



Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften
Institut für Soziologie

Jens Potter

Das deutsche Gesundheitssystem -
Ausgewählte Befunde zu den Wünschen und Er-
wartungen der Bevölkerung Sachsen-Anhalts

A r b e i t s b e r i c h t Nr. 37

Internet-Fassung

April, 2006

ISSN-1615-8229

Zur Reihe der Arbeitsberichte

Die „Arbeitsberichte“ des Instituts für Soziologie versammeln theoretische und empirische Beiträge, die im Rahmen von Forschungsprojekten und Qualifikationsvorhaben entstanden sind. Präsentiert werden Überlegungen sowohl zu einschlägigen soziologischen Bereichen als auch aus angrenzenden Fachgebieten.

Die Reihe verfolgt drei Absichten: Erstens soll die Möglichkeit der unverzüglichen Vorabveröffentlichung von theoretischen Beiträgen, empirischen Forschungsarbeiten, Reviews und Überblicksarbeiten geschaffen werden, die für eine Publikation in Zeitschriften oder Herausgeberzwecken gedacht sind, dort aber erst mit zeitlicher Verzögerung erscheinen können. Zweitens soll ein Informations- und Diskussionsforum für jene Arbeiten geschaffen werden, die sich für eine Publikation in einer Zeitschrift oder Edition weniger eignen, z. B. Forschungsberichte und –dokumentationen, Thesen- und Diskussionspapiere sowie hochwertige Arbeiten von Studierenden, die in forschungsorientierten Vertiefungen oder im Rahmen von Beobachtungs- und Empiriepraktika entstanden. Drittens soll diese Reihe die Vielfältigkeit der Arbeit am Institut für Soziologie dokumentieren.

Impressum:

Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität

Herausgeber:

Die Lehrstühle für Soziologie der Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Anschrift:

Institut für Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
„Arbeitsberichte des Instituts“
Postfach 41 20
39016 Magdeburg

Sämtliche Rechte verbleiben bei den Autoren und Autorinnen.

Auflage: 150

*Redaktion: Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem
PD Dr. Heiko Schrader*

Anmerkung:

Ein Teil der Publikation ist im Internet abgelegt unter <http://www.uni-magdeburg.de/isoz/publ/Arb.htm>

Schutzgebühr: 2,50 €

*Herstellung: Dezernat Allgemeine Angelegenheiten
Sachgebiet Reproduktion*

Inhalt	Seite
Einleitung	5
1. Datengrundlage	5
2. Ausgewählte Befunde	8
2.1 Zu den Werthaltungen der Bevölkerung Sachsen- Anhalts	8
- Finanzpolitische Aspekte im Detail	9
- Sozialpolitische Ansichten im Portrait	10
- Gesundheitliche Gesichtspunkte	10
- Politische Perspektiven	11
- Resümee	11
2.2 Sozialstrukturelle Wirkgrößen: Geschlecht, Alter und Bildungsstatus	12
- Geschlecht	12
- Alter und Bildungsstatus	13
2.3 Zusammenhänge mit dem persönlichen Gesundheitszustand	15
- Der subjektive Gesundheitszustand	15
- Beschwerden	17
- Diagnostizierte Krankheiten	18
3. Zusammenschau und Ausblick	20
Literatur	22

Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen, ein System, das einem ständigen Wandel zu unterliegen scheint: Seit mehreren Jahren ist es in aller Munde. Mit der Gesundheitsreform, die am 1. Januar 2004 in Kraft trat, stellten sich für die Bevölkerung sowie den Leistungserbringern und -trägern viele Änderungen ein. Die Berichterstattung erfolgte noch im letzten Jahr in umfangreichem Maße, doch sind die Meinungen der Bevölkerung hierzu meist nicht zu hören gewesen. Das Wissen um die Einstellungen der Patienten zum medizinischen Sektor könnte für bevorstehende Reformbemühungen und Entscheidungsprozessen von Politikern von Interesse sein. Denn Wertorientierungen der Bevölkerung können als Gradmesser der Dringlichkeit für die Bearbeitung von Problemlagen gelten.

Diese Arbeit möchte einen Beitrag zu den Forschungsfeldern der Werteforschung und der Gesundheitswissenschaften leisten. Das bislang eher dünn besiedelte Arbeitsfeld soll zum einen Werthaltungen der Bevölkerung im Problemfeld „Gesundheitssystem“ aufhellen, zum anderen wird die Wahrnehmung von Gesundheit als auch Krankheit empirisch in Kombination mit den Wünschen zum medizinischen Segment geprüft. Um zu klären, welche Prioritäten die Bevölkerung in Bezug auf das Gesundheitssystem setzt, sollen Werthaltungen als Konstrukte des „Wünschbaren“ (vgl. Kluckhohn zit. aus Maag 1991: 22) dienen. Sie gelten als systemstabilisierend bzw. -schwächend und handlungsweisend (vgl. ebd. 22). Die Kenntnis von Ansichten der Bürger könnte nach Ahlstick (1999: 3) politische Problemlösungsstrategien beeinflussen. Durch die quantifizierende Inhaltsanalyse hunderter Formulierungen von Sachsen-Anhaltern werden Einstellungen zum Gesundheitssystem gefiltert, die in dieser Arbeit als Werthaltungen angesehen werden. Denn sie spiegeln Ansichten wider, nach denen Befragte handeln und/ oder auf Handlungsweisen hinweisen.

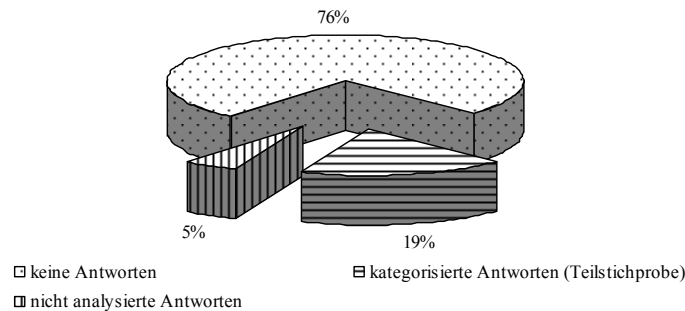
Es wird vermutet, dass aufgrund unterschiedlicher Lebenslagen, divergierende Blickwinkel zum Gesundheitssystem von den Befragten eingenommen werden. Daher werden nach der Darstellung der Datengrundlage (im *Kapitel 1*), verschiedene Determinanten der Sozialstrukturanalyse wie das Alter, das Geschlecht und der Bildungsstatus auf Zusammenhänge mit den dargebotenen Werthaltungen getestet. Darüber hinaus könnten sich aber auch abweichende Standpunkte durch den unterschiedlich wahrgenommenen subjektiven Gesundheitszustand sowie bekannte Beschwerden der Studienteilnehmer ergeben. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wird ebenso eine Variable sein, um im *Kapitel 2* das Einnehmen differenzierter Blickwinkel zu erklären. Abschließend dient *Kapitel 3* der Zusammenfassung der Ergebnisse aber auch dem Ausblick für zukünftige Forschungsfragen und politischen Wegweisern.

1. Datengrundlage

Das Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg realisierte im Frühjahr 2003 die Repräsentativstudie „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“. Das vom Land Sachsen- Anhalt finanziell geförderte Forschungsprojekt der „Gesundheitsberichterstattung“ möchte einen „Beitrag zur länderspezifischen Berichterstattung leisten und [...] beabsichtigt die subjektive Seite von Gesundheit und Krankheit zu rekonstruieren, und die dynamischen Aspekte des Geschehens und die individuellen salutogenen Potentiale zu analysieren“ (Dippelhofer- Stiem 2003: 5).

Abbildung 1

Stichprobe der Gesamtstudie (N 2090) und der Teilstichprobe (N 405). Prozentangaben.

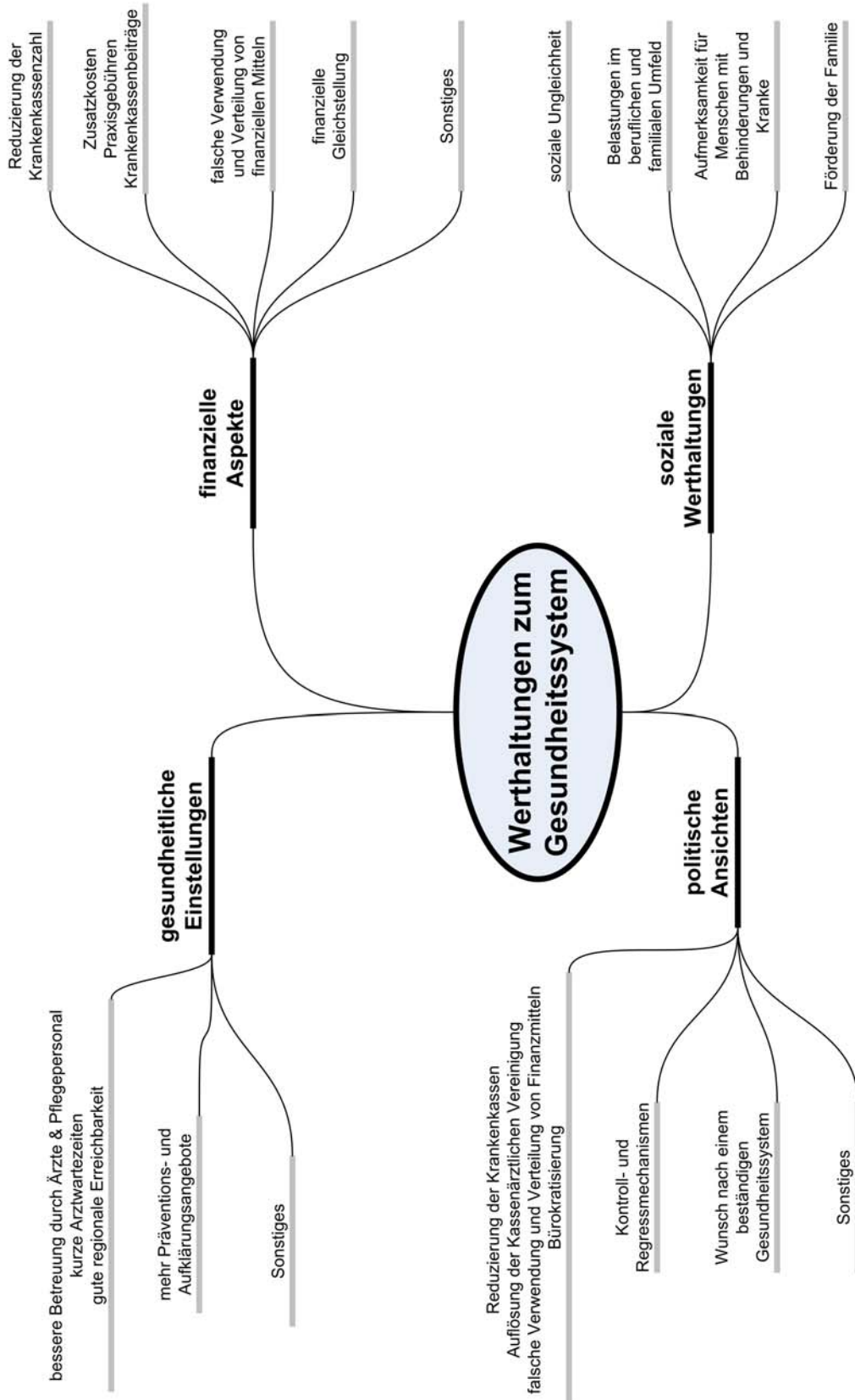


Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Den hier präsentierten Daten liegt eine offene Frage aus dem Instrument des Bevölkerungssurveys „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“¹ zugrunde (vgl. Dippelhofer-Stiem/ Döll 2005) und sie spiegeln Ergebnisse meiner Examensarbeit wider (vgl. Potter: 2005). 508 Personen nutzten die Chance, Stellung zum Gesundheitswesen und zum Fragebogen zu nehmen (vgl. Abbildung 1). Mittels einer Inhaltsanalyse wurden 405 Fragebögen (19 Prozent) identifiziert, in denen explizit kritische Äußerungen zum medizinischen Sektor laut wurden. Die Ausführungen können als Werthaltungen zum Gesundheitssystem interpretiert werden und sind in ein Kategorienschema überführt worden, welches in einem aufwendigen, mehrstufigen Prozess induktiv erarbeitet wurde. Die im vorliegenden Beitrag präsentierten Befunde stützen sich somit ausschließlich auf die Stellungnahmen jener Teilstichprobe, in denen Meinungen zum Gesundheitswesen kundgetan wurden (N 405). Grundlegend wird angenommen, dass Teilnehmer, die sich zum Gesundheitssystem äußern, Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitswesen gesammelt haben. Somit könnte zumindest von der Verhaltensebene der Befragten auf die Meinungsebene (und umgekehrt) geschlossen werden. Jene Angaben, die auf das Gesundheitssystem bezogene Werthaltungen umfassten, wurden kategorisiert und quantifiziert, indem ähnliche inhaltliche Antworten bzw. gleiche Äußerungen der Befragten zu Dimensionen zusammengefasst wurden. Um den Auskünften der befragten Sachsen- Anhalter gerecht zu werden, wurden, das Material zugrunde legend, Kategorien gebildet. Sie umfassen vier Grobdimensionen, die finanzpolitische, sozialpolitische, gesundheitspolitische und sonstige politische Werthaltungen indizieren (vgl. Abbildung 2). Hinter den genannten Kategorien verbergen sich Wertorientierungen der Bevölkerung, durch die sie unterschiedliche Perspektiven zum Gesundheitssystem einnehmen. Hinter der fiskalischen als auch der gesundheitlichen Dimension können materielle Werte im Sinne von Inglehart abgeleitet werden (vgl. Maag 1991: 51ff), da sie die finanzielle Sicherung von Grundbedürfnissen im Gesundheitswesen beinhaltet. Dem stehen soziale und andere politische Gesichtspunkte gegenüber, die die soziale Gleichstellung als auch politische Mitspracherechte beinhalten und somit postmaterialistische Werthaltungen indizieren.

¹ Es wurde ein weitgehend standardisierter Fragebogen entwickelt, für den 2003 eine Zufallsstichprobe von volljährigen Personen deutscher Nationalität durch die Meldebehörden aus fünf Landkreisen Sachsen- Anhalts gezogen wurde. Die bereinigte Brutto- Stichprobe umfasst 6.749 Einwohner, von denen rund 31 Prozent (2.090 Fragebögen) in die Netto- Stichprobe eingingen (vgl. Dippelhofer- Stiem/ Döll 2005: 14ff).

Abbildung 2
 Inhaltsanalytisches Kategorienschema der Werthaltungen zum Gesundheitssystem.



Die *erste Dimension* des Kategorienschemas (vgl. Abbildung 2) wird aus finanziellen Vorstellungen zum System gespeist, die die Befragten artikulieren. Diese Perspektive enthält Unterkategorien, welche sich auf die Reduzierung der Krankenkassen, die Zusatzkosten im Gesundheitssystem sowie die Praxisgebühren und Krankenkassenbeiträgen beziehen. Ebenfalls fließen die Unterkategorien der Verwendung und Verteilung finanzieller Mittel sowie die finanzielle Gleichstellung in die Dimension der finanziellen Werthaltungen ein.

Politische Ansichten, Wünsche und Vorstellungen bilden in dieser Arbeit die *zweite Größe* der abhängigen Variablen ab. Hierunter sind Kategorien der Reduzierung der Krankenkassen sowie die Forderung nach der Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung als auch Äußerungen zur Verwendung von Finanzmitteln und der Verwaltungsaufwand subsumiert. Hinzufügend sind Wünsche nach einem beständigen Gesundheitssystem zu nennen sowie Optionen zur Einführung von Kontroll- und Regressmechanismen. Diese Werthaltungen beziehen sich auf politische Handlungsfelder. Gesundheit und Krankheit könnte somit, zumindest nach dem Datenmaterial zu urteilen, auch zur Aufgabe der Politik avancieren.

Soziale Werthaltungen sind hier als *dritte Dimension* benannt und in das Kategorienschema aufgenommen worden. Ihr unterliegen Themen wie soziale Ungleichheit, Belastungen im beruflichen und familialen Umfeld sowie die Förderung der Familie. Wünsche nach mehr Aufmerksamkeit für Menschen mit Behinderungen und Krankheiten werden als weitere Unterkategorie eingeführt.

Die *vierte* und letzte *Dimension* umfasst Aussagen die gesundheitliche Versorgung betreffend. Hierunter werden zum einen die Betreuung durch Ärzte und Pflegepersonal, als auch Formulierungen zu Arztwartezeiten und der regionalen Erreichbarkeit von Fachärzten zusammengefasst. Aber auch Einstellungen zu Präventions- und Aufklärungsaspekten werden in diese Grobkategorie überführt.

2. Ausgewählte Befunde

2.1 Zu den Werthaltungen der Bevölkerung Sachsen- Anhalts

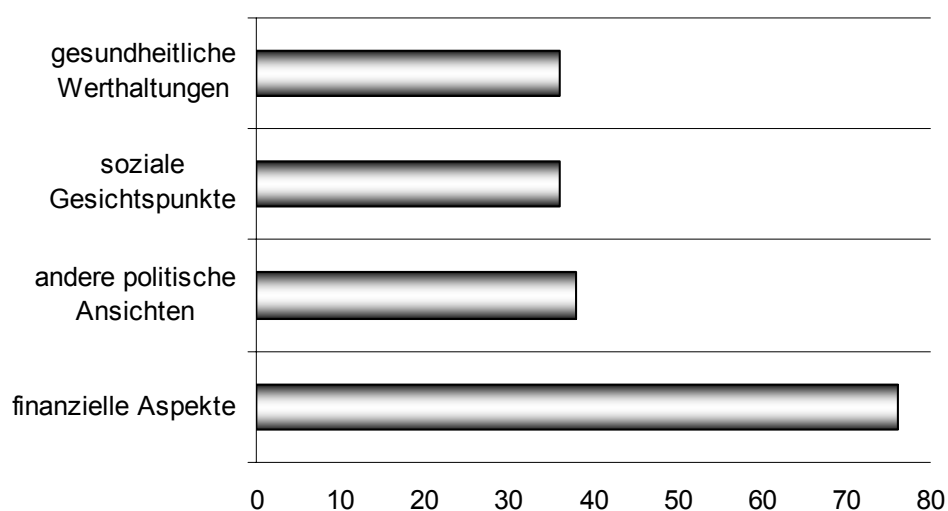
Die befragten Sachsen- Anhalter bekunden ihre Anliegen zumeist auf der Ebene finanzieller Aspekte. 309 Personen, also mehr als drei Viertel der Teilnehmer, die die Gelegenheit zu offenen Äußerungen nutzten, sehen das Gesundheitssystem aus fiskalischen Blickwinkeln (vgl. Abbildung 3); die Bezahlbarkeit, die Abwehr von Kosten, günstige Krankenkassenbeiträge sind für die Perspektiven leitend. Auch Gensicke erkennt in den neuen Ländern einen starken Wunsch nach materiellem Wohlstand (1998: 74f). Er nennt hierbei die schlechtere finanzielle Situation der Ostdeutschen gepaart mit einer geringeren Lebenszufriedenheit und der besonderen Wichtigkeit eines hohen Einkommens. So offenbaren sich auch finanzielle Interessen in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem. Annähernd gleich präsentieren sich gesundheitliche Standpunkte und andere politische Ansichten sowie soziale Aspekte in diesem Spektrum. Überraschend ist, dass relativ wenige der Befragten - hier nur annähernd jeder Dritte - Meinungen aus sozialen Blickwinkeln ausführen. Denn es wurde durch die zur Zeit der Befragung stark diskutierten Reformvorschläge zum Gesundheitssektor angenommen, dass besonders soziale Wünsche und Kritiken geäußert werden.

Finanzpolitische Aspekte im Detail

Der Wunsch nach weniger bzw. keinen Neben- und Zusatzkosten sowie nach niedrigeren Versicherungsbeiträgen im Gesundheitssystem tritt in der Bevölkerung am stärksten auf. 23 Prozent² aller Nennungen innerhalb dieser Kategorie sind hier zu verorten. So werden „gleiche Leistungen bei gleichen Belastungen/ Beiträgen“ postuliert (Fragebogen Nr. 48). Die Bürger erbitten „keine Einführung einer Praxisgebühr bei einem Arztbesuch“.³ Dies muss nach Auffassung der Befragten kostenlos bleiben (vgl. Fragebogen Nr. 226). Darüber hinaus werden die finanzielle Gleichstellung im Gesundheitssystem sowie einheitliche Beitragssätze gewünscht. 15 Prozent der Äußerungen entfallen auf diesen Aspekt. Ein Proband schreibt exemplarisch, dass „[...] die gesundheitliche Versorgung für alle bezahlbar sein muss (Vorsorge, Zahnersatz u. a.)“ (Fragebogen Nr. 25). „Man sollte bei der Gesundheits- und Altersvorsorgefinanzierung keine Unterschiede zwischen Beamten und gewerblichen Arbeitnehmern mehr machen“ (Fragebogen Nr. 4). Als weitere Überzeugung der Befragten tritt die kostenbewusste Verwendung von Finanzmitteln vs. der „Geldverschwendung“ (Fragebogen Nr. 16) von Krankenkassen, Behörden und Institutionen als ein äußerst wichtiger Aspekt für die Bevölkerung Sachsen- Anhalts auf. Jede achte Angabe nimmt dabei die gleiche Position ein. Viele der Studienteilnehmer äußern beispielsweise, dass „[...] eher am Bürokratismus und an so manch' einem Prunkbau oder Büroausstattung gespart werden sollte“ (Fragebogen Nr. 356). In weiteren 15 Prozent der Auskünfte wird die Forderung nach „weniger Krankenkassen, um damit den ‚Wasserkopf‘ zu reduzieren“, laut. „Die Beschränkung der Krankenkassen auf drei bis fünf“ (Fragebogen Nr. 86) wird als Chance für eine erfolgreiche Kostenreduzierung betrachtet. Nach jeder neunten Ansicht sollten individuelle Beitragssätze für die Versi-

Abbildung 3

Prozentuales Antwortverhalten zu finanziellen, sozialen, gesundheitlichen und weiteren politischen Werthaltungen^a (N 405).^b



a Mehrfachnennungen sind möglich

b Die Stichprobe bezieht sich auf Personen, die die sich zum Gesundheitssystem geäußert haben

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

² Die Angaben in Prozent beziehen sich jeweils auf die grobe Kategorie der Werthaltungen, hier die finanzielle Dimension.

³ Die Datenerhebung erfolgte vor der Umsetzung der Gesundheitsreform.

cherten entwickelt werden, um den Wert gesund zu leben, stärken zu können. „Menschen, die gesundheitsbewusst leben, sollten durch niedrige SV-Beiträge zum Beispiel belobigt werden“ (Fragebogen Nr. 227). 8 Prozent der Nennungen entfallen auf Ansichten, welche die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, das Missverhältnis von Kosten und Leistungen („Ich glaube das Preis- Leistungs- Verhältnis der Krankenkassen sollte überdacht werden“ [Fragebogen Nr. 1521]), die finanzielle Aufklärung sowie der allgemeinen Sparpolitik im Gesundheitswesen beinhalten. So werden von den Sachsen- Anhaltern Wünsche geäußert, dass „bestimmte Untersuchungen nur bei konkretem Verdacht und nicht als ‚Routineuntersuchungen‘ durchgeführt werden sollten“. Auch hier wird die daraus resultierende „enorme Kosteneinsparung der Kassen“ (Fragebogen Nr. 86) hervorgehoben.

Sozialpolitische Ansichten im Portrait

Die folgenden Werthaltungen der Bevölkerung sind im Bereich der sozialpolitischen Werte einzuordnen. Das Thema der sozialen Ungleichheit wird besonders häufig (ca. drei Viertel der Äußerungen dieser Kategorie) angesprochen. Ein Proband mahnt, dass „es keine Qualitätsunterschiede zwischen Arbeitslosen und besser Verdienenden geben darf. Eine gute Versorgung im medizinischen Bereich ist ein Recht für alle“ (Fragebogen Nr. 1651). Ebenso wünschen sich die Befragten ein einheitliches Arbeitszeitmodell (vgl. Fragebogen Nr. 756). Sie avisieren, dass gewisse Belastungen im beruflichen und sozialen Gefüge Auswirkungen auf die Gesundheit haben, und dass diese zurückgedrängt werden sollten. 14 Prozent der Nennungen entfallen hierauf. „Die Belastungsgrenze für Arbeitnehmer und Arbeitgeber in der Beitragshöhe ist meines Erachtens erreicht. [...] Ich wünsche mir, dass Menschen, die gegen ihre depressiven Beschwerden wie Übergewicht, gesellschaftlich psychischen Druck, die sich aus der Isolation aufgrund von Arbeitslosigkeit lösen und ankämpfen wollen, besser durch Aktivitäten der Krankenkassen unterstützt werden. [...] Positiv denkende Menschen fühlen sich besser und werden weniger krank“ (Fragebogen Nr. 202). In jeweils ca. 3 Prozent der Informationen werden Wünsche zur sozialen Förderung von Familien laut. Einige Darstellungen machen deutlich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen sich in Bezug auf ihre Krankheit nicht ernst genommen fühlen. Unverständnis wird ihnen zuteil, sie erfahren eine gewisse Isolierung. „Ich bin seit 1981 psychisch krank. Leider wird so eine Erkrankung in unserer Gesellschaft nicht für voll genommen. Man fühlt sich unverstanden und mit seinen Problemen allein gelassen. Viele Lebenssituationen, die für andere Menschen normal sind, erfordern von mir einen großen Kraftaufwand. Deshalb ist es für mich sehr schwer wieder Arbeit zu finden“ (Fragebogen Nr. 789). Andere wünschen sich subsumierend mehr Aufmerksamkeit für Menschen mit Behinderungen (vgl. Fragebogen Nr. 83).

Gesundheitliche Gesichtspunkte

Ein besonders wünschenswerter Aspekt ist die gesundheitliche Prävention der Sachsen- Anhalter. 45 Prozent der Nennungen, die zu diesem Bereich vorliegen, nehmen dazu Stellung. „Die Vorsorge in gesundheitlichen Fragen, besonders für Kinder zum Beispiel in der Schule, sollte verbessert werden“ (Fragebogen Nr. 86). Ebenfalls ein häufig wiedergegebenes Anliegen stellt die bessere Versorgung durch Ärzte und Pflegepersonal im Allgemeinen dar sowie kürzere Wartezeiten für Behandlungen und die bessere regionale Erreichbarkeit von Fachärzten. Die Äußerungen belegen zusätzlich einen stetig ansteigenden Personalmangel im Gesundheitswesen (29 Prozent). Die Befragten weisen darauf hin, dass sich „Ärzte wieder mehr Zeit für die Patienten nehmen sollten“ (Fragebogen Nr. 98). Jede achte Äußerung befasst sich des Weiteren mit der Vermeidung von Doppeluntersuchungen, dem Wunsch nach dem Weg-

fall der Überweisungspflicht zu Fachärzten, der Weiterbildungspflicht für Ärzte und Pflegepersonal sowie den gesundheitlichen Belastungen im Allgemeinen.

Politische Perspektiven

In rund 58 Prozent der Äußerungen, die sich an Vertreter der Politik wenden, werden die Reduzierung der Krankenkassen und die Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigung gefordert. Die falsche Verwendung und Verteilung von finanziellen Mitteln und die stetig steigende Bürokratisierung durch die Ämter wird von den Befragten der o. g. Kritik subsummiert. Kontroll- und Regressmechanismen der Regierung sind nach 17 Prozent der Ausführungen im Gesundheitswesen einzuführen. 9 Prozent der Inhalte ist zu entnehmen, dass die Bürger ein beständiges Gesundheitssystem wünschen. Sie bemängeln „zu viele Änderungen im Gesundheitssystem“ (Fragebogen Nr. 136). Die Menschen ersehnen eine gewisse Bürgernähe von Politikern. Eine Person schreibt exemplarisch: „Man sollte diese Politiker in die Wüste schicken oder sie müssten sich mal mit Bürgernähe beschäftigen“ (Fragebogen Nr. 208). Erwünscht sind ebenfalls transparente Informationen zu Reformen, eine gestärkte Öffentlichkeitsarbeit. „Die häufig, oft undurchdachten Äußerungen der Verantwortlichen in der Öffentlichkeit verunsichern mich und andere. Maßnahmen, auch wenn sie einzelne schmerzlich treffen könnten, würden sicherlich schneller akzeptiert werden, wenn sie überzeugender vorgebracht werden könnten und alle erkennen könnten, dass die Maßnahmen sinnvoll sind. Dazu ist es nach meiner Überzeugung wichtig, dass sich Politiker nicht so viel mit sich selbst beschäftigen, sondern unabhängig von der Parteizugehörigkeit das Wohl des Ganzen im Auge haben“ (Fragebogen Nr. 340). Sonstige acht Prozent umfassen die Problematik der Überweisungspflicht, das politische Engagement und eine umfangreiche Ursachenforschung des finanziellen Dilemmas.

Resümee

Von den Befragten werden besonders oft finanzielle Werte angesprochen (vgl. Abbildung 3). In Anbetracht dessen, dass Sachsen- Anhalt während der Erhebungsphase dieser Daten zu jenen Bundesländern mit den höchsten Arbeitslosenquoten Deutschlands gehörte (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 2003: 18), überrascht dies nicht sonderlich. Die Befragten äußern ein ausdrückliches Anliegen an einem „bezahlbaren“ Versicherungssystem ohne Zusatzkosten. Finanzen und Materielles werden offenbar zum durchgängigen Leitfaden, wenn soziale Realität beschrieben und beurteilt werden soll. Auch Ahlstick (1999: 77f) hält fest, dass „bei großen Teilen der Bevölkerung die Schmerzgrenze für Abgaben und Steuern erreicht ist, [...] und dass eine Ausweitung der Leistungen im Gesundheitssektor eine umfassende Finanzreform voraussetzt.“ Den finanziellen Belangen stehen mit einer relativen Gleichverteilung soziale, gesundheitliche und andere politische Aspekte gegenüber. Die Befragten sind der Meinung, dass es nicht nur die Aufgabe des Einzelnen ist, gesundheitliche Werte besonders hoch zu halten. Die Majorität der Studienteilnehmer legt die Verantwortung des Gesundheitssystems in die Hände der Politik. An dieser Stelle kann nicht geklärt werden, ob dies in anderen Bundesländern ebenfalls Bestand findet. Gründe für diese Haltung in Sachsen- Anhalt können aber auch unabhängig von anderen Bundesländern hergeleitet werden. So kann diese Einschätzung möglicherweise aus dem Gesundheitssystem der ehemaligen DDR resultieren. Dort gab es beispielsweise eine Impfpflicht, welche allen Bürgern bekannt war. Die Schule war dabei sogar eine quasi ausführende Instanz. Ahlstick (1999: 78) meint dazu, dass „sich Orientierungen durch die Erfahrungen mit der umfangreichen Steuerung und Kontrolle des Gesundheitswesens durch das sozialistische DDR- Regime dauerhaft verfestigt haben.“ Mögli-

cherweise nehmen dadurch präventive Leistungen der Krankenkassen für Sachsen- Anhalter einen hohen Stellenwert ein.

2.2 Sozialstrukturelle Wirkgrößen: Geschlecht, Alter und Bildungsstatus

Geschlecht

Frauen und Männer entfalten unterschiedliche Werthaltungen: Hoch signifikante Unterschiede⁴ zeigen die Äußerungen zum Gesundheitssystem dann, wenn sie aus Überlegungen zur *Sicherung der Gesundheit* oder aus *allgemeinen politischen Belangen* gespeist sind (vgl. Tabelle 1). Gegenüber jedem vierten männlichen Teilnehmer äußern sich 42 Prozent der weiblichen Befragten zu gesundheitlichen Werthaltungen. Es sind also eindeutig und herausragend die weiblichen Teilnehmer der Studie, welche die Erhaltung des Wohlbefindens der Menschen als bedeutsamen Auftrag des deutschen Gesundheitssystems postulieren. In dieser Kategorie geäußerte Aussagen betreffen zum großen Teil Wünsche zur präventiven Behandlung, wie Impfungen oder Voruntersuchungen. Offenbar haben Frauen ein stärkeres physisches Verantwortungsbewusstsein als Männer. Dies kann daher rühren, dass Mädchen und junge Frauen schon ab dem elften Lebensjahr wesentlich öfter einen Arzt aufsuchen als Jungen (vgl. Vogt 1998: 126). Darüber hinaus macht Maschewsky- Schneider (1997: 13) darauf aufmerksam, dass Frauen eine höhere Morbidität aufweisen als Männer, sie somit gesundheitsbewusster seien; sie nehmen häufiger medizinische Dienste in Anspruch und erkranken eher an Störungen, die seltener zum Tod führen (vgl. Vogt 1998: 124ff). Sie weisen „ein höheres Maß an gesundheitlicher Sensibilität auf, [...] Gesundheit und Krankheit stellt bei ihnen in stärkerem Maße als bei Männern wesentliche Komponenten und Kriterien der alltäglichen Lebensführung dar“ (Marstedt/ Mergner 1995: 98). Ein möglicher Grund für den Nachdruck, mit dem die Frauen gesundheitliche Leistungen des Systems einfordern, könnte die funktionalistische

Tabelle 1
Werthaltungen in Abhängigkeit vom Geschlecht. Prozentangaben.^a

	Geschlecht		
	weiblich (N 234)	männlich (N 168)	
gesundheitliche Werthaltungen	42	26	***
allgemein politische Ansichten	31	47	***
finanzielle Aspekte	78	74	
soziale Gesichtspunkte	36	35	

a Mehrfachnennungen sind möglich

*** $p \leq 0.001$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

⁴ Die Signifikanztests beruhen auf der Chi²- Logik. Diese sind mit Sorgfalt zu betrachten, da die Zellbesetzungen zum Teil klein sind.

Rolle der Frau in der Familie bei gesundheitlichen Problemen sein. Sie wird als Expertin in Gesundheitsfragen verstanden, sie trifft zumeist die Entscheidung, wann und welche medizinische Hilfestellung angenommen wird; ihre selbstverständliche „Weiterbildung“ in Medizin- und Gesundheitsfragen wird von der Familie positiv bewertet und entspricht der Rollenzuschreibung durch die Familie (vgl. ebd. 99).

Knapp ein Drittel der Teilnehmerinnen und annähernd jeder Zweite der befragten Männer äußern sich zu *allgemeinen Belangen*, die die Politik im Gesundheitssektor zu erbringen habe. Eine solch auftretende Abweichung der Geschlechter tritt bislang nur in dieser Klasse und jener der gesundheitlichen Ebene auf - und dies hoch signifikant. Offensichtlich hegen Männer stärker den Wunsch nach politischer Beteiligung der Bevölkerung als Frauen. Dies liegt möglicherweise in der Geschichte begründet, denn über eine Dauer von mehreren Jahrhunderten wurden Frauen von politischen Bereichen ausgeschlossen (vgl. Geißler 2000: 48f). Nach Geißler wurde in der ehemaligen DDR zwar „die politische Mobilisierung der Frauen aus politischen und ideologischen Gründen früher und entschiedener angepackt“ (1996: 288), doch ist dies nicht auf den höchsten Ebenen des politischen Systems erfahrbar gewesen. Die DDR vertrat gewissermaßen ein politisches Leitbild, in dem Frauen einen wichtigen Beitrag für den Aufbau des Sozialismus leisten sollten. Mit dem Abbau von Nachteilen für Frauen sollten diese für das neue sozialistische System gewonnen werden. „Ideologisch war die Gleichheit von Männern und Frauen ein Element der egalitären Utopie von der kommunistischen Gesellschaft“ (ebd. 276). Somit überrascht es nicht, dass die politische Frauenbeteiligung in der DDR wesentlich höher war als in der Bundesrepublik (vgl. ebd. 289ff). In Bezug auf finanzielle und soziale Belange argumentieren beide Geschlechter relativ gleich. Es ergeben sich somit keine geschlechtstypisierten Unterschiede.

Alter und Bildungsstatus

Durch besondere Erfordernisse, die die Familienbildung bzw. -versorgung mit sich bringen, wird vermutet, dass Befragte, die vor 1974 geboren wurden, besonders Wünsche und Erwartungen im Hinblick auf soziale und gesundheitliche Dimensionen hegen. Aber auch der gesundheitliche Zustand älterer Befragte könnte den Blick auf das Gesundheitssystem schärfen, da mit steigendem Alter der Gesundheitszustand zunehmend schlechter wird (vgl. Badura/Strodtholz 1998: 155; Dippelhofer-Stiem/Döll 2005). Dies betrifft möglicherweise besonders jene Jahrgänge, die vor 1963 geboren wurden. Auch finanzielle Aspekte werden diese Altersgruppen unter Umständen beschäftigen, möglicherweise aber nicht ganz so stark wie bei jüngeren Befragten, die nach 1964 geboren wurden, da sie größere finanzielle Aufwendungen für den Familienunterhalt aufbringen müssen als die ältere Kohorte. So schenken mehr Menschen, die ab 1959 geboren wurden, der finanziellen Dimension Beachtung, wobei allerdings kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht. Bei gesundheitlichen Themen, die Politik in die Verantwortung zu nehmen, ist bei jenen Personen, die vor 1959 geboren wurden, signifikant ausgeprägter als bei Befragten, welche ab 1959 auf die Welt kamen.⁵ So lassen sich 44 Prozent der älteren Informanten als „von politischen Erwägungen geleitet“ positionieren. Hingegen ist es bei den Jüngeren nicht einmal ein Drittel. Beide Geschlechter richten gleichermaßen ihren Blick in Abhängigkeit vom Geburtsjahr auf die Zuständigkeit der Politik für das Gesundheitssystem. Relativ homogen erscheinen die Werthaltungen in Bezug auf soziale Aspekte des Gesundheitssystems, ca. jeder Dritte aus beiden Parteien nennt Wünsche zu dieser Dimension.

⁵ Es ist hierbei auf die Altersverteilung der Stichprobe zu verweisen. Eine dichotome Einteilung der vor 1959 und ab 1959 Geborenen erfolgt anhand des Medians. Dieser teilt die Stichprobe in zwei gleich große Hälften und liegt die Variable des Geburtsjahres betreffend bei 1958,6.

Tabelle 2

Zusammenhänge zwischen den genannten Werthaltungen und dem Bildungsstatus. Prozentverteilungen.^a

Werthaltungen	Abschluss ^b		
	niedriger formaler Bildungsabschluss ^c (N 243)	hoher formaler Bildungsabschluss ^d (N 146)	
- finanzielle	74	81	
- politische	34	46	*
- soziale	38	32	
- gesundheitliche	35	34	

a Mehrfachantworten sind möglich

b Höchstqualifizierender Abschluss; ohne „keinen Abschluss/ gehe noch zur Schule“ bzw. „Sonstiges“

c Die Kategorien „8. Klasse“ und „10. Klasse“ wurden zusammengefasst

d Die Kategorien „Abitur“ und „Hochschulexamen“ wurden zusammengefasst

* $p \leq 0.05$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Gesundheitliche Werthaltungen, die sich auf die Medizinalstruktur richten, bilden eher das Schlusslicht in dieser Betrachtung. Mehr Junge als Alte äußern Aspekte zur Gesundheit. Die Dichotomisierung erzeugt allerdings keine überzufälligen Effekte.

Der Bildungsstatus übt erfreulicherweise keinen starken Einfluss auf Erwartungen an das Gesundheitssystem aus. Wünsche an das Gesundheitssystem, welche finanzielle Aspekte umfassen, werden häufiger von jenen Personen genannt, die als höchsten Bildungsabschluss das eigene Abitur angeben. Rund 87 Prozent aller teilnehmenden Abiturienten nennen Vorstellungen, welche die monetäre Situation im Gesundheitswesen betreffen. Mit relativer Gleichverteilung folgen mehr als drei Viertel der Hochqualifizierten und jene, die den Abschluss der zehnten Klasse erlangten. Auffallend ist die Zahl der beteiligten unteren Bildungsschicht, denn nur annähernd zwei Drittel äußern hier finanzielle Anliegen. Dies verwundert ein wenig in Anbetracht der Tatsache, dass Personen dieser Bildungsschicht zu jenen gehören, die mit einem eher geringen Einkommen haushalten müssen. Möglicherweise war diese Gruppe zum Zeitpunkt der Befragung auch nicht hinreichend darüber informiert, welche Auswirkungen die damalig relevanten Reformen für sie haben könnten. Soziale Werthaltungen werden häufiger von Schulabgängern der achten (35 Prozent) und zehnten Klasse (39 Prozent) sowie von Absolventen der Gymnasien (38 Prozent) angesprochen. Nicht einmal jeder dritte Hochqualifizierte benennt soziale Einstellungen im Gesundheitswesen. Möglicherweise deshalb, weil Personen aus den hohen Bildungsschichten nicht so häufig von sozialen Ungleichheiten betroffen sind wie Menschen mit einem niedrigen Bildungsstatus.⁶ Aspekte die Gesundheit betreffend werden von Abiturienten und Personen, die die mittlere Reife erlangten, häufiger genannt als von den Extremgruppen. Besonders niedrig, gerade einmal 25 Prozent, ist die Quote derjenigen, die ihre Schullaufbahn mit der achten Klasse abschlossen. Politische Blickwinkel nehmen besonders Abiturienten und Hochschulabsolventen ein. Fast jeder Zweite die-

⁶ Die höchsten frequentierten Äußerungen dieser Kategorie behandeln das Thema der sozialen Ungleichheit.

ser Gruppen äußert, dass das Gesundheitssystem an politische Handlungsfelder gekoppelt ist. Hingegen geben nur rund vier von zehn Befragten der Schulabgänger der achten und nur jeder Dritte der zehnten Klasse politische Betrachtungsweisen wider.

Die Dichotomisierung der vier Gruppen zu niedrigen bzw. hohen Bildungsabschluss bestätigt das oben beschriebene Ergebnis, denn diese scheinen in der Zusammenführung signifikant auf (vgl. Tabelle 2). Es kann zum einen als ein gewünschtes politisches Engagement der Bevölkerung interpretiert werden und zum anderen als Aufforderung durch hohe Bildungsschichten an die Politik die entsprechenden Weichen für ein funktionierendes Gesundheitssystem zu stellen.

2.3 Der Zusammenhang von Werthaltungen und der eigenen Gesundheit

Dippelhofer- Stiem/ Döll (2005: 81) zeigen im Fünften Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt, dass sich Gesundheit und Krankheit als ein mehrdimensionales Geflecht beschreiben lässt. Sie halten fest, dass „Sich- Wohlfühlen und Beschwerden zwar miteinander kovariieren, sich aber ebenso wenig zwingend ausschließen wie die Selbstattribuierung eines positiven Gesundheitszustands, obgleich schwere Krankheiten vorliegen“ (ebd. 81). Der Bevölkerungssurvey maß das subjektive Gesundheitsbild der Befragten mit drei Indikatoren, das durch den eigens beurteilten Gesundheitszustand, das Auftreten von Beschwerden und das Vorhandensein diagnostizierter Krankheiten abgebildet wird. Wie aber beeinflussen diese Indikatoren die Beurteilung des Gesundheitssystems? Möglicherweise begutachten Menschen mit einem positiven subjektiven Gesundheitszustand dieses System aus anderen Blickwinkeln als Personen mit einem tendenziell schlechten Befinden. Und auf welche Weise wirken sich Erfahrungen mit ärztlichen Behandlungen auf die Bewertung aus? Eventuell heben sich Gruppen mit bestimmten Erkrankungen von Bevölkerungsteilen, die sich wiederum wegen anderer Krankheiten in Behandlung befinden, ab.

Der subjektive Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Sachsen- Anhalt übt in groben Kategorien abgebildet keinen signifikanten Einfluss auf Werthaltungen der Menschen aus. Befragte, die einen eher schlechten Gesundheitszustand vorweisen, nennen ebenso fiskalische Ansichten wie jene, die über einen guten Zustand des eigenen Wohlbefindens verfügen. So äußern 73 Prozent derer, die ihren Gesundheitszustand als eher schlecht bewerten und 78 Prozent der Menschen mit einem eher positiven Wohlbefinden, finanzielle Gesichtspunkte. Erst ein Extremgruppenvergleich zwischen Menschen, die ihren Gesundheitszustand besonders schlecht bzw. ausgezeichnet bewerten, deckt einen überzufälligen Effekt auf⁷ (vgl. Tabelle 3). Danach nennen 82 Prozent der Menschen mit einem ausgezeichneten Gesundheitszustand finanzielle Aspekte. Von der Vergleichsgruppe äußern solches nur 46 Prozent. Möglicherweise erfolgt die Nennung aus finanziellen Perspektiven, weil angenommen werden kann, dass Menschen, die einen guten Gesundheitszustand aufweisen, seltener Dienstleistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen und deswegen nur die eigenen Beitragszahlungen berücksichtigen können, aber keine Leistungen in Anspruch nehmen. Des Weiteren werden zwar gesundheitliche Gesichtspunkte zum Gesundheitssystem häufiger von Menschen genannt, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerten, allerdings nicht in signifikanter Weise. Es ist hier ein ge-

⁷ Da die Teilstichproben der Extremgruppen äußerst gering sind, sollte dies bei der Beurteilung des Signifikanztests berücksichtigt werden, obwohl der exakte Test nach Fisher an dieser Stelle durchgeführt wurde.

Tabelle 3

Zusammenhänge zwischen den genannten Werthaltungen und dem subjektiven Gesundheitszustand. Extremgruppenvergleich. Prozentverteilungen.^a

Werthaltungen	Gesundheitszustand ^b		
	schlecht (N 13)	ausgezeichnet (N 27)	
- finanzielle	46	82	*
- politische	46	44	
- soziale	38	30	
- gesundheitliche	46	30	

a Mehrfachantworten sind möglich

b Frageformulierung „Ganz allgemein gesprochen: Wie Würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“

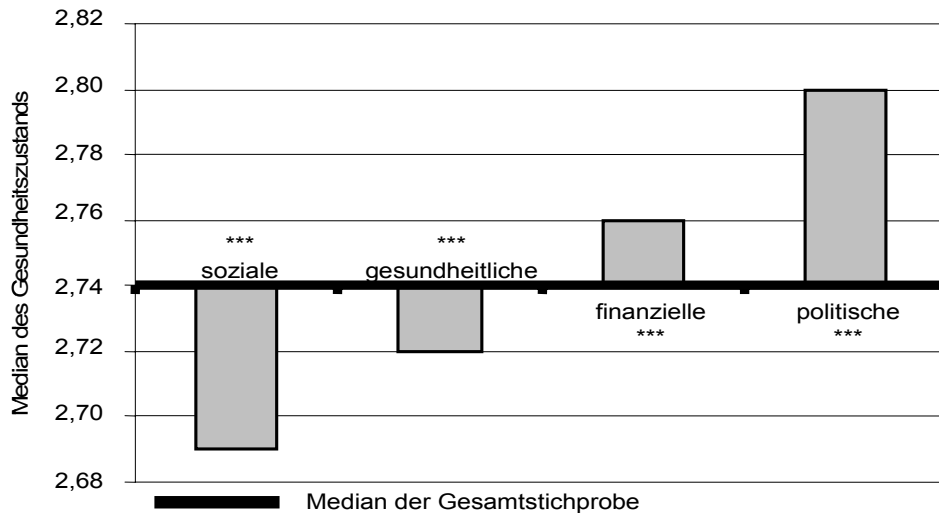
* $p \leq 0.05$ (exakter Test nach Fisher)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

genteiliges Bild zu finanziellen Aspekten zu erblicken. Je schlechter der Gesundheitszustand beurteilt wird, desto häufiger nennen die Personen der jeweiligen Gruppen gesundheitliche Werthaltungen zum System. Politische und soziale Einstellungen werden hingegen kaum durch eine positive bzw. negative subjektbezogene Gesundheitseinschätzung beeinflusst. Soziale als auch politische Belange sind gleichsam an gesunde wie kranke Menschen gekoppelt. Zumindest können in dieser Studie keine Divergenzen zwischen Gruppen, die sich gesund bzw. krank fühlen, in Bezug auf andere Dimensionen als der des finanziellen Bereichs aufgedeckt werden.

Der Medianvergleich macht deutlich, dass Personen, die finanzielle und/ oder politische Werthaltungen nennen, ihren Gesundheitszustand positiver bewerten als jene, welche soziale bzw. gesundheitliche Aspekte des Gesundheitssystems bemängeln. Bei Menschen, die politische Ansichten nennen, liegt der Mittelwert des selbst wahrgenommen Gesundheitsstatus' bei 2,8, demnach über dem Median der Gesamtstichprobe, der bei 2,74 liegt (vgl. Abbildung 4). Hingegen nehmen jene, die soziale Gesichtspunkte nennen, ihren Gesundheitszustand negativer wahr (Median 2,69). Eine eher geringe, dennoch überzufällige Abweichung, weisen Personen auf, die finanzielle bzw. gesundheitliche Aspekte nennen. Möglicherweise hängt die schlechtere Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes mit der Wahrnehmung sozialer Ungleichheit und dem Wunsch nach einer Berufstätigkeit zusammen, welche von den Probanden in dieser Grobkategorie am häufigsten genannt wird. Denn nach Hradil (vgl. 2001: 209) tritt die Unzufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei ihnen öfter auf. Gesundheitliche Aspekte werden unter Umständen hier von jenen genannt, die zum einen ihre Gesundheit negativer einschätzen, weil sie öfter gesundheitliche Dienste in Anspruch nehmen oder aber wie oben benannt zu jenen Gruppen gehören, die arbeitslos sind oder durch ihre berufliche Tätigkeit beeinträchtigt werden. Dem gegenüber stehen Menschen mit einer eher positiven Bewertung der eigenen Gesundheit, die sich politisch engagieren, das Gesundheitssystem als Aufgabe der Regierung ansehen und finanzielle Forderungen stellen. Es sind diejenigen mit einem höheren Bildungsstatus, denn diese verfügen nach Dippelhofer- Stiem und Döll (2005: 89) über einen besseren Gesundheitszustand als jene der niedrigen Bildungsschichten.

Abbildung 4
 Genannte Werthaltungen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand.^a Mediane (N 405).



a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „sehr gut“; die Frageformulierung zielt auf die zusammenfassende Einschätzung des eigenen Wohlbefindens

*** $p \leq 0.001$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Beschwerden

Personen, die eher selten Beschwerden wahrnehmen, nennen häufiger finanzielle und politische Aspekte des Gesundheitssystems. Anders hingegen Personen mit einer höheren Beschwerdehäufigkeit - sie nennen zumeist soziale und gesundheitliche Faktoren des Systems. Hoch signifikante Unterschiede bestehen zwischen der Häufigkeit des Auftretens diverser Beschwerdearten und den Nennungen der verschiedenen Werthaltungen (vgl. Tabelle 4). Akzentuierend wird attestiert, dass Befragte, die finanzielle Vorstellungen zum Gesundheitssystem nennen, insgesamt geringer durch Beschwerden belastet sind als die Vergleichsgruppen. So liegt der Median jener Personen, die fiskalische Ansichten äußern, bei fast allen Beschwerdeformen gleich bzw. unter dem Wert der zentralen Tendenz der Gesamtstichprobe, bestätigt wird dies ebenfalls über die Zusammenführung aller Beschwerdeformen zu einer Summenskala, wobei der Median der Gesamtstichprobe bei 19,9 und jener, der Teilstichprobe der finanziellen Werthaltungen bei 19,7 liegt. Nur das Auftreten von gedrückter Stimmung weicht von dieser Neigung ab. Personen, die häufiger unter Kopf- und Zahnschmerzen, gedrückter Stimmung sowie Schlafstörungen leiden, stellen eher soziale Werthaltungen in den Vordergrund als jene, die Gesundheit und Krankheit als Ressort der Politik ansehen oder gesundheitliche Aspekte des Gesundheitswesens nennen. So äußern sich Menschen mit einer eher niedrigen Beschwerdehäufigkeit tendenziell öfter zu politischen Gesichtspunkten. Den Gegenpol bilden Gruppen mit häufig auftretenden Rückenbeschwerden, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Sie formulieren hingegen besonders gesundheitliche Ansichten.

Tabelle 4
 Werthaltungen in Abhängigkeit von Beschwerdehäufigkeiten.^a Mediane^b (N 405).

	gesamt ^c	finanzielle	soziale	politische	gesundheitliche	
Rückenschmerzen	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	***
Müdigkeit	3,2	3,2	3,1	3,2	3,4	***
Kopfschmerzen	2,6	2,6	2,8	2,5	2,7	***
gedrückte Stimmung	2,6	2,6	2,8	2,5	2,7	***
Konzentrations-Schwierigkeiten	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	***
Schlafprobleme	2,5	2,5	2,7	2,5	2,5	***
Magenschmerzen	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	***
Zahnschmerzen	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6	***
Summenskala ^d	19,9	19,7	20,6	19,3	20,3	***

a Frageformulierung „Auch Menschen, die sich eigentlich ganz wohl fühlen, haben manchmal Beschwerden. Wie ist das bei Ihnen? Denken Sie einmal an das letzte halbe Jahr: Inwieweit sind bei Ihnen folgende Beschwerden aufgetreten?“

b Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 2 „selten“, 3 „hin und wieder“, 4 „öfter“, 5 „sehr häufig“

c Gemeint ist die Gesamtstichprobe der Studie

d Summenskala 8–40; 8 = in allen Items „überhaupt nicht“, 40 = in allen Items „sehr häufig“ genannt

*** $p \leq 0.001$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Diagnostizierte Krankheiten

Die folgenden Befunde werden klären, ob die Behandlung von Krankheiten durch einen Arzt und damit auch der direkte Bezug zum Gesundheitssystem, einen Einfluss auf die Vorstellungen der Menschen zum System ausübt. Es wird vermutet, dass Personen, die schwere Krankheiten erlitten haben oder noch darunter leiden, eine spezifischen Blick und damit andere Bedürfnisse an die Dienstleistungen des Gesundheitswesens ausbilden als jene, die bisher nicht in diese Situation gekommen sind. Divergent und signifikant zugleich erscheint das Verhältnis zwischen Menschen, die unter Krankheiten des Bewegungsapparates leiden bzw. litten. Vier von zehn Befragten geben politische Ansichten wieder, während dies nur etwas drei von zehn Probanden der Vergleichsstichprobe formulieren. Ein ähnliches Verhältnis besteht zwischen der genannten Krankheitsgruppe und sozialen Wertschätzungen. Auch hier formulieren

40 Prozent derjenigen, die sich wegen Rückenkrankheiten in ärztliche Behandlung begaben, dass soziale Aspekte, insbesondere Wirkungsgeflechte aus sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung vermindert werden müssen. Darüber hinaus äußert annähernd jeder Zweite, der sich wegen allergischer Reaktionen in ärztliche Behandlung begeben musste, politische Werthaltungen (vgl. Tabelle 5). Sie meinen, dass die Gesundheit der Menschen Aufgabe der Politik sei. In der Vergleichsgruppe gibt dies hingegen nur jeder Dritte an. Offenbar verspüren gerade Menschen, die sich wegen Problemen des Bewegungsapparates in ärztlicher Behandlung begeben, das Anliegen, durch politische Mechanismen Veränderung herbeizuführen. Nach Dippelhofer- Stiem/ Döll (2005: 91) sind „Rückenbeschwerden und die Nachfrage nach ärztlicher Behandlung aufgrund von Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat das dominierende Sorgenfeld der Arbeiter.“ Oppolzer (1994: 127) belegt, dass Arbeitende mit einem niedrigen beruflichen Status etwa doppelt so häufig - und zudem schwere - gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen als Höhergestellte. Aus diesem Grund kann vermutet werden, dass die genannten Äußerungen aus Gruppen mit einem niedrigen beruflichen Status herrühren. Nervöse bzw. emotionale Störungen scheinen einen hoch signifikanten Einfluss auf die Beurteilung des Gesundheitssystems aus gesundheitsrelevanten Perspektiven auszuüben. Denn mehr als jeder Zweite der psychisch Erkrankten bzw. jene, die wegen emotionalen Störungen von einem Arzt behandelt wurden oder werden, geben in ihren Ausführungen ihr Bestürzen über das desolate Versorgungsnetz durch Psychologen bzw. Psychotherapeuten wider. Darüber hinaus könnten diese Personen davon betroffen sein, mit ihrer Krankheit nicht ernst genommen zu werden.

Tabelle 5
Signifikante Beziehungen zwischen diversen Werthaltungen und dem Auftreten ausgewählter Erkrankungen^a. Prozentverteilungen.

Werthaltungen	Krankheiten					
	Bewegungsapparat		Allergien		nervöse/ emotionale Störungen	
	nicht behandelt (N 167)	behandelt ^b (N 225)	nicht behandelt (N 274)	nicht behandelt (N 110)	nicht behandelt (N 291)	behandelt (N 94)
- politische	32	42 *	35	47 *		
- soziale	30	40 *				
- gesundheitliche					31	54 ***

a Frageformulierung „Und wie ist das mit ernsthaften Erkrankungen? Sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung? Oder war dies früher einmal der Fall?“

b Die Kategorien „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“, „ja, das ist schon länger her“ wurden zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

3. **Zusammenschau und Ausblick**

Es kann festgestellt werden, dass das Gesundheitssystem von der Bevölkerung sehr vielschichtig wahrgenommen wird. Aus finanziellen, politischen, sozialen und gesundheitlichen Perspektiven beurteilen die Sachsen-Anhalter die medizinische Versorgung des Landes. Besonders finanzielle Aspekte werden in der Bevölkerung laut: Augenfällig sind speziell die Zusatzkosten, mit welchen die Deutschen seit dem 1. Januar 2004 leben müssen. Inwieweit die ökonomische Situation der Bewohner eine Rolle in der Bewertung des Medizinsystems spielt, könnte das Anliegen weiterführender Forschungen sein.

Die Teilnehmer der Studie wünschen sich ein beständiges Versicherungssystem, ohne für Medikamente als auch für die Behandlung Zuzahlungen leisten zu müssen. Doch nicht nur materielle Aspekte werden von den Befragten ausgeschmückt: So rangieren in etwa gleichen Verteilungen Ansichten, die sich auf soziale, politische und gesundheitliche Belange konzentrieren. Formulierungen, die sich auf soziale Gesichtspunkte des Gesundheitssystems beziehen, schließen zumeist Tatsachen der sozialen Ungleichheit ein. Hingegen sind gesundheitliche Argumente aus der medizinischen Versorgung gespeist. Viele Sachsen-Anhalter fühlen sich nicht ausreichend versorgt. Hierunter fallen nach ihren Auffassungen präventive Leistungen, regionale Erreichbarkeiten der Ärzte und quantitativ personelle Mängel. Gleichsam zeigen die Niederschriften der Teilnehmer, dass die Betonung finanzieller Aspekte mit der Negierung der gesundheitlichen Bereiche des Systems einhergeht. Dies bedeutet: Wird das Gesundheitssystem aus monetären Blickwinkeln betrachtet wird, so darf es nicht in Zusammenhang mit gesundheitlichen Werthaltungen gebracht werden. Ähnliches, wenn auch in geschwächerter Intensität und Ausprägung, gilt auch für Zusammenhangsbetrachtungen von finanziellen und sozialen bzw. politischen Ausrichtungen. Schlussfolgernd sollten Politiker, sofern die Politik finanzielle Einsparungen vorsieht, eher die Strukturen und Prozesse des Systems als Leistungskürzungen im Auge haben.

Die Betrachtung des Einflussfaktors Geschlecht, brachte Unterschiede in Bezug auf soziale und politische Aspekte hervor. Es sind eher die Männer, im Besonderen jene zwischen 40 und 50 Jahren, die politische Maßnahmen kritisieren und soziale Ungleichheiten im Gesundheitswesen aufspüren. Sie hegen wesentlich intensiver bzw. stärker den Wunsch nach einer politischen Beteiligung der Bevölkerung. Dies bestärkt den Wegweiser bevölkerungsorientierter Reformbemühungen. Die Menschen im Land möchten befragt werden, wenn es um Veränderungen im Gesundheitssystem geht. Besonders Frauen, die älter als 60 Jahre sind, äußern hingegen gesundheitliche Aspekte des Systems. Sie zeigen sich besonders interessiert an der gesundheitlichen Versorgung durch Ärzte und Pflegepersonal.

Die Politik bei gesundheitlichen Themen in die Verantwortung zu nehmen, ist bei Personen die vor 1959 geboren sind wesentlich ausgeprägter als bei den jüngeren Jahrgängen. Das Gesundheitssystem in den übrigen Betrachtungsweisen betreffend, sind hingegen kaum Auffälligkeiten in Abhängigkeit vom Alter ersichtlich. Jüngere und ältere Kohorten zeigen ähnliche Wertprioritäten, die den medizinischen Sektor betreffen. Ingleharts These, dass ältere Menschen eher materialistische Orientierungen aufweisen, konnte widerlegt werden; zumindest ist dies nicht in Bezug auf finanzielle Aspekte des medizinischen Sektors nachzuweisen. Gleiches ist auch in Hinsicht auf postmaterialistische Einstellungen zu konstatieren. Doch kann hier angeregt werden, Untersuchungen breitflächiger und differenzierter anzulegen. So könnten Mischtypen, wie sie auch Inglehart extrahieren konnte, in die Erforschung von Werthaltungen zum Gesundheitssystem einfließen.

Beziehungen aus unterschiedlichen Bildungsabschlüssen konnten nicht nachgewiesen werden. Dennoch werden unterschiedliche Sichtweisen zwischen Teilnehmern mit einem hohen bzw. niedrigen Bildungsstatus sichtbar. Menschen aus höheren Bildungsschichten möchten die Politik stärker in die Verantwortung ziehen als Personen mit einer geringen formalen Bildung. Möglicherweise liegt dies an den fehlenden Informationen bildungsniedriger Gruppen. Politik sollte daher auf breit angelegte Aufklärungsangebote für die Menschen im Land achten. Hierbei kann angemerkt werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zwar eine Informationsbroschüre zur Gesundheitsreform 2004 bereit hielt, doch war diese zum Einen nur durch Aufforderung zu bekommen, zum Anderen wurde diese erst im Oktober 2004 publiziert. Es sei hiermit auf die Reformbemühung verwiesen, dem Gesundheitssystem mehr Transparenz zu verleihen.

Die Darstellungen konnten klären, dass je besser das persönliche Wohlbefinden der Befragten eingeschätzt wird, desto häufiger finanzielle Wertvorstellungen wiedergegeben werden. Diese widmen sich zum größten Teil den Zusatzkosten im Gesundheitssystem. Des Weiteren werden gesundheitliche Gesichtspunkte vielfacher von Menschen genannt, die ihren Gesundheitszustand eher schlecht bewerten. Gleichmaßen konnte aber auch herausgestellt werden, dass Befragte, die finanzielle Vorstellungen zum Gesundheitssystem nennen, insgesamt geringer durch Beschwerden belastet sind als die Vergleichsgruppen. Personen, die häufiger unter Kopf- und Zahnschmerzen, gedrückter Stimmung sowie Schlafstörungen leiden, stellen soziale Werthaltungen in den Vordergrund. Gruppen mit häufig auftretenden Rückenbeschwerden, Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, formulieren hingegen besonders gesundheitsbezogene Forderungen an den Medizinsektor. Befragte, die unter Allergien, Krankheiten des Bewegungsapparates und nervösen Störungen leiden bzw. litten und deswegen ärztlich behandelt werden oder wurden, weisen signifikante Disparitäten in Bezug auf die politischen Erwartungen an das Gesundheitssystem auf.

Insgesamt kann abgeleitet werden, dass differenzierte Sichtweisen der Bevölkerung unterschiedlicher sozialer Schichten sowie von einander divergente Lebenslagen von Wichtigkeit sind, wenn es darum geht ein soziales System, wie jenes der Gesundheit zu reformieren. Durch eine Erhöhung der Stichprobe könnten dabei noch vielfältigere Ergebnisse geliefert werden. Auch eine andere Kategorisierung der Werthaltungen, beispielsweise ausdifferenzierte Vorstellungen und Wünsche wären höchst interessant, bedürfen aber einer höheren Probandenzahl.

Um eine mögliche Rangreihung der Wünsche im Prioritätenkontinuum darstellen zu können, wären Untersuchungen mit einer zu dieser Arbeit divergenten Bestimmung der Analyseeinheit denkbar. So könnten die Ausarbeitungen der Teilnehmer hinsichtlich ihrer verbalen Ausdrücke differenziert betrachtet werden. In dieser Analyse sind Menschen, die älter sind als 65 Jahre, unbeachtet geblieben. Für zukünftige Untersuchungsabsichten wird daher die Einbeziehung dieser Personengruppe empfohlen. Denn sie sind es, die zukünftig dieses Bundesland noch stärker repräsentieren. Wenn sich Politiker mit Reformabsichten im Allgemeinen und mit dem Gesundheitssystem im Besonderen auseinandersetzen, sollte im Sinne der Systemstabilität und der Zufriedenheit der Menschen, die Bevölkerung über deren Erwartungen und Wünschen befragt werden. Dies wäre durch eine Verknüpfung unterschiedlicher Erhebungs- und Auswertungsmethoden möglich, denn auf diese Weise können differenzierte Ergebnisse zum Vorschein gebracht werden, welche sich in Verbindung noch effizienter nutzen ließen. Darüber hinaus sollte die Politik in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft änderungswürdige Systeme und Defizite in bereits reformierten Systemen identifizieren und Problemlösungsstrategien ausarbeiten.

Literatur

Ahlstich, K. (1999): Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Wertewandel. Wiesbaden.

Badura, B./ Strodtholz, P. (1998): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/ München.

Bundesanstalt für Arbeit (2003): Die Entwicklung des Arbeitsmarktes im April 2003. Nürnberg.

Dippelhofer- Stiem, B., unter Mitarbeit von Köhler, G. (2003): Fragestellung und Stichprobe, Feldphase und Erhebungsinstrument des Bevölkerungssurveys „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“. Arbeitsbericht 2 des Forschungsprojekts Gesundheitsberichterstattung. Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.

Dippelhofer- Stiem, B./ Döll, P. (2005) Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt. Gesundheit und Wohlbefinden - Befunde des Bevölkerungssurveys zum subjektiven Gesundheitsbild und dessen Determinanten. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt. Magdeburg.)

Gensicke, T. (1998): Die neuen Bundesbürger. Eine Transformation ohne Integration. Opladen/ Wiesbaden.

Geißler, R. (1996): Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung. Opladen.

Geißler, R. (2000): Ungleichheit zwischen Frauen und Männern. In: Bundeszentrale für politische Bildung (BpB) (Hrsg.) (4. Quartal 2000): Informationen zur politischen Bildung. Heft 269. Sozialer Wandel in Deutschland. Bonn.

Hradil, S. (2001): Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen.

Maag, G. (1991): Gesellschaftliche Werte. Strukturen, Stabilität und Funktion. Opladen.

Marstedt, G./ Mergner, U. (1995): Gesundheit als produktives Potential. Berlin.

Maschewsky- Schneider (1997): Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim u. a.

Oppolzer, A. (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen.

Potter, J. (2005): Werthaltungen und Wünsche der Bevölkerung im Spiegel ihrer Kritik am deutschen Gesundheitssystem – Eine empirisch quantitative Studie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen- Anhalt. Magisterarbeit. Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.

Vogt, I. (1998): Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/ München.