Das deutsche Gesundheitswesen hat das Vertrauen seiner Bürger verspielt, kann es aber zurückgewinnen

Der deutsche Patient – das kranke System

Die Diagnose kommt mit der Präzision eines Laborbefunds: Das Vertrauen der Deutschen in ihr Gesundheitssystem hat den tiefsten Stand seit 15 Jahren erreicht. Nur noch 62 Prozent der Bevölkerung bewerten die Gesundheitsversorgung hierzulande als gut oder sehr gut – ein Wert, der die Politik alarmieren sollte. Denn noch im ersten Jahr der Corona-Pandemie, im Jahr 2020, hatten 87 Prozent der Bürgerinnen und Bürger das Gesundheitssystem positiv bewertet. Seitdem ist die Zustimmung in einem kontinuierlichen Sinkflug. Die Zahl der kritischen Stimmen hat sich allein zwischen 2020 und 2026 mehr als verdreifacht – von 11 auf 35 Prozent. Das sind die zentralen Befunde des DAK-Gesundheitsmonitors 2026, den das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) im Auftrag der DAK-Gesundheit erhoben hat. Befragt wurden vom 18. bis 30. April 2026 insgesamt 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland durch mündlich-persönliche Interviews.

>> Der Zeitpunkt der Veröffentlichung ist alles andere als zufällig gewählt: Die Studie erscheint kurz vor der parlamentarischen Beratung über das Beitragsstabilisierungsgesetz von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken – und sie liefert der politischen Debatte eine Menge an brisantem, aber auch sehr nützlichen Datenmaterial. „Das deutsche Gesundheitssystem ist krank", sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit, bei der Berliner Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung des aktuellen Gesundheitsmonitors. Seine Forderung: „Wenn die Zufriedenheit der Menschen den tiefsten Stand seit 15 Jahren erreicht, dann müssen umgehend wirkungsvolle Therapien zur Hilfe eingeleitet werden."

Schlechtere Erfahrungen, weniger Vertrauen

Die sinkende Zufriedenheit ist kein abstraktes Stimmungsphänomen, das sich allein aus der medialen Berichterstattung über den Reformbedarf speist. Sie gründet vielmher auf konkreten Erlebnissen, wie Prof. Dr. Renate Köcher, Geschäftsführerin des IfD Allensbach und Leiterin der Studie, das in ihrer Präsentation der Ergebnisse deutlich macht: „Das ist nicht nur Meinung, sondern es ist auch konkrete Erfahrung." So berichtet mehr als ein Drittel der Bevölkerung, in den vergangenen zwei bis drei Jahren persönlich schlechtere Erfahrungen mit der ärztlichen Versorgung gemacht zu haben als früher. Nur 5 Prozent sagen, ihre Erfahrungen hätten sich verbessert und 54 Prozent nehmen keine grundlegende Veränderung wahr.

Auch das Vertrauen in die stationäre Versorgung bröckelt. Hatten 2022 noch 43 Prozent der Befragten einen uneingeschränkt guten Eindruck von den deutschen Krankenhäusern, sind es 2026 nur noch 33 Prozent. Der Anteil derer, die ein geteiltes Urteil fällen – „teils, teils" –, ist derweil auf 49 Prozent gestiegen. Köcher interpretiert das nicht als pauschales Misstrauen, wohl aber als wachsende Unsicherheit: Viele Bürger seien nicht mehr überzeugt, im Fall eines Krankenhausaufenthalts wirklich gut versorgt zu werden.

Ärztemangel: ein Problem, das im Osten und auf dem Land eskaliert

Ein zentraler Treiber der Unzufriedenheit ist der sich zuspitzende Ärztemangel. 2011 war das Thema für die Mehrheit noch kein dringendes Problem – damals gaben nur 13 Prozent der Befragten an, in ihrer Region einen Ärztemangel zu erleben. Heute ist es mehr als jeder Dritte: 36 Prozent der gesamten Bevölkerung nehmen einen Mangel an Ärzten in ihrer unmittelbaren Umgebung wahr. In Ostdeutschland ist die Lage wesentlich dramatischer: Dort berichten 57 Prozent – demnach eine absolute Mehrheit – der Befragten von einem Ärztemangel in ihrer Region.

Köcher betont die sozialräumliche Dimension des Problems: „Der Ärztemangel ist nicht gleich verteilt, sondern ist vor allem ein Problem im Osten und ein Problem auf dem Land." Auf dem Dorf nehmen 47 Prozent einen Mangel wahr – in Kleinstädten 44 Prozent, in Mittelstädten 32 Prozent und in Großstädten lediglich 27 Prozent. In den Metropolen sei die Lage „relativ entspannt", so Köcher. Rund drei Viertel der Großstadtbewohner könnten in ihrer Umgebung keinen Ärztemangel beobachten. Die personelle Erosion betreffe dabei jedoch nicht nur die Ärzteschaft, sondern auch Pflege- und Praxispersonal.

Wartezeiten: ein Problem mit sozialem Zündstoff

Die Konsequenz des Ärztemangels ist in deutschen Wartezimmern unmittelbar spürbar – oder vielmehr in den langen Wochen davor. 72 Prozent der Bevölkerung haben nach eigener Auskunft oder nach Angaben von Familienmitgliedern in den vergangenen Jahren lange auf einen Arzttermin warten müssen. Besonders alarmierend: 47 Prozent berichten, dies sei ihnen oder ihrer Familie sogar mehrmals passiert – ein Anstieg von 15 Prozentpunkten gegenüber 2016.

Köcher hebt ein weiteres, noch beunruhigenderes Detail hervor: Mehr als 40 Prozent der Befragten berichten, dass sie oder ein Familienmitglied Schwierigkeiten hatten, überhaupt eine Arzt:in zu finden, der sie als Patient:innen aufnimmt. „Das beunruhigt die Leute natürlich immens. Das darf nicht in dieser Häufigkeit vorkommen." Überfüllte Notaufnahmen und gestresste oder unfreundliche Ärzt:innen und Pflegekräfte erleben je 39 Prozent der Befragten – die andere Seite der Medaille einer knappen Personalausstattung.

Die Wartezeiten sind dabei kein gleichmäßig verteiltes Phänomen. Die Daten zeigen eine klare soziale Schieflage: 59 Prozent der Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status berichten von mehrmaligen langen Wartezeiten, bei hohem Status sind es nur 33 Prozent. Noch deutlicher ist der Unterschied zwischen den Versicherungsformen: 50 Prozent der gesetzlich Versicherten haben mehrfach lange gewartet, bei den ausschließlich

Privatversicherten sind es lediglich 26 Prozent.

Tief verwurzelter Pessimismus: die Zukunft des Systems

Die Bevölkerung blickt auf die kommenden Jahre mit einem Pessimismus, der sich in dieser Schärfe selten zeigt. 59 Prozent erwarten, dass sich die Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren deutlich oder zumindest etwas verschlechtern wird – noch 2022 teilten diese düstere Prognose erst 35 Prozent. Noch trister: Nur noch 11 Prozent glauben an eine Verbesserung.

Was die Menschen im Detail erwarten, ist bemerkenswert konsistent:

- 87 Prozent sind überzeugt, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung weiter steigen werden;
- 77 Prozent rechnen damit, dass Patientinnen und Patienten künftig mehr Kosten selbst tragen müssen;
- 69 Prozent gehen davon aus, dass Ärzte immer weniger Zeit für ihre Patienten haben werden;
- 67 Prozent befürchten eine Zwei-Klassen-Medizin mit guter Versorgung für Wohlhabende und schlechterer für alle anderen.

Zudem zeigen sich zwei Drittel der Befragten überzeugt, dass die Kassen künftig nur noch für eine medizinische Grundversorgung aufkommen werden. Köcher verweist in diesem Zusammenhang auf die historische Dimension der Finanzierungssorgen: „Die Finanzen haben die Bevölkerung auch schon während der Phase der ersten Gesundheitsreform stark umgetrieben. Danach bildeten sich die Ängste teilweise zurück und sind in den letzten zehn Jahren jetzt aber wieder deutlich angestiegen."

Den einzigen Lichtblick sieht die Bevölkerung in technologischem Fortschritt: 49 Prozent hoffen, dass Künstliche Intelligenz Diagnose und Therapie deutlich verbessern wird; 47 Prozent glauben an frühere Krankheitserkennung durch medizinischen Fortschritt, 42 Prozent an wirksamere Medikamente. Was die organisatorische Leistungsfähigkeit des Systems angeht, ist die Hoffnung gering: Nur 14 Prozent glauben, das Gesundheitssystem werde in zehn Jahren ähnlich leistungsfähig sein wie heute. Und gerade einmal 9 Prozent meinen, es sei für künftige Krisen besser gerüstet.

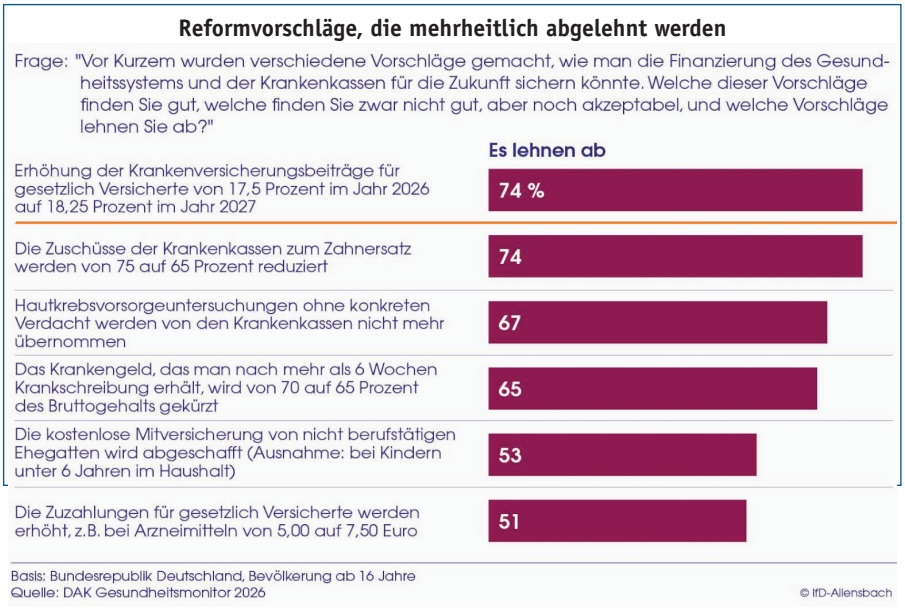


Abb. 1: Reformvorschläge, die mehrheitlich abgelehnt werden, aus Chart 27. Quelle: DAK-Gesundheitsmonitor 2026, Repräsentative Befragung von 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland, mündlich-persönliche Interviews, 18. bis 30. April 2026. Link: https://t1p.de/ea6sj

Reformvorschläge: Was die Bevölkerung trägt – und was sie ablehnt

Die politische Debatte um das Beitragsstabilisierungsgesetz liefert den konkreten Prüfstein: Wie reagiert die Bevölkerung auf die diskutierten Maßnahmen? Das Bild, das die Allensbach-Daten zeichnen, ist differenziert – und in seiner Klarheit für die Politik sowohl ermutigend als auch eindeutig als Warnung zu verstehen.

Breite Zustimmung findet, was andere als den Bürger direkt belastet: 78 Prozent begrüßen, dass Pharmahersteller den Krankenkassen höhere Rabatte auf Medikamente gewähren sollen. 62 Prozent befürworten eine Erhöhung der Tabaksteuer, 55 Prozent eine Zuckerabgabe auf Erfrischungsgetränke und Softdrinks, 54 Prozent höhere Steuern auf Alkohol. Köcher räumt damit mit einer politischen Vorannahme auf: „In den letzten Tagen konnte man viele Diskussionen hören, wo gesagt wurde: Steuern kann die Regierung schon gar nicht erhöhen, auch nicht in diesem Bereich. Die Bevölkerung sieht das anders. Die hat kein Problem mit selektiven Steuererhöhungen."

Widerstand formiert sich dort, wo Einschnitte unmittelbar beim Bürger ankommen. Eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge von 17,5 auf 18,25 Prozent wird von 74 Prozent abgelehnt. Ebenso viele sprechen sich gegen Kürzungen der Kassenleistungen beim Zahnersatz aus. 67 Prozent lehnen es ab, Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen ohne konkreten Verdacht aus dem Leistungskatalog zu streichen. Eine Kürzung des Krankengeldes nach mehr als sechs Wochen Krankschreibung von 70 auf 65 Prozent des Bruttogehalts wollen 65 Prozent nicht akzeptieren. Auch die teilweise Abschaffung der kostenlosen Mitversicherung nicht berufstätiger Ehepartner lehnt eine Mehrheit von 53 Prozent ab. Das Grundvertrauen in das System bleibt trotz allem stabil: 74 Prozent halten das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung – gleiche Leistungen für alle, unabhängig von Einkommen, Alter und Krankheitsrisiko – für ein gutes Modell. Nur 9 Prozent äußern sich kritisch. Andreas Storm wertet das ausdrücklich als politisches Fundament: „Das grundlegende Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung hat einen sehr sehr breiten Rückhalt in der Bevölkerung. Das ist wichtig auch für die weitere Reformdebatte."

Teuer, aber mittelmäßig: der EU-Vergleich als Weckruf

Wer verstehen will, warum die Unzufriedenheit trotz hoher Ausgaben so groß ist, wirft einen Blick auf die internationalen Vergleichsdaten. Deutschland ist unbestrittener EU-Spitzenreiter bei den Gesundheitsausgaben: Laut Statistischem Bundesamt fließen

11,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts in den Gesundheitssektor – der EU-Durchschnitt liegt bei 10,0 Prozent. Kein anderes Mitgliedsland wendet einen höheren Anteil seiner Wirtschaftsleistung für die Gesundheitsversorgung auf.

Das Ergebnis jedoch ist enttäuschend. Der OECD-Report „Health at a Glance: Europe 2024" weist Deutschland bei einem zentralen Qualitätsindikator – den vermeidbaren Sterbefällen – lediglich im Mittelfeld aus: 171 Todesfälle je 100.000 Einwohner. Schweden führt mit 118, vor Italien (128), Luxemburg und Malta (je 133). Länder wie Frankreich (145), die Niederlande (147) oder Dänemark (149) schneiden ebenfalls besser ab. Der EU-27-Schnitt liegt bei 201 – Deutschland ist deutlich besser als der Durchschnitt, aber alle nordwest- und mitteleuropäischen Vergleichsländer liegen vor Deutschland. Storm zieht das Fazit bereits in seiner Eröffnung: „Im internationalen Vergleich: teuer, aber nur ein mittelmäßiges Ergebnis."

Storms Forderungen: Drei Hebel für die Trendwende

Aus den Befunden leitet der DAK-Vorstandsvorsitzende ein strukturiertes Reformprogramm ab. Storm fordert eine Kombination aus kurzfristiger finanzieller Stabilisierung und langfristigen Strukturreformen – verbunden mit einem übergeordneten Ziel, das die Daten als dringlich ausweisen: das verlorene Vertrauen der Bevölkerung zurückzugewinnen.

Kurzfristig hält Storm eine faire Lastenverteilung für entscheidend. Der neuralgische Punkt ist die Finanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeld-Empfänger, die bisher allein von der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten getragen wird. Die von der Kommission unter Leitung von Professor Greiner genannten Mehrkosten belaufen sich auf über 12 Milliarden Euro. Der aktuelle Gesetzentwurf sieht lediglich einen Einstieg von 250 Millionen Euro vor – bei gleichzeitiger Kürzung des regulären Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro. Das nennt Storm „völlig inakzeptabel": „Die Menschen in Deutschland bewerten diesen Ansatz, dass die Bundesregierung hingeht und sagt, wir kürzen den ohnehin viel zu niedrigen Bundeszuschuss um zwei Milliarden Euro – und macht einen Einstieg bei den Bürgergeldempfängern von 250 Millionen – als Hohn." Er empfiehlt ausdrücklich, die Reform erst dann abzuschließen, wenn die Bundesregierung den Haushalt für das kommende Jahr beschließt und ausreichende Mittel bereitstellt. Er sagt: „Lieber später entscheiden als falsch entscheiden."

Langfristig nennt Storm drei zentrale Strukturreformen: Erstens die Modernisierung der Krankenhauslandschaft durch konsequente Umsetzung der Krankenhausreform. Zweitens die Reform der ambulanten Versorgung durch den Aufbau eines Primärversorgungssystems, das eine gezieltere Steuerung der Patientenströme ermöglicht und damit auch die Wartezeitenproblematik adressiert. Und drittens die Reform der Notfallversorgung, die eng mit der Einführung eines Primärversorgungssystems verknüpft ist. „Wenn wir diese drei Felder konsequent mit dem nötigen Eifer bearbeiten, dann haben wir die Chance, dass wir in den dreißiger Jahren dann auch deutlich besser dastehen werden."

Primärversorgung als Schlüssel – doch ohne Fairness geht nichts

Auf der Pressekonferenz bat „Monitor Versorgungsforschung" DAK-Chef Storm zu präzisieren, welche konkreten Impulse er noch vor dem Herbstbericht der Finanzierungskommission – also vor dem turnusmäßig im Oktober tagenden Schätzerkreis – für unerlässlich hält. Storms Antwort macht deutlich, dass er die Strukturreformen nicht isoliert betrachtet, sondern als ein Gesamtpaket, das nur dann funktioniert, wenn die Finanzierungsfrage zuvor gerecht gelöst wird.

Den wichtigsten Impuls, den Storm erwartet, ist die Korrektur der laufenden Gesundheitsreform in der Frage der Lastenverteilung – ein Punkt, den auch Ärztepräsident Dr. Klaus Reinhardt in seiner Rede beim Deutschen Ärztetag explizit angesprochen hatte. Storm bekräftigt: Die entscheidende Voraussetzung dafür, dass die notwendigen Strukturreformen überhaupt gelingen können, ist die Bereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen, den Veränderungsprozess konstruktiv mitzugestalten. Diese Bereitschaft, so Storm, sei nicht voraussetzungslos: „Das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass wir zum Beispiel ein Primärversorgungssystem einführen können."

Ein solches Primärversorgungssystem ist für Storm der zentrale strukturelle Hebel, um gleich mehrere der drängendsten Probleme anzugehen. Es würde eine gezieltere Steuerung der Patient:innen ermöglichen – und damit sowohl die als unzumutbar empfundenen Wartezeiten auf Arzttermine als auch die Qualität der Versorgung insgesamt verbessern. Denn ein wesentlicher Teil der Wartezeitenproblematik hängt nach Storms Einschätzung mit der fehlenden Steuerung zusammen: Wer nicht weiß, an welche Stelle im System er sich zuerst wenden soll, landet häufig an der falschen – und wartet dort entsprechend lang. Ein funktionierendes Primärversorgungssystem würde diesen Stau auflösen und Deutschland langfristig auch bei den internationalen Qualitätsindikatoren nach vorne bringen.

Eng damit verknüpft ist nach Storm die Reform der Notfallversorgung, die der DAK-Chef ebenfalls als prioritär einstuft. Überfüllte Notaufnahmen – von 39 Prozent der Bevölkerung als persönliche Erfahrung genannt – sind zu einem erheblichen Teil auch das Ergebnis fehlender Alternativen: Wer keinen Termin bei der Hausärzt:in bekommt, weicht auf die Notaufnahme aus. Eine gut organisierte Primärversorgung würde diesen Druck erheblich mindern.

Storm mahnt dabei zu Realismus in der Erwartungshaltung: Der Umbau des Gesundheitswesens werde Zeit brauchen. „Der, der glaubt, dass das jetzt im nächsten oder übernächsten Jahr schon deutlich besser laufen würde, den muss man um Geduld bitten. Das wird etwas länger dauern." Wer auf schnelle Ergebnisse hoffe, unterschätze die Komplexität des Systems. Die eigentliche Frage sei nicht ob, sondern unter welchen Bedingungen die Reform gelingen kann. Und diese Bedingung ist für Storm klar: Die Akteure im Gesundheitswesen – Ärzteschaft, Kliniken, Pflegekräfte, Kassen – werden eine strukturelle Neuausrichtung nur dann aktiv mitgestalten, wenn sie das Gefühl haben, dass auch die Finanzierungslast gerecht verteilt ist. Andernfalls, so sein Argument, bleibt jede Strukturreform ein Projekt, das gegen den Widerstand der Betroffenen durchgesetzt werden muss – und das erfahrungsgemäß scheitert.

Einordnung: Ein historisches Muster, eine offene Zukunft

Der Befund ist hart, aber nicht beispiellos. Köcher erinnert in ihrer Präsentation daran, dass ein ähnlich niedriges Vertrauen der Bevölkerung schon einmal bestand – zu Be-

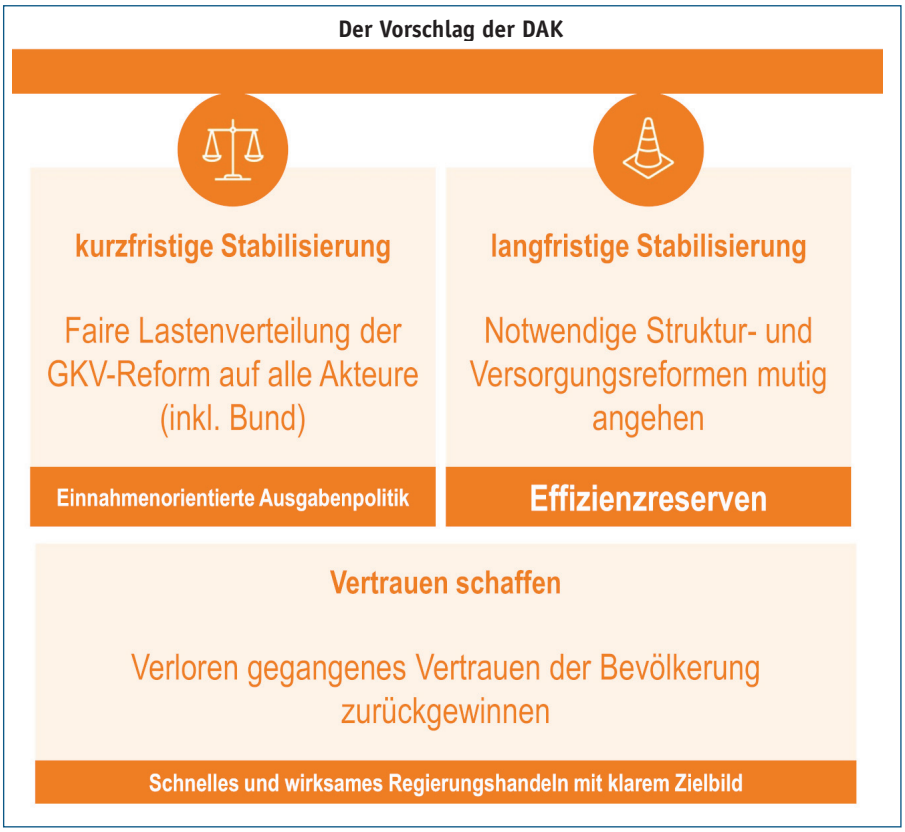


Abb. 2: Der Vorschlag der DAK, aus Chart 34. Quelle: DAK-Gesundheitsmonitor 2026, Repräsentative Befragung von 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland, mündlich-persönliche Interviews, 18. bis 30. April 2026. Link: https://t1p.de/ea6sj

ginn des Jahrtausends, in der Ära der großen Gesundheitsreformen unter Ministerin Ulla Schmidt. Damals erholten sich Zufriedenheit und Vertrauen, nachdem die Reformen Wirkung zeigten. Dieses historische Muster gibt Storm Mut: „Da macht natürlich dieser Gesundheitsmonitor uns auch ein Stück weit Mut, denn wir haben gesehen, dass unmittelbar nach der Jahrtausendwende das Zutrauen der Bevölkerung in das Gesundheitswesen und die Handlungsfähigkeit der Gesundheitspolitik ähnlich niedrig war wie heute. Dass dann aber die damals durchgeführten Reformen dazu geführt haben, dass dieses Vertrauen wieder zurückgewonnen werden konnte."

Das Vertrauen in die Reformfähigkeit der Politik ist freilich heute gering: Zwei Drittel der Bevölkerung sind zwar überzeugt, dass das Gesundheitssystem umfassend reformiert werden muss – vor zehn Jahren war das nur bei 41 Prozent der Fall. Doch nur 27 Prozent glauben, dass in den nächsten Jahren tatsächlich umfassende Reformen kommen werden. 54 Prozent glauben das nicht. Und die Aussicht auf stabile Kassenbeiträge? Nur 10 Prozent der Bürger trauen der Politik zu, dieses erklärte Ziel zu erreichen. 68 Prozent zweifeln, bei den gesetzlich Versicherten sogar 70 Prozent.

Das Gesundheitssystem ist, in Storms Worten, krank. Die Diagnose liegt vor. Die Therapie ist bekannt. Was fehlt, ist der politische Mut zur Umsetzung – und die Bereitschaft, den Reformprozess als das zu begreifen, was er ist: eine Aufgabe nicht für Monate, sondern für Jahre. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
DAK-Gesundheitsmonitor 2026, Repräsentative Befragung von 1.015 Personen ab 16 Jahren in Deutschland, mündlich-persönliche Interviews, 18. bis 30. April 2026. Link: https://t1p.de/ea6sj

Echte Strukturreformen gefordert

>> In einem aktuellen Linkedin-Post erklärt Daniela Teichert, die 1. Vorsitzende des Vorstandes bei AOK Nordost, dass der Gesetzentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ein „notwendiges Signa" sel. Sie setzt jedoch dazu: „Mehr Ausgabendisziplin und eine stärkere Orientierung an den Einnahmen – das ist richtig und überfällig. Aber: Es ist nur ein Teil der Lösung." Wer nur am Budgetregler drehe, stabilisiere kurzfristig Beiträge, doch werden ein System mit strukturellen Fehlanreizen dadurch noch nicht nachhaltig verändert.

Nach Teicherts Ausführungen liegt die eigentliche Herausforderung weit tiefer verortet:

- Wir leisten uns zu viele parallele Strukturen.
- Wir steuern Versorgung zu wenig entlang von Patientenpfaden.
- Und wir setzen noch immer Anreize, die Menge belohnen – nicht Qualität.

Teichert weiter: „Solange sich daran nichts ändert, bleibt jede Ausgabenbegrenzung ein notwendiger, aber temporärer Effekt." Umso wichtiger sei jetzt der nächste Schritt: echte Strukturreformen:

- Sektorengrenzen überwinden und Versorgung konsequent neu denken
- Kapazitäten am Bedarf ausrichten statt historisch fortschreiben
- Ambulantisierung voranbringen – verbindlich, nicht nur punktuell

Die Empfehlungen der Finanzkommision würden laut AOK Nordost an der Stelle an entscheidenden Punkten ansetzen:

- Evidenzbasierte Medizin konsequent und über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung hinweg stärken
- Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

„Ich wünsche mir, dass diese Ansätze bis zum Jahresende in den nächsten Bericht der Finanzkommission Gesundheit übernommen werden, erklärt AOK-Nordost-Chefin Daniela Teichert. Ihr in die Zukunft gerichteter Ansatz: „Dort wird es um die entscheidende Frage gehen: Mit welchen Maßnahmen können mittel- und langfristig die Ausgaben für die gesetzlich Krankenversicherung reduziert werden?" <<