

Dysfunktionale Narrative: Die Beispiele Afrika und Gesundheit

Oder: wie etablierte Narrative Flexibilität verhindern

Konrad Obermann & Bernd Glazinski

Center for Preventive Medicine and Digital Health (CPD),
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Zusammenfassung In unserer Analyse betrachten wir zwei auf den ersten Blick sehr disparat scheinende Phänomene: Die Entwicklungszusammenarbeit in Afrika und die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Wir zeigen auf, wie in beiden Fällen gefestigte und machtvolle Narrative dazu führen, dass bei Krisen lediglich „more of the same“ erfolgt. Eine sich hier anbietende paradigmatische Diskussion findet derzeit de facto nicht statt, obwohl die Resultate der Dysfunktionalität in vielen Analysen sowohl ökonomisch als auch soziokulturell zumindest deutliche Hinweise auf eine überfällige Reformulierung der Narrative liefern. Der Beitrag reflektiert Kontext, Ursachen und Wirkstrukturen und versucht Wege zur Neuformulierung bestehender Narrative aufzuzeigen.

1 Theoretischer Rahmen: Komplexität – Narrativ – Dysfunktionalität

Dieser Beitrag nähert sich dem Thema der Narrative aus einer Komplexitätstheoretischen Perspektive und unter Einbeziehung systemtheoretischer Ansätze. Dabei wird das Konzept des „Komplexitätsmanagements“ genutzt, um Narrative als hilfreiches Mittel zur Bewältigung komplexer Situationen einzuordnen. Der Fokus liegt auf der funktionalen Rolle, die Narrative bei der Reduktion von Komplexität spielen (vgl. Egner 2008).

Ein zentrales Unterscheidungsmerkmal zwischen komplexen und lediglich komplizierten Sachverhalten liegt in der Notwendigkeit, Komplexität zu reduzieren.

Nur so wird es Menschen möglich, trotz begrenzter kognitiver Ressourcen in einer hochkomplexen Welt handlungsfähig zu bleiben. Komplexitätsreduktion bedeutet in diesem Zusammenhang, dass innerhalb sozialer Systeme – wie Gruppen, Organisationen oder ganzen Gesellschaften – vereinfachende Annahmen getroffen werden (grundlegend Luhmann 1984, beispielhaft Nünning et al. 2013). Diese machen komplexe Zusammenhänge verstehbar und ermöglichen darauf basierende Entscheidungen im Alltag (vgl. Glazinski & Obermann 2016).

Solche Vereinfachungsprozesse folgen einer Art innerem „Algorithmus“, der hilft, die Welt in handhabbare Ausschnitte zu zerlegen. Dies trifft besonders auf Narrative zu: Sie bündeln komplexe Inhalte in verständliche Erzählmuster, die durch ihre Wiederholung und Anwendung stabilisiert werden. Im Laufe der Zeit entwickeln sich Narrative dadurch zu selbstverstärkenden Strukturen im gesellschaftlichen Alltag.

Narrative lassen sich in diesem Zusammenhang mit wissenschaftlichen Modellen vergleichen. Wie Modelle reduzieren sie die Komplexität der Realität auf zentrale Elemente, um bestimmte Phänomene erklärbar und handhabbar zu machen. Doch damit stellen sich auch normative Fragen: Dient das gewählte Narrativ tatsächlich den Zielen und Werten der jeweiligen sozialen Gruppe oder wirkt es im Gegenteil hinderlich? Narrative können sowohl funktional sein – also zweckdienlich und förderlich – als auch dysfunktional, wenn sie bestehende Ziele unterlaufen oder verhindern (vgl. Rosenberger 2024).

Im Kontext einer konstruktivistisch geprägten Systemtheorie gilt dabei: Eine bestimmte Form der Komplexitätsreduktion ist nicht per se richtig oder falsch. Entscheidend ist ihre Zweckmäßigkeit – also ob sie im konkreten sozialen Zusammenhang dazu beiträgt, mit Komplexität angemessen umzugehen, oder ob sie zu Fehlentwicklungen führt (Luhmann 1984).

Abschließend lässt sich sagen: Ohne Komplexitätsreduktion ist gesellschaftliches Handeln kaum möglich. Doch sie darf nicht in zu starke Vereinfachung münden, sonst wird sie der Vielschichtigkeit der Realität nicht mehr gerecht. Eine funktionale Reduktion behält die Ziele und Logiken des jeweiligen Systems im Blick. Eine dysfunktionale hingegen gefährdet diese oder führt in die Irre.

In folgenden zeigen wir an zwei Beispielen wie sich eine solche, in unserer Einschätzung dysfunktionale, Komplexitätsreduktion entwickelt und verfestigt hat.

2 Narrativbeispiel 1: Afrika

Afrika wird seit Jahrzehnten als „Kontinent der Zukunft“ oder „Kontinent der Hoffnung“ beschrieben. Dennoch verändert sich die Gesamtsituation kaum grundlegend. Im Gegenteil: Die Herrschaft korruptionsanfälliger Eliten vor Ort wird durch eine in vielen Aspekten fehlgeleitete Entwicklungszusammenarbeit eher stabilisiert als aufgelöst.

2.1 Beschreibung des Narrativs

Das Narrativ „Afrika“ eignet sich besonders gut für eine kritische Reflexion im oben skizzierten Kontext. Denn die enorme Vielfalt des afrikanischen Kontinents macht eine Reduktion der Komplexität zunächst notwendig – und zugleich problematisch. Die enorme Fülle klimatischer, kultureller, ethnischer und ökonomischer Unterschiede macht bereits im ersten Zugriff deutlich, wie schwer es fällt, eine konsistente und zugleich sinnvolle Vereinfachung in Form eines einheitlichen Narrativs zu leisten.

Dennoch soll im Folgenden – sicherlich unvollständig – der Versuch unternommen werden, das aktuell gängige Narrativ zu Afrika knapp zu beschreiben und in seinen zentralen Merkmalen nachzuzeichnen.

Zunächst ist festzuhalten: Mit „Afrika“ wird ein überaus heterogener Kontinent bezeichnet. Auf einer Fläche von 30,2 Millionen km² (etwa das 85-Fache der Fläche Deutschlands) leben rund 1,4 Milliarden Menschen (etwa das 16-Fache der deutschen Bevölkerung). Es existieren über 2 000 eigenständige Sprachen, von denen etwa 50 von jeweils mehr als einer Million Menschen gesprochen werden. Der Kontinent umfasst 55 Staaten (alle UNO-Mitgliedsländer Afrikas plus Westsahara), wobei ein Staat (Somaliland) international umstritten ist.

Nur etwa die Hälfte der Bevölkerung lebt in Regionen mit asphaltiertem Straßennetz. Gleichzeitig haben mehr als 90 % Zugang zu einem Mobilfunknetz – während etwa ein Drittel keinen ausreichenden Zugang zu Elektrizität hat. Das nominale Bruttonsozialprodukt pro Kopf (Stand: 2022) schwankt erheblich – von etwa 13 700 USD in Algerien bis hin zu nur 791 USD in Burundi. Auch die Bedeutung der Wirtschaftssektoren (Landwirtschaft, Industrie, Dienstleistungen) unterscheidet sich stark zwischen den Staaten. Die Lebenserwartung variiert ebenfalls erheblich: Sie reicht im Jahr 2023 von 77,3 Jahren in Algerien bis zu 53,7 Jahren in Lesotho (grundlegende Zahlen und Daten finden sich unter World Bank – Africa Development Indicators: <https://data.worldbank.org/region/africa>; African Development Bank (AfDB) – Statistics Department: <https://www.afdb.org/en/knowledge/statistics/publications>; OECD – Africa Multi-Dimensional Review/Development Centre: <https://www.oecd.org/dev/africa/>)

Der Kolonialismus wird in vielen Diskursen als zentrale Ursache für viele der heutigen Probleme Afrikas benannt (grundlegend Acemoglu et al. 2001). Zudem gilt der Kontinent als besonders stark vom menschengemachten Klimawandel betroffen. Dabei wird oft unterstellt, diese Vulnerabilität sei eine Art unausweichliches Naturgesetz. Ein Blick auf die Sahelzone (die semiaride Übergangszone zwischen Sahara und Trockensavanne) zeigt jedoch: Diese Region könnte etwa 30 Millionen Menschen versorgen – tatsächlich leben dort mittlerweile rund 100 Millionen Menschen, bei weiterhin starkem Bevölkerungswachstum. Dieser demografische Befund wird in vielen Diskussionen über Terrorismus oder Konflikte kaum berücksichtigt – obwohl er zentrale Bedeutung hat.

Darüber hinaus wird häufig angenommen, dass Entwicklungszusammenarbeit (EZ) gezielt zur Verbesserung der Lebensverhältnisse beiträgt. Sie gilt vielfach als Motor für „Hilfe zur Selbsthilfe“ und für eine Entwicklung hin zu Demokratie, Menschenrechten und wirtschaftlichem Fortschritt. Die Kooperation mit staatlichen Institutionen gilt dabei als alternativlos – als „Königsweg“ für gesellschaftliche Transformation.

Dabei werden jedoch mehrere grundlegende Annahmen kaum hinterfragt und fortlaufend reproduziert:

- Demokratie sei in jeder kulturellen Umgebung einföhrbar und grundsätzlich die beste aller möglichen Regierungsformen.
- Die Menschen vor Ort wünschen sich diese Form von Entwicklung und stehen den Zielen der EZ grundsätzlich positiv gegenüber.
- Gesellschaftliche Transformation – etwa durch Stärkung von Minderheitenrechten oder Klimaschutzmaßnahmen – seien universelle und nicht verhandelbare Ziele.

Dabei wird aus der Perspektive der westlichen Welt – sicherlich auch beeinflusst durch koloniale Geschichte und daraus gewonnene Lernerfahrungen – ein sehr verallgemeinerndes Bild von Afrika gezeichnet. Dieses Bild wird mit einem europäischen Maßstab abgeglichen. Anhand dieses Maßstabs versucht man, Nähe oder Distanz zu den Errungenschaften der westlichen Welt zu messen. Auf Grundlage dieser „Distanzmessung“ werden anschließend Entwicklungsschritte oder Hilfsangebote formuliert. Diese werden oft als wohltätige Geste dargestellt.

Gleichzeitig wird im öffentlichen Diskurs immer wieder auf das große Potenzial Afrikas verwiesen – insbesondere im Hinblick auf wirtschaftliche Entwicklung, natürliche Ressourcen und das sogenannte „Humankapital“, das sich aus der demografischen Dynamik ergibt (vgl. AfDB 2013). Dieser Betrachtung liegt häufig ein teleologisches Verständnis zugrunde: Es wird unterstellt, dass die Kulturen, Gesellschaften

und Ökonomien Afrikas im Vergleich zur westlichen Welt noch ein geringeres Entwicklungsniveau aufweisen und daher gezielter Unterstützung bedürfen.

Die vermeintlich fehlenden Kompetenzen – etwa im Bereich der Wirtschaft oder einer demokratisch geprägten politischen Kultur – rechtfertigen aus westlicher Sicht eine führende, teilweise korrigierende Haltung. Diese äußert sich in der Annahme, die westliche Welt sei nicht nur besser ausgestattet, sondern moralisch verpflichtet, richtungsweisend einzugreifen. Damit wird gleichzeitig ein Anspruch auf Definitionsgröße über Entwicklungsziele und -wege erhoben.

2.2 Gesellschaftliche Zielsetzung des Narrativs

Das Narrativ „Afrika“ ist fest eingebettet in politische Debatten über globale Entwicklung – sei es in Bezug auf Entwicklungspolitik, Rohstoffverteilung, Klimaschutz oder Migration. Der zugrundeliegende Tenor zielt auf „Hilfe zur Entwicklung“ – verstanden als Unterstützung Afrikas auf dem Weg hin zu Standards, wie sie in westlichen Ländern bereits etabliert sind.

Aus systemischer Perspektive beschreibt das Narrativ somit ein Zielkonzept, das auf eine signifikante Verbesserung der kulturellen und sozioökonomischen Bedingungen auf dem Kontinent abzielt – gemessen an den Maßstäben der Geberländer. Die Wirkung developmentspolitischer Interventionen lässt sich dabei anhand gängiger Indikatoren wie Wirtschaftswachstum, Gleichberechtigung, Meinungsfreiheit oder Inklusion beurteilen. Entsprechend steht das Narrativ in engem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Zielvorstellungen, die zugleich in eine multilaterale Interessenlage eingebettet sind – sowohl auf nationaler als auch auf globaler Ebene.

Neben diesen politisch-ökonomischen Zielsetzungen zeigt das Narrativ auch eine weitere Funktion: Für große Teile der Bevölkerung – insbesondere im Kontext migrationspolitischer Debatten – symbolisiert Afrika einen unsicheren, jedoch unausweichlichen Faktor des globalen Geschehens. Diese Wahrnehmung ist oft geprägt durch Unsicherheit über künftige Entwicklungen sowie durch Unwissen über die tatsächliche Vielfalt des Kontinents.

Das Narrativ dient damit zugleich der Orientierung im Alltag: im persönlichen Umgang mit Migration ebenso wie in der politischen Meinungsbildung und Entscheidungsfindung im Kontext globaler Herausforderungen.

2.3 Funktionalitätsprüfung des Narrativs

Die Überprüfung der Funktionalität des Narrativs „Afrika“ erfolgt anhand des zugrundeliegenden Ziels: der gesellschaftlich gewollten Reduktion komplexer Realitäten. Die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieses Ziels stellt sich dabei zunächst nicht, da es auf kollektiver Willensbildung basiert. Vielmehr geht es um die Wirksamkeit der Komplexitätsreduktion – gemessen an nachvollziehbaren sozioökonomischen, politischen und kulturellen Parametern.

Auch ohne eine detaillierte Betrachtung aller relevanten Themen lässt sich festhalten – und dies entspricht weitgehend dem öffentlichen Konsens –, dass die Entwicklung vieler afrikanischer Länder weiterhin deutlich hinter den Standards der westlichen Welt zurückbleibt. Seit dem Ende der Kolonialzeit – also seit etwa zwei Generationen – wird Entwicklungshilfe in erheblichem Umfang betrieben, sowohl durch Staaten als auch durch private Organisationen.

Fortschritte sind insbesondere in Bereichen wie Lebenserwartung und Gesundheitsversorgung erkennbar. Auch wirtschaftliche Veränderungen – etwa durch den Abbau natürlicher Ressourcen – lassen sich beobachten (beispielhaft Zhang 2024). Allerdings profitieren breite Bevölkerungsschichten nur selten direkt von den wirtschaftlichen Erträgen.

Ein Beispiel für positive Entwicklungen ist der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung. Dieser lässt sich vor allem auf Fortschritte in der Mutter-Kind-Versorgung zurückführen – etwa durch besseren Zugang zu sauberem Wasser, verbesserte Hygiene, Vorsorgeprogramme und medikamentöse Therapien bei typischen Kinderkrankheiten (vgl. Bamba et al. 2024). Allerdings zeigt sich zugleich, dass jenseits dieser Bereiche – etwa bei der allgemeinen Gesundheitsversorgung Erwachsener – nur begrenzte Fortschritte erzielt wurden.

Insgesamt gleichen sich die Schwerpunkte der Entwicklungshilfeprojekte seit Jahrzehnten: Wasserversorgung, Energie, Bildung, Gesundheit und Ernährung stehen dauerhaft im Fokus. Verbesserte medizinische Versorgung trägt zur Bevölkerungszunahme bei, was die sozialen Systeme zunehmend überfordert – denn gesellschaftliche und ökonomische Strukturen können mit dem Wachstum oft nicht Schritt halten.

Zwar gibt es zahlreiche Gegenbeispiele für gelungene Entwicklungen in einzelnen Ländern oder Regionen. Doch diese Einzelfälle widersprechen der grundlegenden Logik des Narrativs, das Afrika weitgehend als einheitliche, defizitäre Größe darstellt. Daher ist festzustellen: Das gegenwärtige Narrativ „Afrika“ trägt nur begrenzt zu einer angemessenen Diskussion der gesellschaftlichen Zielsetzungen bei. Angesichts der enormen Vielfalt des Kontinents ist das Narrativ in seiner derzeitigen Form weitgehend dysfunktional.

Dies betrifft sowohl die problematische Vereinfachung eines hochkomplexen Themenfelds – die Afrika zu einer scheinbar konsistenten Einheit reduziert – als auch die kritisch zu hinterfragende ethisch-moralische Grundannahme, wonach Entwicklung zwangsläufig an westlichen Maßstäben gemessen werden müsse.

Offensichtlich gelingt es dem Narrativ nicht, die tatsächlichen Strukturen und Dynamiken adäquat zu erfassen. Dadurch wird möglicherweise der Blick auf alternative, kulturell angemessene Herangehensweisen verstellt. Im schlimmsten Fall verfestigt sich das Narrativ sogar selbst: Wenn große Anstrengungen westlicher Akteure nicht die erhofften Ergebnisse liefern, entsteht leicht der Eindruck einer grundsätzlichen Rückständigkeit Afrikas. Dieses Bild wird durch ständige Wiederholung verstärkt – bis es sich in der kollektiven Wahrnehmung und Deutung als allgemeine Wahrheit etabliert.

3 Narrativbeispiel 2: Gesundheit

3.1 Beschreibung des Narrativs

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland gilt häufig als eine der besten der Welt. Tatsächlich war das unter Reichskanzler Bismarck eingeführte System der gesetzlichen Krankenversicherung über viele Jahrzehnte hinweg eine Erfolgsgeschichte: Es gewährleistete eine umfassende Kostenübernahme bei Krankheit für breite Bevölkerungsschichten, bot eine hohe Behandlungsqualität und garantierte einen vergleichsweise guten Zugang zur Versorgung – unabhängig von Wohnort oder sozialem Status. Zusammen mit der dualen Ausbildung im Handwerk zählt die gesetzliche Krankenversicherung zu den „Exportschlagern“ Deutschlands in der internationalen Zusammenarbeit (für einen grundlegenden Überblick siehe Blümel et al. 2020).

In den vergangenen Jahren jedoch hat dieses System zunehmend Risse bekommen. Deutschland gibt inzwischen den höchsten Anteil seines Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit innerhalb der EU aus – liegt bei der Lebenserwartung aber am unteren Ende des Rankings. Facharzttermine sind schwer zu bekommen, in manchen Regionen nahezu unmöglich. Gleichzeitig herrscht flächendeckend Personalmangel: Etwa die Hälfte aller examinierten Pflegekräfte arbeitet nicht mehr im erlernten Beruf. Zuletzt kündigte der Bundesgesundheitsminister eine erneute, historisch einmalige Erhöhung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an. Eine systematische Industriepolitik im Bereich der pharmazeutischen Forschung und Medizintechnik ist faktisch kaum vorhanden (Zeeb et al. 2025).

Der Arzt bzw. die Ärztin in eigener Praxis gilt weiterhin als Idealbild einer patientenzentrierten Versorgung. Niedergelassene Ärzte sind freiberufllich tätig und müssen Mitglieder der jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sein,

um gesetzlich versicherte Patienten behandeln zu dürfen. Nur etwa fünf Prozent aller Praxisärzte arbeiten rein privatärztlich ohne KV-Zulassung. Die 17 regionalen KVen sind in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) organisiert, die zentrale Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen über Versorgung und Vergütung führt.

Zudem existiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der über die Erstattungsfähigkeit neuer Medikamente und Verfahren sowie über Qualitätsstandards für Praxen entscheidet. Insgesamt besteht ein weitgehend einheitliches Versorgungssystem mit nur geringen regionalen Unterschieden. Der zunehmende Einsatz von privatem Kapital (Private Equity) in der ambulanten Versorgung wird in der Regel als Notlösung betrachtet und gesellschaftlich wie politisch äußerst kritisch gesehen.

Im Bereich der stationären Versorgung spielen die Bundesländer eine zentrale Rolle. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sind sie für den Bau, die Instandhaltung und die Modernisierung der Kliniken zuständig. Die laufenden Betriebskosten hingegen werden über das DRG-System (Diagnosis-related Groups) abgerechnet. Die Beteiligung der Länder und die Erstellung von Krankenhausbedarfsplänen orientieren sich am verfassungsrechtlichen Ziel der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“. Nach rund 20 Jahren Anwendung wird das DRG-System derzeit grundlegend überarbeitet – bislang jedoch ohne fundierte, wissenschaftlich hochwertige Studien zu seinen Auswirkungen auf Behandlungsqualität und Leistungsumfang.

3.2 Vermutetes gesellschaftliches Ziel des Narrativs

Das System der Gesundheitsversorgung ist zu einem erheblichen Teil historisch geprägt. Die Bismarck'sche Einführung der Sozialversicherung hatte primär eben *nicht nur* das Ziel einer Absicherung der Arbeiterschaft, sondern wollte auch den Einfluss der Sozialdemokratischen Partei zurückdrängen und die Belastung nicht dem Staat aufzubürden. In der „Kaiserlichen Botschaft“ vom November 1881 heißt es

[...] haben Wir Unsere Ueberzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. [...] Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein in gleichem Umfange nicht gewachsen sein würde. [...]

In den 1950er bis 1970er Jahren prägte die Idee des Sozialingenieurwesens maßgeblich die Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung. Der Anspruch, für sämtliche Unwägbarkeiten des Lebens eine detaillierte – und damit vermeintlich gerechte – Lösung zu schaffen, ging mit hohen Einnahmen der Sozialversicherungsträger einher und ermöglichte eine umfassende Ausweitung von Leistungen auf nahezu alle Lebensbereiche.

Von dieser Entwicklung profitierte insbesondere die Ärzteschaft: Nahezu jeder niedergelassene Arzt sowie fast jeder Chefarzt (Chefarztinnen waren damals äußerst selten) erzielte ein Einkommen, das im Vergleich mehrfach höher war als heute. Auch die Patientinnen und Patienten zogen Vorteile daraus: Direkter Zugang zu Fachärzten sowie regelmäßige Erstattungen für Brillen, Hörgeräte und ähnliche Hilfsmittel waren selbstverständlich. Aussagen wie „Meine Hüfte macht's nicht mehr – ich lass das mal machen“ oder „Die Pumpe läuft nicht richtig – ich geh mal zum Durchchecken“ spiegeln ein technokratisches Gesundheitsverständnis wider, das mit der Erwartungshaltung einherging, sämtliche Leistungen von der Versichertengemeinschaft finanziert zu bekommen.

Ein zentrales Ziel bestand darin, eine „Zweiklassen-Medizin“ zu vermeiden. Jeder Bundesbürger sollte grundsätzlich gleich behandelt werden und gleichwertige Leistungen in gleicher Qualität erhalten. Der niedergelassene Arzt in Einzelpraxis galt als Garant für eine persönliche und verlässliche Versorgung, da er seine Patientinnen und Patienten kannte und sich um sie kümmerte. Die korporatistische Organisation mit den zentralen Akteuren GKV und KBV (bzw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft, DKG) sicherte in der Selbstverwaltung einen gewissen Interessenausgleich. Versorgungslücken sollten durch erhöhte Budgets geschlossen werden.

3.3 Funktionalitätsprüfung des Systems

Das Gesundheitssystem – wie auch andere Säulen der sozialen Sicherung (Rente, Berufsgenossenschaften, Arbeitslosigkeit, Pflege) – basiert auf dem Modell des durchgehenden Vollzeit-Erwerbs bis zur Rente. In den letzten Jahrzehnten vermehrten hinzugekommene Lebensrealitäten wie berufliche Auszeiten, Pflege von Angehörigen oder gemeinsame Kindererziehung wurden im ursprünglichen System kaum berücksichtigt und müssen bis heute mühsam integriert werden.

Es zeigen sich erhebliche Herausforderungen: Wie bereits beschrieben, steigen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung kontinuierlich, während die Resultate im internationalen Vergleich eher mittelmäßig ausfallen. Die Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sinkt, bürokratische Belastungen nehmen zu – etwa drei Stunden täglich für Klinikärzte. Besonders prekär ist der Zugang zu

Leistungen für besonders vulnerable Gruppen wie Obdachlose oder nicht-registrierte Personen.

Zwar werden immer wieder innovative Versorgungsformen angestoßen, doch die Beharrungskraft der korporatistischen Strukturen ist groß. So ist eine regionale, ambulante Versorgung ohne Beteiligung der KV de facto kaum umsetzbar. Eine gesellschaftliche Debatte über den Umgang mit Hochbetagten, Menschen mit Demenz oder Sterbenden bleibt weitgehend aus. Erfolgreiche Initiativen entstehen meist im privaten Raum – häufig ohne, mitunter sogar gegen, die etablierten Institutionen.

Aktuell bestehen erhebliche Finanzierungsprobleme. Erste Pflegekassen sind insolvent, die Beitragssätze könnten perspektivisch auf bis zu 20 % des Bruttoeinkommens steigen. Zusätzlich gibt es Überlegungen, einkommensabhängige Zuzahlungen deutlich zu erhöhen. Eine Debatte über Einsparungen oder Leistungskürzungen findet praktisch nicht statt.

3.4 Elemente eines neuen Paradigmas

Im Kern steht ein Paradigmenwechsel: Weg von der Bismarck'schen Versicherungslogik hin zu einem gesamtgesellschaftlichen Verantwortungsansatz. Die individualisierte Risiko- und Krankheitsbetrachtung soll um eine gesundheitsorientierte Präventionslogik erweitert und in ein biopsychosoziales Gesamtsystem eingebettet werden.

Verschiedene alternative Modelle der Gesundheitsversorgung (beispielhaft Jensch 2021) haben sich herausgebildet. Sie teilen zentrale Elemente:

- **Zulassung regionaler Lösungen**, die sich im Wettbewerb mit anderen Ansätzen beweisen müssen.
- **Stärkere Fokussierung auf Prävention**, bei gleichzeitiger enger Verzahnung der kurativen Versorgung mit anderen Lebensbereichen – wie Schulen, öffentliche Gesundheitsdienste oder die Lebensmittelindustrie.
- **Umfassende Datennutzung zur Bewertung von Qualität und Kosten**. Hierfür braucht es elaborierte Systeme zur Messung von Inputs und Outputs – insbesondere in Bezug auf Leistungsqualität, Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenerfahrungen (inkl. „patient-reported outcomes“).
- **Kritische Reflexion von Rankings und Vergleichsmetriken**. Aggregierte Ranglisten überdecken individuelle oder regionale Besonderheiten und erzeugen eine problematische „besser/schlechter“-Logik, die gesellschaftlicher Vielfalt nicht gerecht wird. Zudem können sie kontraproduktive Effekte erzeugen („work the system“). Stattdessen sollte ein kollegialer, datenbasierter Austausch auf Augenhöhe im Sinne eines Peer-to-Peer-Ansatzes angestrebt werden.

- **Förderung regionaler „Health Literacy“.** Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer veränderten Patientenrolle muss Gesundheitskompetenz nicht nur die Fähigkeit zur Gesundheitsförderung umfassen, sondern auch ein Grundverständnis für die politischen und finanziellen Rahmenbedingungen des Systems – um eine aktive Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Fragen zu ermöglichen.

Zahlreiche Initiativen, wie beispielsweise der „Neustart“ der Robert Bosch Stiftung (<https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/>), zeigen, dass ein grundsätzlich anderes Narrativ denkbar und prinzipiell vorteilhafter wäre als das bestehende.

Ein zusätzlicher Aspekt sei erwähnt: Verbesserungen in den Gesundheitssystemen ressourcenärmer Länder orientieren sich häufig (zumindest implizit) an den Erfahrungen entwickelter Staaten. Dies kann unbeabsichtigte Folgen haben, wenn lokale Gegebenheiten und die inhärente Komplexität gesundheitlicher Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Humphreys 2025).

Ein Beispiel: Beiträge zur sozialen Krankenversicherung werden oft zum Jahresanfang erhoben – ohne Rücksicht auf regionale Einkommenszyklen. Dabei wären viele Landwirte direkt nach der Ernte deutlich zahlungsfähiger. In zahlreichen Ländern spielt zudem das chinesische Neujahr eine zentrale Rolle – es ist üblich, älteren Familienmitgliedern zu diesem Zeitpunkt Geschenke zu machen, wie z.B. eine Krankenversicherungskarte. Ignoriert man solche kulturellen Gepflogenheiten und Zahlungszyklen, kann dies den Erfolg sozialer Sicherungssysteme erheblich beeinträchtigen. Die Untersuchung von Liu et al (2020) analysiert das Phänomen der sogenannten „roten Umschläge“ (informelle Zahlungen) im chinesischen Gesundheitssystem und zeigt auf, wie kulturelle Praktiken und saisonale Ereignisse, wie das chinesische Neujahrsfest, die Zahlungsbereitschaft und das Verhalten der Versicherten beeinflussen können.

4 Zur Notwendigkeit und Veränderbarkeit von Narrativen

Die zunehmende Komplexität moderner Lebenswelten und globaler Kontexte führt zu einem gesteigerten Bedürfnis nach kognitiver Kontrolle und Sinnstiftung. Narrative dienen hierbei als Mittel zur Reduktion von Komplexität und ermöglichen es Individuen und Gemeinschaften, Erfahrungen zu strukturieren und zu interpretieren. Sie bieten Orientierung und helfen, disparate Lebensereignisse in kohärente Geschichten zu integrieren. Dies ist besonders relevant in mediatisierten Gesellschaften, in denen die Vielzahl an Informationen und Perspektiven eine kohärente Selbstwahrnehmung erschwert (Schachtner 2023).

Narrative sind somit sowohl individuelle als auch kollektive Konstruktionen, die als struktur-funktionale Elemente des Mensch-Welt-Verhältnisses fungieren. Sie können jedoch auch zu dysfunktionalen Mustern führen, wenn sie nicht regelmäßig auf ihre Aktualität und Angemessenheit überprüft und gegebenenfalls angepasst werden (hier grundlegend Luhmann 1984). Die kritische Reflexion und Weiterentwicklung von Narrativen ist daher essenziell, um ihre Funktionalität in sich wandelnden gesellschaftlichen Kontexten zu gewährleisten (vgl. Fischer und Storksiek 2018). Sie sind Ausdruck gesellschaftlicher Auseinandersetzungen in komplexen Zusammenhängen, wobei Chancen und Risiken oft eng beieinanderliegen und zu kritischer Reflexion sowie aktiver Mitgestaltung einladen.

Die Fähigkeit einer Gesellschaft, ihre dominanten Narrative zu hinterfragen und anzupassen, ist ein Indikator für ihre Resilienz und Innovationskraft, aber auch eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Wie die Beispiele der Narrative „Afrika“ und „Gesundheit“ zeigen, können sich solche Erzählmuster zu selbstverstärkenden mentalen Bewegungen verfestigen. Narrative können sich dann verfestigen und autopoietische Eigenschaften entwickeln, die Veränderungen erschweren. Dies zeigt sich beispielsweise in der Tendenz zur Selbstverstärkung von Mindsets, die durch wiederholte narrative Strukturen in neuronalen Wahrnehmungsmustern verankert werden: Die entsprechenden Denk- und Wahrnehmungsmuster werden neurologisch verankert und weiter verstärkt (Nassehi 2024 mit vielen Beispielen).

Je länger Narrative bestehen, desto resistenter werden sie gegenüber konstruktiver Kritik – nicht zuletzt, weil die Akteure innerhalb dieser Narrative Lernprozesse durchlaufen, die ihre Sichtweisen weiter festigen.

Veränderungen werden insbesondere dann möglich, wenn (i) ein Narrativ als dysfunktional erkannt wird, (ii) alternative Narrative bereits sichtbar sind und (iii) der Veränderungsdruck so hoch ist, dass ein „Weiter so“ nicht mehr tragfähig erscheint.

Dabei stellt sich die Frage, ob solche Veränderungen eher disruptiv – also im Sinne eines vollständigen mentalen Wandels – erfolgen sollten, oder ob eine schrittweise, evolutionäre Weiterentwicklung sinnvoller ist. Diese Unterscheidung betrifft die Wahl zwischen einer kontinuierlichen Anpassung bestehender Narrative (Gestaltwandel) und einer radikalen Ersetzung durch neue Erzählmuster.

Auch ein historischer Rückblick auf überholte, dysfunktionale Narrative kann dabei wertvolle Einsichten liefern – etwa in Form eines „Negativabdrucks“, der als Korrektiv für die Entwicklung neuer Narrative dienen kann.

5 Schlussbemerkung

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Überprüfung der Wirkungskraft von Narrativen in Bezug auf ihren gesellschaftlichen Zweck ist nicht nur sinnvoll, sondern notwendig. Dies erfordert einen bewussten Akt kritischer Reflexion, der im Alltag oft zu kurz kommt – insbesondere bei etablierten, stark verbreiteten Narrativen, die zu einem systematischen Ausschluss von Selbstkritik neigen.

Die Auseinandersetzung mit Narrativen bietet jedoch die Chance, grundlegende soziale Normen, Werte, Wahrnehmungen und Haltungen zu aktualisieren, bewusst zu machen und dadurch einen Raum für kollektives Lernen zu schaffen. Narrative sind – sofern ihre Funktionalität oder Dysfunktionalität kritisch reflektiert wird – weit mehr als bloße Werkzeuge zur Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen. Sie sind auch Impulsgeber für Fortschritt und Weiterentwicklung im gesellschaftlichen Diskurs.

Literatur

- Acemoglu, D., Johnson, S., & Robinson, J. A. (2001).** The Colonial Origins of Comparative Development: An Empirical Investigation. *American Economic Review*, 91(5), 1369–1401. <https://doi.org/10.1257/aer.91.5.1369>.
- AfDB (African Development Bank):** *Economic Brief: Health in Africa over the next 50 years*. March 2013. Verfügbar unter: https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Economic_Brief_-_Health_in_Africa_Over_the_Next_50_Years.pdf
- Bamba G, Abi abboud J, Olal E, Kitara DL.** *Comparative analysis of the evolution of Life Expectancy in the United Republic of Tanzania, Uganda, and Kenya in 61 years (1960–2021): A secondary data analysis of the World Population Prospects (WPPs) on the three East African countries*. medRxiv 2024.04.12.24305722; doi: <https://doi.org/10.1101/2024.04.12.24305722>.
- Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R.** Germany: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2020 Dec;22(6):1–272. PMID: 34232120.
- Egner, H. (2008).** Komplexität. Zwischen Emergenz und Reduktion. In Egner H., Ratter B., Dikau R. *Umwelt als System – System als Umwelt. Systemtheorien auf dem Prüfstand*. Oekom Verlag, München.
- Fischer D. und Storksdiek M. (2018).** Storytelling: Ein Ansatz zum Umgang mit Komplexität in der Nachhaltigkeitskommunikation? In: Pyhel Th (Hrsg). *Zwischen Ohnmacht und Zuversicht: Vom Umgang mit Komplexität in der Nachhaltigkeitskommunikation*. Deutsche Bundesstiftung Umwelt, Bd 10.
- Glazinski B., Obermann K. (2016).** *Komplexität und Kontrolle: Wirklichkeit und individuelle Haltung im digitalen Zeitalter*, Köln: Verlag für Angewandte Managementforschung.

- Humphreys G.** Mitigating the unintended consequences of health-care initiatives. *Bull World Health Organ* 2025;103:5–6| doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.25.020125>.
- Jensch, E.** (2021). Integrierte Versorgungsmodelle neu gedacht. In: Simon, B., Krämer, N. (eds) *Zukunft der Gesundheitsversorgung*. Springer Gabler, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-33007-1_5.
- Liu, N., Bao, G. & He, A. J.** Does health insurance coverage reduce informal payments? Evidence from the „red envelopes“ in China. *BMC Health Serv Res* 20, 95 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4955-7>.
- Luhmann, N.** (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Nassehi, A.** (2024). *Kritik der großen Geste. Anders über Transformation nachdenken*. München: C. H. Beck.
- Nünning V., Rupp J., Ahn G.** (2013). *Ritual and Narrative. Theoretical Explorations and Historical Case Studies*. Transcript Academic Publishing.
- Rosenberger, M.** (2024). *Narrative Orientierung der Handlungswissenschaft Soziale Arbeit*. Tectum.
- Schachtner C.** (2020). Narrative Selbstkonstruktionen zur Funktion des Erzählens in mediatisierten Lebenswelten. In *Merz Zeitschrift für Medienpädagogik*. <https://doi.org/10.21240/merz/2020.4.7>
- Zeeb, H. et al.** (2025) Public health in Germany: structures, dynamics, and ways forward. *The Lancet Public Health*, Volume 10, Issue 4, e333–e342.
- Zhang X.** (2024). Sustainable development in African countries: evidence from the impacts of education and poverty ratio. *Humanit Soc Sci Commun* 11, 1386. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03912-7>

Über die Autoren

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann, Jahrgang 1965, ist Arzt und Wirtschaftswissenschaftler mit mehr als 30 Jahren Erfahrung in Klinik, Forschung, strategischer Planung und Beratung. Seine Arbeitsschwerpunkte sind internationale Gesundheitsökonomie, Entwicklung von Gesundheitssystemen und Finanzierung des Gesundheitswesens/soziale Krankenversicherung sowie empirische quantitative und qualitative Gesundheitssystemforschung. Er verfügt über mehr als 20 Jahre Erfahrung in der internationalen Zusammenarbeit in mehr als 25 Ländern in Europa, Nordafrika, Subsahara-Afrika und Zentral-, Süd- und Südostasien. Professor Obermann arbeitete als Berater bei der Boston Consulting Group, war Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie am IGES Institut in Berlin und arbeitete für die GIZ auf den Philippinen.

Seit 2008 ist Konrad Obermann Senior Lecturer am Mannheim Center for Preventive Medicine and Digital Health (CPD) der Universität Heidelberg. Außerdem ist er Gastwissenschaftler am Pakistan Institute of Development Economics (PIDE) in Islamabad und Overseas Member der Royal Society of Medicine in London. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen zählen „Das deutsche Gesundheitssystem“ (3. A., med-

hochzwei Verlag, Heidelberg) und „Medical Economics“ (Columbia University Press, New York).

Prof. Dr. phil. Bernd Glazinski, Dipl.-Psych, MA, Jahrgang 1967, studierte Pädagogik, Latein und Philosophie sowie Psychologie an der Universität zu Köln. 1992 promovierte er bei Professor Doktor Clemens Menze über Wilhelm von Humboldt zum Thema „Antike und Moderne“. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen wie auch anwendungsbezogenen Tätigkeit als Berater liegt im Themenfeld des Zusammenspiels von Mensch und Organisation. Unter Rückgriff auf systemtheoretische und konstruktivistische Ansätze beschäftigt er sich mit Fragen der Organisationsentwicklung und Kommunikation in sozialen Systemen insbesondere im interkulturellen Kontext.

Darüber hinaus ist er auch immer mit eigenen Projekten unternehmerisch tätig gewesen. Im Rahmen dieser Aktivitäten hat er vier Jahre in Westafrika (Guinea Bissau) gelebt und gearbeitet. Seine theoretischen Konzepte sind immer eng mit der Anwendungspraxis verbunden. Er ist unter anderem Präsident der Akademie der Wissenschaften von Guinea Bissau und Direktor des dortigen German University Institutes „Wilhelm von Humboldt“.