

MÖGLICHKEITEN DES ABBAUS SOZIALER UNGLEICHHEIT IM GESUNDHEITSWESEN

1. Hintergrund	94
2. Der Faktor Einkommen	95
3. Ärmere erhalten andere Leistungen	96
4. Weniger Krankenstände aus Angst um den Arbeitsplatz	98
5. Weitere Einflussfaktoren auf Gesundheit	99
6. Maßnahmen	101
7. Resümee	102

Auszug aus WISO 2/2004

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Weingartshofstraße 10

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@ak-ooe.at

Internet: www.isw-linz.at

Claudia Habl

**Gesundheits-
ökonomin am ÖBIG
(Österreichischen
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen)
in Wien**

1. Hintergrund

*Zusammenhang
zwischen
sozialem
Status und
Gesundheits-
zustand*

Dass ein enger Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Gesundheitszustand von gesellschaftlichen Gruppen besteht, ist sowohl bei Forschern als auch in der Politik bekannt. Ebenso herrscht Konsens darüber, diesen Zusammenhang zu erforschen und die Disparitäten hinsichtlich Gesundheit zu beseitigen. Erstens, weil Gesundheit ein grundlegendes Recht ist und der Staat daher jedem Bürger helfen sollte, so gesund wie möglich zu sein. Zweitens trägt der Abbau von Ungleichheit dazu bei, die Gesundheit in sozial benachteiligten Gesellschaftsgruppen zu verbessern und gleichzeitig den allgemeinen Gesundheitszustand in der Bevölkerung zu heben. Um eine Umsetzung dieses Konsenses in Maßnahmen zu ermöglichen, ist eine Konkretisierung des Ziels erforderlich. Hierzu müssen die Ursachen der gesundheitlichen Unterschiede analysiert werden.

Das ÖBIG (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen) beschäftigt sich seit einigen Jahren mit dem Gesundheitszustand bzw. dem Gesundheitsverhalten von sozial benachteiligten Personen und hat dazu – zumeist im Auftrag des Gesundheits- bzw. Sozialressorts – einige Studien erstellt.

Im Mittelpunkt dieser Studien standen neben einer Darstellung der gesundheitlichen Probleme von sozial benachteiligten Personen die Analyse von Zugangsbarrieren zu Einrichtungen des Gesundheitswesens und die speziellen Gesundheitsprobleme von armutsbetroffenen Frauen. In einer der letzten Studien mit dem Titel „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ sollte geklärt werden, ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede, im Speziellen Einkommensunterschiede, das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung und die Inanspruchnahme von Leistungen beeinflussen. Als Grundlage für die Auswertungen dienten Versicherungsdaten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK).

2. Der Faktor Einkommen

Nach Angaben des Sozialberichts 2001–2002 des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (BMSG 2002) sind rund 11 Prozent der Bevölkerung, also beinahe 900.000 Österreicherinnen und Österreicher, als armutsgefährdet zu bezeichnen. Etwa ein Drittel dieser Personen unterliegt dabei spürbaren Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen, hat gravierende Miet- oder Heizungskostenrückstände und hat nicht die finanziellen Mittel mindestens einmal im Monat jemanden zu sich nach Hause einzuladen. Diese rund 300.000 Österreicher, darunter deutlich mehr Frauen als Männer und viele Familien mit mehreren Kindern, können als akut arm bezeichnet werden.

*ca. 11 Prozent
der Bevölkerung
armutsgefährdet*

In der oben erwähnten Studie wurde – um die Bedeutung des Einkommens als gesundheitsbeeinflussenden Parameter darzustellen – als primäres Kriterium für die Einstufung einer Person als sozial benachteiligt die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr (Stand 2004: EUR 4,35) definiert. Voraussetzung für eine potenzielle Rezeptgebührenbefreiung ist das Unterschreiten einer bestimmten Einkommensgrenze, die z. B. für eine allein stehende Person zurzeit EUR 653,19 (das ist auch der Ausgleichszulagenrichtsatz) beträgt. Für chronisch Kranke, das heißt für Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, gelten höhere Einkommensobergrenzen. Neben dem Einkommen wurden als weitere Untersuchungskriterien das Alter, der berufliche Status und das Geschlecht einer Person berücksichtigt.

*Kriterium:
Rezeptgebühr*

In Oberösterreich sind knapp fünf Prozent aller Krankenversicherten rezeptgebührenbefreit, wobei die Mehrzahl der Befreiten – rund 80 Prozent – Pensionisten sind. Die Gruppe der rezeptgebührenbefreiten Erwerbstätigen, die einen Teil der so genannten „working poor“ verkörpern, umfasst 10,5 Prozent aller rezeptgebührenbefreiten Versicherten. Unter Einbeziehung von Karenzgeld- und Arbeitslosenentgeltbeziehern beträgt der Anteil 17 Prozent.

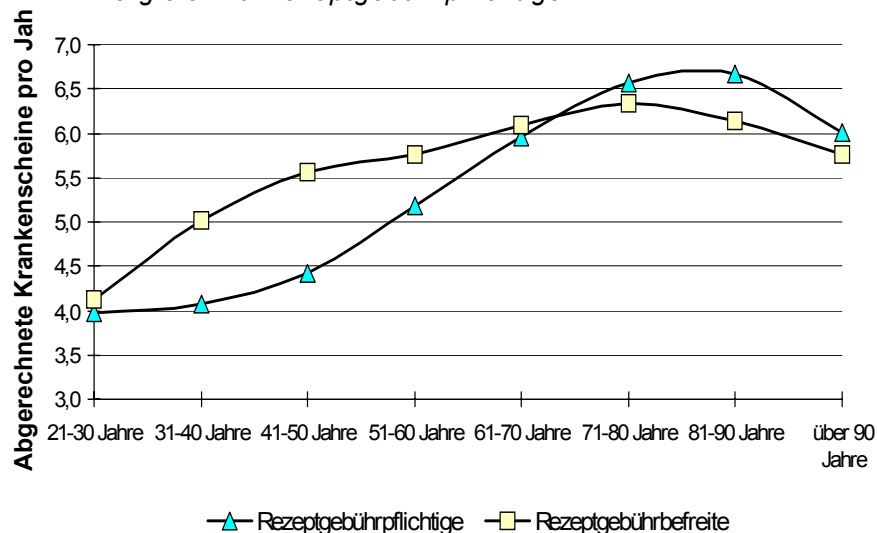
3. Ärmere erhalten andere Leistungen

In Bezug auf die Arztbesuchshäufigkeit zeigte sich im Rahmen der Studie, dass sozial benachteiligte Personen bis zum 70. Lebensjahr häufiger zum niedergelassenen Arzt gehen als andere Versicherte. Dies ist aber nicht weiter verwunderlich, weil rund 44 Prozent der sozial benachteiligten Personen aufgrund einer medizinischen Indikation von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind.

Arztbesuchshäufigkeit

Interessant ist aber, dass sich ab dem siebzigsten Lebensjahr die Arztbesuchshäufigkeit von sozial benachteiligten Personen gegenüber Personen, die die Rezeptgebühr entrichten müssen, wieder verringert. Dies ist deshalb bemerkenswert, da sich mit steigendem Alter die Krankheitsbilder von rezeptgebührenbefreiten und nichtbefreiten Personen angleichen bzw. die meisten Hochbetagten in irgendeiner Weise als krank anzusehen sind (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Inanspruchnahme von Allgemeinärzten und Fachärzten durch rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte im Vergleich zu Rezeptgebührenpflichtigen



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Größere Unterschiede ergeben sich bei näherer Betrachtung der konsumierten Leistungen:

- So gehen sozial schwächere Personen öfter zum Arzt und verursachen im Schnitt jährlich etwa 2,5 Mal so hohe Ausgaben für die Sozialversicherung wie vergleichbare rezeptgebühpflichtige Versicherte,
- suchen jedoch auch um 20 Prozent seltener Fachärzte auf,
- erhalten durchwegs billigere Arzneimittel verordnet und
- nehmen in einem geringeren Ausmaß an Gesundenuntersuchungen teil.

Unterschiede bei konsumierten Leistungen

Diese Aussagen werden durch eine frühere Untersuchung des ÖBIG, in der sozialschichtbezogene Auswertungen aus dem Mikrozensus Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ vorgenommen wurden, bestätigt. Diese ergab ebenfalls, dass sozial benachteiligte Personen deutlich häufiger einen Allgemeinarzt, jedoch viel seltener einen Facharzt bzw. Zahnmediziner in Anspruch nehmen als Angehörige höherer sozialer Schichten. Außerdem zeigte sich, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsangeboten für sozial benachteiligte Personen mit einem deutlich höheren Zeitaufwand verbunden ist als für Angehörige höherer sozialer Schichten: Arme Personen erreichen Gesundheitseinrichtungen mit größerer Mühe und warten dort auch länger auf ihre Behandlung (ÖBIG 2000).

sozial Benachteiligte suchen häufiger einen Allgemeinarzt auf, aber viel seltener einen Facharzt und ...

Außerdem beurteilen sozial benachteiligte Personen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter, erkranken häufiger und nehmen – offenbar infolge einer höheren Morbidität – auch häufiger regelmäßig Medikamente ein. Sozial schwache Bevölkerungsgruppen setzen ferner erheblich weniger eigene Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge (betreffend etwa Ernährung oder Beratungsangebote) und verfügen über einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen als Angehörige höherer sozialer Schichten. Konsequenterweise werden auch Gesundenuntersuchungen von Unterschichtangehörigen deutlich seltener in Anspruch genommen als von Angehörigen der höheren sozialen Schichten.

... Gesundheitsvorsorge wird vernachlässigt

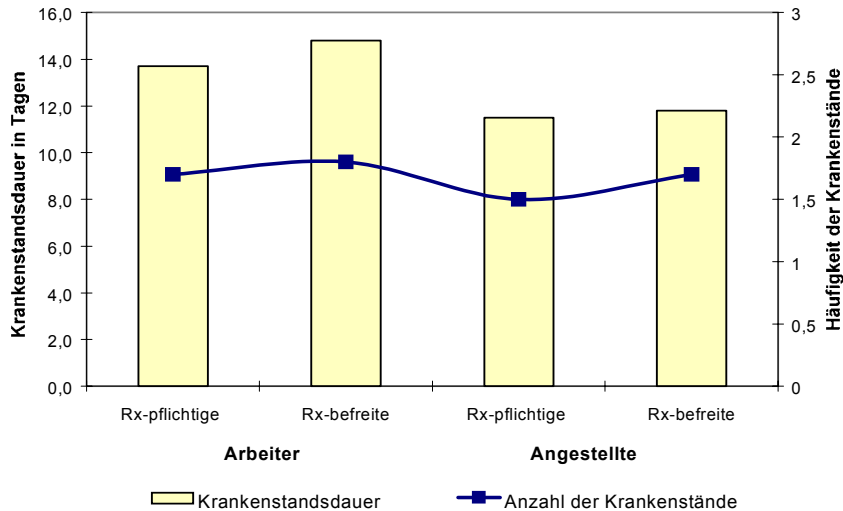
4. Weniger Krankenstände aus Angst um den Arbeitsplatz

*„working poor“
und Kranken-
standsdauer* Die Tatsache, dass Mitglieder der „working poor“ auch in jungen Jahren höhere Krankheitskosten verursachen als rezeptpflichtige Erwerbstätige, stützt ebenfalls die Vermutung, dass arme Menschen zugleich kränkere Menschen sind.

Der in letzter Zeit, vermutlich aufgrund der schlechter werdenden wirtschaftlichen Lage, zu beobachtende Rückgang bei den Krankenstandstagen bildet sich bei den „working poor“ besonders stark ab. Obwohl rezeptgebührenbefreite Arbeiter deutlich höhere Arztbesuchshäufigkeiten aufweisen als ihre rezeptgebührenpflichtigen Kollegen, sind sowohl die durchschnittliche Krankenstandsdauer von Rezeptpflichtigen wie Befreiten als auch die Anzahl der Krankenstände praktisch ident (vgl. Abbildung 2). Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes scheint also höher zu sein als die Sorge um die eigene Gesundheit.

*Krankschreibung:
geringer
Unterschied
zwischen
Angestellten und
Arbeitern* Auffällig war, dass Angestellte nur unwesentlich seltener krank geschrieben waren als diesen in Einkommen, Alter und Wohnort vergleichbare Arbeiter, besonders wenn man berücksichtigt, dass Arbeiter meist schon für den 1. Krankenstandstag eine ärztliche Bestätigung vorlegen müssen, Angestellte hingegen oft erst ab dem dritten Tag des Krankenstandes.

Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl an Krankenständen und durchschnittliche Krankenstandsdauer nach Rezeptpflichtstatus und Versichertenkategorie



Rx = Rezeptgebühr

Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

5. Weitere Einflussfaktoren auf Gesundheit

Neben dem Einkommen einer Person beeinflussen auch andere Faktoren, die mit wirtschaftlichen Ressourcen sowie dem sozialen Umfeld verbunden sind, wie Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse und Mangel an Bildung(smöglichkeiten), die Gesundheit einer Person.

soziales Umfeld

Von hoher Bedeutung sind selbstverständlich auch persönliche „Risikofaktoren“ wie Behinderung, Geschlecht oder Lebensgewohnheiten (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten). An diesem Beispiel lässt sich gut die wechselseitige Beziehung zwischen dem Einkommen einer Person und ihrem Gesundheitszustand, d. h. die Präventions- und die Deprivationshypothese (Brennecke/Fuchs 1999), beschreiben. Erstere besagt, dass das Einkommen einer Person zur Sicherung

persönliche Risikofaktoren

Armut macht krank und ...

ihres Gesundheitszustandes beiträgt. Dies bedeutet, dass ein geringes Einkommen eine Verschlechterung der Gesundheit nach sich zieht, während ein ausreichend hohes Einkommen zur Erhaltung eines guten bzw. zur Verbesserung eines weniger guten Gesundheitszustandes beiträgt. Salopp formuliert bedeutet dies, dass Armut krank macht.

... Krankheit führt zu Armut

Die Deprivationshypothese postuliert hingegen, dass Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für die Erzielung eines ausreichenden Einkommens darstellt, Krankheit also zu Armut führt. Letztere Behauptung wird beispielsweise dadurch untermauert, dass chronisch Kranke unter Umständen nur einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen können und somit von vornherein erheblich weniger verdienen als Vollzeitbeschäftigte.

Ein weiterer Faktor, der das Gesundheitsverhalten einer Person umso stärker beeinflusst, je niedriger ihre soziale Schicht ist, sind mit der Gesundheitsversorgung verbundene Faktoren wie schlechte Erreichbarkeit von Ärzten oder Krankenanstalten bzw. die Wartezeiten in diesen Gesundheitseinrichtungen.

Effekte der Arbeitswelt

In der deutschen Diskussion werden zusätzlich vor allem primäre und sekundäre Effekte der Arbeitswelt, wie z. B. die physischen Belastungen am Arbeitsplatz und die durch den Arbeitslohn bestimmten Wohnbedingungen, angeführt. Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, langfristige Gesundheitsorientierung, Beachtung frühzeitiger Symptome, präventives Verhalten und das Vorhandensein eines sozialen Netzes zählen ebenfalls zu den allgemein anerkannten gesundheitsbeeinflussenden Faktoren.

Umgang mit Belastungen

Im Zentrum vieler weiterer Erklärungsansätze steht die Erkenntnis, dass es nicht nur um die objektiven Belastungen eines Menschen geht, sondern um seine Möglichkeit, mit diesen Belastungen umzugehen. Besonders wichtig ist die Feststellung, dass nicht nur das Verhalten einer Person gesundheitliche Unterschiede nach sich zieht, sondern die Lebensumstände und Rahmenbedingungen (Verhältnisse) von fast höherer Bedeutung sind.

6. Maßnahmen

Um die gravierendsten gesundheitlichen Folgen der Armut zu vermindern, sind zielgruppen- bzw. schichtspezifische und niederschwellige Angebote erforderlich. Diese sollten vor allem darauf abzielen, die soziale Ausgrenzung der Armutsbetroffenen abzubauen, denn die wichtigsten Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten in Österreich liegen nicht im Gesundheitssystem per se, sondern in Langzeitarbeitslosigkeit und in geringem Einkommen. Jedenfalls sollen alle Maßnahmen, die wie bisher die Solidaritäts- und Umverteilungsfunktion des Gesundheitssystems gewährleisten (z. B. die Rezeptgebührenbefreiung sozial benachteiligter Personen), weiterhin beibehalten werden.

*zielgruppen-
bzw. schicht-
spezifische
Angebote
erforderlich*

Neben konkreten praktischen Veränderungen und Maßnahmen ist aber auch eine sozial- und gesundheitspolitische Aufwertung des Themas Armut und Gesundheit in Österreich dringend notwendig. Die Vermeidbarkeit von Gesundheitsproblemen armer Menschen muss für die Öffentlichkeit nachvollziehbar und transparent gemacht werden.

*gesundheits-
politische
Aufwertung des
Themas Armut*

Zu intensivieren wäre des Weiteren die begleitende Forschung mittels Daten über die Bevölkerungsgesundheit: Entwicklung geeigneter Indikatoren für soziale Gesundheitsprobleme; regelmäßige Erfassung und Auswertung aussagekräftiger statistischer Daten (Surveys, Gesundheitsberichterstattung); Beginn eines Surveys über Kindergesundheit (Mikrozensus-Erhebungen erfassen oft nur Personen im Alter ab 15 Jahren); Evaluierung des Mutter-Kind-Passes und der schulärztlichen Untersuchungen.

*Entwicklung
geeigneter
Indikatoren für
soziale
Gesundheits-
probleme*

Besonders wichtig und gleichermaßen schwierig zu beantworten ist die Frage, welche gesundheitspolitischen Akteure für welche Aufgaben bei der Lösung des Problems sozialer Disparitäten zuständig sein sollen. Vorbedingung ist, dass die Problematik mehr ins Bewusstsein der gesundheitspolitischen Akteure rückt. Wenn einmal das Problem als brisant aner-

kannt ist, müsste es auch gelingen, für dessen Behandlung eine effektive Kompetenzverteilung zu finden.

*Verbindung von
Medizin und
Sozialarbeit*

Viel stärker als derzeit sollten auch ambulante und mobile Dienste (wie beispielsweise der Louisebus der Caritas der Erzdiözese Wien) eingesetzt werden, denn es gehört zu den Charakteristiken der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen, dass sie die Leistungen des Versorgungssystems nur schwer aktiv auswählen können. Eine Konsequenz daraus sollte sein, dass die Angebote zu den armen Bevölkerungsgruppen hin orientiert werden müssen. Dabei soll die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit von vorhandenen bzw. zu schaffenden Versorgungsstrukturen, z. B. die Verbindung von Medizin und Sozialarbeit, im Vordergrund stehen.

7. Resümee

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Menschen mit geringem Einkommen (rezeptgebührenbefreite Personen) unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht

- mehr gesundheitliche Probleme haben und
- das Gesundheitssystem daher öfter in Anspruch nehmen als Durchschnittsösterreicher.

Die Ergebnisse der Analyse der FOKO Daten der OÖGKK weisen deutlich darauf hin, dass die gesundheitlichen Probleme einer Person in einem hohen Ausmaß auf ihr geringes Einkommen zurückzuführen sind. Statistisch signifikante Beweise, welche die oben erwähnte Präventionshypothese untermauern, konnte die ÖBIG-Studie jedoch nicht erbringen.

*Bedeutung von
nicht unmittelbar
gesundheits-
spezifischen
Maßnahmen*

Generell wurden einmal mehr die Bedeutung von nicht unmittelbar gesundheitsspezifischen Maßnahmen aufgezeigt: Eine Verbesserung des allgemeinen Bildungsniveaus und das Schaffen angemessener Lebensbedingungen (gut ausgestattete Wohnungen, sichere Arbeitsplätze usw.), die in der Folge auch zu einem höheren Einkommen führen, begünstigen jedenfalls die Gesundheitssituation einer Gesellschaft.

Eine endgültige Klärung der Frage wäre vermutlich nur mit Langzeitbeobachtungen einer signifikant hohen Anzahl von Patientenkarrerien möglich. Dies könnte jedoch nur mit hohem Ressourcenaufwand und durch eine lückenlose Dokumentation aller Kontakte einer Person mit dem Gesundheitssystem erfolgen. Eine uneingeschränkte Kooperation aller potenziellen Datenlieferanten – der Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträger, des Bundes, der Krankenanstalten, der Apotheken, der privaten Versicherungen sowie der Statistik Austria – wäre erforderlich. Vielleicht bietet längerfristig die e-Card der Sozialversicherung, die voraussichtlich ab dem Jahr 2005 den Krankenschein ersetzen soll, eine Chance dies umzusetzen.

Literatur:

- BMGF: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. ÖBIG. Wien 2003
- BMSG: Bericht über die soziale Lage 2001–2002. Analysen und Ressortaktivitäten. Wien 2002
- Brennecke, R.; Fuchs, J.: Einkommen und Gesundheit – welche Zusammenhänge gibt es? In: Public-Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public Health (Hrsg.): Public-Health-Forschung in Deutschland. Göttingen/Toronto/Seattle 1999. S. 365–369
- ÖBIG: Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen, Expertise, Schriftenreihe „Originalarbeiten – Studien – Forschungsberichte“ des BMAGS 2/99. Wien 2000

Angaben zur Autorin:

Mag. Claudia Habl ist Gesundheitsökonomin am ÖBIG (Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen) in Wien. Das ÖBIG ist eine unabhängige und renommierte wissenschaftliche Dienstleistungseinrichtung, die sich mit Fragen des Gesundheitswesens beschäftigt. Rund 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in neun verschiedenen Arbeitsbereichen, darunter Alten- und Langzeitversorgung, Gesundheitsökonomie und Gesundheitsplanung, tätig.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Weingartshofstr. 10, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73-33 21
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@ak-ooe.at
Internet: www.isw-linz.at