

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

sicher werden Sie es schon bemerkt haben, dass der aktuelle Gesundheitsmonitor-Newsletter in leicht verändertem Gewand daher kommt und neben dem Bertelsmann Stiftung-Logo nun auch das Logo der BARMER GEK trägt.

Seit Anfang des Jahres kooperieren die Bertelsmann Stiftung und die BARMER GEK beim Projekt Gesundheitsmonitor. Darüber freuen wir uns sehr. Denn für die Analysen des Gesundheitsmonitors stehen damit neben Daten aus repräsentativen Bevölkerungsumfragen zukünftig auch Abrechnungsdaten der Krankenkassen zur Verfügung. Erfahrungen der Bevölkerung im Versorgungsalltag können so mit den Abrechnungsdaten der Leistungserbringer gespiegelt werden. Die Analysen des Gesundheitsmonitors werden damit die Erfahrungen der Bürger im deutschen Gesundheitswesen noch differenzierter abbilden können.

Ab der nächsten Ausgabe werden sich auch die Gesundheitsmonitor-Newsletter diese Möglichkeit des Datenzugangs zu Nutzen machen, zum Beispiel beim geplanten Newsletter zum Thema Arzneimittel und Compliance. Wann immer möglich soll der Blick auf die Versorgungsrealität in Deutschland auch in Zukunft durch einen Blick auf Lösungsansätze und –modelle im Ausland ergänzt werden. Mit diesen Neuerungen hoffen wir, Entscheidungsträgern in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft eine noch aussagekräftigere Basis für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung aus Versichertenperspektive an die Hand geben zu können. Wir dürfen also auf die Ergebnisse gespannt sein.

Doch zunächst wünschen wir Ihnen eine spannende und anregende Lektüre des vorliegenden Newsletters zum Thema Systemvertrauen und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Dieses vielleicht etwas theoretisch anmutende Thema, dem man sich nur mit Befragungsdaten annähern kann, wird vielfach mit der Akzeptanz von gesundheitspolitischen Reformen in der Bevölkerung in einen grundlegenden Zusammenhang gebracht. Grund genug für uns, sich noch einmal mit diesem Thema zu beschäftigen.

Ihr Gesundheitsmonitor Team

Vertrauen und Gerechtigkeit – (wie) beeinflussen sie Einstellungen und Verhaltensweisen im Gesundheitswesen?

Bernard Braun und Gerd Marstedt

Mit der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise mit ihrem Höhepunkt im Jahr 2009 rücken die Begriffe Vertrauen und Gerechtigkeit stärker in den Blickpunkt der Medien und Bevölkerung. „Kann man den Banken noch vertrauen?“ „Sind Bonuszahlungen an Manager trotz Verluste der Kunden legitim?“ Doch nicht nur der Vertrauensverlust in die Finanzwirtschaft bewegt die Bevölkerung. Der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen, die Demographiediskussion und der stetige Umbau des Gesundheitswesens durch Gesundheitsreformen, die gefühlt in immer kürzeren Abfolgen Veränderungen für die Versicherten bringen, haben starken Einfluss auf das individuelle Vertrauen und Gerechtigkeitsempfinden. So fürchten beispielsweise gut 70 Prozent der Bürger, dass Wartezeiten auf Therapien oder Operationen zunehmen werden, oder dass ihre Krankenversicherung zukünftig nicht mehr die Leistungen übernimmt, die für sie wichtig sind (Braun/Marstedt 2010). Mehr als 90 Prozent der Bevölkerung haben laut Gesundheitsmonitor-Befragung bereits persönlich Erfahrungen mit der so genannten Zwei-Klassen-Medizin gemacht, knapp 80 Prozent halten eine bessere medizinische Behandlung für Reiche oder den Ausschluss von Älteren von bestimmten Leistungen für ungerecht (Braun/Marstedt 2010).

Welchen Einfluss aber haben mangelndes Vertrauen und empfundene Ungerechtigkeit auf das Verhalten und die Einstellungen von Bürgern und die diversen gesellschaftlichen Systeme? Wenn man davon ausgeht, dass Vertrauen und Gerechtigkeit wichtige Faktoren für das Funktionieren und die Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft sind, müssen wir uns angesichts der oben erwähnten Studienergebnisse Gedanken über weitreichende gesellschaftliche Probleme machen? Der vorliegende Newsletter möchte auf diese Fragen Antworten geben, indem er den Einfluss von Vertrauen und Gerechtigkeitsempfinden auf Einstellungen, das Verhalten und den Wissensstand der deutschen Bevölkerung untersucht. Konkret wird der Einfluss von niedrigem Vertrauen und einem hohen Ungerechtigkeitsempfinden auf folgende Faktoren analysiert:

- die Nutzung von gesundheitsrelevanten Informationsquellen
- den Grad der Informiertheit über die Auswirkungen von Reformen auf die persönliche Gesundheitsversorgung



- den Wissensstand über diverse Aspekte des Gesundheitssystems
- die Bewertung von Reformvorschlägen im deutschen Gesundheitswesen
- das Verhalten von Bürgern in bestimmten Situationen in der Gesundheitsversorgung (z. B. Wechsel der Krankenkasse)

Wer hat starkes Systemvertrauen oder großes Ungerechtigkeitsempfinden?

In der 17. Erhebungswelle des Gesundheitsmonitors wurden Vertrauen und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und im Kontext von ausgewählten gesundheitspolitisch relevanten Sachverhalten gemessen. Dabei wurden sowohl das Vertrauen in die künftige Entwicklung ausgewählter Eckpfeiler des Gesundheitswesens (z. B. Umfang und Qualität der Leistungen und Krankenkassenbeiträge), als auch das Vertrauen in Individuen und Institutionen des Gesundheitswesens und anderer gesellschaftlicher Einrichtungen erfragt. Darüber hinaus wurde anhand ausgewählter Kriterien das Vertrauen in das heutige Gesundheitswesen insgesamt, d. h. das Systemvertrauen gemessen.

Ob die BürgerInnen die herrschenden sozialen Verhältnisse für gerecht oder ungerecht halten, wird im Gesundheitsmonitor anhand von zehn Beispielen für ungleiche Gesundheitsversorgung von Kassen- und Privatpatienten (z. B. bessere Medikamente oder mehr Zeit für Arztgespräche/-untersuchungen für Privatpatienten) gemessen. Da das gesundheitspolitische Handeln selbst bei ausschließlich gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen nicht allein durch das Empfinden und Erleben von Gerechtigkeit im Gesundheitswesen bestimmt wird, wurde darüber hinaus erfragt, ob

die Befragten auch mit einer Reihe von überwiegend nicht gesundheitsbezogenen Verhältnissen, Strukturen und Sachverhalten Gerechtigkeitsprobleme haben.

Durch die Antworten auf eine Reihe spezifischer Fragen lassen sich die im Gesundheitsmonitor befragten BürgerInnen nach solchen mit geringem oder hohem Systemvertrauen, nach dem Ungerechtigkeitsempfinden bei der Art der gesundheitlichen Versorgung oder bei der Bewertung einer breiten Palette gesellschaftlicher Sachverhalte einteilen.

Für die weitere Untersuchung konzentrieren wir uns vorrangig auf die Personen und Gruppen, die ein geringes Systemvertrauen haben und ein großes Ungerechtigkeitsempfinden offenbarten. Diese Auswahl wurde getroffen, weil sich aus diesen Einstellungen Auswirkungen auf die gesellschaftspolitische Stabilität und Leistungsfähigkeit ergeben können.

Systemvertrauen wird in unserem Zusammenhang als das Vertrauen in das heutige Gesundheitswesen definiert. Als gering oder schwach bewerten wir ein

Vertrauen, wenn auf einer Zehnerskala von kein Vertrauen bis volles Vertrauen die „Noten“ 1 bis 3 vergeben wurden. Wer die Noten 8 bis 10 vergab, hat in unseren Augen ein starkes Vertrauen und bei Vorliegen der restlichen Bewertungen liegt ein mittleres Systemvertrauen vor. Die Auswertung der Daten ergab, dass 13,8 Prozent der Befragten kein oder nur ein sehr geringes Systemvertrauen und 12,7 Prozent ein großes Systemvertrauen besaßen. Die mittlere Gruppe umfasste 73,6 Prozent aller Befragten. Eine genauere Analyse nach Gesundheitszustand, soziodemographischen Merkmalen oder der Kassenzugehörigkeit fördert einige interessante Details zu Tage (siehe auch Tabelle 1):

- Personen mit geringem Systemvertrauen sind etwas weniger häufig chronisch krank als ihre MitbürgerInnen mit hohem Systemvertrauen.
- Ein deutlicher Zusammenhang von sozialen Merkmalen mit dem Systemvertrauen zeigt sich auch bei den Bildungs- und Einkommensmerkmalen: 35,4 Prozent der Personen mit geringem Systemvertrauen haben einen niedrigen Bildungsabschluss aber

Anteil der Befragten mit hohem/niedrigem Systemvertrauen nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen

	hohes Systemvertrauen	geringes Systemvertrauen
chronisch krank	46,7	44,3
Alter 60+ Jahre	42,7	27,2
Männer	55,8	46,7
Mitglied GKV	81,4	88,6
Mitglied PKV	18,6	11,4
niedrige Bildung	28,3	35,4
höhere Bildung	71,7	64,6
niedriges Haushaltseinkommen	7,1	10,2
mittleres Haushaltseinkommen	61,0	65,0
hohes Haushaltseinkommen	31,9	24,8

Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Tabelle 1

„nur“ 28,3 Prozent der Personen mit hohem Systemvertrauen.

- Personen mit geringem Systemvertrauen gehören auch häufiger zu Haushalten mit niedrigem Einkommen als Personen mit hohem Systemvertrauen.
- GKV-Mitglieder sind deutlich häufiger unter den Befragten ohne Systemvertrauen als unter denjenigen mit hohem Vertrauen vertreten. Umgekehrt sieht es dementsprechend unter den PKV-Mitgliedern aus.
- BürgerInnen im Alter von 60 und mehr Jahren stellen 42,7 Prozent der Befragten mit hohem Systemvertrauen, wohingegen ihr Anteil unter den Befragten mit geringem Systemvertrauen mit 27,2 Prozent wesentlich niedriger ist.
- Und auch der Anteil von Männern in den beiden Teilgruppen unterscheidet sich beträchtlich: Unter den Befragten mit geringem Vertrauen zum aktuellen Gesundheitssystem sind 46,7 Prozent Männer während ihr Anteil unter den Befragten mit hohem Systemvertrauen 55,8 Prozent beträgt.

Der Indikator für die wahrgenommene **Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung** wird aus den Antworten auf zehn Fragen gebildet, die sich auf eine von den Befragten wahrgenommene Schlechterbehandlung von Kassen- gegenüber Privatpatienten beziehen. Als Personen mit einem starken Empfinden von Ungerechtigkeit bezeichnen wir die Befragten, die 8 bis 10 dieser Ereignisse und Verhältnisse als ungerecht bewerteten. Personen, die eine bis drei von ihnen für ungerecht halten, haben ein schwaches und Personen mit vier bis sieben ein mittleres Ungerechtigkeitsempfinden.

Einer Gruppe von 4,1 Prozent aller Befragten mit geringem Ungerechtigkeitsempfinden bei der medizinischen Versorgung standen 83,5 Prozent gegen-

Anteil der Befragten mit hohem/niedrigem Gerechtigkeitsempfinden in der Gesundheitsversorgung nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen

	starkes Ungerechtigkeitsempfinden	schwaches Ungerechtigkeitsempfinden
chronisch krank	44,2	36,2
Alter 30-59 Jahre	40,0	27,5
Alter 60+ Jahre	28,9	37,7
Männer	45,0	60,9
Mitglied GKV	89,6	55,1
Mitglied PKV	10,4	44,9
niedrige Bildung	29,5	45,2
höhere Bildung	70,5	54,8
niedriges Haushaltseinkommen	6,4	5,8
mittleres Haushaltseinkommen	66,1	50,7
hohes Haushaltseinkommen	27,5	43,5

Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Tabelle 2

gesundheits**monitor**

über, deren Ungerechtigkeitsempfinden stark war. 12,4 Prozent der Befragten gehörten zu einer Mittelgruppe mit mittlerem Ungerechtigkeitsempfinden. Die Analyse der Gruppen nach soziodemographischen Merkmalen zeigt auch hier einige Unterschiede (siehe Tabelle 2):

- Personen mit einem starkem Ungerechtigkeitsempfinden bei ungleicher Behandlung von Kassen- und Privatpatienten sind eher chronisch krank als Personen mit niedrigem Ungerechtigkeitsempfinden.
- In der Gruppe der Personen mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden befinden sich zudem eher jüngere Personen.
- 70,5 Prozent haben Abitur und einen höheren Bildungsabschluss gegenüber 54,8 Prozent in der Gruppe derer mit schwachem Ungerechtigkeitsempfinden.
- Der größte Teil, nämlich 66,1 Prozent derer mit hohem Ungerechtigkeitsempfinden verfügen über ein mittleres Haushaltseinkommen (gegenüber 50,7 % in der Gruppe derer mit schwachem Ungerechtigkeitsempfinden), 27,5 Prozent (gegenüber 43,5 %) über

ein hohes Einkommen und 6,4 Prozent (gegenüber 5,8 %) über ein niedriges Einkommen von unter 1.000 €.

- In der Gruppe derer mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden finden sich 89,6 Prozent GKV-Mitglieder, aber immerhin 10,4 Prozent in dieser Gruppe sind PKV-Mitglied. Dies ist ein für den „Sozialstandort Deutschland“ interessantes Ergebnis, da auch ein substantieller Teil der PKV-Versicherten ihre möglicherweise bessere Behandlung im Gesundheitsbereich selbst für ungerecht erklären.
- Der Anteil der Männer ist in der Gruppe derjenigen Befragten mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden deutlich kleiner als in der Gruppe, die nur wenige Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung von GKV und PKV-Patienten sieht.

Den Indikator für die wahrgenommene **Gerechtigkeit bei allgemeinen sozialen Sachverhalten** bzw. Bedingungen bildeten wir aus den Bewertungen von 15 dafür ausgewählten Beispielen u. a.

aus dem Einkommens-, Bildungs- und Arbeitsmarktbereich (beispielsweise hohe Einkommen von Bankmanagern ohne Leistungsbezug, bessere Bildungschancen für Kinder von Reichen, kaum Frauen im Top-Management; siehe auch Gesundheitsmonitor Fragebogen Versicherte, Welle 17, 2010, S. 13). Personen, die maximal fünf der gestellten Aussagen und Konstellationen als ungerecht bewerteten, betrachten wir für diesen Bereich als Personen mit geringem Ungerechtigkeitsempfinden, diejenigen, die dies bei 11 bis 15 Beispielen machten als solche mit hohem Ungerechtigkeitsempfinden. Wer 5 bis 10 der Sachverhalte für ungerecht hielt, wurde einer Gruppe mit mittlerem Ungerechtigkeitsempfinden zugeordnet.

Prozentual verteilen sich die Befragten folgendermaßen auf die drei Gruppen: 22,5 Prozent gehören zu der Gruppe mit schwachem, 41 Prozent zu der Gruppe mit mittlerem und 36,5 Prozent zu der Gruppe mit hohem Ungerechtigkeitsempfinden. Die Analyse nach Gesundheitszustand, soziodemographischen Merkmalen und Kassenzugehörigkeit führt zu folgenden Ergebnissen (siehe auch Tabelle 3):

- Von den BürgerInnen, welche große Teile der breiten Palette gesellschaftlicher Verhältnisse, Chancen und Bedingungen als stark ungerecht bewerteten, sind mehr chronisch krank als unter den Befragten, die nur ein geringes Ungerechtigkeitsempfinden haben.
- Personen mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden sind tendenziell älter als Personen mit schwachem Ungerechtigkeitsempfinden.
- Personen mit niedrigem Bildungsabschluss haben häufiger starkes als geringes Ungerechtigkeitsempfinden, während es bei BürgerInnen mit höherem Bildungsabschluss entsprechend umgekehrt aussieht.
- Schließlich gehört der größte Teil der Personen mit starkem Ungerechtig-

Anteil der Befragten mit hohem/niedrigem Gerechtigkeitsempfinden bei allgemeinen sozialen Sachverhalten nach ausgewählten soziodemographischen Merkmalen

	starkes Ungerechtigkeitsempfinden	schwaches Ungerechtigkeitsempfinden
chronisch krank	47,6	37,7
Alter 30-59 Jahre	40,3	37,2
Alter 60+ Jahre	32,9	24,6
Männer	41,5	54,0
Mitglied GKV	90,2	78,7
Mitglied PKV	9,8	21,3
niedrige Bildung	32,7	23,0
höhere Bildung	67,3	77,0
niedriges Haushaltseinkommen	6,5	5,9
mittleres Haushaltseinkommen	68,7	58,7
hohes Haushaltseinkommen	24,8	35,4

Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Tabelle 3

keitsempfinden (68,7 %) in die mittlere Einkommensgruppe. Angehörige dieser Einkommensgruppe stellen in der Gruppe mit geringem Ungerechtigkeitsempfinden mit 58,7 Prozent einen deutlich geringeren Anteil dar. Immerhin noch 24,8 Prozent der BürgerInnen mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden beziehen ein höheres Haushaltseinkommen und 6,5 Prozent sind in der Geringverdienergruppe.

- 90,2 Prozent der Personen mit starkem gesamtgesellschaftlichem Ungerechtigkeitsempfinden sind GKV-Mitglied, in der Gruppe mit geringem Ungerechtigkeitsempfinden repräsentieren GKV-Mitglieder nur 78,7 Prozent. Dem gegenüber stellen PKV-Mitglieder 9,8 Prozent der Personen mit starkem und 21,3 Prozent der Personen mit geringem Ungerechtigkeitsempfinden.
- Männer sind in der Gruppe mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden mit 41,5 Prozent weniger vertreten als mit 54 Prozent bei denjenigen Befragten, die ein schwaches Ungerechtigkeitsempfinden haben.

Insgesamt haben die detaillierten Analysen gezeigt, dass es große Unterschiede in der Zusammensetzung der Gruppen mit geringem Systemvertrauen bzw. großem Ungerechtigkeitsempfinden zu Personen mit viel Systemvertrauen bzw. schwachem Ungerechtigkeitsempfinden gibt.

Wirken sich Systemvertrauen und erlebte Ungerechtigkeit auf das politische Verhalten aus – und wie?

Die Frage, ob und welchen Zusammenhang oder gar Einfluss von Systemvertrauen oder Ungerechtigkeitsempfinden es mit anderen gesundheitspolitisch wichtigen und erwünschten Bedingungen oder Verhaltensweisen gibt, soll im Folgenden untersucht werden. Wir untersuchen dazu beispielhaft, ob es Unterschiede in der Nutzung von gesundheitsbezogenen Informationsquellen und bei der Suche nach spezifischen Informationen zu Gesundheitsthemen, im Wissen über das Gesundheitssystem und in der

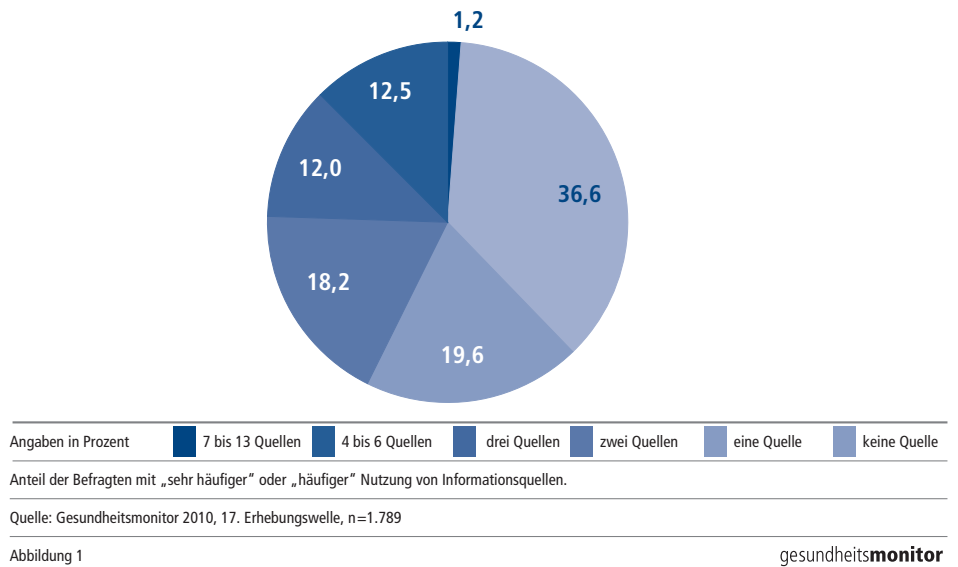
Bewertung von gesundheitspolitischen Reformvorschlägen gibt.

Für alle Indikatoren vergleichen wir zunächst jeweils zwei Gruppen: So fragen wir beispielsweise, ob Personen mit geringem Systemvertrauen die vorhandenen Informationsmöglichkeiten intensiver nutzen als Personen mit hohem Systemvertrauen, ob sie reformfreudiger sind, oder ob Personen mit hohem Systemvertrauen generell ein besseres Wissen haben oder sich besser über die Reformfolgen informiert fühlen. In eine sich anschließende logistische Regressionsanalyse gehen neben den möglichen Einflussfaktoren Systemvertrauen und Empfinden von Ungerechtigkeit eine Reihe sozialstatistischer Attribute (Alter, Haushaltseinkommen, Bildung) und morbiditätsbezogener Merkmale ein. Sofern vorhanden, kann man damit Einblicke gewinnen in den Zusammenhang von Vertrauen und Informationsverhalten, Wissen oder der Bewertung von Reformoptionen unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Alters, Bildungsstandes oder des Gesundheitszustandes.

Wie viele Informationsquellen nutzen die BürgerInnen und wie oft suchen sie nach Informationen zu Gesundheitsfragen?

Das heutige Gesundheitswesen ist komplex und wegen der kurzen Reformzyklen zeitweise unübersichtlich und undurchsichtig. Es ist geprägt durch zahlreiche Informations- und Wissensasymmetrien. Zugleich ist jedoch eine möglichst wirksame, nutzenstiftende und wirtschaftliche Inanspruchnahme des Gesundheitswesens für alle Beteiligten von hoher Bedeutung. Der Nutzung von Informationsquellen durch Versicherte und Patienten mit dem Ziel, sich besser im Gesundheitswesen zurecht zu finden und informierte Entscheidungen treffen

Wie viele Informationsquellen nutzen die BürgerInnen? (in Prozent)



zu können, kommt daher eine besonders wichtige Bedeutung zu. Umso spannender ist die Frage, welche objektiven und subjektiven Bedingungen das Nutzungsverhalten positiv oder negativ beeinflussen – also auch Kenntnisse über die Auswirkungen von Systemvertrauen und wahrgenommener Gerechtigkeit im Gesundheitswesen zu gewinnen.

Ein wichtiger Indikator für das generelle Informationsverhalten der im Gesundheitsmonitor befragten BürgerInnen war die Häufigkeit der Nutzung von 15 vorgegebenen Informationsquellen wie zum Beispiel Fachliteratur, kostenlose Apothekenzeitschriften, Krankenkassenzeitschriften und diverse andere Printmedien, Fernseh- und Radiosendungen, Internet-Portale oder Informationsangebote von Selbsthilfegruppen. Die Befragten konnten angeben, ob sie die jeweiligen Informationsmöglichkeiten eher intensiv, d.h. „sehr häufig“ oder „häufig“ oder eher wenig intensiv, d.h. „nie“, „selten“ oder „gelegentlich“ nutzen.

Die Häufigkeit der Nutzung verschiedener Informationsquellen stellt sich so dar (siehe Abbildung 1): 36,6 Prozent der Befragten nutzen keine der genannten Möglichkeiten, 19,6 Prozent eine, 18,2 Prozent zwei, 12 Prozent drei, 12,5 Prozent vier bis sechs und lediglich 1,2 Prozent der Befragten nutzen sieben bis dreizehn der Informationsquellen „sehr häufig“ oder „häufig“.

Unterteilt man die Befragten nach dem Informationsverhalten umfasst die Gruppe, die keine einzige der Quellen intensiv nutzte (schwaches Informationsverhalten) 36,6 Prozent der Befragten. Mit der intensiven Nutzung von einer bis drei der Informationsmöglichkeiten gehören 49,8 Prozent zu einer Gruppe mit durchschnittlichem oder mittlerem Informationsverhalten. 13,6 Prozent der BürgerInnen, die 4 oder bis zu 13 der Informationsmöglichkeiten „sehr häufig“ oder „häufig“ nutzten, gehören schließlich zu einer Gruppe mit intensivem Informationsverhalten.

Weitere Einblicke in das Informationsverhalten erhält man durch die Frage, ob die Befragten schon einmal Informationen zu einer Reihe von spezifischeren Themen und zu speziellen Anlässen gesucht haben, die sich inhaltlich auf die Gesundheitsversorgung und ihr Krankenversicherungsverhältnis beziehen. Die Themen reichen von der Suche nach Informationen zur fachlichen Qualität von Ärzten über die Klärung eines Verdachts auf Behandlungsfehler bis zu Fragen im Zusammenhang mit einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse. Auffällig ist die fast durchweg hohe Häufigkeit, mit der die Befragten „noch nie“ nach solchen Gesundheitsinformationen gesucht haben: 81,5 Prozent sagten dies bei der Suche nach Informationen über die fachliche Qualität eines Arztes, 70 Prozent bei der Suche nach den Behandlungserfolgen eines Krankenhauses, 62,8 Prozent bei der Suche nach einem medizinischen Experten, 91,1 Prozent wegen eines Verdachts auf Behandlungsfehler, 80,1 Prozent wegen eines ablehnenden Kassenbe-

scheides und 75,1 Prozent bei Fragen, die mit der Pflege eines nahen Angehörigen zusammen hängen. Das einzige Thema für das deutlich mehr Befragte bereits einmal Informationen gesucht haben, ist das der Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Hier sagten nur 47,7 Prozent, sie hätten „noch nie“ Informationen zu diesem Thema gesucht. Dass so viele Befragte noch nie gezielt nach den entsprechenden Informationen gesucht haben, lässt sich vermutlich auch mit der mangelnden Kenntnis der vorhandenen Informationsangebote erklären. Viele Angebote sind erst in den vergangenen Jahren entstanden; auch angesichts des in anderen Befragungswellen des Gesundheitsmonitors ermittelten hohen Informationsbedarfs in der Bevölkerung lässt sich vermuten, dass die Nutzungshäufigkeit zukünftig deutlich zunehmen wird.

Abgerundet wird das Bild des Informationsverhaltens und des Informationsstandes durch die Antworten auf eine Frage, bei der zwar auch das eigene

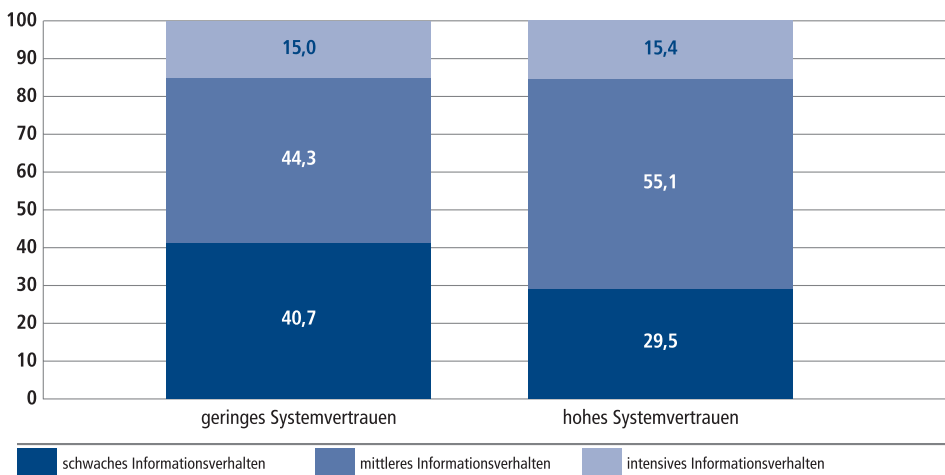
Verhalten der BürgerInnen eine Rolle spielen könnte, aber vor allem die Informationsleistung der Gesundheitspolitiker interessiert. Es geht darum, ob sich die BürgerInnen ausreichend darüber informiert fühlen, wie sich aktuelle Reformen im Gesundheitswesen auf ihre persönliche Gesundheitsversorgung auswirken können. Darüber halten sich 7,9 Prozent für ausreichend, 56,7 Prozent für „teils/teils“ und 35,5 Prozent für unzureichend informiert.

Nutzen Menschen mit starkem Systemvertrauen auch besonders stark Informationsquellen?

Vergleicht man die Zusammenhänge der Nutzungsintensität vorgegebener Informationsquellen mit dem Systemvertrauen zeigen sich deutliche Unterschiede (vgl. dazu Abbildung 2)

Der Anteil der BürgerInnen, der die Informationsmöglichkeiten nur schwach nutzt, ist unter den Personen mit geringem Systemvertrauen wesentlich höher als bei denjenigen mit hohem Systemvertrauen. Egal welchem Vertrauensstyp die Befragten angehörten, war der Anteil mit intensivem Informationsverhalten relativ gering und quantitativ fast identisch. Ob das geringe Systemvertrauen aber auf dem ausgeprägten willentlichen Verzicht auf Informationen beruht oder ob zum geringen Systemvertrauen unter vielen anderen Faktoren auch die Schwierigkeiten gehören, Informationen zu finden und zu verstehen, kann nicht geklärt werden. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Informationsangebote und der Qualität der vermittelten Inhalte ist es denkbar, dass diese das Vertrauen in das System sowie in Kostenträger und Leistungsanbieter künftig erhöhen können.

Zusammenhang zwischen Systemvertrauen und der Intensität der Nutzung von Informationsquellen (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Abbildung 2

Informationssuche nach Gesundheitsthemen und Systemvertrauen

Versorgungsthema/-situation	„Noch nie“ nach Informationen gesucht (in %)	
	Geringes Systemvertrauen	Hohes Systemvertrauen
fachliche Qualität Arzt	78,0	82,2
Behandlungserfolge/Kompetenz Krankenhaus	65,0	69,4
Suche nach medizinischen Spezialisten	56,3	67,4
Verdacht auf Behandlungsfehler	82,4	92,7
Ablehnender Bescheid Krankenkasse	73,1	83,3
Wirkung / Nebenwirkung Arzneimittel	41,2	51,6
Fragen zur Pflege von Angehörigen	69,5	72,9

Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Tabelle 4

gesundheitsmonitor

Suchen BürgerInnen mit starkem Systemvertrauen überhaupt noch nach Informationen oder vertrauen sie dem Gesundheitswesen blind?

Im vorhergehenden Abschnitt wurde deutlich, dass Personen mit hohem Systemvertrauen Informationsquellen intensiver nutzen als Personen mit geringem Systemvertrauen. Wenn es jedoch um die aktive Suche nach konkreteren und anlassbezogenen Gesundheitsinformationen geht, zeigt sich ein anderes Bild.

In der Tabelle 4 ist dargestellt, wie viele Personen mit geringem oder starkem Systemvertrauen noch nie nach Informationen zu einem von sieben Themen gesucht haben.

Trotz des großen Anteils aller Befragten, die für die vorgegebenen Gesundheitsthemen noch nie nach Informationen gesucht haben, haben Personen mit hohem Systemvertrauen durchweg noch weniger nach Versorgungsinformationen gesucht als Befragte mit geringem Systemvertrauen. Hier bieten sich mehrere Erklärungen an, ohne sie mit den Fragen und Antworten des Gesundheitsmonitors oder generell mit den Mitteln einer Befragung abschließend klären zu können: Erstens könnte es sich dabei

um „blindes“ Vertrauen handeln. Zweitens könnte die intensivere allgemeine Nutzung mehrerer Informationsquellen bereits genügend Wissen für konkretere Anlässe angehäuft haben. Drittens könnte aber auch die Tatsache eine Rolle spielen, dass sich unter den Personen mit starkem Systemvertrauen etwas mehr chronisch also behandlungserfahrene Kranke befinden als unter denjenigen mit geringem Systemvertrauen. Und schließlich könnte auch die deutlich unterschiedliche Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes ein unterschiedliches Suchverhalten nach behandlungsbezogenen Informationen bedingen: So bewerten 15,2 Prozent der Befragten mit hohem Systemvertrauen ihren Gesundheitszustand mit schlecht oder sehr schlecht; wohingegen dies unter den Personen mit geringem Systemvertrauen 21,8 Prozent tun. Ein Auslöser für die Informationssuche könnte also der Leidensdruck der Befragten sein.

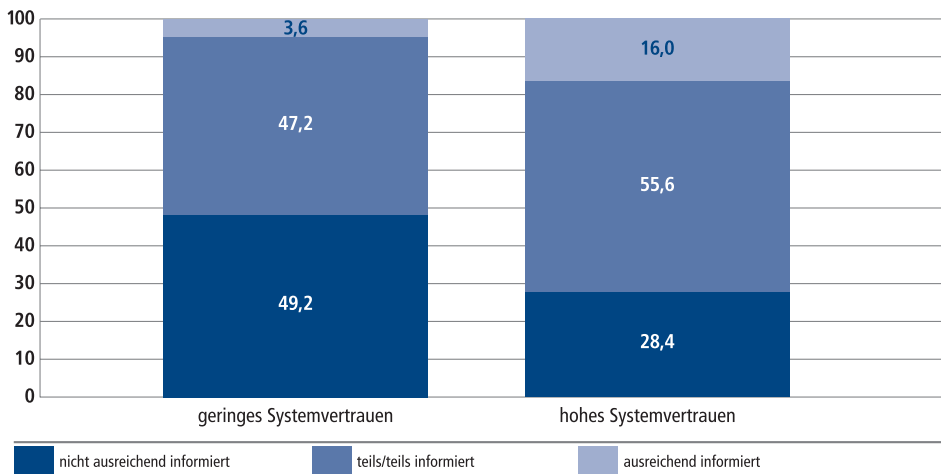
Wenn man die Suche nach gesundheits- und behandlungsbezogenen Informationen bei Personen mit hohem Systemvertrauen noch etwas genauer unter die Lupe nimmt und dabei neben den gerade genannten möglichen Einflussfaktoren noch die Intensität der allgemeinen Nutzung von Informationsquellen, das

Alter, den Ausbildungsabschluss und das Geschlecht in logistische Regressionen einbezieht, ergibt sich ein uneinheitliches Bild, in dem aber auch einige der Vermutungen signifikant bestätigt werden: So steigt die Chance nach Arzt- und Krankenhauscharakteristika zu suchen bei eher schlechter Bewertung des Gesundheitszustandes. Wenn es um Informationen zu einem Spezialisten geht, sind chronisch Kranke häufiger auf Informationssuche. Befragte, die bereits allgemeine Informationsquellen intensiv nutzen, suchen weniger nach Spezialisten-Informationen. Dies trifft auch für die Suche nach Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu. Bei der Suche nach Informationen im Zusammenhang mit einem ablehnenden Krankenkassenbescheid oder bei Fragen zur Pflege eines Angehörigen findet sich allein für das Alter ein signifikanter Einfluss: In beiden Fällen sind die Jüngeren wesentlich aktiver als die mittelalten und älteren BürgerInnen.

Hat das Ungerechtigkeitsempfinden einen Einfluss auf das Informationsverhalten?

Ein weiterer bivariater Gruppenvergleich für den die Befragten in drei Gruppen mit starken, mittleren und geringen Ungerechtigkeitsempfindungen bei eher allgemeingesellschaftlichen Sachverhalten aufgeteilt wurden, zeigt fast keine Zusammenhänge mit der Suche nach Gesundheitsinformationen. Der einzig statistisch signifikante Unterschied findet sich, wenn es um Informationen im Kontext eines ablehnenden Bescheides der Krankenkasse geht: Wer einen solchen Bescheid erhielt und ein stark ausgeprägtes gesellschaftspolitisches Ungerechtigkeitsempfinden hat, sucht weniger häufig nach hilfreichen Informationen (77,9 %) als diejenigen mit schwach ausgeprägtem Ungerechtigkeitsempfinden (84,2 %).

Wie gut fühlen Sie sich über die Auswirkungen von Reformen auf Ihre persönliche Gesundheitsversorgung informiert? (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Abbildung 3

gesundheitsmonitor

Wenn es um die intensive Nutzung von Informationsquellen allgemein geht, so findet sich diese häufiger bei Personen mit starkem Ungerechtigkeitsempfinden (18 %) als bei ihren Mitmenschen mit einem schwachem Ungerechtigkeitsempfinden (8,7 %).

Systemvertrauen und das Gefühl, über die Folgen von Gesundheitsreformen informiert zu sein

Von den BürgerInnen, deren Systemvertrauen gering ist, sagen 49,2 Prozent, sie fühlten sich nicht ausreichend darüber informiert, wie sich aktuelle Reformen im Gesundheitswesen auf ihre persönliche Gesundheitsversorgung auswirken könnten, 47,2 Prozent meinen, dies träfe „teils/teils“ zu und nur 3,6 Prozent erklären sich eindeutig für ausreichend informiert. Bei den Befragten mit hohem Systemvertrauen sehen die Häufigkeiten statistisch signifikant anders aus: Lediglich 28,4 Prozent von ihnen sehen sich nicht ausreichend, 55,6 Prozent „teils/teils“ und immerhin 16 Prozent ausreichend informiert.

Gesundheit, Alter, Bildungsabschluss oder Systemvertrauen und Gerechtigkeitsempfinden – Was beeinflusst das Informationsverhalten?

Wie groß ist nun das Gewicht des Systemvertrauens und des Gerechtigkeitsempfindens bei der Nutzung von Gesundheitsinformationsquellen und für die Suche nach spezifischen Gesundheitsinformationen tatsächlich? Wie stark wirken sich diese beiden Faktoren auf die Wahrnehmung der Informiertheit über Gesundheitsreformfolgen aus? Und welche anderen Faktoren nehmen sonst noch Einfluss auf das Informationsverhalten? Dies zeigt Tabelle 5. Dort aufgeführt sind die Ergebnisse einer logistischen Regression, die neben dem Systemvertrauen und dem Gerechtigkeitsempfinden auch soziodemographische, versicherungsrechtliche und gesundheitliche Einflussfaktoren auf das Informationsverhalten berücksichtigt.

Zählt man, wie oft Systemvertrauen und Gerechtigkeitsempfinden als signifikanter erklärender Faktor bei der Nutzung von

Informationsquellen und der Suche nach Informationen beteiligt ist, zeigt sich zweierlei:

- Bei vier von neun der unterschiedlichen Informationszusammenhänge (Suche nach einem medizinischen Spezialisten, nach Hilfe bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler, nach Hilfe bei einem ablehnenden Bescheid einer Krankenkasse und Informiertheit über die Folgen von Gesundheitsreformen auf die persönliche Gesundheitsversorgung) reduziert hohes Systemvertrauen bei gleichzeitiger Einwirkung der zahlreichen anderen theoretisch möglichen Einflussfaktoren die Intensität der Nutzung und Suche. Auch multivariat betrachtet suchen Personen mit starkem Systemvertrauen mit einer gut 20 bis 60 Prozent geringeren Wahrscheinlichkeit (Odds Ratios zwischen 0,77 und 0,38) nach Gesundheitsinformationen. Damit hat Systemvertrauen nach dem Lebensalter am zweithäufigsten Einfluss auf das Informationsverhalten der BürgerInnen.
- Sowohl das allgemeine Ungerechtigkeitsempfinden als auch das Ungerechtigkeitsempfinden im Hinblick auf eine ungleiche Versorgung von GKV und PKV-Patienten spielen in diesem Geschehen wesentlich seltener, nämlich jeweils zweimal eine erkennbare Rolle. Ein hohes Ungerechtigkeitsempfinden bei der Versorgung von Kassen- und Privatpatienten verdoppelt die Wahrscheinlichkeit, dass die Befragten sich nicht ausreichend über die persönlichen Folgen von Gesundheitsreformen informiert sehen (Odds Ratio von 2,04). Die Chance, dass die Versicherten bei einem ablehnenden Bescheid ihrer Krankenkasse Informationen suchen und mehr oder weniger leicht finden, sinkt dagegen um knapp ein Drittel (OR von 0,70). Diejenigen BürgerInnen, die starke Probleme mit der Gerechtigkeit bei sonstigen

Was beeinflusst die Nutzung von Informationsquellen und die Suche nach Informationen? Systemvertrauen, Gerechtigkeitsempfinden oder soziodemographische und gesundheitliche Aspekte?

Einflussfaktoren	Schon mal nach Informationen über...gesucht								Nicht ausreichend über die Folgen von Reformen informiert
	Intensive Nutzung von Gesundheitsinformationsquellen	fachliche Arztqualität	Behandlungserfolge und Kompetenzen von Krankenhäusern	medizinische Spezialisten	Behandlungsfehler	ablehnenden Kassenbescheid	Wirkungen von Arzneimitteln	Pflegefragen	
Alter über 60 Jahre (gegenüber unter 60 Jahre)	2,38***		1,29**	1,28**	1,59**	1,46***		1,85***	0,73*
PKV-Mitglied (ggü. GKV-Mitglied)							0,73*		
Haushaltseinkommen über 2.999€ (ggü. Einkommen unter 2.999€)						0,63**			
Abitur (ggü. niedrigerer Bildungsabschluss)				1,35*			1,72***		
Gute wahrgenommene Gesundheit (ggü. schlechte wahrgen. Gesundheit)		0,52***				0,63*			
Nicht-chronisch krank (ggü. chronisch krank)	0,33***		0,72*	0,55***					
Hohes Systemvertrauen (ggü. niedriges Vertrauen)				0,77*	0,59*	0,75*			0,38***
Starkes Ungerechtigkeitsempfinden GKV/ PKV (ggü. niedriges Ungerechtigkeitsempfinden)						0,70*			2,04**
Starkes allgemeines Ungerechtigkeitsempfinden (ggü. schwachem Ungerechtigkeitsempfinden)	1,76***								0,69*

Das odds ratio (OR) gibt für jede berücksichtigte Einflussvariable (Alter über 60 Jahre, PKV-Mitglied, Haushaltseinkommen über 2.999€ etc.) an, um welchen Betrag sich die Chance ändert, Gesundheitsinformationen intensiv zu nutzen, schon mal nach spezifischen Gesundheitsinformationen oder Rat bei Problemen gesucht zu haben oder sich nicht ausreichend über die Folgen von Reformen auf die persönliche Gesundheitsversorgung informiert zu fühlen. Bei einem OR über 1,0 steigt die Chance, bei einem OR von unter 1 sinkt sie im Vergleich zur Referenzgruppe (unter 60-Jährige, GKV-Mitglied, Haushaltseinkommen unter 2.999€, etc.).

Irrtumswahrscheinlichkeit/Signifikanzniveau: * p 5 %, **= p 1%, ***= p 0,1%

Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Tabelle 5

gesundheits**monitor**

gesamtesellschaftlichen Umständen haben, nutzen Fachlexika, Kassenzeitschriften oder andere Informationsquellen mit einer um 75 Prozent höheren Wahrscheinlichkeit (OR von 1,76). Dass dieselbe Befragtengruppe aber eine um rund 30 Prozent geringere Chance hat (OR von 0,69), sich nicht ausreichend über Reformfolgen informiert zu fühlen, könnte mit der intensiveren Nutzung der Informationsquellen zusammenhängen.

■ Der wichtigste Einflussfaktor für die Nutzung von Informationsquellen und der Suche nach Informationen ist wie bereits erwähnt das Lebensalter. Die Chance, die Informationsquellen intensiv zu nutzen, ist in der Gruppe der 60-jährigen und älteren Befragten mehr als doppelt so hoch wie bei der jüngsten Gruppe (OR 2,38). So sieht es auch bei der Suche nach fünf spezifischen Gesundheitsthemen aus. Hier haben ältere Personen eine knapp

30 bis 85 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, schon einmal nach diesen Informationen gesucht zu haben. Dies könnte u.a. daran liegen, dass in dieser Altersgruppe auch mehr Betroffene zu finden sind, die einen höheren Informationsbedarf zu Gesundheitsthemen haben. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich die 60+-Bevölkerung nicht ausreichend über die Folgen von Reformen auf ihre persönliche Gesundheitsversorgung informiert fühlt, liegt knapp

30 Prozent unter der von jüngeren BürgerInnen. Auch hier könnte die bessere Informiertheit der älteren Bevölkerung über die Gesundheitsreformfolgen Folge ihrer intensiveren Suche nach Informationen über unterschiedlichste Gesundheitsthemen sein.

- Bemerkenswert ist die geringe Bedeutung des Bildungsstandes, der wahrgenommenen Gesundheit und auch der Chronizität oder Nichtchronizität der Erkrankung auf das Informationsverhalten.

Vertrauen BürgerInnen, die mehr über das Gesundheitssystem wissen, ihm stark oder schwach?

Für eine Analyse des Wissens der BürgerInnen über das Gesundheitssystem liegen in der 17. Welle des Gesundheitsmonitors Dutzende, auch bereits ausführlich ausgewertete Indikatoren vor (Marstedt 2010). Um einen für den inhaltlichen Schwerpunkt dieses Newsletters praktikablen und übersichtlichen Indikator für das Gesundheitssystemwissen der BürgerInnen zu erhalten, haben wir zunächst für rund 30 Einzelindikatoren des Wissensstandes untersucht, ob sie mit den Indikatoren für Systemvertrauen und Gerechtigkeitsempfinden korrelieren. Bei den Wissensindikatoren handelt es sich um Aussagen, die von den Befragten mit „trifft nicht zu“ oder „trifft zu“ beantwortet werden konnten, z. B. „PKV-Versicherte zahlen bei höherem Krankheitsrisiko höhere Beiträge“ oder „Praxisgebühr entfällt bei Früherkennungsuntersuchungen“. Aus den 20 Indikatoren, die mindestens auf dem 5 Prozent-Signifikanzniveau mit den Vertrauens- oder Gerechtigkeitsindikatoren korrelieren, möglicherweise also miteinander zusammenhängen, bilden wir einen Wissensindex von null bis maximal zwanzig richtigen Antworten.

Die Befragten, welche bis zu 8 Fragen richtig beantworteten, klassifizierten wir für die weitere Analyse als die Gruppe mit geringem Wissensstand und diejenigen, welche 9 bis 20 Fragen richtig beantworten, als die Gruppe mit gutem Wissensstand.

Bivariat finden sich für einen Zusammenhang von Vertrauen und Gerechtigkeitsempfinden mit dem Wissensstand bislang nur geringe Unterschiede in der prozentualen Häufigkeit und auch keinerlei statistisch signifikante Unterschiede. So haben beispielsweise 50,8 Prozent der Befragten mit geringem Systemvertrauen einen geringen Wissensstand, ein Anteil der bei den Befragten mit hohem Systemvertrauen 54 Prozent beträgt. Und von den Befragten, die bei der medizinischen Versorgung von Kassen- und Privatpatienten wenige Ungerechtigkeiten wahrnehmen, besaßen 50 Prozent einen geringen Wissensstand. Bei den BürgerInnen mit

starkem Ungerechtigkeitsempfinden ist dieser Anteil mit 51,7 Prozent nur unwesentlich höher.

Den Eindruck eines geringen Zusammenhangs des Systemvertrauens und des Ungerechtigkeitsempfindens mit dem Umfang des Gesundheitssystemwissens bestätigt auch die logistische Regression. In unser Modell mit dem abhängigen Merkmal Wissensstand fließen als unabhängige Merkmale neben dem Systemvertrauen und dem Gerechtigkeitsempfinden auch der Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, GKV-PKV-Mitgliedschaft, Geschlecht, Alter, allgemeine Nutzungsintensität von Informationsquellen, Bildungsabschluss und Haushaltseinkommen ein. Die einzigen Merkmale, welche die Chance einen hohen Wissensstand zu haben statistisch signifikant beeinflussen oder einen engen Zusammenhang haben, sind das Haushaltseinkommen, die Schulbildung,

Was beeinflusst den Stand des Wissens zum Gesundheitssystem? Systemvertrauen, Gerechtigkeitsempfinden oder soziodemographische und gesundheitliche Aspekte?

Einflussfaktoren	Wissensstand hoch
Hohes Systemvertrauen (ggü. niedrigem Vertrauen)	–
Starkes Ungerechtigkeitsempfinden GKV/PKV (ggü. niedrigem Ungerechtigkeitsempfinden)	–
Starkes allgemeines Ungerechtigkeitsempfinden (ggü. schwachem Ungerechtigkeitsempfinden)	–
Gute wahrgenommene Gesundheit (ggü. schlechte wahrgen. Gesundheit)	–
Nicht-chronisch krank (ggü. chronisch krank)	–
PKV-Mitglied (ggü. GKV-Mitglied)	–
Geschlecht männlich (ggü. Geschlecht weiblich)	–
Alter über 60 Jahre (ggü. unter 60 Jahre)	0,74**
Hohe Nutzungsintensität Informationsquellen (ggü. niedriger Nutzungsintensität)	1,39*
Abitur oder höher (ggü. niedriger Bildungsabschluss)	1,82***
Haushaltseinkommen über 2.999€ (ggü. Einkommen unter 2.999€)	1,62***

Das odds ratio (OR) gibt für jede berücksichtigte Einflussvariable (Alter über 60 Jahre, Haushaltseinkommen über 2.999€ etc.) an, um welchen Betrag sich die Chance ändert, einen hohen Wissensstand zum Gesundheitssystem zu haben. Bei einem OR über 1,0 steigt die Chance, bei einem OR von unter 1 sinkt sie im Vergleich zur Referenzgruppe (unter 60-Jährige, GKV-Mitglied, Haushaltseinkommen unter 2.999€, etc.).

Irrtumswahrscheinlichkeit/Signifikanzniveau: * = p ≤ 5%, ** = p ≤ 1%, *** = p ≤ 0,1%; – = Irrtumswahrscheinlichkeit größer als 5%

Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Tabelle 6

die Nutzung von Informationsquellen und das Lebensalter (siehe Tabelle 6). Konkret: Verfügt jemand über ein Haushaltseinkommen von mehr als 2.999€, erhöht sich die Chance auf einen höheren Wissensstand um rund 60 Prozent, bei Befragten welche sich allgemein aus mehreren Informationsquellen informieren um knapp 40 Prozent und bei Befragten mit einem höheren Bildungsabschluss sogar um 82 Prozent. Mit steigendem Alter sinkt die Chance auf einen guten Wissensstand und zwar um rund 30 Prozent, wenn die Befragten 30 bis 64 Jahre alt sind und um weitere 30 Prozent bei den 65+-BürgerInnen. Kein anderes Merkmal, also auch nicht das Systemvertrauen und die beiden Leitwerte zum Gerechtigkeitsempfinden der Befragten haben auch nur einen entfernt signifikanten Einfluss auf den Wissensstand bzw. stehen in einem überzufälligen Zusammenhang mit ihm.

Das letzte Ergebnis steht in einem interessanten Widerspruch zu Erwartungen an einen Zusammenhang von gutem Systemwissen und starkem Systemvertrauen. Wenn beide in keinem statistisch signifikanten, d. h. nur in einem zufälligen Zusammenhang oder unter wechselseitigem Einfluss stehen, wäre es entweder unmöglich oder jedenfalls wesentlich weniger wirkungsvoll mit der Vermittlung von Wissen über das Gesundheitswesen Vertrauen zu generieren. Nimmt man noch den ebenfalls nicht statistisch signifikanten Zusammenhang von Gerechtigkeitsempfinden und Wissen hinzu, wäre das Verschwinden von Ungerechtigkeitsempfindungen durch Sachwissen ebenfalls nur zufällig. Um auszuschließen, dass diese Ergebnisse an der gewählten Gruppeneinteilung in Menschen mit starkem oder schwachem Systemvertrauen oder mit der Klassifikation des Gerechtigkeitsempfindens zu tun haben, berechneten wir rigide

(z. B. durch die Bildung einer Gruppe mit starkem Vertrauen allein für die Personen, die dem System die „Note“ 10 gaben) und weniger rigide Einteilungen (z. B. durch die Dichotomisierung in eine Gruppe mit schwachem Vertrauen mit den Noten 1 bis 5 und eine starke Gruppe mit den Noten 6 bis 10). Auch dann zeigte sich bei der Regressionsanalyse kein signifikanter Zusammenhang. Dass es sich dabei nur um das Ergebnis der Eigenart der von uns gestellten und ausgewählten Wissensfragen handelt, halten wir für unwahrscheinlich, können dies aber mangels anderer Fragen nicht verifizieren. Insgesamt ist aber nicht auszuschließen, dass sich das Vertrauen in das Gesundheitssystem in Abhängigkeit von der Qualität der Informationsvermittlung, der Güte der Informationen selbst sowie der Bekanntheit und Reichweite der Angebote auch erhöhen kann.

Wer insbesondere auch wegen des intensiveren Informationsverhaltens der älteren Befragten erwartet hat, dass sie u.a. aufgrund ihrer größeren und vielfältigeren Erfahrung mit dem Gesundheitswesen auch ein höheres Wissen über die durchweg versorgungsrelevanten Sach- und Strukturfragen haben müssten, findet dies nicht belegt. Offensichtlich erhöht Erfahrung und damit Erfahrungswissen nicht notwendigerweise das Sachwissen und damit das Wissen über wichtige Bedingungen des Gesundheitswesens. Die bekannte intensivere allgemeine Nutzung von Informationsquellen und von speziellen Informationen über Leistungserbringer und Versorgungsbedingungen konzentriert sich wohl eher auf behandlungsnahes als auf Wissen über wichtige personale und strukturelle Rahmenbedingungen für Versorgung und Behandlung. Ob dies an mangelndem Interesse, der Unverständlichkeit und Unübersichtlichkeit der Sachinformationen oder am schlechteren technischen

Zugang zu diesen liegt und ob diese Art von Wissenslücken Auswirkungen auf die Lebensqualität der älteren Bevölkerung hat, kann nicht weiter geklärt werden.

Starkes Systemvertrauen gleich Status quo-orientiert – starkes Ungerechtigkeitsempfinden gleich reformorientiert?

Ihre Bewertung der Notwendigkeit von Reformen des heutigen Gesundheitswesens in Deutschland konnten die Befragten in zweifacher Weise zum Ausdruck bringen: In Form pauschaler Bewertungen seiner Reformbedürftigkeit und durch Antworten auf eine Reihe von Fragen zu einzelnen gesundheitspolitischen Reformideen und -optionen.

Die Möglichkeiten, ein Gesamturteil über das herrschende Gesundheitssystem abzugeben, bewegten sich zwischen der eindeutigen Status quo-Option, das System funktioniere im Großen und Ganzen gut und bedürfe lediglich kleinerer Reformen; der graduell eingeschränkten Status quo-Option, es gäbe zwar einige gute Dinge im Gesundheitssystem, aber nur mit einschneidenden Maßnahmen könne etwas verbessert werden; und der klaren oder radikalen Reform-Option, das System funktioniere so schlecht, dass es von Grund auf verändert werden muss.

Wenn man für die multivariate Analyse mit einer logistischen Regression die beiden letzten Optionen zu einer Reform-Option zusammenfasst und die erste Antwortmöglichkeit als einzige Status quo-Option bewertet, verringert erwartungsgemäß ein hohes Systemvertrauen das Bedürfnis nach radikalen Veränderungen um rund 70 Prozent. Zählt man zur Reformgruppe nur noch diejenigen, die uneingeschränkt für einen radika-

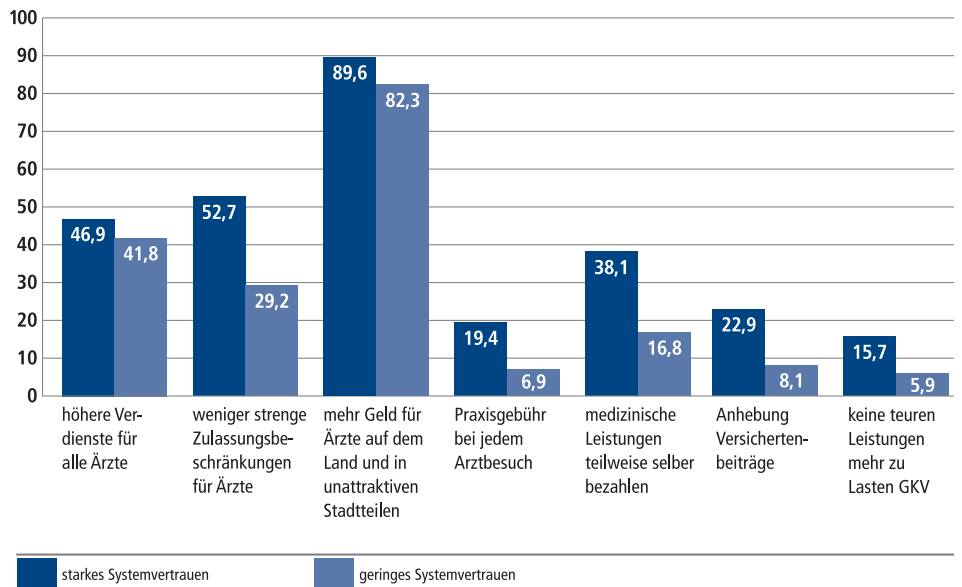
len Umbau plädieren und alle anderen Befragten zur Status quo-Gruppe, verringert ein starkes Systemvertrauen die Wahrscheinlichkeit der Zustimmung zu einer Reform noch etwas stärker, nämlich um 80 Prozent. In beiden Fällen ist die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 0,1 Prozent.

Im Falle der ersten der beiden Möglichkeiten, die Befragten in Status quo- und Reformorientierte einzuteilen, verringert auch noch das Alter mit jeder Altersgruppenstufe signifikant ($p < 0,1\%$) die Wahrscheinlichkeit für einen radikalen Umbau zu sein um rund 50 Prozent. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent und weniger erhöht der Abschluss eines Abiturs oder höherer Bildungsabschlüsse die Chance für radikale Umbauten des Gesundheitssystems zu optieren um ein Drittel gegenüber der Orientierung von Befragten mit Real- oder Hauptschulabschluss. Ob jemand ein hohes Ungerechtigkeitsempfinden bei der Bewertung der Gesundheitsversorgung oder in anderen gesellschaftlichen Bereichen hat, wirkt sich in keiner Weise signifikant auf die Art der Reformorientierung aus.

Auch wenn die Zusammenhänge unterschiedlicher allgemeiner Reformorientierungen insgesamt übersichtlich sind und auch nicht überraschen, kann dies bei den hier ausgewählten unabhängigen Merkmalen und einer Auswahl von inhaltlich unterschiedlichen Reformoptionen anders aussehen.

Um hier mehr Klarheit zu gewinnen, werden für die weitere Analyse zwanzig Reformoptionen zur Wahl gestellt, denen die Befragten zustimmen oder auch nicht zustimmen konnten. Dazu zählen beispielsweise die Vorschläge, die Kassenbeiträge zu erhöhen, einen Teil der medizinischen Leistungen selber bezah-

Anteil der Personen mit geringem oder starkem Systemvertrauen, die ausgewählten Reformoptionen zustimmen (in Prozent)



Quelle: Gesundheitsmonitor 2010, 17. Erhebungswelle, n=1.789

Abbildung 4

len zu lassen, die Leistungen für über 75-Jährige zu kürzen, die Vergütung von Ärzten, Apotheken und Kliniken zu kürzen, Rauchern, Alkoholikern und Extremsportlern die Leistungen zu kürzen, Beiträge für bisher beitragsfreie mit-versicherte Personen zu erheben und die Einführung einer Praxisgebühr für jeden Arztbesuch. Zustimmung oder widersprechen konnten die BürgerInnen ferner den Reformvorschlägen, den Medizin-Numerus Clausus zu lockern, Arztpraxen nur in geringer versorgten Gegenden zuzulassen, die Verdienstmöglichkeiten für Ärzte generell oder auch nur auf dem Lande zu erhöhen und für den Genuss des medizinisch-technischen Fortschritts eine Zusatzversicherung einzuführen.

Um klären zu können, welche Bedeutung Systemvertrauen, Gerechtigkeitsempfindungen oder andere subjektive und objektive Faktoren auf die Bewer-

tung dieser Reformvorschläge haben, fassen wir alle zustimmenden zu einem Reform-Wert und alle nicht zustimmenden Antworten zu einem Status quo-Wert zusammen. Die Werte geben an wie viele Befragte keinem, einem oder auch zwanzig der Vorschläge zustimmen oder nicht zustimmen. Die Befragten wurden auf dieser Basis in Teilgruppen mit schwacher / starker Status quo-Orientierung bzw. Reform-Orientierung eingeteilt. 63,1 Prozent der Befragten sind stark status quo- und 30,8 Prozent stark reformorientiert.

Mittels einer logistischen Regression untersuchten wir auch hier, ob die Status quo- und die Reformorientierung durch das Systemvertrauen, das Gerechtigkeitsempfinden oder soziodemographische und gesundheitliche Verhältnisse beeinflusst werden.

Dabei zeigt sich, dass starkes Systemvertrauen die Wahrscheinlichkeit an den herrschenden Strukturen und Prozessen festzuhalten um rund 30 Prozent verringert. Hohes Ungerechtigkeitsempfinden im Bereich der Gesundheitsversorgung von GKV- und PKV-Versicherten sowie große gesellschaftliche Ungerechtigkeiten erhöhen dagegen die Chance am Bestehenden festzuhalten um jeweils rund 40 Prozent. Bei allen anderen theoretisch für möglich haltbaren Einflussfaktoren gibt es noch bei zweien einen signifikanten Zusammenhang: Die Wahrscheinlichkeit einer starken Status quo-Orientierung ist bei Beziehern von höheren Einkommen (über 2.999 €) um fast ein Drittel höher als bei Personen mit niedrigeren Einkommen. Trotz einiger personeller Überlappungen zwischen Höherverdienern und PKV-Versicherten ist dann aber die Chance, dass PKV-Versicherte stark am Status quo hängen um rund 40 Prozent geringer als bei GKV-Versicherten.

Auf den ersten Blick mutet es wie ein Widerspruch an, dass starkes Systemvertrauen einerseits die Chance, für pauschale radikale Veränderungen des Gesundheitssystems zu votieren („das Gesundheitssystem muss von Grund auf verändert werden“), signifikant senkt, aber andererseits Personen mit starkem Systemvertrauen häufiger den zwanzig abgefragten spezifischen Reformoptionen zugestimmt haben als Personen mit niedrigem Systemvertrauen. Zur Erklärung hilft ein Blick auf die Häufigkeit mit der Personen mit starkem oder geringem Systemvertrauen bestimmten Reformforderungen für Leistungserbringer und Versicherten zustimmen (siehe Abbildung 4). Der Anteil von BürgerInnen mit hohem Systemvertrauen, die drei der Reformideen für die Leistungserbringer (weniger strenge Zulassungsbeschränkungen, Erhöhung der Verdienste von

Landärzten und Ärzten in sozialen Brennpunkten und Erhöhung der Verdienstmöglichkeiten für alle Ärzte) zustimmen, ist vergleichsweise hoch, unterscheidet sich aber nicht wesentlich bzw. nur einmal signifikant von dem unter den BürgerInnen mit geringem Systemvertrauen. Bei der Reformoption der generellen Erhöhung der Arzthonorare stimmt auch nur weniger als die Hälfte der BürgerInnen in beiden der „Vertrauensgruppen“. Bei vier Reformideen, die zu Lasten von Krankenversicherten gehen, ist aber unter den Befragten mit starkem Systemvertrauen auf zwar durchweg niedrigerem Niveau der Anteil der Reformzustimmer signifikant höher als bei den Befragten mit geringem Systemvertrauen: bei den Forderungen, teure Leistungen nicht mehr die GKV übernehmen zu lassen, die Versichertenbeiträge anzuheben, medizinische Leistungen teilweise selbst zu bezahlen und bei jedem Arztbesuch eine Praxisgebühr zu bezahlen. Auch wenn diese Reformaussagen zumindest zum Teil radikale Veränderungen der Bedarfsorientierung und des Sachleistungsprinzips in der GKV bedeuten, bewerten die Befragten mit hohem Systemvertrauen dies offenbar nicht so.

Das Ergebnis einer logistischen Regression über den Zusammenhang der bereits bekannten Einflussfaktoren mit der Reformorientierung zeigt außerdem folgendes: Männer, Personen mit hohem Bildungsabschluss, Ältere und starke Nutzer von Informationsquellen haben eine um 25 Prozent bis 30 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit zur Gruppe derer mit starker Reformorientierung zu gehören.

Worauf und wie wirken sich Systemvertrauen und Gerechtigkeitsempfinden sonst noch aus?

Die Untersuchung weiterer abhängiger Orientierungen, Bedingungen und Verhaltensweisen zeigt, dass das Systemvertrauen und hohes Ungerechtigkeitsempfinden auch noch in weiteren Zusammenhängen eine Rolle spielen.

So spielt etwa Systemvertrauen als unabhängiges Merkmal bei der Wahrscheinlichkeit eines Kassenwechsels eine Rolle: Die Wahrscheinlichkeit die Kasse nicht zu wechseln ist bei Personen mit einem hohen Vertrauen in das Gesundheitswesen und bei den über 60-Jährigen um 70 Prozent bzw. um das Doppelte höher als bei Jüngeren und Menschen mit wenig Systemvertrauen. Und auch diejenigen Befragten, welche viele der ausgewählten sozialen Zustände außerhalb des Gesundheitsbereichs für ungerecht halten, wollen um rund 40 Prozent seltener ihre Krankenkasse wechseln als ihre MitbürgerInnen, welche die Gesellschaft für weniger ungerecht halten.

Das Systemvertrauen steht darüber hinaus auch in Zusammenhang mit der Arzt-Patienten-Interaktion: Wer ein hohes Systemvertrauen hat, älter als 60 Jahre oder ein Mann ist, hat eine um jeweils rund 30 Prozent höhere Chance sich in Entscheidungssituationen auf ein paternalistisches Verhalten gegenüber seinem Hausarzt einzulassen, also Behandlungsentscheidungen ganz oder zumindest teilweise dem Arzt zu überlassen.

Fazit

Unsere Analysen haben folgende zentrale Befunde ergeben:

- Die Anzahl der BürgerInnen mit keinem oder geringem bzw. mit einem starken Vertrauen in das heutige Gesundheitssystem ist mit 13,8 Prozent und 12,7 Prozent relativ klein. Wesentlich mehr Befragte, nämlich 83,5 Prozent empfinden große Ungerechtigkeiten bei der Gesundheitsversorgung von Kassen- und PKV-Patienten. 36,5 Prozent sehen große Ungerechtigkeiten wenn es um andere soziale Bedingungen und Chancen geht.
- Die Tatsache, dass selbst PKV-Versicherte, also die vermeintlichen „Nutznießler“ einer besseren Behandlung, Versorgungsunterschiede zu Kassenpatienten fast durchweg mehrheitlich als ungerecht bewerten, zeigt eine enorme Bedeutung der Gerechtigkeit im gesellschaftlichen Wertekatalog.
- Schwaches Systemvertrauen und starkes Ungerechtigkeitsempfinden treten meistens bei chronisch Kranken, mittelaltrigen und älteren und Personen mit niedrigem Bildungsabschluss und mittlerem Einkommen auf.
- BürgerInnen mit schwachem Systemvertrauen nutzen die vorhandenen Informationsmöglichkeiten deutlich weniger als die BürgerInnen mit hohem Systemvertrauen. Bei insgesamt niedrigem Niveau der Suche nach gesundheitsbezogenen Themen haben jedoch Personen mit starkem Systemvertrauen noch seltener danach gesucht als diejenigen mit geringem Systemvertrauen.
- Zwischen der Suche nach Gesundheitsinformationen und Gerechtigkeitsempfindungen gibt es fast keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.
- Bei der Suche nach Faktoren, die in einer multivariaten Analyse einen statistisch gesicherten Einfluss auf verschiedene Aspekte des Informa-

tionsverhaltens zeigen, taucht das Systemvertrauen mehrfach und nach dem Alter am häufigsten auf. Dies gilt eindeutig seltener für das Empfinden verschiedener Ungerechtigkeitszustände.

- Aufgrund ihrer Zustimmung oder Nichtzustimmung zu zahlreichen gesundheitspolitischen Reformvorschlägen lassen sich die BürgerInnen in solche mit geringer oder starker Status quo- oder Reform-Orientierung unterscheiden. Während die Wahrscheinlichkeit, mit der sie am Status quo festhalten und der Mehrheit der Vorschläge nicht zustimmen durch ein starkes Systemvertrauen abgemildert wird, erhöhen gesundheitsbezogene und gesellschaftliche Gerechtigkeitslücken das Festhalten am Status quo erheblich. Ob jemand vielen der Reformvorschläge zustimmt, d.h. stark reformorientiert ist, steht in keinem überzufälligen Zusammenhang mit Systemvertrauen und Gerechtigkeit.

Für die weitere Beschäftigung mit Vertrauensausprägungen und Gerechtigkeitsempfindungen und -erfahrungen liefern diese Befunde mehrere wichtige Hinweise:

- Vertrauen und Gerechtigkeitserleben sind nicht nur passives Resultat soziodemographischer Faktoren oder politischer Verhältnisse und Entscheidungen. Sie können vielmehr in unterschiedlicher Intensität Einflussfaktoren auf andere Orientierungen und Verhaltensweisen sein und damit Relevanz für die Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen und seine Stabilität haben. Die eingangs geäußerte Vermutung, dass mit dem Mangel an Systemvertrauen und dem Erleben von Ungerechtigkeit weitreichende gesellschaftliche Probleme verbunden sein könnten, bestätigt sich in unseren Analysen jedoch nicht.

- Gerechtigkeit spielt insgesamt eine geringere Rolle bei den von uns ausgewählten abhängigen Bedingungen als Systemvertrauen. Dies könnte u.a. an der Art und den Messschwierigkeiten der von uns erhobenen Indikatoren für Gerechtigkeitserleben liegen und sollte bei der künftigen Suche und dem Einsatz von weiteren Indikatoren für das Gerechtigkeitserleben berücksichtigt werden.
- Wie die Analysen zur Nutzung von Informationsquellen und der Suche nach Gesundheitsinformationen zeigen, senkt Vertrauen den dafür notwendigen Aufwand spürbar. Abhängig davon, wie konkret und wirklichkeitsnah Systemvertrauen ist, könnten vertrauensbildende Maßnahmen einen Teil des enormen Aufwandes für eine informationsbasierte Handlungsfähigkeit und Stabilität übernehmen. Allerdings sollte nicht unbeachtet bleiben, dass starkes bzw. blindes Systemvertrauen möglicherweise auch gesellschaftliche Probleme produzieren kann, wenn es die BürgerInnen beispielsweise von der eigenständigen Suche und Nutzung von Informationen abhält.
- Nicht nur für Politiker, sondern auch für den Bereich der Gesundheitsmedien ist praktisch interessant, dass das Systemvertrauen auch beträchtlich davon beeinflusst wird, ob die BürgerInnen das Gefühl haben, sie würden ausreichend über die Folgen der ja nicht seltenen Gesundheitsreformen für ihre persönliche Gesundheitsversorgung informiert. Dieses Bedürfnis nach möglichst personenbezogenen und konkreten Informationen anstelle oder in Ergänzung zum so genannten Sachwissen, leitet auf eine möglicherweise am folgenreichsten Schlussfolgerung aus diesen Analysen über.
- Wie gesehen gibt es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang von

Systemvertrauen und Gerechtigkeitsempfinden mit dem Systemwissen. Dies bedeutet jenseits der Statistik, dass kognitiv aufklärerische Bemühungen nur ein Faktor bei der inhaltlichen Stabilisierung des Gesundheitswesens sein können. Informationsanbieter müssen sich bewusst sein, dass Einzelerfahrungen einen mindestens ebenso großen oder größeren Einfluss auf das Systemvertrauen haben können wie die bloße Darstellung von Informationen oder Qualitätsindikatoren. Dies gilt es bei der Ausgestaltung von Informationsangeboten zu berücksichtigen. Praktisch folgt daraus, dass die Anbieter und Distributoren dieses Wissens ihre Leistungen zwar nicht einstellen müssen. Sie sollten aber deren Bedeutung für oder deren Einflusskraft auf das Systemvertrauen relativieren. Wenn die Vermutungen über die große Bedeutung von individuellen Erfahrungen zutreffen, könnte Systemvertrauen als wichtige Bedingung für die Stabilität des Gesundheitswesens und einer Reihe von Verhaltensweisen durch wenige selbst gemachte oder „Vom-Hörensagen“-Erfahrungen erodieren oder auch aufgebaut werden. Jeder Akteur, ob in einer Krankenkasse, Arztpraxis oder Pflegeheim sollte sich bewusst sein, dass er die Erfahrung eines Mitglieds, Patienten oder Pflegebedürftigen beeinflusst.

Literatur

- Braun, Bernard, Marstedt, Gerd (2010): Die GKV, das unbekannte Wesen. Newsletter Gesundheitsmonitor. Gütersloh.
- Gesundheitsmonitor Fragebogen Versicherte, Welle 17 (2010), http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-A1967F73-ADAA6C4D/bst/xcms_bst_dms_31976_31977_2.pdf, zuletzt aufgerufen: 31.5.2011
- Marstedt, Gerd (2010): Gesundheitsfragen - Information und Wissen der Bürger, in: Böcken, Jan, Braun, Bernard, Landmann, Juliane: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Gesundheitsmonitor 2010, Gütersloh, S.43-89.

InternetTipp:

Weisse Liste, AOK und BARMER GEK starten Online-Arztsuche

Seit Anfang Mai können rund 30 Millionen Versicherte der AOK und der BARMER GEK an einer Befragung zu ihren Ärzten teilnehmen. Die Ergebnisse fließen in ein nicht-kommerzielles Internetportal ein, in dem Patienten in ganz Deutschland künftig nach einem für sich geeigneten Arzt suchen können. Die neue Arztsuche ist eine gemeinsame Entwicklung der beiden Krankenkassen und der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen.

Der Fragebogen besteht aus rund 30 Fragen und wurde in einem mehrstufigen Verfahren wissenschaftlich entwickelt. Versicherte müssen sich für die Befragung registrieren; dies dient dem Schutz vor Manipulationen wie Mehrfachbewertungen. Freitextfelder sind nicht vorgesehen, um unsachgemäße Kommentare auszuschließen. Zudem können Ärzte ihre Befragungsergebnisse kommentieren. Anspruch der Initiatoren ist es, eine Orientierungshilfe neuer Qualität zu entwickeln, die fair für Ärzte ist. Hintergrund ist der bislang weitgehend ungedeckte Informationsbedarf in der Bevölkerung.

Die Arztsuche ist unter folgenden Adressen erreichbar. Es handelt sich jeweils um das gleiche Portal, Basis ist die Weisse Liste:

www.weisse-liste.de/arzt

<http://arztnavi.barmer-gek.de>

www.aok-arztnavi.de

Bertelsmann Stiftung

Programm Versorgung
 verbessern – Patienten
 informieren
 Carl-Bertelsmann-Str. 256
 33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de

Barmer GEK

Lichtscheider Str. 89-95
 42285 Wuppertal
www.barmer-gek.de

Redaktion

Nicole Osterkamp,
 Melanie Lisac,
 Dr. Jan Böcken

Autoren

Dr. Bernard Braun
 (Universität Bremen),
 Dr. Gerd Marstedt
 (Universität Bremen)

Kontakt

Heike Clostermeyer
 Tel.: (05241) 81-8 13 81
 Fax: (05241) 81-68 13 81
heike.clostermeyer@bertelsmann-stiftung.de