

Bertram Häussler

Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

Wird sie ihr politisches Comeback haben?



Nomos

IGES

Die Reihe
„Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen“
wird herausgegeben von

Prof. Dr. Bertram Häussler
IGES Institut

Dr. Martin Albrecht
IGES Institut

Band 6

Bertram Häussler

Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

Wird sie ihr politisches Comeback haben?



Nomos

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2025

© Bertram Häussler

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-7560-3244-0

ISBN (ePDF): 978-3-7489-6038-6

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748960386>



Onlineversion
Nomos eLibrary



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung
– Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.

Vorwort

„Hegel bemerkt irgendwo, dass alle großen weltgeschichtlichen Tatsachen und Personen sich sozusagen zweimal ereignen. Er hat vergessen hinzuzufügen: das eine Mal als Tragödie, das andere Mal als Farce.“¹ Diese viel zitierte Geschichtsbetrachtung von Karl Marx steht auch an der Wiege dieser Abhandlung. Die Übernahme von Selbstverantwortung bei Entscheidungen über den eigenen Körper, die eigene Gesundheit und deren professionelle Versorgung ist ein Thema, das schon oft auf der Tagesordnung stand, vor allem aber vor gut 20 Jahren. Damals, als Teil der Agenda 2010, schien es ums Ganze zu gehen: Eine reformwillige rot-grüne Bundesregierung nahm sich einer Gesundheitsreform an, die aus heutiger Sicht fast schon neoliberale Züge trägt. Eine Sozialreform mit den Mitteln des Wettbewerbs und der Eigenverantwortung sollte es werden. Darüber wurde heftig gestritten, bis die damalige Regierung zerbrach.

Im IGES Institut, das inzwischen eine lange Tradition vorweist, standen und stehen Gesundheitsreformen immer im Mittelpunkt. Damals wurde der Risikostrukturausgleich als Herzstück einer Reform, die Wettbewerb und soziale Gerechtigkeit in Einklang bringen sollte, maßgeblich entwickelt und auch die wichtige Frage gestellt, wie „Eigenverantwortung“ von einer leeren Floskel zur gelebten Realität werden kann. Über die Ergebnisse wird hier berichtet.

Nun, im November 2024, ist ebenfalls die zweite rot-grüne Regierung (mit gelber Beimischung) zerbrochen. Wieder steckt Deutschland in großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten und wieder steigen die Sozialausgaben fast ungebremsst. 20 Jahre nach dem ersten Koalitionsbruch wollen wir ausloten, welche Tür sich nun öffnen und einen Ausweg bieten könnte.

Dieses Buch entstand während dieser aktuellen politischen Entwicklungen, während der Regierungskrise Ende 2024, der Neuwahlen 2025 und anschließenden Regierungsbildung. Es wurde jedoch versucht, davon zu abstrahieren. Zu sehr hätte der Text ständig angepasst werden müssen. Nach der schon legendären letzten Sitzung des 2021 gewählten Bundestages am 18. März 2025 soll aber von dieser tagespolitischen Abstinenz abgewichen werden:

1 Karl Marx: Der 18. Brumaire des Louis Napoleon.

Marx' Geschichtsbetrachtung – erst Tragödie, dann Farce – gilt immer noch. Die Abwahl von Rot-Grün wiederholt sich ebenso wie die Tatsache, dass die nachfolgende Koalition die Farben Schwarz und Rot trägt. Die Tragödie vor 20 Jahren bestand darin, dass die Koalition an einer Reform zerbrach, die dem Land im Anschluss über viele Jahre wirtschaftliches Wachstum beschert hatte. Die Farce von heute ist, dass die rot-grün-gelbe Koalition zerbrechen musste, damit ihre Politik unter Schwarz-Rot fortgesetzt werden kann. Ob damit auch das Thema „Eigenverantwortung“ zur Farce wird, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, bevor die neue Regierung im Amt sein wird.

Getreu dem Motto des IGES Instituts „Von der Information zur Innovation“ wurde in dieser Arbeit größter Wert darauf gelegt, die getroffenen Aussagen mit Ergebnissen von Analysen zu stützen, die auf empirisches Material zurückgreifen. Dabei wurden die Grenzen des empirisch Darstellbaren weit gezogen, insbesondere dadurch, dass vermehrt auch Texte aus Medien und Gesetzen zugänglich gemacht worden sind. Im Ergebnis kommt ein beachtliches Material zur Darstellung, das aber letztlich nur eine Auswahl aus dem prinzipiell Möglichen darstellt. Für eine umfassende Würdigung aller verfügbaren Informationen und deren kritische Gewichtung braucht es allerdings mehr Raum und Zeit, als in dieser Arbeit zur Verfügung steht. Schließlich soll die politische Aktualität nicht zu kurz kommen.

An dieser Stelle sei allen gedankt, die in der letzten Zeit an diesem Text mitgewirkt haben. Ein besonderer Dank gilt Hans-Dieter Nolting, der mit seinen Vorarbeiten und seiner jahrzehntelangen Mitarbeit am Projekt „IGES“ den Grundstein für das Projekt „Eigenverantwortung“ gelegt hat. Martin Albrecht – auch er prägt das Gesicht von IGES seit mehr als zwei Jahrzehnten – sei herzlich gedankt für die vielfältigen Diskussionen über das Gesundheitswesen und die Welt.

Berlin, im April 2025

Bertram Häussler

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	13
1. Zur Einführung: Warum wir uns wieder mit dem Thema „Eigenverantwortung“ beschäftigen sollten	15
1.1 Ausgangspunkt: ein historisches Déjà-vu	15
1.2 Was steht hinter dem Begriff der „Eigenverantwortung“?	16
1.3 Aktuelle Anzeichen für eine Renaissance des Konzeptes	16
1.4 Zielsetzung dieser Arbeit	17
2. Das Interesse am Thema „Eigenverantwortung“ weist in Deutschland eine zyklische Entwicklung auf	19
3. Die Stimmungslage der Bevölkerung in Befragungen und das Thema „Eigenverantwortung“ in den Programmen der Parteien zur Bundestagswahl 2025	25
3.1 Wirtschaftliche Eckdaten und die Stimmungslage der Bevölkerung in Bezug auf die wirtschaftliche Situation	25
3.2 Eigenverantwortung in den Wahlprogrammen der Parteien	28
4. „Eigenverantwortung“ in der Politik der Bundesregierungen von 1994 bis 2021	31
4.1 Regierungspolitik von 1994 bis 2017 (Wahlperioden 13 bis 18)	32
4.1.1 Die letzte Kohl-Regierung von 1994 bis 1998 (Wahlperiode 13)	32
4.1.2 Die beiden rot-grünen Regierungen von 1998 bis 2005 (Wahlperioden 14 und 15)	32

4.1.3 Die vier Merkel-Regierungen von 2005 bis 2021 (Wahlperioden 16 bis 19)	34
4.2 Quantifizierung von semantischen Desideraten für „Eigenverantwortung“ in der Gesetzgebung im Bereich der Gesundheit	37
4.2.1 Auszählung von relevanten Zeichenketten in verschiedenen Versionen des Fünften Sozialgesetzbuches	37
4.2.2 Identifizierung von „Refomen“ als semantische Basis von Gesetzestexten	39
5. Exkurs: Die Weltwirtschaftskrise 2008/2009 hat die Wahrnehmung der persönlichen Gesundheit und die Bedeutung des Gesundheitswesens verändert	43
5.1 Ablauf	43
5.2 Effekte auf die Wahrnehmung von Wirtschaft und Gesellschaft durch die Bevölkerung	44
5.3 Effekte auf die Wahrnehmung der Gesundheit als Wert	52
5.4 Effekte auf die Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland	57
6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik? – Rückblick auf ein großes Projekt	61
6.1 Die Vermessung der Eigenverantwortung: empirische Studie von IGES, RAND und der Bertelsmann Stiftung aus den Jahren 2003 und 2004	61
6.2 Die grundlegende Problematik im Gesundheitssystem: Moral Hazard	62
6.3 Eigenverantwortung kann es nur auf der Basis von Wahlentscheidungen geben	64
6.3.1 Wahl von Managed Care-Angeboten	64
6.3.2 Wahl von Risikobeteiligung	65
6.3.3 Wahl des Leistungskatalogs	65
6.3.4 Wahl des Versicherers oder eines bestimmten Leistungspaketes, das ein Versicherer anbieten könnte	66

6.3.5	Weitere Regulierungen, die einen Einfluss auf die Ausübung von Eigenverantwortung haben können	66
6.4	Drei Zukunftsszenarien aus der Perspektive von 2003/4	66
6.4.1	Szenario 1: „Managed Care“	67
6.4.2	Szenario 2: „Wahl von Zusatzpaketen“ bei limitiertem Basiskatalog	68
6.4.3	Szenario 3: „Staatliches Gesundheitssystem“	69
6.5	Grenzen und Fallstricke	71
6.5.1	Der Gesundheitszustand der Versicherten und Patienten	72
6.5.2	Selbstselektion und Entsolidarisierung	73
6.5.3	Informationsasymmetrie und anbieterinduzierte Leistungserbringung	74
6.5.4	Zusammenfassung der Erkenntnisse über Limitationen der Einführung von Elementen der Eigenverantwortung und Wahlfreiheit	74
6.6	Die divergierenden Präferenzen der verschiedenen Interessengruppen im deutschen Gesundheitswesen	75
6.6.1	Die Vertreter der Konsumenten (Versicherte, Patienten) wünschen sich am ehesten das verstaatlichte Gesundheitssystem	76
6.6.2	Die Vertreter der Leistungserbringer votierten klar für die „Wahl von Zusatzpaketen“	76
6.7	Gemessene Präferenzen der Versicherten: ausgewählte Ergebnisse der Befragungen eines nachfolgenden Projektes von 2009	78
6.8	Fazit: Erkenntnisse aus dem IGES-RAND-Bertelsmann-Projekt	80
6.8.1	Eigenverantwortung im Bereich der Gesundheit bedeutet Wahlmöglichkeiten bei Prävention, Risikobeteiligung und Wahl des Versorgungsmodells	80
6.8.2	Der Implementierung von Instrumenten der Eigenverantwortung sind Grenzen gesetzt	81
6.8.3	Divergierende Präferenzen von Versicherten und Leistungserbringern erschweren politische Lösungen	82
6.8.4	Summa summarum: Lehren aus dem Projekt	82

7. Ist Eigenverantwortung das Rezept für das Gesundheitswesen im Jahr 2025?	83
7.1 Anamnese: Überblick über die politischen Ereignisse seit 2004 rund um das Thema „Eigenverantwortung“	83
7.1.1 Die Zeit wäre normalerweise reif für eine vermehrte Thematisierung der Eigenverantwortung in der Gesundheits- und Sozialpolitik	84
7.1.2 Ausbau der Prävention ohne greifbare Effekte	84
7.1.3 Risikobeteiligung unbeliebt	87
7.1.4 Managed Care als bisher unerfüllte Option	88
7.1.5 Fazit aus dem historischen Abriss	90
7.2 Diagnostik: Wie ist das Befinden des Gesundheitswesens?	90
7.2.1 Rückläufige Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen löst 15 Jahre steigende Zufriedenheit ab	90
7.2.2 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist unzureichend und verschlechtert sich weiter	92
7.2.3 Ambulant tätige Ärzte arbeiten zunehmend im Angestelltenverhältnis	94
7.2.4 Das deutsche Gesundheitswesen hat sich verändert	95
7.3 Therapie: Sollte man dem deutschen Gesundheitswesen „Eigenverantwortung“ verordnen und wenn ja, von welcher Sorte?	96
7.3.1 Auf Risikobeteiligung verzichten	96
7.3.2 Neustart Managed Care	97
7.4 Beschaffung: Wie kommen wir an die erforderliche Therapie?	99
7.5 Prognose für den „Patient Gesundheitssystem“ und die Wirkung von mehr Eigenverantwortung	100
8. Anhang	103
8.1 Übersicht über die Wahlperioden	103
8.2 Methodische Erläuterungen	103
8.2.1 Medienanalytische Demoskopie	104
8.2.2 Natural Language Processing: Spracherkennung als Instrument zur quantitativen Analyse gesetzlicher Inhalte	107

8.3	Verwendete Datenquellen	108
8.3.1	Bevölkerungsbefragungen	109
8.3.2	Medienanalytische Daten	110
8.3.3	Datenquellen spezifisch für das deutsche Gesundheitswesen	110
8.3.4	Vorwiegend ökonomische Daten vom Statistischen Bundesamt (Destatis)	111
8.3.5	Daten der OECD	111
8.3.6	Vorwiegend ökonomische Daten von Instituten	112
8.3.7	Verschiedene Daten von Ministerien	112
9.	Literaturverzeichnis	113

Abkürzungsverzeichnis

AfD	Alternative für Deutschland
BÄK	Bundesärztekammer
BBMV	Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CDO	Collateralized Debt Obligations
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern
DMP	Disease Management Programm
DWDS	Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache
FDP	Freie Demokratische Partei
GDP	Gross domestic product
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HMO	Health Maintenance Organization
HTA	Health Technology Assessment
IV	Integrierte Versorgung
KBL	Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MC	Managed Care
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NGO	Non-Governmental Organisation
NLP	Natural Language Processing
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PKV	private Krankenversicherung
PVZ	Primärversorgungszentrum
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Abkürzungsverzeichnis

SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
WP	Wahlperiode

1. Zur Einführung: Warum wir uns wieder mit dem Thema „Eigenverantwortung“ beschäftigen sollten

Warum ist diese Arbeit dem Thema „Eigenverantwortung“ gewidmet? Der erste Teil der Antwort ist, dass im Jahr 2024 der 300. Jahrestag der Geburt von Immanuel Kant begangen wurde. Kant hat viel dazu beigetragen, dass wir heute über Eigenverantwortung nachdenken. Der zweite und wichtigere Teil der Antwort besteht darin, dass sich in 2024 eine wirtschaftliche und politische Gemengelage ergeben hatte, die stark an die Jahre 2003 bis 2005 erinnerte. Das Thema Eigenverantwortung spielte damals in der Politik und ebenso für die Arbeit des IGES Instituts eine zentrale Rolle. Heute kommt mit dieser Arbeit erneut ein Beitrag, das Konzept „Eigenverantwortung“ auf seine gesundheitspolitische Tauglichkeit zu überprüfen.

1.1 Ausgangspunkt: ein historisches Déjà-vu

Die politische und wirtschaftliche Situation Deutschlands zeigt zu Beginn des Jahres 2025 eine deutliche Ähnlichkeit zu der Situation, wie sie vor 20 Jahren geherrscht hat:

- Die rot-grün-gelbe Ampel-Koalition ist im November 2025 zerbrochen, während die rot-grüne Koalition im Jahr 2005 ebenfalls ein vorzeitiges Ende gefunden hatte.
- Damals wie heute fiel das Wirtschaftswachstum in Deutschland über Jahre hinweg schwach und zu gering aus, um die hohen Sozialausgaben nachhaltig tragen zu können.
- Die Höhe der Sozialabgaben und ihr Einfluss auf die hohen Arbeitskosten befeuerte damals und erst recht heute die Sorge um die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

Während allerdings die damals noch regierende rot-grüne Koalition nach Jahren des Lavierens mit den Hartz-Reformen die Initiative an sich gerissen hatte, konnte die Ampel-Koalition im dritten Jahr ihres Bestehens Ähnliches nicht erreichen.

Wie dem auch sei: Nach den Wahlen zum 21. Deutschen Bundestag wird eine neue Bundesregierung jedweder Couleur nicht an wirksamen

1. Zur Einführung

Maßnahmen vorbeikommen, den rapiden Anstieg der Sozialabgaben zu bremsen. Für die Gesamtbelastung durch Sozialabgaben wurde über lange Zeit eine obere Grenze von 40 % angesetzt. Diese liegt derzeit bereits bei 42,5 % und droht bis 2035 auf bis zu 53 % anzuwachsen – Werte, mit denen die ohnehin bedrohte Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft noch weiter gebremst würde, als dies ohnehin der Fall ist (Ochmann et al. 2025).

1.2 Was steht hinter dem Begriff der „Eigenverantwortung“?

Eigenverantwortung ist ein Konzept aus dem Bereich der Ethik, das dem Individuum Handlungsoptionen und -pflichten zuweist. In diesem Sinne weist es eine enge Verwandtschaft zum „kategorischen Imperativ“ auf: „Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.“ (Kant 2019) Damit ist die Eigenverantwortung des Individuums quasi das Gegenstück zur Solidarität der Gesellschaft, die dem Individuum verspricht, den Rücken in Situationen zu stärken, in denen dies erforderlich ist. Würde das Individuum seinen Ansprüchen an die Gesellschaft ungebremst freien Lauf lassen, könnte diese das Versprechen der Solidarität nicht einhalten. Die Verpflichtung zur Eigenverantwortung ist der kategorische Imperativ, der das Gesetz der Solidarität ermöglicht.² Es ist daher kaum durch Zufall zu erklären, dass der § 1 des SGB V den Titel „Solidarität und Eigenverantwortung“ trägt (siehe dazu auch Abschnitt 6.2).

1.3 Aktuelle Anzeichen für eine Renaissance des Konzeptes

Reformvorschläge können sich grundsätzlich auf die Einnahmen- oder die Ausgabenseite beziehen. Während auf der Einnahmenseite z. B. der Vorschlag nach der Verbreiterung der Beitragseinnahmen über das Arbeitsentgelt hinaus gemacht wird, wird auf der Ausgabenseite immer wieder ein sparsamer Umgang mit Beitragsgeldern gefordert und in diesem Zusammenhang wiederholt das Thema „Eigenverantwortung“ angesprochen. Ein vorsorglicher Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie eine sparsame und verantwortungsvolle Nachfrage nach medizinischen Leistungen sollen zu einer spürbaren Entlastung der Krankenkassen führen. „Auch weitere

2 Kant nutzt im Übrigen den Begriff „Eigenverantwortung“ nicht, verwendet dafür aber den Begriff „Pflicht“.

sozialverträglich ausgestaltete Eigenbeteiligungen in Gestalt von Zuzahlungen dürfen auf Dauer kein Tabuthema sein, um das Bewusstsein der Versicherten für die immensen Kosten guter Gesundheitsversorgung zu schärfen und in manchen Fällen zu beobachtende, völlig unnötige Leistungsinanspruchnahmen, zu reduzieren.“ (Hecken und Pimpertz 2024). Auch im Wahlkampf 2025 wurden solche Stimmen laut. Carsten Linnemann (CDU): „Deutschland braucht wieder einen Aufbruch. Durch Deutschland muss ein Ruck gehen. Das wird nur mit einer Stärkung der Eigenverantwortung gehen.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) 2024).

1.4 Zielsetzung dieser Arbeit

Das IGES Institut kann auf eine lange Geschichte der Beobachtung sozial- und gesundheitspolitischer Entwicklungen zurückblicken. Es hat insbesondere in den Jahren 2003 bis 2004 zusammen mit der RAND Corporation und der Bertelsmann Stiftung eine umfangreiche Studie zum Thema „Eigenverantwortung“ durchgeführt, von der hier rückblickend berichtet wird.

Vor diesem Hintergrund wird nun der Versuch unternommen, die sozialpolitische Landkarte des Begriffs „Eigenverantwortung“, seiner Entwicklung in den vergangenen 20 Jahren und seines politischen Umfelds zu zeichnen. Damit sollen Szenarien skizziert werden, die die Gestalt und den Einfluss der Idee der „Eigenverantwortung“ auf die Sozialpolitik der kommenden Jahre diskutierbar machen. Insbesondere wird die Frage gestellt, ob ein Mehr an Eigenverantwortung dem Gesundheitswesen ein Mehr an Qualität und Effizienz geben könnte.

2. Das Interesse am Thema „Eigenverantwortung“ weist in Deutschland eine zyklische Entwicklung auf

Um das Interesse der deutschen Bevölkerung am Thema „Eigenverantwortung“ im Zeitverlauf messen zu können, bedarf es einer methodischen Annäherung, da spezifische Wiederholungsbefragungen zu diesem Thema nicht bekannt sind. Eine Annäherung bietet ein methodischer Ansatz, der hier als „medienanalytische Demoskopie“ (MD) bezeichnet wird. Dabei wird davon ausgegangen, dass zwischen den Wahrnehmungen und Meinungen der Bevölkerung und den Medieninhalten ein Zusammenhang besteht. Letztere können analysiert werden, um Rückschlüsse auf erstere zu ziehen. Eine ausführlichere Beschreibung findet sich im Anhang.³ Der Zugang zu Medieninhalten ist inzwischen so weit entwickelt, dass dieser Ansatz Erfolg verspricht.

Basierend auf diesem Ansatz folgt zunächst eine Betrachtung der Häufigkeiten, mit denen der Term „Eigenverantwortung“ in deutschen Tageszeitungen auftritt.⁴ Betrachtet wird die Epoche von 1990 bis heute.

Es fallen zwei lange Phasen auf, die zusammen wie ein vollständiger Zyklus erscheinen (siehe Abbildung 1 oben): zunächst eine Phase meist überdurchschnittlich häufiger Erwähnung des Begriffs „Eigenverantwortung“ in Phase II (von 1994 bis 2006) gefolgt von einer Phase mit unterdurchschnittlicher Frequenz (Phase III von 2007 bis 2019). Während der darauffolgenden COVID-Pandemie kam es zu einem jähen Wiederanstieg, der bis 2022 angehalten hat (Phase IV). Da die vierte Phase erkennbar abgeschlossen erscheint, wird davon ausgegangen, dass wir uns nunmehr in einer neuen, der fünften Phase befinden. Es soll noch erwähnt werden, dass zu Beginn der Epoche bzw. zu Beginn des wiedervereinigten Deutschlands – hier als „Phase I“ bezeichnet – der Term „Eigenverantwortung“ eher selten gebraucht worden ist.

Die hier dargestellte Thematisierung von Eigenverantwortung in Zeitungen wird entsprechend dem Ansatz der „medienanalytischen Demoskopie“

3 Siehe Abschnitt 8.2.

4 Das zugrundeliegende Datenmaterial wird von „Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache“ (DWDS) zur Verfügung gestellt Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025b.

als indirektes Abbild von Wahrnehmungen und Einstellungen der Bevölkerung verstanden. Vor dem Hintergrund der historischen Erfahrung, dass Eigenverantwortung in Zeiten wirtschaftlicher Schwäche als politisches Instrument zur Senkung der Sozialausgaben in Betracht gezogen wurde (siehe dazu insbesondere Abschnitt 4.1.2), soll der Phasenverlauf der Thematisierung von Eigenverantwortung mit dem Verlauf der Wahrnehmung der wirtschaftlichen Lage durch die Bevölkerung verglichen werden (siehe Abbildung 1, unten).⁵

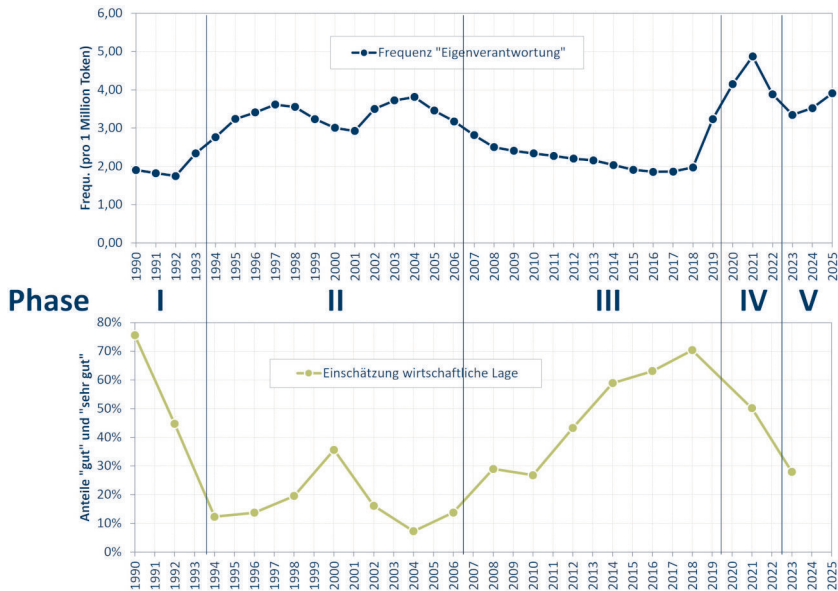
Mit Ausnahme der Pandemie-Phase (2020 bis 2022) ist ein nahezu reziprokes Verhältnis zwischen der Häufigkeit der Verwendung des Begriffs und der Einschätzung der wirtschaftlichen Lage des Landes zu erkennen: Je besser diese wahrgenommen wird, umso seltener taucht der Begriff der „Eigenverantwortung“ in den Zeitungen auf.

In Bezug auf die aktuelle Situation wird deutlich, dass die Thematisierung der Eigenverantwortung in 2024 und 2025 wieder im Ansteigen begriffen ist (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025b). Aktuelle Zahlen (2025er-Befragungswelle) zur Einschätzung der wirtschaftlichen Lage liegen zwar noch nicht vor. Vielfältige Eindrücke lassen jedoch erwarten, dass sich diese eher nach unten als nach oben bewegen und sich die Reziprozität damit weiter fortsetzen dürfte.

5 Diese wurde mit Ergebnissen der ALLBUS-Bevölkerungsumfrage abgebildet, die seit den 80er Jahren in der Regel alle zwei Jahre durchgeführt wird (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) 2024).

2. Das Interesse an „Eigenverantwortung“ weist zyklische Entwicklung auf

Abbildung 1: Frequenz des Begriffs „Eigenverantwortung“ in deutschen Zeitungen (oben) sowie der Anteil der Einschätzung der wirtschaftlichen Lage Deutschlands als „gut“ oder „sehr gut“ (unten)



Quelle: Eigene Darstellung nach (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025b; GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) 2024). DWDS-Werte wurden am 19.2.2025 heruntergeladen.

Diese Reziprozität wird auch in der folgenden Abbildung 2 deutlich: Außer einem Ausreißer – dem Jahr 2020 mit einem sehr hohen Wert auf der Skala „Eigenverantwortung“ und ebenfalls einem hohen Wert bei der „Einschätzung der wirtschaftlichen Lage“ – befinden sich alle Messpunkte in der Nähe einer Geraden mit negativer Steigung. Dies bedeutet, dass „Eigenverantwortung“ umso mehr öffentlich thematisiert wird, je schlechter die wirtschaftliche Lage wahrgenommen wird.⁶

Während Korrelationen wie diese lediglich auf einen Zusammenhang hinweisen, stellt sich die Frage nach der Kausalität: Führt die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage zur Thematisierung der „Eigenverantwortung“

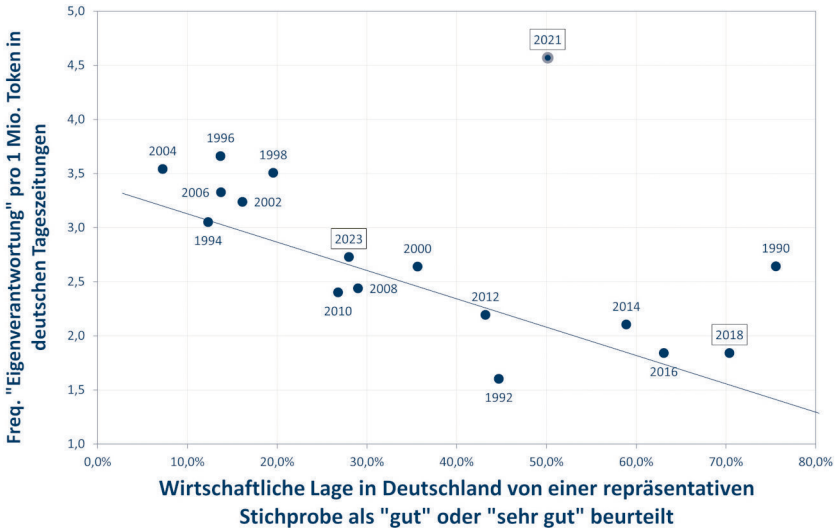
6 Das „Bestimmtheitsmaß“ (berechnet unter Ausschluss des Jahres 2020) liegt bei 0,60 und ist statistischer Ausdruck eines sehr starken Zusammenhangs.

oder ist es umgekehrt? Da es schlecht vorstellbar ist, dass die Thematisierung der „Eigenverantwortung“ in den Zeitungen die Einschätzung der wirtschaftlichen Lage negativ beeinflussen könnte, ist der Zusammenhang wahrscheinlich ein umgekehrter. Es spricht vieles dafür, dass es die wirtschaftliche Lage selbst ist, die den Takt vorgibt. Auf ihrer Basis entstehen einerseits Reflexionen in der Presse und andererseits Bewertungen und Einschätzungen von Individuen, die als Befragte in einer Befragung ihre Einschätzung abgeben. Vor diesem Hintergrund entstehen dann in Politik und Presse Vorstellungen, ob und wie man darauf reagieren sollte, unter anderem mit mehr Eigenverantwortung.

Vor dem Hintergrund der seit 2023 bestehenden wirtschaftlichen Rezession, der Schlusslichtposition der deutschen Wirtschaft im internationalen Vergleich und der fehlenden positiven Aussichten ist auch zu erwarten, dass die in 2025 anstehende ALLBUS-Befragung dies reflektieren wird.

2. Das Interesse an „Eigenverantwortung“ weist zyklische Entwicklung auf

Abbildung 2: Korrelation zwischen der subjektiven Einschätzung der wirtschaftlichen Lage in Deutschland und der Häufigkeit der Thematisierung des Begriffs der „Eigenverantwortung“ in den Zeitungen



Quelle: Eigene Darstellung nach (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025b; GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) 2024). Die letzten drei Jahreszahlen, an denen Befragungswellen durchgeführt wurden, sind umrandet

Vor diesem Hintergrund ist es interessant zu beobachten, wie sich das Thema „Eigenverantwortung“ in den politischen Positionen der Parteien für den Wahlkampf 2025 niedergeschlagen hat.

3. Die Stimmungslage der Bevölkerung in Befragungen und das Thema „Eigenverantwortung“ in den Programmen der Parteien zur Bundestagswahl 2025

Am 6. November 2024 kam es zum Bruch der Ampelkoalition, mit dem der Wahlkampf für die kommende Bundestagswahl eingeläutet worden ist. Die Konflikte innerhalb der Bundesregierung können aber letztlich nur vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Lage in Deutschland verstanden werden.

3.1 Wirtschaftliche Eckdaten und die Stimmungslage der Bevölkerung in Bezug auf die wirtschaftliche Situation

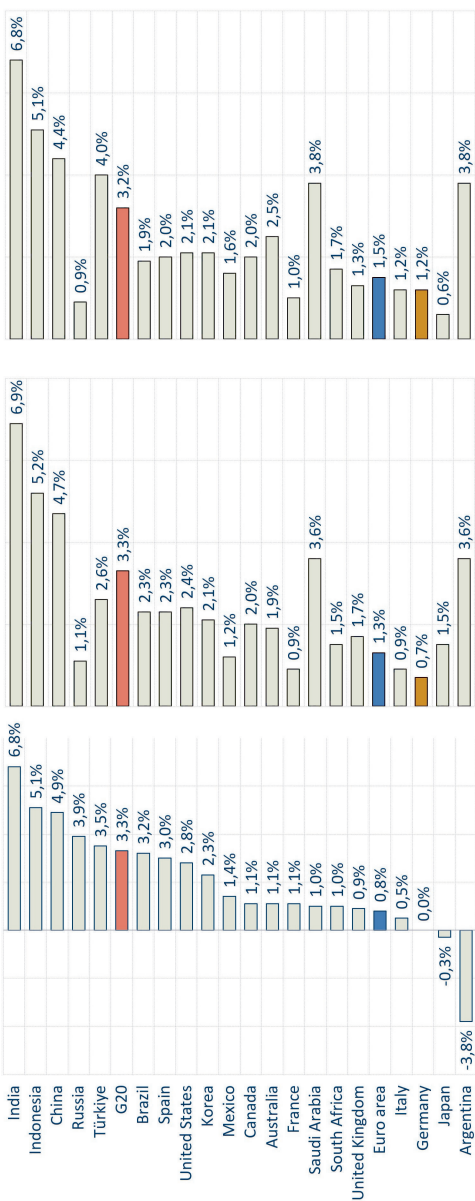
Die zahlreichen Wirtschaftsprognosen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Lage in Deutschland als besonders kritisch zu beurteilen ist. Es wird allgemein befürchtet, dass Deutschland 2025 das dritte Jahr in Folge in der Rezession verbleiben wird, nachdem es schon 2023 und 2024 ein rückläufiges Bruttoinlandsprodukt (BIP) gezeigt hat (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025a). Die OECD weist zwar für Deutschland noch ein minimales Wachstum in 2024 aus, sieht das Land jedoch auch im Jahr 2026 ganz am unteren Ende des Wachstums (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2024).

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung erwartet für 2025 Folgendes: „Im kommenden Jahr ist daher nur mit geringem Wachstum zu rechnen. Deutschland dürfte dementsprechend auch weiterhin deutlich hinter den anderen fortgeschrittenen Volkswirtschaften zurückbleiben.“ (Sachverständigenrat für Wirtschaft 2024)

Kurz vor der Jahreswende von 2024 auf 2025 wurden zwei Studien veröffentlicht, die die subjektiven Erwartungen der Deutschen zur Zukunft von Wirtschaft und Gesellschaft zum Gegenstand hatten. Die Studie vom Ipsos Institut kommt zu dem Ergebnis, „Deutsche beurteilen die Lage der Nation so pessimistisch wie nie zuvor“ (Ipsos 2025), und zeigt, dass die Deutschen die Sorge um die Wirtschaft gleich nach der Sorge um die Situation der Immigration am meisten belastet.

3. „Eigenverantwortung“ in den Programmen der Parteien zur Bundestagswahl 2025

Abbildung 3: Projektionen der Wachstumsraten des Bruttoinlandsprodukts zu konstanten Preisen (real GDP) für 2024, 2025 und 2026



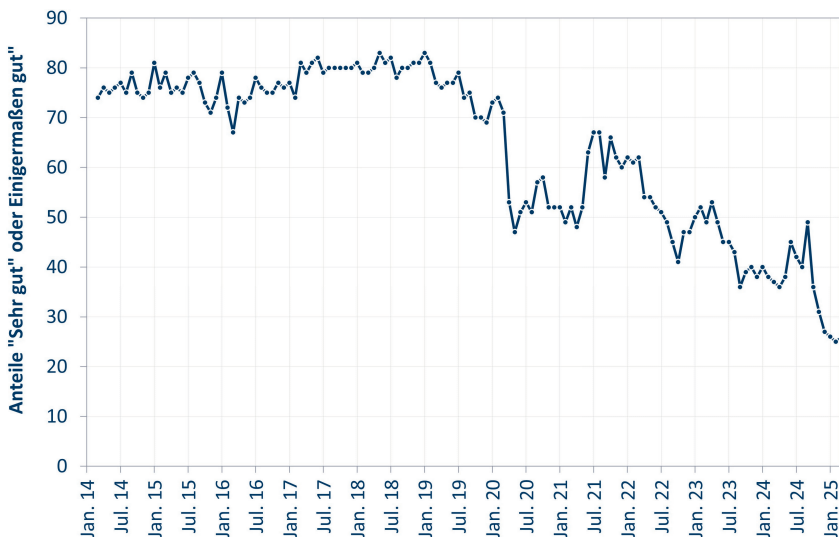
Quelle:Abbildung aus (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2024)

Im Zeitverlauf verdeutlicht sich, dass sich die Beurteilung der wirtschaftlichen Situation nach dem Einbruch durch die COVID-19-Pandemie dramatisch verschlechtert und danach auch nicht mehr erholt hat, sodass 2025 der schlechteste Wert seit zehn Jahren gemessen wird (siehe Abbildung 4).

Auch die von der Stiftung für Zukunftsfragen in Auftrag gegebene Studie zeichnet ein negatives Bild: „78 Prozent der Deutschen erwarten, dass die wirtschaftlichen Probleme in Deutschland 2025 größer werden.“ Bereits im Vorjahr war ein ähnlich hoher Wert ermittelt worden.

„Die Angst vor Wohlstandsverlust, gepaart mit steigenden Lebenshaltungskosten, prägt die Wahrnehmung vieler Bürger. Unternehmen kämpfen mit globaler Konkurrenz, Fachkräftemangel, möglichen Handelskriegen und politischer Instabilität. Die mediale Berichterstattung über die wirtschaftliche Lage verstärkt diese Unsicherheit zusätzlich.“ (Stiftung für Zukunftsfragen 2024)

Abbildung 4: Antwort „Sehr gut“ oder „Einigermaßen gut“ auf die Frage „Wie würden Sie die wirtschaftliche Situation in Ihrem Land beschreiben?“



Quelle: Angaben nach (Nadler 2025) für Deutschland

Vor dem Hintergrund objektiver und vor allem subjektiver Befunde zur Einschätzung der allgemeinen und wirtschaftlichen Lage im Besonderen wäre zu erwarten, dass das Thema „Eigenverantwortung“ in der publizier-

ten Welt in Zunahme begriffen ist. Dies kann derzeit noch nicht mit Daten abgebildet werden. Es sieht aber nicht so aus, dass dieses Thema in den Zeitungen oder in politischen Debatten eine wesentlich größere Bedeutung einnehmen würde als zuvor.

Ein Blick in die Wahlprogramme der größeren Parteien sollte daher einen Eindruck vermitteln, welche Bedeutung dem Thema bei der Bundestagswahl 2025 zukommt.

3.2 Eigenverantwortung in den Wahlprogrammen der Parteien

Um einen Eindruck hinsichtlich der Thematisierung des Begriffs „Eigenverantwortung“ zu bekommen, wurden die Ende Januar 2025 veröffentlichten Wahlprogramme der Parteien⁷ nach der Häufigkeit durchsucht, mit der die Zeichenfolge „eigenverant“ dort vorkommt. Das Ergebnis wurde mit der Zahl der Seiten der Wahlprogramme normalisiert und mit 100 multipliziert, sodass der „Index der Thematisierung von Eigenverantwortung“ entstanden ist (siehe Abbildung 5).

Ein Vergleich der Parteien zeigt eine starke Differenzierung, die leicht erkennbar dem politischen Spektrum folgt. Parteien „rechts“ der Mitte thematisieren „Eigenverantwortung“ wesentlich stärker als Parteien „links“ der Mitte. SPD und BSW erwähnen den Begriff überhaupt nicht.

Im Sinne einer historischen Betrachtung der vergangenen 20 Jahre fällt auf, dass sich gegenüber früher gerade bei den rot-grünen Parteien ein massiver Wandel zugetragen hat. Damals verfolgte vor allem die SPD einen sozialreformerischen Kurs in Anlehnung an die Politik der britischen Labour-Regierung, der die Verantwortung des Individuums stark betonte (vgl. Abschnitt 4.1.2). Dass dieser Begriff heute aus dem Wahlprogramm vollständig verbannt ist, reflektiert den grundlegenden politischen Wandel der SPD.

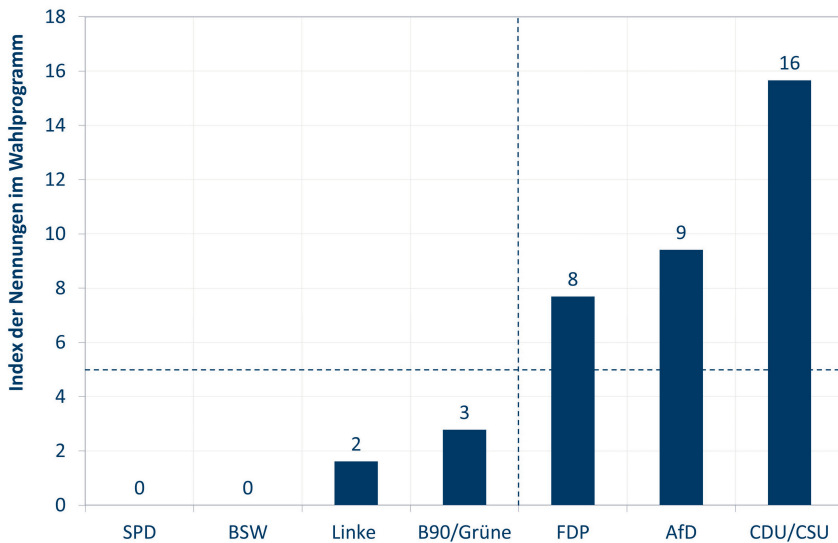
Bei genauerem Hinsehen ist aber zu erkennen, dass nur CSU/CSU bzw. FDP einen genaueren Bezug zur Gesundheitspolitik herstellen. Die AfD bringt den Begriff dagegen in Beziehung zur Wirtschaftsordnung und zu einem allgemeinen Leitbild bürgerlichen Lebens. Bei den Unionsparteien wird die Eigenverantwortung im Kontext der Prävention von Krankheiten

7 Die Quellen wurden über die Internetseite der Landeszentrale für politische Bildung des Landes Baden-Württemberg ermittelt (Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (LPB) 2025).

sowie der Steigerung der Gesundheitskompetenz erwähnt. Die FDP betont explizit, die Wahlfreiheit von Versicherten stärken zu wollen.

Die beobachtete starke Differenzierung spiegelt damit gleichzeitig die intensive Polarisierung politischer Positionen wider, die in abgeschwächter Form teilweise auch quer durch die Unionsparteien verlaufen.⁸ Es konnte beobachtet werden, dass seit 2008 bzw. der 17. Wahlperiode ab 2009 (siehe dazu auch Abschnitt 4.1.3) politische Desiderate der Eigenverantwortung nach und nach zurückgenommen worden sind (siehe dazu auch Abschnitt 4.2).

Abbildung 5: Index der Thematisierung von „Eigenverantwortung“ in den Wahlprogrammen der größeren Parteien



Quelle: Wahlprogramme der Parteien nach (Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (LPB) 2025)

Insgesamt zeigt die Polarisierung der Parteien bei gleichzeitigem Fehlen konkreter Vorstellungen zur Rolle von Eigenverantwortung in der Gesundheitsversorgung an, dass das Thema im Wahlkampf und mit großer Wahr-

⁸ Während Jens Spahn (CDU) eher die Eigenverantwortung als einen der Pfeiler der Gesundheitspolitik ansieht, betont Karl-Josef Laumann (CDU) mehr die solidarischen Elemente und weist darauf hin, dass es auch Menschen gibt, die nicht in der Lage sind, ihre gesundheitlichen Belange in eigener Verantwortung zu gestalten.

scheinlichkeit auch nach den Wahlen eine eher geringe Rolle spielen wird, insbesondere wenn man dies mit der Situation vor 20 Jahren vergleicht.

Die Ausführungen dieses Abschnitts sollten zeigen, dass der aus der Vergangenheit bekannte (reziproke) Zusammenhang zwischen dem Thema „Eigenverantwortung“ und der wirtschaftlichen Situation in der subjektiven Wahrnehmung heutzutage eine geringere Rolle spielt: Ein hohes Niveau an Sorgen um die wirtschaftliche Entwicklung korrespondiert nicht mit einer verbreiteten Stimmung, nach der es einmal wieder an der Zeit wäre, mehr in die Verantwortung des Einzelnen zu legen. Dies war auch nicht in den Wahlprogrammen der Fall, sodass davon auszugehen ist, dass das Thema auch im Koalitionsvertrag der zukünftigen Regierung nicht an prominenter Stelle stehen wird.

4. „Eigenverantwortung“ in der Politik der Bundesregierungen von 1994 bis 2021

In den von Konrad Adenauer und Ludwig Erhard geführten ersten Regierungen der Bundesrepublik hatte die gesundheitliche Versorgung nicht den Stellenwert, den sie später bekommen sollte und heute hat. Dies lag zum einen an der Dominanz der Themen, die mit den Wirren der Nachkriegszeit einhergingen, wie z. B. der großen Rentenreform, und zum anderen an dem damals noch sehr rudimentären Stand der medizinischen Versorgung, der sich erst ab den 70er Jahren entwickelt hatte und daher für die politische Gestaltung interessant wurde (Wehler 2008). Eigenverantwortung hatte damals naturgemäß eine wesentlich größere Bedeutung, als – direkt nach dem Krieg – die Mehrheit für ihre Existenz in ungeschützten Arbeitsverhältnissen, durch Tauschen oder „Organisieren“ selbst sorgen musste oder als in den 50er Jahren die Sicherung des Einkommens und der Wohnung Priorität hatte.

Erst Ende der 60er Jahre, in der Zeit der sozialliberalen Koalitionen, nahm das Thema „Gesundheit“ breiteren Raum ein, unter anderem durch die Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Zu einer dynamischen Entwicklung der Gesundheitsausgaben trug vor allem der damals forcierte Ausbau der Krankenhausinfrastruktur bei. Der Begriff der „Kostenexplosion“ entstand und mit den ersten Kostendämpfungsgesetzen kam auch das Thema „Eigenverantwortung“ auf. Die Schwerpunktverlagerung von der Einkommenssicherung zu einem starken Pfeiler der Gesunderhaltung war ebenso darauf zurückzuführen, dass die Medizin zunehmend in der Lage war, signifikante gesundheitliche Wirkungen zu erzielen, wodurch sie für die Realität der Bevölkerung immer relevanter wurde. Dies war bis in die 60er Jahre hinein nur rudimentär der Fall.

Im Folgenden werden die Regierungen „Kohl 4“, „Rot-Grün“ und „Merkel 1“ bis „Merkel 4“ skizziert, um einen Eindruck zu geben, wie sich das Thema „Eigenverantwortung“ über die politischen Veränderungen und Epochen entwickelt hat. Im Anschluss werden einzelne Entwicklungen quantifiziert und gezeigt, dass die politischen Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung durchaus auch einer quantifizierenden Betrachtung unterzogen werden können (siehe dazu Abschnitt 4.2). Regierungen folgen den Wahlperioden des Bundestags, weshalb dieser Begriff

4. „Eigenverantwortung“ in der Politik der Bundesregierungen von 1994 bis 2021

– oft auch als „Legislaturperioden“ bezeichnet – im Folgenden häufiger auftaucht. Zur besseren Übersicht werden die Wahlperioden im Anhang aufgeführt (siehe Abschnitt 8.1).

4.1 Regierungspolitik von 1994 bis 2017 (Wahlperioden 13 bis 18)

Um der Zielsetzung dieser Arbeit entsprechen zu können, müssen die letzten 20 Jahre der Gesundheitspolitik abgebildet werden. Damit sind die beiden Wahlperioden zu berücksichtigen, in denen die beiden rot-grünen Regierungen an der Macht waren. Um deren Hintergrund besser verstehen zu können, soll auch noch die letzte Regierungsperiode von Kanzler Kohl einbezogen werden.

4.1.1 Die letzte Kohl-Regierung von 1994 bis 1998 (Wahlperiode 13)

Die Regierungen unter Helmut Kohl waren gegenüber der Eigenverantwortung zumindest verbal eher positiv eingestellt. Diese Einstellung kam aber erst so richtig in der Spätphase der Ära Kohl zum Tragen, nachdem sich in den 90er Jahren in der Folge der Wiedervereinigung ein zunehmender Anstieg der Staatsschulden und Sozialausgaben bei gleichzeitiger Stagnation des Wirtschaftswachstums einstellte. Die letzte Regierung Kohl reagierte insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer spürbaren Einführung von Elementen wie Zuzahlungen, der Erweiterung des Katalogs von zuzahlungspflichtigen Leistungen und von Wahltarifen.

4.1.2 Die beiden rot-grünen Regierungen von 1998 bis 2005 (Wahlperioden 14 und 15)

Diese austere Politik der letzten Kohl-Regierung wurde trotz anhaltender Wirtschaftsschwäche durch die 1998 neu gewählte rot-grüne Koalition zunächst unterbrochen. Ihre Wahlversprechen einlösend, reagierte die neue Regierung in der Krankenversicherung mit der Rücknahme einiger Leistungseinschränkungen und auch mit Leistungsausweitungen. Parallel dazu wurden jedoch die gedanklichen Fundamente für eine Kehrtwende in der Sozialpolitik gelegt. Im sog. Schröder-Blair-Papier wurde 1999 nachvollzogen, was in Großbritannien als „Dritter Weg“ bereits vorher politisch erfolgreich geworden war. Der Begriff „Eigenverantwortung“ stand dabei

ganz im Mittelpunkt, das sozialstaatliche Versorgungsdanken wurde damals eher kritisch gesehen:

- „Wir haben Werte, die den Bürgern wichtig sind - wie persönliche Leistung und Erfolg, Unternehmergeist, Eigenverantwortung und Gemeinsinn - zu häufig zurückgestellt hinter universelles Sicherungsstreben.
- Moderne Sozialdemokraten wollen das Sicherheitsnetz aus Ansprüchen in ein Sprungbrett in die Eigenverantwortung umwandeln
- Alle sozialpolitischen Instrumente müssen Lebenschancen verbessern, Selbsthilfe anregen, Eigenverantwortung fördern.“ (Schröder und Blair 1999)

Unter dem Eindruck einer weiteren Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, die durch das Bild vom „Sick man of the euro“ (The Economist 1999) ikonifiziert wurde, kam es dann zur Formulierung und Umsetzung eines umfangreichen Pakets von Arbeitsmarkt- und Wirtschaftsreformen, die als Agenda 2010 in die Geschichte eingegangen sind.

Im Zentrum standen die sog. Hartz-Reformen. Diese zielten auf die Umgestaltung des Arbeitsmarktes in Deutschland. Sie galten als die „größte Arbeitsmarktreform in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland“ (Hüther und Scharnagel 2005) und sollten den Wohlfahrtsstaat in einen aktivierenden Sozialstaat umwandeln, indem sie das Prinzip des "Forderns und Förderns" zur Wiedereingliederung in Arbeit betonten. Die Reformen zielten auch darauf ab, die Bundesagentur für Arbeit zu einem modernen Dienstleister auszubauen, der sich auf die Vermittlung von Arbeitsplätzen und nicht auf die Verwaltung der Arbeitslosigkeit konzentriert.

Ein weiterer wichtiger Baustein der Agenda 2010 war die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) stellte die tiefgreifendste Reform der gesetzlichen Krankenversicherung dar, die jemals vorgenommen wurde. Sie enthält zahlreiche Elemente, die sich sowohl auf die Stärkung der Eigenverantwortung beziehen als auch Wahlmöglichkeiten eröffnen und damit ebenfalls der Durchsetzung von mehr individueller Autonomie dienen. Einige Elemente seien herausgehoben:

- „Einführung von Zuzahlungen auf alle GKV-Leistungen von 10 Prozent des Preises, mindestens 5, höchsten 10 Euro. Praxisgebühr in der ambulanten Versorgung von 10 Euro je Quartal. Zuzahlungen bei stationärer Versorgung 10 Euro je Tag (maximal 28 Tage).
- Belastungsgrenze 2 Prozent des Haushaltseinkommens, 1 Prozent bei chronisch Kranken und DMP-Teilnehmern.

4. „Eigenverantwortung“ in der Politik der Bundesregierungen von 1994 bis 2021

- Sterbe- und Entbindungsgeld sowie Zuschüsse für Sehhilfen werden komplett gestrichen. Fahrkosten für Taxi nur auf Antrag. Rezeptfreie Arzneimittel werden von den Kassen nicht mehr bezahlt.
- Krankenkassen können Verträge zur integrierten Versorgung (IV) ohne Zustimmung der KV schließen. Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zur vertragsärztlichen Versorgung.“ (Knieps und Reiners 2015)

Die Politik der Agenda 2010 führte zu tiefen Zerwürfnissen in der SPD, was Kanzler Gerhard Schröder dazu bewog, im Jahr 2005 die Vertrauensfrage zu stellen mit der Absicht, diese durch das rot-grüne Regierungsbündnis selbst scheitern zu lassen.⁹ Die darauffolgenden Neuwahlen brachten aber nicht den erwarteten Wahlsieg, sondern führten zur zweiten „Großen Koalition“ in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, die erste von vier Regierungen unter der Leitung von Kanzlerin Angela Merkel.

4.1.3 Die vier Merkel-Regierungen von 2005 bis 2021 (Wahlperioden 16 bis 19)

Den Merkel-Regierungen voraus gingen Reformvorschläge der CDU zur Reform der Krankenversicherung. Im Beschluss des 17. Parteitags der CDU in Leipzig von 2003 war an zahlreichen Stellen von „Eigenverantwortung“ die Rede, aber vor allem wurde die „Gesundheitsprämie“ als Kernstück eines tiefgreifenden Wandels propagiert. Mit diesem einkommensunabhängigen Beitrag sollte für alle Interessengruppen die „wahren“ Kosten für die Gesundheitsversorgung sichtbar werden und damit ein Umdenken in Richtung Sparsamkeit, Effizienz und auch Eigenverantwortung eingeleitet werden (Christlich Demokratische Union (CDU) 2003). Die geringe Popularität des Modells sowie die massive Opposition der CSU unter Horst Seehofer haben vermutlich das unerwartet schlechte Abschneiden der CDU/CSU bei der Wahl im Jahr 2005 maßgeblich mitbedingt (Ärztezeitung (ÄZ) 2021).

9 „Als Hauptgrund für die seines Erachtens nötige Auflösung des Bundestags führte Schröder die mangelnde Unterstützung in den eigenen Reihen an. Er könne des Vertrauens seiner Partei und des Koalitionspartners nicht mehr sicher sein. Die Debatte habe so weit geführt, dass SPD-Mitglieder damit drohten, sich einer rückwärts gewandten, linkspopulistischen Partei anzuschließen. Weil er die Politik der Agenda 2010 fortsetzen und weiter entwickeln wolle, sei eine Legitimation durch Wahlen unverzichtbar.“ (Wolfrum 2005.).

Das Prämienmodell spielte in Bezug auf das Thema „Eigenverantwortung“ hauptsächlich eine konzeptionelle, vielleicht sogar ideologische Rolle, war aber beim genaueren Hinsehen nicht geeignet, die Inanspruchnahme von Leistungen effizienter zu gestalten. Moral Hazard wird nicht geringer, wenn die Versicherten einen Festbetrag statt eines prozentualen Teils ihres Einkommens aufbringen.

4.1.3.1 Regierung Merkel 1 (Koalition mit der SPD unter Peer Steinbrück von 2005 bis 2009 – Wahlperiode 16)

In der ersten Regierung Merkel (16. Wahlperiode) führte die damalige SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt den noch unter Rot-Grün gestarteten Reformkurs fort, der mehrere Elemente von Eigenverantwortung bzw. Wahlmöglichkeiten beinhaltete, darunter den kassenindividuellen Zusatzbeitrag¹⁰, die hausarztzentrierte Versorgung, den Ausbau der Selektivverträge und verschiedene Wahltarife (Knieps und Reiners 2015). Das Ende der ersten Regierung Merkel fiel mit der zweiten Weltwirtschaftskrise zusammen, die letztlich einen großen Einfluss auf die Gesundheits- und Sozialpolitik hatte (siehe Abschnitt 5).

4.1.3.2 Regierung Merkel 2 (Koalition mit der FPD unter Guido Westerwelle und später Philipp Roesler von 2009 bis 2013 – Wahlperiode 17)

Die schwarz-gelbe Koalition war in der 17. Wahlperiode mit der Überraschung gestartet, dass das Gesundheitsresort an die FDP mit dem damaligen Gesundheitsminister Roesler ging. Dieser hatte die FDP als einzige Partei für die Einführung eines prämienbasierten Finanzierungssystems in den Wahlkampf geführt. Die Vorgängerregierung hatte das frühere Vorhaben „Kopfpauschale“ zu einer „kleinen Kopfpauschale“ verändert, die quasi zum Zusatzbeitrag geworden war, den jede Krankenkasse selbst erhebt.

Für das Thema „Eigenverantwortung“ bzw. „Wahlfreiheit“ waren die relevantesten Entscheidungen zunächst die Erleichterung des Übertritts von der GKV zur PKV, die Ermöglichung des Umstiegs von Sachleistungen auf eine Kostenerstattung sowie einige Veränderungen, die die Versicherten

10 Ein Residuum aus dem Wahlkampf, den die CDU noch mit der Gesundheitsprämie geführt hatte.

stärker in die Pflicht nahmen (z. B. bei der Vollstreckung von Zuzahlungen).

Überwogen haben in dieser Wahlperiode aber mehrere schwerwiegende Veränderungen, die das Gegenteil bewirkten, nämlich eine Reduzierung von Elementen der Eigenverantwortung, wovon die wichtigsten drei Regelungen genannt werden sollen:

- Im Zuge der Regulierungen, die eine Verhandlung der Erstattung von innovativen Arzneimitteln zum Ziel hatten, wurde die Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrages aufgehoben, wenn kein Zusatznutzen festgestellt wird (§ 31 Abs. 2a SGB V¹¹). Damit ging die gesamte Verantwortung weg von den Versicherten. Der GKV-Spitzenverband verhandelte nunmehr mit den Herstellern. Die Versicherten oder Patienten waren somit von der Entscheidung befreit, bei Arzneimitteln ohne Zusatznutzen die Inanspruchnahme über eine Aufzahlung über den Höchstbetrag dennoch zu erwägen.
- Die ersatzlose Aufhebung der Verpflichtung, bei Inanspruchnahme einer Arztpraxis eine Praxisgebühr von monatlich zehn Euro zu bezahlen, als sichtbares Zeichen für die Wahrnehmung von Eigenverantwortung.
- Die Abschaffung einer Bindungsfrist bei Wahlтарifen, die bei der Wahl eines Integrierten Versorgungsmodells angeboten werden können. Damit war für Krankenkassen jeglicher Anreiz verloren gegangen, effizienzsteigernde Versorgungsmodelle anzubieten.

Insgesamt kann beobachtet werden, dass gegenüber den beiden vorausgehenden Wahlperioden ein Umschwung festzustellen ist. Unter großen Konflikten (Die Welt (WELT) 2008) wurden unter Ulla Schmidt Zuzahlungen und andere „Zumutungen“ durchgesetzt, die – vermutlich unter dem Eindruck einer durch die Bankenkrise sensibilisierten Bevölkerung – wieder kassiert wurden, und zwar ausgerechnet von einem FDP-Minister (siehe dazu Abschnitt 5).

4.1.3.3 Regierung Merkel 3 (Koalition mit der SPD unter Sigmar Gabriel von 2013 bis 2017 – Wahlperiode 18)

Das Gesundheitsministerium wurde in dieser Wahlperiode von Hermann Gröhe (CDU) geleitet. In dieser Zeit kam es zu sehr umfangreichen

11 Dieser Paragraph war kurz vorher unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eingeführt worden.

Reformen, die unter anderem die Prävention betrafen, aber auch viele Veränderungen in der Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Versicherten und Patienten wurden zahlreiche neue Ansprüche definiert, darunter prozedurale Unterstützungen wie z. B. das Recht auf eine Zweitmeinung oder ein Entlassmanagement.

In Richtung von Eigenverantwortung und Wahlfreiheit zeichnet sich diese Wahlperiode durch eine starke Zurückhaltung aus (siehe auch Abschnitt 4.2).

4.2 Quantifizierung von semantischen Desideraten für „Eigenverantwortung“ in der Gesetzgebung im Bereich der Gesundheit

Politische Entwicklungen sind gewöhnlich Gegenstand der historischen Analyse. Die Analyse der Entwicklung von Gesetzen spielt dabei oft eine erhebliche Rolle, weil sich darin Werte, Moralvorstellungen und Prioritäten in einer Gesellschaft zu einer bestimmten Zeit widerspiegeln. Weitere Hinweise ergeben sich aus der Analyse von Gesetzen, Machtstrukturen, Konflikten sowie Kontinuität bzw. Disruption.

Während die Quantifizierung in weiten Teilen von Wissenschaft und Forschung einen noch immer anhaltenden rasanten Aufstieg nimmt, werden politische und historische Analysen weiterhin überwiegend in narrativer Form angeboten. Dies erfolgt nicht zuletzt auch dadurch, weil deren Quellen in erster Linie sprachlicher Natur sind.

Im Rahmen dieser Studie wurden sprachliche Inhalte zugänglich gemacht im Sinne eines „Natural Language Processing“¹². Methodische Details dieser Analysen werden im Anhang spezifiziert.

4.2.1 Auszählung von relevanten Zeichenketten in verschiedenen Versionen des Fünften Sozialgesetzbuches

Die einfachste Herangehensweise wurde bei der Bestimmung der Häufigkeit gewählt, mit der der Term „haben Anspruch auf“ in den jeweiligen Versionen des SGB V vorkommt.¹³ Inhaltlich sind damit Teile von Gesetzen

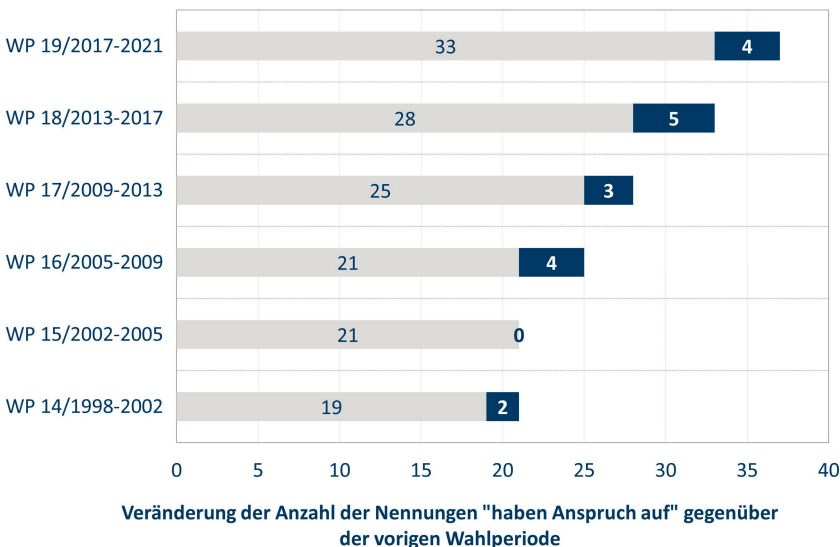
12 Siehe dazu Abschnitt 8.2.

13 In einem Fall wurde von der einfachen Regel abgewichen: In der Wahlperiode 14 entfiel bei § 30 („Zahnersatz“) zwar die Zeichenkette „haben Anspruch auf“, inhaltlich ergab sich allerdings für die Versicherten ein verbesserter Leistungsanspruch.

bezeichnet, die einen spezifischen Leistungsanspruch formulieren. Diese wurden ausgewählt und tabellarisch als die Zahl der pro Wahlperiode im Gesetz dokumentierten Leistungsansprüche dargestellt. Inhaltlich bedeutet die Zunahme von Leistungsansprüchen, dass die Versicherten davon entlastet werden, die entsprechenden Bedarfe in Eigenverantwortung zu organisieren. Ein zusätzlicher Leistungsanspruch kann im Sinne dieser Studie mit der Rücknahme von Eigenverantwortung gleichgesetzt werden.

Die Abbildung 6 zeigt, dass in den letzten Wahlperioden politische Entscheidungen immer zugunsten zusätzlicher Leistungen ausgefallen sind. Während in der zweiten rot-grünen Regierung in Summe keine weiteren Ansprüche hinzukamen (GKV-Modernisierungsgesetz), wurden ab der 16. Wahlperiode jeweils zwischen drei und fünf Leistungsansprüche netto zusätzlich ins SGB V aufgenommen.

Abbildung 6: Anzahl der Textteile im SGB V „haben Anspruch auf“ als Indikator für Leistungsansprüche

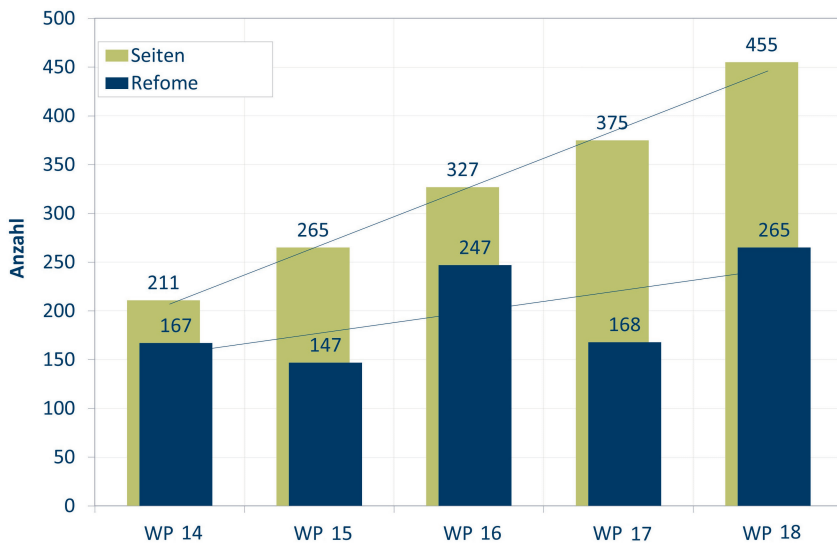


Quelle: Eigene Analyse nach (Häussler 2020)

4.2.2 Identifizierung von „Refomen“ als semantische Basis von Gesetzestexten

Das SGB V ist nach juristischer Klassifizierung in Kapitel, Abschnitte, Titel, Paragraphen, Absätze und Sätze gegliedert. Diese sind für eine Analyse von gesetzgeberischen Inhalten über die Zeit nicht aussagekräftig. Daher bedarf es einer besonderen Herangehensweise, die das Gesetz nach den Veränderungen betrachtet, die in den einzelnen Wahlperioden erfolgt, also gestrichen oder hinzugefügt, sind. Diese Veränderungen können dann semantisch klassifiziert werden.¹⁴

Abbildung 7: Zahl der Seiten der jeweils letzten Ausgabe des SGB V in einer Wahlperiode und Anzahl der Refome



Quelle: Eigene Analyse nach (Häussler 2020)

¹⁴ Eine solche Vorgehensweise kann als „machine learning“ verstanden werden, mit dem solche Vorgänge im Sinne des „natural language processing“ automatisiert genutzt werden können, um damit die Grundlage für eine computerbasierte quantitative Inhaltsanalyse zu legen.

Damit entstehen semantisch gedeutete kleinste Einheiten, die einzelne Reformpartikel darstellen, die im Folgenden „Refome“¹⁵ genannt werden. Die Zahl der Refome nimmt über die Zeit zu, wobei das Textvolumen der einzelnen Ausgaben des SGB V noch wesentlich stärker steigt (siehe Abbildung 7). Beide Phänomene sind Ausdruck eines über die verschiedenen Wahlperioden immer stärker zunehmenden Regulierungswillens des Gesetzgebers.

Auf dieser Grundlage wurden solche Refome isoliert betrachtet, die eher dafür stehen, dass von den Versicherten mehr oder auch weniger Eigenverantwortung gefordert wird. Jeweils ein Beispiel wird in der folgenden Tabelle 1 gegeben.

- Mehr Eigenverantwortung
Während in der ersten rot-grünen Regierungszeit (WP 14/1998 – 2002) die Wahlmöglichkeit für Kostenerstattung auf Freiwillige Mitglieder begrenzt war, wurde diese Beschränkung in der zweiten rot-grünen Regierungszeit (WP 15/2002 – 2005) aufgehoben und allen Versicherten ermöglicht.
- Weniger Eigenverantwortung
Während in der 1. Regierung Merkel bei Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung pro Quartal zehn Euro an die jeweilige Praxis zu entrichten waren, wurde diese Vorschrift in der 2. Regierung Merkel unter dem damaligen Minister Daniel Bahr (FDP) aufgehoben.

15 Ein „Refom“ (gebildet aus Reform und Atom) ist ein Stück Gesetzestext, der in sich eine Zielgruppe, eine Thematik und eine Zielrichtung enthält. Näheres dazu im Anhang.

Tabelle 1: Beispiele für Formulierungen im SGB V vor und nach einer Änderung; letztere werden als „Refom“ bezeichnet

Vorher	Danach = Refom	Inhalt des Refoms
<p>WP 14/1998-2002 §13 Kostenerstattung</p> <p>(2) 1Freiwillige Mitglieder sowie ihre nach § 10 versicherten Familienangehörigen können für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. 2Es dürfen nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.</p>	<p>WP 15/2002-2005 §13 Kostenerstattung</p> <p>(2) 1Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. 2Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten.</p>	mehr Eigenverantwortung
<p>WP 16/2005-2009 §28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung</p> <p>(4) 1Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.*</p>	<p>WP17/2009-2013 §28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung</p> <p>(4) (weggefallen)</p>	weniger Eigenverantwortung

Quelle: (Bundesministerium für Gesundheit (BMG))

WP 14: Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 28.08.2002 bis 31.12.2002

WP 15: Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 01.10.2005 bis 14.12.2005

WP 16: Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 05.08.2009 bis 31.12.2009

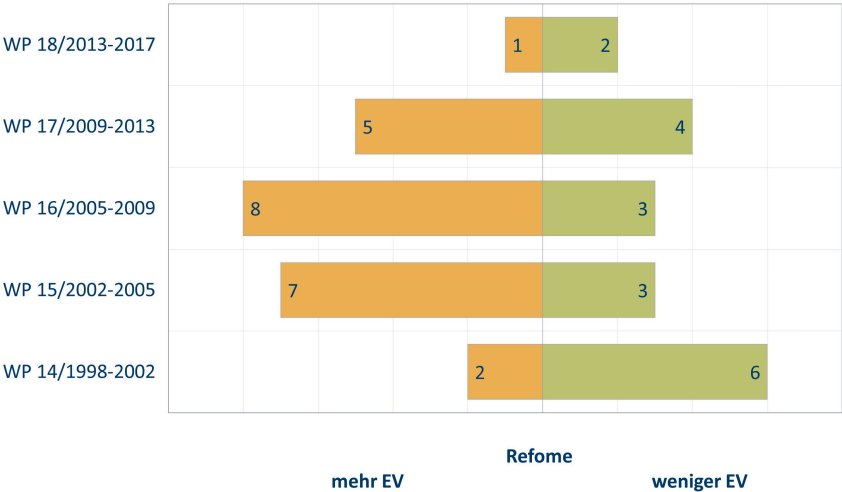
WP 17: Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 13.08.2013 bis 31.12.2013

* 10 Euro

Eine Übersicht über die quantitative Entwicklung gibt Abbildung 8. Erkennbar ist, dass ab der zweiten rot-grünen Regierungszeit eine deutlich austere Politik begonnen wurde, die dann aber in der 2. Regierung Merkel sukzessive beendet worden ist.

4. „Eigenverantwortung“ in der Politik der Bundesregierungen von 1994 bis 2021

Abbildung 8: „Refome“ zum Thema „Eigenverantwortung“ über die Wahlperioden 14 – 18.



Quelle: Eigene Analyse nach (Häussler 2020)

5. Exkurs: Die Weltwirtschaftskrise 2008/2009 hat die Wahrnehmung der persönlichen Gesundheit und die Bedeutung des Gesundheitswesens verändert

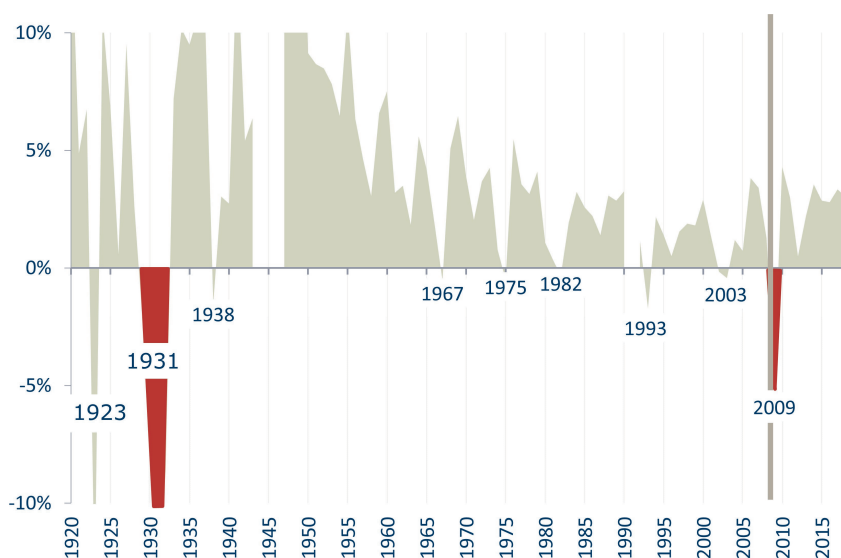
Die Krise, die als Banken- und Finanzkrise begann, hat sich zu einer umfassenden Wirtschaftskrise entwickelt und wurde von vielen Menschen in Deutschland als tiefgreifender gesellschaftlicher und politischer Wendepunkt empfunden. In der Folge kam es zu bedeutsamen Veränderungen der Wertestruktur in der Gesellschaft.

5.1 Ablauf

Ein wichtiger Startpunkt dieser Entwicklung begann im März 2000 mit dem Absturz der Telekom-Aktie. 2002 hatte sich die Skepsis gegenüber einer Beteiligung am Aktienmarkt mit der „Dotcom-Krise“ fortgesetzt, die mit einer Entwertung der meisten „Tech-Aktien“ einherging, in die auch Deutsche kurzzeitig viel Vertrauen gesetzt hatten. Für viele Deutsche hatten sich damals die Grundlage der Beschäftigung mit Wertpapieren verändert und damit auch einer von Eigeninitiative geprägten Einstellung zur Entwicklung des persönlichen Wohlstands. In diese Zeit fiel die Politik der „Agenda 2010“, die gegenüber der beginnenden Skepsis noch einmal Eigeninitiative und Eigenverantwortung hochgehalten hatte (siehe 4.1.2).

Nach dem Zusammenbruch einiger Großbanken in den USA, anderen Ländern (z. B. Island und Irland), aber auch in Deutschland wurden zwar staatliche Gegenmaßnahmen ausgelöst, die jedoch ein Übergreifen auf die Realwirtschaft nicht verhindern konnten. Im Jahr 2009 kam es zu einem seit dem Ende der 20er Jahre nie dagewesenen Einbruch der Wertschöpfung im globalen Maßstab, wie auch in Deutschland, wo das BIP um etwa 5 % gegenüber dem Vorjahr zurückging (siehe Abbildung 9). Die Krise wird weithin als „The Great Recession“ bezeichnet (Wikipedia 2025). In einer Publikation des World Monetary Fund wurde sie als „the worst recession since the 1930s“ markiert, von Starbatty als die „Zweite Weltwirtschaftskrise“ benannt (Starbatty 2008).

Abbildung 9: Veränderungen des Bruttoinlandsproduktes in Deutschland zwischen 1920 und 2020



Quelle: Eigene Darstellung nach (Metz 2015) und (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025g)

Die staatlichen Interventionen, die als Lehre aus den 20er Jahren nicht wie damals in Budgetrestriktionen, sondern in Ausgabenprogrammen resultierten, waren weltweit erfolgreich und konnten die Krise begrenzen. Dabei kam es jedoch weltweit – auch in Deutschland – zu Rettungsaktionen („bail out“) einzelner Banken¹⁶. Zahlreiche Banken in staatlichem Besitz mussten gar liquidiert oder mit anderen Banken verschmolzen werden.¹⁷

5.2 Effekte auf die Wahrnehmung von Wirtschaft und Gesellschaft durch die Bevölkerung

Die Bankenkrise von 2008 und die folgende Krise der Realwirtschaft von 2009 wurden nicht nur vom Laienpublikum als plötzlich und unvorhersehbar erlebt. Auch aus dem Kreis der Wirtschaftswissenschaftler oder Finanz-

16 U. a. Hypo Real Estate, Commerzbank, IKB Deutsche Industriebank.

17 U. a. West LB, HSH Nordbank.

experten waren praktisch keine Warnungen gekommen (Starbatty 2008), mit Ausnahme von Nouriel Roubini, der allerdings vor 2008 Außenseiterstatus hatte (Loungani 2006).

Die Krise hatte zunächst zu einem starken Vertrauensverlust in das Bankensystem geführt. Es dominierte das Bild von den gierigen Bankern, die hochriskante Geschäfte machen und dabei nur an die Verbesserung ihrer persönlichen Einkommenssituation denken, insbesondere der mit kurzfristigen Gewinnen verdienten Bonuszahlungen.¹⁸ Dieses Bild war auch in Deutschland von Presse und Politik über einen langen Zeitraum verbreitet worden.¹⁹

In Bezug auf die Wirtschaft im Allgemeinen führte die Krise zu einem enormen Absturz des Vertrauens in 2008 und 2009. Eine Längsschnittbefragung aus dieser Zeit zeigt, dass Erwartungen an die Entwicklung der Wirtschaft aufgrund der Finanzkrise schlagartig abgenommen haben (Institut für Demoskopie Allensbach 2012) (siehe Abbildung 10). Der Edelman Trust Barometer zeigt für die USA²⁰, dass das Vertrauen in die Wirtschaft ebenfalls schlagartig auf ein niedriges Niveau gesunken war, was sonst nur aus Europa bekannt ist (Daniel J. Edelman Holdings 2001-2025).²¹

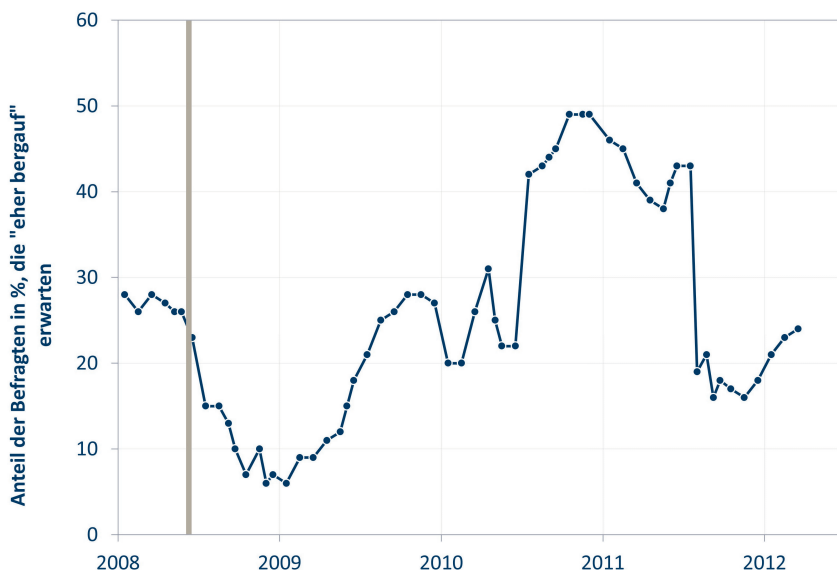
18 Das damals allgemein verbreitete Vehikel dazu waren die „collateralized debt obligations“ (CDO), die lange Zeit als geniales Instrument für Spekulationen wie auch die private Anlage galten. Sie basierten auf Hypotheken von Immobilien, die zumindest zum Teil nicht den Wert hatten, der dafür bezahlt worden war („subprimes“). Das Platzen dieser Immobilienblase brachte die Zweite Weltwirtschaftskrise 2008 ins Rollen.

19 Vizekanzler Peer Steinbrück (SPD) sagte am 8. Oktober 2008: „Wir sagen außerdem, dass diejenigen, die unverantwortliche Geschäfte gemacht haben, zur Verantwortung gezogen werden.“ (Leue 2018.).

20 Für Deutschland sind für diesen Zeitraum keine Daten veröffentlicht.

21 Die Publikation „Vertrauen in Deutschland und Europa“ zeigt allerdings auf, dass in Deutschland das Vertrauen in die Wirtschaft bereits mit der zweiten rot-grünen Koalition ab 2004 abgenommen hatte und nicht erst 2008. Ab 2006 setzte sogar eine kontinuierliche Zunahme ein, die auch im Jahr 2008 nicht zurückgegangen war (Enste und Möller 2015). Da es sich jedoch um eine Kompilation aus verschiedenen Datenquellen handelt, waren in dieser Untersuchung kurzfristigere Entwicklungen nicht abbildbar.

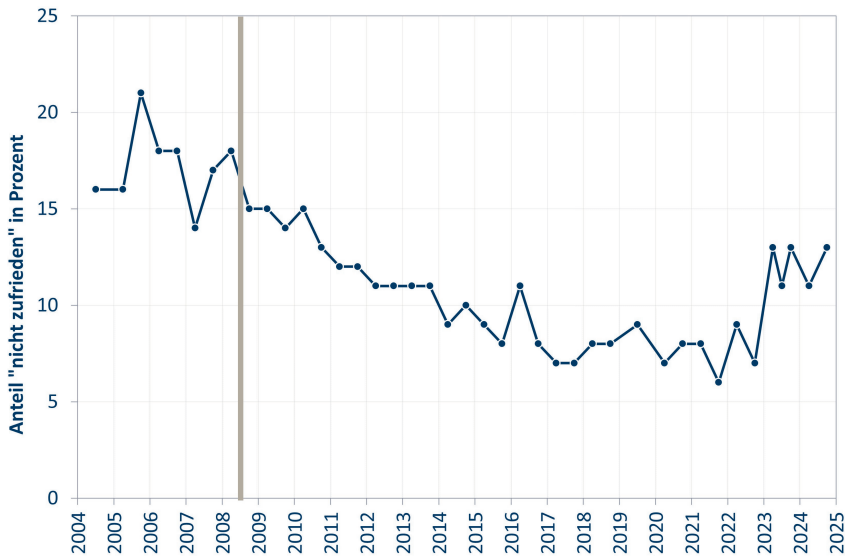
Abbildung 10: Antwort auf die Frage, ob die Befragten glauben, dass „es mit unserer Wirtschaft in den nächsten sechs Monaten eher bergauf oder eher bergab geht“



Quelle: Eigene Darstellung aus (Institut für Demoskopie Allensbach 2012)

Wirtschaftliche Veränderungen haben bekanntlich einen starken Effekt auf die wahrgenommene Lebenszufriedenheit der Bevölkerung, obwohl auch andere Faktoren wie z. B. Gesundheit dazu beitragen (Stiglitz et al. 2009). Vor diesem Hintergrund soll gezeigt werden, wie sich die Lebenszufriedenheit in Deutschland über die Jahre verändert hat (siehe Abbildung 11): Nach den Spitzenwerten auf dem Eurobarometer für „unzufrieden“ von 2005 bis 2008 (Europäische Kommission - Generaldirektion Kommunikation 2024) sank dieser Wert kontinuierlich bis 2022. Danach war ein jäher Anstieg zu beobachten, der allerdings noch nicht die Höhe von 2008 erreicht hat. Gleichwohl ist zu beobachten, dass die jüngsten wirtschaftlichen Einbrüche ihre Spuren hinterlassen und politische Relevanz erreichen werden. Einen ähnlichen Befund zeigen auch die neueren Daten des „World Happiness Report“ (Wellbeing Research Centre der Universität Oxford et al. 2025).

Abbildung 11: Lebenszufriedenheit: Anteil der Befragten in Deutschland, die angeben, „unzufrieden“ zu sein.



Quelle: Eigene Darstellung nach (Europäische Kommission - Generaldirektion Kommunikation 2024)

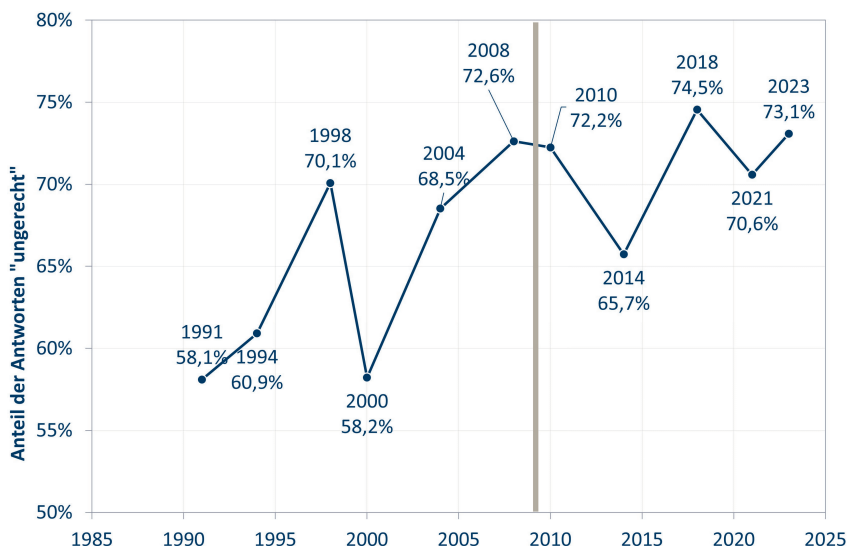
Eine andere Perspektive der relevanten Einstellungen der Bevölkerung ergibt sich aus der Betrachtung, wie in Deutschland „Ungleichheit“ wahrgenommen wird. Die in der Krise erlebte Ungleichheit zwischen Bankern und (in zweiter Linie) Menschen, die durch ihre Stellung im Wirtschaftsprozess hohe Einkommen erzielen können, hat sich als Thema im politischen Diskurs verstetigt und gleichzeitig die Politik nach der Krise bis zum heutigen Tag geprägt. So antworten fast drei Viertel der Befragten im Jahr 2020 auf die Frage, ob sich die Ungleichheit von Einkommen und Vermögen langfristig verändert hat, mit „etwas gestiegen“ oder „stark gestiegen“ (The Politics of Inequality und Universität Konstanz 2024). Gleichmaßen sind ca. 60 % der Befragten der 2023er-Welle von ALLBUS der Ansicht, dass die Einkommen in Deutschland nicht gerecht verteilt seien (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) 2024)²².

Die längste bei ALLBUS verfügbare Zeitreihe bezüglich der Wahrnehmung sozialer Differenzierungen bezieht sich auf das Statement: „Ich fin-

22 Eigene Analyse der ALLBUS-Daten.

de die sozialen Unterschiede in unserem Land im Großen und Ganzen gerecht“ (siehe Abbildung 12). Hier zeigt sich über die Jahre eine deutlich ansteigende Tendenz der Wahrnehmung einer „ungerechten“ Gesamtsituation. Die Ereignisse um die Zweite Weltwirtschaftskrise herum haben zu bis dahin nicht gekannte Maximalwerte für die Wahrnehmung von Ungerechtigkeit geführt. Allerdings ging im Jahr 2014 bereits ein deutlicher Sprung nach oben voraus, der wahrscheinlich auf negative Reaktionen auf die Politik der „Agenda 2010 zurückzuführen ist, nachdem die erste rot-grüne Regierung einen deutlichen Kurs des sozialen Ausgleichs eingeschlagen hatte.

Abbildung 12: Die Aussage „Ich finde die sozialen Unterschiede in unserem Land im Großen und Ganzen gerecht“ beantwortet mit „stimme eher nicht zu“ oder „stimme überhaupt nicht zu“



Quelle: Eigene Darstellung der Daten aus ALLBUS (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) 2024)

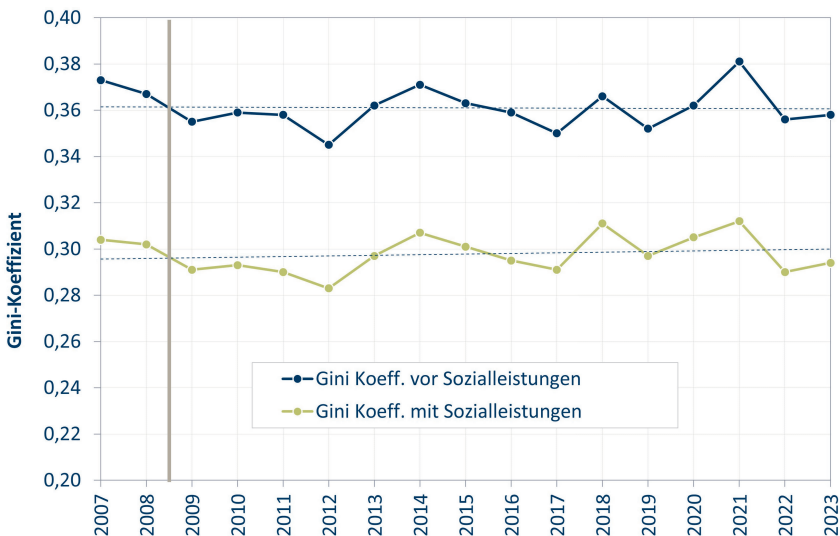
Die negativen Bewertungen von 2008 und 2010 wurden allerdings 2018 und 2023 noch übertroffen, was möglicherweise auf eine sehr verhaltene Entwicklung der Reallöhne (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025b) und die Lasten durch Energiepreise und Inflation zurückzuführen ist. Insgesamt

lässt sich seit der Wiedervereinigung deutlich erkennen, dass es wechselnde extrapolitische und politische Einflüsse auf die Wahrnehmung der sozialen Gerechtigkeit gibt, aber auch eine Tendenz zur Wahrnehmung von zunehmender Ungerechtigkeit.

Mit dem Gini-Koeffizienten verfügt man hingegen über ein Maß für soziale Ungleichheit, das nicht auf Befragungen, sondern auf der gemessenen Einkommensverteilung in der Gesellschaft basiert. Es würde nicht überraschen, wenn die wahrgenommene Ungerechtigkeit eine Entsprechung in einer tatsächlichen Auseinanderentwicklung der Einkommen hätte, also in einem zunehmenden Gini-Koeffizienten.

Abbildung 13 zeigt allerdings, dass der Gini-Koeffizient sowohl ohne als auch mit Berücksichtigung kompensatorischer Sozialleistungen seit 2007 keinerlei Tendenz zur Steigerung zeigt, was in Einklang mit dem letzten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2025) steht, der den verklausulierten Schluss formuliert: „Entsprechend kam es zu keinem deutlichen Sinken der Ungleichheit.“

Abbildung 13: Gini-Koeffizient nach verfügbarem Einkommen vor und mit Sozialleistungen

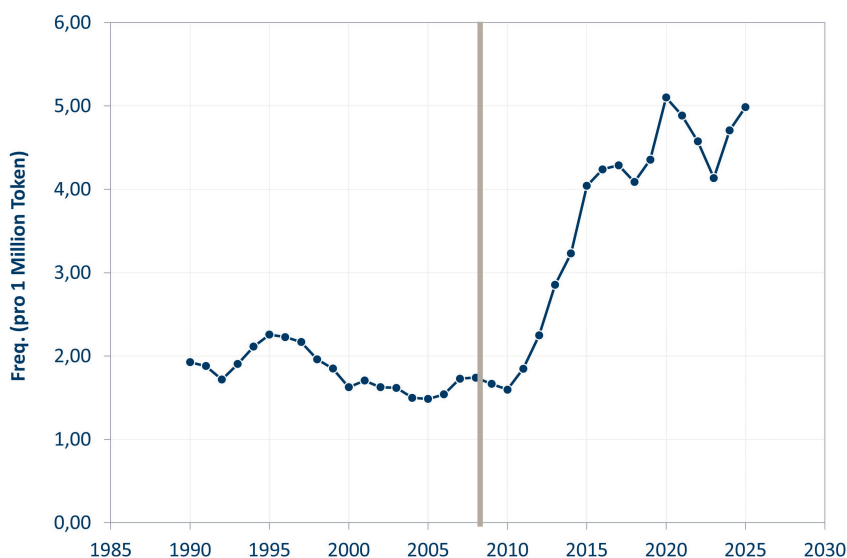


Quelle: Quelle:Eigene Darstellung nach (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025h)

In der Repräsentierung des Themas „Ungleichheit“ kam es in den Zeitungsmedien dagegen ab 2011 zu einem Anstieg auf mehr als das Doppelte gegenüber den Jahren ab 1990. Dieser fand 2020 seinen Höhepunkt und ist seither ungefähr konstant geblieben.

Zu den Treibern dieser Entwicklung lassen sich die Aktivitäten der NGO „Occupy Wallstreet“ (ab 2011) sowie Publikationen namhafter links orientierter Ökonomen zählen: Stiglitz (Stiglitz 2011), Krugman (Krugman 2012) und Piketty (Piketty 2013). Realpolitisch dürften die massiven finanziellen Interventionen der Bundesregierung und der Europäischen Union zur Vermeidung des Staatsbankrotts von Griechenland zu dem Eindruck beigetragen haben, dass enorme finanzielle Mittel offensichtlich vorhanden sind, aber nicht für eine nennenswerte Anhebung der Reallöhne zur Verfügung stehen.

Abbildung 14: Frequenz des Vorkommens des Terms „Ungleichheit“ in den deutschen Tageszeitungen

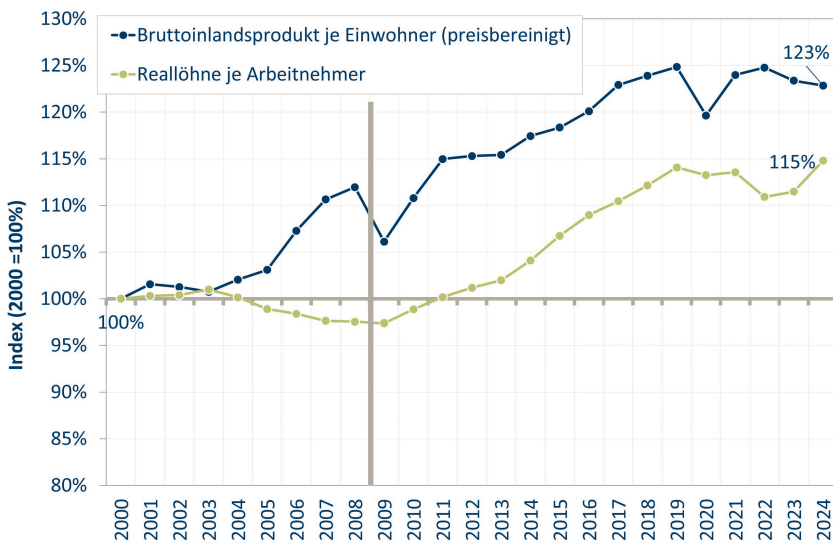


Quelle: Eigene Darstellung aus DWDS (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025c)

Auch wenn eine Ungleichheit im engeren Sinne des Wortes nicht der tragende Grund für die „Konjunktur“ des Begriffes seit 2011 gewesen sein kann, ist jedoch festzustellen, dass die Reallöhne in Deutschland das Ni-

veau von 2000 erst wieder im Jahr 2011 erreicht hatten. Zwischen 2000 und 2008 gingen die Reallöhne um 0,3 % p. a. zurück, während das BIP pro Jahr um 1,4 % anstieg – es brach in 2009 allerdings in Folge der Wirtschaftskrise auch um 5,2 % ein. Diese Diskrepanz, die insbesondere in der Publikation von Stiglitz thematisiert wird, hat vermutlich ebenso zu dieser gesteigerten publizistischen Aufmerksamkeit geführt. In der Folge kam es in den Perioden 2008/2019 und 2019/2024 zu einem stärkeren Anstieg der Reallöhne gegenüber dem BIP (siehe Abbildung 15). Es ist durchaus verständlich, dass relativ positive Nachrichten über die wirtschaftliche Entwicklung (BIP) bei gleichzeitigem Erleben einer Stagnation der Reallohnentwicklung Gefühle von Ungleichheit oder Zurückgelassenwerden erzeugen.

Abbildung 15: Entwicklung von preisbereinigtem Bruttoinlandsprodukt je Einwohner und Reallöhnen je Arbeitnehmer



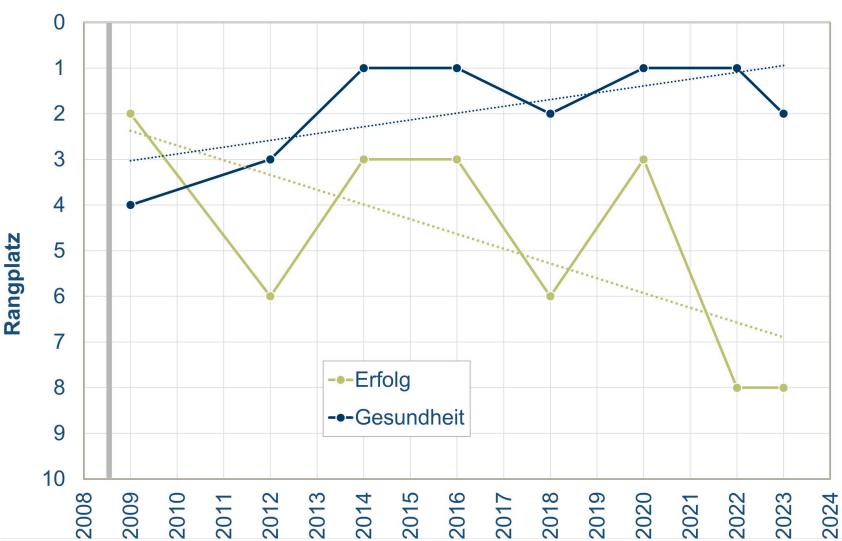
Quelle: Eigene Darstellung nach (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025g, 2025f)

Insgesamt entwickelte sich in den 2010er Jahren eine Situation, die zwar wenig von einer objektiven Zunahme der Ungleichheit gekennzeichnet war, allerdings auf der Ebene der Wahrnehmung und vor allem der Publizistik den Eindruck der gesellschaftlichen Ungleichheit stark beförderte.

5.3 Effekte auf die Wahrnehmung der Gesundheit als Wert

In dem bisher skizzierten Umfeld ist zu erwarten, dass in der deutschen Bevölkerung die Struktur von Grundwerten in Bewegung gerät. Zwei massive Krisen haben zu einem Anstieg des Eindrucks von Ungleichheit geführt, der stark von publizistischen Aktivitäten getragen worden ist. Vor diesem Hintergrund gerät der „meritokratische“ Grundwert des Strebens nach Erfolg unter Druck. Der seit 2009 regelmäßig publizierte „Werte-Index“ zeigt auf, dass der Basis-Wert „Erfolg“ vom zweiten Platz im Jahr 2009 auf den achten Platz im Jahr 2023 durchgereicht wird (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Entwicklung der Bedeutung der Werte „Gesundheit“ und „Erfolg“ nach dem „Werte-Index“



Quelle: Eigene Darstellung nach den Angaben aus den verschiedenen Ausgaben des Werte-Index (Wippermann und Krüger 2009, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2023)

Vor diesem Hintergrund ist es von großer Bedeutung, den gleichzeitigen Aufstieg des Wertes „Gesundheit“ zu beobachten. Während „Gesundheit“ noch im Jahr 2009 den vierten Platz belegte, stieg sie in der Folge bis heute auf und blieb dort immer auf dem ersten oder zweiten Platz. Auch eine aktuelle Studie des AOK-Bundesverbands bestätigt die hohe Bedeutung des Themas „Gesundheit“ (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17: Anteil der Befragten, die in den angegebenen Politikfeldern Handlungsbedarf sehen



Quelle: forsa-Umfrage im Auftrag der AOK (zm online 2025)

Wie ist der Aufstieg der Gesundheit zum erstrangigen Wert der Deutschen zu erklären?

In der betrachteten Epoche seit der Zweiten Weltwirtschaftskrise kam es zu einem tiefgreifenden Wandel hinsichtlich der Legitimation des Wirtschaftssystems. Dieser hatte bereits vorher damit begonnen, dass in der Dotcom-Krise – symbolisiert durch den Absturz der Telekom-Aktie – eine Ernüchterung bezüglich des Vermögensaufbaus durch die Teilnahme am Aktienmarkt einsetzte. Die Politik der Agenda 2010, die diesen Impuls eigentlich nutzen wollte, war letztlich politisch desavouiert und führte schlussendlich zum Zusammenbruch der rot-grünen Regierung.²³ Die abrupten bedrohlichen Entwicklungen des Bankensystems und die nachfolgende Wirtschaftskrise haben diese Verunsicherung fortgesetzt. Im Anschluss schuf das mehrjährige Management der Griechenland-Krise das Bild einer brüchigen Stabilität, die nur durch den Einsatz von enormen

23 Gleichwohl muss eingeräumt werden, dass die Agenda 2010 einen langanhaltenden positiven Einfluss auf den Arbeitsmarkt hatte und damit zur positiven wirtschaftlichen Entwicklung in den 2010er Jahren beitrug.

Summen öffentlicher Gelder vor dem Zusammenbruch bewahrt werden konnte.

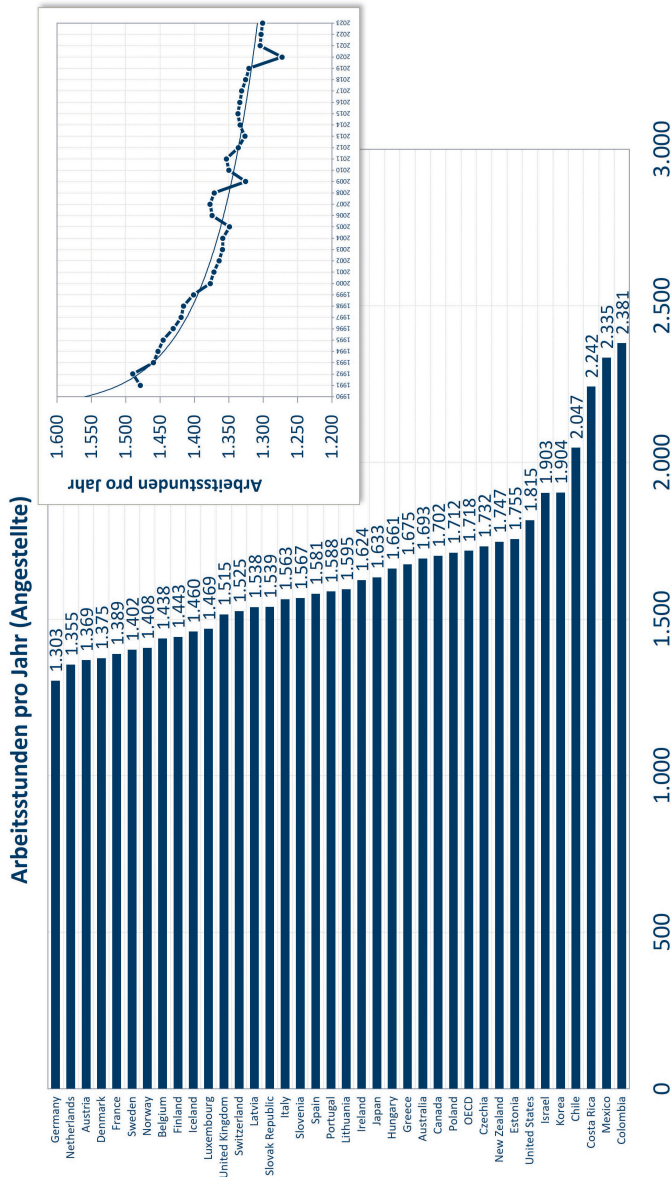
In dieser Gemengelage rückte das Bild des Bürgers in weite Ferne, der mit seiner Arbeit, aber auch durch die Teilhabe am Kapitalmarkt selbst für seinen wirtschaftlichen Erfolg sorgen konnte. Der Abstieg des Wertes „Erfolg“ begann mit der Zweiten Weltwirtschaftskrise.

Damit wurde das Bedürfnis nach Sicherheit in einer unberechenbaren Welt stärker. In dieser Situation lag es nahe, dass die Gesundheit als der wesentliche Besitz des Individuums in den Vordergrund trat – die persönliche Gesundheit, die ebenso in einer radikal veränderten Welt Bestand hat und dem Individuum nicht genommen werden kann. Gesundheit ist damit die Basis für eine Teilhabe an positiven Erlebnissen im Leben, die auch jenseits der Erzielung finanzieller oder materieller Erfolge dafür garantiert, immaterielle Genüsse haben zu können. Dies gilt umso mehr in einer Gesellschaft wie der deutschen, die sich durch eine besonders starke Reduzierung der Arbeitszeit auszeichnet und im Maßstab der OECD mit den geringsten Arbeitszeiten pro Jahr ausgewiesen ist (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2025) (siehe Abbildung 18).

„Gesundheit“ als Wert mit einem Top-Ranking in der persönlichen Hierarchie der Werte ist damit eine rationale Reaktion auf eine Welt, die zum einen ökonomisch weniger berechenbar und erfolgversprechend ist und die zum anderen Freizeit schafft wie keine andere vergleichbare Gesellschaft. Gesundheit wird damit zu einer persönlichen Ressource, die nicht nur seit Beginn der kapitalistischen Gesellschaft im ökonomischen Verwertungsprozess relevant ist, sondern auch in der von Freizeit geprägten Gesellschaft eine Teilhabe am „postmateriellen“ Leben voraussetzt.

Diese Darstellung folgt den theoretischen Erklärungen von Michel Foucault und Pierre Bourdieu, französischen Soziologen, die in den 70er bis 90er Jahren des 20. Jahrhunderts gearbeitet haben und deren Werk auch in der Gegenwart starke Beachtung findet.

Abbildung 18: Geleistete Arbeitsstunden pro Jahr in Deutschland im internationalen Vergleich und hinsichtlich der Entwicklung in Deutschland seit 1990 (kleine Grafik)



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2025)

Foucault hatte sich erstmals in größerem Umfang mit den Einflüssen gesellschaftlicher Entwicklungen auch auf den menschlichen Körper beschäftigt (Foucault 1976). Sein Konzept kann dahingehend zusammengefasst werden, dass im Laufe der Entwicklung der kapitalistischen Gesellschaft deren Funktionieren gesichert und optimiert werden konnte, indem das Individuum zunächst von außen diszipliniert wurde, und im Zuge dessen über zwei Jahrhunderte die Macht über den Körper immer mehr internalisiert werden konnte. Insbesondere in der Phase der „neoliberalen“ Ökonomie der 70er und 80er Jahre sei es gelungen, dass die am Wirtschaftsprozess Teilnehmenden von sich aus auf Fitness, Gesundheit, aber auch Schönheit geachtet hätten. Damit verschafften sie sich im Prozess des wirtschaftlichen Wettbewerbs Vorteile, die sich materiell auszahlten.

Bourdieu hat mit seiner Theorie des individuellen Kapitals (Bourdieu 1984) erklärt, woraus sich „Status“ und „Habitus“ des Individuums speisen, auf deren Grundlage diese dann ihre Position in der Gesellschaft einnehmen können. Das Kapital eines Individuums speist sich nicht nur aus ökonomischen Quellen wie Einkommen und Vermögen, sondern auch aus kulturellem Kapital wie Bildung, Sprach- und Sprechfertigkeiten sowie sozialem Kapital, das über Netzwerke und Gruppenzugehörigkeit wirksam ist. Alles zusammen mündet in das „symbolische Kapital“, das sich vor allem in Prestige darstellt. Bourdieu zeigt auch auf, dass sich zahlreiche Elemente des Habitus auch körperlich ausdrücken (Bourdieu 1983).

Eine eigene Definition von „Körperkapital“ entwickelt mit Bezug auf Bourdieu Kersten Reich (Reich 2013). Das Konzept fasst theoretisch zusammen, dass der Körper zunehmend in Tauschbeziehungen eingesetzt wird. Techniken wie Schönheitschirurgie, organische „Optimierung“, häufig auch durch Medizintechnik und pharmazeutische Technologien, Technologien der menschlichen Reproduktion, Longevity-Ansätze u. v. a. m. haben zu einer ungeahnten Steigerung des Körperkapitals als Teil des Sozialkapitals geführt.

Neu ist, dass auch Individuen, die eine eher passive Einstellung zum ökonomischen Erfolg haben, in ihr Körperkapital investieren. Sie tun dies dann aus Gründen der Selbstverwirklichung, Erhaltung der Gesundheit, Identität oder als soziale Praxis, sich von anderen zu distinguieren. Abseits von der kapitalistischen Motivation kann die Bildung von Körperkapital als eine attraktive Strategie angesehen werden. Der Anstieg des Wertes „Gesundheit“ spiegelt dies wider: „Subjektiv messen die Menschen dem Körperkapital bereits dadurch einen hohen Wert zu, weil er so real, „natürlich“, tatsächlich vorhanden und sichtbar ist, was in einer flüssigen Moderne

[sic!] der Unübersichtlichkeit, der Ungewissheit, der Unbeständigkeit aber nur noch einen *scheinbar* sicheren Raum des Handelns und der Erwartungen konstruieren lässt.“ (Reich 2013)

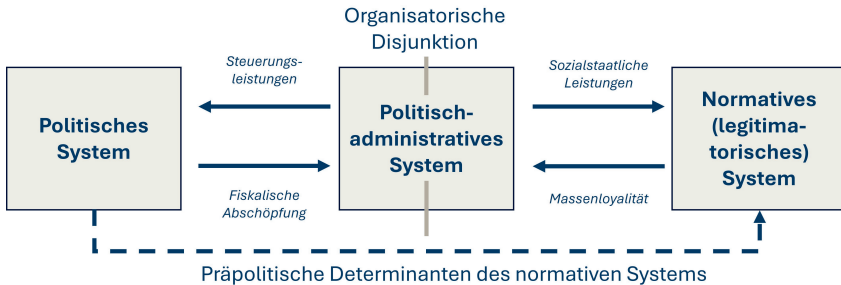
5.4 Effekte auf die Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland

In der Zweiten Weltwirtschaftskrise, während der Griechenland-Krise und der 2020 ebenfalls abrupt einsetzenden COVID-19-Krise, die sehr schnell eine Wirtschaftskrise nach sich zog, und letztlich auch nach den wirtschaftlichen Einbrüchen infolge der russischen Invasion in die Ukraine stellte sich der staatlichen Politik die Aufgabe wiederholter und massiver Eingriffe in das Wirtschafts- und Finanzsystem mit bisher nie gekannten Liquiditätshilfen. Es wurde bereits gezeigt, dass diese Interventionen zumindest in der Weltwirtschaftskrise und während der Griechenland-Rettung im Kern als ungerecht erlebt wurden und dem Staat damit unterstellt wurde, dass er denen gibt, die ohnehin schon viel haben, und dass die kleinen Leute dies mit ihren Steuern bezahlen müssten.

Damit trat das ein, was von Seiten der Kritischen Theorie bereits in den 70er Jahren als die „Krise des Krisenmanagements“ analysiert worden war (Offe 1973; Habermas 1973). Der Staat schafft durch seine Interventionen im „Primärsystem“, also kapitalistischen Wirtschaftssystem, konsekutiv Unruhe und Widerstände im „legitimierenden System“, weil sein Krisenmanagement als ungerecht wahrgenommen wird. Die klassische Reaktionsweise besteht nun darin, mit der Gewährung von Sozialleistungen eine potenzielle Erosion von „Massenloyalität“ zu kompensieren. Der Zusammenhang wurde von Claus Offe grafisch erläutert (siehe Abbildung 19).

Die Reaktion, durch Sozialleistungen für Legitimation und Loyalität zu sorgen, ist dadurch erschwert, dass die sog. „präpolitischen Determinanten des normativen Systems“ seit den 2000er Jahren einer Erosion ausgesetzt sind: Der tiefsitzende Glaube an das bestehende Wirtschaftssystem als „Soziale Marktwirtschaft“ hat seither Risse bekommen, die sicherlich eher mehr als weniger Ressourceneinsatz zur Erhaltung der Loyalität erforderlich machen.

Abbildung 19: Darstellung der wesentlichen gesellschaftlichen Subsysteme: Ökonomie, Politik, Werte (normatives System) nach Claus Offe



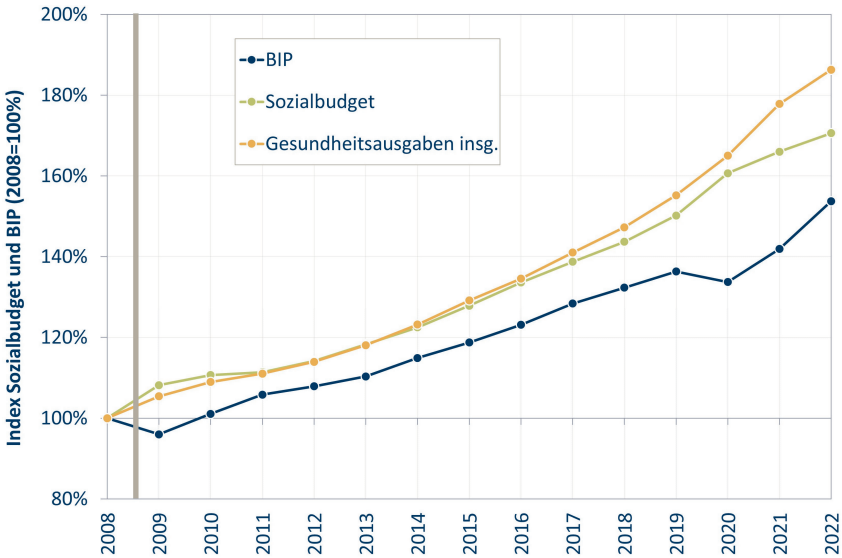
Quelle: Adaptierte Darstellung nach (Offe 1973)

Die Feststellung, dass in dieser Lage der Gesundheit eine herausragende Bedeutung zukommt, weist damit auch der Gesundheitspolitik eine besondere Rolle zu. Während diese in der Vergangenheit nicht zu den zentralen Politikfeldern gehörte (wie vor allem die Rentenpolitik), konnte man in den 2010er Jahren beobachten, dass der Gesundheitspolitik eine besondere Aufmerksamkeit zugewachsen ist. Dabei kam es zu einer massiven Ausweitung von Zuständigkeiten und Leistungsansprüchen wie z. B.:

- Ausdehnung des Kreises der Versicherten
- Verschiebung zugunsten der GKV
- Zahlreiche zusätzliche und teilweise ganz neue materielle Leistungsansprüche
- Zusätzliche Leistungsansprüche in prozeduraler oder struktureller Hinsicht (z. B. klinische Krebsregister, Innovationsfonds, Compliance)
- Ausdehnung der Reichweite der GKV in „Lebenswelten“
- Organisierung des Umfelds der Prävention

Vor diesem Hintergrund kam es zu einer allgemeinen Steigerung der im Sozialbudget aggregierten Haushaltsmittel, die seit 2009 deutlich und zunehmend höher ausfiel als die Steigerung des Bruttoinlandsprodukts (zu jeweiligen Preisen). Ab 2014 zeichnete sich ab, dass die Ausgaben für Gesundheit stärker stiegen als das allgemeine Sozialbudget, was die Bedeutung der Gesundheitspolitik für die Sicherung der „Massenloyalität“ (um in der oben zitierten Terminologie zu bleiben) überproportional zunehmen ließ (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Absolutes Bruttoinlandsprodukt zu jeweiligen Preisen, sämtliche Sozialleistungen (Sozialbudget) und Gesundheitsausgaben insgesamt



Quelle: Eigene Darstellung nach (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024, 2025g; Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) 2024; Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025g)

6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik? – Rückblick auf ein großes Projekt

Im Folgenden suchen wir nach dem Gehalt des Begriffs „Eigenverantwortung“, von dem wir bisher lediglich wissen, dass er quasi zyklisch und reziprok zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Lage an Bedeutung gewinnt oder verliert und dass er bisher nicht in dem Umfang Einzug in die Wahlprogramme gefunden hat, wie es zu vermuten gewesen wäre.

Der Befund, dass man sich in Deutschland an die Bedeutung der Eigenverantwortung immer erst dann erinnert, wenn einem der Zustand der Wirtschaft nicht so gut erscheint, passt auf den ersten Blick nicht zu den Vorstellungen, die das bundesdeutsche Wirtschaftssystem noch immer von sich selbst hat, nämlich eine Soziale Marktwirtschaft zu sein. Die Mehrzahl der Parteien, die im Bundestag direkt oder indirekt vertreten sind, beziehen sich positiv darauf.²⁴

Die Soziale Marktwirtschaft basiert auf dem Wettbewerb zwischen Unternehmen, bringt laufend Produktivitätssteigerungen hervor und soll damit für steigende gesellschaftliche Wohlfahrt sorgen. Gleichzeitig nutzt sie aber auch die Möglichkeiten der Umverteilung in „in Form von Fürsorgeleistungen, Renten- und Lastenausgleichszahlungen, Wohnungszuschüssen, Subventionen usw.“. Allerdings findet „die sozialpolitisch orientierte Korrektur der Markteinkommen (...) ihre Grenzen dort, wo die Funktionsfähigkeit einer Wettbewerbswirtschaft beeinträchtigt wird sowie Eigenverantwortung und Initiative der Bürger durch einen Versorgungsstaat gelähmt werden, wobei die konkrete Grenzziehung aber offen bleibt.“ (Andersen 2022) Die Eigenverantwortung ist daher ein der Sozialen Marktwirtschaft inhärentes Element, das diese vom Versorgungsstaat abgrenzt.

6.1 Die Vermessung der Eigenverantwortung: empirische Studie von IGES, RAND und der Bertelsmann Stiftung aus den Jahren 2003 und 2004

Im April 2003 startete das Projekt „Eigenverantwortung“ als Kooperation zwischen dem IGES Institut sowie der RAND Corporation und der Bertels-

24 Positiv: CDU/CSU, SPD, Grüne, FDP, AfD. Negativ: BSW, Die Linke.

mann Stiftung.²⁵ Das Projekt endete 2004 mit einer Reihe von Erörterungen der Ergebnisse unter Experten und deren Publikation (Bertelsmann Stiftung 2004). Das Projekt lief praktisch parallel zum politischen Prozess, der im November 2003 das GMG hervorbrachte.²⁶

Im Jahr 2003 herrschte zumindest unter gesundheitspolitischen Ideengebern aus Wissenschaft, Politik und Praxis ein gewisser Konsens, dass das Gesundheitssystem der Zukunft weniger durch gesetzliche Detailregelungen, sondern vielmehr durch Verhandlungslösungen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Versicherten gestaltet sein soll, die allerdings durch ein gesetzliches Rahmenwerk auf die Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung verpflichtet sein sollten. Damit standen die Prinzipien „Wahlfreiheit“ und damit auch die Verpflichtung zur „Eigenverantwortung“ im Zentrum der Gedanken.

Dieses Projekt wurde fünf Jahre später um eine umfangreiche Befragung von 3.000 Deutschen zu ähnlichen Reformoptionen wie bei dem vorausgehenden Projekt ergänzt (Nolting et al. 2009). Damit wurde die Akzeptanz einzelner Reformoptionen quantitativ messbar. Aus den Ergebnissen lassen sich auch wichtige Hinweise auf die Einschätzung der Bevölkerung zum Thema „Eigenverantwortung“ gewinnen. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 6.7 berichtet.

6.2 Die grundlegende Problematik im Gesundheitssystem: Moral Hazard

„Moral Hazard“ („moralisches Risiko“) ist für das Thema „Eigenverantwortung“ von pivotaler Bedeutung. Es beinhaltet eine Situation, in der ein Patient aufgrund des bestehenden Versicherungsschutzes nur teilweise oder gar nicht den finanziellen Folgen seiner Entscheidungen ausgesetzt ist, je nach dem Grad des Versicherungsschutzes. Dies bedeutet, dass Versicherte

25 IGES und RAND waren in den frühen 2000er Jahren eine Kooperation eingegangen, um in Deutschland und Europa die methodischen Ressourcen von RAND nutzbar zu machen.

26 Das Projekt hatte zum Ziel, Szenarien zu liefern, mit denen die sich damals voll im Gang befindliche gesundheitspolitische Diskussion über eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems beflügelt werden sollte. Die Kooperation mit der RAND Corporation war durch die Förderung der Bertelsmann Stiftung möglich geworden und sollte deren umfangreiche Erfahrungen mit der Erforschung von Krankenversicherungssystemen insbesondere durch das bekannt gewordene „RAND Health Insurance Experiment“ (Newhouse und Insurance Experiment Group 1994) sowie die Gestaltung von gesellschaftlichen Veränderungsprozessen in das Projekt einbringen.

möglicherweise keinen finanziellen Anreiz haben, unnötige medizinische Leistungen zu vermeiden oder Leistungen mit einem günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis in Anspruch zu nehmen. Das Konzept des „moralischen Risikos“ ist mit der Vorstellung verbunden, dass mit einem umfassenderen Versicherungsschutz die Wahrscheinlichkeit eines solchen Verhaltens zunimmt, da die Versicherten vor den vollen Kosten ihrer Entscheidungen im Gesundheitswesen geschützt sind.

Moral Hazard ist daher die Kehrseite einer solidarischen Krankenversicherung, die im Idealfall keinerlei Restriktionen gegenüber der Inanspruchnahme von verfügbaren Leistungen aufbaut. Interessanterweise regelt § 1 des SGB V („Solidarität und Eigenverantwortung“) sowohl die Verpflichtung zur Solidarität als auch die Verpflichtung zur Eigenverantwortung:

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken. (Bundesministerium für Gesundheit (BMG))

Die Stärkung der Eigenverantwortung ist einerseits ein sehr allgemeiner Begriff, andererseits jedoch von grundsätzlicher Bedeutung für die Beeinflussung eines Gesundheitssystems, das wie das deutsche auf dem Grundgedanken der Solidarität aufgebaut ist. Es garantiert eine Inanspruchnahme von Leistungen, die als „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ definiert sind und „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. (§ 12 SGB V) (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)). Moral Hazard zu reduzieren ist gleichbedeutend damit, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen.

6.3 Eigenverantwortung kann es nur auf der Basis von Wahlentscheidungen geben

Vor diesem Hintergrund stellte das Projekt „in Ermangelung einer etablierten ‚Theorie der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen‘“ eine operative Definition des Themenfeldes auf, in dem zukünftig eigenverantwortliche Wahlentscheidungen getroffen werden sollten (Nolting et al. 2004a). In absteigender Reihenfolge der Tragweite dieser Entscheidung in Bezug auf die eigenen Gestaltungsmöglichkeiten sind dies:

- Wahl der Möglichkeit, das Behandlungsgeschehen weiterhin autonom zu gestalten oder ganz bzw. teilweise dem Management eines *Managed Care* Providers zu übertragen (darunter auch „Gate Keeping“)
- Wahl der Inanspruchnahme einer Leistung unter der Bedingung, dass diese mit einer *Risikobeteiligung* an den Gesundheitskosten (Zuzahlungen etc.) oder einer Bonuszahlung verbunden ist (Wahl des individuellen gesundheitsbezogenen Verhaltens)
- Wahl innerhalb des *Leistungskatalogs* einer Krankenkasse in der GKV (Wahlleistungen, Wahltarife)
- Wahl des *Versicherers* oder eines bestimmten Leistungspaketes, das ein Versicherer anbieten könnte (PKV/GKV; Satzungsleistungen in der GKV)

In den Beiträgen von Sehlen (Sehlen 2004) und van Beusekom et al. (Beusekom et al. 2004) erfolgte eine detaillierte Analyse der verschiedenen Instrumente, mit denen Wahlentscheidungen für die Versicherten und Patienten ermöglicht werden.

6.3.1 Wahl von Managed Care-Angeboten

Grundsätzlich bietet sich die Möglichkeit, Versicherte wählen zu lassen, ob sie freiwillig darauf verzichten wollen, die meisten verfügbaren Leistungen direkt in Anspruch zu nehmen. Sie verpflichten sich dann, einen Hausarzt als „Gate Keeper“ aufzusuchen oder komplexere Lösungen, die eine Managed-Care-Organisation bieten kann, heranzuziehen. In der Theorie sind diese Entscheidungen für die Laufzeit der Vereinbarung bindend.²⁷ Diese Form der Steuerung bedeutet zum einen den Verlust an Autonomie und wird daher in

27 Die in Deutschland derzeit angebotenen „Selektivverträge“ enthalten diese Verpflichtung nicht. Es gilt weiterhin das Recht auf freie Arztwahl.

der Regel durch einen Nachlass bei der Versicherungsprämie kompensiert, die durch Effizienzsteigerungen bei der Versorgung generiert wird.

Bei dieser Variante können verschiedene Instrumente wie Kopfpauschalen für Leistungserbringer vorkommen, die Anreize für eine effiziente Ressourcennutzung bieten. Managed Care beinhaltet häufig ein Gate-Keeping, bei dem der Zugang zu Fachärzten von Hausärzten kontrolliert wird, um Kosten und Versorgungsqualität zu steuern.

6.3.2 Wahl von Risikobeteiligung

Die Instrumente der Risikobeteiligung im Gesundheitswesen umfassen insbesondere:

1. Zuzahlungen: Es handelt sich um einen Festbetrag oder Prozentsatz, der bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gezahlt wird.
2. Boni: Sie können für die Erreichung bestimmter Ziele (Ausgaben begrenzen bis zu einem Limit) auch für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen gezahlt werden, die der Prävention dienen sollen.
3. Selbstbehalte: Hierbei tragen Versicherte einen festen Anteil der Kosten bis zu einem bestimmten Betrag selbst, bevor die Versicherung eintritt.
4. Beitragsrückerstattungen: Versicherte, die keine Leistungen in Anspruch nehmen, erhalten Rückerstattungen.

6.3.3 Wahl des Leistungskatalogs

Bei der Wahl des Leistungskatalogs geht es zum einen darum, den Versicherten die Möglichkeit zu bieten, bei bestimmten Leistungspaketen, wie z. B. dem Zahnersatz oder der kieferorthopädischen Behandlung, zwischen einer Basisvariante und zusätzlichen Varianten zu wählen.

In einigen Bereichen können bestimmte Leistungen komplett ausgeschlossen werden, was dann die Wahl eröffnet, auf Leistungen ganz zu verzichten oder sie komplett aus eigener Tasche zu bezahlen (z. B. Lifestyle-Medikamente, nicht verschreibungspflichtige Medikamente, ästhetische Behandlungen etc.).

Von zunehmender Bedeutung ist auch der Ausschluss von Leistungen, die nicht den Anforderungen des SGB V nach §12 genügen, weil für sie insbesondere kein ausreichender Beleg ihres Nutzens oder Zusatznutzens vorgelegt werden kann.

6.3.4 Wahl des Versicherers oder eines bestimmten Leistungspaketes, das ein Versicherer anbieten könnte

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, beim Abschluss einer Versicherung den Versicherer zu wählen. In Deutschland ist es einem stark eingeschränkten Personenkreis möglich, zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) zu wählen, die sich in vielerlei Hinsicht (Preis, Umgang mit Vorerkrankungen, Zugang zu Leistungen etc.) stark unterscheiden. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung liegen in Bezug auf das verfügbare Leistungsspektrum wenig Unterschiede vor. Diese beziehen sich vor allem auf die sog. „Satzungsleistungen“, die sich nicht auf „harte“ medizinische Leistungen ausrichten. In Bezug auf die Höhe des (Zusatz-)Beitrags zeigen sich erstaunlich große Unterschiede, die trotz des Risikostrukturausgleichs und eines weitgehend homogenen Leistungsangebots dennoch bestehen.

Die Wahl des Versicherers erlaubt nur in der PKV einen differenzierten Zugang zu präferierten Leistungen. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht diese Möglichkeit aufgrund des einheitlichen Leistungskatalogs nur selten. Bieten Selektivverträge heutzutage noch Unterschiede?

6.3.5 Weitere Regulierungen, die einen Einfluss auf die Ausübung von Eigenverantwortung haben können

Darüber hinaus tragen indirekt auch Leistungsausweitungen, der Einschluss immer neuer Bevölkerungsgruppen sowie das Eindringen in bisher nicht der sozialen Sicherung unterworfenen Lebensbereiche zum Abbau von Eigenverantwortung bei.

6.4 Drei Zukunftsszenarien aus der Perspektive von 2003/4

Gesundheitspolitische Diskussionen, insbesondere wenn sie sich mit der Gestaltung des Gesundheitssystems als Ganzes befassen, müssen mit der Schwierigkeit umgehen, dass die Vielfalt von möglichen Systemelementen oder Reformansätzen komplex und unübersichtlich erscheint. Vor diesem Hintergrund hatte das Projekt drei Szenarien entwickelt, die unter Fachexperten diskutiert und gegeneinander abgewogen wurden. Die Szenarien wurden so formuliert, als ob man sie aus einem in der Zukunft liegenden

Zeitpunkt rückwirkend betrachten würde, um in der damaligen Gegenwart von 2003 den Eindruck zu erwecken, dass dies tatsächlich so passiert sei.

Folgende drei Szenarien wurden ausgearbeitet:

1. „Managed Care“ (Vertragswettbewerb und integrierte Versorgung)²⁸
2. „Wahl von Zusatzpaketen“ (Solidarische Grund- und individuelle Zusatzversorgung)²⁹
3. „Staatliches Gesundheitssystem“ (Die Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder)³⁰

Die Szenarien waren wie folgt ausgearbeitet:

6.4.1 Szenario 1: „Managed Care“

Dieses Szenario galt in der damaligen Zeit als sehr moderne Alternative zum herkömmlichen deutschen Gesundheitssystem. Der Fortschritt wurde darin gesehen, dass untereinander isolierte Leistungserbringer, die darüber hinaus noch in verschiedenen Versorgungssektoren operativ gegeneinander abgeschottet arbeiteten, ihre prägende Rolle verlieren sollten, die sie seit jeher hatten. An ihre Stelle sollten Verbünde treten, die sowohl medizinisch als auch finanziell integriert sind und daher in jeder Hinsicht effizient arbeiten können. Die Effizienzgewinne können sich auch in Prämienreduktionen auswirken. Diese Diskussion speiste sich stark aus amerikanischen Vorbildern, die sich in den USA damals bereits durchgesetzt hatten.

Das Szenario wurde mit folgenden Punkten beschrieben:

- „Einführung eines echten Vertragswettbewerbs unter den Leistungserbringern und Krankenkassen, aber keine Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV.
- Die Versicherten erhalten Wahlmöglichkeiten zwischen kostengünstigen und aufwendigen Versorgungsformen.
- Kostendämpfung soll durch effizientere Versorgungsformen sowie eine stärkere finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten erreicht werden.

28 Auch als „Zurück in die Zukunft“ bezeichnet.

29 Auch als „Wie es Euch gefällt?“ bezeichnet.

30 Auch als „Innovation von oben?“ bezeichnet.

6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

- Das Finanzierungssystem der GKV wurde im Kern nicht verändert³¹. Als zusätzlicher Hebel zur Ausgabendämpfung wurde das System jedoch um Mechanismen ergänzt, die spezielle Anreize zur Wahl einer möglichst kostengünstigen Versorgungsform setzten.
- Die Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung blieb unangetastet.“ (Nolting et al. 2004b)

Die Wahl zwischen „kostengünstigen und aufwendigen Versorgungsformen“ rekurrierte auf die Erwartung, dass eine parallele Versorgungslandschaft entstehen wird, in der es Ärztenetze und „Health Maintenance Organizations“ (HMO) geben würde, die einen gestalterischen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen ausüben sollten. Insbesondere letztere würde eine echte „Integrierte Versorgung“ (IV) anbieten, die unter einem einheitlichen medizinischen und wirtschaftlichen Management stehen würde. Die herkömmliche Versorgung mit ihrem unregelmäßigen Zugang zu allen Leistungserbringern (also die sowohl 2004 als auch 2024 vorherrschende) wäre damit eine besonders aufwändige Versorgungsform.

6.4.2 Szenario 2: „Wahl von Zusatzpaketen“ bei limitiertem Basiskatalog

Dieses Szenario lehnte sich an das bestehende System an, indem es die Form der Leistungserbringung und Versorgung nicht zum Ziel hatte. Der entscheidende Ansatzpunkt lag bei einer Erweiterung der Wahlmöglichkeiten bei Risikobeteiligung und Leistungskatalogen. An die Stelle eines weitgehend festgefügteten Angebots, wie es die gesetzliche Krankenversicherung bietet, sollte ein reduziertes Allgemeinangebot mit einem reichhaltigen Menü an Wahlmöglichkeiten von Zusatzpaketen treten.

Das Szenario 2 im Überblick:

- „Einführung eines reduzierten Grundleistungskatalogs. Risikogerecht kalkulierte private Zusatzversicherungen decken den darüber hinausgehenden Bedarf.
- Der Ausschluss von Leistungen erfolgte durch eine repräsentativ besetzte nationale Konferenz unter Leitung des neu gegründeten „Instituts zur Sicherung der Qualität in der Medizin“. Die künftige Weiterentwicklung

31 Dies weist darauf hin, dass die in der Vorbereitung der Gesundheitsreform stark diskutierte Umstellung von einer Beitragsfinanzierung auf eine Finanzierung durch eine „Kopfpauschale“ nicht in das Szenario aufgenommen worden ist, was im GMG dann auch nicht der Fall war.

des Leistungskatalogs erfolgt nach den Prinzipien des „Health Technology Assessment“ (HTA).

- Die Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV wurde auf alle Einkunftsarten ausgedehnt.
- Ferner wurde die gesetzliche Krankenversicherung in eine obligatorische Bürgerversicherung umgewandelt, d.h. die bisher privat Versicherten wurden in die neue GKV eingegliedert.
- Der Beitrag der Arbeitgeber zur GKV wurde bereits vor Wirksamwerden der Reform auf dem Niveau von 6,8 Prozent eingefroren.“ (Nolting et al. 2004b)

In diesem Szenario wäre insbesondere die finanzielle Steuerung weitgehend in die Hände der Versicherten und Patienten gelegt, die aufgrund verschiedener Instrumente ihre Wahlfreiheit ausüben können und in gewissen Grenzen selbst entscheiden könnten, wie aufwändig sie sich behandeln lassen. Allerdings wurden in dem Projekt auch wesentliche Grenzen aufgezeigt (siehe dazu Abschnitt 6.5).

6.4.3 Szenario 3: „Staatliches Gesundheitssystem“

Mit diesem Szenario, das eher durch weniger Wahlmöglichkeiten gekennzeichnet ist, sollte explizit ein Kontrastprogramm vorgestellt werden, um auch andere Präferenzstrukturen unter den Stakeholdern abdecken zu können. Es wird ein Typ von Gesundheitssystem skizziert, an dessen Spitze daher auch eine staatliche Institution, die „Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder“ (KBL), steht, die den „Sicherstellungsauftrag“, also das Behandlungsmonopol, von den Ärzten übernommen hat. Das Szenario umfasst:

- „Für jede Versorgungsregion steht ein zentral von der KBL vergebenes morbiditätsangepasstes Budget zur Verfügung.
- Die KBL-Dependance schreibt für die betreffende Region die Teilnahme an der ambulanten und stationären medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung aus.
- Den Ausschreibungen liegt eine differenzierte epidemiologische Planung der Versorgungsbedarfs in der Region zugrunde.
- Die Leistungserbringer bewerben sich um die Teilnahme an der Versorgung, wobei sie jeweils spezifizieren, welche Leistungsbereiche sie mit welcher Kapazität (Patienten/Fallzahl) abdecken wollen.

6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

- Die KBL-Dependance prüft die Versorgungsangebote und schließt mit den ausgewählten Leistungserbringern Verträge.
- Durch regelmäßige Reviews überprüft die KBL bei ihren Vertragspartnern, ob die Versorgungsqualität den Vorgaben entspricht, und kontrolliert die Mengen- und Ausgabenentwicklung.“ (Nolting et al. 2004b)“

Das präferierte Modell besteht im Kern aus einer Einheitsversicherung, die einen Wettbewerb zwischen Krankenkassen nicht vorsieht und damit nur geringe Wahlmöglichkeiten vorhält. Die Gestaltung dieses Gesundheitssystems liegt im Wesentlichen in der Hand des Staates. In diesem radikalen „Einkaufsmodell“ bleibt den Leistungserbringern nur wenig Einfluss auf die Gestaltung ihrer Leistungen und ihr Einkommen. Entsprechend zurückhaltend fällt daher auch ihr Votum im Rahmen dieses Projektes aus (siehe Abschnitt 6.6.2). Die Konsumenten können der weitgehenden Abwesenheit von Wahloptionen offensichtlich aber mehr positive Aspekte abgewinnen (siehe Abschnitt 6.6.1).

Die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Szenarien zeigt der folgende Überblick:

Tabelle 2: Ausprägung der Wirkung der Wahlmöglichkeiten in den drei Szenarien

Wahlentscheidungen beziehen sich auf...	1. Szenario (Vertragswettbewerb und integrierte Versorgung): „Managed Care“	2. Szenario (Solidarische Grund- und individuelle Zusatzversorgung): „Wahl von Zusatzpaketen“	3. Szenario (Die Krankenversicherungsanstalt des Bundes und der Länder): „Staatliches Gesundheitssystem“
Leistungskatalog der Krankenversicherung	0	Zusatzleistungen bei reduziertem Leistungskatalog (basiert auf politischen Entscheidungen)	Zusatzleistungen bei reduziertem Leistungskatalog (HTA basiert)
Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten	Beitragsrückerstattung in der „Normalversorgung“ Zusätzliche Pauschalbeträge, wenn die gewählte Krankenkasse nicht kostendeckend wirtschaftet	Zusatzleistungen müssen selbst versichert werden Obligatorische Selbstbehalte im Falle, dass die gewählte Krankenkasse nicht kostendeckend wirtschaftet Deutliche Zuzahlungen auf die Inanspruchnahme aller Leistungsarten	Zusatzleistungen müssen selbst versichert oder bezahlt werden
Leistungserbringer	integrierte Versorgung durch Ärztenetze oder „Health Maintenance Organizations“ (HMO)	0	0
Individuelles gesundheitsbezogenes Verhalten	0	0	Bonuszahlungen für gesundheitsgerechtes Verhalten
Typ der Krankenversicherung	PKV bleibt	PKV aufgelöst	PKV aufgelöst

Quelle: (Nolting et al. 2004b)

Das erste Szenario ähnelte dem damaligen Gesetzentwurf für das GMG insofern, als es erstmalig Elemente enthielt, die ein Konzept von Managed Care vorsagen. Wenn man aus heutiger Sicht berücksichtigt, wie wenig diese umgesetzt worden sind, könnte man das zweite Szenario als dasjenige bezeichnen, das am ehesten die Realität beschreibt. Das dritte Szenario war dagegen bewusst als „versorgungsstaatlicher“ Kontrast zu den beiden Modellen gedacht, die die Eigenverantwortung betonen.

6.5 Grenzen und Fallstricke

Im Folgenden werden inhärente Phänomene dargestellt, die sich generell bei sozialen Krankenversicherungssystemen ergeben können und die in

Szenarien mit verstärkter Wahlfreiheit erst recht auftreten können. Hierzu wurden systematische Literaturanalysen angefertigt (siehe dazu die Ausarbeitungen von Sehlen (Sehlen 2004) und von van Beusekom et al. (Beusekom et al. 2004).

6.5.1 Der Gesundheitszustand der Versicherten und Patienten

Wahlmöglichkeiten können dadurch eingeschränkt sein, dass insbesondere chronisch kranke Patienten diese oftmals nicht wahrnehmen können und daher eine begrenzte Option haben, eigenverantwortlich zu handeln. Ihr Gesundheitszustand macht die Inanspruchnahme bestimmter medizinischer Leistungen ungeachtet der finanziellen Auswirkungen erforderlich, wenn zusätzliche gesundheitliche Schäden vermieden werden sollen. „Für chronisch Kranke, denen von vornherein klar ist, dass sie die Selbstbehaltsgrenze überschreiten werden, führt die Selbstbeteiligung nur zu einer finanziellen Mehrbelastung, ohne dass eine Verringerung der Leistungsanspruchnahme erwartet werden kann.“ (Sehlen 2004)

Auf der Ebene der Bevölkerung sind Faktoren, die die Morbidität exogen beeinflussen, darunter insbesondere die demografische Entwicklung, analytisch von der Frage zu trennen, welche Rolle die Eigenverantwortung bei der Gestaltung des Niveaus der Ausgaben spielen kann. Morbidität ist der Eigenverantwortung potenziell dort zugänglich, wo es sich um erworbene Erkrankungen handelt, die durch individuelle Aktionen im Bereich der Prävention beeinflusst werden können. So sieht es auch das SGB V im § 1.

Die Grenze zwischen individueller Verantwortung und exogener Beeinflussung wird in der gesundheitspolitischen Debatte zunehmend auf der Basis soziologischer Konzepte gezogen, die davon ausgehen, „dass gesundheitsschädliche Verhaltensweisen oftmals Ausdruck einer auf Grund der sozialen Lage unzureichenden Kontrolle über die eigenen Lebensumstände sind (...)“³² (Rosenbrock und Gerlinger 2006). Auf dieser Grundlage

32 „Sehr wahrscheinlich würde ein solcher Vorschlag Einkommensschwache stärker belasten, denn bei ihnen sind gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum weit stärker verbreitet als bei höheren Schichten. Den betroffenen Personen zusätzliche finanzielle Lasten aufzuerlegen, würde an ihrem Verhalten wohl kaum etwas ändern, sondern sie dafür noch zusätzlich bestrafen.“ (Rosenbrock und Gerlinger 2006).

gelange auch das Konzept der „Lebenswelten“ in das SGB V³³, das von Jürgen Habermas in seinem Zentralwerk verankert ist (Habermas 1982). Im Kontext des SGB V bedeutet es, dass die Veränderung des Verhaltens nicht alleine auf der Ansprache des Individuums basiert, sondern auch die Lebensumstände (das „Setting“) mit beeinflusst werden müssen.

Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass das SGB V nur sehr wenige Umstände definiert, bei denen die Eigenverantwortung konkret in einer finanziellen Mitverantwortung mündet (§52 SGB V).

6.5.2 Selbstselektion und Entsolidarisierung

Selbstselektion auf der Grundlage des Gesundheitsrisikos: Einzelpersonen könnten den Versicherer auf der Grundlage ihres Gesundheitsrisikoprofils wechseln. Gesundere Personen könnten sich für Tarife mit höherer Selbstbeteiligung und niedrigeren Prämien entscheiden, während Personen mit höherem Gesundheitsrisiko Tarife wählen könnten, die einen umfassenderen Versicherungsschutz bieten. Die Folge dieser Selbstselektion wäre eine Tarifiedifferenzierung nach dem individuellen Gesundheitszustand: Gesunde bezahlen weniger, Kranke mehr. Dies ist nach den herrschenden Statuten der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 und § 4a) nicht erlaubt (Bundesministerium für Gesundheit (BMG)) und widerspricht der Auffassung weiter politischer Kreise. Diese Regel wird insofern außer Kraft gesetzt, als gesundheitsbewusstes Verhalten mit Bonuszahlungen belohnt werden darf (§ 65a). Eigenverantwortung im Sinne der Wahl günstigerer Tarife (Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung) kann derzeit von Krankenkassen angeboten werden (§ 53). Im o. a. Sinne der Verpflichtung zur Solidarität haben solche Tarife jedoch eine starke gesetzliche Beschränkung: „Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahlтарifen auf Dauer finanziert werden.“ (§ 53 Abs. 9)

33 Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. (§ 20a SGB V).

6.5.3 Informationsasymmetrie und anbieterinduzierte Leistungserbringung

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsfürsorge verfügen Ärzte in der Regel über mehr medizinische Kenntnisse und Fachwissen als Patienten. Dies kann dazu führen, dass Patienten ihren Gesundheitszustand, ihre Behandlungsmöglichkeiten oder die Auswirkungen bestimmter medizinischer Entscheidungen nicht vollständig verstehen. Infolgedessen verlassen sich die Patienten unter Umständen stark auf die Informationen und Empfehlungen ihrer Ärzte, was zu einem Ungleichgewicht im Entscheidungsprozess führen kann. Dieses Konzept ist im Bereich der Gesundheitsfürsorge wohl bekannt und wird häufig diskutiert, wenn es um Patientenautonomie und informierte Zustimmung geht. Es handelt sich dabei um Fälle, in denen der Anbieter von medizinischen Leistungen – z. B. ein Arzt – die Nachfrage nach Leistungen beeinflusst, die über das hinausgehen, was aus Sicht des Patienten optimal wäre. Dies kann geschehen, wenn Anbieter durch eine Ausweitung von Leistungen ihr Einkommen erhöhen können, insbesondere bei Einzelleistungsvergütungen (Sehlen 2004). Im Detail bedeutet dies:

- Der Anbieter (z. B. Arzt) hat Handlungsspielräume, die er ausnutzen kann, um Leistungen auszuweiten, was insbesondere bei umfassendem Versicherungsschutz begünstigt wird.
- Anbieterinduzierte Nachfrage kann sich insbesondere in Bereichen zeigen, in denen der Patient aufgrund von Informationsasymmetrien nicht beurteilen kann, ob die zusätzlichen Leistungen notwendig sind.

Diese Dynamik wird in der Literatur als ein Faktor beschrieben, der die Effizienz und Gerechtigkeit im Gesundheitssystem beeinflussen kann. Strategien wie Managed-Care-Modelle und budgetierte Vergütungssysteme können Ansätze sein, um diese Form der Nachfrage zu regulieren.

6.5.4 Zusammenfassung der Erkenntnisse über Limitationen der Einführung von Elementen der Eigenverantwortung und Wahlfreiheit

In der Analyse des Projektes von IGES, RAND und Bertelsmann wurde gezeigt, dass soziale Krankenversicherungssysteme vor Herausforderungen stehen können, die sich insbesondere bei erweiterter Wahlfreiheit ergeben. Chronisch Kranke profitieren kaum von Wahloptionen und tragen trotz weitgehenden Zugangs zu Leistungen oft eine höhere finanzielle Last (Lenzen-Schulte 2025). Selbstselektion kann die Solidarität gefährden, indem Gesunde günstigere Tarife wählen und Kranke stärker belastet werden.

Zudem intensivieren Informationsasymmetrien das Risiko ineffizienter und unnötiger Leistungserbringung. Eine Balance zwischen Eigenverantwortung, Solidarität und Effizienz bleibt essenziell, um ein gerechtes und nachhaltiges System sicherzustellen.

6.6 Die divergierenden Präferenzen der verschiedenen Interessengruppen im deutschen Gesundheitswesen

Es ist eines der großen Verdienste des Projektes „Eigenverantwortung“, dass eine Messung der Attraktivität verschiedener Szenarien bei allen beteiligten Interessengruppen stattgefunden hat. In drei verschiedenen „Seminar Games“ wurden die jeweiligen Politik-Szenarien mit Vertretern aller „Stakeholder“ durchgeführt (Tönshoff et al. 2004). Mit Hilfe standardisierter Befragungen wurden die Präferenzen bzw. Bewertungen der Beteiligten abgefragt.

In der folgenden Abbildung 21 wurden für die beiden Stakeholdergruppen „Sozialpartner und Versichertenvertreter“ stellvertretend für die „Konsumenten“ von Gesundheitsleistungen einerseits und die Leistungserbringer andererseits die jeweiligen Beurteilungen der verschiedenen Szenarien dargestellt. Basierend auf einer Faktorenanalyse wurden diese Präferenzen anhand von fünf verschiedenen Faktoren gebildet, die sich im Rahmen der Analyse als grundlegend für die Urteile erwiesen haben:

- Solidarität und Gerechtigkeit
- Versorgungsqualität und Gesundheitsstatus
- Transparenz und Effizienz des Versicherungssystems im Sinne der Patienten und Versicherten
- Fairer Wettbewerb unter Leistungserbringern und Versicherten
- International wettbewerbsfähiges System mit mehr Eigenverantwortung

Das wichtigste Resultat des „seminar games“ ist die Erkenntnis, dass die beiden für das Gesundheitswesen wichtigsten Stakeholdergruppen vollkommen unterschiedliche Präferenzen haben, wenn sie Reformoptionen beurteilen sollen.

6.6.1 Die Vertreter der Konsumenten (Versicherte, Patienten) wünschen sich am ehesten das verstaatlichte Gesundheitssystem

Versicherte präferieren in erster Linie das Staatsmodell (siehe dazu Abbildung 21, links). Dort finden sie vor allem Solidarität und Gerechtigkeit, Transparenz und Effizienz in ihrem Sinne sowie Qualität und optimierte gesundheitliche Resultate.

An zweiter Stelle haben die Konsumenten für das 1. Szenario „Managed Care“ votiert, das ihre Vorstellungen von einem fairen Wettbewerb und einem international vorzeigbaren Gesundheitssystem am ehesten trifft.

Am schlechtesten schneidet bei den Konsumenten das 2. Szenario „Wahl von Zusatzpaketen“ ab. Hier finden sie noch am ehesten ihre Vorstellungen von einem fairen Wettbewerb unter Leistungserbringern. Alle anderen Eigenschaften – insbesondere Solidarität und Gerechtigkeit – werden dort nicht als erfüllt angesehen.

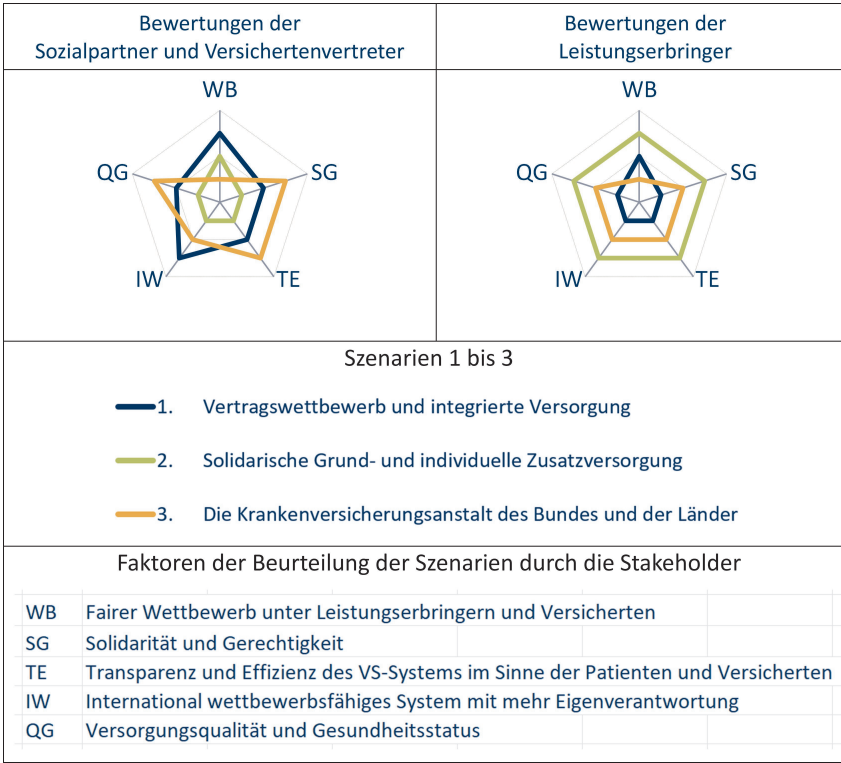
6.6.2 Die Vertreter der Leistungserbringer votierten klar für die „Wahl von Zusatzpaketen“

Im vollen Kontrast zu den Konsumenten konzentrieren die Leistungserbringer ihre Präferenzen ganz klar auf das 2. Szenario, das bei den Konsumenten das am wenigsten beliebte ist (siehe dazu Abbildung 21, rechts). Die Leistungserbringer sehen dort alle fünf Aspekte am besten verwirklicht.

Interessanterweise votieren die Leistungserbringer an zweiter Stelle für das „Staatsmodell“. Vier der fünf Aspekte sehen sie dort zweitrangig erfüllt, wozu allerdings nicht der Aspekt des „fairen Wettbewerbs untereinander“ zählt. Wie oben dargestellt (siehe Abschnitt 6.4.3) sind dort Ausschreibungen der monopolistischen staatlichen Gesundheitsbehörde von Leistungspaketen vorgesehen, auf die sich die Leistungserbringer bewerben können. Ihre negativen Vorstellungen von einem „Einkaufsmodell“ sehen die Leistungserbringer dort verwirklicht, in dem die Verhandlungsmacht und der sog. „Sicherstellungsauftrag“ von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen übergehen würden.

Das Managed-Care-Modell kommt bei den Leistungserbringern am schlechtesten weg. Allenfalls der Aspekt des „fairen Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern“ erhält noch mittelgradigen Zuspruch. Alle anderen Aspekte sehen die Leistungserbringer in diesem Modell nicht verwirklicht.

Abbildung 21: Szenarien-Präferenzen der Stakeholdergruppen „Sozialpartner und Versichertenvertreter“ und „Leistungserbringer“



Quelle: Eigene Darstellung nach (Tönshoff et al. 2004)

Alles in allem wird deutlich sichtbar, dass die Präferenzen der beiden wichtigsten Stakeholdergruppen weit auseinanderliegen. Während die Leistungserbringer ein System bevorzugen, in dem sie Leistungen im direkten vertraglichen Kontakt zu den Versicherten und Patienten erbringen können, sehen letztere ihre Interessen eher in einem staatlich definierten Raum erfüllt, in dem Leistungserbringer sich um Verträge bewerben müssen.

6.7 Gemessene Präferenzen der Versicherten: ausgewählte Ergebnisse der Befragungen eines nachfolgenden Projektes von 2009

In einer Studie aus dem Jahre 2009 (Nolting et al. 2009) wurden zu drei ähnlichen Szenarien 3.000 Einwohnern Deutschlands umfangreiche Fragenkataloge vorgelegt, die sich auf deren Zustimmung oder Ablehnung zu einzelnen Elementen dieser Szenarien bezogen. Im Bericht wurden die Antworten auf 56 Fragen berichtet. Die Ergebnisse werden wie folgt zusammengefasst:

Ein einheitlicher und vom Einkommen unabhängiger Versorgungsanspruch und zugang erhält durch die Bevölkerung in allen Szenarien deutlichen Zuspruch. Neben der Gleichheit des Zugangs zur Versorgung werden aber auch Wahlfreiheiten bei der Ausgestaltung begrüßt. Dem Vertragswettbewerb sowie der Bindung an Leistungsanbieter wird hingegen mit Skepsis gegenübergetreten, auch wenn grundsätzlich eine Integration der Versorgung gewünscht ist. Bei den Befragungsergebnissen ist eine gleichzeitige Befürwortung von Einheitlichkeit und Wahlfreiheiten bzw. von Tarifvielfalt ohne Leistungsunterschiede zu beobachten. Dies zeigt Grenzen der Befragungsmethodik. Die Befragten wurden nicht „gezwungen“, echte Trade-off-Bewertungen vorzunehmen, d. h. die positiv wie die negativ empfundenen Konsequenzen gegeneinander abzuwägen.

Etwas pointierter wird der Eindruck, wenn man die Fragen herausgreift, die überdurchschnittlich negativ bewertet wurden. Sie zeigen, wo die Grenzen der Befragten liegen, wenn es um Veränderungen geht. Bei den folgenden vier Fragen machen die beiden ablehnenden Kategorien zusammen mehr als die Hälfte der Antworten aus

1. „... dass man für eine bestimmte Zeit an ein Versorgungszentrum gebunden ist“
2. „... dass die Krankenkassen mit bestimmten Versorgungszentren Verträge über die Versorgung ihrer Mitglieder abschließen und man nur zwischen diesen wählen kann“
3. „... dass alle Krankenkassen einen solchen Zusatzbeitrag bei allen Mitgliedern erheben“
4. „... dass Ärzte und Krankenhäuser sich aussuchen können, von welcher Versicherung sie Patienten behandeln und umgekehrt“

Die soll im Folgenden eingeordnet werden.

- zu 1.: Die Frage bezieht sich auf Szenario A, das darin besteht, dass sich die Versicherten der GKV „in Zukunft“ (aus der Sicht von 2009) bei einer Managed-Care-Organisation (Primärversorgungszentren - PVZ) einschreiben müssen. Für die Dauer der Einschreibung sind die Eingeschriebenen an Regeln gebunden, die insbesondere festlegen, dass bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern Regeln einzuhalten sind wie z. B., zuerst einen Hausarzt zu konsultieren und dessen Entscheidungen zu respektieren. Die Befragten lehnen es mehrheitlich ab, an ihre Wahlentscheidung längere Zeit gebunden zu sein.
- zu 2.: Diese Frage bezieht sich auf denselben Sachverhalt: In Szenario A wird eine Welt beschrieben, in der man nicht jede Versorgung haben kann, die verfügbar ist. Je nach Krankenkasse und einem gewählten Wahltarif schränkt sich die Wahl auf ein reduziertes Spektrum von Managed-Care-Organisationen (PVZ) ein, das sich theoretisch auch auf der Skala „einfach – gehoben – exklusiv“ bewegen könnte, allerdings unter Wahrung einer evidenzbasierten Basisversorgung. Die Befragten lehnen es mehrheitlich ab, solchen Restriktionen unterworfen zu sein.
- zu 3.: Szenario A sah auch vor, dass die GKV-Mitglieder einen zweiteiligen Beitrag bezahlen sollen: „1. Der erste Teil ist einkommensabhängig. Für alle Versicherten ist der Beitragssatz gleich. Dies ist der so genannte „Standardbeitrag“. 2. Der zweite Teil hängt nicht vom Einkommen ab, sondern davon, bei welcher Krankenkasse man versichert ist und ob man eine Versorgung im Versorgungszentrum gewählt hat. Dies ist der so genannte Zusatzbeitrag. Dieser Zusatzbeitrag ist bei Versorgungszentren niedriger als bei der Versorgung durch Arztpraxen.“ Damit ist die Zweiteilung des GKV-Beitrags in Szenario A anders begründet als dies 2007 im Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) tatsächlich vorgesehen worden war: Der Zusatzbeitrag kann geringer ausfallen, wenn ein günstigeres Angebot gewählt wird. Dies ist in dem noch immer vorgeschriebenen Zusatzbeitrag nach dem WSG nicht der Fall. Die Höhe entscheidet sich nach der Finanzlage der einzelnen Krankenkasse und gilt für diese generell. Ob sich die Ablehnung auf die gewählte Versorgungsqualität oder allgemein auf einen Zusatzbeitrag bezieht, kann heute nicht klar

6. Was bedeutet „Eigenverantwortung“ in der Gesundheits- und Sozialpolitik?

entschieden werden. Tatsache ist jedoch, dass die GKV-Mitglieder diese Regelung wohl oder übel akzeptieren, ohne sie sich allerdings zu wünschen.

zu 4.: Diese Frage bezieht sich auf Szenario C, bei dem eine weitgehend liberalisierte und stark differenzierte Angebots- und Tarifstruktur angenommen wird. Die Frage richtet sich wieder auf den Zugang zu verschiedensten Leistungsangeboten oder Leistungserbringern, der in diesem Szenario auf der Basis von Wahlentscheidungen deutlich eingeschränkt ist.

Die Befragten bringen mehrheitlich zum Ausdruck, dass die keine Einschränkung ihrer Wahlfreiheit wünschen.

6.8 Fazit: Erkenntnisse aus dem IGES-RAND-Bertelsmann-Projekt

In diesem Projekt wurde das Konzept der „Eigenverantwortung“ im Gesundheitssystem und seine möglichen Auswirkungen auf die Lösung von Systemproblemen diskutiert. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

6.8.1 Eigenverantwortung im Bereich der Gesundheit bedeutet Wahlmöglichkeiten bei Prävention, Risikobeteiligung und Wahl des Versorgungsmodells

Im Sinne der Definition in Abschnitt 1.2 ist der Einzelne gefordert, Entscheidungen über sein Handeln zu treffen, um seiner Verpflichtung zur Eigenverantwortung nachzukommen. Dies erfordert in aller Regel die Wahl zwischen verschiedenen Alternativen wie z. B.: „Soll ich das Rauchen aufgeben und damit mein Krankheitsrisiko senken oder soll ich weiterräumen und mein Krankheitsrisiko erhöhen?“; „Soll ich zehn Euro mehr bezahlen, um ein Medikament zu bekommen, von dem ich gehört habe, dass es noch besser ist als das, was ich bereits bekomme, oder soll ich weiterhin das bekannte Medikament nehmen, das mein Arzt als ‚angemessen‘ bezeichnet hat?“; „Soll ich 50 Euro mehr im Monat an Zuzahlung leisten, um bei Bedarf keine Einschränkungen bei der Arztwahl zu haben, oder soll ich das Geld sparen und darauf vertrauen, dass meine Managed-Care-Organisation die richtige Wahl für mich trifft?“

Während die Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, grundsätzlich keiner weiteren Beteiligten bedarf, müssen für die Umsetzung der

anderen Wahlentscheidungen die entsprechenden Alternativen vorab durch Regelungen bereitgestellt werden. Es müssen also vorab Wahlmöglichkeiten in Form von Zuzahlungsregelungen, Wahlтарifen oder auch Anbieterstrukturen zugelassen und geschaffen werden. Selbst die Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, kann unter Umständen nur getroffen werden, wenn z.B. ein effektives Beratungsangebot zur Verfügung steht.

Im hoch regulierten deutschen Gesundheitswesen ist daher der Gesetzgeber in hohem Maße gefordert, entsprechende Grundlagen für Verträge und Investitionen zu schaffen.

6.8.2 Der Implementierung von Instrumenten der Eigenverantwortung sind Grenzen gesetzt

„Moral Hazard“ ist die motivationale Komponente, die dazu führt, dass Individuen von sich aus eher das teurere Produkt oder die teurere Dienstleistung wählen, auch wenn dies objektiv betrachtet nicht die nützlichere Alternative ist. Die immer vorhandene Informationsasymmetrie bietet die Grundlage dafür, dass die Leistungserbringer ihrerseits dazu neigen, den Patienten die teurere Leistung zu empfehlen, auch wenn diese objektiv nicht unbedingt die bessere Wahl darstellt.

Instrumente der Risikoteilung zielen eher auf die Motivationsstruktur der entscheidenden Individuen, während Vergütungs- und Geschäftsmodelle versuchen, das Verhalten der Leistungserbringer zu beeinflussen.

Die Umsetzung von mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen stößt insbesondere bei der Einführung von Instrumenten der Risikobeteiligung an erhebliche Grenzen: Die Möglichkeit, entsprechende Instrumente der Risikobeteiligung zu wählen, hängt eben auch von dem Gesundheitszustand des Einzelnen ab und der sich daraus unter Umständen ergebenden Alternativlosigkeit bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen und Produkten, die jede Schwelle der Risikobeteiligung überschreiten.

Entsprechende Regelungen würden daher dazu führen, dass Versicherungsangebote, die für kranke Versicherte nicht wählbar sind und damit nur für Gesunde preisgünstige Versicherungsoptionen eröffnen, eine zusätzliche finanzielle Benachteiligung insbesondere chronisch Kranker nach sich ziehen würden. Eine solche Entsolidarisierung ist nach den Regelungen des SGB V nicht zulässig, sodass der politische Handlungsspielraum an dieser Stelle erheblich eingeschränkt ist.

Andererseits haben insbesondere die Befragungen des Jahres 2009 gezeigt, dass die deutsche Bevölkerung bestimmten Versorgungsmodellen, die

ihren Entscheidungsspielraum zumindest prinzipiell einschränken, reserviert gegenübersteht. Dies gilt in gewissem Umfang auch dann, wenn damit Einsparungen verbunden sind. Nach dem Informationsstand von 2009 ist daher damit zu rechnen, dass die angestrebten Effizienzgewinne nur schwer zu realisieren sein werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich in den letzten 15 Jahren im deutschen Gesundheitswesen viel verändert hat, insbesondere was den Zugang zu den Leistungserbringern betrifft. Es ist daher zu prüfen, inwieweit sich die entsprechenden Präferenzen der Versicherten und Patienten verändert haben.

6.8.3 Divergierende Präferenzen von Versicherten und Leistungserbringern erschweren politische Lösungen

Das Projekt hat gezeigt, dass die beiden entscheidenden Interessengruppen zumindest vor 20 Jahren zum Teil völlig gegensätzliche Interessen hatten. Alles, was nach einem „Einkaufsmodell“ aussah, wurde von den Leistungserbringern vehement abgelehnt. Dazu gehörten auch die Managed Care-Ansätze, die in der Bewertung durch die Leistungserbringer am schlechtesten abschnitten. In einer zukünftigen Diskussion wäre zunächst zu untersuchen, ob sich diese Präferenzstruktur erhalten hat oder ob sich hier Veränderungen ergeben haben. Stark divergierende Interessen haben zur Folge, dass politische Entscheidungen in die eine oder andere Richtung zwar Gewinner, aber auch Verlierer schaffen, die versucht sein können, sich einer solchen Lösung stark zu widersetzen.

6.8.4 Summa summarum: Lehren aus dem Projekt

Die Ergebnisse des IGES-RAND-Bertelsmann-Projektes aus dem Jahr 2004 können sicherlich dahingehend interpretiert werden, dass Instrumente der Risikobeteiligung auch heute nicht zu den primär zu empfehlenden Instrumenten gehören. Hingegen sollte über eine erneute Initiative zur Einführung von Managed-Care-Modellen nachgedacht werden.

7. Ist Eigenverantwortung das Rezept für das Gesundheitswesen im Jahr 2025?

Die bisherigen Analysen lassen die Prognose zu, dass das Thema „Eigenverantwortung“ wieder an politischer Bedeutung gewinnen wird. Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der weiteren Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten. Die Wahlen zum Deutschen Bundestag 2025 sind gerade abgeschlossen. Die anstehende Regierungsbildung wird mit beachtlichen Lücken beim Haushalt konfrontiert sein. Die Ausgaben für Gesundheit werden sicherlich auch thematisiert werden.

In dieser Gemengelage stellt sich die Frage, welche Rolle das Thema „Eigenverantwortung“ spielen wird. Erleben wir eine Renaissance wie vor gut 20 Jahren, als Deutschland in einer ähnlichen wirtschaftlichen und politischen Situation war? Wird es die große Bedeutung erlangen, die es damals hatte? Welche Konsequenzen sind aus den politischen Entwicklungen der letzten 20 Jahre zu erwarten?

Bei der Beantwortung dieser Fragen ist es nicht Ziel, politische Entscheidungsträger zu beraten. Ziel ist es, den gesundheitspolitischen Raum aufzuzeigen, in dem sich die weitere Entwicklung bewegen könnte. Dabei wird vorausgesetzt, dass in den kommenden Jahren keine wahrhaft "disruptiven" inneren oder äußeren Ereignisse dazu führen werden, dass dieser Raum des sozialpolitisch Vertrauten verlassen und ein anderer Raum eröffnet werden könnte.

7.1 Anamnese: Überblick über die politischen Ereignisse seit 2004 rund um das Thema „Eigenverantwortung“

Zunächst fällt der Blick auf die Zeit der zweiten rot-grünen Bundesregierung, die sich mit der Agenda 2010 Ziele gesetzt hat, in denen „Eigenverantwortung“ eine zentrale Rolle spielt. Unser damaliges Projekt (siehe Abschnitt 6) hat die Spannweite der politischen Optionen aufgezeigt. Die Ereignisse der letzten 20 Jahre haben gezeigt, wie diese in der Realität geformt worden sind.

Dieser im kommenden Abschnitt folgende „Realitätscheck“ ist erforderlich, wenn über die Renaissance der Eigenverantwortung fundiert nachgedacht werden soll.

7.1.1 Die Zeit wäre normalerweise reif für eine vermehrte Thematisierung der Eigenverantwortung in der Gesundheits- und Sozialpolitik

Wir haben gezeigt, dass die Zeit „eigentlich“ wieder reif ist, dass das Thema „Eigenverantwortung“ erneut eine gestalterische Bedeutung bekommt. Das Thema „Eigenverantwortung“ wird hierzulande umso häufiger thematisiert, je kritischer die wirtschaftliche Lage in Deutschland eingeschätzt wird. Die öffentliche Diskussion auf der Ebene der Publizistik befindet sich auf diesem Kurs. Allerdings haben wir im Wahlkampf 2025 in den Programmen der Parteien nicht viel gesehen, was dies bestätigen könnte. Es mag auch der kurzen Vorbereitungszeit geschuldet sein, dass in den Wahlprogrammen das Thema kaum erwähnt wird. Mit Ausnahmen der Unionsparteien und der FDP wird Eigenverantwortung als Rezept zur Steigerung von Effizienz und Reduktion der Ausgaben nur sehr zurückhaltend thematisiert. Die links der Mitte stehenden Parteien greifen das Thema fast nicht oder gar nicht auf. Dazu kommt noch: „Wie schon bei der Ampel-Koalition dürfte die Gesundheitspolitik im Gesamtbereich Soziales eine untergeordnete Rolle spielen.“ (Observer MIS 2025) Allein vor diesem Hintergrund erwarten wir eine eher zurückhaltende Diskussion um das Thema.³⁴

Im Folgenden soll jedoch der Frage nachgegangen werden, welche Erfahrungen mit den einzelnen Instrumenten gemacht wurden, die zur Umsetzung von mehr Eigenverantwortung und zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen erdacht und entwickelt worden sind.

7.1.2 Ausbau der Prävention ohne greifbare Effekte

Obwohl gesundheitliche Prävention keine Erfindung der letzten 20 Jahre ist, wurden in diesem Zeitraum erhebliche Anstrengungen unternommen, um eine bessere und wirksamere Vorsorge zu erzielen. Insbesondere in der 18. Wahlperiode von 2017 bis 2021 wurden unter Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zusätzliche Anstrengungen in erheblichem Umfang angestoßen.

Lassen sich diesbezüglich Effekte erkennen? Werden wichtige gesundheitliche Parameter der Bevölkerung zugrunde gelegt, muss berücksichtigt werden, dass dies im wissenschaftlich-methodischen Sinne keine Evaluati-

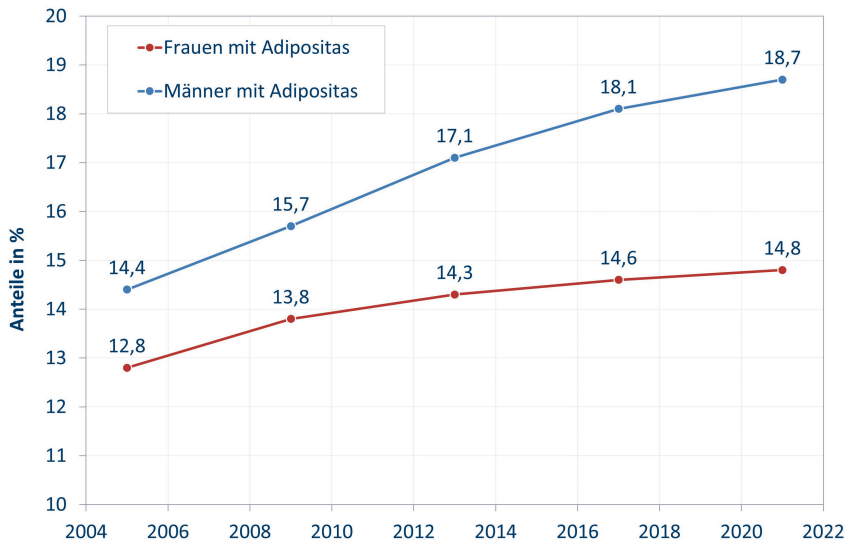
34 Auch im Ergebnis der Sondierungen zwischen Unionsparteien und SPD wird dies deutlich (CDU, CSU, SPD 2025).

on der Wirksamkeit dieser politischen Maßnahmen bedeutet. Zu vielfältig sind die Faktoren, die das gewonnene Bild beeinflusst haben könnten. Dennoch sind die im Folgenden betrachteten Größen sog. „Outcome-Parameter“, deren Verbesserung das Ziel von Gesundheitspolitik ist.

Adipositas, starke Fettleibigkeit, stellt eine Gesundheitsstörung dar, die mit einem erhöhten Risiko für weitere Erkrankungen, einem erhöhten Behandlungsbedarf und einer reduzierten Lebenserwartung einhergeht. Adipositas ist zwar im § 20 Abs. 3 nicht unter den acht offiziellen Gesundheitszielen aufgeführt, aber in mehr als der Hälfte der festgelegten Gesundheit indirekt enthalten.³⁵

Adipositas wird aufgrund seiner Bedeutung seit vielen Jahren in epidemiologischen Untersuchungen gemessen. Dabei zeigt sich, dass der Anteil von adipösen Männern und Frauen in der Bevölkerung ab 18 Jahren seit dem Jahr 2005 erheblich angestiegen ist. Vor allem bei Männern fiel der Anstieg mit vier Prozentpunkten hoch aus (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Anteil von Frauen und Männern mit Adipositas in Deutschland



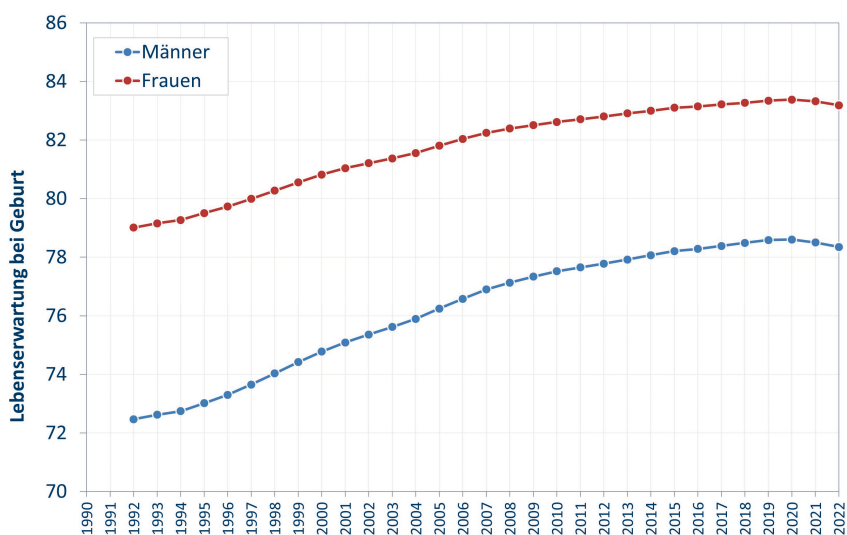
Quelle: Eigene Darstellung nach (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025c)

35 Diabetes mellitus Typ 2 hat in der Mehrzahl der Fälle Übergewicht als wichtigsten Risikofaktor.

Während Adipositas noch als „Surrogatendpunkt“ gilt (also keinen direkten Gesundheitsschaden bedeutet), ist die Lebenserwartung allerdings der ultimative Endpunkt von Bemühungen, die die Gesundheit einer Bevölkerung zum Ziel haben. Aber ebenso für die Lebenserwartung gilt, dass auch sie von zahlreichen Faktoren bestimmt ist und eben nicht nur von Präventionsbemühungen beeinflusst wird.

In entwickelten Gesellschaften wie der der Bundesrepublik Deutschland war man über einen sehr langen Zeitraum daran gewöhnt, dass die Lebenserwartung laufend weiter zunimmt. Dies ist allerdings seit Jahren nicht mehr der Fall. Die Lebenserwartung zeigt sich seit ein paar Jahren sogar rückläufig. Verstärkte Präventionsbemühungen konnten dies offensichtlich nicht aufhalten.

Abbildung 23: Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland



Quelle: Eigene Darstellung nach (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025e)

Sowohl Adipositas als auch die Lebenserwartung sind von vielfältigen Faktoren bestimmt. Darunter spielen ökonomische Faktoren eine tragende Rolle, wozu sicherlich gleichfalls der Anteil von Menschen zu zählen ist, die in Armut leben (World Health Organization (WHO) 2008).

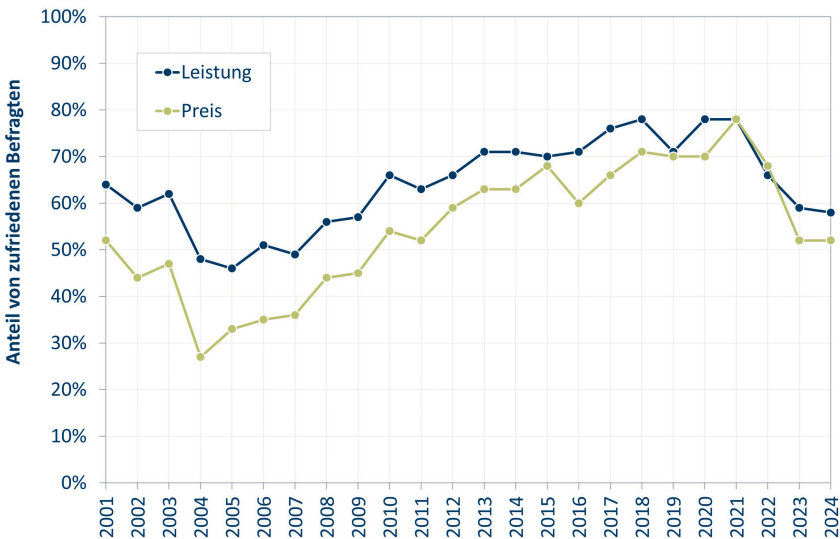
Ein steigender Anteil von adipösen Menschen und eine sinkende Lebenserwartung zeigen eine zunehmende Morbidität in der Gesellschaft

an und damit indirekt einen erhöhten Bedarf an Behandlungen und dafür erforderlichen finanziellen Ressourcen. Die in § 1 SGB V ausgesprochenen Verpflichtungen konnten damit nicht in dem erwünschten Umfang wirksam werden. So sind weitere präventive Anstrengungen nicht desavouiert. Als wesentliches Programmelement zur Steigerung der Effizienz der Gesundheitsversorgung sind sie jedoch keine Instrumente, die vorrangig Erfolge versprechen.

7.1.3 Risikobeteiligung unbeliebt

Instrumente der Risikobeteiligung wie Zuzahlungen, Boni, Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattungen (vgl. hierzu Abschnitt 6.3.2) haben sich als äußerst unpopulär erwiesen (vgl. hierzu Abschnitt 4.1.3.2). Dies hat in 2004 sicherlich zu einem starken Rückgang der Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen geführt (siehe Abbildung 24).

Abbildung 24: Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen



Quelle: Eigene Darstellung nach (Continental Krankenversicherung AG 2024)

Risikobeteiligungen vermitteln das Gefühl, etwas doppelt bezahlen zu müssen, da man seinen GKV-Beitrag ja bereits bezahlt hat. Sie haben einen stark delegitimierenden Charakter, auch weil ihnen der Charakter der Un-

gerechtigkeit anhaftet, die vor allem diejenigen trifft, die ohnehin schon nicht zu den Wohlhabenden zählen. Damit wird auch das Problem der Ungleichheit in der Gesellschaft angesprochen, das seit den 2010er Jahren immer stärker gefühlt bzw. wahrgenommen wird.

Vor diesem Hintergrund kam es zu dem oben beschriebenen Abbau derartiger Instrumente bzw. im Gegenteil zu einem Ausbau der Leistungsansprüche (vgl. hierzu Abschnitt 4.2). Eine einfache Wiederholung der Gesundheits- und Sozialpolitik von vor 20 Jahren erscheint daher unwahrscheinlich. Ein 15-jähriger Abbau von Risikobeteiligungen kann nicht plötzlich wieder in die entgegengesetzte Richtung gelenkt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die SPD voraussichtlich erneut an der nächsten Regierung beteiligt sein wird und mit Blick auf die Vergangenheit der Agenda 2010 vermutlich glaubhaft machen will, dass dieser für sie dornenreiche Weg nicht noch einmal beschritten wird.

7.1.4 Managed Care als bisher unerfüllte Option

Trotz der theoretischen Vorteile von Managed Care und integrierter Versorgung hat sich deren Umsetzung in Deutschland als schwierig erwiesen. Ein wesentlicher Grund hierfür beruhte auf dem Wegfall der Anschubfinanzierung durch die 1%-Regelung, der das langfristige Interesse vieler Krankenkassen an neuen IV-Modellen schmälerte. Ohne gesicherte Finanzierung waren die Nachhaltigkeit und der Erfolg vieler Programme sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den privaten Leistungserbringern in Frage gestellt.

Die große Mehrheit der IV-Modelle waren und sind die sog. „Selektivverträge“, bei denen eine meist eng umgrenzte Gesundheitsstörung von einer meist eng umgrenzten Zahl von Leistungserbringern gemeinsam versorgt wird. Managed Care hatte sich bisher so gut wie nicht als indikationsunabhängige Vollversorgung, als sogenannte populationsbezogenes Versorgungsangebot entwickelt. Dies hat mehrerlei Gründe:

- Die potenziellen Anbieter hegten Zweifel an der Rentabilität der Investitionen. Sie waren der Ansicht, dass die erheblichen Kosten in der mittleren und langen Frist nicht durch Gewinne gedeckt werden könnten. Das Vertrauen in die Politik war nicht gegeben.
- Es war relativ aussichtslos, bei den Krankenkassen Vertragspartner dafür zu finden, was sich aus deren Situation erschließt.

- Die Krankenkassen wiederum hatten keine Möglichkeiten, ihre Versicherten mit entsprechenden Tarifen an solche Versorgungsmodelle über einen längeren Zeitraum zu binden. Damit waren eher Mehrkosten als Einsparungen zu erwarten, weil die Versicherten bzw. Patienten andere Leistungserbringer parallel in Anspruch nehmen konnten.
- Es hat sich als überaus kompliziert erwiesen, dass Managed-Care-Anbieter zahlreiche unterschiedliche Leistungserbringer vertraglich zu einem leistungsfähigen Angebot zusammenschließen konnten. Zudem blieb die Umsetzung von IV-Modellen bundesweit fragmentiert und uneinheitlich, insbesondere in ländlichen Regionen, wo es häufig an einer Vernetzung der Leistungserbringer fehlte. Krankenhäuser und Fachärzte hatten in vielen Fällen keinen finanziellen Anreiz, sich an IV-Modellen zu beteiligen, da das Vergütungssystem weiterhin auf der Einzelleistungsvergütung basierte. Die Krankenkassen trugen zwar häufig die Kosten der IV-Modelle, profitierten aber nicht direkt von den möglichen Einsparungen.
- Obwohl im Rahmen des GMG bereits im Jahr 2004 die elektronische Patientenakte vorgesehen war, kann auch heute noch nicht die Rede davon sein, dass digitale Prozesse integriert angeboten werden können.
- Zudem wurden viele Patienten nicht aktiv in die IV-Modelle einbezogen oder empfanden die Programme als zu komplex und intransparent, was die Akzeptanz zusätzlich beeinträchtigte.
- Begrenzte Arztwahl: Patienten müssen sich oft an ein festgelegtes Netzwerk von Ärzten und Gesundheitseinrichtungen halten. Eine freie Arztwahl ist meist nicht möglich oder mit höheren Kosten verbunden.
- Überweisungspflicht: In vielen Managed-Care-Modellen (z. B. Hausarztmodelle, Ärztenetzen, MC-Organisationen) müssen Patienten zunächst ihren Hausarzt aufsuchen, bevor sie zu einem Spezialisten gehen können.
- Vorgaben für Behandlungen: Manche teuren oder spezialisierten Behandlungen werden nur nach Prüfung durch die MC-Organisation auf der Basis von Richtlinien genehmigt.

Positiv zu vermerken ist, dass in den letzten 20 Jahren verschiedene Ansätze entwickelt wurden, um die Wahlfreiheit der Versicherten zu stärken. So wurden Informationssysteme über die Qualität der Leistungserbringer wie der „Bundes-Klinik-Atlas“ (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2024) eingeführt. Diese Instrumente bieten den Patienten mehr Transparenz, auch wenn ihre Qualität und Wirksamkeit noch kritisch diskutiert werden (Deutsches Ärzteblatt (DÄB) 2024).

7. Ist Eigenverantwortung das Rezept für das Gesundheitswesen im Jahr 2025?

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Managed Care und Integrierte Versorgung in Deutschland trotz vielversprechender Ansätze und theoretisch positiver Effekte bisher nur in begrenztem Umfang umgesetzt wurden. Die strukturellen Herausforderungen und die fehlende langfristige Finanzierung haben dazu geführt, dass diese Modelle nicht die erhoffte Dynamik entfalten konnten.

7.1.5 Fazit aus dem historischen Abriss

Die Ergebnisse dieses Rückblicks auf die letzten 20 Jahre zeigen, dass das Thema „Eigenverantwortung“ bei Versicherten und Patienten nicht besonders populär ist. In Verbindung mit einer auf Legitimation und Massenloyalität ausgerichteten Politik ist es sicher nicht die erste Wahl für eine effizienzsteigernde Gesundheitspolitik. Auch eine präventive Ausrichtung bietet sich nicht als Lösung für die finanziellen Herausforderungen an. Damit bleibt aus dem Spektrum der Eigenverantwortung nur der Managed-Care-Ansatz, der in der Vergangenheit ebenfalls nicht zu den Publikumsbeliebten zählte.

Im folgenden Abschnitt wird jedoch die Frage aufgeworfen, ob sich das Gesundheitssystem inzwischen nicht so stark verändert hat, dass Managed-Care-Ansätze zu neuer Popularität gelangen könnten.

7.2 Diagnostik: Wie ist das Befinden des Gesundheitswesens?

Der Versuch, die Zukunft der Bedeutung von Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen zu lokalisieren, kann nicht einfach durch eine zeitliche Rückblende von 20 Jahren erfolgen. Was sich bisher entwickelt und verändert hat, muss als neue Randbedingung verstanden werden. Dies soll in den folgenden Ausführungen der Fall sein.

7.2.1 Rückläufige Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen löst 15 Jahre steigende Zufriedenheit ab

Das deutsche Gesundheitssystem wird von der Bevölkerung seit dem Tiefpunkt im Jahr 2004 bis einschließlich 2021, dem Höhepunkt der COVID-19-Pandemie, zunehmend positiver beurteilt, insbesondere im Hinblick auf die Leistungen und – meist etwas zurückhaltender – auf die

Preise. Danach setzte jedoch ein starker Rückgang ein, der bis 2024 anhielt (siehe Abbildung 24) (Continental Krankenversicherung AG 2024).

Während sich im Unterschied zu der Zufriedenheitskrise von 2004 nichts an Risikobeteiligungen wie z. B. Zuzahlungen geändert hat, wird eine deutliche Verschlechterung der Wartezeiten für GKV-Patienten wahrgenommen. Kurze Wartezeiten auf einen Termin werden von der Mehrheit der Bevölkerung als wichtig erachtet (Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren (BBMV) 2023).

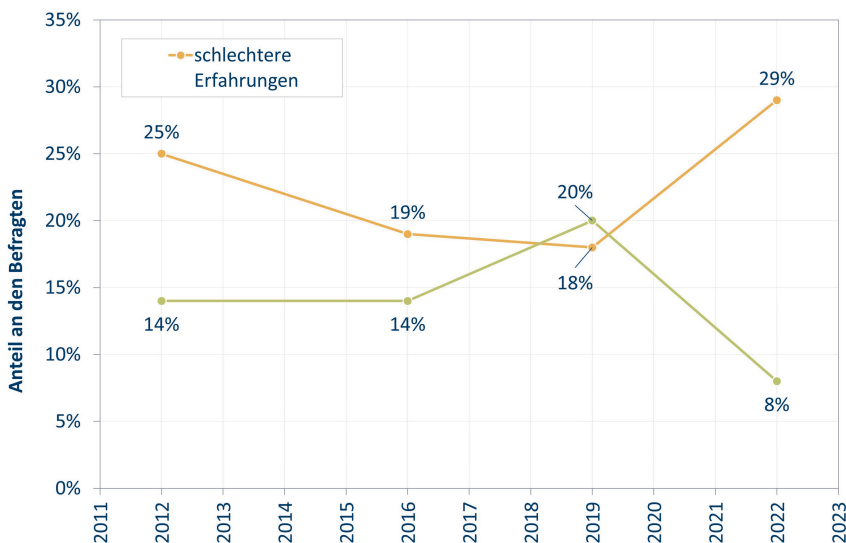
Der Anteil der Befragten GKV-Versicherten, der „sehr lange“ auf einen Termin gewartet hat, ist von 2019 auf 2022 von 65 % auf 70 % gestiegen (MLP-Finanzberatung SE 2022). Dies koinziiert mit der Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wonach der Anteil der GKV-Versicherten, die mindestens drei Wochen auf einen Termin gewartet haben, von 11 % in 2010 auf 15 % in 2021 angestiegen ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2021). Neuere Daten sind nicht verfügbar.

Die Wartezeiten dürften eine der Ursachen für den Anstieg der „schlechten Erfahrungen“ mit der Gesundheitsversorgung von 18 % im Jahr 2019 auf 29 % im Jahr 2022 sein (siehe Abbildung 25) (MLP-Finanzberatung SE 2022). Dies dürfte ebenso durch den deutlichen Rückgang der Fallzahlen von 2.355 Krankenhausfällen pro 10.000 Einwohner im Jahr 2015 auf 2.035 im Jahr 2023 unterstützt werden (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025d). Auch wenn diese Entwicklung aus medizinischer Sicht positive Aspekte aufweisen kann, dürfte sie aus Sicht der Bevölkerung dazu beitragen, dass der Zugang zur Krankenhausversorgung als erschwert erlebt wird.

Möglicherweise trägt dazu auch bei, dass die Auswirkungen der aktuellen Krankenhausreform schon jetzt als weitere Einschränkung des Zugangs zum Krankenhaus erlebt werden.

7. Ist Eigenverantwortung das Rezept für das Gesundheitswesen im Jahr 2025?

Abbildung 25: Berichtete Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen

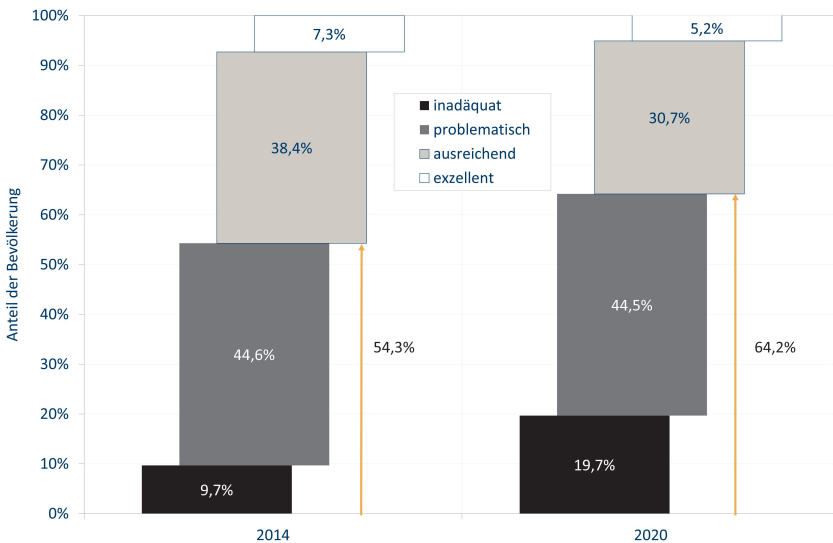


Quelle: Eigene Darstellung nach (MLP-Finanzberatung SE 2022)

7.2.2 Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist unzureichend und verschlechtert sich weiter

„Unter Gesundheitskompetenz wird [sic!] das Wissen, die Motivation und die die [sic!] Fähigkeit verstanden, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um die eigene Gesundheit zu erhalten, sich bei Krankheiten die nötige Unterstützung zu sichern und die dazu nötigen Entscheidungen zu treffen.“ (Hurrelmann et al. 2020) Gesundheitskompetenz ist daher eine wesentliche Voraussetzung für Entscheidungen über die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und der Gesundheitsversorgung. Je unzureichender sie vorhanden ist, desto weniger kann das Individuum geeignete Alternativen auswählen. In der zitierten Studie hat sich gezeigt, dass der Anteil der deutschsprachigen Bevölkerung mit unzureichender Gesundheitskompetenz von etwas über der Hälfte in 2014 auf knapp zwei Drittel in 2020 angestiegen ist.

Abbildung 26: Entwicklung der Gesundheitskompetenz von 2014 auf 2020



Quelle: Eigene Darstellung nach (Hurrelmann et al. 2020)

Die Veränderungen kommen unter anderem auch dadurch zustande, dass die zunehmenden digitalen Informationsangebote nicht mehr verstanden werden. Wenn man berücksichtigt, dass der Anteil von Ausländern mit oft schlechten deutschen Sprachkenntnissen im Zeitraum von 2004 bis 2023 von 6,7 auf 13,9 Millionen Menschen gestiegen ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Probleme, sich im deutschen Gesundheitswesen zu orientieren, noch wesentlich stärker gestiegen sind (CDU, CSU, SPD 2025).

Zusätzlich gibt es erhebliche sozioökonomische Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al. 2023), die sich auch auf die Nutzung des Gesundheitssystems auswirken (nap-gesundheitskompetenz.de 2025). Vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass der formal gleiche und uneingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung in vielen Fällen nicht genutzt werden kann.

Umgekehrt kann positiv angemerkt werden, dass in den vergangenen 20 Jahren zahlreiche Ansätze unternommen worden sind, die Wahlfreiheit von Versicherten und Patienten zu stärken, indem Informationssysteme über die Qualität von Leistungserbringern bereitgestellt werden wie z. B. der „Bundes-Klinik-Atlas“ des BMG (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2024), auch wenn deren Qualität und Wirksamkeit noch kritisiert

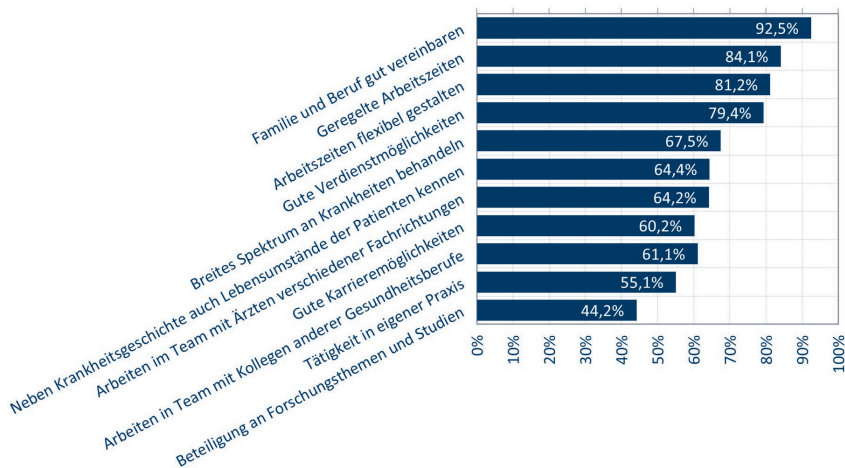
werden (Deutsches Ärzteblatt (DÄB) 2024). Letztlich ist aber ebenso hier zu beachten, dass Gesundheitskompetenz häufig auch mit mangelnder Kompetenz im Umgang mit Online-Angeboten zusammenhängt.

7.2.3 Ambulant tätige Ärzte arbeiten zunehmend im Angestelltenverhältnis

Durch das bereits zitierte GMG wurde die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) möglich und damit die Basis geschaffen, in der ambulanten Versorgung angestellte Ärzten zu beschäftigen. Von dieser Option wurde massiv Gebrauch gemacht, wodurch sich die Zahl der MVZ von 70 (2004) auf 4.897 (2023) erhöhte (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2024). Die Zahl der in der ambulanten Versorgung angestellten Ärzte erhöhte sich von 2004 bis 2023 von 8.048 (6,0 %) auf 60.083 (35,7 %) (Bundesärztekammer (BÄK) 2005, 2024). Vor diesem Hintergrund kann von einem geradezu disruptiven Strukturwandel im ambulanten Sektor ausgegangen werden. Während sich im Projekt „Eigenverantwortung“ sämtliche Statements auf den Status vor 2004 bezogen, kann jetzt davon ausgegangen werden, dass sich insbesondere die ablehnende Haltung der Niedergelassenen gegenüber Managed-Care-Modellen relativiert hat.

Die veränderten Erwartungen an die ärztliche Berufstätigkeit, die eher im Angestelltenverhältnis erfüllt werden, zeigen sich auch in einer aktuellen Befragung von Medizinstudenten (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2023). Geregelte und flexibel gestaltbare Arbeitszeiten sind den Befragten weitaus wichtiger als Karriere oder gar die Tätigkeit in einer eigenen Praxis.

Abbildung 27: Erwartungen von Medizinstudenten an die spätere Berufstätigkeit



Quelle: Eigene Darstellung nach (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2023)

7.2.4 Das deutsche Gesundheitswesen hat sich verändert

Im Vergleich zu den Jahren 2004 bis 2009 hat sich das Gesundheitswesen stark verändert. 2025 stehen wir vor einer anderen Situation, und zwar aus mehreren Gründen:

- Es lässt sich eine deutliche Abnahme der Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen feststellen. Steigende Wartezeiten sowie subjektiv wahrgenommene Verschlechterungen im Zugang zum Gesundheitssystem tragen zu dieser Entwicklung bei.
- Die Gesundheitskompetenz der Bürger und Patienten, die die Fähigkeit umfasst, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden, nimmt selbst unter den Deutschsprachigen ab. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte in den zunehmenden Anforderungen liegen, die die Nutzung digitaler Prozesse mit sich bringen. Davon unabhängig wird die signifikante Zunahme von Mitbürgern ohne ausreichende Deutschkenntnisse zu einer weiteren Verschlechterung der allgemeinen Gesundheitskompetenz führen.
- Es lässt sich feststellen, dass der Anteil der Ärzte, die in der ambulanten Versorgung tätig sind und dabei in einem Angestelltenverhältnis stehen,

signifikant zugenommen hat. Damit einher geht eine Modifikation der Interessenlage der ambulant tätigen Ärzte, die sich in einer Veränderung der Ansprüche an die Berufstätigkeit äußert. Der Trend zu einer Zunahme des Angestelltenverhältnisses in der ambulanten Versorgung wird dadurch verstärkt.

7.3 Therapie: Sollte man dem deutschen Gesundheitswesen „Eigenverantwortung“ verordnen und wenn ja, von welcher Sorte?

Die weitere Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens muss auf die aufgezeigten Veränderungen reagieren. In Bezug auf die Entwicklung des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umfeldes gehen wir davon aus, dass Deutschland vor der Herausforderung steht, bei schlechten wirtschaftlichen Voraussetzungen außergewöhnlich hohe Aufwendungen für die Verbesserung der Infrastruktur und Verteidigungsfähigkeit leisten zu müssen. Es zeichnet sich eine signifikante Verschuldung ab, die vermutlich nicht ohne Einsparungen in den öffentlichen Haushalten realisierbar sein wird. Auch die gesetzliche Krankenversicherung wird davon betroffen sein. Mit einer Zunahme des Inflationsdrucks ist zu rechnen, wodurch erfahrungsgemäß ein deutliches Konfliktpotenzial entsteht, das durch Einsparungen bei den Sozialsystemen verstärkt wird.

Vor diesem Hintergrund ist die Frage zu beantworten, ob und inwiefern eine verstärkte Eigenverantwortung zur Bewältigung der angespannten Lage beitragen kann.

7.3.1 Auf Risikobeteiligung verzichten

Allein vor diesem Hintergrund ist zu erwarten, dass es zu einer politischen Prioritätensetzung kommen wird, bei der der Ausbau des Sozialstaats nicht im Vordergrund stehen wird. Der Inflationsdruck sowie andere potenziell delegitimierende Entwicklungen legen die Vermeidung weiterer symbolstarker Veränderungen nahe, insbesondere im Gesundheitsbereich. Die Erfahrungen mit der Implementierung solcher Mechanismen im Rahmen des GMG stützen diese Einschätzung. Es empfiehlt sich, auf die Implementierung von Instrumenten der Risikobeteiligung zu verzichten, die ein hohes Konfliktpotenzial beinhalten und ihrer gewohnten Form letztlich von begrenzter Effektivität sind.

7.3.2 Neustart Managed Care

Die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für GKV-Versicherte hinsichtlich unterschiedlicher Versorgungsformen konstituiert einen signifikanten Aspekt zur Förderung der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Aus der Retrospektive ist evident, dass eine breite Implementierung des Konzeptes aus diversen Gründen nicht realisiert werden konnte. Im Folgenden werden einzelne Hintergründe erörtert und die Frage aufgeworfen, ob die zuvor beschriebenen Blockaden unter Umständen aufgehoben werden können und ob Eigenverantwortung bei der Wahl der Art der Versorgung hilfreich sein kann. Diese Frage wird im Folgenden aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

Aus der Sicht der Versicherten

Das Gesundheitswesen war bisher über einen signifikanten Zeitraum hinweg in der Lage, eine grundlegende Zufriedenheit zu erzeugen. Die zugrundeliegenden Faktoren umfassten in diesem Zusammenhang die gute Zugänglichkeit und die großzügige Leistungsgewährung. Die Gesundheitskompetenz reichte aus, in diesem System navigieren zu können. Damit wurden eine unzureichende Koordinierung und mangelnde Integration der Versorgung sowie eine unterentwickelte Digitalisierung kompensiert.

Aus dieser Perspektive ist verständlich, dass die Bevölkerung in der Vergangenheit nicht von ihren Erwartungen nach breiter Zugänglichkeit und uneingeschränkter Wahlfreiheit abrückte.

Die zunehmende Unzufriedenheit könnte in dieser Hinsicht eine Trendwende einläuten. Die Implementierung von Managed-Care-Modellen könnte für jene eine adäquate Option darstellen, die sich dadurch einen Zugang zu der von ihnen vermissten Versorgung verschaffen können. Obwohl diese Managed-Care-Modelle tendenziell direkter sind und weniger Wahloptionen bieten, könnte dies dennoch für zahlreiche Versicherten Gruppen von Vorteil sein und als eine Wahl für mehr Versorgung wahrgenommen werden.

In der Konsequenz könnte Managed Care von Seiten der Versicherten eine wesentlich höhere Attraktivität erlangen als in der Vergangenheit. Dies dürfte insbesondere dann der Fall sein, wenn Versicherte und Krankenkassen an einer Kosteneinsparung beteiligt werden könnten.

Aus der Sicht der Ärzte

Die oben beschriebene reservierte Haltung der Ärzte gegenüber Managed-Care-Modellen in der Folge des GMG resultierte aus deren Abneigung gegen alle Einkaufs- oder Betreibermodelle. Die Befürchtungen, die wirtschaftliche Selbstständigkeit zu verlieren, überwogen – das Modell der Freiberuflichkeit war als professionelles Vorbild unangefochten.

Es wurde dargelegt, dass sich in dieser Hinsicht ein signifikanter Wandel vollzogen hat. Dieser Wandel manifestiert sich gegenwärtig noch kaum auf der Ebene der Vertretungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Andererseits manifestiert sich eine deutliche Zunahme der Herausforderungen im ambulanten Sektor, die auf die unzureichende Nachbesetzung von Arzt-sitzen durch Freiberufler zurückzuführen ist. Sogenannte „investorengetriebene MVZ“ stellen für viele ältere Ärzte mitunter die einzige Möglichkeit dar, einen Erlös für ihre Praxis zu erzielen, obwohl sie vielfach kritisiert werden. Diese Form der MVZ, die auch das Potenzial zur Hochskalierung von größeren Einheiten umschließt (Kettenbildung), hat sich in der Praxis etabliert.

Die ebenfalls berichtete Verschiebung der Präferenzen jüngerer Ärzte zugunsten einer Tätigkeit im Anstellungsverhältnis bedeutet sicherlich eine weitere günstige Voraussetzung für die Bildung und Unterhaltung von Managed-Care-Organisationen.

Vor diesem Hintergrund kann erwartet werden, dass auch aus der Perspektive der Ärzte mit einer positiven Unterstützung dieses Konzeptes gerechnet werden kann.

Position der Anbieter von Managed Care

Die Bereitschaft privater Investoren oder bereits existierender Dienstleister (vorwiegend aus dem Ausland), in ein solches Versorgungssystem zu investieren, dürfte weiterhin begrenzt sein. Wichtige der in Abschnitt 7.1.4 angeführten Gründe sind noch nicht eliminiert. Hingegen dürften in Bezug auf die Digitalisierung einige Fortschritte erzielt sein. Dennoch dürfte der Verlust von Investitionen weiterhin eine signifikante Rolle spielen, sich in Deutschland diesbezüglich zu engagieren. Bezogen auf solche Befürchtungen müssten ausreichende Antworten entwickelt werden.

Position der Krankenkassen

Ebenso bei den Krankenkassen ist weiterhin davon auszugehen, dass sie Managed Care Modelle nicht als Lösung ihrer Effizienzprobleme betrachten. Sie dürften vielmehr befürchten, dass die Versorgung noch teurer würde, weil sich die Leistungserbringer ihre Teilnahme auch weiterhin teuer bezahlen lassen.

7.4 Beschaffung: Wie kommen wir an die erforderliche Therapie?

Wenn Managed Care zukünftig eine Rolle spielen sollte, sind verschiedene bereits bekannte Hürden aus dem Weg zu räumen. Darüber hinaus sind Konzepte zu entwickeln, für die es bisher keine Erfahrungen gibt:

- Dazu gehört an erster Stelle die Möglichkeit, Wahltarife mit Bindungswirkung einzuführen. Wenn die Wahl für ein Managed-Care-Modell für Leistungserbringer und Krankenkassen berechenbar sein soll, müssen sich diejenigen, die sich für eine solche Alternative entscheiden, auch für einen Zeitraum von zwei Jahren oder länger daran halten. Nur so können die Einsparungen realisiert werden, mit denen dann preislich günstigere Tarife angeboten werden können.
- Ferner müsste das derzeitige Verbot für Kapitalgesellschaften, in MVZ einzusteigen, aufgehoben werden. Wenn Kapitalgesellschaften nicht in eine Managed Care-Versorgung einsteigen, können die erforderlichen Investitionen nicht erfolgen.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen müsste weiterhin in eine Richtung gebracht werden, die das Gesundheitswesen mit anderen Dienstleistungsbereichen der Wirtschaft gleichziehen lässt. Dabei sollte von der derzeitig umständlichen Basisarchitektur Abstand genommen werden, der sog. Telematikinfrastruktur. Ein längst geplanter Umstieg auf ein Identitäts- und Zugriffsmanagement, wie es beim Online-Banking genutzt wird, sollte dafür erfolgen.

Hiermit sind noch nicht alle Hürden überwunden, die Investoren davon abhalten könnten, in eine Managed Care Versorgung zu investieren. Hierfür gibt es keine fertigen Antworten.

- Eine Neuauflage des zitierten Projektes von 2003/2004 könnte hierzu eine Basis liefern. Gleichmaßen sollten die bisher vorliegenden Erfahrungen und Konzepte für eine optimale Gestaltung von Wettbewerb im

Gesundheitswesen zusammengetragen werden: Welche Modelle sind am besten geeignet? Ausschreibungen für ganze Regionen unter verschiedenen Anbietern? Ausschreibung einzelner Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten? Direkte Wahlmöglichkeiten von Leistungserbringern durch die Versicherten?

- Ferner müsste die Frage beantwortet werden, was alles getan werden muss, um Investoren das Vertrauen zu geben, dass ihre Investitionen nicht durch die nächste politische Entscheidung wertlos werden.

Die aufgezählten Ansätze wären ein Signal an die verschiedenen Interessengruppen des Gesundheitswesens, das eine Stimmung des (Wieder-)Aufbruchs erzeugen könnte, wie „damals“, als viele Energien und Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens freigesetzt wurden.

7.5 Prognose für den „Patient Gesundheitssystem“ und die Wirkung von mehr Eigenverantwortung

Die hier zu lösende Aufgabe bestand darin, eine Standortbestimmung des Prinzips „Eigenverantwortung“ im deutschen Gesundheitswesen zu geben, um auf dieser Basis dessen Chancen zu ermitteln, in der aktuellen gesundheitspolitischen Situation zu einer neuen Bedeutung zu kommen. Dass man der Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen eine Renaissance wünschen würde, wurde dabei vorausgesetzt.

Was aber ist erreichbar und was nicht?

Wir glauben, dass Eigenverantwortung heute nicht als Mittel im Sinne einer Risikobeteiligung eingesetzt werden sollte. Selbstbeteiligungen, Zahlungen und andere direkt spürbaren Kontributionen sollten gegenwärtig keine Mittel sein, um mehr Eigenverantwortung ins Spiel zu bringen. Die Einstellung der Bevölkerung dazu ist negativ und würde voraussichtlich Bereitschaft und Interesse an anderen Ansätzen verdrängen. Ein finanzieller Gewinn der gesetzlichen Krankenversicherung wäre aus Erfahrung eine nur kurzfristige Entlastung.

Die Rede ist hier von einer Strukturreform, die Wahloptionen eröffnen sollte, die sowohl den Bürgern, Versicherten und Patienten als auch dem Gesundheitssystem Vorteile bringen könnten. Die Möglichkeit, „Managed Care“ bzw. „Integrierte Versorgung“ anbieten und wählen zu können, könnte mittel- und langfristig zu einer Sicherung der gesundheitlichen Infrastruktur, ihrer Qualität, ihres Outcomes und einer Zunahme ihrer Effizienz führen.

Es bedürfte allerdings eines klaren Konzeptes, klarer Botschaften und des Willens, einen längeren Weg geradeaus zu gehen, ohne beim ersten Hindernis stehenzubleiben oder vom Weg abzubiegen. Die Beteiligten würden dies vorab einfordern, ehe sie diesen Weg noch einmal mitgehen würden.

8. Anhang

8.1 Übersicht über die Wahlperioden

Zur Erleichterung der Übersicht über die vielfältigen Bezüge zu unterschiedlichen politischen Konstellationen in mehr als 20 Jahren wurde die folgende Tabelle erstellt:

Tabelle 3: Übersicht über die Wahlperioden 13 bis 20 in Deutschland zwischen 1994 und 2025

Wahlperiode	Zeitraum	Kanzler / Vizekanzler	Koalierende Parteien	Bezeichnung im Text	Farbe
13	1994-1998	Kohl / Kinkel	CDU/CSU, FDP	Kohl4	Schwarz-Gelb
14	1998-2002	Schröder / Fischer	SPD, Grüne	Schröder1	Rot-Grün
15	2002-2005	Schröder / Fischer	SPD, Grüne	Schröder2	Rot-Grün
16	2005-2009	Merkel / Steinbrück	CDU/CSU, SPD	Merkel1	Schwarz-Rot
17	2009-2013	Merkel / Westerwelle, dann Rösler	CDU/CSU, FDP	Merkel2	Schwarz-Gelb
18	2013-2017	Merkel / Gabriel	CDU/CSU, SPD	Merkel3	Schwarz-Rot
19	2017-2021	Merkel / Scholz	CDU/CSU, SPD	Merkel4	Schwarz-Rot
20	2021-2025	Scholz / Lindner	SPD, Grüne, FDP	Scholz	Rot-Grün-Gelb (Ampel)

Quelle: Eigene Zusammenstellung frei verfügbaren Wissens

8.2 Methodische Erläuterungen

Diese Studie beinhaltet den Anspruch, dass die gefundenen Ergebnisse auf empirischem Material basieren sollen. Mit der Terminologie des „Health Technology Assessment“ handelt es sich dabei in aller Regel nicht um konfirmative Belege, wie sie in der Medizin idealerweise durch randomisierte experimentelle Studien erzeugt werden. Das Niveau der Evidenz ist – um in dieser Sprache zu bleiben – eher illustrativer Art, wie es in der politischen und soziologischen Forschung häufig der Fall ist.

Da es hier überwiegend um Sachverhalte geht, die auf Textdokumenten basieren, waren diese bislang einer Quantifizierung kaum zugänglich. Daher mussten nun Wege gegangen werden, die bisher wenig Verbreitung gefunden haben und daher einer Erläuterung bedürfen.

1. Der Ansatz der „medienanalytischen Demoskopie“ erschließt große Textmengen aus Medienproduktionen mithilfe eher einfacherer Algorithmen. Dieser Ansatz soll einen Ersatz für Befragungsdaten – also demoskopische Daten – liefern, die es in vielen Fällen nicht gibt oder nicht geben kann.
2. Der Ansatz des „Natural Language Processing“ (NLP) erschließt ebenfalls Texte aller Art, aber eben auch Gesetzestexte, die in dieser Studie als Ausdruck politischer Willensbildung verstanden werden. Hierfür kommen komplexe Algorithmen zum Einsatz, große längsschnittliche Vergleiche sind möglich.

Beide Ansätze weisen zahlreiche Ähnlichkeiten und Überschneidungen auf. Beide haben gemeinsam, dass Texte zu Daten werden, was auch die Grundlage dessen ist, was heute unter „künstlicher Intelligenz“ auf der Basis von „Large Language Models“ unser Leben revolutioniert.

8.2.1 Medienanalytische Demoskopie

8.2.1.1 Zur Einführung

Es erscheint selbstverständlich, dass die Forschung über die Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland nicht auf Umfrageergebnisse zurückgreifen kann. Bislang liefern einzig Wahlergebnisse quantitative Ansatzpunkte für die Interpretation der damaligen Geschehnisse.

Einen interessanten Ansatz liefern allerdings Michael Wolffsohn und Thomas Brechenmacher in ihrer Analyse der Wahl von Vornamen aus der Zeit vor, während und nach der Epoche des Nationalsozialismus (Wolffsohn und Brechenmacher 1999; Wolffsohn 2001). Namen sind Sachverhalte und damit Daten, die nicht für wissenschaftliche Zwecke vergeben worden sind – es sind damit „Sekundärdaten“. Die Autoren zeigen in ihrer Analyse, wie die Popularität von „nordisch-germanischen“ Namen mit dem Jahr 1933 zunächst in die Höhe schießt und sich ab 1941 wieder deutlich zu-

rückentwickelt.³⁶ Letzteres bringen sie mit der verlorenen Schlacht von Stalingrad in Verbindung. Vor diesem Hintergrund geht Wolffsohn (Wolffsohn 2001) von einer vollen Zustimmung zum NS-Regime von lediglich maximal 52 % aus, die gegen Kriegsende auf 35 % gefallen ist.

Wolffsohn und Brechenmacher haben den Anspruch, die „öffentliche Meinung“ in „vor- oder nichtdemoskopischer Zeit“ zu erforschen, und bezeichnen ihren Ansatz auch als „historische Demoskopie“ (Wolffsohn 2001).

Eine analoge Vorgehensweise mit aktuellen Medientexten kann sich daher ebenfalls darauf berufen, Surrogate zur Demoskopie zuliefern zu können, auch wenn dies in einer bereits demoskopischen Zeit stattfindet. Dies ist auch erforderlich, weil es quasi unendlich viele Themen gibt, zu denen indirekt eine öffentliche Wahrnehmung bzw. sogar Meinung existiert, ohne dass diese von Anfang an oder überhaupt zum Gegenstand von Befragungen werden kann.

Diese Situation stellt sich auch, wenn wir danach fragen, wie sich die Wahrnehmung von „Eigenverantwortung“ über die jüngere Vergangenheit bis in die Gegenwart hinein entwickelt hat. Wir können hier nicht auf kontinuierliche Befragungen zurückgreifen, die diesen Begriff langfristig und kontinuierlich messen. Es hilft aber ein Blick in die deutschen Zeitungen bzw. in die dort verwendeten Begriffe mit Hilfe des „Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache“ (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025a).

8.2.1.2 Wie funktioniert der Ansatz?

Die entscheidende Ressource für diesen Ansatz liegt in der Verfügung über umfangreiche Datenquellen. Während Wolffsohn repräsentative Personenregister verwendet hat, greift der medienanalytische Ansatz auf Textkorpora zurück, die mittlerweile an verschiedenen Stellen geschaffen und angeboten werden. Für Deutschland liegen verschiedene Korpora vor, darunter ein sog. Zeitungskorpus (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025a), der derzeit 50 verschiedene deutschsprachige Zeitungskorpora mit mehr als 75 Mio. Dokumenten umfasst (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) 2025b).

36 Die Bewegung des Namens „Adolf“ weist noch viel höhere Schwankungen auf. Gegen Kriegsende ist der Anteil an den männlichen Vornamen auf nahezu null gefallen.

Von den verschiedenen Recherchemöglichkeiten werden in dieser Studie die sog. „Wortverlaufskurven“ verwendet, die zwischen 1946 und dem jeweils letzten vollständigen Jahr erstellt werden können. Hierbei werden Ziel-Terme wie „Eigenverantwortung“ als Anteile an den insgesamt auswertungsfähigen Textelementen („Token“) pro Jahr präsentiert. Ein selbst entwickeltes Programm ermöglicht das Auslesen der jeweiligen Ergebnisse, die hier auch für das angefangene Jahr zur Verfügung stehen.

Eine Wortverlaufskurve gibt somit die historische Repräsentation der Häufigkeit wieder, die ein bestimmter Term über die Zeit in dem verfügbaren Zeitungskorpus annimmt. Sie stellt in ihrer einfachen Form den Verlauf einer öffentlichen Wahrnehmung eines Themas dar. Mit Methoden aus dem Bereich des NLP können zusätzlich z. B. auch emotionale Färbungen („sentiment“) ermittelt werden, die damit verbunden werden.

8.2.1.3 Relevanz und Validität

Wortverlaufskurven spiegeln zunächst das Interesse wider, das Zeitungsautoren, Redakteure, Ressortchefs, Chefredakteure und Herausgeber an einem Begriff bzw. einem Thema haben. Das Interesse einer „medienanalytischen Demoskopie“ bezieht sich jedoch eher darauf, was diese Widerspiegelung über die Interessen des Zielpublikums aussagt, an das sich die Autoren schreibend wenden. Hierzu gibt es zwei verschiedene Hypothesen:

1. Die Autoren schreiben über Themen, von denen sie ausgehen, dass sie das Publikum tatsächlich interessieren.
2. Die Zeitungsautoren schreiben über Themen mit der Absicht, dass ihr Publikum sie zur Kenntnis nimmt, darüber nachdenkt und gegebenenfalls seine Meinung danach ausrichtet.

Zu 1.: Bei der ersten Hypothese wären Autoren in der Position von Dienstleistern, die die Wahrnehmung ihres Publikums widerspiegeln. Die in ihrem Verlauf abgebildeten Themen wären somit „read outs“ der Interessenlage des Publikums und von daher Beobachtungen, wie sie auch durch Befragungen entstehen könnten. Wenn man davon ausgeht, dass ein sehr umfassender und heterogener Zeitungskorpus zumindest den zeitunglesenden Teil der deutschen Bevölkerung abbildet, könnte eine Wortverlaufskurve ein Abbild des Verlaufs der Interessenlage eines relevanten Teils der Bevölkerung in Relation zu einem Thema darstellen – mithin ein Surrogat für eine demoskopische Erhebung.

Zu 2.: Die von den Autoren gewählten Themen müssen daher nicht mit den „einheimischen“ Themen des Publikums übereinstimmen. Dies wird insbesondere hervorgehoben in der Annahme, dass Medien teilweise auch ein „Agenda Setting“ betreiben (Gleich 2019; Djerf-Pierre und Shehata 2017). Ergebnisse von Analysen, wie sie z. B. in Wortverlaufskurven erscheinen, könnten damit ebenso den Versuch reflektieren, dass Medien bei einem bestimmten Thema ein Agenda Setting vornehmen.³⁷

An dieser Stelle kann keine umfassende Darstellung der wissenschaftlichen Debatte gegeben werden. Es werden hier nur einige Ergebnisse zitiert, die explizit der Frage nachgegangen sind, ob die „media coverage“ Resultat oder Ausgangspunkt der Öffentlichen Meinung ist.

Zwei kürzlich publizierte Studien, die mit einem ähnlichen Ansatz gearbeitet haben wie wir, kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Beide haben sich mit ökonomischen Themen in den USA beschäftigt: Budget-Fragen (Wlezien und Soroka 2024) und Sorgen um die wirtschaftliche Situation (Hopkins et al. 2017). Sie zeigen beide, dass die öffentliche Meinung in der Regel der Medienberichterstattung über wirtschaftliche Themen vorausgeht, was darauf hindeutet, dass Zeitungen eher die öffentliche Meinung widerspiegeln, als sie zu formen: „it is worth highlighting that our measure of public economic concern associates strongly with real-world economic statistics“ (Hopkins et al. 2017) Wlezien betont in einer weiteren Publikation (Wlezien 2024), dass es eher die öffentliche Meinung ist, die die „Coverage“ der Zeitungen beeinflusst, als dass der umgekehrte Fall gilt.

Aufgrund der Nähe zwischen den Themen der zitierten Studien und den hier analysierten Themen – insbesondere dem Thema „Eigenverantwortung“ – sehen wir uns in unserem Ansatz bestätigt, dass Ergebnisse der hier angewendeten „medienanalytischen Demoskopie“ zulässige Belege für unsere Argumentation darstellen.

8.2.2 Natural Language Processing: Spracherkennung als Instrument zur quantitativen Analyse gesetzlicher Inhalte

Natural Language Processing (NLP) befasst sich mit der Verarbeitung natürlicher Sprache zu Daten und deren Analyse. Dadurch ergeben sich um-

³⁷ Zu dieser Frage gibt es in der Gegenwart heftigste Debatten, die sowohl von eher linken als auch von eher rechten politischen Positionen geführt werden, und die oft davon ausgehen, dass Medien eine politische Macht darstellen, die in vielen Fragen bestimmt, was das Publikum denkt (Migration, Klima, Impfen u. v. a. m.).

fangreiche Möglichkeiten, beispielsweise die systematische Analyse komplexer sprachlicher Inhalte, wie sie auch in Gesetzestexten vorzufinden sind.

Im Mittelpunkt steht der Einsatz von maschinellem Lernen. Auf der Basis großer Mengen von Sprach- und Textdaten werden Systeme von Menschen darauf trainiert, Muster in gesprochener Sprache zu erkennen und damit zu kategorisieren. Dieses Training ermöglicht eine kontinuierliche Verbesserung der Erkennungsleistung.

Gesetzestexte, wie z. B. das SGB V, sind in diesem Sinne „natürliche Sprache“, erscheinen aber aufgrund ihrer teilweise extremen Formalisierung oft schwer verständlich. Sie stellen daher ein besonders geeignetes Ziel für NLP dar, wenn das Training von Experten durchgeführt wird, die mit den jeweiligen Gesetzen vertraut sind. Damit wird eine bislang schwer zugängliche Datenquelle erschlossen, die Rückschlüsse auf politische Entwicklungen, inhaltliche Schwerpunkte und diskursive Verschiebungen zulässt.

Im Rahmen einer solchen Analyse kann beispielsweise die Häufigkeit bestimmter Begriffe oder Argumentationsmuster über mehrere Jahre hinweg verfolgt werden. Gerade im Zusammenhang mit dem Begriff „Eigenverantwortung“ bietet sich hier eine Möglichkeit, die Verwendung in politischen oder gesetzgeberischen Kontexten nicht nur qualitativ zugänglich, sondern auch messbar zu machen.

Ein konkretes Beispiel hierfür ist das im vorliegenden Text beschriebene Konzept der sog. „Refome“ (vgl. hierzu Abschnitt 4.2.2), das dem NLP zugeordnet werden kann. Dabei handelt es sich um textliche Unterschiede zwischen verschiedenen Fassungen des SGB V, z. B. in Form von Ergänzungen oder Streichungen gesetzlicher Regelungen. Diese „Refome“ werden im „Training“ manuell interpretiert und inhaltlich bestimmten Kategorien zugeordnet – etwa als Ausdruck von „mehr“ oder „weniger „Eigenverantwortung“. Im Rahmen des vorliegenden Projektes wurden bisher lediglich die automatische Differenzbildung zwischen verschiedenen Gesetzesfassungen des SGB V sowie deren manuelle inhaltliche Bewertung durchgeführt. Die Entwicklung eines umfassenden automatisierten Spracherkennungssystems für das SGB V – mit der Fähigkeit zur selbstständigen inhaltlichen Einordnung der Änderungen – steht derzeit noch aus.

8.3 Verwendete Datenquellen

Das Motto des IGES Instituts „Von der Information zur Innovation“ wird ebenfalls in dieser Studie durch den umfassenden Rückgriff auf verfügbare

Daten realisiert. Die folgende Auflistung ist eine Übersicht über die Vielfalt der verwendeten Informationen, die belegt, dass es auch in und für Deutschland eine Informationsfülle gibt, auf der aufgesetzt werden kann. „Keine Daten gibt es nicht“ ist ein anderes geflügeltes Wort, das für die Arbeit von IGES als konstitutiv gilt.

Details zu den aufgeführten Datenquellen, insbesondere zu den Fundstellen, finden sich im Literaturverzeichnis.

8.3.1 Bevölkerungsbefragungen

Bevölkerungsbefragungen, vor allem wenn sie über lange Zeiträume wiederholt werden, bieten wichtige Quellen für die Bildung oder Überprüfung von Hypothesen über gesellschaftliche Zusammenhänge. In Bezug auf Deutschland ist die Unterteilung nach Ost und West noch immer relevant. Vergleichsmöglichkeiten mit anderen (europäischen) Ländern sind wertvoll.

Themen mit Relevanz für die vorliegende Studie umfassen Einstellungen zu zahlreichen ökonomischen und gesellschaftlichen Sachverhalten, Zufriedenheit und qualitatives Erleben des Gesundheitswesens in Deutschland, wirtschaftliches Verständnis und ordnungspolitische Positionen der Bevölkerung sowie die Akzeptanz der Sozialen Marktwirtschaft, Vertrauen in Unternehmen, Regierung, Medien und NGOs in Deutschland, Sorgen und Befürchtungen, Gesundheitskompetenz als Ressource zur Selbststeuerung und Wahrnehmung von Eigenverantwortung im Gesundheitswesen.

Einzelne Quellen sind:

- GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) (2024): ALLBUS Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften. Hg. v. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS).
- Europäische Kommission – Generaldirektion Kommunikation (Hg.) (2024): Die öffentliche Meinung in der Europäischen Union. Standard Eurobarometer.
- Continentale Krankenversicherung a.G. (Hg.): Continentale-Studie 2024.
- MLP-Finanzberatung SE (Hg.) (2022): MLP Gesundheitsreport 2022.
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.) (2012): Wirtschaftliches Verständnis und ordnungspolitische Positionen der Bevölkerung.
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.) (2023): Akzeptanz der Sozialen Marktwirtschaft und Verständnis ihrer Prinzipien.

8. Anhang

- Daniel J. Edelman Holdings, Inc. (Hg.) (2001-2025): Edelman Trust Barometer.
- Ipsos GmbH (2024): What worries the world. Germany report.
- nap-gesundheitskompetenz.de (2025): Gesundheitskompetenz: Forschungsergebnisse für Deutschland.
- Wellbeing Research Centre der Universität Oxford et al. 2025: World Happiness Report.

8.3.2 Medienanalytische Daten

Daten für Medienanalysen bieten insbesondere für lange Zeiträume die Möglichkeit, quantitative Analysen durchzuführen, die die Lücke füllen können, die durch nicht vorhandene Befragungsdaten entstehen.

Die Themen können außerordentlich vielfältig sein, wenn sie auch nicht auf einer selektierten Datengrundlage durchgeführt werden können, wie z. B. mit einem deutschen Zeitungskorpus.

Einzelne Quellen sind:

- Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hg.): DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. DWDS-Zeitungskorpus (ab 1945).
- Wippermann, P.; Krüger, J. (Hg.) (2009, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2023): Werte-Index 2020. Frankfurt am Main: Deutscher Fachverlag GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V). SGB, Ausgaben von 2002, 2005, 2009, 2013, 2017, 2024 (jeweils letzte Version einer Wahlperiode).

8.3.3 Datenquellen spezifisch für das deutsche Gesundheitswesen

Daten einzelner beteiligter Institutionen im Gesundheitswesen leiten sich teilweise von deren öffentlichem Auftrag ab, teilweise haben sie Serviceangebote entwickelt, die sich um ihre Tätigkeit herum gruppieren.

In dieser Arbeit wurde nur auf Daten zurückgegriffen, die sich auf die Struktur und Aktivitäten ärztlicher Organisationen beziehen. Sie sind lediglich ein kleiner Ausschnitt aus der Vielfalt der mittlerweile verfügbaren Datenquellen.

Einzelne Quellen sind:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hg.): Gesundheitsdaten.
- Bundesärztekammer (Hg.): Ärztestatistik.
- Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren (BB-MV) (Hg.) (2023): BBMV-Umfrage offenbart gravierende Probleme bei medizinischer Versorgung.

8.3.4 Vorwiegend ökonomische Daten vom Statistischen Bundesamt (Destatis)

Das Statistische Bundesamt (Destatis) ist die wichtigste offizielle Datenquelle der Bundesrepublik Deutschland.

Die Vielfalt der Themen wird auf der Homepage abgebildet.

Einzelne Quellen, die hier verwendet wurden, sind:

- Sterbetafel (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Code: 12621-0001.
Enthält auch Daten zur Lebenserwartung in Deutschland
- Frauen und Männer mit Übergewicht / Adipositas. Gleichstellungsindikatoren.
- Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR) des Bundes – Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt (nominal/preisbereinigt): Deutschland, Jahre.
- Entwicklung der Reallöhne, der Nominallohne und Verbraucherpreise.
- Gesundheitsausgabenrechnung.
- Grunddaten der Krankenhäuser.

8.3.5 Daten der OECD

Die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) bietet lange Zeitreihen vielfältiger ökonomischer Daten und speziell auch zu den Gesundheitssystemen der angeschlossenen Länder.

Einzelne Quellen sind:

- OECD Data Explorer ist die Plattform zum Abruf von Daten.
- OECD Economic Outlook, Volume 2024 Issue 2 ist ein Periodikum mit angeschlossenen Datenservice.

8.3.6 Vorwiegend ökonomische Daten von Instituten

Von Instituten werden ebenfalls umfangreiche Datensammlungen bereitgestellt.

Themen beinhalten oft ökonomische Aspekte, darüber hinaus auch viele andere Gebiete.

Einzelne Quellen sind:

- Sachverständigenrat für Wirtschaft: Die Jahresgutachten.
- Institut der deutschen Wirtschaft: IW-Vertrauensindex 2015.

8.3.7 Verschiedene Daten von Ministerien

Auch Ministerien, vorwiegend auf Bundesebene, aber ebenso auf Landesebene, bieten Datenquellen an, die sich auf einzelne Aspekte ihrer Tätigkeit beziehen. Das Bundesgesundheitsministerium stellt unter anderem die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung.

Einzelne Quellen in dieser Arbeit sind:

8.3.7.1 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

- Sozialbudget 2023. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).
- Armuts- und Reichtumsbericht. Website.

8.3.7.2 Bundesministerium für Gesundheit

- Bundes-Klinik-Atlas.

9. Literaturverzeichnis

- Andersen, U. (2022): Wirtschaftspolitik/Soziale Marktwirtschaft. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung (BPB). Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/handwoerterbuch-politisches-system/511484/wirtschaftspolitik-soziale-marktwirtschaft/>, zuletzt aktualisiert am 03.08.2022, zuletzt geprüft am 07.11.2024.
- Ärztezeitung (ÄZ) (2021): Bundestagswahl 2005 : Rückblick: Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung. In: *Springer Medizin Verlag GmbH, Ärzte Zeitung*, 07.09.2021. Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Rueckblick-Gesundheitspraemie-versus-Buergerversicherung-422581.html>, zuletzt geprüft am 17.11.2024.
- Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) (Hg.) (2025a): DWDS - Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/>, zuletzt aktualisiert am 06.11.2024, zuletzt geprüft am 06.11.2024.
- Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) (Hg.) (2025b): DWDS-Verlaufskurve für „Eigenverantwortung“, erstellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/r/plot?view=3&corpus=zeitungenxl&norm=date%2Bclass&smooth=line&genres=0&grand=1&slice=1&prune=0&window=0&wbase=0&logavg=0&logscale=0&xrange=1990%3A2024&q1=Eigenverantwortung>, zuletzt aktualisiert am 01.03.2025.
- Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) (Hg.) (2025c): DWDS-Verlaufskurve für „Ungleichheit“, erstellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache. Online verfügbar unter <https://www.dwds.de/r/plot?view=3&corpus=zeitungenxl&norm=date%2Bclass&smooth=line&genres=0&grand=1&slice=1&prune=0&window=0&wbase=0&logavg=0&logscale=0&xrange=1990%3A2024&q1=Ungleichheit>, zuletzt geprüft am 16.02.2025.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2004): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment. Herausgegeben von Brinkmann, H. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Beusekom, I. van; Tönshoff, S.; Vries, H. de; Spreng, C.; Keeler, E. (2004): Möglichkeit oder Utopie? Walfreiheit im Gesundheitswesen. Eine Literturübersicht.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: R. Kreckel (Hg.): *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz (Soziale Welt Sonderband, 2).
- Bourdieu, P. (1984): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft: Suhrkamp Verlag.
- Bundesärztekammer (BÄK) (Hg.) (2005): Struktur der Ärzteschaft 2004. Stand: 31.12.2004. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Struktur_der_Aerzteschaft_2004.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2025.

9. Literaturverzeichnis

- Bundesärztekammer (BÄK) (Hg.) (2024): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2023. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztstatistik_2023_Update_Juni_2024.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2025.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2024): Sozialbudget 2023. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Online verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a230-24-sozialbudget-2023.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2025): Armuts- und Reichtumsbericht. Website. Online verfügbar unter <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Indikatoren/Armut/Mindestsicherung/mindestsicherung.html>, zuletzt aktualisiert am 13.02.2025, zuletzt geprüft am 13.02.2025.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Sozialgesetzbuch Band V.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V). SGB, zuletzt geprüft am 14.11.2024.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024): Bundes-Klinik-Atlas - FAQ. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/bundes-klinik-atlas.html>, zuletzt aktualisiert am 26.11.2024, zuletzt geprüft am 26.11.2024.
- Bundesverband der Betreiber Medizinischer Versorgungszentren (BBMV) (Hg.) (2023): BBMV-Umfrage offenbart gravierende Probleme bei medizinischer Versorgung. Online verfügbar unter [file:///C:/Users/bh/Downloads/BBMV_Civey_Hintergrund%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/bh/Downloads/BBMV_Civey_Hintergrund%20(1).pdf).
- CDU, CSU, SPD (2025): Ergebnisse der Sondierungen von CDU, CSU und SPD. Vom 8. März 2025.
- Christlich Demokratische Union (CDU) (Hg.) (2003): Deutschland fair ändern. Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003.
- Continental Krankenversicherung AG (Hg.) (2024): Continentale-Studie 2024.
- Daniel J. Edelman Holdings (Hg.) (2001-2025): Edelman Trust Barometer. Online verfügbar unter edelman.com/contact.
- Deutsches Ärzteblatt (DÄB) (2024): Kritik am Bundesklinikatlas: Zu komplex und teils fehlerhaft. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151675/Kritik-am-Bundesklinikatlas-Zu-komplex-und-teils-fehlerhaft>, zuletzt geprüft am 01.12.2024.
- Die Welt (WELT) (2008): Gesundheitsfonds: Ulla Schmidt, Hassfigur von Kranken und Ärzten. In: *WELT*, 28.04.2008. Online verfügbar unter <https://www.welt.de/politik/article1943522/Ulla-Schmidt-Hassfigur-von-Kranken-und-Aerzten.html>, zuletzt geprüft am 02.12.2024.
- Djerf-Pierre, M.; Shehata, A. (2017): Still an Agenda Setter: Traditional News Media and Public Opinion During the Transition From Low to High Choice Media Environments. In: *J Commun* 67 (5), S. 733–757. DOI: 10.1111/jcom.12327.

- Enste, D.; Möller, M. (2015): Vertrauen in Deutschland und Europa. Ein internationaler Vergleich von 20 Ländern. IW-Vertrauensindex 2015. Online verfügbar unter https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/236965/IW-Vertrauensindex_2015_policy_paper.pdf.
- Europäische Kommission - Generaldirektion Kommunikation (Hg.) (2024): Die öffentliche Meinung in der Europäischen Union. Standard Eurobarometer 102. Online verfügbar unter <https://webgate.ec.europa.eu/ebsm/api/public/deliverable/download?doc=true&deliverableId=95872>.
- Foucault, M. (1976): Überwachen und Strafen.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) (2024): Sofortprogramm - Interview mit Carsten Linnemann 2024, 07.11.2024.
- GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS) (2024): ALLBUS Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften. Hg. v. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS). Online verfügbar unter <https://www.gesis.org/allbus/ueber-allbus>.
- Gleich, U. (2019): Agenda Setting in der digitalen Medienwelt. In: *Media Perspektiven* (3), S. 126–140. Online verfügbar unter https://www.ard-media.de/fileadmin/user_upload/media-perspektiven/pdf/2019/0319_Gleich.pdf, zuletzt geprüft am 23.11.2024.
- Habermas, J. (1973): Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus.
- Habermas, J. (1982): Theorie des kommunikativen Handelns. 2. Auflage. 2 Bände. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Häussler, B. (2020): Deutsche Gesundheitspolitik vor und nach der Zweiten Weltwirtschaftskrise. Die Versorgung der Gesellschaft mit Legitimation.
- Hecken, J.; Pimpertz, J. (2024): Mut zu neuen Ideen. Für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens. Hg. v. Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS). Online verfügbar unter <https://www.kas.de/documents/d/guest/mut-zu-neuen-ideen>, zuletzt aktualisiert am 07.10.2024, zuletzt geprüft am 25.02.2025.
- Hopkins, D. J.; Kim, E.; Kim, S. (2017): Does newspaper coverage influence or reflect public perceptions of the economy? In: *Research & Politics* 4 (4), Artikel 2053168017737900. DOI: 10.1177/2053168017737900.
- Hurrelmann, K.; Klinger, J.; Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Hg. v. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK). Universität Bielefeld. Online verfügbar unter https://pub.uni-bielefeld.de/download/2950303/2950404/HLS-GER%201_2020.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2025.
- Hüther, M.; Scharnagel, B. (2005): Die Agenda 2010: Eine wirtschaftspolitische Bilanz. In: *APuZ* (32-33), S. 23–30.
- Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.) (2012): Wirtschaftliches Verständnis und ordnungspolitische Positionen der Bevölkerung. Online verfügbar unter https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/studien/Bericht__Wirtschaftliches_Verstaendnis.pdf.
- Ipsos (2025): Deutsche beurteilen die Lage der Nation so pessimistisch wie nie zuvor. Presse-Information. Hg. v. Ipsos. Hamburg.
- Kant, I. (2019): Kritik der praktischen Vernunft. Die Theorie der Moralbegründung: e-artnow, Kindle-Version.

9. Literaturverzeichnis

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hg.) (2021): KBV Gesundheitsdaten - Wartezeiten. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24045.php>, zuletzt aktualisiert am 03.03.2025, zuletzt geprüft am 03.03.2025.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hg.) (2023): Berufsmonitoring Medizin-studierende 2022. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2022.pdf, zuletzt geprüft am 04.03.2025.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hg.) (2024): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2023.
- Knieps, F.; Reiners, H. (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte - Intentionen - Kontroversen. 1. Auflage. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit). Online verfügbar unter <http://elibrary.hogrefe.com/9783456954332>.
- Krugman, P. (2012): End this depression now!: W. W. Norton & Company.
- Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (LPB) (Hg.) (2025): Übersicht über die Wahlprogramme zur Bundestagswahl 2025. Online verfügbar unter <https://www.bundestagswahl-bw.de/bundestagswahl-wahlprogramme>, zuletzt aktualisiert am 28.01.2025, zuletzt geprüft am 28.01.2025.
- Lenzen-Schulte, M. (2025): Die Krebs-Kostenfalle. In: *Deutsches Ärzteblatt* 122 (4), A196-A199.
- Leue, V. (2018): Eine Bankenpleite mit weltweiten Auswirkungen. Beginn der Finanzkrise vor zehn Jahren. Hg. v. Deutschlandfunk. Online verfügbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/beginn-der-finanzkrise-vor-zehn-jahren-eine-bankenpleite-100.html>, zuletzt aktualisiert am 20.03.2025, zuletzt geprüft am 20.03.2025.
- Loungani, P. (2006): Meet Dr. Doom. In: *IMF Survey* 2006, 16.10.2006.
- Metz, R. (2015): Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. In: T. Rahlf (Hg.): Deutschland in Daten. Zeitreihen zur Historischen Statistik (GESIS Datenarchiv, Köln. histat. Studiennummer ZA8603 Datenfile Version 1.0.0.).
- MLP-Finanzberatung SE (Hg.) (2022): MLP Gesundheitsreport 2022.
- Nadler, J. (2025): What Worries the World März 2025: Inflation, Einwanderung & die USA. March 2014 - March 2025. Ipsos. Online verfügbar unter <https://www.ipsos.com/de-at/what-worries-world-marz-2025-inflation-einwanderung-die-usa>, zuletzt geprüft am 22.03.2025.
- nap-gesundheitskompetenz.de (2025): Gesundheitskompetenz: Forschungsergebnisse für Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland/>, zuletzt aktualisiert am 23.02.2025, zuletzt geprüft am 23.02.2025.
- Newhouse, J. P.; Insurance Experiment Group (1994): Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Nolting, H.-D.; Albrecht, M.; Schwinger, A.; Wasem, J.; Overstijns, T.; Mangen, M.; Klesse, Mario (2009): Gesundheit als Chance. Perspektive 2020 : 5. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens. Neuss (Delphi - Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens).

- Nolting, H.-D.; Brinkmann, H.; Hagenmeyer, E.-G.; Häussler, B. (2004a): Einführung. Kapitel 1. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment. Herausgegeben von Brinkmann, H. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 11–22.
- Nolting, H.-D.; Hagenmeyer, E.-G.; Reschke, P.; Ryll, A.; Schiffhorst, G. (2004b): Das deutsche Gesundheitswesen im Jahr 2012. Szenarienentwicklung und Simulation der Konsequenzen. Kapitel 3. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment. Herausgegeben von Brinkmann, H. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 63–87.
- Observer MIS (2025): Review 9. Kalenderwoche. Hg. v. Observer MIS, zuletzt geprüft am 02.03.2025.
- Ochmann, R.; Albrecht, M.; Sonnenberger, D. (2025): Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung. Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035. In: *IGES Studie 2025*. Online verfügbar unter <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88710/data/a57e74372daa9edc30149d9b452e96f0/250121-download-kurzbericht-pk-rekordanstieg-bei-sozialabgaben.pdf>, zuletzt geprüft am 26.01.2025.
- Offe, C. (1973): "Krisen des Krisenmanagement": Elemente einer politischen Krisentheorie. In: M. Jänicke (Hg.): Herrschaft und Krise: Westdeutscher Verlag, S. 197–223.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2024): OECD Economic Outlook, Volume 2024 Issue 2. Online verfügbar unter https://www.oecd.org/en/publications/oecd-economic-outlook-volume-2024-issue-2_d8814e8b-en.html, zuletzt aktualisiert am 06.02.2025, zuletzt geprüft am 06.02.2025.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Hg.) (2025): Average annual hours actually worked per worker. Abgerufen über OECD Data Explorer. Online verfügbar unter [https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=working%20hours&pg=0&snb=59&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalID-MZ&df\[id\]=DSD_HW%40DF_AVG_ANN_HRS_WKD&df\[ag\]=OECD.ELS.SAE&df\[vs\]=1.0&dq=AUS%2BAUT%2BBEL%2BCAN%2BCHL%2BCOL%2BCRI%2BCZE%2BDNK%2BEST%2BFIN%2BFRA%2BDEU%2BGRC%2BHUN%2BISL%2BIRL%2BISR%2BITA%2BJPN%2BKOR%2BLVA%2BLTU%2BLUX%2BMEX%2BNLD%2BNZL%2BNOR%2BPOL%2BPRT%2BSVK%2BSVN%2BESP%2BSWE%2BCHE%2BTUR%2BGBR%2BUSA%2BOECD.....IC-SE93_1...&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&isAvailabilityDisabled=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=working%20hours&pg=0&snb=59&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalID-MZ&df[id]=DSD_HW%40DF_AVG_ANN_HRS_WKD&df[ag]=OECD.ELS.SAE&df[vs]=1.0&dq=AUS%2BAUT%2BBEL%2BCAN%2BCHL%2BCOL%2BCRI%2BCZE%2BDNK%2BEST%2BFIN%2BFRA%2BDEU%2BGRC%2BHUN%2BISL%2BIRL%2BISR%2BITA%2BJPN%2BKOR%2BLVA%2BLTU%2BLUX%2BMEX%2BNLD%2BNZL%2BNOR%2BPOL%2BPRT%2BSVK%2BSVN%2BESP%2BSWE%2BCHE%2BTUR%2BGBR%2BUSA%2BOECD.....IC-SE93_1...&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false&isAvailabilityDisabled=false), zuletzt aktualisiert am 16.03.2025.
- Piketty, T. (2013): Das Kapital im 21. Jahrhundert. Übersetzung aus dem Jahr 2014. Kindle-Ausgabe: C. H. Beck.
- Rahlf, T. (Hg.) (2015): Deutschland in Daten. Zeitreihen zur Historischen Statistik. Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (GESIS Datenarchiv, Köln. histat. Studiennummer ZA8603 Datenfile Version 1.0.0.).
- Reich, K. (2013): Chancengerechtigkeit und Kapitalformen. Gesellschaftliche und individuelle Chancen in Zeiten zunehmender Kapitalisierung. Wiesbaden: Springer VS.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2. Auflage, Kindle-Version. Bern: Hans Huber, Hogreve AG.

- Sachverständigenrat für Wirtschaft (2024): Jahresgutachten 2024/25. Online verfügbar unter <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/jahresgutachten-2024.html>, zuletzt aktualisiert am 07.02.2025, zuletzt geprüft am 07.02.2025.
- Schaeffer, D.; Berens, E.-M.; Hurrelmann, K. (2023): Sachbericht - Gesundheitskompetenz in Deutschland – Wiederholungsbefragung des HLS-GER (HLS-GER 2). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/20230515Sachbericht_HLS-GER2.pdf, zuletzt geprüft am 23.02.2025.
- Schröder, G.; Blair, T. (1999): Der Weg nach Vorne für Europas Sozialdemokraten. GLASNOST Informations- und Dokumentationssystem Berlin. Online verfügbar unter <http://www.glasnost.de/pol/schroederblair.html>, zuletzt aktualisiert am 03.11.2024, zuletzt geprüft am 03.11.2024.
- Sehlen, S. (2004): Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Eine Literatur-Übersicht. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment. Herausgegeben von Brinkmann, H. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 25–62.
- Starbatty, J. (2008): Warum die Ökonomen versagt haben. In: *FAZ Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2008, 03.11.2008. Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftswissen/standpunkt-joachim-starbatty-warum-die-oekonomen-versagt-haben-1729008.html>, zuletzt geprüft am 09.02.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2024): Gesundheitsausgabenrechnung. Stand: 02.10.2024.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025a): Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2024 um 0,2 % gesunken. Pressemitteilung Nr. 019 vom 15. Januar 2025. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/01/PD25_019_811.html, zuletzt aktualisiert am 15.01.2025, zuletzt geprüft am 07.02.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025b): Entwicklung der Reallöhne, der Nominallöhne und der Verbraucherpreise. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Realloehne-Nettoverdienste/Tabellen/liste-reallohnentwicklung.html#134646>, zuletzt aktualisiert am 18.03.2019, zuletzt geprüft am 10.02.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025c): Frauen und Männer mit Übergewicht / Adipositas. Gleichstellungsindikatoren. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Gleichstellungsindikatoren/adipositas-f23.html>.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025d): Grunddaten der Krankenhäuser. Genesis online. Online verfügbar unter [, zuletzt geprüft am 03.03.2025.](https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/23111/table/23111-0001/search/s/a3JhbmtlbmhhbXM=)
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025e): Sterbetafel (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Code: 12621-0001. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/url/0a814890>, zuletzt aktualisiert am 24.03.2025.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025f): VGR des Bundes - Arbeitnehmerentgelt, Löhne und Gehälter (Inländerkonzept): Deutschland, Jahre.

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2025g): VGR des Bundes - Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt (nominal/preisbereinigt): Deutschland, Jahre.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025h): Gini-Koeffizient des Einkommens nach Sozialtransfers. Indikator 10.2. Online verfügbar unter <https://dns-indikator-en.de/10-2/>, zuletzt aktualisiert am 11.05.2025.
- Stiftung für Zukunftsfragen (2024): Wie blicken die Bürger auf das Jahr 2025? Hg. v. Stiftung für Zukunftsfragen.
- Stiglitz, J. E. (2011): Of the 1%, by the 1%, for the 1%. In: *Vanity Fair*, 31.03.2011. Online verfügbar unter https://www.vanityfair.com/news/2011/05/top-one-percent-201105?srsltid=AfmBOorPNVvbVoaQpovOzuwHPc3nRY88d9_MVLrcTCe-lmBvli0sf2pp, zuletzt geprüft am 15.02.2025.
- Stiglitz, J. E.; Sen, A.; Fitoussi, J.-P. (2009): Report of the commission on the measurement of economic performance et social progress. Commission on the measurement of economic performance et social progress. Online verfügbar unter <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/8131721/8131772/Stiglitz-Sen-Fitoussi-Commission-report.pdf>.
- The Economist (1999): The sick man of the euro. In: *The Economist*, 03.06.1999. Online verfügbar unter <https://www.economist.com/special/1999/06/03/the-sick-man-of-the-euro>, zuletzt geprüft am 06.11.2024.
- The Politics of Inequality; Universität Konstanz (Hg.) (2024): Wahrnehmung von Ungleichheit. Online verfügbar unter <https://www.exc.uni-konstanz.de/ungleichheit/themen/wahrnehmung-von-ungleichheit/>, zuletzt aktualisiert am 10.02.2025, zuletzt geprüft am 10.02.2025.
- Tönshoff, S.; Klautzer, L.; Anton, S.; Kahan, J. P. (2004): Das deutsche Gesundheitswesen im Jahr 2012. Eigenverantwortung im Lichte eines "seminar game" (Seminar-spiels). In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment. Herausgegeben von Brinkmann, H. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 89–138.
- Wehler, H.-U. (2008): Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Band 5: Bundesrepublik Deutschland und DDR 1949-1990.
- Wellbeing Research Centre der Universität Oxford; Gallup; UN Sustainable Development Solutions Network (Hg.) (2025): World Happiness Report.
- Wikipedia (2025): Great Recession. Hg. v. Wikipedia. Online verfügbar unter https://en.wikipedia.org/wiki/Great_Recession#cite_note-IMF_WEO_2009-14, zuletzt aktualisiert am 08.02.2025, zuletzt geprüft am 08.02.2025.
- Wippermann, P.; Krüger, J. (Hg.) (2009, 2012, 2014, 2016, 2018, 2020, 2022, 2023): Werte-Index 2020. Frankfurt am Main: Deutscher Fachverlag GmbH. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6155876>.
- Wlezien, C. (2024): News and Public Opinion: Which Comes First? Forthcoming in Research Gate. In: *The Journal of Politics* 86 (1). DOI: 10.1086/726940.
- Wlezien, C.; Soroka, S. (2024): Media Reflect! Policy, the Public, and the News. In: *Am Polit Sci Rev* 118 (3), S. 1563–1569. DOI: 10.1017/S0003055423000874.

9. Literaturverzeichnis

- Wolffsohn, M. (2001): Nomen est omen. Vornamenwahl als Indikator: Methoden und Möglichkeiten einer »historischen Demoskopie«. In: J. Eichhoff, W. Seibicke und M. Wolffsohn (Hg.): Name und Gesellschaft: Dudenverlag, S. 9–31.
- Wolffsohn, M.; Brechenmacher, T. (1999): Die Deutschen und ihre Vornamen. 200 Jahre Politik und öffentliche Meinung. München, Zürich: Diana Verlag.
- Wolfrum, E. (2005): Rot-Grün an der Macht: Deutschland 1998: C.H.Beck. Kindle-Version.
- World Health Organization (WHO) (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health. Geneva Switzerland: World Health Organization Commission on Social Determinants of Health.
- zm online (2025): Bürger halten Gesundheit und Pflege für die wichtigsten Handlungsfelder. Ergebnisse einer repräsentativen forsa-Umfrage im Auftrag der AOK. Online verfügbar unter [https://www.zm-online.de/news/detail/buerger-halten-gesundheit-und-pflege-fuer-die-wichtigsten-handlungsfelder#:~:text=Vor%20allem%20Frauen%20\(56%20Prozent,die%20Befragen%20weniger%20eine%20Rolle.](https://www.zm-online.de/news/detail/buerger-halten-gesundheit-und-pflege-fuer-die-wichtigsten-handlungsfelder#:~:text=Vor%20allem%20Frauen%20(56%20Prozent,die%20Befragen%20weniger%20eine%20Rolle.)