

Leseprobe aus:

Karl Lauterbach

Gesund im kranken System



Mehr Informationen zum Buch finden Sie auf rowohlt.de.

INHALT

VORWORT 7

**1. DIAGNOSE:
KRANKHEITEN DES DEUTSCHEN GESUNDHEITS-
WESENS 11**

**2. PRÄVENTION STATT BEHANDLUNG:
GESUND BLEIBEN IM KRANKEN SYSTEM 45**

**3. ERNSTFALL KRANKHEIT:
DER UMGANG MIT ÄRZTEN, KRANKENHÄUSERN
UND MEDIKAMENTEN 99**

**4. THERAPIEVORSCHLÄGE:
WIE UNSER GESUNDHEITSSYSTEM VERBESSERT
WERDEN KANN 159**

ANMERKUNGEN 201

VORWORT

Die Idee zu diesem Buch kam mir während einer Bürgersprechstunde im Wahlkreis. Jeden Tag werde ich mit Schicksalen von Menschen konfrontiert, die mit Krankheiten kämpfen und sich im deutschen Gesundheitssystem nicht zurechtfinden. Sie verstehen nicht, warum sie krank geworden sind, warum ihnen nicht geholfen werden kann und warum das deutsche Gesundheitssystem sie im Stich zu lassen scheint. Sie suchen einen guten Arzt, eine gute Klinik oder eine Krankenkasse, die die Kosten für ihre Medikamente oder Behandlungen übernimmt. Viele dieser Probleme könnte es auch in jedem anderen Gesundheitssystem geben. Aber genauso viele gehen auf spezielle Schwächen des deutschen Systems zurück. Das ist für die Betroffenen besonders tragisch, denn sie müssen an zwei Fronten gleichzeitig kämpfen: mit der eigenen Krankheit und mit den Krankheiten des Systems.

Ein Beispiel: Während ich diese Zeilen schreibe, beschäftigt mich der Fall eines überaus begabten jungen Juristen, der eine großartige Karriere vor sich hat. Er leidet an Multipler Sklerose. Da er privat versichert ist, bekommt er Medikamente, die keine gesetzliche Krankenkasse bezahlt, die ihm aber helfen: Bei der Multiplen Sklerose gibt es viele experimentelle Behandlungen, die bei einigen Patienten wirken, bei anderen nicht; die gesetzlichen Kassen dürfen die Kosten grundsätzlich nicht übernehmen – es sei denn, die Behandlung erfolgt im Rahmen von speziellen klinischen Studien. Daran aber können gesetzlich Versicherte in der

Regel nur dann teilnehmen, wenn die Krankheit bereits weit fortgeschritten ist. Denn sie dürfen – im Gegensatz zu Privatpatienten – in der Klinik nur stationär, nicht ambulant behandelt werden.

Unser Jurist muss in Kürze seine private Krankenversicherung verlassen, weil er angestellt sein wird. Er verdient nicht genug, um privat versichert zu bleiben. Damit wird er nicht nur den Arzt der Universitätsklinik verlieren, der ihn bislang behandelt hat, sondern auch auf seine Medikamente verzichten müssen. Er hätte in Zukunft nur dann eine Chance, sie zu bekommen, wenn er ins Krankenhaus eingewiesen werden muss: Sein Gesundheitszustand müsste sich also dramatisch verschlechtern, damit er eine Behandlung erhält, die ihm bislang hilft, gesund zu bleiben. Die Krankenkasse wird dann nicht nur die Kosten für die Medikamente tragen müssen, sondern auch noch für den Klinikaufenthalt – so funktioniert das kranke System.

Selbst wenn er bald so viel verdienen wird, dass er sich wieder privat versichern könnte, wird ihm das nicht viel helfen, denn als Multiple-Sklerose-Patient wird ihn keine private Krankenversicherung wieder aufnehmen. Als Privatpatient war er ein Gewinner des kranken Systems; bald wird er zu dessen Verlierern zählen.

Jeden Tag, wie gesagt, begegnen mir neue Fälle. Doch statt sie im Einzelnen zu schildern, werde ich in diesem Buch zunächst die Krankheiten des Systems beschreiben. Im zweiten Kapitel soll der Leser erfahren, wie er durch Vorbeugung den wichtigsten Erkrankungen entgegenwirken kann – immerhin werden mehr als acht von zehn Lesern zu irgendeinem Zeitpunkt von ihnen betroffen sein. Dabei konzentriere ich mich auf das, was wirklich wichtig und wissenschaftlich besonders gut abgesichert ist. Die Maßnahmen der Vorbeugung, die dort empfohlen werden, sind alle ohne Einschränkung der Lebensqualität oder besondere Anstrengungen umzusetzen.

Im dritten Kapitel geht es darum, wie man gute Ärzte und Kliniken findet. Für ausgewählte Krankheiten werden Kliniken genannt, die diese Krankheiten in den wichtigsten deutschen Ballungsgebieten besonders oft versorgen. Und man erfährt, worauf man noch achten muss, um ihre Qualität beurteilen zu können. Weil es gerade in der Krebsbehandlung in Deutschland so große Defizite gibt, wird am Ende des dritten Kapitels vor den häufigsten Fehlern gewarnt, die ein Patient machen kann, der sich einer solchen Behandlung unterziehen muss. Im letzten Kapitel schließlich soll es um Therapievorschläge gehen: Wie können die Krankheiten des Systems geheilt werden? Und welche politischen Maßnahmen müssen wir ergreifen, damit unser Gesundheitssystem zur internationalen Spitzenklasse aufschließt?

Dieses Buch hätte nicht geschrieben werden können ohne die Mitarbeiter meines Institutes in der Kölner Universitätsklinik, insbesondere Dr. Markus Lungen, Dr. Stephanie Stock, Dr. Andreas Gerber, Dr. Thomas Rath und Daniele Civello. Das Gleiche gilt für Olaf Rotthaus, meinen Büroleiter in Berlin, der mir zudem eine unersetzliche Hilfe ist, um die wachsende Zahl der Anfragen von Bürgern aus ganz Deutschland zu bewältigen. Schließlich sei betont, dass im Buch kein Argument vorkommt, das ich nicht in vielen Diskussionen vorab mit Ulrike Winkelmann besprochen hätte, sodass ich meinen Beitrag von dem ihren kaum noch unterscheiden kann. Der Rowohlt • Berlin Verlag hat mir wie schon bei meinem letzten Buch jene kompetente und motivierende Unterstützung gegeben, die solche Bücher erst möglich macht. Hier gilt mein besonderer Dank Jens Dehning und Bernd Klöckener. In meiner Partei danke ich erneut Eva Lux, Karl-Heinz Frebel und Norbert Fuchs, die im Wahlkreis die Arbeit mit den Bürgern organisieren.

1. DIAGNOSE: KRANKHEITEN DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS

Das deutsche Gesundheitssystem gilt in der öffentlichen Meinung als eines der besten der Welt. Es ist bekannt für seine lange Tradition und die legendäre Solidarität zwischen den Versicherten, die ihm zugrunde liegt. Anerkennend spricht man vom Bismarck'schen System. Besonders gelobt wird der Umstand, dass es sich um eine Sozialversicherung handle, die vom Staat unabhängig sei und dennoch nicht allein den Marktgesetzen folge – ein «dritter Weg» sozusagen: Weder die Rationierungen der Staatsmedizin noch die Zweiklassenmedizin von reinen Marktsystemen müssten die Deutschen ertragen.

Jeder kennt die Berichte von langen Wartelisten in den skandinavischen Ländern und in Großbritannien. Wenn der Staat der einzige Anbieter von Krankenhausbetten oder Arztsitzen ist, kann dies dazu führen, dass das Angebot so knapp wie möglich gehalten wird, um die Kosten zu begrenzen. Schließlich muss der Steuerzahler die Behandlung finanzieren, und jede Steuererhöhung kostet Wählerstimmen. In Staatssystemen gibt es oft zu wenig Auswahl an Krankenhäusern und Ärzten. In Großbritannien wurde den Patienten lange Zeit der Hausarzt nach ihrem Wohnsitz zugewiesen; ohne seine Überweisung konnte man keinen Facharzt und keine Klinik aufsuchen, bekam keine Medikamente. Auch auf die Wahl des Krankenhauses hatte man

kaum Einfluss, wenn nach langer Wartezeit endlich ein Bett zur Verfügung stand. Hatte der Patient, nicht selten zu Recht, das Gefühl, in einer schlechten Klinik gelandet zu sein, gab es keine Alternative – es sei denn, er wählte eine völlig unabhängige private Versorgung, die er dann in der Regel vollständig bezahlen musste.

Heute ist das britische Gesundheitssystem etwas flexibler, sodass man sich seinen Hausarzt oder die Klinik zumindest bedingt aussuchen kann. Aber wie in den skandinavischen Ländern sind Wartelisten immer noch üblich. So warteten 2005 in Großbritannien 41 Prozent der Patienten und in Kanada etwa jeder Dritte länger als vier Monate auf einen planbaren chirurgischen Eingriff.¹ In derselben Befragung gaben in Deutschland nur sechs Prozent der Patienten an, dass sie mehr als vier Monate auf eine planbare Operation warten mussten, der niedrigste Anteil aller befragten Länder.²

In reinen Marktssystemen wiederum, etwa in den USA oder in Dubai, regeln Angebot und Nachfrage den Preis und die Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen. Es gibt zwar für fast jede Krankheit genug (und häufig mehr als genug) Angebote, aber für viele Betroffene sind sie unerschwinglich. Außerdem hängt die Qualität der Behandlung stark davon ab, wie viel der Patient, also der Kunde, bezahlen kann oder will – ein unerträglicher Umstand. Wer weniger Geld hat, muss länger auf eine Operation oder Untersuchung warten, während wohlhabendere Patienten sofort einen Termin bekommen. Oft wird ihnen sogar mehr Medizin angeboten, als gut für sie wäre.

Dabei spielt eine große Rolle, dass man in den Vereinigten Staaten für Arzneimittel und für Krankenhäuser oder Ärzte direkt werben kann. Bluttests auf Prostatakrebs werden in Supermärkten angeboten, ebenso Medikamente, für die man in Deutschland ein Rezept braucht. Kein Fernsehabend vergeht,

ohne dass einzelne Ärzte, Kliniken oder Pharmaunternehmen ihre Dienste anpreisen; spätestens nach dem zweiten Werbespot fühlt sich jeder über 50-Jährige krank. Nach drei Werbeblöcken fragt man sich, ob man das Ende des Spielfilms noch erleben wird.

Jedes Angebot, das genug Nachfrage findet, geht in den USA auf den Markt, und wenn die Nachfrage nicht reicht, muss sie künstlich erzeugt werden. Daher erfinden amerikanische Pharmaunternehmen regelmäßig neue Krankheiten für Wirkstoffe, die sie selbst entwickelt haben. Oder sie dramatisieren die Folgen existierender Krankheiten, um ihre neuen Produkte in den Markt zu drücken. Etwa das Syndrom der unruhigen Beine, für dessen Behandlung ein Psychopharmakon eingesetzt wird, oder die überaktive Blase oder die krankhafte chronische Müdigkeit. Allein die volkswirtschaftlichen Kosten zur Behandlung der überaktiven Blase werden in den USA für das Jahr 2000 auf 12 Milliarden US-Dollar geschätzt.³ Ein wesentlicher Teil davon wird von den Patienten selbst getragen.

Kaum ein amerikanischer Mann geht ohne eine Fernsehwarnung vor nachlassender Potenz im Alter zu Bett. Kompensiert er den Verdross mit ein paar Bier, scheint sich auch schon die überaktive Blase zu melden. Am Ende des Werbeblocks folgt ein Spot, in dem Anwälte nach Klienten für Sammelklagen suchen – gegen Hersteller von Medikamenten, die hier noch vor kurzem beworben wurden, deren schädliche Nebenwirkungen aber inzwischen bekannt sind. So sollte Vioxx dem alternden Sportler angeblich helfen, seine müden und verschlissenen Knochen zu bewegen, um Herzkrankheiten vorzubeugen. Etwas später stellte sich heraus, dass das Medikament selbst Herzinfarkte verursacht und der Hersteller dies so lange wie möglich verschwiegen hatte.⁴

Auf diese Weise werden in den USA ständig neue medizinische Märkte geschaffen und zerstört, und niemand hat das

Gefühl, gut versorgt zu sein, obwohl nirgendwo in der Welt mehr für medizinische Leistungen ausgegeben wird. Gleichzeitig verfügen 50 Millionen Amerikaner über gar keinen Versicherungsschutz.⁵ Mit der Rezession verlieren viele Menschen nicht nur ihre Arbeit, sondern zugleich auch ihren Versicherungsschutz, oft für die ganze Familie. Während für denjenigen, der Geld und Versicherungsschutz hat, erst noch Krankheiten erfunden werden, um ihn dann entsprechend ausnehmen zu können, stirbt der Nichtversicherte an Krebs, weil er sich keine wirkungsvolle Therapie dagegen leisten kann.

Ist das deutsche Gesundheitssystem also tatsächlich der goldene Mittelweg zwischen «Staatsmedizin» und «amerikanischen Verhältnissen»? Leider trügt der Schein. Das deutsche Gesundheitssystem ist deutlich schlechter als sein internationaler Ruf. Je mehr man sich mit ihm beschäftigt, desto klarer erkennt man seine Schwächen. So ist es hervorragend aufgestellt, wenn es darum geht, eine relativ triviale Krankheit wie eine akute Bronchitis oder eine leichte Verletzung zu behandeln. Doch je schwerer die Krankheit, desto unwahrscheinlicher ist es, dass sie in Deutschland optimal versorgt würde. Vereinfachend ausgedrückt, ist es in Deutschland noch schlimmer als anderswo, wenn man statt an einer Bronchitis an Lungenkrebs erkrankt.

Wie kommt es dann, dass unser Gesundheitssystem als vorbildlich gilt? Und wieso ist es so viel schlechter als sein Ruf?

Vor allem zwei Argumente hört man immer wieder, wenn die Qualität des deutschen Systems gelobt wird. Das erste sind die hohen Kosten: Was teuer ist, denkt der Bürger, muss auch gut sein. Er glaubt, das deutsche Gesundheitssystem, an dessen sehr hohe Kosten ihn regelmäßig die Fernsehnachrichten und die Gehaltsabrechnung erinnern, müsse deshalb hochwertig sein. Leider ist es bei Gesundheitssystemen ein Irrtum, vom Preis auf

die Qualität zu schließen. Unser Gesundheitssystem ist nach Anteil an den Ausgaben am Bruttonsozialprodukt das viertteuerste von allen OECD-Staaten, und trotzdem belegen wir im WHO-Vergleich nur den fünfundzwanzigsten Platz laut einer Studie, die die Qualität der jeweiligen Gesundheitssysteme im Verhältnis zu den Kosten untersucht.⁶

Wenn zum Beispiel schwere Krankheiten nicht verhindert werden, weil es an Vorbeugung fehlt und es wegen ineffizienter, unzulänglicher Behandlungsmethoden zu Verschwendung kommt, ist das System gleichzeitig teuer und schlecht. Wie sich zeigen wird, gilt das in hohem Maße für das deutsche Gesundheitssystem.

Als ein zweiter Vorteil wird oft angeführt, dass es in Deutschland einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gibt. Davon bleibt bei näherer Betrachtung nicht viel übrig: Zwar konkurrieren, anders als in Staatssystemen, die 215 gesetzlichen Krankenkassen⁷ in Deutschland miteinander, aber faktisch handelt es sich doch um Einheitskassen. Es ist nämlich gesetzlich geregelt, dass alle einen gemeinsamen und einheitlichen Versicherungsschutz anbieten müssen, in dem mehr als 95 Prozent aller Leistungen gleich sind. Etwas anderes gibt es nur für den, der sich privat versichern oder sich eine Zusatzversicherung leisten kann. Der einzige echte Wettbewerb herrscht nicht zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, sondern zwischen ihnen und der privaten Krankenversicherung.

Dieser Wettbewerb bringt den gesetzlich Versicherten oft große Nachteile. Einem Professor oder Chefarzt einer Uniklinik, der den gesetzlich Versicherten nicht behandeln will, weil der im Gegensatz zum Privatpatienten kein zusätzliches Geld bringt, ist es egal, welcher gesetzlichen Kasse jener Patient angehört. Diese bieten alle die gleichen Ärzte, Krankenhäuser und Medikamente an. Keine Kasse hat eine exklusive Liste mit besonders guten

Ärzten, und keine Kasse sagt einem, welches Krankenhaus für welche Operation zu vermeiden und welches zu empfehlen wäre. Es geht beim deutschen Krankenkassenwettbewerb bislang ausschließlich darum, junge und gesunde Mitglieder zu gewinnen und ältere und kranke außen vor zu halten – auch der Gesundheitsfonds wird die Situation nicht entscheidend verbessern, wie im vierten Kapitel beschrieben werden soll.

Die Kassen bieten beispielsweise regelmäßig Leistungen wie Homöopathie an oder Beratung bei Rückenleiden, die durch sitzende Tätigkeit entstehen, während man auf Kurse zum Gelenk- und Rückenschutz für Bauarbeiter oder eine freiwillig angebotene begleitende Psychotherapie für Depressionen nach erfolgreicher Krebsbehandlung verzichtet. Die Krankenkasse will den Büroangestellten, nicht den Bauarbeiter, den Gesunden, nicht den Krebspatienten. Wer sich für Homöopathie interessiert, hat in der Regel studiert und achtet stärker auf seine Gesundheit, ist also ein lukratives Mitglied. In der Fachsprache bringen solche Mitglieder einen «positiven Deckungsbeitrag», das heißt, sie zahlen mehr ein, als sie Kosten erzeugen. Der Krebskranke dagegen sorgt ohnehin bereits für Verluste, und seine Psychotherapie verursacht zusätzliche Kosten, bindet ihn an seine Krankenkasse und verlängert sein Leben mit Krebs. Wissenschaftlich gibt es zwar keine überzeugenden Beweise für die Wirkung der Homöopathie, trotzdem wird sie von vielen Kassen bezahlt.⁸ Gesichert ist dagegen, dass die Lebenserwartung von Krebskranken maßgeblich davon abhängt, ob sie nach der Behandlung an Depressionen leiden oder nicht.

Trotzdem gibt es in Deutschland keine einzige Krankenkasse, die hier mehr anbietet als gesetzlich vorgeschrieben. Würde man das Geld, das für unsinnige Werbeangebote der Krankenkassen in einem kranken Wettbewerb um Junge und Gesunde ausgegeben wird, in die bessere psychotherapeutische Versorgung von

Menschen mit Krebs investieren, wäre das ein phantastischer Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen.⁹

Die Krankheit der Zweiklassenmedizin

Jeder chronisch oder schwer Erkrankte wird eines der Grundübel des deutschen Gesundheitssystems – die sich verschärfende Zweiklassenmedizin – kennen und die Konsequenzen bereits am eigenen Leibe gespürt haben. Während wir in der Politik teilweise noch immer so tun, als würde in Deutschland jeder gleich gut versorgt, erfahren die gesetzlich versicherten Patienten – 90 Prozent aller Bürger –, was es heißt, nicht privat versichert zu sein. Auch ich erlebe häufig, dass ein Kassenpatient, der dieselbe ärztliche Behandlung bekommen möchte wie ein privat Versicherter, mich um Hilfe bittet.

Ein typischer Fall ereignete sich vor ein paar Monaten: Bei einem Studenten war infolge einer Knochenmark-Transplantation nach Leukämie und einer Behandlung mit hochdosiertem Kortison eine Form des grauen Stars aufgetreten, die operiert werden musste. Anders als die Operation eines «normalen» grauen Stars, die heute in fast allen Augenkliniken und vielen allgemeinen Krankenhäusern routinemäßig durchgeführt wird, ist der Eingriff bei dieser selteneren Form der Krankheit schwierig, und es besteht eine viel größere Gefahr, dass er missglückt oder der Erfolg nicht lange vorhält.

Bei solchen Patienten kann langfristig sogar der Austausch der Linse nötig sein, und um eine solche Transplantation so lange wie möglich hinauszuschieben und die Chance für ihr Gelingen nicht zu gefährden, müssen die Operationen davor gut verlaufen. Deshalb wollte der gesetzlich versicherte Student in einer bestimmten Universitätsklinik behandelt werden, wo es ein ganzes Team von

Spezialisten gibt, die Erfahrung mit diesem komplizierten Eingriff haben. Da aber die Unikliniken für Kassenpatienten nur einen Bruchteil des Geldes bekommen, das sie für privat Versicherte abrechnen können, und der Professor selbst, der die Operation vornimmt, an einem Kassenpatienten nichts verdient, sind die Wartelisten für gesetzlich Versicherte mit dieser oder einer ähnlichen Erkrankung lang, und viele werden sogar abgelehnt. So schrieb ich an den zuständigen Professor und bat um eine bevorzugte Behandlung für den Studenten. Ohne die Vermittlung wäre er in einer weniger spezialisierten Klinik operiert worden oder hätte zumindest ein Semester verloren.

Nun könnte man mir vorwerfen, dass ich durch ein solches Schreiben selbst zur Verschärfung der Zweiklassenmedizin beitrage, aber es dürfte verständlich sein, wenn ich einem krebskranken Studenten, den ich schätze, helfen möchte. Der Eingriff gelang, und der Student absolviert schon wieder Prüfungen. Es wird sicher nicht das letzte Mal gewesen sein, dass er meine Hilfe benötigt, denn es ist nur eine Frage der Zeit, bis weitere Eingriffe am Auge erforderlich sein werden. Und da er sich als ehemaliger Krebspatient niemals wird privat versichern können, bleibt er weiterhin auf Unterstützung angewiesen, wenn er eine optimale Versorgung wünscht.

Mittlerweile hat sogar ein nicht unerheblicher Teil der niedergelassenen Fachärzte Wartezeiten für gesetzlich versicherte Patienten. Im Rahmen einer Studie meines eigenen Instituts der Universität zu Köln haben wir die Wartezeiten bei niedergelassenen Fachärzten in der Region Köln untersucht und stellten fest, dass Kassenpatienten im Durchschnitt dreimal so lange warten wie Privatpatienten. Dabei ging es auch um wichtige diagnostische Leistungen, die für die Abklärung einer ernsthaften Erkrankung notwendig sind, etwa eine Magenspiegelung.¹⁰

Das, was ich im Falle des Studenten getan habe, damit er gut

operiert wird, tun in der Zwischenzeit auch viele Hausärzte; sie verbringen einen nicht unerheblichen Teil ihrer Zeit mit «Lobbyarbeit» für ihre Patienten und bemühen sich bei Spezialisten, insbesondere in den Universitätskliniken und den Spezialpraxen, um Termine. Patienten, deren Hausarzt entweder über keine Kontakte verfügt oder ihnen mit den Worten «Gehen Sie mal zu einem Neurologen!» einfach eine Überweisung in die Hand drückt, haben Pech gehabt. Wenn der Arzt versucht, einen Termin für seinen Patienten zu bekommen, der Spezialist jedoch ablehnt, belastet dieser Misserfolg oft das Verhältnis zwischen Hausarzt und Patient.

Wie konnte es zu einer solchen Situation kommen? Drei Gründe sind ausschlaggebend. Zum einen fehlt es in Deutschland insgesamt an Spezialisten für viele Bereiche, obwohl wir sehr viele Fachärzte haben; die Ursachen dafür sollen weiter unten erläutert werden. Zweitens werden die Spezialisten deutlich besser bezahlt, wenn sie einen privat Versicherten behandeln. Zwei- bis dreimal so viel Geld gibt es für den privat Versicherten mit der gleichen Krankheit, und da das Einkommen der Ärzte für die gesetzlich Versicherten oft gedeckelt ist, wirken die Unterschiede sich noch stärker aus: Bei ausgeschöpftem Budget bedeutet ein weiterer Kassenpatient für den niedergelassenen Arzt oft nur mehr Arbeit oder sogar höhere Kosten, während der zusätzliche Privatpatient mit derselben Krankheit ein paar hundert Euro, bei einer Herzkatheter- oder einer Kernspinuntersuchung sogar mehr als tausend Euro einbringen kann.

Das ist für den gesetzlich Versicherten natürlich eine missliche Lage. Denn er ist es, der mit seinem Beitrag auch die Kosten für die gesetzlich mitversicherten Kinder, für die Arbeitslosen und die Rentner zahlt, allesamt Versicherte, die er subventioniert. Jetzt, wo er selber krank ist, wird er gegenüber dem Privatpatienten-

ten benachteiligt, der nicht einen einzigen Cent zur Mitversicherung dieser Menschen beiträgt, und muss sich wie ein Bittsteller fühlen. Insbesondere Spezialisten, die sich ihre Patienten selbst aussuchen können und am liebsten nur privat Versicherte behandeln würden, vermitteln dem Kassenpatienten oft den Eindruck, er müsse froh sein, nicht sofort weggeschickt zu werden. Dabei zahlt er bei gutem Einkommen fast 600 Euro Krankenkassenbeitrag, viel mehr als fast alle privat Versicherten. Mit der Hälfte dieser Summe subventioniert er ärmere gesetzlich Versicherte.

Der dritte Grund für die Zweiklassenmedizin liegt darin, dass nur privat Versicherte auch von Krankenhausspezialisten ambulant behandelt werden dürfen. Daher stehen für die 10 Prozent der privat Versicherten doppelt so viele Spezialisten zur Verfügung wie für die 90 Prozent der gesetzlich Versicherten. Das führt bei den Kassenpatienten zu einer drastischen Unter- und bei den Privatpatienten zu einer Überversorgung: Die privat Versicherten werden fast nur von Spezialisten behandelt (sogar bei trivialen Erkrankungen wie einem Leistenbruch) und haben häufig überhaupt keinen Hausarzt mehr, selbst die Bronchitis wird von einem Lungenfacharzt behandelt; dagegen haben diejenigen gesetzlich Versicherten, die an schwersten Erkrankungen leiden, keine Chance, von einem Universitätsprofessor auch nur untersucht zu werden. Eine solche Diskriminierung der gesetzlich Versicherten bei der Versorgung mit Spezialisten gibt es in keinem anderen europäischen Land, und sie ist durch nichts zu rechtfertigen.