

Thomas Leoni

# Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

## Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

Gemäß einem europäischen Vergleich anhand einer Reihe von Gesundheitsindikatoren ist der Gesundheitszustand der über 50-Jährigen in der Schweiz, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern am besten. Österreich rangiert in der Reihung der 15 Länder im oberen Mittelfeld. Sowohl für Österreich als auch für die anderen Länder ergibt sich anhand der Einkommensdaten ein positiver Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit. Auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen weist zum Teil soziale Unterschiede auf. Nach Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und somit des Bedarfes zeigt sich grob gesprochen eine horizontale Gleichverteilung der Inanspruchnahme von Hausarztbesuchen und Krankenhausaufenthalten. Facharztbesuche konzentrieren sich dagegen in vielen Ländern und besonders in Österreich überproportional auf sozial Bessergestellte.

### Social Differences in Health Status and Use of the Health Care System

A European comparison using several health indicators showed that the over-fifty-year-olds in Switzerland, the Netherlands and Scandinavia enjoy the best health. Austria ranks among the upper middle of the 15 countries examined. Based on income data, a positive correlation between a person's socio-economic status and health can be observed for Austria as well as the other countries. This also applies to some extent to the rate of availment of health care services. After accounting for health status and thus for demand, visits to general practitioners and stays in hospitals are more or less equally distributed between the strata of the surveyed age groups, while – in many countries and particularly in Austria – visits to specialists are disproportionately concentrated on better placed social strata.

#### Kontakt:

**Dr. Thomas Leoni:** WIFO, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20, [Thomas.Leonis@wifo.ac.at](mailto:Thomas.Leonis@wifo.ac.at)

**JEL-Codes:** I, I10, I14 • **Keywords:** Gesundheit, Gesundheitsversorgung, Ungleichheit

**Begutachtung:** Rainer Eppel • **Wissenschaftliche Assistenz:** Anja Marcher ([Anja.Marcher@wifo.ac.at](mailto:Anja.Marcher@wifo.ac.at))

## 1. Einleitung

In den vergangenen Jahren traten soziale Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit zunehmend in den Mittelpunkt der Forschungstätigkeit (*Fleurbaey – Schokkaert*, 2011). Das wachsende Interesse an der Beziehung zwischen Gesundheit und Einkommen bzw. sozialem Status kann mit dem international beobachteten Anstieg der Einkommens- und Vermögensungleichheit zusammenhängen (*Fletcher – Wolfe*, 2014). Die sozioökonomische Schichtung ist aber auch unabhängig vom Ausmaß der vorherrschenden Ungleichheit ein wichtiger Faktor, um Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand von Personen zu erklären. In diesem Zusammenhang wird in der Literatur zunehmend die Frage untersucht, wieweit Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand der Bevölkerungsgruppen mit der Gestaltung des Gesundheitssystems zusammenhängen bzw. sich soziale Ungleichheit in einem ungleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung spiegelt.

Anhand des europäischen Datensatzes SHARE<sup>1)</sup> untersucht der vorliegende Beitrag aus einer vergleichenden Perspektive den Gesundheitszustand sowie die sozialen

<sup>1)</sup> Der vorliegende Bericht verwendet Daten der vierten SHARE-Welle, Version 1.1.1 vom 28. März 2013 (DOI 10.6103/SHARE.w4.111). Die SHARE-Datenerhebung wurde vor allem von der Europäischen Kommission durch das 5. Rahmenprogramm (Projekt QLK6-CT-2001-00360), das 6. Rahmenprogramm (Projekte SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COME, CIT5-CT-2005-028857, und SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) sowie durch das 7. Rahmenprogramm (SHARE-PREP, Nr. 211909, SHARE-LEAP, Nr. 227822 und SHARE M4, Nr. 261982) gefördert. Zusätzliche Förderung wurde vom National Institute on Aging der USA (U01AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08293, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 und OGHA 04-064) und von unterschiedlichen nationalen Quellen zur Verfügung gestellt.

Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen der über 50-jährigen Bevölkerung in Österreich.

## 2. Hintergrund und bisherige Forschungsergebnisse

Ein enger positiver Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitszustand wurde bereits in unzähligen Studien festgehalten (z. B. *Kunst et al.*, 2005, *Hernández-Quevedo et al.*, 2006, *WHA*, 2004, *Marmot*, 2005). Er ist allerdings nicht einfach zu interpretieren, da die Kausalität zwischen den beiden Größen in beide Richtungen wirken kann. Ein Teil der positiven Korrelation dürfte auf die kausale Kette von Gesundheit zu Einkommen zurückzuführen sein: Ungesündere Personen sind in ihrer Leistungsfähigkeit und ihren Möglichkeiten der Einkommenserzielung benachteiligt und gehören deshalb den unteren Segmenten der Einkommensverteilung an. Dieser Transmissionsmechanismus erklärt jedoch nur einen Teil der Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand nach Einkommen und sozioökonomischem Status. Ein hohes Einkommen begünstigt den Gesundheitszustand sowohl direkt über die Verfügbarkeit von materiellen Ressourcen als auch indirekt über den durch das Einkommen bestimmten sozialen Status<sup>2)</sup>. Wie die neuere Forschung mehrfach zeigt, hat etwa das Einkommen im Elternhaushalt einen hohen und mit dem Alter wachsenden Effekt auf die Gesundheit der Kinder (*Fletcher – Wolfe*, 2014).

Darüber hinaus bestimmt eine Reihe von Drittfaktoren wie z. B. Bildung und Arbeitsplatzbedingungen gleichzeitig sowohl das Einkommen als auch die Gesundheit mit; dies erschwert die Identifikation von kausalen Zusammenhängen zwischen Gesundheitszustand und sozialem Status. Vor allem aus einer handlungspolitischen Perspektive ist es wichtig zu verstehen, über welche Transmissionsmechanismen sozialer Status und Gesundheit miteinander verknüpft sind. Wie Untersuchungen zur Erklärung der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheit bzw. von Krankheit und Mortalität zeigen, tragen gesundheitliches Risikoverhalten wie Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsmangel sowie materielle und psychosoziale Belastungen (z. B. gesundheitsgefährdende Arbeits- und Wohnbedingungen) erheblich zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten bei (*von dem Knesebeck – Mielck*, 2009). Ein weiterer, für die Gesundheitspolitik besonders relevanter Aspekt betrifft die Rolle des Gesundheitssystems und der Verteilung von Gesundheitsleistungen. Im Vordergrund steht hier die – auch im vorliegenden Bericht behandelte – Frage, inwiefern mit sozialen Unterschieden auch eine Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung einhergeht.

Die OECD untersuchte in den vergangenen Jahren mehrmals die horizontale Verteilung der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in ihren Mitgliedsländern. Damit ist das Ausmaß gemeint, in dem Personen aufgrund ihres Bedarfs an Gesundheitsleistungen und unabhängig von ihrer Einkommensposition Leistungen beanspruchen bzw. erhalten (*van Doorslaer – Koolman – Jones*, 2004, *van Doorslaer – Koolman – Puffer*, 2002, *Devaux – de Looper*, 2012). Weitere Studien widmen sich kleineren Ländergruppen oder auch einzelnen Ländern (*Hanratty – Zhang – Whitehead*, 2007). Während für Deutschland eine Reihe an aktuellen, detaillierten Studienergebnissen vorliegt (*von dem Knesebeck – Mielck*, 2009, *Bremer – Wübker*, 2012, *Lüngen et al.*, 2009, *Bristle*, 2014), wurde Österreich bisher nur im Rahmen der länderübergreifenden OECD-Studien untersucht. Im Allgemeinen zeigen die Ergebnisse der internationalen Literatur, ungeachtet von Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern und Abweichungen in Abhängigkeit von den verwendeten Daten und Methoden, dass Einkommen und Bildung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen stark prägen.

---

gung gestellt (eine vollständige Liste der finanzierenden Institutionen findet sich unter <http://www.shareproject.org>).

<sup>2)</sup> Während die Bedeutung von Einkommen und sozialem Status für die Gesundheit gut dokumentiert ist, ist die Frage, wie weit das Ausmaß der Einkommensungleichheit einen zusätzlichen Effekt auf die Gesundheitsverteilung hat, noch weitgehend offen (*Wilkinson – Pickett*, 2006, 2009, *Deaton*, 2003, *Kondo et al.*, 2009).

Darüber hinaus variiert die Verteilung der Inanspruchnahme je nach Form der Gesundheitsleistung erheblich. Typischerweise weist die Häufigkeit der Konsultation von Fachärzten, nach Berücksichtigung des Bedarfs, ein merkliches Einkommensgefälle auf. Besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede in Bezug auf Zahnarztleistungen. Auch präventive Gesundheitsdienstleistungen wie Krebsvorsorgeuntersuchungen unterliegen in den meisten Ländern einem deutlichen Einkommensgefälle. Hinsichtlich der Konsultation von Hausärzten finden dagegen sowohl die OECD-Studien als auch die anderen Untersuchungen keine bzw. in einzelnen Ländern eine gegenläufige horizontale Ungleichverteilung, d. h. ärmere Patientinnen und Patienten nehmen diese Leistungen bei gleichem Bedarf tendenziell gleich oder stärker in Anspruch als einkommensstärkere. Bezüglich des stationären Bereichs wurden, gemessen an der Zahl der Krankenhausaufenthalte bzw. -nächtingungen, keine eindeutigen Verteilungsmuster beobachtet. Die primären Versorgungsleistungen, vor allem die Konsultation von Allgemeinmedizinerinnen, werden demnach von ärmeren Schichten nicht oder nur geringfügig weniger genutzt als von reicheren; Facharztkontakte und Vorsorgeleistungen bzw. zum Teil auch spezifische Leistungen in stationären Einrichtungen (z. B. chirurgische Eingriffe nach ischämischen Herzerkrankungen) werden dagegen von sozial besser situierten Gruppen stärker in Anspruch genommen als von schlechter situierten Gruppen mit einem vergleichbaren Gesundheitszustand (Hanratty – Zhang – Whitehead, 2007, Bristle, 2014).

Obwohl die hier diskutierten Ergebnisse gut abgesichert sind, liegen für Österreich nur partielle bzw. auf älteren Daten basierende Befunde vor. Die Untersuchungen von van Doorslaer – Koolman – Jones (2004) und van Doorslaer – Koolman – Puffer (2002) stützen sich für die europäischen Länder auf Daten der siebenten Welle des European Community Household Panel (ECHP), die bereits im Jahr 2000 erhoben wurden. Für Österreich ergeben sie in Bezug auf die Zahl der Hausarztbesuche keine Ungleichverteilung und für die Zahl der Krankenhausaufenthalte nur einen leichten, statistisch allerdings nicht signifikanten Effekt zugunsten der unteren Einkommenssegmente. Der Besuch von Fachärzten weist in Österreich eine deutliche Ungleichverteilung zugunsten der besser situierten Haushalte auf, dieser Effekt ist etwa so stark wie im Durchschnitt der anderen in der Studie untersuchten Länder. In der jüngeren Studie von Devaux – de Looper (2012), die auf Datenmaterial der EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) zurückgreift, sind die Auswertungen für Österreich unvollständig, da der österreichische EU-SILC-Datensatz nur Hausarztbesuche erfasst. Eine Untersuchung von Bristle (2014) zur Inanspruchnahme von Präventionsleistungen durch Ältere zeigt für Österreich einen positiven Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Versorgung mit Mammographien, Grippeimpfungen und Zahnvorsorge.

### 3. Daten und Methoden

#### 3.1 Datengrundlage

Die vorliegende Analyse stützt sich auf Daten der vierten Erhebungswelle des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). SHARE ist eine international harmonisierte Panelerhebung für die Erforschung von gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Aspekten des demographischen Wandels in Europa<sup>3)</sup>. Die vierte Welle, die im Jahr 2011 erhoben wurde, ist für Österreich aufgrund der Auffrischung und Erweiterung der österreichischen Stichprobe von besonderem Interesse. Die SHARE-Daten eignen sich sehr gut zur Untersuchung der hier erforschten Fragestellungen, weil sie ausführliche Informationen über den sozioökonomischen Status mit detaillierten Gesundheitsdaten verbinden. In Bezug auf die Gesundheit ermittelt SHARE neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch eine Liste an Diagnosen und funktionalen Einschränkungen sowie objektive Gesundheitsmaße wie Tests zur Messung

<sup>3)</sup> Halmlidienst – Radhuber – Winter-Ebmer (2014) beschreiben diese Daten näher und werten die vierte und fünfte Welle für Österreich und einige Vergleichsländer aus.

der Handgreifkraft und der Gehgeschwindigkeit. Da die Erhebung auf die Zielgruppe der über 50-Jährigen ausgerichtet ist, bezieht sich die vorliegende Analyse ausschließlich auf diese Altersgruppe<sup>4)</sup>.

### 3.2 Sozioökonomische und gesundheitliche Merkmale

Die wichtigsten hier analysierten Merkmale sind die sozioökonomische Position der Befragten sowie ihr Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung. Die sozioökonomische Position der Befragten wird anhand des Einkommens- und des Bildungsniveaus abgebildet<sup>5)</sup>. Die von SHARE generierten Daten zum verfügbaren Haushaltsgesamteinkommen werden nach der OECD-Skala<sup>6)</sup> äquivalisiert, um Einkommen auf Individualebene zu erhalten. In Bezug auf den Gesundheitszustand stützen sich zahlreiche Studien auf die selbstberichtete Gesundheitseinschätzung der Befragten, die üblicherweise auf einer fünfstufigen Skala gemessen wird. Auch SHARE ermittelt den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand anhand einer Frage mit einer fünfstufigen Antwortskala, von "ausgezeichnet" bis "schlecht"<sup>7)</sup>. Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes hat – in Bezug auf den tatsächlichen Gesundheitszustand – eine nachweislich hohe Aussagekraft. Der subjektive Gesundheitszustand ist Evaluierungen zufolge ein guter Indikator für die Mortalitätswahrscheinlichkeit (Mossey – Shapiro, 1982, Idler – Benyamini, 1997) sowie für das Risiko von funktionalen Gesundheitseinschränkungen (Lee, 2000, Martinez et al., 2009) und zahlreichen Krankheiten (Latham – Peek, 2012). Darüber hinaus kann, wie DeSalvo et al. (2009), Chamberlain et al. (2014) und Stam – van Vliet – van de Ven (2010) zeigen, die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes auch einen wertvollen Beitrag zur Prognose der Gesundheitsausgaben für die betroffene Person liefern. Auch im vorliegenden Bericht wird der subjektive Gesundheitszustand (Self-Rated Health – SRH) als Maß verwendet, wobei zur Vereinfachung der Interpretation die fünfstufige Skala auf ein dichotomes Maß mit 1 für mittelmäßigen oder schlechten und 0 für mindestens guten Gesundheitszustand zusammengefasst wird. Darüber hinaus wird der Gesundheitszustand anhand von subjektiven Maßen für die Beeinträchtigung der Gesundheit bzw. funktionale Einschränkungen (GALI, ADL und IADL) und das Auftreten von Depressionen (EURO-D) beleuchtet<sup>8)</sup>.

Die Vergleichbarkeit subjektiver Gesundheitseinschätzungen zwischen Ländern und zum Teil auch zwischen Bevölkerungsgruppen eines Landes ist allerdings eingeschränkt, weil das Antwortverhalten und die Referenzwerte zur Einstufung der eigenen Gesundheit in Abhängigkeit vom Kulturkreis, von sprachlichen Unterschieden, aber auch von Alter und Bildung unterschiedlich sein können (Jürges, 2009, Meijer – Kapteyn – Andreyeva, 2011). Aus diesem Grund wird hier ein synthetischer Gesund-

<sup>4)</sup> SHARE erfasst auch die Daten einiger Personen unter 50 Jahren, wenn diese Lebensgefährten der Erhebungspersonen sind. Diese wenigen und für die entsprechenden Altersgruppen nicht repräsentativen Fälle wurden für die vorliegende Analyse aus dem Datensatz ausgeschlossen.

<sup>5)</sup> Die sozioökonomische Position der Haushalte wird hier in erster Linie auf Basis der Einkommensinformation bestimmt. Das Bildungsniveau wird an der Zahl der absolvierten Schuljahre gemessen und dient als Kontrollvariable auf individueller Ebene und zur Absicherung der Ergebnisse anhand alternativer Berechnungsvarianten, die allerdings nicht eigens ausgewiesen werden.

<sup>6)</sup> In der OECD-Skala wird der ersten erwachsenen Person im Haushalt ein Gewicht von 1, jeder weiteren Person ein Gewicht von 0,7 zugeordnet. Kinder erhalten ein Gewicht von 0,5; sie sind aber in diesem Datensatz nicht enthalten.

<sup>7)</sup> Die anderen Ausprägungen der Skala sind "mittelmäßig", "gut" und "sehr gut".

<sup>8)</sup> Die EURO-D-Skala ist ein auf Grundlage von 12 Fragen erstelltes Maß für Depressionen. Der Grenzwert für eine klinisch bedeutende Depression (hier in der binären Variablen mit 1 kodiert) liegt bei 4 von 12 möglichen Punkten. Der GALI (Global Activity Limitation Indicator) beruht auf einer Selbsteinschätzung und misst das Vorhandensein von dauerhaften Beeinträchtigungen alltäglicher Aktivitäten aufgrund körperlicher und geistiger Gesundheitsprobleme. Die Antwortkategorien "erheblich eingeschränkt" und "eingeschränkt" werden hier zusammengefasst und ebenfalls in einer binären Variablen kodiert. Funktionale Einschränkungen werden in SHARE in größerem Detail mittels der Skalen ADL (Activities of Daily Living) und IADL (Instrumented Activities of Daily Living) gemessen, welche sich mit Handlungen und Aktivitäten aus dem alltäglichen Leben beschäftigen. Die ADL-Skala erfasst sechs Tätigkeiten, die sich auf die persönliche Versorgung und Hygiene beziehen (z. B. sich anziehen können), während die IADL-Skala sieben Tätigkeiten im Wohn- und Lebensumfeld abfragt (z. B. Lebensmittel einkaufen, Hausarbeit und Geldangelegenheiten erledigen usw.). In beiden Fällen werden die Skalen mit einer binären Variablen abgebildet, die Beobachtungen mit mindestens einer Einschränkung mit 1, alle anderen Fälle mit 0 kodiert.

heitsindex errechnet, der auf einer großen Zahl von Gesundheitsinformationen basiert und eine gewisse Objektivierung der subjektiven Information über den Gesundheitszustand nach Bevölkerungsgruppen und Ländern ermöglicht. Dieser Indikator wird nach dem von Jürges (2007) vorgeschlagenen Verfahren konstruiert und liefert ein Maß für den "latenten" (d. h. nicht direkt, sondern nur indirekt messbaren) Gesundheitszustand. Mit einem Regressionsverfahren wird dazu die fünfstufige, subjektive Gesundheitseinschätzung anhand einer breiten Palette an subjektiven und objektiven Informationen über den Gesundheitszustand<sup>9)</sup> als erklärenden Faktoren zerlegt. Aus den daraus resultierenden Koeffizienten werden Gewichte berechnet. Diese Gewichte werden dann herangezogen, um für jede Person einen Gesundheitsindexwert zu ermitteln, der zwischen 0 (todkrank) und 1 (vollkommen gesund) skaliert ist<sup>10)</sup>. Bei Vorliegen einer Erkrankung oder Einschränkung verringert sich der Gesundheitsindexwert einer Person um einen bestimmten Betrag, der je Krankheit oder Einschränkung für jede befragte Person gleich groß ist.

### 3.3 Indikatoren zur Inanspruchnahme und Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird in SHARE anhand einer Reihe von Fragen zur Zahl der Krankenhausnächtlungen und Arztbesuche im vorangegangenen Jahr gemessen. Dabei wird zwischen Hausarztbesuchen und anderen Arztkonsultationen (Facharztbesuche, Behandlungen in Krankenhausambulanzen) unterschieden (Zahnarztbesuche werden nicht berücksichtigt). Die Befragten geben anhand einer Liste an, welche Fachärzte sie im vergangenen Jahr aufgesucht haben.

Zur Messung der Ungleichverteilung der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung werden, der neueren Literatur folgend, Konzentrationsindizes für die unterschiedlichen Gesundheitsdienstleistungen berechnet (Kakwani – Wagstaff – van Doorslaer, 1997, O'Donnell et al., 2008). Ein Konzentrationsindex kann mit dem Gini-Koeffizienten verglichen werden; während sich der Gini-Koeffizient aber aus der Verteilung des Einkommens auf die Bevölkerung ergibt, misst der Konzentrationsindex die Verteilung von zwei Merkmalen, z. B. Gesundheit und Einkommen (Lüngen et al., 2009)<sup>11)</sup>. Der Konzentrationsindex wird von der Kovarianz zwischen der verwendeten Gesundheitsvariablen und dem Rang der jeweiligen Personen in der Einkommensverteilung innerhalb der Gesellschaft abgeleitet. Im Gegensatz zum Gini-Koeffizienten kann er positive und negative Werte annehmen. Dabei zeigt ein positiver Wert eine Häufung der Ausprägung – etwa der Inanspruchnahme von Arztbesuchen – in den sozial besser gestellten Schichten an, ein negativer Wert eine Häufung in den sozial schlechter gestellten Schichten.

Der Konzentrationsindex misst den Grad der Ungleichheit der Leistungsanspruchnahme, ermöglicht aber keine Aussagen über die horizontale Ungleichheit, zumal der Bedarf an Gesundheitsversorgung unberücksichtigt bleibt. Versorgungsgerechtigkeit ist dann gegeben, wenn alle Personen mit dem gleichen gesundheitlich bedingten Bedarf den gleichen Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem haben. Diese Dimension der Verteilung von Gesundheitsleistungen ergibt sich durch Gegenüberstellung der Verteilung der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme und der Verteilung der auf Basis des Bedarfs zu erwartenden Inanspruchnahme. Der Bedarf wird hier anhand des Alters, des Geschlechts und des Gesundheitszustandes approximiert. Aus dieser Betrachtung ergibt sich der Gesundheitsungleichheitsindex, der bei horizontaler Gleichverteilung 0 beträgt, d. h. alle Personen nehmen entspre-

<sup>9)</sup> Die Liste der Gesundheitsinformationen umfasst 14 Krankheitsbilder (z. B. Herzanfall, hoher Blutdruck, Diabetes), 12 chronische Beeinträchtigungen (z. B. Schlafstörungen, Rückenschmerzen) sowie die EURO-D-Skala und Auskunft darüber, ob jemals eine Behandlung wegen Depression stattfand, darüber hinaus Ergebnisse aus einem Handgreiffest und Informationen zum Body-Mass-Index.

<sup>10)</sup> Die Berechnung des Gesundheitsindex erläutert im Detail Jürges (2007, 2009).

<sup>11)</sup> Analog zum Gini-Koeffizienten wird der Konzentrationsindex als Kovarianz der betreffenden Gesundheitsvariablen mit dem sozioökonomischen Rang der jeweiligen Person in der Gesellschaft berechnet. Graphisch kann ein Konzentrationsindex als Konzentrationskurve, d. h. als eine bivariate Verallgemeinerung der Lorenzkurve dargestellt werden.

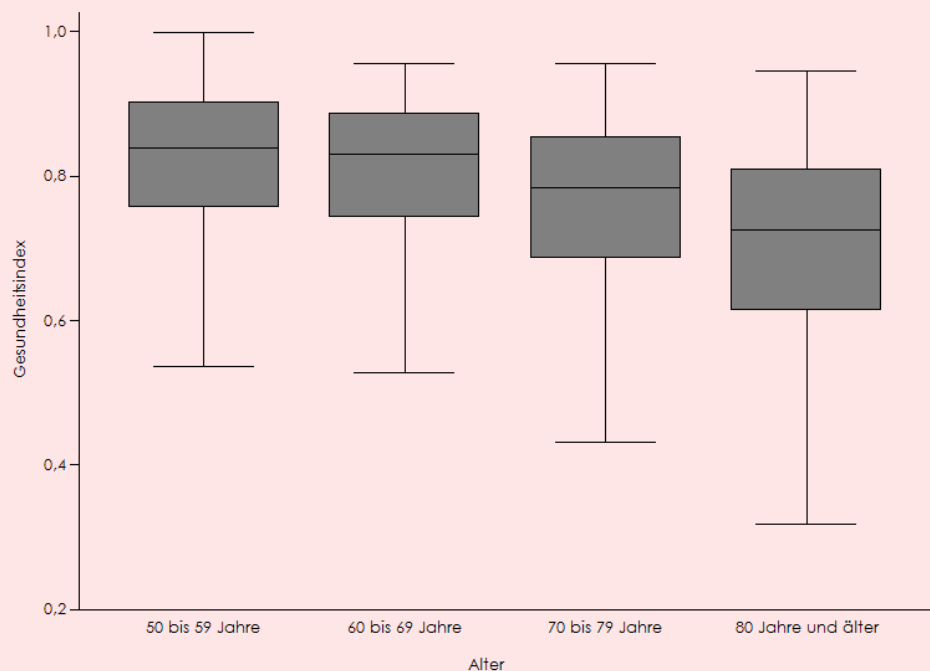
chend ihrem Bedarf, aber unabhängig von ihrer Einkommensposition Gesundheitsleistungen in Anspruch.

Nach Aufbereitung der Daten und Bereinigung um Fälle mit unvollständiger Information umfasst die hier verwendete SHARE-Stichprobe für Österreich knapp 4.700 Fälle. Insgesamt enthält der Datensatz rund 52.000 Beobachtungen für 15 europäische Länder<sup>12)</sup>.

### 3.4 Gesundheitsindikatoren im internationalen Vergleich

Wie die Abbildungen 1 und 2 zeigen, weisen die 60- bis 69-Jährigen in Österreich eine sehr ähnliche Verteilung des synthetischen Gesundheitsindex auf, Median und Quartilswerte liegen trotz einer leichten Verschlechterung für die über 60-Jährigen sehr nahe nebeneinander. Für Ältere und insbesondere für die über 80-Jährigen sind die Indexwerte dagegen deutlich niedriger.

Abbildung 1: Verteilung des Gesundheitsindex nach Altersgruppen in Österreich



Q: SHARE (4. Welle), WIFO-Berechnungen. Gesundheitsindex: 0 . . . todkrank, 1 . . . vollständig gesund. Die Kästen werden durch das obere und das untere Quartil der Verteilung begrenzt. Ihre Länge entspricht somit dem Interquartilsabstand. Der Median ist als horizontale Linie in den Kästen eingetragen. Die "Antennen" geben das 5%- bzw. das 95%-Perzentil an, betragen aber höchstens das 1,5-Fache des Interquartilsabstandes.

Im europäischen Vergleich rangiert Österreich damit nach der Schweiz, den Niederlanden, Dänemark und Schweden im oberen Mittelfeld der Reihung. Der Gesundheitsindex wurde für diesen Vergleich nach Alter und Geschlecht standardisiert, um die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur der Länder zu berücksichtigen<sup>13)</sup>. Die gesonderte Auswertung der Durchschnittswerte einzelner Gesundheitsindikatoren (Übersicht 1) zeigt ein ähnlich konsistentes Bild: Die Schweiz, die Niederlande, Dänemark und zum Teil Schweden rangieren durchwegs weit vorne, d. h. der Gesund-

<sup>12)</sup> Portugal ist in der vierten Welle erstmals im SHARE-Datensatz enthalten, wurde aber wegen mangelhafter Einkommensdaten aus den Analysen ausgeschlossen.

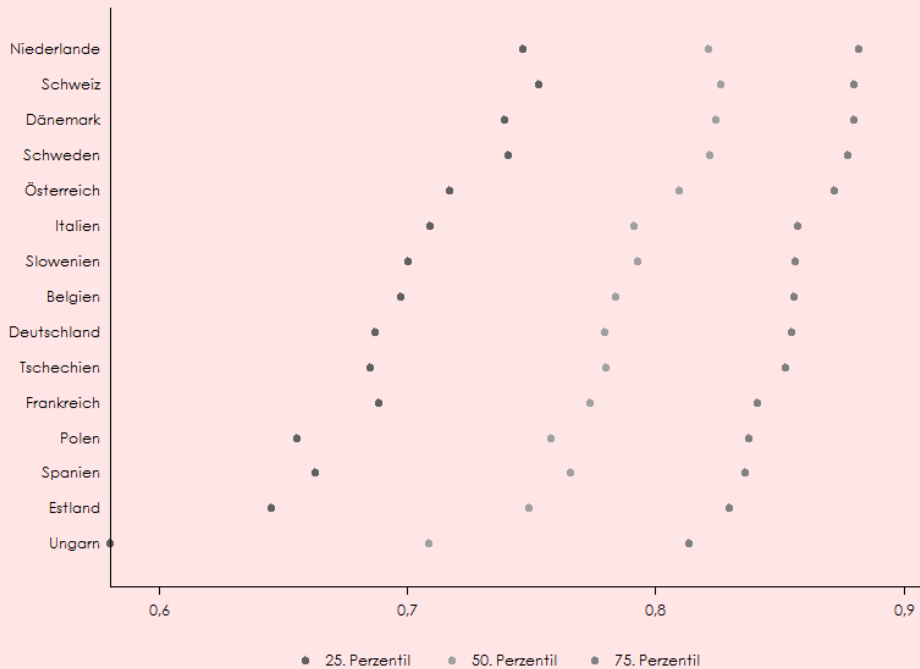
<sup>13)</sup> Die Standardisierung erfolgte indirekt durch Regressionsanalyse (O'Donnell et al., 2008, S. 60f). Alter (in 10-Jahres-Gruppen) und Geschlecht wurden als standardisierende Merkmale eingesetzt, das äquivalisierte Haushaltseinkommen und der Bildungsgrad als Kontrollvariable. Der Gesundheitsindex wurde so um alters- und geschlechtsspezifische Effekte bereinigt, ohne den zusätzlichen Zusammenhang in die Standardisierung einzubeziehen, der sich aus der Korrelation zwischen den standardisierenden Merkmalen und den Kontrollvariablen ergibt (z. B. weil Ältere tendenziell einen niedrigeren Bildungsstand aufweisen als Jüngere).



heitszustand der Bevölkerung ist überdurchschnittlich gut<sup>14</sup>). In Österreich sind die Gesundheitsindikatoren schlechter als in diesen Ländern, aber durchwegs höher als der Durchschnitt der untersuchten europäischen Länder.

Abbildung 2: Verteilung des Gesundheitsindex

Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte



Q: SHARE (4. Welle), WIFO-Berechnungen. Gesundheitsindex: 0 . . . todkrank, 1 . . . vollständig gesund.

Der Gesundheitszustand der über 50-Jährigen weist in Österreich einen deutlichen Einkommensgradienten auf: Wie Abbildung 3 zeigt, steigt der durchschnittliche Gesundheitsindex mit dem Haushaltseinkommen. Der Abstand zwischen den unteren und den oberen Perzentilen der Verteilung ist für den standardisierten Index erwartungsgemäß kleiner als ohne Standardisierung<sup>15</sup>).

Gemessen am synthetischen Gesundheitsindex unterscheidet sich der Gesundheitszustand entlang der Einkommensverteilung nicht stark. Die anderen hier untersuchten Gesundheitsindikatoren weisen hier größere soziale Unterschiede auf (Übersicht 2). Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als "mäßig" oder "schlecht" beurteilen, ist auch nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung im untersten Einkommensquartil mit 40% deutlich höher als in den anderen Quartilen (2. Quartil fast 33%, 3. Quartil fast 29%, 4. Quartil 24%). Der Anteil der Personen mit einem hohen Index für depressive Symptome ist mit knapp 27% im untersten Einkommensquartil fast eineinhalb Mal so hoch wie im obersten. Auch hinsichtlich der funktionalen Einschränkungen zeigen sich erhebliche und statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen<sup>16</sup>). Die beobachteten sozialen Unterschiede dürften eine Untergrenze bilden, da im Alter Selektionseffekte, d. h. die hö-

<sup>14</sup>) Von diesem Muster weicht der GALI ab (überdurchschnittlich hoher Wert für die Niederlande).

<sup>15</sup>) Dieses Ergebnis war insofern zu erwarten, als Jüngere in der Stichprobe zum Teil noch im Berufsleben stehen und deshalb in den oberen Einkommensschichten stärker vertreten sind als Ältere, die überproportional den unteren Perzentilen angehören.

<sup>16</sup>) Ein analoges Bild ergibt sich anhand des Bildungsniveaus als Maß für den sozioökonomischen Status (diese Auswertung wird vom Autor auf Anfrage zur Verfügung gestellt).

here Mortalität der Personen mit schlechter Gesundheit, diese Unterschiede kleiner scheinen lassen, als sie tatsächlich sind<sup>17)</sup>).

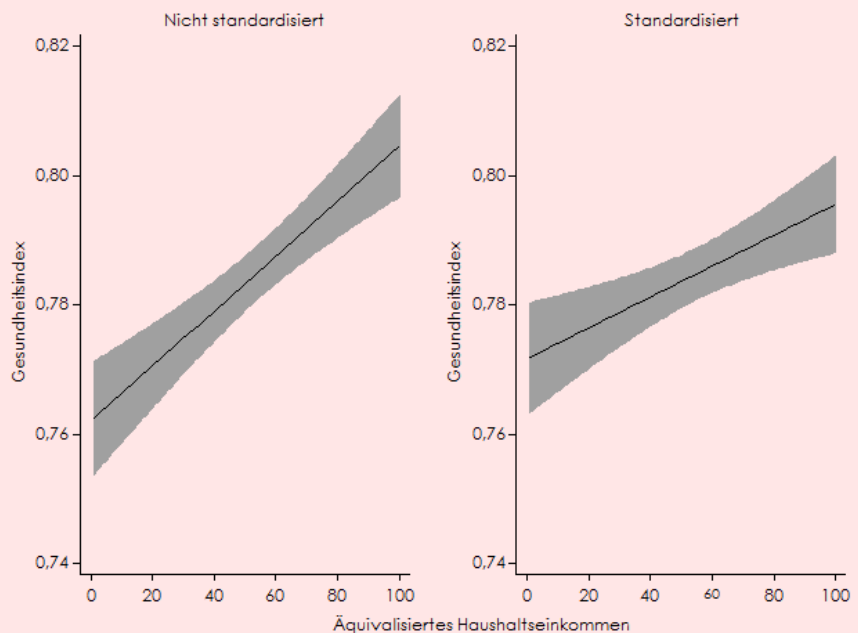
Übersicht 1: Ausgewählte Gesundheitsindikatoren im internationalen Vergleich

Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte

	Gesundheitsindex	SRH	GALI	ADL	IADL	EURO-D
			Anteile an den über 50-Jährigen in %			
Österreich	0,78	32,0	48,6	11,0	19,0	21,3
Deutschland	0,76	44,8	61,4	15,8	18,3	27,6
Schweden	0,80	31,8	43,0	11,1	15,9	20,8
Niederlande	0,80	32,1	54,3	8,2	17,3	19,7
Spanien	0,74	46,4	38,1	16,0	21,4	36,6
Italien	0,77	40,9	40,1	15,7	21,9	33,2
Frankreich	0,75	37,2	44,9	12,8	16,6	34,8
Dänemark	0,80	24,5	39,4	9,1	13,3	17,1
Schweiz	0,81	20,2	33,6	7,3	11,1	19,9
Belgien	0,76	30,1	50,8	16,9	20,8	28,4
Tschechien	0,75	44,2	59,1	8,6	18,6	24,7
Polen	0,74	57,6	55,2	17,5	21,0	40,8
Ungarn	0,68	64,2	60,8	16,2	32,4	41,3
Slowenien	0,77	45,1	46,8	11,0	18,6	26,7
Estland	0,73	71,0	58,0	17,8	24,5	41,3
Insgesamt	0,76	43,0	49,4	14,5	19,4	31,6

Q: SHARE (4. Welle). Gesundheitsindex: 0 ... todkrank, 1 ... vollständig gesund. Reihung nach dem Abstand zwischen den durchschnittlichen Werten des jeweiligen Gesundheitsindikators im oberen und im unteren Einkommensquartil. SRH ... mäßiger oder schlechter Gesundheitszustand, GALI ... in Alltagsaktivitäten "erheblich eingeschränkt" oder "eingeschränkt", ADL ... Einschränkung in mindestens einer von sechs Tätigkeiten der persönlichen Versorgung und Hygiene, IADL ... Einschränkung in mindestens einer von sieben Tätigkeiten im Wohn- und Lebensumfeld, EURO-D ... klinisch bedeutende Depression.

Abbildung 3: Gesundheit und Einkommensverteilung in Österreich



Q: SHARE (4. Welle), WIFO-Berechnungen. Gesundheitsindex: 0 ... todkrank, 1 ... vollständig gesund.

<sup>17)</sup> Selektionseffekte erklären teilweise die Komprimierung der Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand nach sozioökonomischem Status im höheren Alter, die in einigen Studien beobachtet wird (z. B. House – Lantz – Herd, 2005). Ihr Ausmaß dürfte allerdings gering sein, wie die bisherige Evidenz vermuten lässt (Beckett, 2000, Kim – Durden, 2007).



Der sozioökonomische Gradient im Index für den Gesundheitszustand der Älteren, d. h. die positive Korrelation zwischen sozioökonomischer Stellung und Gesundheit, ist nicht überraschend und kann auch in allen anderen Ländern im SHARE-Sample beobachtet werden. Die Frage, wie groß die soziale Ungleichheit der Verteilung von Gesundheit in Österreich im internationalen Vergleich ist, lässt sich indes nicht einfach beantworten. Wie bereits mehrere Studien aufgezeigt haben (z. B. Erreygers, 2009, Erreygers – van Ourti, 2011), ist die Beschreibung der Ungleichheit der Verteilung von Gesundheit mit einer synthetischen Maßzahl, analog zur Beschreibung der Einkommensverteilung mit dem Gini-Koeffizienten, aufgrund der Beschaffenheit der Gesundheitsindikatoren problematisch<sup>18)</sup>.

### Übersicht 2: Ausgewählte Gesundheitsindikatoren für Österreich nach Einkommensquartilen

Alters- und geschlechtsstandardisierte Werte

	Gesundheits- index	SRH	GALI	ADL	IADL	EURO-D
			Anteile an den über 50-Jährigen in %			
1. Quartil	0,77	40,3	54,7	14,7	22,9	26,8
2. Quartil	0,78	32,6	49,6	10,5	19,8	20,8
3. Quartil	0,79	28,6	45,4	10,3	17,4	19,4
4. Quartil	0,79	24,0	43,4	8,7	16,1	17,9
Insgesamt	0,78	31,4	48,3	11,0	19,0	21,2

Q: SHARE (4. Welle), WIFO-Berechnungen. Gesundheitsindex: 0... todkrank, 1... vollständig gesund. SRH... mäßiger oder schlechter Gesundheitszustand, GALI... in Alltagsaktivitäten "erheblich eingeschränkt" oder "eingeschränkt", ADL... Einschränkung in mindestens einer von sechs Tätigkeiten der persönlichen Versorgung und Hygiene, IADL... Einschränkung in mindestens einer von sieben Tätigkeiten im Wohn- und Lebensumfeld, EURO-D... klinisch bedeutende Depression.

Kjellsson – Gerdtham (2013) berechnen anhand von SHARE-Daten (allerdings aus der zweiten Welle) unterschiedliche Verteilungsmaße für eine Reihe von Gesundheitsindikatoren und vergleichen die sich daraus ergebenden Länderreihungen. In Abhängigkeit vom gewählten Verteilungsmaß und Gesundheitsindikator variiert die Einschätzung der Verteilungssituation einzelner Länder zum Teil erheblich. Für Österreich zeigen die Berechnungen aber durchgehend unterdurchschnittlich ausgeprägte einkommensspezifische Gesundheitsunterschiede in der älteren Bevölkerung. Insbesondere nach Maßen zur Beeinträchtigung der Gesundheit und zu chronischen Erkrankungen gehört Österreich zu den Ländern mit den geringsten sozialen Unterschieden. In Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand liegt Österreich dagegen im Mittelfeld der Reihung. Auch van Doorslaer – Koolman (2004) finden anhand von ECHP-Daten zum selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand aus dem Jahr 1996 für die österreichische Gesamtbevölkerung im europäischen Vergleich einen mittleren Ungleichheitswert.

Gemäß einer WIFO-Berechnung der Länderreihung nach dem Abstand der durchschnittlichen Gesundheitswerte zwischen Einkommensquartilen (vierte SHARE-Welle) streuen die Gesundheitsindikatoren in Österreich weniger stark als in anderen Ländern (Übersicht 3). Das gilt besonders für den synthetischen Gesundheitsindex und einen Teil der funktionalen Indikatoren wie GALI und IADL, nach denen Österreich zu den Ländern mit der geringsten Streuung zwischen den Einkommensgruppen zählt. Die anderen Indikatoren weisen für Österreich mittlere einkommensspezifische Unterschiede aus.

<sup>18)</sup> Der Gesundheitsindikator müsste so wie die Einkommensvariable durch eine Verhältnisskala abgebildet sein, die nach oben hin unbegrenzt ist. Gleiche Intervalle entlang der Skala sollten immer den gleichen Abstand messen und auch eine Summenbildung der gesamten beobachteten Gesundheitsindikatoren ermöglichen.

Übersicht 3: Länderreihung anhand der Unterschiede zwischen ausgewählten Gesundheitsindikatoren nach Einkommensquartilen

	Gesundheits- index	SRH	GALI	ADL	IADL	EURO-D
Österreich	1	8	5	7	3	7
Deutschland	15	14	14	14	14	14
Schweden	9	12	3	4	10	2
Niederlande	12	10	7	2	12	11
Spanien	3	7	2	6	2	12
Italien	6	6	12	10	9	3
Frankreich	11	13	13	8	11	8
Dänemark	10	5	10	9	6	9
Schweiz	2	9	4	1	1	5
Belgien	7	2	1	12	5	4
Tschechien	5	3	8	3	7	6
Polen	4	4	6	5	4	15
Ungarn	13	1	11	15	13	13
Slowenien	14	15	15	13	15	1
Estland	8	11	9	11	8	10

Q: SHARE (4. Welle), WIFO-Berechnungen. Reihung nach dem Abstand zwischen den durchschnittlichen Werten des jeweiligen Gesundheitsindikators im oberen und im unteren Einkommensquartil. Hoher Rang: geringer Abstand zwischen den Indikatoren im obersten und untersten Einkommensquartil im Ländervergleich. SRH . . . mäßiger oder schlechter Gesundheitszustand, GALI . . . in Alltagsaktivitäten "erheblich eingeschränkt" oder "eingeschränkt", ADL . . . Einschränkung in mindestens einer von sechs Tätigkeiten der persönlichen Versorgung und Hygiene, IADL . . . Einschränkung in mindestens einer von sieben Tätigkeiten im Wohn- und Lebensumfeld, EURO-D . . . klinisch bedeutende Depression.

#### 4. Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

Zur Messung von sozialer Ungleichheit in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden Konzentrationsindizes definiert, die die tatsächliche Verteilung der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung nach Einkommensgruppen abbilden, während der Gesundheitsungleichheitsindex die Verteilung der Inanspruchnahme zeigt, wenn der unterschiedliche Bedarf mit berücksichtigt wird (Übersicht 4). Aufgrund der schlechteren Gesundheitswerte und somit eines höheren Bedarfs an Gesundheitsversorgung ist eine Konzentration der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in den unteren Bereichen der Einkommensverteilung zu erwarten. Tatsächlich ist der Konzentrationsindex in Bezug auf Krankenhausaufenthalte und Hausarztbesuche für alle betrachteten Länder negativ, was eine verstärkte Konzentration der Inanspruchnahme in den einkommensschwachen Segmenten der Bevölkerung widerspiegelt. Österreich ist in dieser Hinsicht keine Ausnahme<sup>19)</sup>.

Nach Berücksichtigung des Bedarfs (Gesundheitsungleichheitsindex) zeigen alle Werte eine geringere Konzentration auf die unteren Einkommensgruppen bzw. zum Teil eine stärkere Inanspruchnahme im Hocheinkommensbereich. Für Österreich liegt der Gesundheitsungleichheitsindex sowohl für Hausarztbesuche als auch für Krankenhausaufenthalte nahe 0 und weicht nicht statistisch signifikant davon ab. Die Inanspruchnahme dieser Gesundheitsdienstleistungen weist somit keine horizontale Ungleichheit auf, die einzelnen Einkommensgruppen nehmen die Leistungen in dem Ausmaß in Anspruch, welches auf Basis ihres Bedarfs zu erwarten ist. Auch in den meisten anderen untersuchten europäischen Ländern ergeben die Ungleichheitsmaße zur Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten und von primärer ärztlicher Versorgung ein neutrales Bild. Hinsichtlich der Krankenhausaufenthalten unterscheidet sich keiner der errechneten Gesundheitsungleichheitsindizes statistisch signifikant von 0. Die Hausarztbesuche sind zum Teil recht ungleich verteilt. So werden sie etwa in Spanien und Polen von den oberen Einkommensschichten überproportional in Anspruch genommen, in Dänemark und Tschechien (auch bedarfsstandardisiert) hingegen von den einkommensschwächeren Gruppen.

<sup>19)</sup> Nur in Polen ist der Konzentrationsindex für die Hausarztkonsultationen positiv, aber nicht statistisch signifikant von 0 verschieden.

## Übersicht 4: Verteilung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

	Hausarzt		Facharzt		Krankenhaus	
	Konzentrationsindex	Gesundheitsungleichheitsindex	Konzentrationsindex	Gesundheitsungleichheitsindex	Konzentrationsindex	Gesundheitsungleichheitsindex
Österreich	- 0,056**	- 0,001	0,107**	0,129**	- 0,070	0,013
Deutschland	- 0,101**	- 0,022	0,005	0,077**	- 0,137*	0,009
Schweden	- 0,152	- 0,067	0,010	0,087**	- 0,175*	0,037
Niederlande	- 0,088**	- 0,011	- 0,062	0,033	- 0,140*	0,077
Spanien	- 0,013	0,043**	0,079*	0,146**	- 0,095	0,046
Italien	- 0,079**	- 0,018	- 0,025	0,039	- 0,094	0,026
Frankreich	- 0,090**	- 0,018	0,017	0,103**	- 0,214**	- 0,015
Dänemark	- 0,112**	- 0,042*	0,034	0,127**	- 0,243**	0,001
Schweiz	- 0,078**	0,010	- 0,026	0,050	- 0,072	0,088
Belgien	- 0,071**	0,001	- 0,101*	- 0,046	- 0,147	- 0,029
Tschechien	- 0,081**	- 0,032*	- 0,003	0,076**	- 0,112*	0,017
Polen	0,010	0,045**	0,052	0,109**	- 0,126	- 0,014
Ungarn	- 0,043	- 0,002	0,045	0,115*	- 0,118	- 0,050
Slowenien	- 0,122**	- 0,013	- 0,015	0,068	- 0,089	0,022
Estland	- 0,028	0,020	- 0,027	0,032	- 0,098**	0,012
Insgesamt	- 0,070**	- 0,005	0,002	0,070*	- 0,125*	0,014

Q: SHARE (4. Welle), WIFO-Berechnungen. Positiver Wert: Häufung in sozial besser gestellten Schichten, negativer Wert: Häufung in sozial schlechter gestellten Schichten. \* . . . signifikant auf dem 5%-Niveau, \*\* . . . signifikant auf dem 1%-Niveau.

Wie bereits in früheren Studien aufgezeigt wurde, unterscheidet sich das Muster der sozialen Ungleichheit der Inanspruchnahme von Facharztbesuchen erheblich von jener der primären und stationären Versorgung. Mit Ausnahme von Belgien, das einen negativen, aber statistisch nicht signifikanten Gesundheitsungleichheitsindex aufweist, zeigen alle europäischen Länder nach Berücksichtigung des Gesundheitszustandes eine überproportionale Inanspruchnahme durch die besser situierten Einkommenschichten. In den Niederlanden, Italien und der Schweiz ist der Indexwert nicht oder nur schwach statistisch signifikant. Österreich gehört nach Spanien und mit Dänemark zu den Ländern, in denen die soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme dieser Leistungen am stärksten ausgeprägt ist. Darüber hinaus ist in Österreich bereits der Konzentrationsindex deutlich positiv. Auch Ungarn, Polen und Frankreich weisen vergleichsweise starke Abweichungen von einer Gleichverteilung ab. Nach *Koolman – van Doorslaer (2004)* ergibt eine Multiplikation des Gesundheitsungleichheitsindexwertes mit 75 jenen Anteil an der entsprechenden Gesundheitsleistung, der von der oberen zur unteren Einkommenshälfte umverteilt werden müsste, um einen Gesundheitsungleichheitsindex von 0 zu erzielen. So müssten in Österreich knapp 10% der Facharztbesuche umverteilt werden, um einen neutralen Gesundheitsungleichheitsindex zu erzielen ( $0,129 \times 75 = 9,7$ ).

## 5. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Gemessen an einem synthetischen, für internationale Vergleiche geeigneten Index weisen die über 50-Jährigen in Österreich im Vergleich mit 15 europäischen Ländern einen überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand auf. Höhere Gesundheitswerte ergeben sich in der Analyse der Daten aus der vierten Welle der SHARE-Befragung für die Schweiz, die Niederlande und die skandinavischen Länder. Gemäß den Indikatoren für spezifische Beeinträchtigungen der Gesundheit wie funktionale Einschränkungen und Depressionen rangiert Österreich ebenfalls im Mittelfeld bzw. im oberen Mittelfeld alters- und geschlechtsstandardisierter Länderreihungen.

Sowohl für Österreich als auch für die anderen Länder zeigt sich ein sozialer Gradient in der Verteilung von Gesundheit, d. h. sozioökonomisch besser Gestellte sind tendenziell gesünder. Die sozialen Unterschiede in der Gesundheitsverteilung sind nur eingeschränkt international vergleichbar, weil die Reihung der Länder durch die Wahl des Gesundheitsindikators und des Ungleichheitsmaßes mitunter stark beeinflusst werden kann. Wie frühere Forschungsergebnisse weisen auch die vorliegenden

Berechnungen für Österreich ein relativ niedriges Maß an sozialer Ungleichheit des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung aus.

Die Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung bestätigt frühere Ergebnisse, wonach die primäre Versorgung durch Hausärzte und auch die stationären Aufenthalte in Österreich und in den anderen Ländern überproportional von sozial schwächeren Gruppen in Anspruch genommen werden. Nach Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und somit des Bedarfs zeigt sich allerdings eine horizontale Gleichverteilung der Inanspruchnahme von Hausarztbesuchen und Krankenhausaufenthalten. Hingegen sind Facharztbesuche in Österreich auch unabhängig vom Bedarf und nach Bereinigung um den Bedarf umso mehr zugunsten der oberen Einkommensgruppen ungleichverteilt. Eine überproportionale Konzentration der Facharztbesuche auf Personen mit höherem Einkommen ergibt sich nach Berücksichtigung der Unterschiede zwischen dem Gesundheitszustand auch in fast allen europäischen Vergleichsländern, Österreich gehört aber zu den Ländern mit der stärksten Ungleichverteilung.

Dieser Zusammenhang könnte u. a. mit einem stärker ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein höherer sozialer Schichten zusammenhängen, die demnach bestimmte Gesundheitsdienstleistungen stärker in Anspruch nehmen als schwächere soziale Schichten. Personen aus Haushalten mit höherem Einkommen bzw. höherem Bildungsgrad könnten auch aufgrund ihres kulturellen Kapitals und sozialer Netzwerke besser in der Lage bzw. eher dazu verleitet sein als andere, bei Bedarf spezifische Leistungen der Gesundheitsversorgung für sich zu beanspruchen. Auch Unterschiede in der Behandlung durch die Ärzte selbst (z. B. in Bezug auf die Aufklärung und Informationsweitergabe) könnten zur Erklärung der beobachteten Unterschiede beitragen. Nicht zuletzt kann eine höhere Frequenz von Arztbesuchen und anderen Gesundheitsleistungen aber auch aus privaten Versicherungen bzw. Zusatzversicherungen und einem daraus resultierenden privilegierten Zugang zum Gesundheitssystem hervorgehen.

Aus der vergleichsweise hohen horizontalen Ungleichheit des Konsums von Facharztleistungen in Österreich lassen sich nur bedingt direkte Handlungsempfehlungen ableiten. Einerseits geht aus den hier analysierten Daten nicht hervor, wieweit die schwächere Inanspruchnahme durch die unteren Einkommensschichten mit einer Unterversorgung gleichgesetzt werden kann oder ob umgekehrt sozial besser gestellte Schichten öfter einen Arzt aufsuchen, als auf Basis ihres Bedarfs notwendig wäre. Die SHARE-Daten eignen sich ebenso wenig dazu, Aussagen über die Qualität der erbrachten Leistungen und damit der Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen zu treffen. Darüber hinaus ist eine geringere Inanspruchnahme (d. h. der tatsächlich erfolgte Konsum von Leistungen) nicht gleichbedeutend mit sozialer Ungleichheit im Zugang zum Gesundheitssystem (d. h. in Bezug auf die Möglichkeit, Leistungen zu konsumieren): In beiden Fällen ist eine Unterversorgung bestimmter Gruppen möglich, die handlungspolitischen Implikationen können aber unterschiedlich sein. Aus den Daten ist auch nicht ersichtlich, wieweit der erhöhte Konsum von Facharztleistungen durch die reicheren Bevölkerungsschichten durch private Krankenversicherungen gedeckt ist bzw. dadurch erklärt werden kann.

Dennoch lassen die vorliegenden Ergebnisse wie die Erkenntnisse der internationalen Forschung einen Bedarf für laufendes Monitoring und vertiefte Erforschung des Zuganges und der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung erkennen. Auch abseits ethischer Überlegungen zu den Zielen des Gesundheitssystems stellt sich die Frage, wieweit soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme ein Hemmnis für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist. Wie *Bremer – Wübker (2012)* für Deutschland zeigen, weisen etwa nicht nur Hausarztbesuche, sondern auch Präventionsleistungen, die vorwiegend vom Hausarzt erbracht werden, keine oder nur geringe einkommensbezogene Ungleichheiten auf. Präventionsleistungen, die über Fachärzte erbracht werden, werden dagegen von den Einkommensgruppen wesentlich ungleicher genutzt. Die geringere Nutzung von Arztbesuchen durch sozial Schwächere kann demnach auch ein weniger ausgeprägtes Präventionsverhalten nach sich ziehen. In einer längerfristigen Betrachtung können

Erkrankungen und Gesundheitskosten die Folge sein, die vermeidbar gewesen wären.

## 6. Literaturhinweise

- Beckett, M., "Converging Health Inequalities in Later Life – An Artifact of Mortality Selection?", *Journal of Health and Social Behavior*, 2000, 41(1), S. 106-119.
- Bremer, P., Wübker, A., "Soziale Ungleichheit und Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen in Deutschland: Eine empirische Analyse", Universität Witten, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Diskussionspapiere, 2012.
- Bristle, J., "Einkommens- und Bildungsungleichheit im gesundheitlichen Vorsorgeverhalten in Europa", Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, Munich Center for the Economics of Aging (MEA), Discussion Papers, 2014, (01-2014).
- Chamberlain, A. M., Manemann, S. M., Dunlay, S. M., Spertus, J. A., Moser, D. K., Berardi, C., Kane, R. L., Weston, S. A., Redfield, M. M., Roger, V. L., "Self-Rated Health Predicts Healthcare Utilization in Heart Failure", *Journal of the American Heart Association*, 2014, 3(3).
- Deaton, A., "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, 2003, 41(1), S. 113-158.
- DeSalvo, K. B., Jones, T. M., Peabody, J., McDonald, J., Fihn, S., Fan, V., He, J., Muntner, P., "Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure", *Medical Care*, 2009, 47(4), S. 440-447.
- Devaux, M., de Looper, M., "Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009", *OECD Health Working Papers*, 2012, (58).
- Ereygers, G., "Correcting the concentration index", *Journal of Health Economics*, 2009, 28, S. 504-515.
- Ereygers, G., Van Ourti, T., "Measuring socioeconomic inequality in health, health care and health financing by means of rank-dependent indices: a recipe for good practice", *Journal of Health Economics*, 2011, 30, S. 685-694.
- Fletcher, J., Wolfe, B., "Increasing Our Understanding Of The Health-Income Gradient In Children", *Health Economics*, 2014, 23(4), S. 473-486.
- Fleurbaey, M., Schokkaert, E., "Equity in health and health care", Université catholique de Louvain, Center for Operations Research and Econometrics (CORE), Discussion Papers, 2011, (26).
- Halmdienst, N., Radhuber, M., Winter-Ebmer, R., "Berufliche Entwicklung und Weiterbildung von ArbeitnehmerInnen 50+", Johannes Kepler Universität Linz, SHARE Forschungsbericht, 2014.
- Hanratty, B., Zhang, T., Whitehead, M., "How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review", *International Journal of Health Services*, 2007, 37(1), S. 89-109.
- Hernández-Quevedo, Ch., Jones, A. M., López-Nicolás, A., Rice, N., "Socioeconomic inequalities in health: A comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel", *Social Science & Medicine*, 2006, 63(5), S. 1246-1261.
- House, J. S., Lantz, P. M., Herd, P., "Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: Evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study)", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2005, 60(2), S. S15-S26.
- Idler, E., Benyamini, Y., "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1), S. 21-37.
- Jürges, H., "True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health", *Health Economics*, 2007, 16(2), S. 163-178.
- Jürges, H., "Bildungsbezogene Ungleichheit in der Gesundheit Älterer: Eine international vergleichende Analyse", in Börsch-Supan, A., Hank, K., Jürges, H., Schröder, M. (Hrsg.), *50plus in Deutschland und Europa. Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009, S. 149-173.
- Kakwani, N., Wagstaff, A., van Doorslaer, E., "Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference", *Journal of Econometrics*, 1997, (77), S. 87-103.
- Kim, J., Durden, E., "Socioeconomic status and age trajectories of health", *Social Science & Medicine*, 2007, 65(12), S. 2489-2502.
- Kjellsson, G., Gerdtham, U.-G., "On correcting the concentration index for binary variables", *Journal of Health Economics*, 2013, 32(3), S. 659-670.
- Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., van Dam, R. M., Subramanian, S. V., Yamagata, Z., "Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies", *British Medical Journal*, 2009, 339(b4471).
- Koolman, X., van Doorslaer, E., "On the Interpretation of a Concentration Index of Inequality", *Health Economics*, 2004, (13), S. 649-656.
- Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J. A. A., Geurts, J. J. M., Helmer, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. J., Mackenbach, J. P., "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries", *International Journal of Epidemiology*, 2005, 34(2), S. 295-305.
- Latham, K., Peek, Ch. W., "Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2012, 104.

- Lee, B. Y., "The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54, S. 123-129.
- Lüngen, M., Siegel, M., Drabik, A., Büscher, G., Von Törne, I., "Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland", *Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*, Köln, 2009, (5).
- Marmot, M., "Social determinants of health inequalities", *Lancet*, 2005, 365, S. 1099-1104.
- Martinez, D. J., Kasl, St. V., Gill, Th. G., Barry, L. C., "Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009.
- Meijer, E., Kapteyn, A., Andreyeva, T., "Internationally comparable health indices", *Health Economics*, 2011, 20(5), S. 600-619.
- Mossey, J. M., Shapiro, E., "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly", *American Journal of Public Health*, 1982, 72(8), S. 800-808.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelöw, M., *Analyzing Health Equity using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation*, The World Bank, Washington D.C., 2008.
- Stam, P. J., van Vliet, R. C., van de Ven, W. P., "Diagnostic, pharmacy-based, and self-reported health measures in risk equalization models", *Medical Care*, 2010, 48(5), S. 448-457.
- van Doorslaer, E., Koolman, X., "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries", *Health Economics*, 2004, 13(7), S. 609-628.
- van Doorslaer, E., Koolman, X., Jones, A. M., "Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe", *Health Economics*, 2004, 13(7) S. 629-647.
- van Doorslaer, E., Koolman, X., Puffer, F., "Equity in the Use of Physician Visits in OECD Countries: Has equal treatment for equal need been achieved?", in *OECD, Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries*, Paris, 2002, S. 225-248.
- van dem Knesebeck, O., Mielck, A., "Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2009, 42(1), S. 39-46.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E., "Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence", *Social Science & Medicine*, 2006, 62(7), S. 1768-1784.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E., *The spirit level: why more equal societies almost always do better*, Allen Lane, London, 2009.
- World Health Organization (WHO), *Soziale Determinanten von Gesundheit – Die Fakten*, Kopenhagen, 2004.