

Editorial

Zuerst die gute Nachricht: Allen geht es immer besser. Überall in den Industrieländern steigt die Lebenserwartung, ebenso die Überlebensrate bei schweren Krankheiten. Die Säuglingssterblichkeit sinkt. Die schlechte Nachricht ist, dass es eben nicht allen gleichermaßen besser geht. Wer bisher schon im Vorteil war, profitiert von der Entwicklung deutlich mehr als die traditionell Benachteiligten. Die Folge ist, dass die Schere zwischen Arm und Reich sich auch bei der Gesundheit immer weiter öffnet.

Da, wo die sozialen Unterschiede schon bisher besonders gravierend waren, in den USA etwa, wird dem Problem mit der Schere die größte Aufmerksamkeit geschenkt. Da, wo ein gleicher Zugang zu medizinischer Versorgung gesichert ist, neigt man dazu, das Problem zu ignorieren – in Deutschland zum Beispiel. Zu Unrecht: Wer es sich leisten kann, zum Arzt zu gehen, wird deswegen nicht automatisch wieder gesund. Der jüngste Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung lenkt die Aufmerksamkeit darauf, was Patienten aus unterschiedlichen sozialen Schichten in der Praxis oder der Klinik erleben. Zugleich zeigt er, dass die Entwicklung nicht leicht und rasch umzukehren sein wird. Was ein Patient vom Arztbesuch mitnimmt, wie gut er mit den dort gelieferten Informationen zurechtkommt, wie nah die ärztlichen Ratschläge an seiner Lebenswirklichkeit sind – alles das ist von sozialen Prägungen und kulturellen Traditionen abhängig.

„Die Aufgabe ist für alle gleich“, sagt in einer bekannten Karikatur der Lehrer zu einer Elster, einem Schimpansen, einem Elefanten und einem Seelöwen: „Klettern Sie auf einen Baum!“ Mit einer so schlichten Auslegung des Gleichheitsgedankens fördert man weitere Ungleichheit. Dass Ungleiches wenigstens manchmal und zeitweise ungleich behandelt werden muss, dass Benachteiligte zu fördern sind, wenn man sie faktisch gleichstellen will – dieser Gedanke der Achtzigerjahre gewinnt nun auch im Gesundheitswesen an Einfluß.

Was das in der Praxis heißt, ist weltweit noch weitgehend unklar. Einen überzeugenden Masterplan gibt es nirgends. Aber wo das Problembewusstsein erwacht ist, regen sich immerhin erste Initiativen.

Soziale Ungleichheit: Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung

Von Dr. Gerd Marstedt und Robert Amhof

Für die Erklärung schichtspezifischer Unterschiede bei Morbidität und Mortalität gibt es seit den Ausführungen von Mielck (1993) ein umfassendes theoretisches Koordinatensystem. Der „soziale Gradient“ ist danach zu erklären durch höhere gesundheitliche Belastungen, eine weniger gesunde Lebensweise, weniger effektive Bewältigungsstrategien und -ressourcen sowie eine schlechtere medizinische Versorgung unterer Sozialschichten. Für die Analyse der schichtspezifischen Bewältigungsmuster sind in der letzten Zeit vielfältige Konzepte entwickelt worden, darunter auch das Modell der „Gesundheitskompetenz“. Dieses beschreibt „die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken - zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein.“ (Kickbusch 2006) Empirische Studien haben beispielsweise gefunden, dass Personen mit geringer Gesundheitskompetenz weniger zuverlässig bei der Nennung solcher Medikamente sind, die sie bereits von anderen Ärzten verordnet bekommen haben (Persell u.a. 2007), ein geringeres Maß an Therapiebeteiligung zeigen und daher auch einen ungünstigeren Krankheitsverlauf (Juzych u.a. 2008) haben sowie seltener zu Früherkennungsuntersuchungen gehen und ärztliche Anweisungen befolgen (Baker u.a. 2007).

Für die Erfassung von „health literacy“ gibt es im englischsprachigen Raum inzwischen eine Reihe von Fragebögen und Testverfahren, die auch an sehr großen Stichproben erprobt und geeicht wurden. In Deutschland stehen vergleichbare Studien noch aus. Der erste Teil dieses Newsletters knüpft an die Grundidee der „Gesundheitskompetenz“ an, geht jedoch darüber hinaus und verwendet auch andere Indikatoren zur Beschreibung schichtspezifisch unterschiedlicher Einstellungen und Verhaltensmuster. Ausgangspunkt sind drei Hypothesen, nach denen die Chancen zu einer erfolgreichen Therapie höher sind, wenn ein Patient a) informiert ist über Entstehungshintergründe seiner Krankheit und Symptome, über Präventionsmöglichkeiten und auch unterschiedliche Therapie- →

Alternativen und b) im Rahmen der Therapie eigene Kenntnisse und Erwartungen einbringt und an Entscheidungen partizipiert. Da ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis ein zentrales Element für den Therapie-Erfolg ist, dürfte jene Patienten einen Vorteil haben, die c) ihren Arzt sehr sorgfältig aussuchen und gegebenenfalls auch wechseln.

Hiervon ausgehend wird mit Daten des Gesundheitsmonitor aus mehreren Erhebungswellen seit 2004 Fragestellungen nachgegangen, die schichtspezifische Differenzen überprüfen, und zwar:

- bei der Klärung oder Vertiefung ärztlicher Informationen im Zusammenhang eines Arztbesuchs,
- beim Wunsch nach Mitbestimmung bei der Festlegung der Therapie (Shared Decision Making),
- bei der Auswahl eines Arztes und den dabei maßgeblichen Kriterien sowie beim Arztwechsel,
- hinsichtlich des Verständnisses medizinischer Informationen im Rahmen von Medikamenten-Beipackzetteln.

Wir stellen im Folgenden die zu diesen Fragestellungen gefundenen Ergebnisse zu schichtspezifischen Differenzen vor. Die Analysen wurden durchgeführt für alle drei zur Bestimmung der Schichtzugehörigkeit verwendeten Indikatoren: Höchster Schulabschluss, Haushaltsnettoeinkommen, Stellung im Beruf. Da empirische Ergebnisse in etwa vergleichbarer Größenordnung für alle drei Indikatoren gefunden wurden, beschränken wir uns der Übersichtlichkeit halber jedoch auf das Bildungsniveau als unabhängige Variable.

Ergänzung und Vertiefung von Arzt-Informationen

Festgestellt wurde in einer Reihe von Studien, dass besser informierte Patienten zuversichtlicher sind, was den Krankheitsverlauf anbetrifft, dass die Behand-

Informationsbemühungen zusätzlich zum Arztbesuch: Verhaltensweisen und Einstellungen nach Bildungsniveau (Angaben in Prozent)

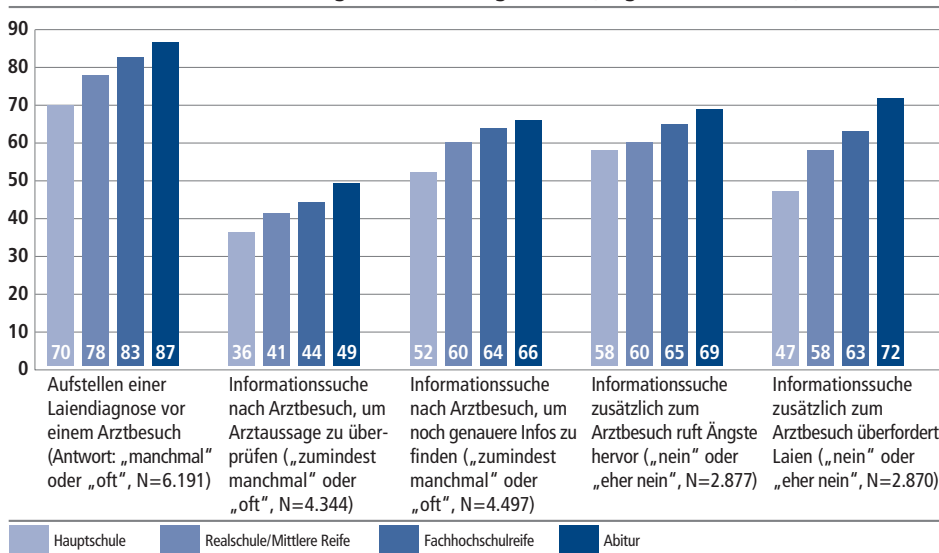


Abbildung 1

| BertelsmannStiftung

lung bei ihnen frühzeitiger beginnt, sie mit der Behandlung zufriedener sind, ein höheres Maß an „Compliance“ also eine Befolgung ärztlicher Therapieanweisungen zeigen und Behandlungsmethoden mit geringeren Risiken bevorzugen (Singleton 2003).

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) beschäftigt sich in seinem Gutachten 2003 mit dem Thema Patienteninformation und kommt zu dem Fazit: „Bessere Information, Beratung und Schulung befähigt Versicherte und Patienten zu selbst bestimmterem Handeln, zur kritischeren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen und führt dazu, dass Betroffene sowohl zu einem effizienteren Umgang mit Ressourcen als auch zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen können. Der ‚informierte Patient‘ wird bislang unzureichend als eine wichtige Kraft zur Lösung von Problemen im Gesundheitswesen erkannt.“ (SVR 2003)

Das Bemühen von Patienten, sich nicht allein auf die in der ärztlichen Sprechstunde erhaltenen Informationen zu stützen, ist daher weniger als Misstrauen gegenüber dem Arzt zu bewerten, sondern als individueller Beitrag, um im Krankheitsprozess und seiner Bewältigung ein stärkeres Maß an Eigenbeteiligung einzubringen. Mühlhauser/Lenz (2008) haben unlängst am Beispiel verschiedener Schulungsprogramme für Patienten dargelegt, dass mehr „Patienteninformation“ nicht immer und in jedem Fall zu einem besseren Therapieerfolg führt, sondern nur dann, wenn der Patient hier auch Initiative und Engagement zeigt. In unserem Untersuchungszusammenhang steht das eigenständige Informationsverhalten im Kontext eines Arztbesuchs dann auch als Indikator für eine höhere Wahrscheinlichkeit des Therapieerfolgs.

Betrachtet man dazu Antworthäufigkeiten nach dem Bildungsniveau (Abbildung 1), dann zeigt sich: Patienten aus unteren Bildungsschichten bemühen sich deutlich

weniger um gesundheitliche Informationen im Zusammenhang eines Arztbesuches. Die Suche nach vertiefenden Informationen in anderen Medien und Quellen außerhalb der Arztpraxis, sei es, um offen gebliebene Fragen zu klären, um nicht gänzlich verstandene Erklärungen des Arztes noch einmal zu prüfen oder um Arztaussagen zu vertiefen, findet bei ihnen deutlich seltener statt. Auch vor einem Arztbesuch bemüht man sich weniger oft um ein vorläufiges Krankheitsverständnis, etwa durch Aufstellen einer Laiendiagnose. Hintergrund dafür sind, wie die Antworten auch zeigen, mögliche Ängste und Irritationen, die solche Informationen hervorrufen können oder auch Gefühle intellektueller Überforderung.

Da das Bildungsniveau in sehr starkem Maße auch mit anderen Faktoren zusammenhängt, die das Informationsverhalten beeinflussen (wie u. a. Lebensalter, Gesundheitszustand), wurden auch multivariate Analysen (logistische Regressionen) durchgeführt, um solche verborgenen Zusammenhänge aufzudecken. Die Ergebnisse hierzu geben wir nicht im Detail wieder, hervorzuheben ist jedoch: Auch bei statistischer Kontrolle anderer Variablen (Lebensalter, Geschlecht, Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, chronische Erkrankung, amtlich anerkannte Behinderung, alltägliche Handicaps durch Erkrankung oder Behinderung) ist die Schulbildung durchgängig jene unabhängige Variable mit dem stärksten Einfluss, ein wenig bedeutsamer auch als die Stellung im Beruf oder das Einkommen.

Das Interesse an Shared Decision Making

Durch die Forschungsergebnisse der Evidence Based Medicine ist deutlich geworden, dass es für eine große Zahl von Erkrankungen nicht die eindeutig beste Behandlungsmethode gibt, den „therapeutischen Königsweg“, sondern dass meist

Einstellungen zum Shared Decision Making nach Bildungsniveau

höchster Schulabschluss	Bevorzugte Haltung zum Shared Decision Making: Arzt soll entscheiden (N=13.820)	Wunsch geäußert, dass der Arzt dem Patienten die Entscheidung abnimmt (N=2.665)	Informationssuche vor Arztbesuch und Einbringen der Infos in das Arztgespräch (N=1.493)
Hauptschule	30	21	31
Realschule, Mittlere Reife	23	15	36
Fachhochschulreife	20	14	49
Abitur	19	9	46

Zahlenangaben in Prozent

Tabelle 1

BertelsmannStiftung

mehrere Optionen mit unterschiedlichen Nutzen und Risiken zur Verfügung stehen, ohne dass der Arzt als Außenstehender nun medizinisch eindeutig entscheiden kann, was für den Patienten das Beste ist. Schon aufgrund dieser Voraussetzungen erhöht eine Beteiligung des Patienten an Therapie-Entscheidungen in aller Regel die Chancen auf einen günstigen Therapieverlauf, weil dies am ehesten seine erworbenen Routinen und Interessen mitberücksichtigt (vgl. ausführlich dazu: Klemperer/Rosenwirth 2005).

Fragen zur Einstellung von Patienten zu einer Beteiligung an Therapie-Entscheidungen machen nun deutlich, dass die traditionelle, autoritätsbetonte Haltung gegenüber dem Arzt, die Delegation von Therapieentscheidungen an den „Experten“, bei Unterschicht-Angehörigen deutlich stärker ausgeprägt ist. Tabelle 1 zeigt zunächst für einige Aspekte, die diese Haltung betreffen, den Zusammenhang zum höchsten Schulabschluss. Zwar ist die Bevorzugung eines paternalistischen Arztverhaltens in allen Bildungsschichten in der Minderheit. Jedoch ist diese Haltung bei Befragten mit niedrigem Bildungsniveau noch einmal deutlich stärker ausgeprägt. Und umgekehrt findet sich

bei Patienten mit höherem Schulabschluss sehr viel häufiger auch ein Verhaltensmuster, bei dem vor einem Arztbesuch gefundene Gesundheits- oder Krankheits-Informationen dann auch in der Arztpraxis ausgesprochen und erörtert werden. Die multivariate Analyse zeigt dann, dass neben der Schulbildung auch das Alter und das Geschlecht für die jeweilige Haltung eine bedeutsame Rolle spielen.

Wahrgenommene Qualitätsunterschiede bei Ärzten

Mit Herausgabe der Broschüre „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?“ (ÄZQ 2008) wurde auch von Seiten der Ärzteverbände deutlich gemacht, dass Arzt nicht gleich Arzt ist und die Auswahl eines „guten Arztes“ erhebliche Bedeutung für Patienten haben kann. Denn erstens ist von Qualitätsunterschieden zwischen Ärzten auszugehen (Fachwissen, Weiterbildung, Sozialkompetenz). Und zweitens ist zu berücksichtigen, dass die „Chemie“ zwischen Arzt und Patient stimmen muss (Sympathie, Vertrauen, Eingehen auf Patienten hinsichtlich der Informations- oder Partizipationswünsche), damit die Versorgungsqualität nicht durch persönliche Widrigkeiten beeinträchtigt wird. Beide Aspekte

legen es nahe, dass Patienten sich bei der Arztsuche sehr wählerisch verhalten sollten, um die Wahrscheinlichkeit einer guten medizinischen Versorgung zu erhöhen. In genau diesem Punkt jedoch zeigen sich in unseren Daten recht deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsniveau.

Angehörige unterer Bildungsschichten:

- erkennen deutlich seltener Qualitätsunterschiede zwischen einzelnen Ärzten,
- üben seltener Kritik an unzureichenden Informationsmöglichkeiten über Ärzte und sind daher weniger interessiert an mehr Transparenz zur Versorgungsqualität,
- geben seltener an, dass sie schon mindestens einmal auf einen „nicht so guten Arzt“ gestoßen sind, und auch in ihrem Freundeskreis ist dies seltener der Fall,
- informieren sich vor der Wahl eines neuen Arztes seltener über ihn,
- sind schon meist deutlich längere Zeit bei demselben Hausarzt und geben seltener an, dass sie in der letzten Zeit einen neuen Allgemein- oder auch Facharzt gesucht haben.

Abbildung 2 zeigt zunächst diese unterschiedlichen Verhaltensmuster und Bewertungskriterien in Abhängigkeit vom höchsten Schulabschluss. Auch hier wurde im Rahmen multivariater Analysen überprüft, ob die aufgezeigten Effekte tatsächlich durch das Bildungsniveau bestimmt sind oder durch dahinter verborgene Faktoren. Die Ergebnisse hierzu zeigen, dass das Bildungsniveau, die Stellung im Beruf und das Einkommen durchgängig signifikante Effekte zeitigen. Darüber hinaus finden sich auch Einflüsse für das Alter und Morbiditäts-Indikatoren, allerdings in schwächerem Ausmaß und auch nur für einzelne der in der Grafik aufgeführten Merkmale.

Differenzierung zwischen Arzt-Qualifikationen nach Schulbildung (Befragte in Prozent, die ...)

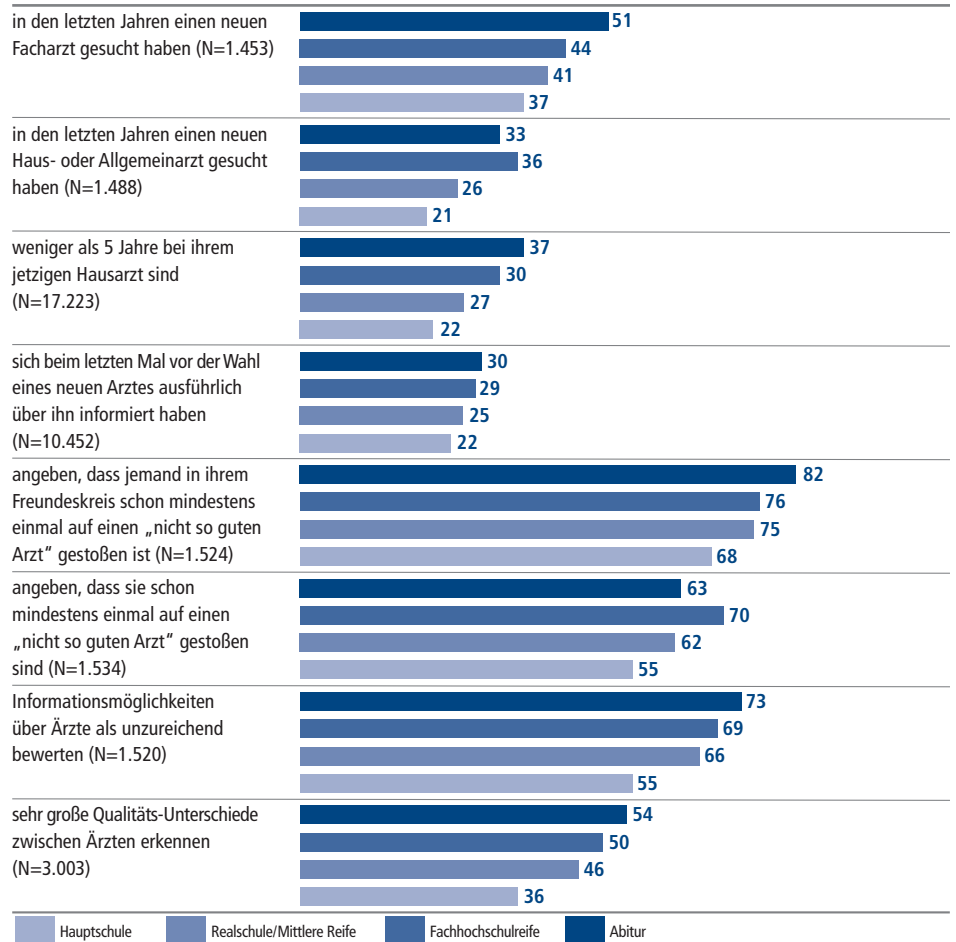


Abbildung 2

Unter dem Strich zeigen diese Ergebnisse, dass untere Bildungsschichten von den Wahlmöglichkeiten in der medizinischen Versorgung sehr viel weniger Gebrauch machen und damit auch Chancen einer für sie persönlich besseren Versorgungsqualität vergeben, sei diese nun fachlich-medizinischer Art oder auch bedingt durch größere emotionale und kommunikative Übereinstimmung mit dem Arzt. Die „Navigation“ von Patienten mit niedrigem Bildungsniveau im Versorgungssystem ist sehr viel sorgloser und weniger beeinflusst durch umfassende Such- und Informationsstrategien. Teil-

weise geht diese Gruppe wohl von der Annahme aus, dass ein Arzt unter dem Strich so gut oder schlecht wie der andere ist und dass es von daher die Mühe nicht lohnt, sehr viel Zeit bei der Suche nach einem neuen Arzt aufzubringen oder bei Unzufriedenheit den Arzt zu wechseln.

Das Verständnis medizinischer Informationen

Bereits eingangs hatten wir das Ergebnis vorgestellt, dass Unterschicht-Angehörige sehr viel häufiger hervorheben, die eigenständige Suche nach Gesundheitsinformationen würde Laien überfordern.

Bewertung von Arzneimittel-Informationen, Angaben in Prozent, zusammengefasste Antworten für „ja“ und „im Großen und Ganzen ja“

höchster Schulabschluss	Arzneimittel-Informationen sind wenig verständlich (N=1.095)	Arzneimittel-Informationen sind verwirrend (N=954)	Arzneimittel-Informationen sind beängstigend (N=989)
Hauptschule	39	37	48
Realschule, Mittlere Reife	32	22	33
Fachhochschulreife	27	29	31
Abitur	24	17	22

Tabelle 2

| BertelsmannStiftung

Dass sich hinter dieser Einstellung auch demotivierende persönliche Erfahrungen verbergen, zeigen andere Befunde. Bei der Bewertung von Arzneimittel-Informationen, so wie sie üblicherweise in Medikamenten-Beipackzetteln zu finden sind, geben Befragungsteilnehmer mit niedrigem Schulabschluss deutlich öfter negative Urteile ab. Tabelle 2 verdeutlicht, dass beispielsweise bei den Merkmalen „Informationen sind verwirrend“ oder „Informationen sind beängstigend“ mehr als doppelt so viele Befragungsteilnehmer mit Hauptschulabschluss im Vergleich zu Befragten mit Hochschulreife diesen Bewertungen zustimmen.

Auch für diese Aspekte zeigen multivariate Analysen einen durchgängigen Einfluss der Schichtzugehörigkeit bzw. des Bildungsniveaus und unsystematisch verteilt auch Effekte des Alters, Geschlechts oder Gesundheitszustands. Beim Merkmal „verwirrend“ ist der Einfluss des Geschlechts sogar ein wenig stärker als der des Bildungsniveaus. Den kombinierten Einfluss beider Variablen zeigt Abbildung 3.

Zusammenfassend bedeutet dies: Medikamenten-Informationen werden nicht dem Bildungsniveau unterer Sozialschichten angepasst, für fast die Hälfte der Haupt-

schulabsolventen sind diese Infos sogar beängstigend, aber nur für knapp ein Viertel der Befragten mit Abitur. Damit wird jedoch in hohem Maße eine Therapietreue, also ordnungsgemäße Einnahme von Medikamenten in der vom Arzt verordneten Menge und Zeitdauer, mehr als in Frage gestellt – was in der Regel erhebliche Negative Auswirkungen für den Therapieerfolg haben dürfte.

Gesundheitspolitische Bedeutung der Befunde

Fasst man die empirischen Befunde zusammen, dann ist hervorzuheben: Das Bemühen um eine Klärung, Ergänzung oder Vertiefung ärztlicher Informationen im Zusammenhang mit einem Arzttermin ist bei Unterschicht-Angehörigen deutlich schwächer ausgeprägt und ebenso ist das Interesse an Shared Decision Making als Ausdruck eines Wunsches nach Mitbestimmung bei der Therapie deutlich geringer. Dafür finden sich seltenere Arztwechsel und eine geringere Differenzierung zwischen Ärzten. Dass es große Unterschiede gibt (Fachwissen, Sozialkompetenz), wird bei unteren Bildungsschichten weniger stark wahrgenommen. Schließlich lässt sich am Beispiel der Arzneimittel-Informationen (Beipackzettel) aufzeigen, dass das Verständnis medi-

zinischer Informationen sehr viel mehr Probleme bereitet und teilweise größere Ängste und Irritationen hervorruft.

Insgesamt entsteht so der Eindruck, dass die Informationsbemühungen in Gesundheitsfragen und auch der Wunsch nach Mitbestimmung in der Arztpraxis bei Patienten mit niedrigem Bildungsniveau sehr viel geringer sind. Der „informierte und partizipations-interessierte Patient“ ist in unteren Sozialschichten eher eine Ausnahmerecheinung. Die in diesem Leitbild verborgenen Verhaltensnormen sind eher charakteristisch für mittlere und obere Sozialschichten. Ähnlich wie beim Informationsverhalten zeigt sich auch bei der „Navigation“ im Versorgungssystem, also bei Auswahl und Wechsel eines Arztes, eine sehr viel größere Passivität und ein geringeres Engagement unterer Sozialschichten.

Da diese Verhaltensmerkmale jedoch, wie eine große Zahl empirischer Studien gezeigt hat, durchaus bedeutsam sind für den Therapieerfolg, ergeben sich für Unterschicht-Patienten dann tendenziell schlechtere medizinische Versorgungseffekte: Sie verzichten auf eigenständige „Recherchen“ vor oder nach Arztbesuchen und ebenso auf eine Mitsprache bei Therapie-Entscheidungen, obwohl dadurch in vielen Fällen therapeutische Alternativen ins Blickfeld rücken würden, die ihren persönlichen Interessen stärker entgegen kämen. Und sie bemühen sich weniger stark, einen Arzt zu finden, der ihren persönlichen Erwartungen entspricht, was vielfach zumindest die Chancen zu einer besseren Arzt-Patient-Kommunikation reduziert.

Bei der Diskussion zur sozialen Ungleichheit aufgrund einer unterschiedlichen medizinischen Versorgung ist zuletzt zumindest für Deutschland gehäuft festgestellt worden, es sei „unwahrscheinlich,

Bewertung von Arzneimittel-Informationen als „verwirrend“ (Angaben in Prozent)

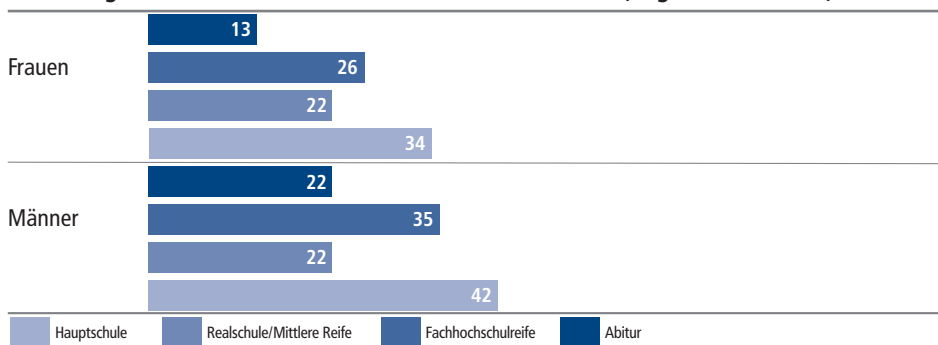


Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

dass Versorgungsdefizite einen substanziellen Beitrag zur Erklärung der höheren Krankheitslast und vorzeitigen Sterblichkeit in den unteren Statusgruppen leisten.“ (Lampert/Mielck 2008, 13) oder dass „die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den sozialen Schichten in Deutschland nicht direkt auf eine unterschiedliche Behandlung durch das Versorgungssystem zurückgeführt werden können.“ (Janßen u. a. 2006, 153) Dass es sogar in Wohlfahrtsstaaten mit unbeschränktem Zugang aller Bürger/innen zur medizinischen Versorgung gleichwohl solche Versorgungsunterschiede gibt, hat zuletzt eine Studie mit Daten von knapp 50.000 Patienten aus dem Schwedischen Herzinfarkt Register verdeutlicht (Rosvall u. a. 2008). Für Angehörige unterer Sozialschichten war dort eine deutlich schlechtere medizinische Versorgung nach einem Herzinfarkt festgestellt worden im Vergleich zu Patienten der Oberschicht, so dass die 5-Jahres-Überlebensquote bei den einkommensstarken Patienten doppelt so groß war. Gleichwohl dürfte – auch in Deutschland – eine von Ärzten gewollt oder ungewollt realisierte Ungleichbehandlung eher die Ausnahme sein. Was unsere Befunde allerdings andeuten, ist eine gesellschaftlich suggerierte Chancengleichheit der medizinischen Versorgung, die in dieser Form nicht mit der Realität übereinstimmt. Patienten, die sich umfassender

und nicht nur in der Arztpraxis gesundheitlich informieren, die sich bei anstehenden Therapie-Entscheidungen persönlich einmischen, und die ihren Arzt sehr sorgfältig auswählen und gegebenenfalls wechseln, haben bessere Chancen einer erfolgreichen Krankheitsvorbeugung oder Behandlung. Und exakt diese Verhaltensmerkmale und damit assoziierte Normen und Orientierungen sind jedoch, wie unsere empirischen Befunde gezeigt haben, bei Unterschicht-Patienten deutlich schwächer ausgeprägt.

Damit stellt sich zugleich die Frage nach politischen Veränderungsmöglichkeiten zur Aufhebung oder zumindest Kompensation dieser Ungleichheit. Der entscheidende Hebel zur Veränderung liegt dabei wohl im Bereich des Informationsangebots, denn alle von uns beschriebenen, eher passiven Orientierungen im Bereich der Informationssuche, der Partizipationsneigung und der Navigation im Versorgungssystem lassen sich nur überwinden, wenn die für sie verfügbaren Auskünfte und Erklärungen leicht verständlich, vertrauenswürdig und persönlich nutzbringend sind. In dieser Hinsicht gibt es derzeit jedoch noch erhebliche Mängel.

So hat Schaeffer am Beispiel von Klinik-Daten zur Versorgungsqualität eine sehr viel stärker als bislang praktizierte Beteili-

gung von Nutzern an der Erstellung von Gesundheitsinformationen gefordert (Bertelsmann Stiftung 2006). Eine solche Nutzerbeteiligung würde dann auch eine intensivere Berücksichtigung der unterschiedlichen Bildungsvoraussetzungen und Interessen von Angehörigen verschiedener Sozialschichten ermöglichen – natürlich unter der Voraussetzung, dass dabei nicht nur Akademiker einbezogen werden.

Zu wünschen wären weiterhin eine flexiblere und auf individuelle Kenntnisse zugeschnittene Gestaltung von Informationsseiten im Internet. Derzeit vorherrschend ist eine standardisierte Präsentation von Informationen für „den“ Nutzer, Adressat ist durchweg der Durchschnittspatient „Herr (oder Frau) Mustermann“. Für Akademiker und Arbeiter, chronisch kranke Senioren und kerngesunde Mitdreißiger wird ein und dieselbe standardisierte Information geboten. Dies gilt sogar im Internet, wo es aufgrund der technischen Möglichkeiten zur interaktiven und flexiblen Informations-Darbietung ohne großen Aufwand möglich wäre, auf individuelle Interessen einzugehen. Derzeit wird jedoch oft für alle ein und derselbe Einheitstext präsentiert. Einige der wenigen positiven Ausnahmen sind der unlängst von einer Krankenkasse ins Netz gestellte „TK-Patientendialog“ zu Rückenschmerzen oder zur Partizipativen Entscheidungsfindung oder die „Weisse Liste“ der Bertelsmann-Stiftung, eine Website zur Krankenhaussuche.

Eine nutzerfreundlichere Gestaltung der in alten und neuen Medien verbreiteten Gesundheitsinformationen ist zwar ein zentraler Aspekt, der Patienten mit niedrigem Bildungsniveau dazu motivieren könnte, ihr Informations-, Partizipations- und Navigationsverhalten aktiver und engagierter zu gestalten. Ob dies tatsächlich auch als Verhaltensnorm akzeptiert und übernommen wird, ist eine andere

Frage. Darüber hinaus sind jedoch in einer Vielzahl weiterer Bereiche Verbesserungen möglich, auf die allesamt schon in Studien hingewiesen wurde: Konzepte zur Verbesserung ärztlicher Kommunikation und Gesprächsführung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sind hier zu nennen oder auch der im Vereinigten Königreich eingeführte 24-Stunden-Telefondienst, bei dem speziell geschulte Krankenpfleger/innen Gesundheitsinformationen und Beratung anbieten (Bourgeault u.a. 2008). Stroth u.a. (2007) empfehlen eine vom Arzt erstellte „schriftliche Patienteninformation“ mit Aufbereitung der Krankheitsdiagnose und Krankheitsursachen, gemessenen Laborwerten und Befunden, Vor- und Nachteilen verschiedener Therapie-Alternativen, Einnahmевorschriften und Nebenwirkungen von Medikamenten, Verhaltensrichtlinien etwa im Bereich Sport und Ernährung usw. Ähnlich wäre auch an eine stärkere Verbreitung der in Deutschland bislang kaum bekannten „Entscheidungshilfen“ („decision aids“) zu denken. Grime (2007) fordert aufgrund von Erkenntnissen aus einer Meta-Analyse eine deutlich flexiblere Präsentation von Arzneimittel-Informationen.

Aus der formellen Gleichbehandlung von Patienten und der fehlenden Berücksichtigung schichtspezifisch unterschiedlicher Ressourcen und Bewältigungskompetenzen können Versorgungs-Ungleichheiten resultieren, dies wird nicht nur deutlich im Bereich Patienteninformation. Der folgende internationale Teil des Newsletter zeigt an einer Vielzahl von Beispielen, wie sich mit einer Diversifizierung der Versorgungsstrukturen auch die Chancen verbessern, schichtspezifische Voraussetzungen besser zu berücksichtigen. Die Möglichkeiten zu einem stärkeren Empowerment von Unterschichtpatienten in Fragen des Informations-, Partizipations- und Navigations-

verhaltens sind zahlreich, es käme darauf an, sie endlich umzusetzen.

Literatur

- ÄZQ - Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.): Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten, äzq Schriftenreihe Band 34, 3.Auflage 2008
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus - Eine Literaturanalyse erstellt von Prof. Dr. Doris Schaeffer, Gütersloh 2006
- Baker David W. u.a.: Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons, Arch Intern Med. 2007;167(14):1503-1509
- Bourgeault, Ivy Lynn u.a.: Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden - und warum?, Grundsatzpapier für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme, Tallinn 2008
- Grime, Janet u.a.: The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review, Health Expectations, Volume 10 Issue 3 Page 286-298, September 2007
- Janßen, Christian, Grosse, Kirstin, Ommen, Oliver: Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland, in: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden 2006. S. 141-155
- Juzych Mark S. u.a.: Functional Health Literacy in Patients With Glaucoma in Urban Settings, Arch Ophthalmol. 2008;126(5):718-724
- Kickbusch, Ilona: Gesundheitskompetenz, in: Public Health Schweiz, News, Nr. 3/2006, S. 10
- Klemperer, David und Rosenwirth, Melanie: Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen, Chartbook, Bertelsmann Stiftung und Zentrum für Sozialpolitik, Gütersloh 2005
- Lampert, Thomas und Mielck, Andreas: Gesundheit und soziale Ungleichheit - Eine Herausforderung für Forschung und Politik, in: G+G Wissenschaft, 2/2008, S. 7-16
- Mielck, Andreas: 'Gesundheitliche Ungleichheit' als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik, in: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit, Opladen 1993, S. 13-34
- Mühlhauser, Ingrid und Lenz, Matthias: Verbesserung der Therapieergebnisse durch Patientenwissen? in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFO), 102 (2008) S. 223-230
- Persell, Stephen D. u.a.: Limited Health Literacy is a Barrier to Medication Reconciliation in Ambulatory Care, J Gen Intern Med 22(11):1523-6, 2007
- Rosvall, Maria u.a.: The association between socioeconomic position, use of revascularization procedures and five-year survival after recovery from acute myocardial infarction, BMC Public Health 2008, 8:44doi:10.1186/1471-2458-8-44
- Singleton P. (2003): The Informed Patient Study 2003: The Way Forward for Europe, im Internet: www.jbs.cam.ac.uk/research/health/tip/pdf/presentation_launch_030508.pdf
- Stroth, Silke, Antje Post, Janine Pful und Gerd Marstedt: Ratlose Patienten: Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung. Edition Temmen, Bremen 2007
- SVR - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Band I, S. 220f

Gleiche Gesundheitschancen für alle – Was andere Länder gegen gesundheitliche Ungleichheit tun

Von Norbert Mappes-Niediek, Sophia Schlette und Kerstin Blum

Frankreich: „Schutzschild“ reicht oben und unten nicht

Ein „Schutzschild“ soll ärmeren und chronisch kranken Versicherten den Weg zum Arzt erleichtern. Frankreichs gesetzliche Krankenversicherung deckt nur rund 75 Prozent der Kosten, der Rest fällt über Selbstbehalte oder Zuzahlungen bei den Patienten an. Nach dem Programm von Präsident Sarkozy sollen die Zuzahlungen noch steigen. 90 Prozent der Franzosen schließen gegen diese hohen Kosten private Zusatzversicherungen ab, die „Mutuelles“. Doch nicht jeder kann sich diese private Absicherung leisten.

Bisher sind die sieben Prozent der Bevölkerung mit dem geringsten Einkommen von Zuzahlungen befreit. Außerdem gibt

es für chronisch Kranke eine Notkostenbremse: Bei „teuren und langwierigen“ Krankheiten – wie Krebs, Aids, Psychosen – muss nichts zugezahlt werden. Für Leiden, die nichts mit dieser Krankheit zu tun haben, muss ein Betroffener aber zahlen – eine problematische Trennung. Deshalb sollen jetzt nicht mehr Krankheiten, sondern Kranke von Zuzahlungen ausgenommen werden.

Zwei Modelle eines „Schutzschildes“ werden diskutiert: Nach dem einen sollen Versicherte mit einer „teuren und langwierigen“ Krankheit für ambulante Leistungen einen höheren Prozentsatz erstattet bekommen. Nach dem anderen Modell wären die

Zuzahlungen für alle gleich, solange sie nicht ein bestimmtes Jahresmaximum erreichen, das als Pauschale oder einkommensabhängig fixiert werden könnte.

Als tückisch könnte sich der Schutzschild für die privaten Zusatzversicherungen erweisen. Nimmt das finanzielle Risiko ab, weil die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr so hohe Selbstbehalte abgreift, könnten viele Versicherte aus ihren „Mutuelles“ aussteigen. Übrig blieben am Ende die Hochrisikopatienten. Ausgerechnet sie müssten dann besonders hohe Prämien zahlen.

www.hpm.org/survey/fr/a10/3

„Closing the Gap“

Wenn sich die Gesundheit der Bevölkerung verbessert, dann besonders stark für die, denen es sowieso besser geht. Um das zu ändern haben 21 EU- und Nachbarstaaten an einem Gemeinschaftsprogramm unter dem Titel „Closing the Gap“ teilgenommen. Die Länder starteten von unterschiedlichen Niveaus: England hatte schon eine nationale Strategie zum Abbau von ungleichen Gesundheitschancen, Schweden folgte. Den Niederländern und Dänen war das Problem seit langem bewusst, und es gab schon etliche Initiativen. Vor allem in den Übergangsländern des Ostens, aber auch in Deutschland galt es, erst einmal Bewusstsein zu wecken.

Zunächst führte jedes Land fünf gute Initiativen vor, die mit EU-Unterstützung gestiftet wurden. In den Niederlanden besucht ein Sozialarbeiter Kinder, die wegen Krankheit in der Schule fehlen. Irland hat sich Unterstützung für junge Familien in schwierigen Konditionen zur Aufgabe gemacht. In Vallecás, einem Armenviertel von Madrid, spüren Fachkräfte gezielt die Ernährungs- und Umweltrisiken auf, und in Deutschland soll eine Kampagne erreichen, dass mehr Eltern ihre Kinder auch nach dem zweiten Lebensjahr zu den so genannten U-Untersuchungen bringen.

In einem Beschluss haben 2006 die 25 EU-Gesundheitsminister die Werte und Prinzi-

pien der Union für die Gesundheitsversorgung definiert und sich dabei von einer rein marktwirtschaftlichen Perspektive abgegrenzt. Damit Gesundheitssysteme weiterhin eine grundlegende Rolle für den sozialen Zusammenhalt in Europa und für sein hohes Maß an sozialer Sicherung und Gerechtigkeit spielen, braucht es freien Zugang zum System und eine Versorgung, die unabhängig vom Geldbeutel gewährt wird. Die europäischen Werte verlangen außerdem Qualität, Sicherheit, Wissenschaftlichkeit und ethische Orientierung, Einbeziehung des Patienten, Beschwerderecht und Vertraulichkeit.

www.health-inequalities.eu

Niederlande: Viele lokale Initiativen

Wer in den Niederlanden zu den höheren Einkommensgruppen gehört, lebt im Durchschnitt drei Jahre länger als ein Wenigverdiener - ein Problem, das sich in den meisten Industrieländern stellt. Bis 2020 soll diese Lücke sich um ein Viertel geschlossen haben.

Etlche lokale Initiativen mit ganz unterschiedlichem Fokus sollen überall im Lande helfen, die sozialen Unterschiede in der Gesundheit der Bürger zu egalisieren. Nach zwei ausführlichen Berichten von Kommissionen in den Neunzigerjahren hat die Reichsregierung ein besonderes Programm für die großen Städte aufgelegt. Darin stehen den dreißig größten Städten zwischen 2005 und 2009 25 Millionen Euro zur Verfügung. Gemischte Arbeitsgruppen von Regierung und Stadtverwaltungen beschäftigen sich mit Fettsucht,

Jugendlichen mit risikofreudigem Lebensstil, gemeindenahem Zugang, Verbesserung der Primärversorgung und sozialer Aktivierung. Das Programm wird vom königlichen Public-Health-Institut wissenschaftlich begleitet.

Sehr einfach, aber auch sehr präzise werden etwa Träger im Förderprogramm Wohnviertel – Unterricht – Sport gefragt, was und wen sie bei ihrer Arbeit erreichen: Wer also im Problemviertel Gouda-Ost nach jugendlichen Sporttalenten sucht, muss beantworten, wo denn eigentlich die Rückstände liegen, die man aufholen will, wie viele Jugendliche man erreicht, was man sich genau vorgenommen hat und mit wem man zusammenarbeitet. Im Programm einer Stiftung Pharos unternehmen vier- bis sechsjährige Flüchtlingskinder gemeinsam mit der Handpuppe Kiko und dem

Affen Coco „eine Entdeckungsreise in die Welt ihrer Gefühle“, wobei sie ihre Emotionen benennen und unterscheiden lernen. Zur Verblüffung der Forscher ergab eine Evaluierung, dass ein Effekt sich besonders bei den Lehrern einstellte: Sie sagten, sie sähen die Kinder jetzt unter anderem Blickwinkel. Ein landesweites Programm schließlich regt dazu an, die kurze Stillzeit vieler Mütter schrittweise auf ein halbes Jahr zu heben – vor allem durch Ansprache des Umfelds.

Ein wichtiger Nebeneffekt des gesamten Großstadtprogramms war, dass die gesundheitlichen Ungleichheiten zum öffentlichen Thema wurden, das nun in vielen Gemeinderäten seine eigene Dynamik entfaltet.

www.health-inequalities.org

Australien: (Zahn-)Lücken im Gesundheitswesen

Seit die Bundesregierung sich 1997 aus der Finanzierung der Zahnarztversorgung zurückgezogen hat, ist der Zahnstand vor allem sozial schwacher Australier teils dramatisch gesunken. Deshalb wird jetzt vorsichtig überlegt, ob der Bund sich nicht wieder engagieren soll. Noch zögert die Regierung und schiebt das Problem den Bundesstaaten zu oder verweist auf private Krankenversicherungen, die staatlich subventioniert werden.

Zwar gibt es nach wie vor auch staatliche Zahnärzte, die allein Älteren, Behinderten, Alleinerziehenden und Arbeitslosen zur Verfügung stehen. Aber die Warteliste bei ihnen ist jedes Jahr um ein Fünftel länger geworden. Heute arbeiten etwa 85 Prozent der australischen Zahnärzte in freier Praxis, wo sie um das Zwei- bis Fünffache mehr verdienen als beim Staat. Die Zahl der Studienplätze in der Dentalmedizin ist um die Hälfte zurückgegangen. Vorgeschlagen werden jetzt mehr Trinkwasserfluoridierung und die Wiederbelebung des schulzahnärztlichen Dienstes.

www.hpm.org/survey/au/a5/3

Israel: Freie Zahnbehandlung für Kleinkinder

Die Krankenkasse Maccabi, bei der jeder vierte Israeli versichert ist, hat aus eigenem Antrieb freie Zahnbehandlung für Kleinkinder eingeführt. Das Leistungspaket umfasst Untersuchung, Röntgen, Behandlungsplan, Mundhygiene, Füllungen, Extraktionen, Kronen, Wurzel- und Zahntraumabehandlungen. Prompt stieg die Rate der zahnärztlichen Behandlungen auf das Fünffache. Die Manager erwarten, dass die Maßnahme sich rechnet – unter anderem, weil damit junge Familien gewonnen werden. Vorerst allerdings setzt Maccabi darauf, dass der Staat nun Zahnbehandlung für Kinder den Kassen als Pflichtprogramm vorschreibt.

Zahnbehandlung ist in Israel weitgehend privat finanziert; nur acht Prozent sind gegen die Kosten versichert. So gehen 28 Prozent von dem, was Israelis für ihre Gesundheit aus eigener Tasche zahlen, an den Zahnarzt. Die bei Maccabi beschäftigten Zahnärzte sind von der Kostenübernahme übrigens weniger begeistert: Viele von ihnen unterhalten nebenher Privatpraxen.

www.hpm.org/survey/is/a11/4

Großbritannien: Arme werden gesünder, Reiche aber noch mehr

Die gute Absicht allein scheint nicht zu reichen: Ein Versuch der britischen Regierung, die sozialen Unterschiede bei der Kindersterblichkeit und bei der Lebenserwartung einzuebnen, muss vorläufig als gescheitert angesehen werden. Ziel war, die Bevölkerungsschicht und die Region mit den schlechtesten Gesundheitsdaten je um ein Zehntel näher an den britischen Durchschnitt heranzuführen.

Zwar ging zwischen 1999 und 2006 in allen Gruppen die Kindersterblichkeit zurück, während die Lebenserwartung anstieg. Aber wo die Daten schon früher günstig waren, wurden sie jetzt umso rascher noch günstiger: In Regionen, in denen die Lebenserwartung von Männern schon 1997 um 1,9 Jahre unter dem Durchschnitt lag, waren es 2006 exakt zwei Jahre.

Die vielen konkreten Maßnahmen, die zur Einebnung der Unterschiede unternommen wurden, waren teils schon älteren Datums und wurden erst später dem politischen Ziel untergeordnet: Zu ihnen gehörten ein Mindestlohn, ein „New Deal“ gegen Langzeitarbeitslosigkeit, eine Strategie zum Aufbau funktionierender Nachbarschaften und ein großer Check aller Ausgaben darauf, ob sie auch auf die beste Art verwendet wurden.

Der letzte Versuch, doch noch zum Ziel zu kommen, war die Schaffung von „Speerspitzen-Gemeinden“. Die Gemeinden können auf einer Internetseite ablesen, wie schlecht oder wie gut sie bei diesem oder jenem Indikator gerade stehen. Droht das Abrutschen in der Tabelle, schlägt die Website Alarm. Die Regierung war der Meinung gewesen, das könne ein nicht-finanzieller Anreiz sein.

Die Idee eines solchen Benchmarkings gilt im Prinzip als nicht schlecht erprobt. Auf diese Weise hat zum Beispiel die Versicherung für Armeeveteranen in den USA einige Indikatoren für die Prozessqualität im Gesundheitswesen vorangebracht, und auch der britische Nationale Gesundheitsdienst konnte so Krankenhauswartezeiten und Notarzteinsätze beschleunigen. Nur scheint der Ausgleich sozialer Unterschiede für solche Wettbewerbsstrategien doch zu komplex zu sein. Kritiker geben auch zu bedenken, dass es bei einem Wettbewerbssystem nicht die absoluten, sondern nur die relativen Unterschiede zählen. Sind die anderen im selben Bemühen erfolgreicher, kommt man vom letzten Platz so oder so nicht weg.

www.hpm.org/survey/uk/a11/5

Kanada: Bessere Chancen für Ureinwohner

Kanada plant, die Gesundheitschancen seiner Ureinwohner zu verbessern. Zwei Treffen von Vertretern der „Ersten Nation“ (Indianer), der Métis-Nation (Mestizen) und der Inuit (Eskimo) mit den Premierministern der Bundesstaaten haben einen Aktionsplan über zehn Jahre zum Ergebnis gehabt. Einfließen soll in das Programm auch traditionelles Heilwissen. Besonderes Engagement brachte eine Organisation indigener Frauen auf, die auch im Kontrollrat für den Aktionsplan sitzt.

Von bereitgestellten 5 Milliarden kanadischen Dollar sollen 1,8 in Bildung und Erziehung, 1,6 in Wohnen, 1,35 in Gesundheitsdiensten und zwei Millionen in die Wirtschaftsentwicklung gehen. Von den 1,35 Milliarden für Gesundheitsdienste gehen zwei Drittel ins bestehende System, ein Drittel wird für Neuerungen aufgewendet. Säuglingssterblichkeit, Suizide von Jugendlichen, kindliche Fettleibigkeit und Diabetes sollen damit binnen fünf Jahren um ein Fünftel und binnen zehn Jahren um die Hälfte abnehmen.

www.hpm.org/survey/ca/a7/1

Polen: Ungleichheit soll abgebaut werden

Die polnische Regierung hat ihrem allgemeinen Zehnjahresprogramm zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage ein besonderes Ziel hinzugefügt: Die regionale und soziale Ungleichheit soll abnehmen. Hauptinstrumente dafür sind, allgemein gesprochen, die Schaffung und Verbreitung eines gesunden Lebensstils, die Schaffung von Arbeits- und Bildungsumständen, die einen solchen Lebensstil begünstigen, und Motivation von Gemeindebehörden und NGOs, sich für dieses Ziel zu engagieren. Daneben liegt besonderes Augenmerk auf Problemgruppen wie Alkoholkranken, aber auch auf verwüsteten Industriezonen, die ein gesundes Leben schon von vornherein erschweren.

Künftig soll ungehinderter Zugang aller zur Primärversorgung und zur Versorgung noch am selben Tag garantiert sein. Ein neuer Mechanismus innerhalb des staatlichen Gesundheitsdienstes soll Menschen, die von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen sind, besondere Aufmerksamkeit sichern.

www.hpm.org/survey/pl/a10/2

Neuseeland: „Mantel des Wohlbehagens“ für Maori

Neuseelands Labour-Regierung gibt sich große Mühe, mit ihrer Gesundheitspolitik die Maori und die Pazifikinsulaner zu erreichen. Eine Strategie gegen gesundheitliche Ungleichheit, aufgelegt 2002, war dabei bisher nur von begrenztem Erfolg. Das Programm erlaubt es Ärzten oder Gemeindeschwestern, unbürokratisch Mittel für kostenlose Behandlung abzurufen. Zielgruppen sind besonders Maori, Pazifikinsulaner und Neuseeländer in sozialen Brennpunkten. Nach vier Jahren zeigte sich, dass der Anteil der Maori, die die Leistungen in Anspruch genommen hatte, nicht gestiegen und dass die Beteiligung etwa am Screening gegen Gebärmutterhalskrebs sogar gesunken war.

Parallel dazu wurde ein ethnisch zentriertes Programm für Maori aufgelegt, das bessere Aussichten verspricht. Unter dem klangvollen Maori-Namen „Mantel des Wohlbehagens“ soll die Bevölkerungsgruppe in zehn Jahren auf bessere Gesundheitsdaten verweisen können. Der Schwerpunkt liegt auf traditionellen, ganzheitlichen Ansätzen, wie sie bei den Maori früher verbreitet waren. Die Stämme selbst üben die Kontrolle aus: Dreimal im Jahr beratschlagt ein „Whakatata-Forum“. Nach den ersten vier Jahren wurde die Strategie noch einmal zugespitzt und die traditionellen Anteile weiter ausgedehnt. Das Ergebnis ist ein Programm „Webfäden“, das noch bis 2011 laufen soll.

Maori sterben im Durchschnitt acht bis neun Jahre früher als andere Neuseeländer. Sie rauchen zu 50 Prozent mehr und stehen bei vermeidbaren Krankenhausaufenthalten an der Spitze.

www.hpm.org/survey/nz/a9/2 und
www.hpm.org/survey/nz/a9/1

Finnland: Unterschiede sollen um ein Fünftel sinken

Mit einem Projekt namens TEROKA will die finnische Regierung sozioökonomische Gesundheitsunterschiede verringern. Es soll die Forschung ankurbeln, gleichzeitig aber auch schon die öffentliche Aufmerksamkeit auf das Problem lenken. Wie anderswo in Europa verrät die Statistik auch in Finnland, dass Büroangestellte länger leben als Handarbeiter, Beschäftigte länger als Arbeitslose, und auch das Bildungsniveau korreliert stark mit dem Gesundheitszustand. Warum das so ist und wie es sich ändern lässt, ist der Statistik allerdings nicht zu entnehmen.

Träger des Projekts sind drei staatliche Forschungseinrichtungen, das Geld kommt vom Sozial- und Gesundheitsminister. Ihren ersten Arbeitskreis haben die Forschungsinstitute schon 1997 gegründet. Die Mitarbeiter kommen aus der Epidemiologie, der Versorgungsforschung, der Sozialpolitik, der medizinischen Soziologie und der Ernährungswissenschaft. Zunächst haben die Forscher Informationen über das Phänomen gesammelt, Internet-Seiten aufgebaut, Kurse abgehalten – um auf diese Weise ein nationales und mehrere regionale Programme vorzubereiten, mit denen Ungleichheiten dann wirklich abgebaut werden sollen.

Noch ist der mit Spannung erwartete Bericht nicht fertig. Liegt er vor, soll er schnell in ein Nationales Aktionsprogramm umgearbeitet werden und ebenso rasch konkrete Folgen zeitigen. Schon bis 2015 sollen die Mortalitätsunterschiede zwischen den Geschlechtern, den Bildungs- und Berufsgruppen um ein Fünftel zurückgehen.

www.teroka.fi

USA: Alle wollen alle krankenversichern

Im US-Wahlkampf wird die Krankenversicherung zum Top-Thema. US-Bürger geben für ihre Gesundheit pro Kopf mehr aus als jede andere Nation. Gleichzeitig sind 47 Millionen Amerikaner nicht versichert. Nicht dass diese Zahl sinken muss, ist umstritten, sondern wie dieses Ziel erreicht werden soll. Mit dem Königsweg „Medicare für alle“, scheiterte Hillary Clinton schon 1992/93. Alternativen sind, die Arbeitgeber zur Versicherung ihrer Angestellten zu verpflichten oder den einzelnen staatliche Unterstützung zu gewähren, damit sie sich privat versichern können. Die Bush-Administration empfahl kleine Schritte: Kleinunternehmer sollten sich zusammenschließen, um für Krankenversicherungen bessere Bedingungen zu erreichen. Arbeitnehmer sollten ihre Versicherung von der Steuer absetzen und „Gesundheitssparen“ betreiben: also steuerlich begünstigt für den Krankheitsfall vorsorgen.

Die Debatte ist darüber aber schon hinaus. Etliche Demokraten wollen Arbeitgeber verpflichten, für ihre Angestellten eine Krankenversicherung abzuschließen oder sechs Prozent mehr Lohn zu zahlen, damit sie sich selbst versichern können. Clinton und Obama wollen den Kreis der Berechtigten bei Sozialprogrammen ausweiten und Geringverdienern und jungen, unversicherten Beschäftigten mit Steuererleichterungen oder Zuwendungen ermöglichen, sich selbst zu versichern. Den Takt gibt Kaliforniens konservativer Gouverneur Schwarzenegger vor, der die Krankenversicherung schrittweise auf alle ausdehnen will, illegale Einwanderer eingeschlossen.

Siehe Gesundheitspolitik in Industrieländern 9. Gütersloh 2008: 19 ff.

Buchtipp

Die neunte Ausgabe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ beschäftigt sich weniger mit „großen Würfeln“ als mit pragmatischen Ansätzen, um bekannte Defizite in der Gesundheitsversorgung zu überwinden. Im Mittelpunkt stehen dabei neue Wege in der Versorgung psychisch Kranker, die Gratwanderung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität in der Finanzierung des Gesundheitswesens und Krankenhäuser auf der Suche nach einer neuen Rolle im Angesicht einer immer effizienteren ambulanten Versorgung.

Oft zeigt sich ein neuer Realismus: Statt Grundsatzdebatten entlang ideologischer Fronten geht man Ziele an, die erreichbar scheinen, auf den Wegen, die gangbar sind – und orientiert sich an den „Leuchttürmen“ anderer Länder.

Die Ziele sind häufig die gleichen: Mehr Koordination, Transparenz, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Warum sollen sich bei den Lösungen gute Ideen nicht ebenfalls durchsetzen, in anderen Ländern aufgegriffen und für das eigene System passend gemacht werden?

„Gesundheitspolitik in Industrieländern“ erscheint halbjährlich und ist auch in englischer Sprache erhältlich.

Ausgabe 9 kann für 18 Euro bestellt werden unter:

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag



Sophia Schlette, Kerstin Blum, Reinhard Busse (Hrsg.). Gesundheitspolitik in Industrieländern 9. Im Blickpunkt: Psychische Gesundheit, neue Rolle für Krankenhäuser, die Suche nach dem richtigen Finanzierungsmix. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2008.

BertelsmannStiftung

Programm Evidenzbasierte Politikstrategien
Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de
www.hpm.org

Verantwortlich
Jan Böcken
Sophia Schlette

Redaktion
Robert Amhof
Kerstin Blum

Autoren
Robert Amhof
Kerstin Blum
Norbert Mappes-Niediek
Dr. Gerd Marstedt
Sophia Schlette

Kontakt
Martina Krause
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
martina.krause@bertelsmann.de