

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 it 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-

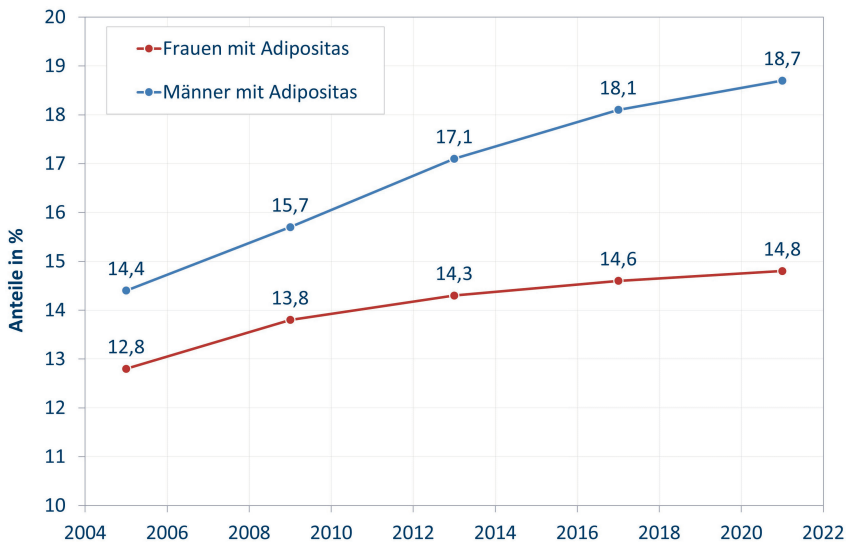
34 Auch im Ergebnis der Sondierungen zwischen Unionsparteien und SPD wird dies deutlich (CDU, CSU, SPD 2025).

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



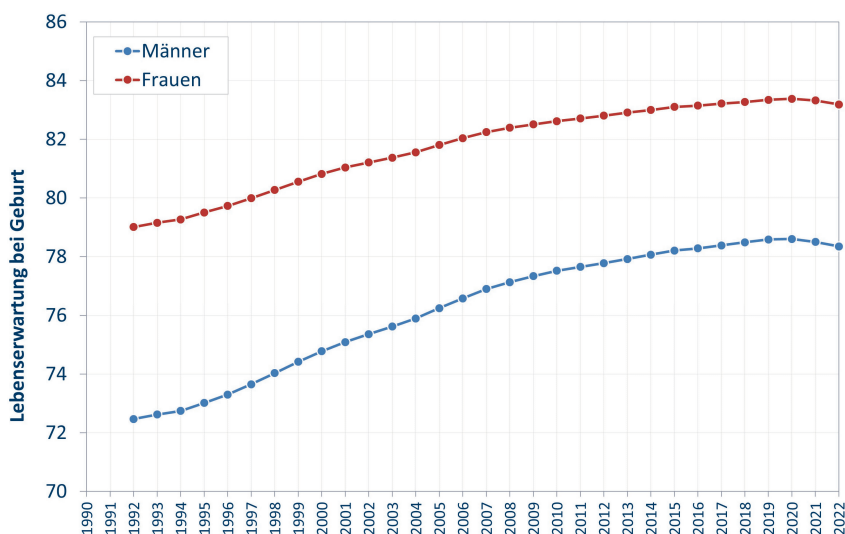
Quelle: Eigene Darstellung nach (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2025c)

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).

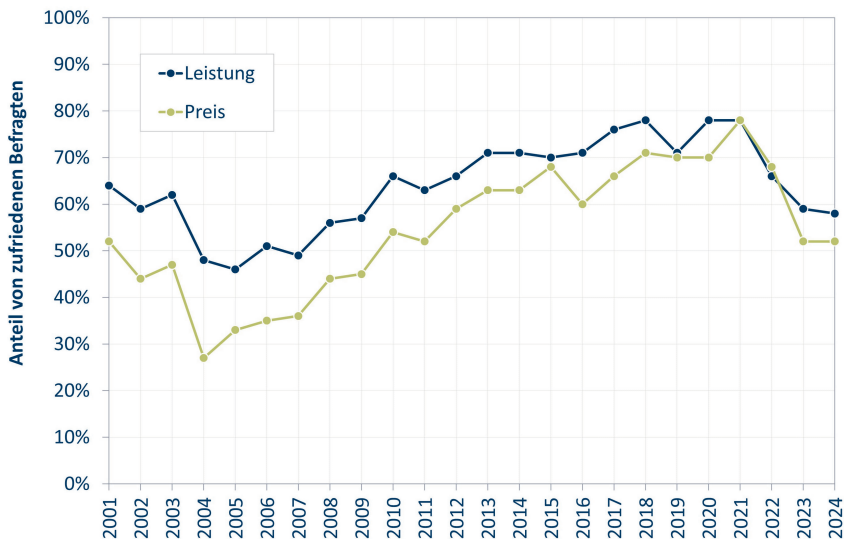
Ein steigender Anteil von adipösen Menschen und eine sinkende Lebenserwartung zeigen eine zunehmende Morbidität in der Gesellschaft

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).

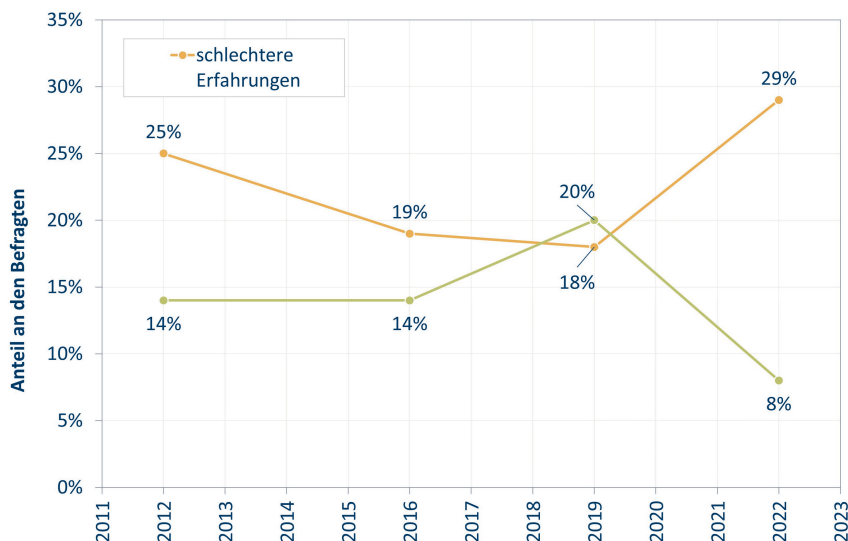
Während sich im Unterschied zu der Zufriedenheitskrise von 2004 nichts an Risikobeteiligungen wie z. B. Zuzahlungen geändert hat, wird eine deutliche Verschlechterung der Wartezeiten für GKV-Patienten wahrgenommen. Kurze Wartezeiten auf einen Termin werden von der Mehrheit der Bevölkerung als wichtig 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 koinzidiert 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.

Abbildung 25: Berichtete Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen

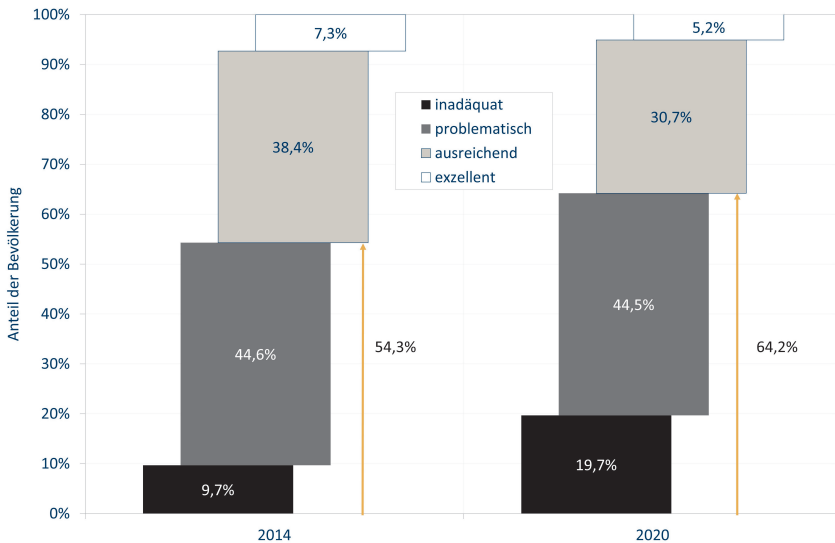


Quelle: Eigene Darstellung nach (MLP-Finanzberatung SE 2022)

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

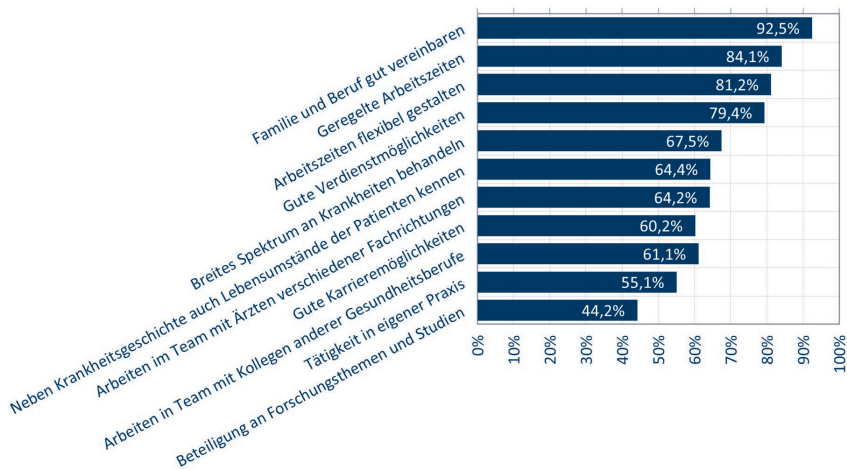
werden (Deutsches Ärzteblatt (DÄB) 2024). Letztlich ist aber ebenso hier zu beachten, dass Gesundheitskompetenz häufig auch mit mangelnder Kompetenz im Umgang mit Online-Angeboten zusammenhängt.

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, Zuzahlungen 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.

