

**EINLEITUNG:
VIELFALT UND SELBSTBESTIMMUNG IM
GESUNDHEITSSYSTEM – WEGE AUS DER
SOZIALEN UNGLEICHHEIT**

Norbert Arnold

Gesundheit als gesellschaftliche Herausforderung

Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für die gesellschaftliche Teilhabe in einem umfassenden Sinne, die auch die Partizipation an Kultur, Politik, Arbeitsmarkt, Wirtschaft, Wohlstand und gesellschaftlicher Entwicklung etc. einschließt. Daher hat Gesundheit bei den meisten Menschen einen hohen Stellenwert. So gilt Gesundheit als ein fundamentales Gut, im Verständnis vieler Menschen sogar als eines der höchsten Güter überhaupt.

Die hohe Wertschätzung von Gesundheit geht allerdings in vielen Fällen nicht mit einer gesundheitsbewussten Lebensweise einher. Es besteht vielmehr bei vielen Menschen eine erhebliche Diskrepanz zwischen der ideellen Wertschätzung von Gesundheit und der täglichen Lebensführung.

Aus gesellschaftlicher Sicht stellt sich Gesundheit als ein wichtiger humanitärer Faktor dar. Darin begründet sich die Fürsorgepflicht des Staates, dessen Aufgabe es ist, geeignete Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung und die damit verbundenen Fragen der Chancengerechtigkeit zu schaffen.

Hinzu kommt, dass Gesundheit ein wichtiger wirtschaftlicher Produktivfaktor ist. Nicht zuletzt hinsichtlich des demographischen Wandels entwickelt sich die Gesundheit der Bevölkerung zu einem der zentralen Wirtschaftsfaktoren, die zur Standortsicherung im globalen Wettbewerb beitragen.

Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der Gesundheitspolitik als eines der zentralen Zukunftsfelder der Sozialpolitik deutlich. Darüber hinaus wächst das Verständnis dafür, Gesundheit zu einer „ressortübergreifenden“ Aufgabe zu machen, die nicht nur die Gesundheitspolitik im engeren Sinne umfasst, sondern auch Forschungs-, Wirtschafts-, Arbeits-, Umwelt-, Familien-, Senioren-, Kommunalpolitik etc. einbezieht. Die Idee „health in all policies“ rückt die grundlegende Bedeutung der Gesundheit sowohl aus der individuellen als auch der öffentlichen Sicht stärker als bisher in den gesellschaftspolitischen Fokus.

Im Gegensatz zu diesen meist einvernehmlichen gesundheitlichen *Zielen* sind die *Wege* zu diesen Zielen diskursiv und die konkreten Konzepte und Maßnahmen werden höchst kontrovers diskutiert. Hinzu kommen enorme Sparzwänge, die den gesundheitspolitischen Handlungsspielraum einengen. Auf der individuellen Ebene schränken zudem die unterschiedlichen Lebenswelten und Lebensstile mit ihrer jeweils begrenzten Bereitschaft zu gesundheitsbewusster Lebensführung die politischen und medizinischen Bemühungen um eine bessere Gesundheit ein.

So ist es bisher nicht gelungen, den seit langem bekannten Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zu einer sozioökonomischen Schicht und dem Gesundheitszustand zu durchbrechen.¹ Die damit verbundene soziale Ungleichheit wird trotz aller Bemühungen nicht geringer, sondern nimmt weiter zu.² Offensichtlich erreichen viele der Maßnahmen (Gesundheitserziehung, Prävention, gesundheitliche Aufklärung etc.) nicht alle Zielgruppen in ausreichendem Maße. Vor diesem Hintergrund muss gefragt werden,

- wie die Gesundheitsversorgung weiterentwickelt werden müsste, um sie auch künftig in einer hohen Qualität und zu bezahlbaren Preisen für alle gewährleisten zu können;
- wie die soziale Ungleichheit bezüglich Gesundheit gemildert werden kann, um ein gesellschaftliches Auseinanderdriften, so wie es in anderen Feldern diagnostiziert wird (arm – reich, bildungsfern – bildungsnah etc.), zu vermeiden;

¹ Vgl. z. B.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitschancengleichheit/>. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Berlin 2010, 251–265. Lungen, M./Siegel, N./Drabik, A./v. Tönne, I.: Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. www.boecklerimpuls.de, 2009. Roman Herzog Institut (Hrsg.): Sind Kinder wohlhabender Eltern gesünder? Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland. München 2009. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Datenreport 2008. Bonn 2008. Kap. 9.2. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.): Gesundheit und soziale Ungleichheit. APUZ 42/2007. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin 2006, 83–90. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin 2005. Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern 2005. Lampert, Thomas: Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Berlin 2005. Landesinstitut für Öffentliche Gesundheit NRW (Hrsg.): Report on Socio-Economic Differences in Health Indication in Europe. Bielefeld 2003. Jungbaur-Gans, Monika: Ungleichheit, soziale Beziehung und Gesundheit. Wiesbaden 2002. Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern 2000. Helmert, Uwe/Baumann, Karin/Voges, Wolfgang/Müller, Rainer (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Wiesbaden/München 2000.

² Lampert, Thomas/Mielck, Andreas: Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. GGW 2008, Jg. 8, Heft 2, 7–16.

- wie den individuell unterschiedlichen Gesundheitsinteressen und -bedürfnissen der Menschen, der Pluralität der Einstellungen und Erwartungen bzgl. Gesundheit, besser entsprochen werden kann.

Warum eine Milieu-Studie zur Gesundheit?

Die vorliegende Studie untersucht milieuhängig die Selbstwahrnehmung bei Fragen, die das Thema Gesundheit beinhalten. Die Konrad-Adenauer-Stiftung will dazu beitragen, die Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheit besser – d. h. in einer differenzierenden Weise – zu verstehen³ und damit die Ziele künftiger Reformschritte im Gesundheitssystem zu schärfen, indem sie die zum Teil sehr heterogenen Interessen und Einstellungen, Erwartungen und Erfahrungen, objektiven Bedarfe und subjektiven Bedürfnisse, Verhaltensmuster und Handlungsmaximen der Menschen vor dem Hintergrund ihrer alltäglichen Lebenswelt gesamthaft in den Blick nimmt. Folgende forschungsleitenden Fragen liegen der Studie zugrunde:

1. Inwiefern variieren Verhalten, Einstellungen, Bewertungen und Erwartungen von Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus bezüglich Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung in ihren unterschiedlichen Facetten?
2. Welche Ansatzpunkte bieten diese Differenzen für die künftige Gestaltung des Gesundheitssystems, insbesondere im Hinblick auf eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung sowie hinsichtlich der Fragen von Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit?
3. Könnte ein stärker „individualisiertes Gesundheitssystem“ zu mehr Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit bezüglich Gesundheit beitragen?

Gesellschaftliche Trends: Gesundheitsbewusstsein und Eigenverantwortung

Die Bereitschaft der Menschen, selbst Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, ist in allen untersuchten Milieus vorhanden, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß und mit je eigener Auffassung von Eigenverantwortung.⁴

³ Jungbaur-Gans, Monika: Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. In: Wendt, Claus/Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 46/2006, 86–108.

⁴ Vgl.: Ärzte-Zeitung (Hrsg.): Was denken die Deutschen über ihr Gesundheitssystem. Was wünschen sie sich für die Zukunft? Offenbach 2002.

Besonders klar und offensiv wird Eigenverantwortung in den gehobenen gesellschaftlichen Milieus gefordert und umgesetzt. Dort wird Gesundheit als ein wichtiges Thema wahrgenommen, das eine hohe Beachtung findet, zu einer Haltung der Selbstverpflichtung mit einer Reihe von Eigeninitiativen führt, ohne dass dies in Larmoyanz oder in einer „hypochondrischen Übertreibung“ ausartet. Auch ist die Diskrepanz zwischen dem Anspruch an sich selbst, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, und dem tatsächlich gelebten gesundheitsdienlichen Lebensstil relativ gering. Gesundheit wird nicht nur als ein wichtiges Thema für das eigene Leben und die eigenen Handlungsmöglichkeiten erkannt, sondern es wird – vor allem bei Frauen – in hohem Maße in konkretes Handeln umgesetzt. Hier hat das gute Gesundheitsbewusstsein praktische Konsequenzen. Unterstützt wird dies dadurch, dass die äußeren Lebensumstände ein gesundheitsbewusstes Leben erleichtern: ausreichende finanzielle Ressourcen, hoher Bildungsstand, wenig gesundheitsgefährdende Arbeitssituationen etc.

Die *gesellschaftlichen Leitmilieus (Etablierte, Postmaterielle, Moderne Performer)*⁵ haben eine reflektierte Haltung zum Thema Gesundheit – allerdings unterschiedliche Einstellungen und Herangehensweisen.

Etablierte wünschen eine Vielfalt von Gesundheitsleistungen, aus denen sie das für sie Passende auswählen können. Von Leistungskürzungen sind sie als meist privat Versicherte kaum betroffen. Sie befürworten insgesamt mehr Wahlmöglichkeiten für Versicherte und Patienten und fordern mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern.

Nach dem Grundsatz „Das Individuum ist das Maß“ befürworten auch die Postmateriellen Vielfalt und Wettbewerb im Gesundheitssystem. Sie wollen den Leistungskatalog individuell gestalten können. Sie fordern bessere Wahlmöglichkeiten je nach den individuellen Gesundheitsbedürfnissen. Auch wenn das marktwirtschaftliche Denken aus grundsätzlichen Überlegungen kritisch bewertet wird, wird der Wettbewerb im Gesundheitswesen akzeptiert. Die gegenwärtige Situation mit dem nur ansatzweise vorhandenen Wettbewerb, z. B. zwischen den Krankenkassen, wird aber als gescheitert betrachtet. Im Gegensatz zur PKV gäbe es in der GKV keine ausreichenden Wahlmöglichkeiten. Dies wird bedauert.

Ähnlich gilt dies für das Milieu der Modernen Performer, auch wenn in diesem jungen Milieu Gesundheit (noch) kein dominierendes Thema ist, da man sich (noch) gesund fühlt. Am liebsten hätte man eine Einheitsversicherung, die alles Wichtige abdeckt, ergänzt durch flexibel – je nach Lebenssituation und Phase im Lebensverlauf – buchbare Zusatzmodule, die jeder individuell nach seinen Bedürfnissen hinsichtlich Umfang und Qualität zusammenstellen kann. In den gesellschaftlichen Leitmilieus wird wahrgenommen, dass man selbst viel für die

⁵ Überblick über die Sinus-Milieus: S. 29–30.

eigene Gesundheit tun kann und sollte. Die eigene Verantwortung für Gesundheit wird betont,⁶ eine gesunde Lebensführung propagiert.

Auch in den *traditionellen Milieus (Konservative, Traditionsverwurzelte)* ist ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein verbreitet. Das Interesse an Gesundheitsthemen ist groß (nicht nur aufgrund des vergleichsweise hohen Altersdurchschnitts in diesen Milieus). Die eigene Verantwortung für die Gesundheit wird erkannt; jedoch werden die Akteure im Gesundheitswesen – Ärzte, Krankenkassen etc. – stärker als bei den gesellschaftlichen Leitmilieus in die Pflicht genommen.

Im Milieu der Konservativen wird Eigenverantwortung für die Gesundheit gesellschaftsweit gefordert: Es gilt als eine moralische Pflicht des Einzelnen, mit seinem Gut „Gesundheit“ verantwortungsvoll umzugehen und das Gemeinwesen nicht durch eine fahrlässige Lebensweise unnötig zu belasten. Insofern ist Eigenverantwortung für Konservative funktional für die Gesellschaft und für das Gesundheitssystem. Allerdings zeigt sich in diesem Milieu ein leicht fatalistischer Zug: Gesundheit und Krankheit werden als ein persönliches Schicksal hingenommen. Akzeptanz des jeweiligen Gesundheits- und Krankheitszustands gepaart mit der Einstellung, „das Beste daraus zu machen“, kennzeichnet die Haltung der Konservativen.

Ähnlich sieht es im Milieu der Traditionsverwurzelten aus: Dass man selbst etwas für die Gesundheit tun kann, wird erkannt, und man ist stolz darauf, wenn es gelingt, gesund zu bleiben. Aber das Schicksalhafte an Gesundheit und Krankheit tritt mehr in den Vordergrund: Man muss sich arrangieren; man „muss zufrieden sein“ und will nicht klagen.⁷ Auch wird die Rolle des Arztes bei der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit stärker betont: Er wird maßgeblich für die Gesundheit verantwortlich gemacht. Das Gesundheitssystem ist hier primär Reparaturbetrieb. Traditionsverwurzelte stehen der Vielfalt und dem Wettbewerb im Gesundheitssystem eher ablehnend gegenüber. Eine gute Rundum-Versorgung wird gewünscht – da bleibt für individuelle Wahlmöglichkeiten kein Platz und es besteht keine Notwendigkeit dazu.

In den beiden *Mainstream-Milieus (Bürgerliche Mitte, Konsum-Materialisten)* ist die Haltung zur Gesundheit sehr deutlich zweigeteilt: Während sich die Bürgerliche Mitte an den gesellschaftlichen Leitmilieus orientiert und dementsprechend Gesundheit wertschätzt, achten Konsum-Materialisten wenig auf Ihre Gesundheit. Sie fühlen sich diesbezüglich als benachteiligt und abgehängt.

⁶ Vgl.: VFA-Reformmonitor 2010. Meinungsbild der Bürger zur Gesundheitsreform. www.vfa.de. Januar 2010. Danach sind 63 % der Befragten für „mehr Wettbewerb auf allen Ebenen des Gesundheitssystems“.

⁷ Die defätistische Haltung vieler Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit wird empirisch bestätigt. Laut DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“, Kurzvorstellung der Ergebnisse, Pressekonferenz, 10.8.2010, S. 22, stimmen 52 % der Befragten der Aussage zu „Wenn ich krank werde oder sterbe, dann passiert das eben. Ich kann es nicht beeinflussen“.

Im Milieu der Bürgerlichen Mitte findet man ein hohes Maß an gesundheitlicher Selbstverantwortung. Gesundheit wird dort als ein wichtiges Thema wahrgenommen – nicht nur in Bezug auf die eigene Person und die aktuelle Lebenssituation, sondern auch hinsichtlich der ganzen Familie, besonders auch der Kinder, und vorausschauend auch auf das Alter. Eine gesunde Lebensführung scheint besonders erstrebenswert.

Im Milieu der Konsum-Materialisten wird die Möglichkeit, etwas für die eigene Gesundheit tun zu können, kaum wahrgenommen. Dementsprechend ist die Eigenverantwortung für die Gesundheit kaum ausgeprägt. Ganz im Gegenteil: Es dominiert das Gefühl von Ohnmacht. Eigene Krankheiten werden als Teil der allgemeinen sozialen Benachteiligung und Ausgrenzung begriffen ohne realistische Chance auf Veränderung. Das führt häufig zu Larmoyanz, Fatalismus, Ergebenheit in das unabwendbare Schicksal und zu Verdrängung – somit zu einer klagenden und passiven Grundhaltung, die in Bezug auf eigene Krankheiten Dissimulation und Indolenz erzeugt. Der besonders ausgeprägte Gesundheitsfatalismus der Konsum-Materialisten geht mit einer Vielzahl von Abwehrargumenten einher, warum nicht mehr für die eigene Gesundheit getan werden könne. Typisch für dieses Milieu ist die Meinung, Gesundheit sei etwas – etwa durch Vererbung – Vorgegebenes. Alles weitere, was man für Gesundheit tun könne, sei zu kostspielig und daher nicht finanzierbar. Die finanziellen Grenzen – zumindest in der subjektiven Wahrnehmung, aber sicherlich zum Teil auch tatsächlich – enge die Handlungsmöglichkeiten ein. Das Gefühl, sich mehr Gesundheit nicht leisten zu können, geht mit einer allgemeinen Werthaltung einher, die ihren Schwerpunkt gerade *nicht* auf Gesundheit legt. Gesundheit genießt in diesem Milieu keinen hohen Stellenwert. Trotzdem fühlt man sich hinsichtlich Gesundheit extrem benachteiligt und schiebt dafür die Verantwortung immer anderen zu. Auch wird gesundheitsbewusstes Verhalten von der sozialen Umgebung in diesem Milieu nicht belohnt, so dass Anreizstrukturen fehlen, im Rahmen der – wenn auch begrenzten – Möglichkeiten eigenverantwortlich und gesundheitsbewusst zu leben. Hinzu kommt, dass das Interesse, sich über Gesundheit zu informieren, nur in geringem Maße vorhanden ist. Geeignete Informationsmedien sowie Möglichkeiten für eine effiziente Gesundheitsbildung und -erziehung sind in diesem Milieu nicht vorhanden. Der Wunsch nach Wahlmöglichkeiten im Gesundheitswesen, nach Vielfalt der Angebote und Wettbewerb der Anbieter ist bei den Konsum-Materialisten am geringsten ausgeprägt. Trotz des miserablen Kenntnisstandes bezüglich Gesundheit fühlt sich dieses Milieu im Grunde jedoch ausreichend informiert und will auch gar nicht mehr wissen, weil dann Verantwortung übernommen werden müsste – die Grundvoraussetzung, um als informierter Patient und Versicherter in einem durch Vielfalt und Wettbewerb geprägten Gesundheitssystem handlungsfähig sein zu können.

In den *hedonistischen Milieus (Experimentalisten, Hedonisten)* spielen Gesundheitsfragen nur eine untergeordnete Rolle.

Zwar werden im Milieu der Experimentalisten die Eigenverantwortung, die eigenen Möglichkeiten, gesund zu bleiben, sowie das Schicksalhafte an Gesundheit und Krankheit realistisch eingeschätzt. Aber zwischen Erkenntnis und Umsetzung klafft in diesem Milieu eine Lücke: Im Lebensalltag ist Gesundheit kaum ein Thema. Die Prioritäten in diesem Milieu mit einem vergleichsweise niedrigen Altersdurchschnitt werden anders gesetzt.

Noch geringer ist im ebenfalls jungen Milieu der Hedonisten das Interesse am Thema Gesundheit. Der Frage der Verantwortung für die eigene Gesundheit stellt man sich meist nicht, geht ihr aus dem Weg oder verdrängt dieses „unspannende“ Thema für unbestimmte Zeit auf „später“.

Was wird von der Gesundheitspolitik erwartet?

Die Studie zeigt ein verbreitetes Misstrauen gegenüber einer „radikalen Wettbewerbsrhetorik“ im Gesundheitssystem. Die bisherigen Erfahrungen mit dem „angeblich“ vorhandenen Gesundheitsmarkt fallen besonders bei Versicherten und Patienten aus Milieus der unteren Mittelschicht und der Unterschicht negativ aus. Es wird befürchtet, dass mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem nur dazu dienen soll, das Kosten- bzw. Sparproblem zu lösen – und zwar auf dem Rücken der Versicherten. Dieser Argwohn sitzt tief und stellt ein ernsthaftes kommunikatives Hindernis für die Gesundheitspolitik dar, den Ordnungsrahmen im Gesundheitssystem zu modernisieren und dafür breite Akzeptanz zu erreichen. Aus den im Rahmen dieser Studie durchgeführten Interviews werden jedoch die sehr stark divergierenden Wünsche, Bedürfnisse und Interessen der Versicherten und Patienten deutlich, so dass der gesundheitspolitische Ansatz, die Vielfalt der Gesundheitsangebote zu steigern, um den unterschiedlichen Wünsche, Bedürfnisse und Interessen gerecht werden zu können, eine folgerichtige und eigentlich alternativlose Konsequenz ist. Inwiefern eine Steigerung der Angebotsvielfalt im Gesundheitswesen ohne einen wettbewerblich strukturierten Ordnungsrahmen nach Einschätzung der Befragten möglich ist, lassen die Ergebnisse der Studie offen, zumal die relativ schwach ausgeprägte begriffliche Trennschärfe in den Interviews („Vielfalt“, „Wahlmöglichkeiten“, „Wettbewerb“, „Markt“) weitere Differenzierungen in dieser Frage nicht erlauben.

Dennoch ist in allen Milieus der Wunsch nach Selbstbestimmung erkennbar, und zwar sowohl als Möglichkeit der Prioritätensetzung je nach den eigenen gesundheitlichen Bedürfnissen, als auch als ein Abwehrrecht gegenüber unerwünschter Einmischung. Sehr unterschiedlich fällt allerdings die Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für Selbstbestimmung aus: Sie ist in den Milieus am unteren gesellschaftlichen Rand nur unzureichend vorhanden und bedarf dringend einer Förderung.

Eine weitere große Gemeinsamkeit über alle Milieus hinweg stellt der Solidargedanke dar. Dem Grundsatz der Solidarität kommt in allen Milieus eine große Bedeutung zu, wie die qualitativen Interviews der vorliegenden Studie eindeutig belegen. Gefordert wird, Solidarität als wichtigen Leitgedanken im Gesundheitssystem zu erhalten bzw. dort, wo sie derzeit als unzulänglich empfunden wird, wieder herzustellen und zu stärken.

Allerdings werden milieuhängige Unterschiede bzgl. der konkreten Verwirklichung von Solidarität deutlich. Während z. B. die Etablierten eine Versicherungspflicht für alle und den Ausgleich sozialer Härten als Kernpunkte solidarischen Verhaltens sehen, gibt es bei anderen Milieus Forderungen nach einem „einheitlichen Standard“ in der Krankenversorgung. Besonders die Postmateriellen verstehen sich als die Verfechter von Solidarität, Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit. Allerdings bedeutet Gerechtigkeit und Solidarität hier gerade nicht „Einheitlichkeit“, also identische Leistungen für alle, sondern vielmehr Wahlfreiheit aus einem Katalog von Leistungen.

Der Begriff „Gesundheitsreform“ ist negativ besetzt.⁸ Die Menschen aus allen Milieus äußern Unverständnis darüber, dass es der Politik nicht gelinge, das Gesundheitssystem zu reformieren. Dabei werden durchaus die Schwierigkeiten dieses Unterfangens gewürdigt. Auch wird die Qualität des deutschen Gesundheitssystems in den meisten Milieus nicht unterschätzt; besonders im Vergleich mit anderen Ländern, wird es als gut empfunden.⁹ Trotzdem bleibt ein tiefes Unbehagen: Die Sorge um Leistungskürzungen und Kostensteigerungen ist über alle Milieus hinweg zu finden, ebenso das tief sitzende Misstrauen, das zur Verfügung stehende Geld werde an der falschen Stelle ausgegeben.

Besonders die Mitte der Gesellschaft fühlt sich von der Gesundheitspolitik unter Druck gesetzt. Hier ist die Sorge, dass Gesundheitsleistungen künftig an Qualität verlieren und gleichzeitig die Gesundheitsausgaben deutlich ansteigen könnten, besonders ausgeprägt. Sie fühlt sich als „Opfer“ der Gesundheitspolitik. Aus ihrer Perspektive ist die „Schmerzgrenze“ erreicht. Auch von künftigen Gesundheitsreformen erwarten sie nichts Positives. Sie sind resigniert und enttäuscht. Gerade weil in der Bürgerlichen Mitte Gesundheit ein wichtiges Thema – auch ein Statussymbol – und das Bestreben, die gesundheitliche Situation für sich und

⁸ Vgl. auch: TK-Meinungspuls Gesundheit 2008. http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/48292/Datei/1691/forsa_Umfrage_2008.pdf. Der Aussage „Ich bin davon überzeugt, dass diese Reformen positive Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hier in Deutschland haben werden“ stimmen 66 % „eher nicht“ bzw. „überhaupt nicht“ zu.

⁹ Vgl.: Bestmann, Beate/Verheyen, Frank: Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. WinegWissen 01. Hamburg 2010. VFA-Reformmonitor 2010. Meinungsbild der Bürger zur Gesundheitsreform. www.vfa.de. Januar 2010. Continentale Krankenkasse: Continentale-Studie 2009: Der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen – die Meinung der Bevölkerung. Dortmund 2009.

die Familie zu verbessern, sehr ausgeprägt ist, wiegt die Enttäuschung, dass Politik – nach verbreiteter Auffassung in diesem Milieu – nicht das eigene Bestreben unterstütze, besonders schwer.¹⁰

Hinsichtlich der Frage der sozialen Ungleichheit ergibt die vorliegende Studie folgendes Bild:

Die Menschen in den Milieus der Oberschicht und der oberen Mittelschicht, besonders jene, die eher modernen und weniger traditionellen Werten anhängen, fühlen sich (in der Selbstbewertung) relativ gesund. Sie sind an Gesundheitsthemen interessiert und über die wesentlichen Gesundheitsfragen auch gut informiert. Sie haben einen ausreichenden Bildungshintergrund und genügend Medienkompetenz, um sich Gesundheitsinformationen zu beschaffen. Sie ordnen auch meistens die Verantwortlichkeiten für die eigene Gesundheit richtig zu, d. h. sie erkennen die eignen Möglichkeiten, etwas für die Gesundheit zu tun, ohne allerdings die Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten zu überschätzen. Sie sind auch in der Lage, ihre Gesundheitsinteressen gegenüber den Akteuren im Gesundheitssystem, z. B. Ärzten, Krankenkassen etc., zu artikulieren und durchzusetzen und tun dies durchaus selbstbewusst. Das Konzept des „mündigen Patienten“ scheint in diesen Milieus am ehesten realisiert zu sein. Gesunde Ernährung, Bewegung und Sport, Prävention usw. gehören meist zum Alltag. Die Compliance ist gut. Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wird in diesem Milieus sehr ernst genommen. Schließlich besitzen sie meist auch die finanziellen Ressourcen um in die eigene Gesundheit zu „investieren“. Sie tun dies, in dem sie den Zweiten Gesundheitsmarkt nutzen. Vielfalt und Wettbewerb um Qualität und Preise werden akzeptiert.

Die Menschen in den Milieus der Unterschicht und der unteren Mittelschicht, besonders in jenen, die sich eher den traditionellen Werten verpflichtet fühlen, tun sich im Umgang mit Gesundheitsfragen tendenziell schwer. Das Interesse an Gesundheitsthemen ist oft gering, ebenso das Informationsbedürfnis. Viele Medien mit Gesundheitsinformationen erreichen diese Milieus kaum. Selbst Fernsehen und Internet, die im Vergleich zu anderen Medien relativ häufig genutzt werden, gelingt es nicht, Gesundheitsinformationen für diese Milieus zu vermitteln. Auch kostenlose Broschüren und Zeitschriften, etwa aus Apotheken und Arztpraxen erreichen diese Milieus meist nicht. Auch eine Begegnung „auf Augenhöhe“ mit dem Arzt ist oft nicht möglich aufgrund des sozialhierarchischen Gefälles und aufgrund wechselseitiger Vorbehalte: Nichtanerkennung der Autorität des Arztes und fehlende Compliance auf der einen Seite, Mangel an Empathie, Einsicht und Verständnis für diese Lebenswelten mit ihren begrenzten materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen auf der anderen Seite. Bei den Menschen aus diesen

¹⁰ Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Gesundheitsmonitor. Newsletter 3/2009, 2. Danach findet sich eine skeptische Haltung zur Zukunft des Gesundheitssystems vor allem bei „Angehörigen unterer sozialer Schichten“.

Milieus ist das Verständnis von Gesundheit und Krankheit oft rudimentär und teilweise falsch. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Möglichkeiten, die eigene Gesundheit zu beeinflussen, meist nicht richtig eingeschätzt werden. Ein gesundheitsbewusster Lebensstil wird vielfach nicht gepflegt, die Möglichkeiten von Prävention werden oft nicht wahrgenommen, oder sie gelten als nicht finanzierbar und nicht machbar angesichts der eigenen Lebensumstände. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit anderen zuzuschieben – dem Arzt, der Kasse, der Gesellschaft, den Lebensbedingungen – ist eine weit verbreitete Haltung. In diesen Milieus ist das Verständnis und Interesse an Gesundheit insgesamt gering. Eigenverantwortung bleibt bei vielen ein nicht realisierter Wunsch. Auch das soziale und kulturelle Umfeld, das gesundheitsbewusstes Verhalten weder fördert noch anerkennt, tragen nicht zu einer Verbesserung der Situation bei.

Konsequenzen für das Gesundheitssystem: Vielfalt und Selbstbestimmung stärken

Die Ergebnisse der Studie belegen die große Unterschiedlichkeit und Vielfalt von Interessen, Wünschen und Bedürfnissen in Bezug auf Gesundheit in den untersuchten Milieus. Die Studie zeigt, dass die individuelle Haltung zur Gesundheit – trotz aller Gemeinsamkeiten – erhebliche Unterschiede im Detail aufweist, besonders wenn es um die konkrete Umsetzung in eine gesundheitsbewusste Lebensführung geht. Sie belegt, dass die Angebote zur Gesundheit (Informationen, Prävention, Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe, Nutzung des zweiten Gesundheitsmarktes etc.) in sehr unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen werden und dass bestimmte Gruppen sie äußerst selten nutzen – weil sie sie nicht kennen oder es vielfache soziokulturelle Barrieren gibt.

Die genannten Unterschiede erweisen sich im hohen Maße als *milieuspezifisch*. Es zeigt sich nicht nur eine „vertikale“ Schichtungsdifferenzierung zwischen der sozialen Ober-, Unter- und Mittelschicht, sondern auch innerhalb der Schichten eine „horizontale“ soziokulturelle Differenzierung mit deutlichen Unterschieden zwischen Gesellschaftsgruppen mit eher traditionellen und solchen mit eher modernen Werten und Lebensweisen.

Die Ursachen für diese milieuhängigen Unterschiede liegen nicht nur in unterschiedlichen Formen von Gesundheitsangeboten, sondern vor allem in einer unterschiedlichen *Inanspruchnahme* von Gesundheitsangeboten (Nachfrage). Unterschiede in den Angeboten resultieren z. B. aus einer Krankenversicherung in der PKV oder in regionalen Versorgungsstrukturen. Da PKV-Versicherte jedoch fast ausschließlich in den gehobenen gesellschaftlichen Milieus zu finden sind, resultieren die meisten Unterschiede – besonders auch in den Milieus der Unter- und der Mittelschicht – offensichtlich aus einem „differentiellen“ Nachfrageverhalten.

Dieses individuelle Nachfrageverhalten von Menschen – ohne entsprechende Angebotsvielfalt – wird durch die vorliegende Studie als eine wichtige Ursache für die gesundheitliche Ungleichheit bestätigt. So erweist sich beispielsweise das Interesse an Gesundheitsthemen, das Informationsverhalten, der achtsame Umgang mit der eigenen Gesundheit, der selbstbestimmte und verantwortliche Umgang mit ärztlichem Rat und ärztlichen Anweisungen, die Compliance, die Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen, die Inanspruchnahme des Zweiten Gesundheitsmarktes etc. als milieuhabhängig: Oberschichtenmilieus verhalten sich gesundheits-sensibler als Unterschichtenmilieus; in modernen Milieus ist die Situation jeweils besser als in traditionellen. In sozial schwachen Milieus summieren sich Benachteiligungen, dies gilt für die Gesundheitschancen genauso wie z. B. für die Bildungschancen. Ungünstige Lebensverhältnisse und Benachteiligungen hängen eng zusammen.¹¹

Vor diesem Hintergrund kann die soziale Ungleichheit¹² bzgl. Gesundheit als Folge einer „differentiellen“ Nachfrage bei einem im Wesentlichen einheitlichen (und damit wenig den individuellen Bedürfnissen entsprechenden) Angebot verstanden werden. Die (zumindest in der GKV) für alle Versicherten gleichen (bzw. gleichartigen) Gesundheitsangebote gehen offensichtlich nicht genügend auf die Vielfalt der Wünsche und Bedürfnisse auf der Nachfrageseite ein, so dass viele Versicherte und Patienten nicht genügend „passende“ Gesundheitsangebote finden. Die Folge ist, dass diejenigen, die keine zu ihren Bedürfnissen passenden Gesundheitsangebote finden, ihre Gesundheit nicht im erforderlichen Maße schützen. Auf der gesellschaftlichen Ebene wird dies als Phänomen der *sozialen Ungleichheit* wahrgenommen.

Der bisher vorherrschende Ansatz im Gesundheitssystem – „gleichartige Angebote für alle“ – verfehlt das Ziel, „gleiche Gesundheit“ (besser: gleiche Gesundheitschance) für alle zu schaffen. Das Scheitern dieses Ansatzes wird umso deutlicher, je differenzierter und vielfältiger sich die Gesellschaft insgesamt entwickelt. In einer pluralen und individualisierten Gesellschaft mit ihrer Vielzahl an unterschiedlichen Lebensstilen und Lebenswelten, wie wir sie in modernen Gesellschaften vorfinden, muss sich auch in differenzierten Angeboten im Gesundheitssystem (wie auch in anderen Bereichen: z. B. im Bildungssektor) widerspiegeln. Erfolgt diese Anpassung der Angebotsseite an die Differenzierung der Nachfrageseite nicht, kommt es zu Phänomenen sozialer Ungleichheit – und letztlich zu

¹¹ Vgl z. B.: Henke, Stefanie/Römischer, Claudia/Winkler, Christina/Zavarie, Sabine: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Jugendlichen in München. www.soziologie.uni-muenchen.de. März 2009. AOK-Familienstudie 2010: Routinen und Rituale fördern die Gesundheit der Kinder. http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/veranstaltungen/2010/familienstudie_2010_web.pdf. GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention. Berlin 2010, 11 ff. Lampert, Thomas: Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Berlin 2005, 28–31.

¹² Vgl.: Helmert, Uwe/Baumann, Karin/Voges, Wolfgang/Müller, Rainer (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit in Deutschland. Weinheim/München 2000, 9.

gesellschaftlicher Ungerechtigkeit. Die bisherigen Maßnahmen zur Minderung der sozialen Ungleichheit¹³ verlieren unter diesen Bedingungen an Effizienz.

Um dem zu begegnen, müssten die gesundheitlichen Angebote stärker als bisher mehr Vielfalt und mehr Wahlmöglichkeiten bieten, so dass die Chance für jeden größer wird, passende Gesundheitsangebote zu finden, die den jeweiligen Gesundheitsbedürfnissen entsprechen. Die Idee, (Chancen-, Teilhabe-) Gerechtigkeit durch Einheitlichkeit zu gewährleisten, ist vor dem Hintergrund dieser gesellschaftlichen Entwicklung überholt.

Mehr Vielfalt und Wahlmöglichkeiten im Gesundheitssystem kämen den Versicherten und Patienten in allen Milieus (und nicht, wie oft unterstellt wird, nur den sozial gehobenen Milieus) zugute, da sie die milieuspezifischen Bedürfnisse zielgruppengenau befriedigen können.

Versicherte und Patienten müssen durch mehr Freiräume und mehr Wahlmöglichkeiten im Gesundheitssystem besser als bisher in die Lage versetzt werden, der oft zu hörenden politischen Forderung nachzukommen, auch in Gesundheitsfragen mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Dadurch würde außerdem die überaus kritische Sicht auf „Gesundheitsreformen“, die – wie die Studie belegt – viele Menschen in allen Milieus haben, korrigiert werden können. Versicherte und Patienten erwarten von der Politik mehr Transparenz und „endlich“ Reformen, die über die bisherigen kleinen Schritte hinausgehen, die eher als „Kosmetik“, denn als „echte“ Verbesserungen empfunden werden. Dabei wird erwartet, dass die Interessen der Patienten und Versicherten deutlicher als bisher in den Mittelpunkt rücken und Reformen zu erlebbaren Verbesserungen führen.

Menschen in allen Milieus – insbesondere aber Menschen in Milieus am unteren Rand der Gesellschaft sowie zunehmend in der Mitte der Gesellschaft – fühlen sich im jetzigen Gesundheitssystem oft „ohnmächtig“ und den großen Akteuren ausgeliefert. Deshalb begegnen sie den Forderungen der Politik nach mehr „Selbstbestimmung“ und „Eigenverantwortung“ mit großer Skepsis und Kritik – obwohl sie grundsätzlich die Idee, die hinter diesen Begriffen steht, befürworten, zumal in vielen anderen Lebensbereichen die „Souveränität“ des Einzelnen als überaus positiv empfunden wird. Es wird als ein Defizit gesehen, dass gerade in einem existentiell wichtigen Bereich wie der Gesundheit es bisher nur unzureichend gelingt, die Voraussetzungen für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu schaffen. Auch Begriffe wie (Gesundheits-) „Markt“, „Vielfalt“ und „Wahlmöglichkeiten“ werden deshalb von Menschen kritisch bewertet, weil damit die Sorge verbunden ist, überfordert und übervorteilt zu werden (zumal Situationen oft nicht positiv erlebt werden, in der wohl vom „Gesundheitsmarkt“ und vom „Wettbewerb im Gesundheitssystem“ die Rede ist, diese aber in Wirklichkeit nur rudimentär

¹³ Vgl.: <http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitschancengleichheit/>. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/>.

vorhanden sind und nur unzureichend funktionieren). Die Menschen erwarten diesbezüglich Hilfe, die letztlich als „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Gesundheitssystem verstanden wird. Voraussetzung für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ist die Stärkung der Gesundheitskompetenzen und -ressourcen.

In allen Milieus ist nicht nur der Wunsch nach Selbstbestimmung verbreitet, sondern auch die Forderung, die Solidarität zu erhalten und zu stärken. Akzeptiert wird also kein Gesundheitssystem ohne Regeln und Kontrolle, das wohl Angebotsvielfalt gewähren, aber die Solidarität gefährden würde, sondern ein *reguliertes* Gesundheitssystem, das Vielfalt von Gesundheitsangeboten bei guter Qualität und zu bezahlbaren Preisen generiert und gleichzeitig den solidarischen Zusammenhalt sichert. Ein künftiger Ordnungsrahmen des Gesundheitssystems muss also nach der überwiegenden Meinung *sozial abgesichert* bleiben und gleichzeitig eine größere Angebotsfülle sichern. (Qualitäts-) Standards müssen definiert und ihre Einhaltung kontrolliert werden. Dem Staat fällt die Rolle der „Gesundheitsaufsicht“ zu, ohne dass er Versicherte und Patienten „gängelt“.

Ein solches „*gesellschaftlich verantwortetes individualisiertes Gesundheitssystem*“ könnte dazu beitragen, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Menschen in allen Milieus zu verbessern bzw. zu sichern. Und es würde einen Weg bieten, die soziale Ungleichheit bzgl. Gesundheit zu mindern.