



Beate Müller-Gemmeke
Mitglied des Deutschen Bundestages

Erhebung November 2015

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 sind Freiburg und Karlsruhe. Im Durchschnitt aller 8 untersuchten Gebiete wartet ein Kassenpatient rund 19 Tage länger auf einen Termin.

Das ist das Ergebnis einer telefonischen Erhebung, bei der wir in 350 Facharztpraxen je zweimal in kurzen Abständen hintereinander angerufen und um einen Termin gebeten haben – einmal als Kassenpatient und einmal als privat Versicherter. Insgesamt wurden also 700 Anrufe getätigt. Dabei wurden sieben Fachrichtungen untersucht: Haut, Auge, Hals-Nasen-Ohren, Neurologie, Kardiologie, Radiologie und Orthopädie:

	längere Wartezeit in Tagen von gesetzlich gegenüber privat Versicherten
Freiburg	22 Tage
Karlsruhe	22 Tage
Friedrichshafen, Ravensburg, Umgebung	20Tage
Tübingen, Reutlingen	20 Tage
Heidelberg	18 Tage
Ulm	17 Tage
Konstanz	17 Tage
Stuttgart	15 Tage
Durchschnitt	19 Tage

- Auffällig ist das Gefälle zwischen den einzelnen Landesteilen. In Freiburg und Karlsruhe warten Kassenpatienten 22 Tage länger auf einen Facharzttermin, in Stuttgart und Umgebung sind es „nur“ 15 Tage.
- Bei 25 % der angerufenen Praxen machte es keinen oder kaum einen Unterschied, ob man Kassenpatient oder privat versichert war, d.h. hier unterschieden sich die angebotenen Wartezeiten kaum.
- In mehreren Fällen unterschieden sich die Wartezeiten um mehr als 100 Tage. „Spitzenreiter“ war hier ein Hautarzt aus Konstanz: Als Kassenpatient wurde uns ein Termin nach 180 Tagen angeboten, als privat Versicherter nach 3.
- Die Hautarzt-Praxen in Konstanz scheinen weniger Wert auf Kassenpatienten zu legen. Insgesamt bekamen Kassenpatienten in Konstanz nach durchschnittlich 54 Tagen einen Termin und warteten damit 50 Tage länger auf eine Konsultation als privat Versicherte beim Hautarzt. In keiner Arztgruppe und Region mussten Kassenpatienten so lange auf einen Termin warten.

Pro Stadt bzw. Region haben wir je nach Einwohnergröße 30 bis 70 Praxen zweimal angerufen (genaue Auflistung im Kapitel Erhebungsdesign).

Nach wie vielen Tagen bekommt man im Durchschnitt einen Facharzttermin?

Auf einen Facharzttermin müssen Kassenpatienten in Freiburg am längsten warten – nämlich 31 Tagen. Am schnellsten bekommen privat Versicherte in Heidelberg einen Termin, im Durchschnitt nach 6 Tagen.

	Wartezeit gesetzlicher Patient auf einen Termin	Wartezeit privater Patient auf einen Termin
Freiburg	31 Tage	9 Tage
Tübingen, Reutlingen	30 Tage	10 Tage
Karlsruhe	29 Tage	7 Tage
Friedrichshafen, Ravensburg, Umgebung	28 Tage	8 Tage
Ulm	25 Tage	8 Tage
Heidelberg	24 Tage	6 Tage
Konstanz	25 Tage	8 Tage
Stuttgart	22 Tage	7 Tage
Durchschnitt	27 Tage	8 Tage

Im Durchschnitt aller 8 Gebiete müssen Kassenpatienten 27 Tage auf einen Facharzttermin warten, privat Versicherte nur 8 Tage.

Inwiefern unterscheidet sich die Terminvergabe bei den verschiedenen Facharztgruppen?

Problematisch ist die Situation für Kassenpatienten insbesondere bei Hautärzten. Hier müssen sie 30 Tage länger auf einen Termin warten als privat Versicherte. Ein deutlicher Unterschied zu HNO-Praxen bei denen es nur 9 Tage sind.

	längere Wartezeit in Tagen von gesetzlichen gegenüber privat Versicherten	Wartezeit gesetzlicher Patient auf einen Termin	Wartezeit privater Patient auf einen Termin
Hautarzt	30 Tage	37 Tage	7 Tage
Neurologe	21	37	16
Augenarzt	19	29	10
Kardiologe	17	25	8
Radiologe	16	19	3
Orthopäde	11	17	6
HNO	9	14	5

Vergleich zur 2012er Erhebung in Baden-Württemberg

Im September 2012 wurde ebenfalls durch die Grünen im Bundestag eine nahezu identische Erhebung in Baden-Württemberg durchgeführt. Ergebnis damals: Kassenpatienten warten 16 Tage länger auf einen Arzttermin als privat Versicherte. Bei der aktuellen Erhebung warten Kassenpatienten also 3 Tage länger im Vergleich zur 2012er Erhebung. Kassenpatienten warteten 2012 und 2015 ähnlich lange auf einen Facharzttermin (27 bzw. 28 Tage). Was sich verändert hat, ist die Dauer der Wartezeit von privat Versicherten. Sie bekommen heute im Vergleich zur vorherigen Erhebung wesentlich schneller einen Termin. Im Durchschnitt nach 8 Tagen (2015) statt nach 12 Tagen (2012).

Zum Erhebungsdesign:

Im Oktober wurden innerhalb von 3 Wochen 350 Anrufe in Arztpraxen getätigt. Dabei wurde der gleiche Arzt – am selben oder spätestens am übernächsten Tag - jeweils einmal von einem gesetzlich Versicherten und einmal von einem privat versicherten Patienten angerufen. Insgesamt wurden also bei 700 ÄrztInnen getestet, ob bei ihnen ein Unterschied bei der Vergabe von Terminen besteht.

Unsere Testanrufer 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 oder MRT linkes Knie beim Radiologen. Grundsätzlich haben wir mit ernstern Problemen angerufen. In der Regel gab es aber keine Nachfragen seitens des Personals – außer bei Radiologen, Neurologen und Kardiologen. Am Ende des Telefonates sind die Anrufer nicht auf das Terminangebot der Praxis eingegangen.

Verteilung der Anrufe auf die Arztgruppen: Wenn 50 Praxen in einem Gebiet angerufen wurden, ergibt sich folgende Aufteilung: Augenärzte (10 Praxen), Hautärzte (10 Praxen), HNO (6 Praxen), Kardiologen (6 Praxen), Radiologen (6 Praxen), Neurologen (6 Praxen) und Orthopäden (6 Praxen). Die jeweiligen Praxen wurden per Zufallsprinzip über die Gelben Seiten ausgewählt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Anzahl der angerufenen Fachrichtungen und die ungefähre Einwohnerzahl in einem Gebiet identisch sind, damit eine Vergleichbarkeit gewährleistet wird.

Zur Aussagekraft der Erhebung: Insgesamt haben wir 350 Facharztpraxen angerufen. Bei insgesamt rund 3700 Praxen innerhalb der sieben untersuchten Fachrichtungen in ganz Baden-Württemberg entspricht das einer Abdeckung von rund 9,5 Prozent. In den jeweiligen Untersuchungsgebieten (bspw. In Freiburg) erreicht diese Erhebung in den meisten Fällen eine Abdeckungsquote von 40 bis 90 % – die Ergebnisse sind somit belastbar und mehr als repräsentativ.

Details zu den Anrufgebieten:

	Gesamtzahl Anrufe	Umgebung?	Größter Unterschied zwischen Wartezeit Kassen- versus Privatpatient
Freiburg	80 Anrufe in 40 Praxen	Praxen haupts. in Freiburg. Einige auch in Lörrach, Emmendingen, Waldshut-Tiengen	Gesetzlich: Termin nach 180 Tagen Privat: Termin nach 10 Tage (bei Hautarzt in Freiburg)
Karlsruhe	80 Anrufe in 40 Praxen	20 Praxen in Karlsruhe. Rest in Pforzheim und Baden-Baden	Gesetzlich: 98 Tage Privat: 5 Tage (Hautarzt in Baden-Baden)
Friedrichshafen, Ravensburg, u.a.	100 Anrufe in 50 Praxen	Gemischt in Friedrichshafen, Ravensburg, Wangen, Bad Waldsee und Tettngang	Gesetzlich: 108 Tage Privat: 2 Tage (Neurologe in Tettngang)
Ulm	60 Anrufe in 30 Praxen	Hauptsächlich in Ulm. Einige Praxen auch in Aalen	Gesetzlich: 120 Tage Privat: 13 Tage (Hautarzt in Ulm)
Tübingen, Reutlingen	80 Anrufe in 40 Praxen	Tübingen (20), Reutlingen (20)	Gesetzlich: 120 Tage Privat: 12 Tage (Neurologe in Tübingen)
Heidelberg	80 Anrufe in 40 Praxen	Hauptsächlich in Heidelberg. Einige in Weinheim und Eppingen	Gesetzlich: 106 Tage Privat: 4 Tage (Augenarzt in Heidelberg)
Konstanz	80 Anrufe in 40 Praxen	Hauptsächl. In Konstanz. Einige Praxen in Villingen-Schwenningen, Überlingen, Singen und Markdorf	Gesetzlich: 108 Tage Privat: 3 Tage (Hautarzt in Konstanz)
Stuttgart	140 Anrufe in 70 Praxen	50 Praxen in Stuttgart. Rest in Ludwigsburg, Esslingen und Sindelfingen	Gesetzlich: 108 Tage Privat: 1 Tage (Kardiologe in Esslingen)

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 im Durchschnitt das 2,5fache Honorar. 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 für 25% der Einnahmen in den Praxen.

Beamtinnen und Beamte, Selbstständige und Angestellte mit hohem Einkommen sind häufig privat krankenversichert, die Tarife sind risikobezogen kalkuliert und führen so zu vergleichsweise niedrigen Einstiegsbeiträgen, die mit zunehmendem Alter ansteigen. Beamte erhalten durch ihren Dienstherrn eine Beihilfe zu den Krankheitskosten und müssen nur den damit nicht abgedeckten Teil privat versichern. In der privaten Krankenversicherung (PKV) sind die Beiträge in den 15 Jahren von 2000 bis 2014 im Schnitt um 3,8 Prozent pro Jahr gestiegen. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nahm im selben Zeitraum jährlich um 2,5 Prozent zu. Eine Ursache hierfür besteht darin, dass die PKV relativ gesehen höhere Kosten für die Versorgung ihrer Versicherten aufbringen muss. So gilt in der PKV die bevorzugte Behandlung ihrer Versicherten als Markenkern.

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 bliebe 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 Oktober durchgeführt, also am Anfang des Quartals. Als PrivatpatientIn bekam man in der Regel zügig einen Termin – als KassenpatientIn deutlich später, aber meistens noch im gleichen Quartal bis Ende Dezember. 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 hat zu zittern. Andere fingierte Fälle waren Sehprobleme beim Augenarzt, und Kniebeschwerden, die mittels MRT eingegrenzt werden sollten – also alles Beschwerdebilder, die das Wohlbefinden beeinträchtigt haben. 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 Privatpatienten 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 Privatpatienten bevorzugen. Gleichwohl entstehen dadurch Probleme für die zukünftige medizinische Versorgung. So können Ärzte in ländlichen Regionen und in sozial benachteiligten Stadtteilen ihr Honorar nicht nennenswert durch Privatversicherte aufbessern, eine Niederlassung in diesen Gebieten ist deshalb für junge Mediziner wenig attraktiv. Geändert werden müssen daher die ökonomischen Anreize – fallen die Vergütungsunterschiede weg, werden auch die Wartezeitenunterschiede entfallen.

3. Was macht die Bundesregierung?

In der letzten Legislaturperiode hat die Bundesregierung im Ende 2011 beschlossenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz die bereits bestehende Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen betont, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags auch eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung auch für Kassenpatienten sicherzustellen. Gemäß Paragraph 75 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist daher jeweils auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen in den Gesamtverträgen zu regeln, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. Diese Regelung hatte aber keine Konsequenzen für die Wartezeiten vor Ort, wie unsere Studie zeigt.

Die aktuelle Bundesregierung schreibt im sogenannten Versorgungsstärkungsgesetz den kassenärztlichen Vereinigungen die Einrichtung von Terminservicestellen vor. Bei Überweisung an einen Facharzt sollen sich die Patientinnen und Patienten 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 Terminservicestelle ein Termin zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten. Diese Terminstellen sollen bis zum 23. Januar 2016 ihre Arbeit aufnehmen.

Die Erhebung zeigt, dass die Wartezeiten im Durchschnitt schon heute unterhalb von vier Wochen liegen. Insofern können die Terminservicestellen allenfalls die extremsten Wartezeiten verhindern helfen (von denen es immer weniger gibt). Das Hauptproblem sind aber ganz offensichtlich die großen Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Hieran wird sich durch die Terminservicestellen nichts Wesentliches ändern.

4. Was wollen die Grünen?

Bündnis 90/Die GRÜNEN wollen das Ausgangsproblem grundsätzlicher lösen und mit der Bürgerversicherung für die gesetzlichen wie privaten Versicherer die gleichen solidarischen Rahmenbedingungen schaffen. In den Solidarausgleich werden dann alle Menschen einbezogen, ganz gleich ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert sind. Auch Beamtinnen/Beamte, Selbstständige und Angestellte mit hohem Einkommen zahlen dann einkommensabhängige Beiträge entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – ohne Gesundheitsprüfung und ohne Risikozuschlag. Einbezogen werden alle Einkunftsarten – neben Einkommen aus abhängiger Beschäftigung also auch Vermögenseinkommen,

Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Gewinne.

Einer der Schritte auf dem Weg zur Bürgerversicherung ist eine gemeinsame Honorarordnung für Ärzte/Ärztinnen - für gleiche Leistung wird es dann gleiches Geld geben, ganz gleich welcher Versicherer das Honorar zahlt. Die heutigen getrennten Honorartöpfe werden zusammengeführt. Das nimmt die Anreize zur Bevorzugung bestimmter Gruppen. Die Bürgerversicherung ist keine Einheitsversicherung, denn verschiedene Krankenversicherer konkurrieren innerhalb des gleichen Rechtsrahmens miteinander. Dies stärkt den Wettbewerb für mehr Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit.