



Donnerstag, 26. Februar 2026, 17:00 Uhr
~7 Minuten Lesezeit

Gesundheit als Luxus-Option

Zusatzleistungen schaffen eine Zwei-Klassen-Medizin und untergraben das Vertrauen zwischen Arzt und Patient.

von Günther Burbach
Foto: THICHA SATAPITANON/Shutterstock.com

Es beginnt nicht mit Zwang. Es beginnt mit einem Angebot. Freundlich formuliert, medizinisch

eingerahmt, scheinbar vernünftig: „Man könnte noch ...“, „Wir empfehlen zusätzlich ...“, „Das übernimmt die Kasse leider nicht“. In diesen Sätzen steckt die stille Umprogrammierung eines Systems, das sich offiziell noch solidarisch nennt, in der Praxis aber längst anders funktioniert. Nicht offen, nicht brutal, sondern leise und wirksam.

Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht kollabiert. Es wurde umgebaut. Und dieser Umbau folgt keinem Zufall, sondern einer Logik: Leistungen werden formal vorgehalten, aber real ausgehöhlt. Was medizinisch sinnvoll sein kann, wird finanziell ausgelagert. Wer Sicherheit will, soll sie bezahlen. Wer nicht zahlen kann, bekommt das Minimum – korrekt, regelkonform, aber spürbar reduziert.

Dabei geht es längst nicht mehr um Luxusmedizin. Es geht um Vorsorge, um Diagnostik, um Begleitung chronischer Erkrankungen. Um genau jene Bereiche, in denen Zeit, Aufmerksamkeit und Genauigkeit entscheidend sind. Genau dort, wo Pauschalen zu niedrig, Budgets zu eng und Abrechnungsvorgaben zu starr sind. Das System signalisiert: Für Standard reicht es, für alles andere brauchst du Geld.

Der entscheidende Trick liegt darin, dass niemand gezwungen wird. Es gibt keine Rechnungspflicht, keinen formalen Ausschluss. Alles bleibt freiwillig. Doch diese Freiwilligkeit ist eine Fiktion. Denn sie trifft Menschen nicht in neutraler Lage, sondern in Momenten der Unsicherheit.

Krankheit ist kein Markt, in dem man rational vergleicht. Krankheit ist ein Zustand der Abhängigkeit. Wer krank ist, verhandelt nicht auf

Augenhöhe.

So entsteht ein Klima, in dem Ablehnung zur Belastung wird. Wer Zusatzleistungen nicht in Anspruch nimmt, muss sich erklären, zumindest innerlich. Man spart an der falschen Stelle, heißt es. Man riskiert etwas. Man ist nicht kooperativ. Diese Botschaften werden selten ausgesprochen, aber sie wirken. Sie disziplinieren. Und sie verwandeln Patienten in Kosten-Nutzen-Rechner in eigener Sache.

Das System profitiert doppelt. Erstens finanziell: Zusatzleistungen fangen Defizite ab, die politisch nicht ausgeglichen werden. Zweitens politisch: Verantwortung wird individualisiert. Nicht mehr das System entscheidet über den Umfang der Versorgung, sondern der Einzelne. Wer zahlt, bekommt mehr. Wer nicht zahlt, hat sich eben entschieden. So wird Ungleichheit als Wahlfreiheit getarnt.

Diese Verschiebung hat Folgen für das Arzt-Patienten-Verhältnis. Vertrauen wird ersetzt durch Kalkulation.

Jede Empfehlung trägt einen ökonomischen Schatten. Patienten fragen sich, ob ein Vorschlag medizinisch notwendig oder finanziell attraktiv ist. Ärzte geraten in Rechtfertigungszwang, nicht weil sie falsch handeln, sondern weil das System sie in diese Rolle zwingt. Am Ende verlieren beide.

Besonders perfide ist, dass diese Entwicklung sozial selektiv wirkt, ohne offen diskriminierend zu sein. Niemand wird ausgeschlossen, niemand abgewiesen. Aber wer wenig Geld hat, verzichtet häufiger — aus Notwendigkeit. Damit verlagert sich das Gesundheitsrisiko schleichend entlang der Einkommensgrenzen. Früherkennung, engmaschige Betreuung, zusätzliche Diagnostik, all das sammelt sich dort, wo Zahlungsfähigkeit vorhanden ist.

Politisch wird diese Entwicklung hingenommen, weil sie bequem ist.

Sie spart öffentliche Mittel, ohne offene Konflikte zu erzeugen. Sie verschiebt Kosten, ohne Gesetze zu ändern. Und sie erzeugt keine Schlagzeilen, weil sie im Alltag stattfindet, im Behandlungszimmer, nicht im Parlament. Die Politik kann so weiterhin vom solidarischen System sprechen, während dessen Kern längst erodiert. Was hier entsteht, ist kein Zweiklassensystem im klassischen Sinn. Es ist subtiler, es ist ein System mit Grundversorgung plus Aufpreislogik. Ein System, das Sicherheit staffelt. Ein System, das Krankheit nicht mehr nur behandelt, sondern monetarisiert. Nicht durch offene Privatisierung, sondern durch kalkulierte Unterfinanzierung.

Der Patient wird dabei nicht Kunde, sondern Mitfinanzierer, und zwar nicht freiwillig, sondern unter implizitem Druck. Er trägt ein System mit, das ihm vorgaukelt, er habe die Wahl, während es ihm in Wahrheit Alternativen entzieht. Das ist keine Verschwörung, sondern eine Struktur. Und genau deshalb so schwer zu bekämpfen. Dieser Umbau bleibt nicht folgenlos. Er verändert, wie Menschen über Gesundheit denken. Vorsorge wird zum Produkt. Sicherheit zur Option. Vertrauen zur Verhandlungsmasse. Und Solidarität zu einem Begriff, der zwar noch verwendet wird, aber immer weniger trägt.

Die politische Konstruktion der Ungleichheit — warum dieses System so perfekt funktioniert

Der Umbau des Gesundheitssystems hin zu einer Versorgung nach Zahlungsfähigkeit ist kein Versehen. Er ist das Resultat politischer Entscheidungen, die sich gegenseitig absichern. Nicht durch offene Gesetze, sondern durch Unterlassung, durch Nichtanpassen, Nichtnachjustieren, Nichtkorrigieren. Genau das macht dieses System so widerstandsfähig gegen Kritik.

Der Kern liegt im Abrechnungssystem. Die gesetzliche Krankenversicherung funktioniert über Pauschalen, Budgets und Leistungsbegrenzungen. Diese Instrumente sind nicht neu. Neu ist, dass sie über Jahre hinweg nicht an die reale Versorgungsdichte, an den medizinischen Fortschritt und an die demografische Entwicklung angepasst wurden.

Das System weiß, dass es zu knapp kalkuliert ist, und lebt genau davon. Denn Unterfinanzierung erzeugt Verhaltensänderung. Wenn Zeit nicht bezahlt wird, wird Zeit knapp. Wenn Vorsorge schlecht vergütet ist, wird sie ausgelagert.

Wenn Gespräche, Prävention und Begleitung ökonomisch unattraktiv sind, werden sie in Zusatzangebote überführt. Das ist kein individuelles Fehlverhalten, sondern eine mathematische Konsequenz. Wer Praxen ökonomisch in die Enge treibt, zwingt sie zur Quersubventionierung.

Politisch ist diese Konstruktion ideal. Sie erlaubt es, das Solidarprinzip rhetorisch aufrechtzuerhalten, während es faktisch ausgehöhlt wird. Der Staat muss keine unpopulären Entscheidungen treffen, keine Beitragssätze offen erhöhen, keine Steuerzuschüsse massiv ausweiten. Stattdessen wird ein paralleler Markt toleriert, der das System stabilisiert, auf Kosten derjenigen, die ihn nicht bedienen können.

Die Krankenkassen spielen dabei eine zentrale Rolle. Sie profitieren von klaren Leistungsbegrenzungen, von standardisierten Katalogen, von der Trennung zwischen „notwendig“ und „wünschenswert“. Diese Trennung ist politisch definiert, nicht medizinisch neutral. Was heute als Zusatzleistung gilt, kann morgen Regelleistung sein oder umgekehrt. Es ist eine Frage der Prioritäten, nicht der Wissenschaft. Dass diese Prioritäten kaum öffentlich diskutiert werden, ist kein Zufall. Zusatzleistungen individualisieren

Verantwortung. Sie verschieben den Konflikt aus der politischen Arena in das Behandlungszimmer. Nicht mehr die Frage „Was schuldet das System den Versicherten?“ steht im Raum, sondern „Warum haben Sie diese Leistung nicht gewählt?“. Damit wird soziale Ungleichheit psychologisch privatisiert.

Besonders wirksam ist dieses Modell, weil es mit Scham arbeitet. Niemand geht gern öffentlich damit um, medizinische Empfehlungen aus Kostengründen abzulehnen.

Krankheit gilt noch immer als privates Thema. Genau das schützt das System vor Widerstand. Es gibt keine Demonstrationen gegen Zusatzleistungen, keine großen Kampagnen, keine lauten Proteste. Jeder kämpft für sich und schweigt.

Hinzu kommt die strukturelle Abhängigkeit der Patienten. Medizinisches Wissen ist asymmetrisch verteilt. Wer krank ist, kann nicht frei entscheiden wie ein Konsument. Er vertraut, oder er zweifelt und trägt das Risiko selbst. In beiden Fällen bleibt das System unangetastet. Selbst Kritik verhallt, weil sie individuell bleibt. Beschwerden landen bei Praxen, nicht bei politischen Entscheidungsträgern.

Das System funktioniert auch deshalb so gut, weil es moralisch aufgeladen ist. Wer Zusatzleistungen nutzt, handelt vermeintlich verantwortungsvoll. Wer sie ablehnt, riskiert etwas, zumindest in der Wahrnehmung. Diese moralische Codierung ersetzt politische Debatte. Sie macht aus struktureller Unterversorgung eine Frage der persönlichen Haltung.

Auffällig ist zudem die Rolle der Digitalisierung. Sie wird als Effizienzgewinn verkauft, dient aber oft als weiterer Filter. Online-Terminvergabe, Zusatzportale, Selbstzahler-Abrechnungstools, all das beschleunigt Abläufe für zahlungsbereite Patienten und

verlangsamt sie für andere. Auch hier gibt es keinen Ausschluss, nur Priorisierung. Kein Verbot, nur Komfort. Ungleichheit wird technisch normalisiert.

Warum greift die Politik nicht ein? Weil ein Eingriff teuer wäre. Eine echte Stärkung der Regelversorgung würde bedeuten, Geld in die Hand zu nehmen. Viel Geld. Sie würde bedeuten, Abrechnungssysteme zu reformieren, Budgets zu lockern, Prävention höher zu bewerten. Vor allem aber würde sie bedeuten, offen zu sagen: Das bisherige Modell reicht nicht mehr aus.

Diese Ehrlichkeit fehlt. Stattdessen setzt man auf Durchhalten. Auf Anpassung nach unten. Auf die stille Hoffnung, dass sich die Menschen arrangieren. Und das tun sie, notgedrungen.

Solange Zusatzleistungen „nur“ 30, 40 oder 50 Euro kosten, solange sie nicht verpflichtend sind, bleibt der Widerstand gering. Doch genau hier liegt der langfristige Schaden. Denn dieses System produziert Misstrauen. Es beschädigt das Fundament medizinischer Versorgung: das Vertrauen darauf, dass Empfehlungen dem Patienten dienen und nicht der Kalkulation. Es spaltet nicht nur nach Einkommen, sondern nach Gefühl. Wer zahlen kann, fühlt sich sicherer. Wer nicht zahlen kann, fühlt sich schlechter versorgt, selbst dann, wenn die medizinische Grundversorgung formal korrekt ist.

Am Ende steht ein System, das sich selbst stabilisiert, indem es Ungleichheit verteilt und Verantwortung verschiebt. Es ist leise, effizient und politisch bequem. Und genau deshalb gefährlich. Denn es verändert schleichend, was Gesundheit in einer solidarischen Gesellschaft bedeutet. Nicht mehr ein gemeinsames Versprechen, sondern ein Grundpaket mit Aufpreisliste. Nicht mehr Sicherheit als Recht, sondern als Option. Nicht mehr Solidarität als Prinzip, sondern als Marketingbegriff.

Solange diese Architektur nicht offen benannt wird, wird sich nichts ändern. Das System wird weiterlaufen, weil es funktioniert, ökonomisch, politisch und psychologisch. Die Frage ist nicht, ob es gerecht ist. Die Frage ist nur, wie lange sich eine Gesellschaft leisten kann, Gesundheit nach Kassenlage zu organisieren, ohne ihren inneren Zusammenhalt zu verlieren.



Günther Burbach, Jahrgang 1963, ist Informatikkaufmann, Publizist und Buchautor. Nach einer eigenen Kolumne in einer Wochenzeitung arbeitete er in der Redaktion der Funke Mediengruppe. Er veröffentlichte vier Bücher mit Schwerpunkt auf Künstlicher Intelligenz sowie deutscher Innen- und Außenpolitik. In seinen Texten verbindet er technisches Verständnis mit gesellschaftspolitischem Blick — immer mit dem Ziel, Debatten anzustoßen und den Blick für das Wesentliche zu schärfen.