gespräch mit dem Kassenpatienten bei einem Punktwert von vier Cent sechs Euro einspielt, sind es beim Privatpatienten 20,11 Euro. Beim Ruhe-EKG gibt es nicht 8,80, sondern 26,54 Euro. Und der Hausbesuch bringt statt 16 immerhin 42,90 Euro. Um über die Runden zu kommen, brauchen die Praxen einen Mindestanteil solcher Premiumkunden. Private Krankenversicherungen brüsten sich, dass sie so die Versorgung der Kassenversicherten „quersubventionieren“ – allein bei den Arztpraxen mit 3,7 Milliarden Euro pro Jahr. Dieses Geld kommt aber nicht dort an, wo es besonders nötig ist, sondern da, wo es viele Privatpatienten gibt – also häufiger bei Fach- als bei Hausärzten, mehr in den Städten als auf dem Land, häufiger in guten Wohnvierteln als in sozialen Brennpunkten und mehr in den alten als in den neuen Ländern.

Wo Privatpatienten rar sind, lassen sich Mediziner ungern nieder. Das führt dazu, dass einem wachsenden Teil der Bevölkerung Haus- und Fachärzte in erreichbarer Nähe fehlen. Harald Jäschke, 49, Bürgermeister des Städtchens Boizenburg in Mecklenburg-Vorpommern, musste das Manko vor zwei Jahren am eigenen Leib erfahren, als er eine Brille brauchte. Schon lange gibt es keinen Augenarzt mehr in Boizenburg – trotz eines Einzugsgebiets von 25 000 Menschen. Einmal pro Woche reist ein Augenarzt aus dem entfernten Hagenow für ein paar Stunden an, mit reduziertem medizinischen Gerät. „Dann stapeln sich die Patienten im Wartezimmer“, sagt Jäschke. Im Trubel diagnostizierte der Arzt bei ihm falsche Werte – „das kann ich ihm nicht einmal anlasten“. Seitdem sucht Jäschke verzweifelt nach einem Augenarzt für seine Gemeinde, sogar im Ausland. Obwohl er großzügige finanzielle Starthilfe verheißt, hat niemand zugesagt. Es wird noch schlimmer kommen für Boizenburg: Sämtliche Ärzte dort sind älter als 50 Jahre. Wer in Rente geht, muss die Praxis in der Regel schließen – mangels Nachfolger.

Ob die Große Koalition in Berlin den Weg aus der Zwei-Klassen-Therapie findet, ist fraglich. Union und SPD sind sich zumindest einig, das Honorarsystem zu ändern. „Wir wollen, dass der Arzt weiß, was er kriegt“, sagt Ministerin Schmidt. Statt wie im Hamsterrad Punkte zu sammeln, sollen niedergelassene Ärzte ähnlich wie im Krankenhaus feste Fallpauschalen bekommen. →

An einer großen Reform aber, die die Kosten der Gesundheit von denen der Arbeit abkoppelt, scheiden sich die Geister. Die SPD will das bisherige Nebeneinander von privaten und gesetzlichen Kassen beenden und ein gemeinsames Versicherungssystem einführen, in dem alle Bürger entsprechend ihres Einkommens Beiträge zahlen. Die Union will dagegen alle Kassenmitglieder einen identischen Beitrag zahlen lassen und die bisherige Privatversicherung erhalten. Da beide Modelle, SPD-Bürgerversicherung und Unions-Kopfpauschale, nicht vereinbar sind, wollen die Politiker im nächsten Jahr einen dritten Weg suchen. Bei der SPD ist ein Finanzausgleich zwischen privaten und gesetzlichen Kassen im Gespräch, in der Union wird überlegt, die Beiträge der Kinder aus der Steuerkasse zu zahlen.

AN EINES ABER TRAUEN SICH alle Beteiligten nicht heran: den Wettbewerb. Dabei liegt nach Einschätzung unabhängiger Ökonomen die größte Chance für ein stabiles, gerechtes Gesundheitssystem in einer solidarisch finanzierten Grundsicherung, die alle Deutschen mittragen, und einem marktwirtschaftlich orientierten Zusatzversicherungssystem, an dem alle Gehaltsklassen teilhaben können. Ähnlich wie bei der Autoversicherung: Die Haftpflicht ist obligatorisch, Teil- und Vollkasko gibt es gegen Aufpreis.

Eine solche Reform funktioniert nur, wenn nicht nach Menge, sondern nach Qualität bezahlt wird. Ärzte müssten dafür honoriert werden, dass sie ihre Patienten gesund machen. Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört aufgebrochen. Die Krankenkassen sollten direkt Verträge mit Ärzten oder Ärztegruppen schließen dürfen, um bestimmte Behandlungsstandards durchsetzen zu können. Nur wenn im Gesundheitswesen zweifelhafte Methoden und schlechte Anbieter aussortiert werden, lassen sich die Kosten so senken, dass Spitzenmedizin für alle finanzierbar ist. Der „Krankenhaus Rating Report 2006“ rechnete gerade vor, dass ohne jede Einbuße für Kranke 3,3 Milliarden Euro mehr zur Verfügung stünden, wenn man zehn Prozent der schlechtesten deutschen Krankenhäuser schließen würde. Das deckt mehr als die Hälfte der Kosten, die nötig wären, um Kassenpatienten die gleichen Medikamente zu geben, die heute für Privatpatienten üblich sind.

Den Markt völlig freizugeben, wie es die FDP fordert, lehnen Gesundheitsökonomn allerdings ab. „Wer blutend im

Straßengraben liegt, ist kein mündiger Konsument“, sagt Hans Biermann, Herausgeber der kritischen „Gesundheits-Nachrichten“.

Im Koalitionsvertrag wird zwar eine „wettbewerbliche Ausrichtung“ des Gesundheitswesens beschworen, aber auf Drängen der Union werden die Pfründen von Privatversicherungen und Kassenärztlichen Vereinigungen weitgehend geschützt. Eine grundsätzliche Besserversorgung von Kassenpatienten ist damit nicht in Sicht. Besonders trifft das die Alten. Jedes Jahr wächst die Lebenserwartung der Deutschen im Mittel um drei Monate. Was zugleich bedeutet: Es gibt immer mehr Menschen mit Herzinfarkt, Schlaganfall, Tumoren oder Demenzerkrankungen.

Professor Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Chefärztin und Geschäftsführerin des Evangelischen Geriatriezentrums in Berlin, ficht mit Vehemenz für eine angemessene Versorgung älterer Menschen. Im fünften Stock hat sie eine ganze Etage mit bestem Gerät und Mobiliar bestückt. Es sollte eine geriatrische Ambulanz werden – jetzt ist es eine Geisteretage. Seit fünf Jahren bleibt sie ungenutzt, weil die Kassen erst die Gründung der Ambulanz befürworteten, heute aber ausreichende Pflegesätze verweigern.

Zwei Stockwerke tiefer, in der Klinik, bemüht sich Dora Schulze, 83, wieder auf die Beine zu kommen. Sie leidet unter Alzheimer. Am 29. Oktober stürzte sie über die Küchenschwelle und brach sich den Oberschenkelhals. Typisch für alte Menschen. Doch die Krankenkassen zahlen in der Regel nicht einmal Sturzgehosen mit Protektoren für 100 Euro, die solche Frakturen verhindern können, geschweige denn eine spezifische Rehabilitation. „Dabei können Sie eine alte Dame mit Demenz nicht so behandeln wie eine jüngere mit etwa 50 Jahren“, sagt Steinhagen-Thiessen. Hier kriegt Frau Schulze alle Therapien, die sie braucht – das Geld dafür kommt allerdings nicht von der AOK, sondern von der Robert Bosch Stiftung.

„Erst wenn ihre eigenen Angehörigen von Altersleiden betroffen sind und damit ins Krankenhaus müssen“, sagt die Professorin, „merken auch Politiker, wie marode und verbesserungsbedürftig unser Gesundheitssystem wirklich ist.“

Oder auch nicht: Viele Politiker sind privat versichert. ✖

MITARBEIT: STEFANIE HADDING

Privatpatienten leben länger

Die Lebenserwartung Privatversicherter liegt über dem Durchschnitt – vor allem, weil zu den Privatversicherungen überwiegend jene gehen, die sowieso gesünder leben und körperlich weniger anspruchsvolle Arbeiten verrichten. Sozialexperten führen aber zumindest ein Lebensjahr darauf zurück, dass sie medizinisch aufwendiger versorgt werden

Lebensalter Stand Heute	Lebenserwartung		Lebenserwartung Bundesdurchschnitt	Frauen Privatpatienten
	Bundesdurchschnitt	Männer Privatpatienten		
40 ▶	77	84	82	87
50 ▶	78	84	83	88
60 ▶	80	85	84	88
70 ▶	83	86	86	89
80 ▶	87	89	89	91

Schlecht behandelt

Die Arzneimittel-Versorgung von Kassenpatienten ist nicht optimal. Vor allem aus finanziellen Gründen: Erhielten alle immer die jeweils bestmögliche Therapie, entstünden den Krankenkassen Mehrkosten in Milliardenhöhe

Krankheit	Mehrbedarf in Millionen Euro
Raucherhusten (COPD)	1181
Multiple Sklerose	922
Koronare Herzkrankheit	864
Bluthochdruck	676
Osteoporose (Knochenschwund)	590
Depressionen	442
Rheumatoide Arthritis	293
Hepatitis C	260
Morbus Fabry (Erbkrankheit)	239
Migräne	170
Gaucher-Syndrom	124
Lungenasthma	123
Alzheimer-Demenz	88
Tumorschmerzen	80
Zellweger Syndrom	56
Pulmonale Hypertonie	50
Neurodermitis	35