Beate Müller-Gemmeke
Mitglied des Deutschen Bundestages
Bündnis 90/Die Grünen
Sprecherin für ArbeitnehmerInnenrechte

Berlin
Platz der Republik 1 - 11011 Berlin
Tel: (030) 227 73041, Fax: (030) 227 76041
beate.mueller-gemmeke@bundestag.de

Wahlkreis
Gartenstraße 18 - 72764 Reutlingen
Tel: (07121) 9092411, Fax: (07121) 9943186
beate.mueller-gemmeke.wk01@bundestag.de

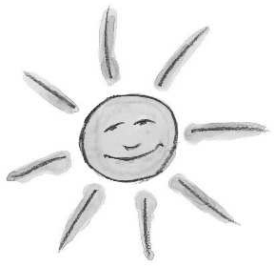
Erhebung August 2017

Warten Kassenpatienten in Baden-Württemberg länger auf einen Facharzttermin als privat Versicherte?

Teil A: Ergebnisse der Erhebung

Teil B: Hintergrund-Informationen

1. Warum warten Kassenpatienten länger als privat Krankenversicherte?
2. Was sagt die Ärzteschaft zu den Befunden?
3. Was macht die Bundesregierung?
4. Was wollen die Grünen?



Teil A: Ergebnisse der Erhebung

In allen untersuchten Regionen in Baden-Württemberg warten gesetzlich Versicherte länger auf einen Arzttermin als Versicherte bei Privatkassen. Besonders auffällig hierbei ist Freiburg. Im Durchschnitt aller 7 untersuchten Gebiete wartet ein Kassenpatient rund 24 Tage länger auf einen Termin als ein Privatversicherter.

Das ist das Ergebnis einer telefonischen Erhebung, bei der wir in rund 350 Facharztpraxen je zweimal in kurzen Abständen hintereinander angerufen und um einen Termin gebeten haben – einmal als KassenpatientIn und einmal als privat Versicherte. Insgesamt wurden also 700 Anrufe getätigt. Dabei wurden 6 Fachrichtungen untersucht: Haut, Augen, Neurologie, Kardiologie, Radiologie und Orthopädie:

	längere Wartezeit in Tagen von gesetzlich gegenüber privat Versicherten
Freiburg	35
Karlsruhe	26
Konstanz	25
Reutlingen/ Tübingen/ Ulm	25
Bodensee/ Friedrichshafen	22
Heidelberg	19
Stuttgart	16
Durchschnitt	**24 Tage**

- Auffällig ist das Gefälle zwischen den einzelnen Landesteilen. In Freiburg warten Kassenpatienten 35 Tage länger auf einen Facharzttermin, in Stuttgart sind es „nur“ 16 Tage.
- Bei rund 35 % der angerufenen Praxen machte es keinen oder kaum einen Unterschied, ob als KassenpatientIn oder privat versichert nach einem Termin gefragt wurde.
- In vielen Fällen unterschieden sich die Wartezeiten um mehr als 100 Tage. „Spitzenreiter“ war hier ein Hautarzt aus Freiburg: Als KassenpatientIn wurde uns ein Termin nach 209 Tagen angeboten, als privat Versicherter nach einem Tag. Auch ein Orthopäde aus Konstanz scheint es nicht ganz ernst mit Terminangeboten an Kassenpatienten zu nehmen. Dieser wartet hier 177 Tage, der Privatversicherte kann schon nach 6 Tagen kommen.
- Rund 60 % der Privatversicherten haben einen Termin innerhalb von 5 Tagen vorgeschlagen bekommen. Vielfach wurde ein Termin noch am gleichen Tag angeboten. Das war bei den Kassenpatienten definitiv die Ausnahme. Lediglich knapp 20 % der Kassenpatienten haben einen Termin innerhalb von 5 Tagen angeboten bekommen. Wiederum nur rund 60 % von ihnen bekamen einen Terminvorschlag innerhalb eines Monates

Pro Stadt bzw. Region haben wir 40 bis 80 Praxen zweimal angerufen (genaue Auflistung im Kapitel Erhebungsdesign).

Ungleichbehandlung steigt - Vergleich zur 2015er Erhebung in Baden-Württemberg

Im November 2015 – also vor mehr als 1,5 Jahren - wurde eine nahezu identische Erhebung in Baden-Württemberg durchgeführt. Ergebnis damals: Kassenpatienten warten 19 Tage länger auf einen Arzttermin als privat Versicherte. Bei der aktuellen Erhebung warten KassenpatientInnen also 5 Tage länger im Vergleich zur 2015er Erhebung. Ein deutlicher Anstieg! Grund: Die Wartezeiten der Kassenpatienten haben sich in Baden-Württemberg deutlich erhöht – und zwar von 27 Tagen (2015) auf 36 Tage (2017). Zwar ist auch die Wartezeit für Privatversicherte angestiegen, aber bei weitem nicht so deutlich (nur 4 Tage gegenüber der 2015er Untersuchung).

Diesen Trend haben wir auch bei den gleichen Untersuchungen in anderen Bundesländern festgestellt (Hessen, Bayern und NRW): Kassenpatienten werden immer stärker gegenüber Privatpatienten bei der Terminvergabe benachteiligt.

Welche Auswirkungen hat die neue Wartezeitenregelung?

Seit Ende Januar 2016 sind die Kassenärztlichen Vereinigungen per Gesetz angehalten eine Vermittlungsstelle für Versicherte einzurichten. Bei diesen sogenannten „Terminservicestellen“ können Patienten anrufen, die innerhalb von vier Wochen in ihrer Umgebung einen Facharzttermin suchen. Siehe auch: https://www.kvbawue.de/buerger/patiententelefon-medcall/terminservice/

Von den 350 in dieser Erhebung angerufenen Praxen boten rund 130 Praxen dem Kassenpatienten einen Termin jenseits der vier Wochen Frist an. Die Anrufer fragten daraufhin, ob es nicht eine schnellere Möglichkeit gibt. In keiner Praxis wurde daraufhin auf die Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung hingewiesen.

Nach wie vielen Tagen gibt es im Durchschnitt einen Facharzttermin?

Auf einen Facharzttermin müssen KassenpatientInnen in Freiburg am längsten warten – nämlich 49 Tage. Am schnellsten bekommen privat Versicherte in Karlsruhe einen Termin, im Durchschnitt nach 8 Tagen.

	Wartezeit gesetzlicher Patient auf einen Termin	**Wartezeit privater Patient auf einen Termin**
Freiburg	49	14
Karlsruhe	34	8
Konstanz	37	12
Reutlingen/ Tübingen/ Ulm	39	14
Bodensee/ Friedrichshafen	34	12
Heidelberg	31	12

Stuttgart	27	11
Durchschnitt	**36 Tage**	**12 Tage**

Im Durchschnitt aller 7 Gebiete müssen KassenpatientInnen 36 Tage auf einen Facharzttermin warten, privat Versicherte nur 12 Tage. Interessant ist, dass es oftmals in jeder untersuchten Region eine Fachrichtung gibt, in der fast alle angerufenen Praxen eine ähnliche Terminpolitik praktizieren – also lange Wartezeiten für Kassenpatienten und kurze für Privatversicherte. Besonders auffällig ist dies bspw. in Freiburg bei den angerufenen Hautärzten. Hier warten Kassenpatienten 53 Tage länger auf ein Termin als Privatversicherte (Wartezeit Kasse: 62 Tage; Wartezeit Privat: 9 Tage). In Heidelberg sind es die Augenärzte mit einer Wartezeit-Differenz von 37 Tagen (Wartezeit Kasse: 53 Tage; Wartezeit Privat: 16 Tage).

Inwiefern unterscheidet sich die Terminvergabe bei den verschiedenen Facharztgruppen?

Problematisch ist die Situation für KassenpatientInnen insbesondere bei Radiologen. Hier müssen sie 37 Tage länger auf einen Termin warten als privat Versicherte. Ein deutlicher Unterschied zu Orthopädie-Praxen, bei denen es nur 15 Tage sind.

	längere Wartezeit in Tagen von gesetzlicher gegenüber privater Versicherter[1]	**Wartezeit gesetzlicher Patient auf einen Termin**	**Wartezeit privater Patient auf einen Termin**
Augenarzt	31 Tage	44 Tage	13 Tage
Hautarzt	30	41	11
Radiologe	28	35	7
Kardiologe	18	29	11
Neurologe	15	42	27
Orthopäde	15	24	9
HNO	9	18	9

Zum Erhebungsdesign:

Im Juni wurden innerhalb von 3 Wochen 350 Arztpraxen getestet. Dabei wurde die gleiche Praxis – am selben oder spätestens am übernächsten Tag - jeweils einmal von einem gesetzlich Versicherten und einmal von einem Privatversicherten angerufen.

Unsere TestanruferInnen haben sich jeweils mit dem Satz gemeldet „Ich bin privat/ gesetzlich versichert und hätte gerne einen Termin“.

Falls es Nachfragen seitens des Praxispersonals gab, wurden standardisierte Antworten gegeben, so dass beide Versicherungstypen mit dem gleichen Problem angerufen haben. Bspw: nachlassende Sehkraft soll untersucht werden, Hautausschlag am Arm, MRT linkes Knie oder Rückenprobleme. In der Regel gab es aber keine Nachfragen seitens des Personals

[1] Durch Rundungen ergeben sich kleine Abweichungen bei den Arzt-Durchschnitten im Vergleich zu den Gebietsdurchschnitten

– außer bei Radiologen, Neurologen und Kardiologen. Am Ende des Telefonates sind die AnruferInnen nicht auf das Terminangebot der Praxis eingegangen.

Verteilung der Anrufe auf die Arztgruppen: In den jeweiligen Gebieten haben wir jeweils 8 bis 9 Augenärzte, Hautärzte, Kardiologen und Hautärzte angerufen. Und jeweils 5 bis 6 Anrufe entfielen auf Radiologen, Neurologen und HNO Praxen. Die jeweiligen Praxen wurden per Zufallsprinzip über die Gelben Seiten ausgewählt.

Zur Aussagekraft der Erhebung: Insgesamt haben wir 350 Facharztpraxen angerufen. In den jeweiligen Untersuchungsgebieten erreicht diese Erhebung in den meisten Fällen eine Abdeckungsquote von 20 bis 70 % in den jeweiligen Fachrichtungen – die Ergebnisse sind somit belastbar.

Details zu den Anrufgebieten:

	Gesamtzahl Anrufe	**Umgebung?**	**Größter Unterschied zwischen Wartezeit Kassen-. versus Privatpatient**
Freiburg	80 Anrufe in 40 Praxen	Hauptsächlich in Freiburg. Aber auch: Lörrach, Emmendingen, Waldshut-Tiengen	Gesetzlich: Termin nach 209 Tagen Privat: Termin nach einem Tag (bei Hautarzt in Freiburg)
Karlsruhe	80 Anrufe in 40 Praxen	Hauptsächlich in Karlsruhe. Aber auch: Pforzheim und Baden-Baden	Gesetzlich: 105 Tage Privat: 2 Tage (Augenarzt in Pforzheim)
Konstanz	80 Anrufe in 40 Praxen	Hauptsächlich in Konstanz. Aber auch: Villingen-Schwenningen, Überlingen, Singen und Markdorf	Gesetzlich: 177 Tage Privat: 6 Tage (Orthopäde in Konstanz)
Ulm, Tübingen, Reutlingen	140 Anrufe in 70 Praxen	gedrittelt	Gesetzlich: 209 Tage Privat: 1 Tag (Hautarzt in Ulm)
Friedrichs-hafen, Ravensburg , u.a.	100 Anrufe in 50 Praxen	Gemischt in Friedrichs-hafen, Ravensburg , Wangen, Bad Waldsee, Isny und Tettnang	Gesetzlich: 169 Tage Privat: 12 Tage (Hautarzt)
Heidelberg	80 Anrufe in 40 Praxen	Hauptsächlich in Heidelberg. Aber auch: Weinheim und Eppingen	Gesetzlich: 105 Tage Privat: 1 Tage (Augenarzt in Heidelberg)
Stuttgart	140 Anrufe in 70 Praxen	Hauptsächlich in Stuttgart. Aber auch: Ludwigsburg, Esslingen und Sindelfingen	Gesetzlich: 133 Tage Privat: 13 Tage (Hautarzt in Stuttgart)

Teil B: Hintergrundinformationen zur Erhebung

1. Warum warten Kassenpatienten länger als privat Krankenversicherte?

Gegenwärtig sind rund 85% der Bevölkerung Deutschlands gesetzlich krankenversichert, 11% privat. Unterschiedlich lange Wartezeiten entstehen im Wesentlichen aufgrund der Honorarunterschiede zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Für die Behandlung eines Privatpatienten bekommt ein Arzt/eine Ärztin nicht nur mehr Honorar, er kann auch nahezu unbegrenzt viele Leistungen abrechnen. Deswegen ist es finanziell lukrativ, möglichst viele Privatpatienten zu behandeln. Damit dies gelingt, bekommen sie auf Nachfrage schneller einen Termin und genießen häufig weitere Servicevorteile in der Arztpraxis. Für die Ärzte hat diese Bevorzugung von Privatpatienten einen umso größeren Stellenwert, wenn ein hoher Kredit für die Praxisübernahme und/oder Einrichtung zu bedienen ist. Insgesamt stehen die rund 11 % der Privatversicherten im Durchschnitt für 25% der Einnahmen in den Praxen.

BeamtInnen, Selbstständige und Angestellte mit hohen Einkommen sind häufig privat krankenversichert, die Tarife sind risikobezogen kalkuliert und führen so bei jungen und gesunden Versicherten zu vergleichsweise niedrigen Einstiegsbeiträgen, die aber mit zunehmendem Alter erheblich ansteigen. Beamte in der PKV erhalten anders als gesetzlich versicherte Beamte durch ihren Dienstherren eine Beihilfe zu den Krankheitskosten und müssen nur den damit nicht abgedeckten Teil privat versichern.

2. Was sagt die Ärzteschaft zu den Befunden?

Die Argumente und Rechtfertigungsversuche der Ärzteschaft für in früheren Untersuchungen gezeigte unterschiedliche Wartezeiten waren meist die gleichen:

A. Die Vergütung der abgefragten ärztlichen Vertragsleistungen spiele sich bei den Kassen-Versicherten unter einem von der Politik diktierten „gedeckelten Honorarbudget“ ab. Dadurch bleibe die Geldmenge gleich, egal wie viele Leistungen erbracht werden. Ein Teil der Leistungen würde dadurch regelmäßig nicht honoriert, aufschiebbare Behandlungen würden in der Konsequenz erst im Folgequartal geplant.

In unserer aktuellen Befragung haben wir die Anrufe im Juni und Juli durchgeführt. PrivatpatientInnen bekamen in der Regel zügig einen Termin – KassenpatientInnen deutlich später, aber oftmals noch im gleichen Quartal. D.h., das genannte Argument einer budgetbedingten Verlagerung der Termine auf das nächste Quartal ist zumindest für unsere Befragung nicht stichhaltig.

B. Bei den abgefragten Untersuchungen oder Eingriffen handele es sich um planbare Terminanfragen, die ohne jeden gesundheitlichen Nachteil für die PatientInnen steuerbar seien.

Auf die aktuelle Befragung ist dieses Argument nicht anwendbar. Wir baten zum Beispiel um einen Termin beim Neurologen, weil die Hand angefangen hatte, zu zittern. Andere fingierte Fälle waren Sehprobleme beim Augenarzt, Rückenprobleme, juckender Hautausschlag am

Arm oder Kniebeschwerden, die mittels MRT eingegrenzt werden sollten – also alles Beschwerdebilder, die das Wohlbefinden beeinträchtigt haben und bei denen bei weiterem Warten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht auszuschließen waren. Das Praxispersonal der meisten Praxen hat überdies meist nicht nach der Dringlichkeit bzw. der Ursache des Terminwunsches gefragt. Die Terminvergabe orientierte sich also definitiv nicht am Beschwerdebild, sondern an der Art der Versicherung.

C. Die Solidargemeinschaft – also die Gemeinschaft der GKV-Versicherten – profitiere immerhin von den Mehreinnahmen, die die Ärzte/Ärztinnen durch die Behandlung von PrivatpatientInnen erzielen. Diese Mittel kämen über Investitionen beispielsweise in medizinische Geräte allen zugute. Und diese Einnahmen sicherten auch die Existenzen der niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen, wodurch die wohnortnahe, flächendeckende und umfassende Versorgung aller PatientInnen sichergestellt werde.

Auch wenn es ethisch nicht vertretbar ist, gesetzlich Krankenversicherte länger warten zu lassen, verhalten sich viele Ärzte/Ärztinnen tatsächlich anreizkonform, wenn sie PrivatpatientInnen bevorzugen. Gleichwohl entstehen dadurch Probleme für die zukünftige medizinische Versorgung. So können ÄrztInnen in ländlichen Regionen und in sozial benachteiligten Stadtteilen ihr Honorar nicht nennenswert durch Privatversicherte aufbessern, eine Niederlassung in diesen Gebieten ist deshalb für junge MedizinerInnen wenig attraktiv. Die Regionen in denen weniger Privatversicherte leben, leiden also heute schon massiv unter diesen Fehlanreizen. Nur diejenigen KassenpatientInnen, die in Gebieten leben, in denen ein hoher Anteil an Privatversicherten lebt, könnten von diesem Effekt profitieren. Aber auch sie warten, wie unsere Untersuchung zeigt, erheblich länger auf einen Termin als Privatversicherte. Geändert werden müssen daher die ökonomischen Anreize – fallen die Vergütungsunterschiede weg, werden auch die Wartezeitenunterschiede entfallen.

D. Die Kassenärztlichen Vereinigungen versuchen oftmals diese Erhebung mit einer eigenen Studie aus dem Jahr 2014 zu kontern. Motto: „Daher entpuppt sich die Diskussion in Deutschland über Wartezeiten auf einen Arzttermin als ein Scheinproblem bzw. beim Vergleich mit anderen hochindustrialisierten Ländern als Luxusproblem.“ Siehe Resümee auf http://www.kbv.de/media/sp/wartezeiten_studie_kopetsch.pdf
Aufgrund von Patientenbefragungen wurden hier sehr kurze Wartezeiten auf einen Termin ermittelt.
Der Grund: Im Unterschied zu dieser Erhebung wurden auch Wartezeiten beim Hausarzt oder Fachärzten dazu gezählt bei denen der Patient einfach in die Sprechstunde ohne Termin gegangen ist – also 0 Tage Wartezeit hatte. Für Berufstätige ist dies aber oftmals schwer möglich.

3. Was macht die Bundesregierung?

Die aktuelle Bundesregierung hat im „Versorgungsstärkungsgesetz“ den kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern die Einrichtung von so genannten „Terminservicestellen“ vorgeschrieben. Bei Überweisung an einen Facharzt sollen sich die Patientinnen an diese wenden können, um innerhalb einer Woche einen Termin genannt zu bekommen. Dieser soll in der Regel innerhalb von vier Wochen stattfinden. Falls dies nicht gelingt, wird von der Vermittlungsstelle ein Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten. Diese Stellen haben ihre Arbeit bundesweit am 25. Januar 2016

aufgenommen. Die Inanspruchnahme der Terminservicestellen steigt seither stetig, blieb aber unter den Erwartungen der Bundesregierung zurück.

Die Erhebung zeigt: Die Schaffung der Terminservicestellen ging am eigentlichen Problem weit vorbei. Die Anreize, gesetzlich und privat Versicherte unterschiedlich zu behandeln, bleiben bestehen. Schon vor der Einführung der Terminservicestellen hat der Großteil der Patientinnen und Patienten einen Termin innerhalb der Vierwochenfrist erhalten. Unsere Untersuchung zeigt, dass sich dieser Trend noch verschärft. Darüber hinaus ignoriert das Angebot der Terminservicestellen die Bedeutung des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Ärztinnen und Ärzten. Auch die Probleme der fachärztlichen Versorgung im ländlichen Raum, den besonders langen Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung werden hierdurch in keiner Weise angegangen.
Darüber hinaus zeigen Studien, dass besonders Fachärzte sich vermehrt dort niederlassen, wo viele Privatversicherte leben (Sundmacher, Ozegowski, „Ziehen Privatpatienten Ärzte an?, G+G Gesundheit und Gesellschaft 12/13, S. 31ff.). Ohne eine Angleichung der Vergütungssysteme wird dies dazu führen, dass sich die Wartezeitenproblematik in den heute schon unterversorgten Gebieten noch weiter verschärft.

4. Was wollen die Grünen?

Das Hauptproblem muss endlich gelöst werden: Gute Medizin darf nicht länger vom Geldbeutel abhängen. Mit der Bürgerversicherung schaffen wir eine gute Versorgung für alle. In die Solidarität werden dann alle Menschen einbezogen, ganz gleich ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert sind. Auch Beamtinnen/Beamte, Selbstständige und Angestellte mit hohen Einkommen zahlen dann einkommensabhängige Beiträge entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – ohne Gesundheitsprüfung und ohne Risikozuschlag.
Einer der ersten Schritte auf dem Weg zur Bürgerversicherung ist deshalb eine Reform der Vergütungsregelungen für Ärztinnen und Ärzte. In der grünen Bürgerversicherung soll das Volumen der Honorare, welche heute in der GKV und in der PKV ausgeschüttet werden erhalten bleiben und durch eine neue Honorarordnung so verteilt werden, dass das Geld dort ausgeschüttet wird, wo es wirklich einer guten Versorgung zugutekommt.
Mit der grünen Bürgerversicherung schaffen wir mehr Solidarität, stabilere Beiträge und eine gute Gesundheitsversorgung für alle. Starke stehen für Schwächere ein, Gesunde für weniger Gesunde und Junge für Alte – diese Prinzipien wollen wir festigen.
Wir wollen ein gerecht finanziertes Gesundheitswesen, das alle einbezieht und allen die medizinische Hilfe gibt, die sie brauchen und das auf dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen sich nach ihren finanziellen Möglichkeiten daran beteiligen, die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren.