

# Plüsch oder Holz?

Gibt es eine  
Zweiklassenmedizin in  
Deutschland?

Christoph Kranich



Andreas Crusius,  
Ärztammerpräsident  
Mecklenburg-Vorpommerns,  
im Januar 2003 bei einer  
Kundgebung des „Bündnis  
Gesundheit“ in Rostock

Das Wort „Zweiklassenmedizin“ wird ziemlich häufig benutzt – Google findet fast 7000 Einträge, ebenso viele wie unter „Zweiklassengesellschaft“. Jeder benutzt es für seine Zwecke: Ärzteverbände warnen vor schlechter Versorgung von Kassenpatienten, Linke befürchten Entsolidarisierung, Krankenkassen Entmachtung – und nicht wenige Patienten haben Angst, bald vielleicht sogar in der dritten Klasse Platz nehmen zu müssen.

## Zweiklassenmedizin – warum eigentlich nicht?

Was macht dieser großen Koalition von Meinungsführern eine Aufteilung der Gesundheitsversorgung in Klassen oder Schichten so suspekt? War es nicht in unserer Gesellschaft schon immer ganz normal, dass es mehrere Klassen gibt? Schon das Schulsystem ist „dreiklassig“: die Hauptschule für die breite Masse der einfachen Leute; das Gymnasium für die zukünftige Intelligenz- und Machtelite; und dazwischen die mittlere Klasse der Anwender, Techniker und Praktiker. So sind dann auch die Lebenswege ihrer Absolventen in Klassen geschieden. Selten werden Hauptschüler zu Topmanagern (umgekehrt schon eher, Akademiker bleiben häufig Taxifahrer – aber ist das nicht nur eine Folge zu weitgehender Öffnung der Grenzen zwischen den Klassen durch sozialistische Reformen?). Auch die Bahn fährt noch mehrklassig, wenn auch nicht mehr wie

im vorvorigen Jahrhundert vierfach gestuft von Plüsch- bis Holzklasse. Und auch im Flugzeug ist noch ein Vorhang zwischen Business- und Economy-Class. Also, warum soll es im Gesundheitswesen anders sein? Warum soll es nicht einfachste Standardversorgung für die ärmere Hälfte der Bevölkerung, gute Vollversorgung für das mittlere Drittel und Luxusmedizin für die ohnehin nur wenigen Reichen geben? Es wäre nichts Besonderes, unsere Gesellschaft ist durchgängig so aufgebaut. Und wenn die unterste Klasse das Lebensnotwendigste bietet, müsste niemand deshalb sterben.

### Krankheit ist unverschuldet

Der Grund ist ganz einfach: Weil wir im Gesundheitswesen immer noch davon ausgehen, dass Krankheit in aller Regel unverschuldet ist. Dass Krankheit uns in Notlagen bringen kann, die wir weder vorhersehen noch durch familiäre Unterstützung ausreichend auffangen

können. Anders als fast allen anderen Lebensrisiken haftet der Krankheit etwas Schicksalhaftes an. Das ihrer Heilung oder Linderung dienende Gesundheitswesen bekommt dadurch zwangsläufig den Charakter des mitmenschlichen Helfens und der selbstlosen Nächstenliebe. Dient nicht der medizinisch-chemisch-technisch-industrielle Komplex vor allem der Reduktion unserer Hilflosigkeit gegenüber kaum beeinflussbaren Schicksalsmächten? Weil wir Krankheit und Sterben nicht vermeiden können, weder durch Intelligenz noch durch unserer Hände Arbeit oder durch noch so viel Fleiß. Allenfalls können wir sie hinauszögern, etwa durch gesunde Lebensumstände und einen vernünftigen Umgang mit uns selbst und der Welt.

Aus diesem Grunde ist das Gesundheitswesen das letzte Refugium eines urkommunistischen Prinzips: Jeder trägt bei, so viel er kann, und jeder nimmt

heraus, so viel er braucht. „In keinem anderen Teil des Sozialstaats ist das Streben nach einer klassenlosen Gesellschaft so ausgeprägt – und nirgends sind die Deutschen ihr so nahe gekommen wie in der Arztpraxis“, schreibt Elisabeth Niejahr in der ZEIT 3/2003. Die Entkoppelung von Input und Output, von Leistungsvermögen und Bedarf, ist nur hier (noch) in relativer Reinkultur verwirklicht. Jedenfalls in großen Teilen. Denn der Zahn der Zerstörung nagt längst daran. Die Existenz einer privaten Krankenversicherung ist vielleicht die schlimmste Bedrohung: Sie sorgt dafür, dass die Reichsten an diesem Prinzip der Umverteilung nicht teilnehmen. Sie haben eigene Systeme, die ihnen eine bevorzugte Behandlung sichern und in jungen Jahren auch günstigere Beiträge. Aber wenn sich gerade die Leistungsfähigsten aus dem allgemeinen Solidarsystem, für das die gesetzliche Krankenversicherung steht, herauschleichen können, wodurch sollen dann die Ärmern zur Solidarität untereinander motiviert werden?

„Wie solidarisch ist ein System, in dem nur die Besserverdienenden, deren Gehalt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, jederzeit in eine preiswertere Privatversicherung wechseln dürfen? Wie fair ist eine Umverteilungsmaschine, die Beamte als Privatversicherte generell außen vor lässt?“, fragt Niejahr.

## Risiken erster Klasse

Es ist schon eine ganz real existierende Form der Zwei- oder gar Dreiklassenmedizin: Die erste Klasse bilden die Privatversicherten, die zweite die Masse der Mitglieder von Krankenkassen. Die dritte Klasse der völlig Unversicherten ist so klein, dass niemand von ihr redet – leider. Denn an ihnen wird oft deutlich, wie riskant auch die erste Klasse sein kann. Beispiel? Ein ganz normaler, gar nicht so seltener Fall.

Frau B. lebt seit mehr als 20 Jahren mit ihrem inzwischen 70-jährigen Lebenspartner zusammen, der früher als selbständiger Gärtner gearbeitet hat. Er hatte sich in der Blütezeit seiner Schaffenskraft entschieden, von der gesetzlichen Krankenkasse in eine private Krankenversicherung zu wechseln. Aber als er

Mitte der 80er Jahre arbeitslos wurde, konnte er die Prämien nicht mehr bezahlen – die sich in der privaten Krankenversicherung, anders als in der gesetzlichen, nicht nach dem Einkommen richten, sondern nach Alter und Risiko – und kündigte seinen Versicherungsvertrag. Jetzt ist er selber für seine Krankheitskosten verantwortlich, und wenn seine kleine Rente nicht reicht, muss er das Sozialamt um Hilfe bitten. Aber auch für seine Partnerin wird es nicht leichter. Nachdem das Paar so lange zusammen ist, haben die beiden geheiratet – und von da an ist Frau B. nicht mehr aus freien Stücken für ihren Mann verantwortlich, wie bisher, sondern ihre Rente wird in jedem Fall für Unterhalt und Krankheitskosten ihres Mannes herangezogen, sobald der erkrankt und die geringen Ersparnisse der beiden aufgebraucht sind. Herr

B. wird nie mehr von einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung aufgenommen, so dass für das Paar der Weg in die Sozialhilfe mit zunehmendem Krankheitsrisiko des

Mannes unausweichlich ist.

Man kann das „Jammern auf hohem Niveau“ nennen. Vielen geht es noch schlechter. Aber ist es nicht nachvollziehbar, dass Menschen, die ihr Leben lang einigermaßen über die Runden kamen und vor Armut geschützt waren, nicht ausgerechnet im Krankheitsfall im Stich gelassen werden wollen? Wer dagegen immer arm war, hat sich – bitter genug – meist damit abgefunden, auch bei Alter und Krankheit keine größeren Sprünge machen zu können. Einen ähnlichen Gedanken muss übrigens Norbert Blüm verfolgt haben, als er die Pflegeversicherung schuf: eine „Teilkasko-Versicherung“, die dem Mittelstand das unverschuldete Abrutschen in die Sozialhilfe ersparen sollte. Für das arme Drittel der Bevölkerung dagegen hat sie alles eher komplizierter gemacht, indem nur ein weiterer Kostenträger eingeführt wurde, bevor dann doch das Sozialamt zahlen muss. So steht auch die Pflegeversicherung im Dienst einer Stabilisierung der Zwei- oder Mehrklassengesellschaft.

## Stärkung klassenloser Elemente

Es wäre vermessen, vom Gesundheits-

wesen die Überwindung der Klassengesellschaft zu erwarten. Aber wir sollten doch die „klassenlosen Elemente“, die es enthält, nicht aufgeben, sondern eher ausbauen. Beispielsweise durch eine einheitliche Pflichtversicherung aller Bürger statt der Privatisierung weiterer Leistungen wie Zahnbehandlung und Zahnersatz; durch mehr Transparenz und Mitbestimmung in der individuellen Behandlung für alle Patientinnen und Patienten; durch mehr Unterstützung und Schutz derer, die sich wegen Krankheit und Behinderung am wenigsten selbst helfen, artikulieren oder wehren können. Die Stärkung des Verbraucherschutzes im Gesundheitswesen ist ein wichtiges Element gegen die Klassenmedizin, denn je kränker und ärmer jemand ist, desto weniger kann er als mündiger Kunde und selbstbewusster Bürger auftreten.

Gesundheitlicher Verbraucherschutz erreicht leider, wie viele andere sozialen Angebote auch, mehr die Angehörigen des Mittelstandes als diejenigen, die ihn besonders nötig bräuchten. Das kann gar nicht anders sein. Denn um die Angehörigen der unteren Schichten zu erreichen, ist neben neuen Methoden auch sehr viel mehr Geld und personelle Power nötig. Da reichen die wenigen Patientenstellen, Verbraucherzentralen und die seit zwei Jahren entstandenen kassenfinanzierten Modell-Patienteninformationsstellen längst nicht aus. Gegen eine Klassenmedizin helfen auch keine Appelle an die Eigenverantwortung – es ist Heuchelei, wenn Anreize zu gesundem und verantwortlich gestaltetem Leben nur aus dem Gesundheitswesen kommen und zudem nur in finanzieller Selbstbeteiligung bestehen. Im Gesundheitswesen zeigen sich nur die (Neben-)Wirkungen einer Gesellschaftsordnung, die den Abstand zwischen Reichen und Armen, Erfolgreichen und Erfolglosen, Winnern und Losern immer mehr vergrößert. Diese Tendenz sollte das Gesundheitswesen nicht verstärken, sondern wenigstens ein bisschen gegensteuern.

AUTOR

Christoph Kranich

geb. 1954, leitet die Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucher-Zentrale Hamburg.