
Was erwarten die Menschen vom Gesundheitswesen?

Das Verständnis von „Gesundheit“ und die Erwartungen an die medizinische Versorgung in den verschiedenen sozialen Milieus unserer Gesellschaft

Carsten Wippermann

Gesundheit gilt in unserer Gesellschaft als ein Fundamentalwert, als ein konditionales, sehr hohes privates und öffentliches Gut. Gesundheit ist die Voraussetzung für Lebensdauer und Lebensqualität des Einzelnen. Für die Volkswirtschaft ist die Gesundheit der Bevölkerung – neben der Bildung – der wichtigste Produktivfaktor einer Gesellschaft. Daher wird die Gesundheitsversorgung als Teil der staatlichen Daseinsvorsorge gesehen. Diese Perspektive täuscht jedoch darüber hinweg, dass Einzelne und auch ganze Bevölkerungsgruppen ein sehr unterschiedliches Verständnis von Gesundheit haben und dementsprechend ein anderes Gesundheitsverhalten zeigen.

Die verschiedenen Begriffsbestimmungen von „Gesundheit“, die in der Medizin, in der Forschung, im Gesundheitswesen und erst recht im allgemeinen Verständnis der Menschen zu finden sind, deuten auf eine große Vielfalt von Ansichten und Erwartungen hin, die mit diesem Begriff verbunden sind. Die Diversität ist noch größer, wenn es um die eigene bzw. subjektiv empfundene Gesundheit geht: Die verschiedenen Lebensstile lassen darauf schließen, dass in der Bevölkerung die Bereitschaft, etwas für

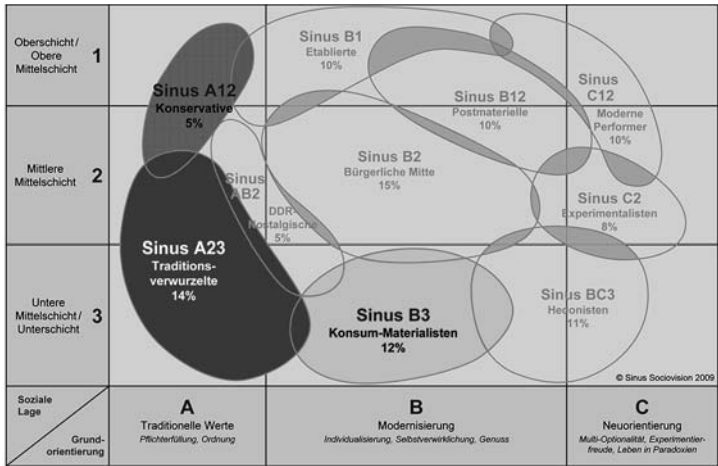
die eigene Gesundheit zu tun oder Gesundheitsrisiken zugunsten von Konsum einzugehen, sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

Nach dem aktuellen Kenntnisstand sind die Gründe für die sozialen Unterschiede bezüglich Gesundheit jedoch noch wenig verstanden. Zur weiteren Aufklärung bieten sich eingehende Untersuchungen auf der Grundlage des lebensweltlichen Gesellschaftsmodells der Sinus-Milieus an. Dieses bietet im Vergleich zu vielen herkömmlichen Ansätzen der empirischen Sozialforschung, deren Grenzen zunehmend erkennbar werden, eine differenziertere Herangehensweise an diese komplexen Fragestellungen, denn es berücksichtigt nicht nur Merkmale der sozialen Lage (Geschlecht, Einkommen, Bildung, Beruf, Arbeitswelt, Wohnlage etc.), sondern auch Wertorientierungen (Präferenzen, Interessen, Einstellungen) und Lebensstile (Alltagsroutinen, Rituale, soziale Beziehungen). Die Menschen in den verschiedenen Lebenswelten (Milieus) verfügen über ganz unterschiedliches materielles, soziales und kulturelles Kapital, das seinerseits das Verständnis von Gesundheit prägt.

Für die künftige Ausgestaltung der Gesundheitspolitik ist es wichtig, die Einstellungen und Werthaltungen der Bürger bezüglich Gesundheit, medizinischer Versorgung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie ihre Erwartungen an das Gesundheitssystem unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen zu kennen und zu verstehen. In einer repräsentativen empirischen Studie¹ wurden die Wertzuschreibungen, Erfahrungen und Erwartungen zu Gesundheit und Krankheit, medizinischer Versorgung, Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Einstellungen zum Gesundheitssystem untersucht.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf drei Lebenswelten, die im integrierten Schichten- und Wertemodell (Gesellschaftsmodell der Sinus-Milieus) nahe beieinanderliegen. Konservative und Traditionsverwurzelte

haben eine ähnliche Grundorientierung (dieselbe Werteachse), aber eine andere soziale Lage. Traditionsverwurzelte und Konsum-Materialisten haben eine ähnliche soziale Lage (im unteren und mittleren Bereich), aber eine andere Grundorientierung (Tradition vs. Modernität).



Drei Lebenswelten

„Konservative“: *Mens sana in corpore sano*

Die Einstellung von „Konservativen“ zu Gesundheit und zum Gesundheitssystem wurzelt in der milieutypischen Ich-Identität und Weltperspektive. Elementar ist für sie eine *moralisch und funktional begründete* und *sozialpolitisch orientierte Vision* von einer richtigen und gerechten Gesellschaft bzw. einem solchen Gemeinwesen. Daraus leitet sich eine analoge Vision vom richtigen und guten Leben des Einzelnen ab, die die Autonomie des Einzelnen wie auch dessen Verantwortung betont. Bei einigen Konservativen wird das Verhältnis von Ganzem (Gesellschaft) und

Teil (Individuum) als ein hierarchisches aufgefasst, bei anderen als ein gleichursprüngliches, wieder bei anderen gar in dialektischer Dynamik. Wichtig und instruktiv ist, dass es Konservativen in politischer, kulturhistorischer und sozialphilosophischer Reflexion um die prinzipielle und praktische Bestimmung von Solidarität und Eigenverantwortung geht. Dies ist die Grundlage für ihr persönliches Verständnis von Gesundheit und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Konservative haben einen ganzheitlichen, humanistisch geprägten Gesundheitsbegriff – und arbeiten aktiv weiter an einem kompletten und mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff. Konservativen geht es um geistige, körperliche und soziale Vitalität, um ein selbstbestimmtes Leben (auch im Alter). Bestimmend ist die Lebens- und Gesundheitsphilosophie der richtigen Dosierung (Maß halten). Genuss und Gesundheit sind untrennbar miteinander verbunden und müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen: „Ich pflege einen gewissen Lebensstil, der mich gesund erhält an Körper und Geist.“

Im sozialen Alltag herrscht ein bewusstes, zuversichtliches Verständnis von Gesundheit vor, geprägt von Selbstdisziplin und Diskretion: Hier geht es um Sozialhygiene und Distanz. Im Falle einer Krankheit dramatisiert man in den Gesprächen mit Nachbarn, Freunden und (Berufs-)Kollegen i. d. R. nicht den eigenen Gesundheitszustand, sondern bewahrt Haltung. Man will andere nicht mit Details über seine Gebrechen, Zipperlein oder OPs belasten, verbietet sich zu jammern, lamentiert nicht: Larmoyanz und Exposition (gerade mit diesem Thema) widersprechen dem Ich-Ideal. Das hat auch mit Grenzziehung und Distinktion gegenüber anderen zu tun. Dazu kommt eine elementare intellektuell-kulturpsychologische Motivation: Man will dem Thema „Krankheit“ keinen zu großen Stellenwert einräumen, seine Persönlichkeit, seinen Geist und seine

Seele – und nicht zuletzt auch seine soziale Umwelt – davon nicht einnehmen und beherrschen lassen.

Bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen haben Konservative eine ausgeprägte Verantwortungsperspektive: Jede Zuwendung an den Einzelnen nimmt diesen in die Pflicht. Das Prinzip der Solidarität der Gemeinschaft gegenüber dem Einzelnen hat ein notwendiges Pendant in der Verantwortung des Individuums gegenüber dem Gemeinwesen. Groß sind Verachtung und moralisch-funktionale Kritik gegenüber Missbrauch und Sozialschmarotzern im Gesundheitssystem, z. B.:

- „disziplínlose“ Menschen, die sich nicht an die Regeln halten (Beispiel: Diät bei Diabetes);
- Menschen, die ohne Notwendigkeit ständig den Arzt aufsuchen – oft nur, um sich unterhalten zu lassen;
- Menschen mit „selbstverschuldeten“ Krankheiten (z. B. Alkohol- und Drogenabhängige, aber nicht nur), die ständig neue Therapien anfangen und wieder abbrechen;
- „Dauerkurgänger“, die nur mit Blick auf eigene Vorteile das Gesundheitssystem ausnutzen ohne Rücksicht darauf, dass sie damit das System ruinieren.

Solches Verhalten stigmatisieren Konservative als höchst unsolidarisch und egoistisch. Der Vorwurf an Menschen und Gruppen aus meist anderen Lebenswelten besteht darin, dass sie die Verantwortung des Einzelnen gegenüber dem Gemeinwesen vergessen haben oder ausblenden. Jene, die solche Leistungen existenziell brauchen (z. B. wirklich Kranke, junge Familien) und für die das Gesundheitssystem als „Organ“ da sein sollte, werden dadurch in ihren Möglichkeiten beschnitten. Hier muss der Staat eingeschlifene Gewohnheiten des Missbrauchs erkennen und mit Härte durchgreifen. Dann ist das Gesundheitssystem wieder finanzierbar (zukunfts-fähig) und solidarisch.

Das immer schnellere „Durchschleusen“ von Patienten durch die Praxen von Hausärzten und vor allem von Fachärzten wird moralisch und politisch kritisiert. Der Mensch wird in einer unwürdigen Weise zur Ware. Man ist natürlich politisch informiert und ahnt, wie eng die Honorare und Budgets der Ärzte sind: Letztlich sind auch sie Opfer der letzten Gesundheitsreformen. Umso nötiger ist es, sich auf das zu besinnen, was das Gesundheitswesen für die Menschen sein soll.

Für sich selbst sind Konservative durchaus anspruchsvoll. Sie gehen immer davon aus, dass sie den Arzt bzw. das Gesundheitssystem „zu Recht“ in Anspruch nehmen, und erwarten dann bevorzugte Behandlung – die sie auch oft erhalten.

Mit dem Arzt kommunizieren Konservative – aufgrund des ähnlichen Bildungsgrads – in der Regel auf Augenhöhe, von hoch Gebildetem zu vertrautem Fachmann. Meist pflegen sie eine langjährige Arztbeziehung, die geprägt ist von (wechselseitiger) Loyalität und Vertrautheit. Man wechselt nicht einfach den Arzt, und wenn, dann nur aus gewichtigen Gründen. Die Arzt-Patient-Beziehung verpflichtet beide. Für viele Konservative ist der Arzt auch ihr persönlicher Lebensbegleiter, der nicht nur ihre Krankheitsgeschichte medizinisch kennt, sondern sie bewerten kann vor dem persönlichen, familiären und beruflichen Hintergrund. Im Fall einer besonderen und schweren Erkrankung, bei der der Hausarzt nicht helfen kann, wenden sich Konservative an einen Experten oder das Krankenhaus mit dem besten Ruf für den jeweiligen Bereich. Viele sind privat krankenversichert oder haben zumindest eine private Zusatzversicherung, womit sie den Anspruch erheben, vor Ort von der jeweiligen Koryphäe in einer ambulanten Praxis oder im Krankenhaus versorgt zu werden – mit dem besseren Service in Bezug auf sehr kurze Wartezeiten, neueste Diagnosemöglichkei-

ten, bessere Medikamente (ohne Betteln), Einzel- bzw. Zweibettzimmer u. a.

An die Professionalität und Seriosität haben Konservative hohe Ansprüche, ebenso an Umgangsform und Zeitbudget: Das hat für sie mit Würde und Wertschätzung zu tun. Ihr Gesprächsbedarf mit dem Arzt ist hoch, ein kritisches Hinterfragen und Diskutieren mit dem Arzt über Befunde und Therapiemöglichkeiten ist eine *conditio sine qua non*. Wenn Unsicherheiten oder Zweifel bestehen, scheut man nicht das Einholen einer zweiten Expertenmeinung – und bespricht das offen mit seinem Arzt. Es geht nicht darum, die erstbeste und naheliegendste Lösung/Therapie/Kur zu bekommen, sondern um das Sondieren und Abwägen von Optionen.

„Traditionsverwurzelte“: Krankheit ist körperliches und soziales Alltagsthema

In krassem Gegensatz zu den Konservativen ist für Traditionsverwurzelte das alltägliche, ausführliche und detailreiche Reden über Gebrechen und Schmerzen, jüngst erlebte oder anstehende Arztbesuche (eigene wie die von Familienmitgliedern und Nachbarn) ein normales Thema.

Die meisten sind nach einem langen Berufsleben heute Rentner, viele haben die Frührente in Anspruch genommen. Die Berufe sind bzw. waren körperlich anstrengend: einfache und qualifizierte Handwerker und Arbeiter (Männer: Maurer, Landwirt, Schweißer, Schlosser, Dachdecker, Fliesenleger u. Ä.; Frauen: Hausfrau, Bäuerin, Altenpflegerin, Fabrikarbeiterin). Geprägt sind sie von der Berufsnotwendigkeit, körperlich robust zu sein. Die dominante Perspektive liegt auf der körperlichen Funktionalität, Gesundheit ist im Unterschied zu den Konservativen auf die Physis konzentriert. Dabei gilt es als normal, dass es zu

„Verschleiß“ kommt: das „Kreuz“ (Bandscheiben), die Gelenke, Muskeln u. a.

So führt man auch die klassischen Volkskrankheiten (hoher Blutdruck, Herz- und Kreislaufkrankheiten) auf „normalen“ berufs- oder altersbedingten Verschleiß zurück. Die Belastbarkeit des Körpers kommt im Alter und aufgrund des anstrengenden Berufs einfach an seine Grenzen: Irgendwann ist der *Körper verbraucht*. So hält man sich an das früher schon geltende Gebot, normale Gebrechen einfach auszuhalten. Empfindsamkeiten abbauen und nicht klagen – so lautet die Devise, die man sich selbst verordnet und die man stereotyp (fast) jedem erzählt: „Man muss ja zufrieden sein.“ – „Man will ja nicht klagen.“

Ein ritualisierter und sozial elementarer Bestandteil im alltäglichen Reden über eigene Krankheiten ist das sozialnormative Prinzip, das eigene Leid aushalten und ertragen zu müssen – aber zugleich das große Bedürfnis zu haben, sich hier jemandem mitzuteilen. Die im Alter ab 50 Jahren verstärkt einsetzenden und nicht mehr zu lösenden Beschwerden haben sie eines gelehrt: Vollständige Gesundheit und Schmerzfreiheit sind im Alter nicht realistisch. Es gilt, die alterstypischen Einschränkungen und ihre Folgen zu akzeptieren und das Beste daraus zu machen. Extreme Beschwerden kann man nur lindern und Beeinträchtigungen möglichst hinausschieben.

Der Umgang mit Gesundheitsproblemen wird durch eine klassische Rollenteilung bestimmt. Für Gesundheit und Krankheit sind die Frauen zuständig; Männer dürfen keine Schwächen zeigen. Frauen sorgen hier für ihre Männer, die eine Scheu haben, bei „Wehwehchen“ gleich zum Arzt zu laufen oder sich in ein Wartezimmer zu setzen. Sie haben mehr als ihre Partnerin auch stilistische und habituelle Barrieren, sich in dieses für sie fremde Ambiente zu begeben. Schon bei ihren Kindern war es aufgrund der traditionellen Rollenteilung natürlich immer die Frau, die mit

ihnen zum Arzt ging. Und für jemanden, der auch im Rentenalter gern weiter draußen oder drinnen werkelt und dazu „Arbeitsklamotten“ trägt, bedeutet der Arztbesuch, „sich umziehen“ zu müssen. Für viele ist dies Mühsal und lästig, sodass sie lieber den Arzttermin ihrer Gattin gegenüber als unnötig bezeichnen und die Schmerzen aushalten. Hier entwickeln die Frauen oft eine resolute Hartnäckigkeit und zwingen ihren Mann – sofern er Rentner ist – zum Arztbesuch. Erkrankten die Frauen, dann sind die Töchter, Schwiegertöchter, Schwestern und Schwägerinnen in der Pflicht.

Ausgeprägt ist bei Traditionsverwurzelten der Durchhaltewillen, möglichst lange mit ihrem Ehepartner zusammenzubleiben und auch im höheren Alter möglichst niemandem zur Last zu fallen. Groß ist die Angst vor Pflegebedürftigkeit. Die jüngere Generation der Traditionsverwurzelten (unter 65 Jahren) ist oft nicht mehr bereit, ihre eigenen Eltern zu pflegen (was diese von ihnen moralisch und autoritär verlangten), und sie wollen diese Last ihren eigenen Kindern nicht aufbürden. Dazu kommt, dass ihre eigenen Kinder oft nicht mehr im selben Ort oder in der Region wohnen, sondern weit entfernt. Noch größer ist die Angst von Traditionsverwurzelten vor dem Krankenhaus: Dort ist man einsam und stirbt. In ihrer Perspektive ist der Hausarzt die erste Adresse (Nähe, Sicherheit, Geborgenheit, Wärme); dann kommt bei Spezialproblemen der Facharzt (weiter weg, kühler, technischer, komplizierte Geräte) und dann das Krankenhaus (ganz weit weg, anonymer Massenbetrieb, oft Endstation).

Traditionsverwurzelte sind in ständiger Sorge, ins Alten- und Pflegeheim zu müssen: Aufgrund der bescheidenen Rente (das bisschen Vermögen hat man oft den eigenen Kindern zum Hausbau oder als Starthilfe gegeben) kann man sich einen Platz in einem komfortablen Heim nicht leisten. Durch Erfahrungen im Bekanntenkreis wie auch

durch Medienberichte hat man von unschönen Geschichten gehört, was die Versorgung betrifft. Aber auch hier greift die Perspektive von Ohnmacht und Rückzug: als „kleiner Mann“ bzw. „kleine Frau“ sich mit der eventuellen Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung oder dem Leben im Altenheim abfinden zu müssen, weil man die Dinge ohnehin nicht ändern kann.

Mit Leidenschaft verfolgen Traditionsverwurzelte die täglichen Meldungen in den TV-Nachrichten, lesen regelmäßig die regionale Tageszeitung und bilden sich ein klares, einfaches Urteil, was richtig und was falsch ist – meist in enger Orientierung an Äußerungen prominenter Vertreter einer politischen Partei. Sie hegen die Befürchtung, dass es für sie, die jahrzehntelang eingezahlt haben, noch schlimmer werden wird: Leistungen werden eingeschränkt, Zahlungen immer höher. Es herrscht Frustration und die Angst, nicht mehr ausreichend versorgt zu werden bzw. sich Gesundheit nicht mehr leisten zu können. Entsprechend klar und einfach ist die Forderung für die Zukunft: eine medizinische Versorgung, die für alle, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten, gleich gut ist. Dabei steht nicht das Gleichbehandlungsprinzip im Vordergrund, sondern die Versorgungssicherheit: Wer nicht viel hat, möchte sicher sein, trotzdem gut versorgt zu werden.

Hausarztbesuche haben v. a. für alleinstehende Frauen auch eine wichtige soziale Funktion und sind insbesondere für ältere Frauen ein fester Bestandteil des wöchentlichen Alltags (Wartezimmer als Treffpunkt). Die Arzt-Patienten-Beziehung ist sozial-hierarchisch geprägt. Aufgrund der geringeren Bildung, des einfacheren kulturellen Kapitals sowie aufgrund des Berufsprestiges des Arztes, der hier als Autorität gilt, sehen Traditionsverwurzelte eine unüberbrückbare stilistische und semantische Barriere zum Arzt (jemand in einer anderen Welt), die zu durchbrechen ihnen selbst nicht gestattet ist. Umso wertvoller und wertschät-

zender erleben sie es, wenn der Arzt sie diese Distanz nicht spüren lässt und nicht herablassend, sondern „ganz normal“ mit ihnen redet. Traditionsverwurzelte wollen sich beim Arzt gut aufgehoben fühlen. Sie erwarten Fürsorge und Empathie und sind dann auch gerne bereit, die Überlegenheit des Arztes anzuerkennen. Hier dominiert das überkommene Idiom des Hausarztes, der nicht merken lässt, dass er mehr Bildung hat und „was Besseres“ ist. In Bezug auf die Kommunikation über Diagnose und Therapie ist ihnen ein gutes Erklären wichtig (keine Fachbegriffe, langsam sprechen, wiederholen) und klare, unmissverständliche Handlungsanweisungen, z. B. hinsichtlich Medikamenten (was? wann? wie oft? wie viel?). Sie belassen die Verantwortung für die Behandlung der Krankheit beim Arzt; sie wollen „gar nicht immer alles wissen“.

Im Alltag behilft man sich mit bewährten Hausrezepten, die man von den eigenen Eltern und Großeltern noch kennt. Bei Medikamenten, deren Dosierung vom Arzt mit Strenge und Autorität vorgeschrieben sind, hält man sich – ängstlich – an die Anweisung. Wo die Einnahme keine Vorschrift, sondern lediglich eine Empfehlung ist, orientieren sich Traditionsverwurzelte bei der Häufigkeit und Menge an ihrer lebenslang praktizierten und offenbar bestätigten Erfahrung: „Viel hilft viel.“ Gerne lassen sie aber auch Medikamente wieder weg, wenn sie keine Beschwerden mehr haben (Blutdruckmedikamente, Antibiotika).

Unhinterfragt und Sicherheit gebend ist die klassische Schulmedizin mit der Autorität des Arztes wie auch der wissenschaftlichen Medizintechnik. Und zugleich ist es typisch, dass Traditionsverwurzelte diese Autoritäten in ihrem kleinbürgerlichen Individualismus schlicht ignorieren. Das geschieht in unbeobachteten und unkontrollierten Situationen, wenn sie beispielsweise die verordnete Dosierung eines Medikaments selbständig erhöhen oder heruntersetzen mit der Heilserwartung: „Ein bisschen

mehr (bzw. weniger) ist schon besser!“ oder aber – in gegenteiliger Logik – sich über strikte Diätvorschriften in Bezug auf heißgeliebte Nahrungsmittel (Fleisch, Zucker, Kuchen etc.) einfach hinwegsetzen mit dem praktischen Motto: „Das bisschen schadet schon nicht!“

Allerdings: In den jüngeren Generationen der Traditionsverwurzelten gibt es die für ihre Eltern noch typische Haltung des rückhaltlosen und kritiklosen Sich-Ausliefern nicht mehr. Auch das Selbstbewusstsein ist gewachsen. Sie haben die Erfahrung gemacht (kommunizieren diese in ihrer Nahwelt und kultivieren diese Perspektive), dass man heute *als Rentner* nur den einfachen („billigen“) Standard bekommt. Um das zu bekommen, was das Richtige oder Bessere wäre, muss man hartnäckig sein. Ihre Kritik richtet sich auch an eine zu schnelle „Abfertigung“ in mancher Praxis: „Ist man Mensch zweiter Güte? Das haben wir nicht verdient!“

Signifikant und bedeutsam ist hier das *Wir-Gefühl*: Man ist Teil einer Schicksalsgemeinschaft, die vergessen, überverteilt und ohne einflussreiche politische Lobby ist. Bedeutsam ist auch, dass dieses quantitativ große Segment mit überdurchschnittlich hoher *burden of disease* sich in einem inneren Konflikt befindet: einerseits das Bedürfnis nach wütendem Protest gegen die von ihnen heute erlebte Benachteiligung in Arztpraxen (im Vergleich zu den 1970er bis 1990er Jahren, als noch andere Sitten herrschten), andererseits die wertebasierte Norm, die Dinge zu akzeptieren, sich zu bescheiden und nicht aufzubegehren gegen die herrschende Ordnung.

„Konsum-Materialisten“: Krankheits-Akzeptanz durch „Schicksal“ und „Gene“

Bei Menschen in diesem Milieu am unteren Rand der Gesellschaft hat Gesundheit keinen großen Stellenwert. Zu sehr bedrücken andere Sorgen des alltäglichen Zurechtkommens: Geldsorgen, über die Runden kommen, von anderen nicht ausgegrenzt werden, ständig mit bessergestellten Menschen (in Schule, Amt, Bank, Arztpraxis) kommunizieren müssen mit der Erfahrung, dass man von diesen mehr oder weniger offensichtlich mißachtet oder despektierlich behandelt wird. Umso wichtiger sind Sphären zur Erholung und Entspannung.

Im Alltag lebt man mit den Maximen: innerlich hart sein, sich einen Panzer zulegen, sich nicht kommandieren lassen. Das steht natürlich im Gegensatz zur „Sensibilität“ für sich und seine eigene Befindlichkeit, die Voraussetzung eines *gesundheitsorientierten* Lebensstils ist.

Das normale, voreingestellte Weltbild ist, dass jeder Mensch eine Basis-Gesundheit hat, die eine gewisse Zeit im Leben „hält“. Andere mit mehr Geld gönnen sich dazu „Wellness-Gesundheit“ („Die muss man sich leisten können“). Jene müssen auch nicht so hart und schwer arbeiten, können sich besseres Essen leisten und sind vom Schicksal nicht so geschlagen. Konsum-Materialisten orientieren sich mental stark an der normativen Kraft des Faktischen und zeigen eine große Ergebenheit in die Umstände, die sie als ihr auswegloses Schicksal erfahren und deuten. Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Adipositas werden lange ignoriert. In keinem Milieu sind Dissimulation und Indolenz so ausgeprägt wie im Milieu der Konsum-Materialisten. Viele verdrängen ihre gesundheitlichen Probleme, nehmen sie nicht zur Kenntnis, wollen nicht krank sein. Man wird erst aktiv und geht zum Arzt, wenn es gar nicht mehr geht: Männer können sich nicht leisten, krank zu

sein, halten sich für „unverwüstlich“ (Selbstbild des *tough guy*). Frauen arrangieren sich resignativ bis lethargisch mit ihrem Leiden, bei sehr schlechter Compliance.

Weil sie nicht frühzeitig zum Arzt gehen, werden viele Krankheiten nicht oder zu spät diagnostiziert, was Heilungschancen verschlechtert und Therapien verteuert. Wird eine Krankheit diagnostiziert, setzt bei den Betroffenen zugleich reflexhaft die Suche nach einer ausweglosen Erklärung ohne Handlungsoption ein: Man habe Eltern oder einen Verwandten, die dieses auch schon hatten – insofern sei das vererbt, es komme von „den Genen“, und gegen die könne man nichts machen.

Daraus speist sich fatalistisch, resignativ und selbstbewusst (jeden Einwand offensiv und vehement abwehrend) die Legitimation, nichts tun und seinen Alltag nicht verändern zu müssen. Das gilt in besonderem Maße für Hinweise in Richtung einer besseren Ernährung oder mehr Sport. Man kontert solche Forderungen mit dem moralischen Vorwurf der Arroganz und Sozialignoranz, weil der Mahner keine Ahnung habe, wie wenig Geld zur Verfügung sei, und eine Umstellung finanziell, organisatorisch und sozial nicht möglich sei. Und man deklariert schlichtweg den eigenen Lebensstil als „gesund“ – und zwar *ex post*. So kultiviert dieses Milieu eine Vielzahl von Abwehrargumenten (gegenüber sich und anderen), um das bisherige – oft ungesunde oder gesundheitsriskante – Verhalten fortzusetzen. Hier ist die soziale Dimension von eminenter Bedeutung: Denn in der sozialen Nahwelt des Milieus werden gesundheitsbewusste Einstellungen und Verhaltensweisen nicht belohnt. Im Gegenteil werden eine sensible Achtsamkeit und Empfindsamkeit als Schwäche decodiert und diskreditiert. Praxis und Alltagskultur sind hingegen: Bodytuning (exzessives Körpertraining mit dem Ziel, schlank und muskulös zu sein), Selbst-Vernachlässigung (wenig Aufmerksamkeit und Aktivität für die

Gesundheit), hoher Genussmittelkonsum, Alkohol, geringe Ernährungskompetenz (Fastfood, Convenience-Produkte), Essen als Seelentröster (sich ein dickes Fell zulegen), kritikloser Einsatz von (rezeptfreien) Medikamenten.

Das Thema Gesundheitssystem ist für Konsum-Materialisten ein Feld, an dem für sie besonders deutlich spürbar wird, dass sie von der Gesellschaft abgehängt sind bzw. werden sollen: Die medialen Schlagzeilen vom „Zweiklassensystem“ und von „Kürzungen im Leistungskatalog“ saugt man zur Bestätigung der eigenen Ohnmacht auf. An den Rezeptionen von Arztpraxen nicht einmal mehr gefragt zu werden, ob man Privatpatient ist, empfindet man als deutliches Signal, dass der Mainstream besser versorgt wird und man selbst längst abgehängt, unerwünscht und Mensch dritter Klasse ist. Die immer neuen Beitragserhöhungen der Krankenkasse in den letzten Jahren nimmt man als tiefen Eingriff in das ohnehin knappe Budget – und als bewusste Ausbeutung, Ausgrenzung und Diskriminierung – wahr.

„Prävention“ ist für Konsum-Materialisten ein „Fremdwort“ im umfassenden Sinn. Der Begriff ist kein Bestandteil ihrer alltäglichen Sprache; man weiß nicht, was dieses Wort, dessen Ursprung und Übersetzung man nicht kennt, bedeutet. Und „Vorsorge“ oder „Vorbeugung“ ist in diesem Milieu nicht mit Spaß und Freude konnotiert! Vielmehr verweigert man sich gegenüber Forderungen nach gesundheitsbewusste(re)r Lebensführung. Solche Appelle wirken auf Konsum-Materialisten als weitere Diktate und Zumutungen. Und es sind – wie der Bereich der Bildung – Sphären, in denen ihnen wieder ihre Defizite und Mängel gezeigt werden. So reagieren sie meist mit demonstrativer Gleichgültigkeit oder aggressiver Abwehr, mit der Argumentation, dass dem die nicht bezahlbaren Kosten für eine Ernährungsumstellung oder die Ausübung sportlicher Aktivitäten entgehen. Nach innen erleben sie häufig

Frustration, weil sie immer wieder Anläufe unternommen haben, die im Effekt keine Veränderung bewirkten. Die Erfahrung, hier ebenso wie auf vielen anderen Feldern gescheitert zu sein und „versagt“ zu haben, sind kein Motivator: Zu groß ist das Risiko, erneut zu scheitern. Stattdessen delegiert man die Verantwortung für die eigene Gesundheit offensiv an andere: Arbeitgeber, Krankenkassen (Bonus-Anreize: mitnehmen, was geht), Ärzte, Staat, Schulen, Kindergärten etc. *Vorsorge* kann sich aus ihrer Sicht eben *nicht* jeder leisten. Prävention ist für Bessergestellte exklusive Normalität, für Menschen am unteren Rand der Gesellschaft mit existenziellen Sorgen hingegen eine Zumutung. Bei andauernder Krankheit hat man schnell die Ursachen und Schuldigen identifiziert: die Arbeitsbedingungen, Hartz IV, den Staat, die Ärzte behandeln nicht richtig und die Krankenkassen zahlen nicht (genug).

Somit besteht ein Dilemma: Aufgrund der begrenzten materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen ist dieses Milieu weder dazu befähigt noch dazu bereit, hinreichende Verantwortung für die eigene Gesundheit (sowie die der Schutzbefohlenen) zu übernehmen. Gleichzeitig wollen die Menschen in diesem Milieu nicht ständig „von oben“ diktiert bekommen, was für sie gut ist. Sie schwanken zwischen dem Wunsch nach Autonomie und dem nach paternalistischer Fürsorge.

Wie sind Modelle von individueller Verantwortung und paternalistischer Versorgung zu gestalten (in Tarifen anzubieten und rechtlich zu klären), wenn das realistische Risiko besteht, dass jemand in seinem Wunsch nach großer Autonomie so mit der eigenen Gesundheit sowie mit der Gesundheit der ihm Anvertrauten (z. B. seiner Kinder) umgeht, dass die Folgen von der Gesellschaft moralisch, sozial und ökonomisch nicht akzeptiert werden können? Darf die Autonomie angesichts solcher Risiken so beschnitten werden, dass weitgehende Fremdbestimmung der „sichere

Weg“ ist? Das ist eine politische und rechtliche Frage – abgesehen von dem Problem, nach welchen empirischen Kriterien die Übernahme von Eigenverantwortung dem einen mehr, dem anderen weniger zugestanden wird.

In diesem real existierenden Milieu wird deutlich: Ein absolut gesetzter Gesundheitsbegriff wird der Lebenswirklichkeit der Menschen nicht gerecht. Aber auch eine rückhaltlose subjektivistische Relativierung von Gesundheitsvorstellungen (und damit auch eine verabsolutierende Betonung der „Eigenverantwortung“) ist nicht zu verantworten.

Fazit

Bereits bei den drei hier beschriebenen, im Gesellschaftsmodell nahe beieinanderliegenden Milieus wird deutlich, dass sie jeweils sehr verschiedene Zugänge zu Gesundheit, Prävention, Ärzten und überhaupt zum Gesundheitssystem haben. Der Begriff „Gesundheit“ hat für die Menschen heute nicht mehr dieselbe Bedeutung, sondern spannt ein weites, heterogenes Spektrum auf. Das ist eine Folge des langfristigen soziokulturellen Wandels von Lebensauffassungen und Lebensweisen. Die Bereitschaft, etwas für seine Gesundheit zu tun oder Gesundheitsrisiken einzugehen, ist je nach Milieu anders – und zwar abhängig von Werten und Zielen, Lebensauffassungen und Lebensweisen, genutzten Produkten und vergangenen Erlebnissen. Gesundheit ist in jedem Milieu je anders eingebettet, hat eine eigene Bedeutung und Funktion. Entsprechend gibt es eine Vielzahl von Perspektiven auf das Gesundheitssystem. Die Bereitschaft und die Möglichkeiten zur Übernahme von (Mit-)Verantwortung sind in den Milieus aufgrund der jeweiligen kulturellen, sozialen und materiellen Ressourcen sehr verschieden. Dies spiegelt sich in einer

unterschiedlichen Sensibilität für gesundheitliche Probleme, in der partnerschaftlichen und familiären Anamnese, in vielfältigen Konzepten des gesunden Lebens, in den Statistiken der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und schließlich in hochgradig unterschiedlicher Compliance bei medizinischen Behandlungen.

Wenn von Kennern des Gesundheitssystems und der Gesundheitswirtschaft die Forderung erhoben wird: „Wir brauchen ein anderes gesellschaftliches Gesundheitsverständnis“, dann muss dieses mit der Bestandsaufnahme beginnen, welche Gesundheitsverständnisse in der Gesellschaft derzeit bestehen und welche zukunftsfähig sind. Zwar kann kein Gesundheitssystem den zahlreichen, mitunter schwankenden Verständnissen der Menschen von Gesundheit und ihren Erwartungen an das Gesundheitssystem jederzeit gerecht werden. Dennoch muss sich ein Gesundheitssystem an den Bedürfnissen und Präferenzen der Menschen orientieren. Diese Konvergenz ist derzeit nicht vorhanden. Ein bedarfs- *und* bedürfnisorientiertes Gesundheitssystem ist zwar keine hinreichende, aber wohl sinnvolle und vermutlich notwendige Bedingung zur gesellschaftspolitischen *Legitimation* sowie zur *Akzeptanz* eines Gesundheitssystems in der Bevölkerung. Die Schwierigkeit besteht darin, ein Gesundheitssystem zu entwickeln, das den vielfältigen Gesundheitsvorstellungen gerecht wird. Dazu muss man diese zunächst einmal zur Kenntnis nehmen und verstehen.

Die hier skizzierten Befunde zu drei Milieus (sowie die vergleichenden Befunde zu den anderen Milieus) zeigen, dass es sinnvoll ist, ernsthaft über ein differenziertes, individualisiertes Gesundheitssystem nachzudenken, um eine effiziente, bedürfnisorientierte und chancengerechte Gesundheitsversorgung zu schaffen. Ein solches differenziertes Gesundheitssystem könnte zu einer besseren gesund-

heitlichen Versorgung der Bevölkerung führen. Es wäre Voraussetzung für mehr Chancengerechtigkeit im Gesundheitswesen, würde eine Fehlallokation von Sozialbeiträgen verhindern und die Anforderungen erfüllen, die in einer modernen Gesellschaft an ein Gesundheitswesen zu stellen sind.

Anmerkung

¹ Sinus-Studie im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung sowie von Pfizer Deutschland.