

Verbraucherpolitische Dimensionen in der Gesundheitspolitik: Herausforderungen für eine sozial gerechte Gesundheitsversorgung

1. Einleitung

In diesem Kapitel möchte ich das Argument vertreten, dass Verbraucherpolitik ein zentraler Bestandteil von Gesundheitspolitik sein muss und damit auch sozialpolitische Funktionen übernehmen kann. Der empirische Bezugspunkt ist Deutschland, auch wenn sich vergleichbare Entwicklungen in verschiedenen Ländern beobachten lassen. Die Charakteristika des jeweiligen Gesundheitssystems sind allerdings entscheidend dafür, inwieweit es für Gesundheitsleistungen (sowohl kurativ als auch präventiv) eine Verschiebung vom öffentlichen oder dritten Sektor in den Markt gibt, und somit die Bedeutung einer gesundheitssystemrelevanten Verbraucherpolitik mit sozialpolitischer Dimension entscheidend zunimmt. Komplementär dazu lässt sich argumentieren, dass spätestens mit der Umsetzung des ‚Health in All Policies‘-Ansatzes eine weitere Facette in die Gesundheitspolitik einzieht, die nicht nur darauf abzielt, bei allen politischen Maßnahmen generell die Gesundheit der Menschen zu verbessern, sondern die auch soziale Dimensionen – in der Public Health-Forschung als ‚social determinants of health‘ bezeichnet – integriert (z.B. soziale Ungleichheit, Gestaltung von Lebensumwelten).

Allerdings soll das Kapitel in erster Hinsicht einen theoretisch-konzeptionellen Teil als Basis für die Argumentation entwickeln und die Dimensionen systematisieren, in denen sich die beiden Politikfelder, also Gesundheits- und Verbraucherpolitik, überlappen, und es in logischer Konsequenz fundamental ist oder wäre, dass Verbraucherpolitik die Gesundheitspolitik in einem sozialpolitischen Sinne flankiert. Zentral ist die These, dass die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik (in Deutschland, aber auch in anderen Ländern, wie sie je nach Gesundheitssystem unterschiedlich ausgeprägt sind) dazu führen, dass Menschen über Ressourcen und je nach Entwicklung sogar über wachsende Ressourcen verfügen müsst(en), um sich gesundheitlich sowohl präventiv als auch kurativ zu versorgen. Es geht dabei um (a) *finanzielle Ressourcen*, weil es zu Leistungskürzungen, Zuzahlungspflichten oder zum kompletten Ausfall von abgesicherten

(also finanzierten) Versorgungsangeboten kommt. Zudem handelt es sich (b) um *nicht-monetäre bzw. nicht-materielle Ressourcen* im Sinne von intellektuellen, kognitiven und psychischen Fähigkeiten, die notwendig sind, um sich selbst in der Versorgungslandschaft zurecht zu finden, idealerweise einen gesunden Lebensstil zu führen und eigenverantwortlich handeln zu können (Stichwort: Empowerment).

Vor diesem Hintergrund enthält Verbraucherpolitik eine erhebliche sozialpolitische Dimension, wenn sie in diesen Feldern interveniert, weil sie regulierend wirken und sozialpolitischen Härten vorbeugen, wesentliche Maßstäbe für einen besonderen Markt setzen, diesen regulieren oder auch für die individuellen Markkteure handlungsleitend wirken kann. Dies korrespondiert mit dem ‚Health in All Policies‘-Ansatz, der im Sinne wirksamer Politik die Querschnittslogik aufgreift und demzufolge verbraucherpolitische Maßnahmen im Feld der Gesundheit relevant und sozialpolitisch wirksam wären. Das Ressortprinzip einer Trennung von Verbraucher- und Gesundheitspolitik, die institutionelle Entwicklung sowie prägende Charakteristika des Gesundheitssystems (in Deutschland geprägt durch die gesetzliche Sozialversicherung) sorgen allerdings bislang dafür, dass es nur wenige sichtbare verbraucherpolitische Aktivitäten mit sozialpolitischer Wirkung im Gesundheitssystem gibt. Somit dient das Kapitel der Identifikation der Handlungsfelder für eine sozialpolitisch orientierte Verbraucherpolitik im Gesundheitssektor.

Dieses Kapitel soll den Status Quo in der Gesundheitspolitik systematisch im Hinblick auf ihre *Bedarfe* für flankierende und/oder intervenierende Verbraucherpolitik darstellen und dabei auch die Felder ausleuchten, in denen in besonderer Weise verbraucherpolitische Maßnahmen im Sinne einer sozialpolitischen Verantwortung entweder vorhanden oder notwendig sind. Dabei richtet sich der Blick auch auf bereits vorhandene *Mitwirkungsmöglichkeiten* von verbraucherpolitischen Akteur:innen in der Gesundheitspolitik.

Das Kernelement besteht in der Beobachtung, dass angesichts begrenzter Mittel im Budget der Gesundheitspolitik sowohl für kurative als auch für präventive Versorgung die Verschiebung von Verantwortung zum Individuum zunimmt und die Personen in konkreten Situationen (mindestens auch) als Verbraucher*innen agieren. Das Angebot von Leistungen und Produkten wandert von einem Gesundheitsmarkt, der den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems unterworfen ist, in einen freien Markt. Dabei gilt es, die Rolle der Individuen genauer zu identifizieren, die sie als Patient, Konsument, Bürger*in und Versicherte sowohl individuell als auch im Sinne kollektiver Interessenvertretung einnehmen können. Dazu soll es eine Heuristik geben, um konkrete Anschluss-

fragen dazu abzuleiten, wie Gesundheits- und Verbraucherpolitik zusammenwirken oder zusammenwirken können.

Wenn es um Konsum im Gesundheitssektor geht, stellt sich auch die Frage, inwieweit die Ausgaben sozialer Akteure (hier der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sowie des Staates als sicherstellende Institution für Gesundheitsleistungen) gesenkt werden können, indem die privat finanzierten Anteile zunehmen. Dabei müsste es für den gesamten Konsum im Gesundheitssektor – also für alle Kosten, die durch die Leistungserbringungen in allen Bereichen des Gesundheitssystems entstehen – eine Identifikation von Bereichen geben, die wirklich zur Kostensenkung beitragen, sowie von solchen, die eher zu Kostensteigerung führen können. Diese übergeordnete Frage steht *nicht* im Mittelpunkt dieses Kapitels, sondern wird hier für einen umfassenden Blick auf das Feld nur erwähnt und erzeugt weiteren Forschungsbedarf.

Im Sinne eines ergänzenden Exkurses böte sich auch ein Blick auf den ‚Health in All Policies‘-(HiAP)-Ansatz an, da er für ein Verständnis der sozialpolitischen Dimension unabdingbar ist. Es handelt sich bei HiAP um einen politischen Rahmen, der darauf abzielt, gesundheitliche Belange in die Entscheidungsprozesse aller Sektoren einzubeziehen (Greer et al. 2002). Dieser Ansatz erkennt an, dass die Gesundheit der Bevölkerung durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, die weit über den Gesundheitssektor hinausgehen. HiAP fördert die intersektorale Zusammenarbeit und strebt an, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden zu verbessern. Der HiAP-Ansatz wurde erstmals 2006 in gesundheitsbezogenen politischen Kreisen eingeführt und betont, dass alle Sektoren, einschließlich Bildung, Transport, Umwelt und Wirtschaft, zusammenarbeiten sollten, um die Gesundheit zu fördern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat hervorgehoben, dass ein signifikanter Anteil von Todesfällen auf Faktoren zurückzuführen ist, die nicht allein durch den Gesundheitssektor beeinflusst werden können, wie z.B. Luftverschmutzung. Die erfolgreiche Umsetzung von HiAP erfordert, dass politische Entscheidungsträger nicht nur die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Maßnahmen berücksichtigen, sondern auch erkennen, dass Investitionen in die Gesundheit langfristige Vorteile für andere gesellschaftliche Ziele bieten können, wie z.B. Bildung, soziale Gerechtigkeit und wirtschaftliche Entwicklung. Typischerweise wird HiAP nicht in eine explizite Verbindung mit Verbraucherpolitik gebracht – gleichwohl lässt sich aus der Perspektive von sozialpolitischen Dimensionen der Verbraucherpolitik dieser Kontext herstellen und die Schnittstellenfunktion auch aus einer solchen politisch relevanten Perspektive beleuch-

ten. Diese Perspektive soll im abschließenden Kapitel mit den vorangegangenen Ausführungen verknüpft werden.

2. Strukturen und Entwicklungen des Gesundheitssystems und ihre verbraucherrelevanten Dimensionen

Die Auseinandersetzung mit Gesundheitspolitik provoziert typischerweise nicht unmittelbar verbraucherpolitische Fragen. Allerdings erzeugen Struktur und Entwicklung von Gesundheitssystemen stets eine Reihe von Folgewirkungen für Menschen, aus denen verbraucherpolitischer Handlungsbedarf resultiert. Denn für die Menschen stellt sich im Falle von Krankheit oder Unfall die Frage, welche Leistungen zur Heilung oder Unterstützung überhaupt und in welchem Umfang vorhanden sind – in Zusammenhängen mit Prävention und Gesundheitsförderung gilt dies ebenfalls. Die umfassenden Möglichkeiten sowohl in der kurativen als auch präventiven gesundheitlichen Versorgung sprengen jedoch grundsätzlich den Rahmen von Gesundheitssystemen, was unabhängig davon ist, ob sie steuer- oder beitragsfinanziert ausgestaltet sind. Denn das Potential von Angeboten übersteigt durch Innovation, Technologie, Vielfalt und ein breites Spektrum an Qualitätsniveaus die Finanzierungsmöglichkeiten von staatlichen oder staatlich regulierten Gesundheitssystemen. Das bedeutet: Ein Teil der Versorgungsmöglichkeiten befindet sich im Angebot des Marktes. Außerdem können Anteile der vom Gesundheitssystem abgedeckten Leistungen daran gekoppelt sein, individuelle Zuzahlungen leisten zu müssen. So verschwimmen die Grenzen zwischen Leistungen im System und Angeboten des Marktes (zu Details siehe Kapitel 3). Damit entstehen nicht nur verbraucherpolitische Handlungsbedarfe, sondern es lassen sich zudem sozialpolitische Implikationen identifizieren. Denn die Nutzung von Marktangeboten ist in verschiedener Hinsicht abhängig von sozioökonomischen Determinanten. Bevor diese herausgearbeitet werden, geht es zunächst um die strukturellen Prinzipien des Gesundheitssystems und ihre Anforderungen an Verbraucherpolitik.

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf dem Sozialstaats- und dem Solidaritätsprinzip. Diese Prinzipien gewährleisten, dass der Staat sich um die Absicherung der Bürger:innen kümmert, was das Gesundheitssystem mit einschließt. Gleichzeitig gilt als wesentliches Systemmerkmal das Selbstverwaltungsprinzip. Während der Staat die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung festlegt, regelt die Selbstverwaltung die organisatorischen Maßnahmen und die Finanzierung der einzelnen Leistungen. Vertreter*innen der Ärzt*innen, Kranken-

kassen und Versicherten tragen die Selbstverwaltung. Deren oberstes Gremium im Rahmen der GKV ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), dessen Richtlinien für die Leistungserbringer:innen verbindlich sind. In Deutschland ergibt sich damit ein struktureller Rahmen, in dem das Versicherungsprinzip auf den ersten Blick prägend ist für die Absicherungen im Falle von Krankheit – und zu gewissen Anteilen auch hinsichtlich der Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei unterscheidet sich zwar die GKV von anderen verbraucherrelevanten Versicherungen, die freiwillig am Markt abgeschlossen werden (z.B. Hausratversicherung, Unfallversicherungen) – jedoch verweben sich die Perspektiven auf Versicherte im sozialen Sicherungssystem und marktförmige Versicherungsangebote wie zum Beispiel im Hinblick auf bestimmte gesundheitsbezogene Zusatzversicherungen zunehmend. Daneben besteht zudem der Markt der privaten Krankenversicherungen für alle Menschen, die nicht dem Prinzip der GKV unterliegen, das sind ca. 10 % der deutschen Bevölkerung (Loer 2022, 95). Generell lassen sich das GKV-System und die damit verbundenen strukturellen Rahmenbedingungen als prägend für die gesundheitliche und präventive Versorgung in Deutschland charakterisieren, für welche der Leistungskatalog des G-BA maßgeblich ist (Fuhrmann/Vogel 2020, 133). In diesem System dominiert bislang die Versicherten-Perspektive, obwohl die Versorgungs-Realität längst eine stärkere Verbraucherorientierung provoziert.

Auch und gerade am G-BA lässt sich die verbraucherpolitische Dimension mit sozialpolitischen Konsequenzen zeigen. Durch die Leistungs-Ausgestaltung für die Gesundheitsversorgung, die durch die Arbeit des G-BA vorbereitet wird, entsteht ein besonderer Markt, in dem die Leistungserbringer die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und -Produkten sind: Ärzt:innen und Zahnärzt:innen, Krankenhäuser, Medizinproduktehersteller:innen und ihre Vertriebsorganisationen, ambulante Dienste, Therapeut:innen und vergleichbare Akteur:innen. Die Versicherten sind die Endabnehmer:innen in diesem regulierten Gesundheits-Markt; allerdings agieren sie in vielen Fällen nicht direkt als Kund:innen, da sie aus dem Angebotsspektrum nicht frei wählen können und die Erstattung der Leistung durch die GKV erfolgt. Dann besteht (noch) keine Äquivalenz mit einer Verbraucher:innen-Situation. Wenn Leistungen reduziert oder eingeschränkt werden, wandern diese vollständig oder anteilig in den Markt, auf dem die Versicherten dann letztlich auch als Verbraucher:innen agieren.

Während die Leistungserbringer:innen und Kostenträger:innen mit ihren Entscheidungen über diese Aufteilung(en) entscheiden, können die Verbraucher:innen im G-BA nur mitberaten und Anträge stellen. Sie haben kein Stimmrecht; vertreten werden sie durch den Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

(vzbv) sowie den Deutschen Behindertenrat, die Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Die Integration der verbraucherpolitischen Akteur:innen im G-BA verweist auf die Besonderheit der Doppelrollen: Patient:innen sind als Versicherte im Sinne des korporatistischen deutschen Gesundheitssystems in den GKV-Gremien vertreten und so mit ihren Interessen in der konkreten Versorgungssituation an sich repräsentiert. Allerdings lässt sich dies als aggregiertes Interesse in der Vertretung durch den GKV-Spitzenverband beschreiben, das im G-BA tatsächlich weit entfernt ist von der konkreten Versorgungssituation der Versicherten als Patient:innen. Die zweite Rolle der Patient:innen ist schließlich die der Verbraucher:innen; aber wie gezeigt, in institutionell erheblich schwächerer Rolle. Neben der Bundesebene sind verbraucherpolitische Akteur:innen auf Landesebene in weitere Gremien der Gesundheits- sowie Pflegepolitik eingebunden und streben darin an, für Information, Transparenz und Selbstbestimmung zu sorgen (Fuhrmann/Vogel 2020, 134).

Mit der Perspektive auf die Angebotsseite im Gesundheitssystem lässt sich somit konstatieren, dass verbraucherpolitische Facetten auch die fachpolitischen Dimensionen des Gesundheitssektors prägen und teilweise eng damit verwoben sind. Die vergleichsweise schwache institutionelle Einbindung der verbraucherpolitischen Akteur:innen spiegelt allerdings die dominante Prägung durch das Sozialversicherungsprinzip wider und überlagert (bislang noch) die Perspektive auf und Berücksichtigung von Verbraucher:innen-Interessen und deren Bedarfe. Inwieweit bei der Ausgestaltung von Gesundheitspolitik die verbraucherpolitische Dimension sowie verbraucherwissenschaftliche Erkenntnisse ausreichend berücksichtigt sind, lässt sich bislang als offene Forschungsfrage formulieren.

2.1 Gesundheitssystem als besonderer Markt: Finanzierung, Anbieter- und Nachfragestrukturen

Die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems erfolgt primär über die gesetzliche Sozialversicherung. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen jeweils zur Hälfte die Beiträge für diese Versicherung. Zusätzlich gibt es einen Zusatzbeitrag zur GKV, der ebenfalls paritätisch aufgeteilt wird. Die Einnahmen aus der Sozialversicherung landen im Gesundheitsfonds, der durch Steuermittel ergänzt wird und die eingehobenen Beiträge an die GKV verteilt, basierend auf der Risikostruktur der Versicherten (Loer 2022). Diese Verteilung berücksichtigt Alter, Geschlecht, Krankheiten und regionale Ausgabenunterschiede, um faire Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten und Nachteile für Kassen mit einem höheren

Anteil älterer oder kränkerer Versicherter zu vermeiden. Eine Reihe gesetzlicher Reformen im Gesundheitssystem haben sich bereits auf die Adressat:innen (also die Versicherten) ausgewirkt und versetzen diese teilweise in eine hybride Rolle: Als Versicherte nehmen sie hin, welche Leistungen über die (gesetzliche oder private) Krankenversicherung abgedeckt sind; teilweise bedarf es dann ergänzender individueller finanzieller Eigenleistungen, um das gewünschte Leistungsspektrum zu erhalten. Als Verbraucher:innen müssen sie wählen. Diese Situation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verschärft.

Die GKV steht seit vielen Jahrzehnten finanziellen Herausforderungen gegenüber. Die Entwicklung in der GKV ist seit 2019 defizitär (GKV 2023), was zwischenzeitlich einen Anstieg der Zusatzbeitragssätze verursachte. Ein gesundheits- und sozialpolitisches Ziel besteht darin, die Beitragssätze zu stabilisieren, was 2022 zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) geführt hat. Damit sollten Leistungskürzungen und eine weitere Steigerung der Zusatzbeiträge vermieden werden. Die Debatte um dieses Gesetz veranschaulicht exemplarisch die verschiedenen Dimensionen, die letztlich Patient:innen als Versicherte und schließlich auch als Konsument:innen betreffen: Viel Kritik erfuhr diese politische Maßnahme zunächst vor allem deshalb, weil sie sich auf die pharmazeutische Industrie auswirkt. Vertreter:innen der Industrie verweisen ähnlich wie 2010 beim Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) auf die Einschränkung und Behinderung von innovativen Therapien und Beschränkungen im Zugang zu innovativen Medikamenten für die Patient:innen (Rein 2023; Bartol et al 2023). Immer dann, wenn Menschen in einer akuten Krankheitssituation vermittelt wird, innovative Behandlungsformen seien außerhalb der erstattungsfähigen Möglichkeiten vorhanden, steht die Frage im Raum, inwieweit diese als private Leistungen – also privat finanziert – zu erhalten sind. Dies ist davon abhängig, ob die Leistungen zum Beispiel für innovative Therapien im Rahmen einer privat finanzierten Leistungserbringung zulässig sind. In einem solchen Fall verändert sich die Rolle der erkrankten Person in die Konsument:innen-Rolle. Und unmittelbar spielen sozioökonomische Faktoren eine Rolle: Die finanziellen Ressourcen sowie die Möglichkeiten zur Information sind ausschlaggebend für einen souveränen Umgang mit der Entscheidungssituation.¹

1 Hinzu kommen solche gesundheitsbezogenen oder medizinischen Leistungen, die außerhalb Deutschlands eingekauft werden, beispielsweise Schönheitschirurgische Eingriffe in Ländern wie der Türkei, welche die meisten Gäste für plastische Chirurgie empfängt (www.isaps.org/media/rxnfqibn/isaps-global-survey_2023.pdf). Gerade weil es sich dabei um rein ästhetische Eingriffe handelt, kommt es in diesem Kontext zu einer Verknüpfung von Gesundheits- und Verbraucherpolitik.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband verweist auf die Folgewirkungen, die sich in einem verschärften Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen äußern und für die Versicherten zu größerer Unübersichtlichkeit im Qualitätsvergleich führen können.² Der Deutsche Gewerkschaftsbund ergänzt diese Kritik um eine fehlende nachhaltige Perspektive, wenn es um die künftigen Beiträge der Versicherten geht sowie um die notwendige Absicherung der steuerfinanzierten Leistungen für ALG-II-Beziehende, deren Fehlen der Deutsche Gewerkschaftsbund identifiziert und eine Quersubventionierung durch Versichertenbeiträge ausmacht.³ Ein weiterer Kritikpunkt in den Stellungnahmen der sozialpolitischen Akteur:innen richtet sich an versicherungsfremde Leistungen, die von der GKV übernommen werden (ver.di, 27.9.2022).

Daneben muss auch in der Gesundheitspolitik für den Krankenhaussektor die verbraucherpolitische Betrachtung bisherige Debatten ergänzen. Spätestens seit den 1990er Jahren hat sich die Krankenhauslandschaft in Deutschland deutlich verändert. Es gab eine Reduktion der Bettenkapazität und der Verweildauer, bei gleichzeitigem Anstieg der Behandlungsfälle (Degen 2024, 8f.). Die Zahl der Krankenhäuser sinkt, und Schließungsstrategien prägen Debatten in vielen Regionen, während die Anzahl privater Krankenhäuser gestiegen ist, weil private Klinikbetreiber öffentliche oder gemeinnützige Krankenhäuser übernehmen. Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt über ein duales System, bei dem die Betriebskosten durch Fallpauschalen (DRGs) und Pflegepersonalkostenvergütung getragen werden, während die Investitionskosten von den Bundesländern übernommen werden. Die geringen Investitionen durch die Länder führen jedoch zu einem schleichenden Substanzverlust der Krankenhäuser, gleichzeitig sorgt das Fallpauschalen-System für bestimmte Begrenzungen von Behandlungs- und Versorgungsleistungen (Loer 2020, 129ff.).

Warum ist dies für die Perspektive dieses Kapitels relevant? Patient:innen nehmen im Krankenhaus zunehmend die Rolle von Verbraucher:innen ein, insbesondere wenn es um Krankenhausbehandlungen geht, die mit einer Reihe

2 Vgl. die Kurzstellungnahme ‚Gesetzliche Krankenversicherung fair und ausgewogen finanzieren‘ des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) der Bundesregierung (20/3448) vom 27.9.2022 (www.vzbv.de/meldungen/gesetzliche-krankenversicherung-fair-und-ausgewogen-finanzieren).

3 Stellungnahme ‚Nachhaltige Finanzstabilität sicherstellen, solidarische Beitragsfinanzierung ausbauen‘ des Deutschen Gewerkschaftsbunds zum Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27.9.2022 (www.dgb.de/fileadmin/download_center/Stellungnahmen/DGB-Stellungnahme-GKV-Finanzstabilisierungsgesetz.pdf).

von Eigenleistungen verbunden sind, die sich außerhalb des gesundheitlichen Versorgungssektors befinden. Dies wird durch die Privatisierung von Krankenhäusern verstärkt. Am Beispiel der Krankenhäuser zeigt sich unmittelbar die Unvereinbarkeit von Profit und Patient:innenwohl und eine zunehmende Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung von gewinnorientierten Privatunternehmen. Maßnahmen zur Kostensenkung, wie die Restrukturierung von Versorgungsabläufen und die Reduzierung des Klinikpersonals, können das Patient:innenwohl gefährden. Diese Maßnahmen können zu erhöhtem Stress für das verbleibende Personal und zu Behandlungsfehlern führen. Gleichzeitig argumentieren private Träger, dass sie durch die Übernahme öffentlicher Kliniken die Krankenhauslandschaft und die Versorgung der Menschen sicherstellen, da immer weniger Krankenhäuser existieren. Dennoch können sie ihre Eigenkapitalkosten und Gewinnmargen nicht auf die Entgelte für stationäre Leistungen aufschlagen, da die Erstattung der Leistungen durch das DRG-System vorgegeben ist (Loer 2022, 129). Die betriebswirtschaftlich geprägte Krankenhaussteuerung schlägt sich dann darin nieder, welche Versorgungsniveaus geleistet werden können. Patient:innen, die über privatwirtschaftliche Ressourcen verfügen, können dann zum Teil die ausfallenden Leistungen kompensieren und treten damit als Verbraucher:innen auf, wenn die Angebote der Krankenhäuser außerhalb der Kostenertstattungen des Versicherungssystems in einem privatwirtschaftlichen Markt entstehen.

2.2 Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven

Angesichts der Herausforderungen für das Gesundheitssystem ist zu erwarten, dass sich die Rolle von Versicherten zu Verbraucher:innen am Gesundheitsmarkt oder ihre hybride Situation häufiger ergibt. Dabei stellt zum einen der demographische Wandel einen bedeutsamen Einflussfaktor da, der finanzielle Engpässe des Gesundheitssystems verursacht, wodurch die Verschiebung von Anteilen in den Markt zunehmen wird. Generell verzeichnet die GKV jährlich eine Unterdeckung von über 20 Mrd. Euro, weshalb sich die gesundheitspolitische Gesetzgebung und Debatte stark auf die Kostenreduzierung fokussieren (GKV 2023; Kuhn/Illgen 2023). Dies kann unmittelbare Effekte darauf haben, dass sich Versorgungsleistungen zu Marktangeboten verändern und Menschen nur dann von Innovationen zur Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten, bei der Unfall-Versorgung oder gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren, wenn sie diese am Markt einkaufen. Daraus resultieren in erster Linie verbraucherpolitische Handlungsnotwendigkeiten, die wiederum einhergehen mit sozialpoliti-

schen Fragen. Wenn Leistungen tatsächlich wirksamer sind, aber einen privaten finanziellen Ressourceneinsatz sowie die Kenntnis und Orientierung im Hinblick auf geeignete Angebote benötigen, entsteht ein Exklusivitätscharakter mit Folgen für bestimmte soziale Gruppen.

Eine weitere Sphäre betrifft die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Während auf der einen Seite Digitalisierung zur Effizienzsteigerung und Verbesserung der medizinischen Versorgung (z.B. im Hinblick auf interdisziplinäre Verzahnung, Kommunikation von behandelnden Personen nicht nur bei multimorbiden Patient:innen) beitragen kann, resultieren daraus verbraucher- und sozialpolitische Fragen. Experten beschreiben die Telemedizin – also den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen – als das zentrale Instrument der Zukunft (Wenzel 2024). Durch die Nutzung von Apps und vergleichbaren Technologien kann die sichtbare Differenzierung zwischen Marktangeboten und Leistungen des Gesundheitssystems verschwimmen, die im Rahmen (finanziell) abgesicherter Versorgungsstrukturen erbracht werden. Qualitätssicherung, Datenschutz und Kompetenzvermittlung im Umgang und weitere Aspekte, die sich auf die Anforderungen der Patient:innen als Nutzer:innen beziehen (Malischnig 2023), benötigen die Expertise der Verbraucherrwissenschaften und treffen sich in verbraucherpolitischen Handlungsfeldern mit sozialen Implikationen.

3. Konkreter Versorgungsalltag im Gesundheitssystem und die Rolle der Verbraucher:innen

Die verbraucherpolitischen Dimensionen in Bezug auf Kranken- und Unfallbehandlung sowie Prävention lassen sich aus zwei Perspektiven beschreiben: (1) aus der Perspektive des Gesundheitssystems für alle Fälle, in denen die Nutzung systemimmanenter Leistungen (sowohl gesundheitsbezogene Dienstleistungen als auch Produkte wie Medizinprodukte, Pharmazeutika etc.) entweder vollständig oder teilweise in einer Verbraucher:innen-Rolle geschieht und (2) aus der Perspektive der Verbraucherpolitik selbst, wenn Produkte und Dienstleistungen des Marktes auch teilweise oder vollständig zu Leistungen des Gesundheitssystems werden. Beides betrifft sowohl präventive Gesundheitspolitik als auch kurative Maßnahmen.

In den letzten Jahrzehnten haben private Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem erheblich zugenommen. Dies ist vor allem auf die steigenden Gesundheitskosten und die politischen Maßnahmen zur Kostendämpfung zurückzuführen. In den 1980er und 1990er Jahren wurden erste Maßnahmen einge-

führt, um Patienten stärker an den Gesundheitskosten zu beteiligen (Büscher 2020). Dies umfasste vor allem Zuzahlungen für Medikamente, Krankenhausaufenthalte und andere medizinische Dienstleistungen. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden die Zuzahlungen deutlich erhöht. Die Reform führte unter anderem zu einer Praxisgebühr und höheren Eigenanteilen bei Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten. Versicherte müssen für viele Gesundheitsleistungen Zuzahlungen leisten. Dies betrifft Medikamente, Krankenhausaufenthalte, Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitationsmaßnahmen. Die Höhe der Zuzahlungen ist oft prozentual festgelegt (z.B. 10 % des Preises, mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro pro Arzneimittelpackung).

Die Zunahme privater Zuzahlungen wird häufig als Instrument gesehen, um die individuelle Verantwortung der Patient:innen zu stärken und sie zu einem bewussteren Umgang mit Gesundheitsleistungen zu bewegen. Dies hat mehrere Implikationen: Durch die Einführung von Zuzahlungen sollen Patient:innen dazu motiviert werden, präventive Maßnahmen zu ergreifen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entwickeln, um kostenintensive Behandlungen zu vermeiden. Studien zeigen, dass finanzielle Anreize und Zuzahlungen tatsächlich das Präventionsverhalten beeinflussen können (Stock 2011; Effertz 2023). Das Argument geht davon aus, dass höhere Zuzahlungen die Eigenverantwortung stärken und Menschen dazu anregen, Kosten-Nutzen-Abwägungen vorzunehmen (Schreyögg et al. 2009). Dies kann jedoch zu sozialen Ungleichheiten führen, da einkommensschwache Patient:innen stärker belastet werden und diese möglicherweise notwendige Behandlungen aus Kostengründen vermeiden.

GKV-Mitglieder leisten Zuzahlungen in Höhe von zehn Prozent des Abgabepreises, mindestens aber fünf und höchstens zehn Euro. Es sind jedoch nicht mehr als die jeweiligen Kosten des Mittels zu entrichten. Dies betrifft das große Spektrum an Leistungen in der Krankenversorgung und Pflege: Arznei- und Verbandmittel; Fahrkosten; Häusliche Krankenpflege; Haushaltshilfe; Heilmittel; Hilfsmittel; außerklinische Intensivpflege; die Krankenhausbehandlung (10€/Tag, max. 28 Tage im Jahr); die stationäre Vorsorge; medizinische Rehabilitation (10€/Tag); sowie medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (jeweils mit 10€/Tag) (VDEK, www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/zuzahlungen.html). Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr entstehen keine Zuzahlungen mit Ausnahme der Fahrkosten. Für die genannten Zahlungen gibt es Belastungsgrenzen (§ 62 SGB V) und eine Reihe von Sonderregelungen und Befreiungen für schwerwiegende und chronische Krankheiten. Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass Versicherte im Sinne informierter Verbraucher:innen Kenntnis von den jeweiligen Möglichkeiten zur Befreiung haben

müssen und diese Information häufig nicht durch die GKV vermittelt werden. In diesem Kontext ist einerseits die hybriden Rolle offensichtlich: Patient:innen sind üblicherweise zunächst in der Versichertenrolle, wobei sie selbst – zum Beispiel bei Nichtverfügbarkeit bestimmter Präparate oder Mittel – bestimmte Auswahlentscheidungen treffen und über Sonderregelungen informiert sein müssen, um in ihrem eigenen Interesse handeln zu können.

Daneben besteht ein Katalog an Leistungen, für den höhere Eigenanteile erforderlich sind. Dies betrifft Maßnahmen wie künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V mit 50 % Eigenanteil), Zahnersatz (§ 55 SGB V) mit unterschiedlichen Anteilen je nach Vorsorgeleistungen der Versicherten oder kieferorthopädische Behandlungen (§§ 28, 29 SGB V), die häufig Kinder und Jugendliche betreffen. In allen diesen Beispielen wird die sozioökonomische Dimension offensichtlich: Wenn keine privatwirtschaftlichen Mittel der Versicherten vorhanden sind, können sie diese medizinischen Leistungen nicht in Anspruch nehmen, oder sie geraten in Verschuldungssituationen.

Ein weiteres umfassendes Feld, bei dem die verbraucherpolitische Dimension konkret wird, betrifft die sogenannten ‚Individuellen Gesundheitsleistungen‘ (IGeL). Dies sind Diagnose- und Behandlungsmethoden, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen und nicht zum festgeschriebenen GKV-Leistungskatalog gehören. Damit eine Leistung durch den G-BA in den IGeL-Katalog aufgenommen wird, müssen durch wissenschaftliche Studien Kosten, Nutzen und Risiken abgewogen werden – allerdings werden IGeL vollständig privat bezahlt. Damit wurde im Jahr 2018 fast eine Milliarde Euro erwirtschaftet (Zok 2019). Die häufigsten IGeL-Leistungen sind bestimmte diagnostische Verfahren in Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von Krankenkassen übernommen werden (IGeL-Report 2023, 7). Angesichts der Alltäglichkeit von Krebserkrankungen sowie der Verunsicherung und Angst vieler Menschen, an Krebs zu erkranken, sind gerade Vorsorgeuntersuchungen, die in diesem Bereich durchgeführt werden, anfällig für intuitive Entscheidungen, die private Kosten verursachen.

Der IGeL-Monitor dokumentiert, dass „drei Viertel aller Versicherten [...] in einem durchschnittlichen Jahr zwischen 15 und 249 Euro für IGeL“ ausgeben (IGeL-Report 2023). Dabei lässt sich mittlerweile nachweisen, dass häufig gegen Patient:innenrecht verstoßen wird, da Risiken und Schäden weniger thematisiert werden und sich Patient:innen unter Druck gesetzt fühlen (Zok 2019). Zudem verweist der WiDO-Monitor darauf, dass das Angebot der Leistungen „stark mit dem Einkommen und der Schulbildung des Patienten [...], weniger mit seinem Alter und seinem Gesundheitszustand“ zusammenhänge (Zok 2019, 4). Der vzbv

agiert diesbezüglich aktiv und intensiv zur Aufklärung über die IGeL und versucht damit, die Patient:innen in ihrer Verbraucher:innen-Rolle zu unterstützen und zu stärken.

Abgesehen von den beschriebenen Zuzahlungen, Eigenanteilen und den IGeL gibt es zudem *Selbstbehalttarife* und *Tarife mit Beitragsrückerstattungen* (Loer 2022). Auch dabei rückt die Verbraucher:innen-Rolle unmittelbar in den Mittelpunkt: Versicherte, die sich für einen Selbstbehalt-Tarif entscheiden, verpflichten sich, im Krankheitsfall einen Teil der Behandlungskosten selbst zu tragen und erhalten in Gegenleistung eine Prämie. Ähnlich verhält es sich mit der Beitragsrückerstattung, wenn keine Aufwendungen in Anspruch genommen wurden.

Nicht nur in Deutschland wandelt sich das Gesundheitssystem dahin, das Markanteile zunehmen, in denen Patient:innen stärker in die Verbraucher:innen-Rolle geraten. Auch wenn Deutschland im EU-Vergleich etwas weniger Anteile als der Durchschnitt verzeichnet, handelte es sich im Jahr 2019 bereits um 12,9 % der Gesundheitsausgaben (EU-Durchschnitt: 15,4 %). Darin fließt allerdings die Langzeitpflege mit ein, die ein Drittel dieser Zahlungen ausmachte, da die GKV nur etwa 50 % der Kosten für stationäre Langzeitpflege übernimmt. Weitere Selbstzahlungen entfielen auf Arzneimittel (20 %), therapeutische Produkte wie Brillen und Hörhilfen (16 %) und zahnärztliche Versorgung (13 %). Für GKV-Patienten beziehen sich Selbstzahlungen für ambulante Versorgung hauptsächlich auf individuelle Gesundheitsleistungen, die nicht von der GKV abgedeckt werden, da sie keinen nachweisbaren therapeutischen Nutzen haben.

Mit Blick auf die Gesundheitssysteme weltweit weist die WHO darauf hin, das finanzielle Härten zu einem Problem werden können, weil in allen Gesundheitssystemen gewisse Zahlungen aus eigener Tasche bezahlt werden müssen (WHO-Regionalbüro für Europa 2019). Die Analysen der WHO dokumentieren, dass Gesundheitsausgaben zu Verarmung führen können, wobei Deutschland diesbezüglich bislang noch einen sehr geringen Anteil an Haushalten verzeichnet, in denen zu Verarmung führende Gesundheitsausgaben anfallen. Allerdings gibt es diese Fälle von ruinösen Gesundheitsausgaben, wie die WHO (2019) beschreibt: „Zu ruinösen Gesundheitsausgaben kommt es, wenn der von einem Haushalt aus eigener Tasche gezahlte Betrag für die Gesundheitsversorgung einen zuvor definierten Anteil seiner Fähigkeit, Gesundheitsleistungen zu bezahlen, übersteigt. Das kann dazu führen, dass der Haushalt es sich nicht mehr leisten kann, andere Grundbedürfnisse zu decken.“ Auch wenn Deutschland im internationalen Vergleich zu den Ländern mit den geringsten Zahlen und Risiken gehört, können Veränderungen im Gesundheitssystem mit zunehmenden Anteilen der

finanziellen individuellen Belastungen diese Situation verschärfen. Die WHO (2019, 12) dokumentiert für Deutschland jedenfalls bezüglich des Bereichs zahnmedizinischer Behandlungen, dass es zu ruinösen Gesundheitsausgaben kommt.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes deckten staatliche Transfers und Zuschüsse im Jahr 2022 100,1 Mrd. Euro der laufenden Gesundheitsausgaben von insgesamt 488,7 Mrd. Euro in Deutschland. Private Haushalte und Organisationen ohne Erwerbszweck wendeten im Jahr 2023 insgesamt 59.331 Mio. € (11,99 %) von 494,6 Milliarden Euro auf. Im Vorjahr waren es 11,42 % der Gesamtausgaben.

Neben dem umfassenden Feld der Krankenbehandlung entstehen Ausgaben zudem für Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei handelt es sich um die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (Prävention) sowie bei der Gesundheitsförderung um die Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten. Beide Bereiche sind über das Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt, wenn es um die Leistungen im Versicherungssystem geht. Die GKV sind verpflichtet, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen anzubieten. Diese Maßnahmen beziehen sich auf bestimmte Handlungsfelder und unterliegen festgelegten Kriterien. Laut Gesetz ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festlegung dieser Handlungsfelder und Kriterien sowie für die Sammlung relevanter Informationen von den Krankenkassen zuständig (§ 20 Absatz 2). Die Kriterien und Handlungsfelder sind in einem Leitfadens erläutert. Die Prüfung der Kurse anhand dies Kriterien übernimmt die ‚Zentrale Prüfstelle Prävention‘ (www.zentrale-pruefstelle-praevention.de). In diesem Kontext handelt es sich nicht um Zuzahlungen der Versicherten, sondern um eine Bezuschussung durch die Krankenkassen. Der Leitfaden regelt, welche Maßnahmen bezuschusst werden; er konkretisiert allerdings nicht den finanziellen Rahmen, in dem ein Zuschuss erfolgt. Dieser wird von den Krankenkassen in ihren Satzungen festgelegt. Die Ausgaben der Krankenkassen für ihre Versicherten sind ebenfalls festgeschrieben: Ab dem Jahr 2019 ist pro Jahr ein Betrag in Höhe von 7,52 Euro pro Versicherten vorgesehen (§ 20 Absatz 6). Dieser Betrag wird prozentual angepasst.

Für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung, die laut Gesetz in den Leistungskatalog der GKV fallen, sind keine Zuzahlungen nötig, wenn diese so vom G-BA festgelegt wurden (z.B. Früherkennung von Krebs, Gesundheits-Check-up, Zahnvorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen uwm.) – darüber können sich Verbraucher:innen auch bei der Verbraucherzentrale Bundesverband informieren, was die Rollenzuschreibung oder zumindest Rollenverteilung illustriert (vzbv 2023). Manche Kranken-

kassen bieten über die G-BA-Vorsorgeleistungen weitere zuzahlungsfreie Untersuchungen an; das ist jedoch abhängig von der jeweiligen Krankenkasse. Allerdings gleitet dieser Versorgungsbereich, wie oben beschrieben, je nach diagnostischem Verfahren in den privat zu finanzierenden IGeL-Anteil, den viele Patient:innen wahrnehmen (ebd.).

In der Gesamtschau auf den Versorgungsalltag dominiert die Perspektive der ‚klassischen‘ Gesundheitspolitik und die Bedeutung gesundheitspolitischer Akteur:innen der korporatistischen Selbstverwaltung, obwohl Kenntnisse der Verbraucherforschung sowie eine Verzahnung mit der Verbraucherpolitik für die Patient:innen einen großen Mehrwert böte. Bislang lassen sich gesundheitsrelevante Aktivitäten der nationalen Verbraucherpolitik in Deutschland vor allem in den Bereichen Lebensmittelsicherheit, Innenraumluft sowie zum übergeordneten Thema Gesundheit im Klimawandel (z.B. Risiken durch extreme Hitze, Infektionsgefahren, Pollenallergien etc.) ausmachen. Analog zum Ressortzuschnitt seit 2021 widmet sich als Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz der Verzahnung von Umwelt und Gesundheit im Sinne der Anpassung an den Klimawandel und für den konkrete(re)n Bereich der Gesundheit den nuklearmedizinischen Untersuchungen. Immerhin sind verbraucherpolitische Akteur:innen wie vor allem der vzbv institutionell eingebunden und engagieren sich aktiv.

4. Heuristik der Rollen von Individuen in der Verbraucherpolitik

Aus den Betrachtungen zu Strukturen und Entwicklungen sowie den Facetten des individuellen Versorgungsalltags lässt sich eine Differenzierung von Rollen entwickeln, was sowohl für Verbraucher- und Gesundheitswissenschaften als auch für die Politik in diesen Feldern einen Mehrwert bieten könnte. Die folgende Matrix dient als Heuristik, um diese verschiedenen Rollen des Individuums in unterschiedlichen Gesundheitssituationen zu differenzieren. Sie ist in vier Themenfelder unterteilt und lässt sich für die vier verschiedenen Rollen Patient:in, Versicherte:r, Konsument:in und Bürger:in beschreiben.

4.1 Themenfeld I: Absicherung für Krankheitsfälle/Unfälle

Als Patient:innen nehmen Menschen den Zugang zu notwendigen medizinischen Behandlungen und Notfallversorgung wahr. Sie nutzen dabei den Anspruch auf medizinische Versorgung, insbesondere im Notfall, um gesundheitliche Risiken zu minimieren, Lebensgefahr abzuwehren und akute Behandlungen zu ermögli-

chen. In der Rolle der Versicherte:n bedeutet diese Situation, dass die Beitragszahlungen zur Krankenversicherung entscheidend sind, um Versicherungsleistungen für medizinische Versorgung zu erhalten: Versicherte haben Zugang zu einem Spektrum medizinischer Dienstleistungen, die durch ihre Versicherung abgedeckt sind. Im deutschen Sozialversicherungssystem verfügen sie zudem über ein Wahlrecht (aktiv und passiv) zur Vertretung in Gremien: Versicherte können an Wahlen zu Gremien ihrer Krankenversicherung teilnehmen und so Einfluss auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung nehmen. Für Krankheiten und Unfälle besteht außerdem die Möglichkeit zum Abschluss von Zusatzversicherungen, die Menschen in die Rolle von Konsument:innen im Gesundheitssystem versetzt; damit erhalten sie Zugang zu Produkten und Dienstleistungen des Marktes. Sie haben die Möglichkeit, aus einer Vielzahl von Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen frei zu wählen, deren Regulierung wiederum in den Bereich der Verbraucher- und Gesundheitspolitik fällt. Schließlich lohnt sich die Betrachtung der Bürger:innenrolle: Menschen können durch Wahlrecht und politisches Engagement die Gesundheitspolitik beeinflussen, in Patient:innenvertretungen und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen mitwirken und dadurch auf gesundheitspolitische Entscheidungen Einfluss nehmen. Sozialpolitisch wirksam wird Verbraucherpolitik in diesem Kontext immer dann, wenn Leistungsanteile nicht (mehr) über die Krankenversicherung abgedeckt und nur über privatwirtschaftliche Investition im Markt zu erhalten sind. Dabei kann Verbraucherpolitik nicht nur in der Regulierung von konkreten Produkten und Dienstleistungen, sondern auch bei der Orientierung und Information für Nutzer:innen einen wesentlichen Beitrag leisten. In Krankheits- oder Unfallsituationen stellen rationale und sorgfältige abgewogene Entscheidungen eine besondere Herausforderung dar oder lassen sich in Akutsituationen unter Umständen nicht realisieren. Daher sind verbraucherrelevante Erkenntnisse für diesen zentralen Teil der Gesundheitsversorgung unabdingbar.

4.2 Themenfeld II: Präventive Versorgung durch Fachexpertise

Als Patient:innen können Menschen regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durch qualifiziertes medizinisches Personal durchführen lassen. Dabei entstehen den Versicherten (privat/gesetzlich) dann keine Kosten, wenn die jeweiligen Präventionsangebote dem Leistungskatalog der Krankenkassen entsprechen. Gleichzeitig ergibt sich für dieses Feld ein weiterer finanzieller Mechanismus: Es kann zu einer Beitragsreduktion bei der Versicherung im Falle aktiver Nutzung präventiver Maßnahmen kommen. Allerdings umfasst der GKV-

Leistungskatalog auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung nicht alle Angebotsoptionen, so dass ein Spektrum bleibt, das privat zu bezahlen ist. Damit treten Menschen als Konsument:innen in Erscheinung, die Informationen über präventive Maßnahmen und Gesundheitsdienste benötigen, um individuelle Entscheidungen treffen zu können. Eine Betrachtung der Bürger:innen-Rolle betrifft eher einen Nischenbereich oder ein mittelbares Handlungsfeld für den Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. Denkbar sind die Beteiligung an (kommunalen) Gesundheitskampagnen wie beispielsweise lokalen Initiativen, die die Gesundheit in ihrer Gemeinschaft fördern, oder die Unterstützung von oder Teilnahme an Programmen des öffentlichen Gesundheitsdiensts. Daneben lässt sich zivilgesellschaftliches Engagement in Organisationen nennen, die sich für Belange der Prävention und Gesundheitsförderung einsetzen (Selbsthilfegruppen, soziale Dienste mit Gesundheitsbezug für benachteiligte Menschen u.ä.).

4.3 Themenfeld III: Gesundheitsförderung durch eigenen Lebensstil

Ein weiteres Feld, das für die Gesundheitspolitik zunehmend an Bedeutung gewinnt und die unmittelbarsten Überschneidungen mit der Verbraucherpolitik aufweist, betrifft die Gesundheitsförderung durch den eigenen Lebensstil. Diesbezüglich können Patient:innen von der fachlichen Beratung zu gesundem Verhalten und von der Unterstützung durch ausgebildetes Personal profitieren. Patient:innen erhalten professionelle Beratung zu einem gesunden Lebensstil und Handlungsempfehlungen zur Umsetzung. Für Versicherte gibt es Anreize durch die Krankenkassen für gesundheitsförderndes Verhalten: Versicherte werden durch Bonusprogramme und andere monetäre Anreize motiviert, einen gesunden Lebensstil zu führen. Darüber hinaus bieten die Krankenkassen Aufklärung und Information zu diesem Themenkomplex. Wenn es um Gesundheitsförderung durch den eigenen Lebensstil geht, erweist sich die Rolle als Konsument:innen als nahezu unerschöpflich. Produkte und Dienstleistungen stehen – nicht nur in Deutschland – im Überfluss zur Verfügung und erfordern nicht nur informierte Entscheidungen, sondern auch Widerstandsfähigkeit gegenüber allen Verlockungen und Verführungen durch Produkte und Dienstleistungen, die gesundheitsschädlich oder sogar lebensgefährlich sein können. Damit fällt dieser Themenkomplex in besonderer Weise in den Bereich der Verbraucherpolitik, wirft eine Vielzahl von Fragestellungen auf und provoziert Handlungsnotwendigkeiten gerade dann, wenn es um sozialpolitische Effekte geht. Auch in diesem Kontext können Menschen in Bürger:innen-Funktion handeln und sich zum

Beispiel aktiv an Initiativen beteiligen, die einen gesunden Lebensstil fördern. Sie können zudem dazu beitragen, gesunde Lebensweisen in ihrer Umgebung zu verbreiten, wie es durch den ‚social contagion‘-Effekt geschieht (LeBon 1960).

4.4 Themenfeld IV: Schutz im Lebensumfeld vor Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Lebensgefahr

Als vierter Themenkomplex lässt sich der Schutz im Lebensumfeld vor Gesundheitsbeeinträchtigungen oder in Lebensgefahr ausmachen. Für Patient:innen bedeutet dies einerseits, dass sie vor gesundheitlichen Risiken durch präventive Maßnahmen geschützt sind und dies durch Gesundheitsbehörden abgesichert wird. Patient:innen werden durch staatliche Maßnahmen und Gesundheitsbehörden vor Umweltgefahren bewahrt. Für den Bereich der Krankenversicherung spielt dieser Themenkomplex eine weniger prominente Rolle. Versicherte können bestimmte Leistungen zum Schutz vor Umweltrisiken bzw. Risiken durch Umweltgefahren sowie Beratung zur Risikovermeidung nutzen. Konsument:innen wiederum sind einem großen Spektrum an Risiken ausgesetzt, dabei aber wiederum im zentralen Handlungsfeld der Verbraucherschutzpolitik eingebettet: Der Verbraucherschutz gewährleistet den Zugang zu sicheren Produkten und Dienstleistungen, die ihre Gesundheit nicht gefährden. Verbraucherpolitik in ihrem weitverstandenen Handlungsrahmen stellt vielfältige Informationen zur Risikovermeidung bereit und konzentriert sich darauf, dass Menschen sicherheitsbewusste Kaufentscheidungen treffen können. Vergleichbar ist die passive Rolle der Bürger:innen, die durch deren aktives Engagement wie bei der Teilnahme an Bürgerinitiativen zum Umweltschutz, der Unterstützung von Selbsthilfegruppen oder im Rahmen der Nutzung von Maßnahmen zur Reduktion von Umweltgefahren sichtbar ist.

Tabelle 1: Heuristik zur Rolle des Individuums in Themenfeldern der Gesundheitspolitik

	Themenfeld			
Rolle des Individuums	Absicherung für Krankheitsfälle/Unfälle			Schutz im Lebensumfeld vor Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Lebensgefahr
Patient*in	Zugang zu notwendigen medizinischen Behandlungen und Notfallversorgung	Präventive Versorgung durch Fachexpertise Nutzung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Durchführung durch qualifiziertes medizinisches Personal	Gesundheitsförderung durch eigenen Lebensstil - Beratung zu gesundem Verhalten durch Fachexpertise und Nutzung von Programmen im Gesundheitssektor - Unterstützung der individuellen gesunden Lebensführung durch medizinisches oder anders ausgebildetes Fachpersonal	Schutz vor gesundheitlichen Risiken durch präventive Maßnahmen (z.B. Luftqualität, Wasserqualität), Unterstützung durch Gesundheitsbehörden
Versicherte*r (privat/gesetzlich versichert)	- Beitragszahlung zur Krankenversicherung - Nutzung von Versicherungsleistungen für medizinische Versorgung - Wahlrecht (aktiv und passiv) zur Vertretung in Gremien	- Nutzung von Präventionsangeboten der Krankenkassen - Beitragsreduktion bei aktiver Nutzung präventiver Maßnahmen.	- Anreize durch Krankenkassen für gesundheitsförderndes Verhalten (z.B. Bonusprogramme) - Wahrnehmung der Aufklärung und Information durch Versicherungen.	- Nutzung von Versicherungsleistungen zum Schutz vor Umwelt Risiken - Beratung durch Versicherungen zu Risikovermeidung
Konsument*in	- Abschluss von Zusatzversicherungen - Zugang zu Produkten und Dienstleistungen des Marktes	- Informationen über präventive Maßnahmen und Gesundheitsdienste. - Auswahl von Präventionsangeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit individueller Kostenbeteiligung	- Zugang zu gesundheitsfördernden Produkten und Dienstleistungen (z.B. Fitness, Ernährung). - Lifestyle drift: politischer Fokus auf präventive Ansätze, die nur auf Lebensstil zielen (Halsall und Orpana 2024)	- Verbraucherschutz und Zugang zu sicheren Produkten und Dienstleistungen. - Möglichkeit zu informierten Entscheidungen durch Ratgeber u.ä. im Zusammenhang mit dem Kauf und Gebrauch von Produkten und der Nutzung von Dienstleistungen
Bürger*in	- Politische Partizipation in Gesundheitsfragen sowie allgemeine passive und aktive politische Partizipation - Mitwirkung in Patientenvertretungen und in der Gesundheitspolitik.	- Beteiligung an öffentlichen Gesundheitskampagnen. - Unterstützung von Impf- und Präventionsprogrammen und anderen Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes.	- Engagement in (kommunalen) Gesundheitsinitiativen. - Förderung gesunder Lebensstile in der Gemeinschaft.	- Teilnahme an Bürgerinitiativen zum Schutz der Umwelt oder Unterstützung von Selbsthilfegruppen, sozialen Organisationen etc. - Unterstützung von Maßnahmen zur Reduktion von Umweltgefahren. - Nutzung von Angeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Quelle: eigene Darstellung

5. Schlussfolgerungen

Die gesundheitspolitischen Entwicklungen erzeugen eine Reihe von Anforderungen an Verbraucherpolitik, insbesondere in Bezug auf benachteiligte und marginalisierte Gruppen. Die zunehmende Privatisierung und die damit verbundene Kostenverlagerung auf Patient:innen erfordern eine starke und sozialpolitisch ausgerichtete Verbraucherpolitik mit Expertise für das Gesundheitswesen, um die gesundheitliche Versorgung für alle Bevölkerungsschichten sicherzustellen. Die Verschiebung von Verantwortung und Kosten auf die individuellen Versicherten führt dazu, dass diese zunehmend in die Rolle von Verbraucher:innen treten müssen, um komplexe Entscheidungen über ihre Gesundheit und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu treffen.

Mit der steigenden Anzahl von Eigenleistungen und privaten Gesundheitsausgaben wächst die Belastung für Versicherte, insbesondere für diejenigen mit geringeren finanziellen Ressourcen. Zuzahlungen, Eigenanteile und die Notwendigkeit, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) privat zu finanzieren, tragen dazu bei, dass gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt werden. Besonders einkommensschwache Haushalte sind von diesen zusätzlichen Kosten betroffen und könnten notwendige Behandlungen aus Kostengründen vermeiden, was langfristig zu schlechteren Gesundheitszuständen führen kann. Die Aktivitäten des vzbv und anderer zivilgesellschaftlichen Organisationen in diesen Kontexten dokumentieren den Bedarf, Verbraucher:innen in ihrer eigenverantwortlichen Rolle zu stärken. Gerade in Bezug auf emotional belastende Situationen im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit (z.B. der Sorge vor einer Krebserkrankung) sowie angesichts einer zumeist erheblichen Informationsasymmetrie zwischen medizinischen Expert:innen und Verbraucher:innen können sich herausfordernde Entscheidungskontexte ergeben.

Die strukturellen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem sowie seine institutionellen Ausprägungen fordern einen echten Perspektivwechsel. Denn auch wenn in den meisten Versorgungssituationen immer noch Versicherungsleistungen bestehen, reicht die Annahme, dass es sich um Versicherte als reine Leistungsempfänger handelt, die im Grunde keine eigene Entscheidung treffen, nicht mehr aus. Dass verschiedene Entscheidungen notwendig sind, die zudem kognitive, informatorische, intellektuelle und finanzielle Ressourcen der Individuen erfordern, wirft weiterführende Fragen auf, auch mit sozialen Implikationen. Welche Unterstützungsleistungen brauchen die Patient:innen, um eigenverantwortlich als Versicherte, als Verbraucher:innen im Gesundheitssystem und letztlich als Bürger:innen handeln zu können? Als zentrale Schlussfolgerung gilt, dass

Verbraucherpolitik in Deutschland eine wesentliche sozialpolitische Funktion übernehmen muss. Durch die Integration sozialer Schutzmaßnahmen, die Kenntnisse über Charakteristika von Verbraucher:innen (im Unterschied zum/zur Versicherten) zusammenfassen, sowie durch die Förderung des Zugangs zu notwendigen Gesundheitsleistungen können sozialpolitische Härten gemildert und gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden. Dies erfordert nicht nur eine verstärkte Informations- und Aufklärungsarbeit, sondern auch die institutionelle Stärkung von Verbraucherorganisationen und deren Einbindung in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Um den Herausforderungen gerecht zu werden, sind institutionelle Veränderungen notwendig. Die Einbindung verbraucherpolitischer Akteur:innen in gesundheitspolitische Gremien muss gestärkt werden, um die Interessen der Versicherten und Verbraucher:innen wirksam zu vertreten.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Verbraucherpolitik eine zentrale Rolle in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems spielen muss, um soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu fördern. Durch gezielte Maßnahmen zur Unterstützung benachteiligter Gruppen, die Stärkung der Verbraucherkompetenz und die institutionelle Einbindung verbraucherpolitischer Akteur:innen können die gesundheitliche Versorgung verbessert und die soziale Dimension der Gesundheitspolitik gestärkt werden. Der ‚Health in All Policies‘-Ansatz bietet zudem einen umfassenden Rahmen, um gesundheitliche und soziale Belange integriert zu betrachten und wirksame politische Maßnahmen zu entwickeln.

Literatur

- Bartol, A., K. Dreßler, G. Isbary et al. (2023). Innovation durch Kombination: Wie das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz den therapeutischen Fortschritt ausbremst. *Forum*, 38, 459–462 (doi.org/10.1007/s12312–023–01253–1).
- Büscher, A. (2020). Leistungsbeschränkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung–Maßnahmen zur Kostendämpfung in der jüngeren Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung. In S. Bretthauer, C. Henrich, B. Völzmann, L. Wolckenhaar & S. Zimmermann (Hrsg.): *Wandlungen im Öffentlichen Recht*. Baden-Baden: Nomos, 527–552.
- Degen, H. (2024). Ausgangslage der Krankenhausplanung in den Bundesländern. In J. Klaubner, J. Wasem, A. Beivers, C. Mostert & D. Scheller-Kreinsen (Hrsg.). *Krankenhausreport 2024. Strukturreform*. Wiesbaden: Springer VS, 3–21.
- Effertz, T. (2023). Prävention und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen. *Prävention und Gesundheitsförderung* (doi.org/10.1007/s11553–023–01021-y).

- Fuhrmann, P. & K.H. Vogel (2020). Verbraucherschutz. In K. Böhm, Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.): *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Konzept Health in All Policies und seine Umsetzung in Deutschland*. Wiesbaden: Springer VS, 131–142.
- GKV (2023). Solidarisch. *Die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung. Geschäftsbericht 2022*. Berlin: Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/geschaeftsberichte/GKV_GB2022_barrierefrei_final.pdf).
- Greer, L., M. Falkenbach, L. Siciliani, M. McKee, M. Wismar & J. Figueras (2022). From Health in All Policies to Health for All Policies. *The Lancet Public Health*, 7, e718–e720.
- IGeL-Monitor (2023). IGeL-Report 2023. *Versichertenbefragung des Medizinischen Dienstes Bund/IGeL-Monitor. Kurzbericht*. Essen: Medizinischer Dienst Bund, 1–13 (www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/IGeL-Report_2023_Kurzbericht_aserto.pdf).
- Knupfer, S. & S. Weigert (2023). AI in the Health Market. In I. Knapptertsbusch & K. Gondlach (Hrsg.): *Work and AI 2030*. Wiesbaden: Springer VS, 323–339 (doi.org/10.1007/978-3-658-40232-7_36).
- Kuhn, S. & C. Illgen (2023). Die Bedeutung des Steuerzuschusses für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. In *Krankenkassen- und Pflegekassenmanagement. Hintergrund-Kontext-Anwendung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 1–33.
- Le Bon, G. (1960). *The Crowd: A Study of the Popular Mind*. New York: Viking Press.
- Leppo, K., E. Ollila, S. Peña, M. Wismar & S. Cook (2013). *Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health (Ministry of Social Affairs and Health).
- Liedtke, S., G.O. Kamba Wambo, Ludwig & M. Finis (2020). Nationale Präventionsstrategie. In K. Böhm, Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.): *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe*. Wiesbaden: Springer VS, 255–262.
- Loer, K. (2023). *Gesundheitspolitik. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Malischnig, D. (2023). Zukunftsbild Gesundheit: Die Gesundheitsversorgung von morgen – günstiger, genauer, digital? In K. Sigl (Hrsg.) *Nachhaltigkeit und Digitalisierung – (k)ein unternehmerisches Dilemma*. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler, 209–216.
- Rein, R. (2023). Deutschland nach dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. *Forum* 38, 88–90 (doi.org/10.1007/s12312-022-01168-3).
- vzbv (2023). *Früherkennung: Diese Vorsorgeuntersuchungen stehen Ihnen zu*. Berlin: Verbraucherzentrale Bundesverband (www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/frueherkennung-diese-vorsorgeuntersuchungen-stehen-ihnen-zu-10429).
- Wenzel, E. (2024). Telemedizin: Mit simplen Technologien in die dezentrale Zukunft der Gesundheit. In E. Wenzel (Hrsg.): *Megatrend Gesundheit: Wie Digitalisierung und Individualisierung unsere Gesundheitsversorgung revolutionieren. Megatrends und Transformations-Management*. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler, 93–102 (doi.org/10.1007/978-3-662-68688-1_7).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2019). Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten? Neue Erkenntnisse über finanzielle Absicherung in der Europäischen Region. Zusammenfassung. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (iris.who.int/bitstream/handle/10665/345523/WHO-EURO-2019-3439-431980-60516-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

- Zok, K. (2019). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdOmonitor*, 16(1), 1–12 (www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2019_1_privat_e_zusatzleist.pdf).

