

# Einkommensbezogene Ungleichheit der Gesundheit in Österreich<sup>1</sup>

Benjamin Bittschi

## 1. Einleitung

Anhand der Arbeiten des indischen Ökonomen Amartya Sen ist bekannt, dass Vergleiche des Lebensstandards zwischen Ländern oder zwischen Individuen und Haushalten innerhalb eines Landes, wenn möglich, über rein monetäre Maßzahlen, wie das Einkommen, hinausgehen sollten. Wie Sen schreibt ist der Verlust an »Capabilities«, und hierzu zählt die Gesundheit, als Kriterium für Benachteiligung wichtiger als »nur« ein niedriges Einkommen, da dem Faktor Einkommen lediglich eine instrumentelle Wichtigkeit zukommt, d. h. sein abgeleiteter Wert hängt von vielen anderen sozialen und ökonomischen Umständen ab (Sen 1999, 131). Zwar korreliert der Gesundheitsstatus mit dem Einkommen sowohl auf individueller als auch auf nationaler Ebene, allerdings ist dies bei weitem keine perfekte Korrelation, so dass ein Blick auf die Gesundheit vielleicht andere Einschätzungen der Wohlfahrt zulässt als ein alleiniger Blick auf das Einkommen (Deaton 1999, 1). Daher sollten wenn möglich auch Dimensionen des allgemeinen Wohlbefindens, und hier insbesondere die Gesundheit, bei Untersuchungen über ungleiche Verteilung berücksichtigt werden (Deaton 2007, v). Insbesondere, da aus vielen Studien bekannt ist, dass Angehörige aus unteren Sozialschichten sowohl ein größeres Risiko für Krankheiten haben als auch ihren subjektiven Gesundheitszustand im Allgemeinen schlechter einschätzen (siehe u. a. Lampert 2005, 5).

Die medizinischen Begründungen der Auswirkung von Einkommensungleichheit auf die Gesundheit haben viele Facetten. Eine Gemeinsamkeit dabei ist jedoch zumeist, dass die (relative) Ungleichheit das Niveau an psychosozialen Stress anhebt, was wiederum negative Auswirkungen auf endokrine und immunologische Prozesse hat. Dabei gilt es zumindest für die Industrieländer festzustellen, dass dieser Prozess nicht aus einer materiellen bzw. absoluten Armut resultiert, sondern dass dieser Stress damit assoziiert ist am Ende einer sozialen Hackordnung zu stehen (Smith 1999, 163).

Folglich wird in diesem Beitrag der Frage nachgegangen, inwieweit die Verteilung der Einkommen und der Gesundheitszustand der Bevölkerung in Österreich zusammenhängen. Diese Arbeit untersucht wie der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand verschiedener Einkommensgruppen vom Einkommen beeinflusst wird. Dazu wird zunächst anhand bereits vorhandener Literatur ein Überblick zur einkommensbezogenen Ungleichheit von Gesundheit gegeben, um die österreichischen Ergebnisse in einen internationalen Kontext stellen zu können. Danach erfolgt eine kurze Beschreibung des verwendeten Datensatzes und der angewandten empirischen Methode. Anschließend werden die eigenen Ergebnisse präsentiert und erweitert bzw. verglichen mit einigen Auswertungen der Statistik Austria (2007, 2008). Im letzten Kapitel werden wirtschaftspolitische Schlussfolgerungen gezogen.

## 2. Literaturüberblick

### 2.1 Internationale Literatur

Einen allgemeinen Überblick über das Themengebiet gibt der Artikel von Michael Marmot aus dem Jahr 2002. Der Artikel diskutiert zwei mögliche Wege über die Einkommen kausal mit Gesundheit in Verbindung stehen kann: Erstens durch einen direkten Effekt auf die materiellen Lebensbedingungen und zweitens durch einen Effekt über die soziale Teilhabe und die Möglichkeit die Lebensumstände selbst kontrollieren zu können. Hierzu unterscheidet Marmot zwei Arten niedrigen Einkommens. Zum einen materielle Armut (»poor material conditions«) und zum anderen soziale Armut (»lack of social participation«) (Marmot 2002, 31f.). Da in den Industrieländern heutzutage kaum mehr von einer materiellen Armut gesprochen werden kann, ist das Einkommen für Marmot nur insofern der entscheidende Faktor, als es die Möglichkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft über die soziale Position bestimmt. Des Weiteren zeigt Marmot, je weniger öffentliche Güter und Dienstleistungen bereitgestellt werden, desto wichtiger wird das individuelle Einkommen für die Gesundheit. Er zieht daher folgenden Schluss: Eine Politik, die bei steigender Ungleichheit der Einkommen keinen Ausgleich der Einkommen über das Steuer- oder Sozialsystem in Verbindung mit Investitionen in öffentliche Güter herbeiführt, schädigt die Gesundheit der Gesellschaft (Marmot 2002, 40).

Einen quantitativen Überblick über die Unterschiede einkommensbezogener Ungleichheiten der Gesundheit zwischen 13 verschiedenen europäischen Ländern bieten Van Doorslaer und Koolman (2004). Der Artikel zeigt, dass signifikante Ungleichheiten der Gesundheit zugunsten der höheren Einkommensgruppen in allen untersuchten europäischen Ländern bestehen. Eine besonders hohe Gesundheitsungleichheit wird in diesem Beitrag festgestellt für Portugal, Großbritannien und überraschenderweise auch für Dänemark, dem Land mit der geringsten Einkommensungleichheit. Im Gegensatz dazu wird für die Niederlande, Deutschland, Italien, Belgien, Spanien, Österreich und Irland eine relativ niedrige Gesundheitsungleichheit beobachtet. Vor allem in südeuropäischen Ländern tragen regionale Gesundheitsdisparitäten wesentlich zur sozioökonomischen Ungleichheit der Gesundheit bei. Das wohl wichtigste Ergebnis des Artikels ist, dass die relative Gesundheits- und Einkommensposition nicht-arbeitender Europäer, Rentner oder arbeitsunfähiger Personen für einen Großteil der Ungleichheit verantwortlich ist. Dies zeigt, dass das Problem sozioökonomischer Ungleichheiten der Gesundheit nicht nur ein Problem der Gesundheitspolitik ist, sondern vielmehr eine Aufgabe allgemeiner Sozialpolitik (Van Doorslaer, Jones 2004, 606). Methodisch sind die Ergebnisse dieses Beitrags allerdings nicht mit den Ergebnissen von Van Doorslaer und Koolman vergleichbar, da diese einen so genannten »Concentration Index« berechnen, in dem die Verteilung der Gesundheit in Anlehnung an den Gini Koeffizienten berechnet wird.<sup>2</sup> Allerdings kann man diesem internationalen Vergleich entnehmen, dass Österreich bei Ungleichheiten der Gesundheit im europäischen Vergleich einen Platz im Mittelfeld einnimmt.

Einen weiteren internationalen Überblick bieten Lampert und Mielck (2008), wobei hier so genannte Odds Ratios (siehe dazu Kap. 4) für verschiedene Länder hinsichtlich der Einschätzung der eigenen Gesundheit der Befragten wiedergegeben werden (vgl. Tab. 1). Diese Odds Ratios zeigen dabei das Risiko eines mittelmäßigen bis schlechten Gesundheitszustands für das unterste Einkommensquintil (Einkom-

mensgruppe) im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil. Dabei wird deutlich, dass diese »Risikodifferenz« zwischen Einkommensgruppen sowohl für Frauen (mit Ausnahme der finnischen Frauen) als auch für Männer in allen Ländern zwischen den 1980er und 1990er Jahren zugenommen hat.

**Tabelle 1: Das Risiko schlechter Gesundheit im Vergleich von unterstem und obersten Einkommensquintil**

Einkommensunterschiede	Männer		Frauen	
	1980er Jahre	1990er Jahre	1980er Jahre	1990er Jahre
Deutschland West	1,79	2,05	2,11	2,4
Schweden	3,93	4,11	2,16	2,8
Finnland	2,92	3,09	2,65	2,43
Großbritannien	3,65	3,88	3,12	3,92
Niederlande	3,68	4,5	2,21	3,01

Eigene Darstellung; Quelle: Lampert, Mielck 2008;

Aufgrund einer guten Datenlage zu diesem Thema gibt es auch für Deutschland mehrere Studien zum Thema »Ungleichheit und Gesundheit«, wobei man die geringere Gesundheit sozial Benachteiligter als empirisches Faktum ansehen kann (Lampert, Mielck 2008, 8).

Ein Beispiel hierzu ist die Arbeit von Thomas Lampert (2005) über schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Lampert (2005) kommt in dieser Studie zu der Schlussfolgerung, dass die Angehörigen der unteren Sozialschicht öfter von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, dass sie ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen und dass diese vermehrt Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität angeben. Die Chance eines sehr guten Gesundheitszustandes ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen, im Vergleich von niedriger zur hoher Statusgruppe, um den Faktor 2,4 verringert, wenn statistisch auf einen Alterseffekt kontrolliert wird (Lampert 2005).

## 2.2 Empirische Evidenz für Österreich

Insgesamt lässt sich sagen, dass es für Österreich relativ wenig Literatur zum Themengebiet »Einkommensungleichheit und Gesundheit« gibt. Dies liegt hauptsächlich daran, dass die Datenlage für das Thema nicht zufrieden stellend ist. So gibt es zwar gute Daten über die Einkommensunterschiede in Österreich und auch die Datenlage über den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist ausreichend, allerdings fehlt es oft an einer Verknüpfung der beiden Themenbereiche. Studien, welche diesen Zusammenhang für Österreich untersuchten, mussten daher oft mit Kompromissen leben. Ein Beispiel hierfür ist die Studie »Soziale Ungleichheit und Gesundheit« des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (2002), welche auf Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) ausweicht. Als primäres Kriterium für die Einstufung eines Versicherten als sozial benachteiligt wurde dabei die Befreiung von der Rezeptgebühr gewählt (Pochobradsky et al. 2002, II). Es konnte also keine direkte Einstufung des Einkommens erfolgen sondern es wurde auf eine Proxy Variable zurückgegriffen. Insgesamt kommt diese Studie zu dem Schluss, dass ärmere Menschen in Österreich vom Gesundheitssystem nicht schlechter versorgt

werden wie andere Personen. Allerdings fühlen sich sozial benachteiligte Menschen subjektiv kränker und weisen teilweise ein ganz anderes Inanspruchnahmeverhalten für Gesundheitsleistungen auf (Pochobradsky et al. 2002, VII).

In Zukunft könnten jedoch vermehrt Studien zu dieser Thematik durchgeführt werden, da sich die Datenlage durch die Gesundheitsbefragung 2006/2007 enorm gebessert hat (siehe Kap. 3). Zu dieser Befragung hat die Statistik Austria im Mai 2008 eine eigene Auswertung veröffentlicht, die auch den Themenbereich von Einkommensunterschieden und Gesundheit umfasst. In dieser Auswertung zeigt sich, analog zur ÖBIG Studie und zu den Ergebnissen dieser Arbeit, dass einkommensschwache Personen ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich seltener mit sehr gut oder gut beurteilen als Personen in höheren Einkommensklassen. Zusätzlich stellt diese Studie auch fest, dass Personen in der Armutrisikogruppe häufiger an bestimmten chronischen Erkrankungen leiden (Statistik Austria 2008, 7; siehe auch unter 5. Ergebnisse).

### 3. Die Datengrundlage

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend befragte die Statistik Austria von März 2006 bis Februar 2007 im Rahmen der Gesundheitsbefragung insgesamt rund 15.000 zufällig ausgewählte Personen zu gesundheitsrelevanten Themen. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die österreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (Hochrechnung 6,9 Mio.). Themen der Befragung waren einerseits der Gesundheitszustand der Bevölkerung, also die Prävalenz von bestimmten Krankheiten, Schmerzen, funktionaler Beeinträchtigungen, Bedarf an Unterstützung bei der Verrichtung von Aktivitäten des alltäglichen Lebens etc., sowie der allgemeine Gesundheitszustand in Form der subjektiven Selbsteinschätzung der Gesundheit (*self-assessed health*). Zudem wurde das Einkommen der teilnehmenden Personen abgefragt. Trotz einer Antwortverweigerung von rund einem Viertel bei diesem Indikator liegt ein vollständiger Datensatz vor, da die Statistik Austria eine Imputation der Daten vorgenommen hat. Weiters wurde das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung mit Fragen zur Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Aktivitäten, etc erfragt. Dieser umfangreiche Datensatz ermöglicht eine Analyse der Zusammenhänge von Determinanten der Morbidität einerseits sowie gesundheitsrelevanter und sozio-demographischer Faktoren wie dem Einkommen andererseits (Statistik Austria 2007).

### 4. Der methodische Ansatz

Zur Darstellung des Zusammenhangs von Einkommensungleichheiten mit der Gesundheit wurden auf Grundlage des Datensatzes der Gesundheitsbefragung 2006/2007 verschiedene logistische Regressionen (logit Modelle) berechnet. Die logistische Regression ist ein statistisches Verfahren, um den Einfluss eines oder mehrerer unabhängiger Merkmale (Kovariablen) auf ein abhängiges Merkmal zu quantifizieren. Das Ergebnis logistischer Regressionen ist eine so genannte Odds Ratio (OR), die als ein Faktor interpretiert werden kann, welcher die »Chance« angibt, dass das Auftreten eines betrachteten Aspekts des Gesundheitszustandes bzw. des Gesundheitsverhaltens höher ist als in einer Referenzgruppe (Lampert 2005, 13).

Als Gütemaße für logistische Regressionen dienen zum einen das Cox und Snells Pseudo  $R^2$  und als Modifikation davon das Nagelkerke Pseudo  $R^2$ . Das Cox und Snells Pseudo  $R^2$  kann, im Gegensatz zum herkömmlichen  $R^2$ , nicht den Wert 1 erreichen, dies ist aber für das Nagelkerke Pseudo  $R^2$  möglich. Generell gilt als Faustregel, dass Werte für das Pseudo  $R^2$  ab 0.2 akzeptabel sind, Werte ab 0.4 gut und ab 0.5 sehr gut sind (Bühl, Zöfel, 2005).

Anforderungen an die logistische Regression und das Logit Modell sind unter anderem eine Stichprobengröße von  $n > 100$ , keine ordinal skalierten unabhängigen Variablen sowie die Unkorreliertheit der unabhängigen Variablen.

Schwierigkeiten im Bereich der Modellierung der logistischen Regressionen ergeben sich im Zusammenhang mit der Fragestellung, in welcher Form die Kausalität im Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage vonstatten geht. Dies ist Gegenstand kontroverser Diskussionen zwischen Soziologen, Epidemiologen, Psychologen und Ökonomen, wobei je nach Fachrichtung unterschiedliche Ansätze vertreten werden (Lampert 2005, 7). Die beiden konkurrierenden Hypothesen sind einerseits die »*Drifthythese*« welche besagt, dass durch Krankheiten ein sozialer Abstieg verursacht wird bzw. ein sozialer Aufstieg verhindert wird. Empirische Evidenz für diese These findet sich vor allem im Bereich psychischer Erkrankungen. Die zweite Hypothese, die einen größeren Geltungsanspruch für sich einnehmen kann, ist die so genannte »*Verursachungshypothese*«, welche besagt, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht Verursacher für eine erhöhte Morbidität und Mortalität ist (Pochobradsky et al. 2002, 17). Da die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/2007 Querschnittsdaten sind, lässt sich damit nur äußerst schwer die Frage der Kausalität klären. Im Rahmen dieser Arbeit wird daher auf die weit verbreitete Verursachungshypothese zurückgegriffen. Dies erscheint insbesondere aufgrund der gegebenen institutionellen Rahmenbedingungen für Österreich (umfassender allgemeiner gesetzlicher Versicherungsschutz) eine zweckmäßige Annahme zu sein.

## 5. Empirische Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 für Österreich

Mit dem Datensatz der Gesundheitsbefragung wurde nun eine logistische Regression mit der abhängigen Variable »subjektiver Gesundheitszustand« auf das Einkommen und verschiedene andere sozioökonomische Merkmale geschätzt. Das korrespondierende Referenzindividuum war hierbei ein im ersten Einkommensquartil angesiedelter Mann, beruflich Hilfsarbeiter, wohnhaft in einer mittelgroßen Stadt in Ostösterreich und Nichtraucher. In Bezug auf dieses Referenzindividuum ergibt sich folgendes Bild: siehe Tabelle 2, folgende Seite.

Aus den Koeffizienten der einzelnen Kategorien lassen sich nun durch eine einfache Exponentialtransformation die ORs berechnen. Für den Koeffizienten des zweiten Einkommensquartils ergibt sich somit folgende OR:  $\exp(0,246) = 1,279$ . Dies besagt, dass die Chance den subjektiven Gesundheitszustand als gut oder sehr gut zu beurteilen in der Gruppe des zweiten Einkommensquartils um 27,9% höher ist, als im ersten Quartil. Um den Fall des »omitted variable bias« zu verhindern, werden in die Korrelation zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und dem Einkommen zusätzliche Variablen inkludiert, welche mit dem Einkommen korreliert sein könnten. Abbildung 3 zeigt die Tabelle aller signifikanten ORs:

**Tabelle 2: Der subjektive Gesundheitszustand in Abhängigkeit von individuellen Merkmalen (Koeffizienten und p-Werte) – Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 für Österreich**

Abhängige Variable: Subjektiver Gesundheitszustand			
Unabhängige Variablen		$\beta$	p-Wert
Einkommen	2. Quartil	0,246	0,000
	3. Quartil	0,431	0,000
	4. Quartil	0,642	0,000
Berufsstatus	Arbeitslos	-0,961	0,000
	Invalidität	-2,682	0,000
	Pension	-0,527	0,000
	Hausfrau	-0,151	0,172
	Student	0,165	0,366
geographische Lage	Stadt	0,069	0,233
	Land	-0,095	0,110
	Südösterreich	-0,056	0,347
	Westösterreich	0,137	0,007
Schulbildung	edu1	0,317	0,000
	edu2	0,429	0,000
	edu3	0,646	0,000
	edu4	0,908	0,000
Geschlecht	weiblich	-0,010	0,851
Alter	Alter	-0,323	0,000
	Alter <sup>2</sup>	0,009	0,000
Lebensstil	Raucher	-0,278	0,000
	Alkohol	-0,346	0,000
	Fettleibigkeit	-0,252	0,000
	Sport	0,676	0,000
	Stress	-0,018	0,889

**Tabelle 3: Odds Ratios von individuellen Merkmalen (nur signifikante Variablen) – Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 für Österreich**

Odds Ratios (OR) der signifikanten Variablen		
Einkommen	2. Quartil	1,279
	3. Quartil	1,539
	4. Quartil	1,900
Berufsstatus	Arbeitslos	0,383
	Invalidität	0,068
	Pension	0,590
geographische Lage	Westösterreich	1,147
Schulbildung	edu1	1,373
	edu2	1,535
	edu3	1,908
	edu4	2,479
Alter	Alter	0,724
	Alter <sup>2</sup>	1,009
Lebensstil	Raucher	0,757
	Alkohol	0,708
	Fettleibigkeit	0,777
	Sport	1,966

Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
0.223	0.333

Hierbei wird in Bezug auf die Korrelation zwischen Einkommen und dem subjektiven Gesundheitszustand deutlich, dass mit steigendem Einkommen die Angaben eines guten oder sehr guten Gesundheitszustandes stetig zunehmen. Im vierten Quartil ist die Wahrscheinlichkeit den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut zu betrachten 90% höher als im ersten Einkommensquartil. Die Resultate im Bereich des Einkommens sind hochsignifikant wie die p-Werte in Abbildung 2 zeigen. Ein ähnliches Bild, mit ebenfalls hochsignifikanten Resultaten, zeigt sich auch bei der Bildung. Personen mit einem (Fach-) Hochschulabschluss geben mit einer Wahrscheinlichkeit von 247% einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand, im Vergleich zum Referenzindividuum, an.

Unter den Lebensstil Variablen fällt auf, dass die Personen, welche die hochsignifikante Variable »Sport« (definiert als mindest einmal wöchentlich körperliche Aktivität wie z. B. Radfahren oder Laufen) positiv beantworten, eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit auf eine gute bzw. sehr gute Selbsteinschätzung der Gesundheit haben.

Nicht signifikant sind die ORs hingegen für die Variablen »Haushaltsführend« und Studenten im Bereich des Berufsstatus, sämtliche geographische Indikatoren mit Ausnahme von Westösterreich, die Variable »Geschlecht« und in der Kategorie Lebensstil die Variable »Stress«. Daher können zu diesen Variablen auch keine statistisch signifikanten Aussagen getroffen werden.

Die Güte der Regression ergibt sowohl mit dem Cox&Snell  $R^2$  als auch mit dem Nagelkerke  $R^2$  akzeptable Werte.

Zum Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und dem Einkommen sei auf die Auswertungen der Gesundheitsbefragung 2006/2007 durch die Statistik Austria zu diesem Thema hingewiesen. Hierbei konnte allerdings kein allgemeiner Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und dem Einkommen gefunden werden (Statistik Austria, 2008). Jedoch wurden von der Statistik Austria auch Regressionen auf spezifische chronische Krankheiten durchgeführt. Folgende Tabelle zeigt eine Aufstellung der Auftretenswahrscheinlichkeit der von der Statistik Austria untersuchten chronischen Krankheiten im Vergleich der niedrigsten zur höchsten Einkommensgruppe nach Geschlecht getrennt:

**Tabelle 4: Odds Ratios chronischer Krankheiten im Vergleich der untersten mit der obersten Einkommensgruppe**

Chronische Krankheiten	Männer	Frauen
	Odds Ratio	Odds Ratio
Bluthochdruck	1.05	1.43
Migräne, häufige Kopfschmerzen	1.82	1.40
Arthrose, Arthritis, Gelenksrheumatismus	2.01	1.43
Chronische Angstzustände, Depression	2.67	2.13
Diabetes	0.85	2.43
Harninkontinenz	2.15	1.57

Eigene Darstellung; Quelle: Statistik Austria (2008, 24)

Diese Ergebnisse lassen für bestimmte Krankheiten sehr wohl auch auf Zusammenhänge zwischen dem Einkommen und dem objektiven Gesundheitszustand schließen. So ist bei Männern für das Krankheitsbild »chronische Angstzustände und Depressi-

onen« eine OR von 2,67 und für »Migräne, häufige Kopfschmerzen« eine OR von 1,82 für den Vergleich der niedrigsten zur höchsten Einkommensgruppe ermittelt worden. Bei den Frauen weist Diabetes mit einer OR von 2,43 den höchsten Wert auf.

## 6. Zusammenfassung sowie wirtschafts- und sozialpolitische Schlussfolgerungen

Zusammenfassend können aus den Ergebnissen dieser Arbeit einige wirtschafts- politische Empfehlungen abgeleitet werden. Wie sowohl durch den internationalen Literaturvergleich als auch durch die eigenen Berechnungen für Österreich festgestellt werden konnte, stehen der Gesundheitszustand und das Einkommen in engem Zusammenhang. Insbesondere erweist sich das Ergebnis einer höheren Wahrscheinlichkeit für einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand in den unteren Einkommensgruppen als auch in den niedrigeren Bildungsgruppen als sehr robust. Auch für einzelne chronische Krankheiten kann ein solcher Zusammenhang nachgewiesen werden und dies obwohl in Österreich ein relativ egalitärer Zugang zum Gesundheitssystem erfolgt. Auffällig ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass die Inanspruchnahme von Dienstleistungen durch den Allgemeinarzt in Österreich, so wie in den meisten anderen EU Ländern, sogar eine geringfügige »pro-poor« Verteilung aufweist. Ein ganz anderes Bild ergibt sich allerdings, ebenfalls als EU weites Phänomen, wenn man die Inanspruchnahme von Facharztleistungen betrachtet. Hier zeigt sich eine klare Verteilung der Inanspruchnahme zugunsten der Reichen (Van Doorslaer, Jones 2004, 607). Verstärkung erhält dieser Trend unter anderem dadurch, dass im Bereich fachärztlicher Behandlungen oft private Zusatzversicherungen ins Spiel kommen, die den Trend zu einer Verteilung zugunsten zahlungskräftigerer Personen verstärken.

Die Beseitigung jeglicher Ungleichheit ist auch für den Bereich der Gesundheit ein nicht zu verwirklichendes Ziel. Allerdings ist sehr wohl das Ausmaß der einkommensbezogenen Ungleichheiten der Gesundheit zu beeinflussen. Dazu sind Änderungen im Bereich des Gesundheitssystems notwendig. Darüber hinaus ist aber auch, wie z. B. auch Marmot (2002) zeigt, das Feld der Sozialpolitik jener Bereich, in dem ein Ausgleich von Ungleichheiten erfolgen sollte.

Aus diesen Fakten lassen sich zumindest zwei Schlussfolgerungen ziehen:

Zum einen ist gerade im Bereich der Gesundheit nicht davon auszugehen, dass Patienten als souveräne Konsumenten im Stile eines homo oeconomicus auf einem wie auch immer gearteten Gesundheitsmarkt auftreten können, da sie ihre Nachfrageentscheidungen von unterschiedlichen Einkommensniveaus und aus unterschiedlichen sozialen Situationen heraus treffen. Insofern ist einer Aufrechterhaltung eines funktionsfähigen sozialen Krankenversicherungssystems hohe Priorität einzuräumen, da dies notwendig erscheint, um die nachgewiesenen und vorhandenen systemimmanenten Ungleichheiten nicht noch weiter zu verschärfen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Auswirkungen von Selbsthalten im Gesundheitswesen. Hierbei sollte nicht vergessen werden, dass neben kurzfristig nachfragedämpfenden Steuerungseffekten auch die eintretenden Umverteilungswirkungen zu berücksichtigen sind. Nicht nach Einkommen differenzierende Selbsthalte wirken für untere Einkommensgruppen regressiv. Dies wird sich zunächst auf die Gesundheit und das Wohlbefinden dieser Einkommensgruppen auswirken und kann somit langfristig sogar höherer Kosten für das Gesundheitssystem bewirken.



Zum anderen ist ein Streben nach einer sozial ausgewogenen Einkommens- und Vermögensverteilung in Österreich entscheidend, um bestehende Ungleichheiten im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen zu vermindern.

Die Wichtigkeit dieser Forderung ergibt sich daraus, dass unter den entwickelten Nationen nicht die Reichsten die besten gesellschaftlichen Resultate im Bereich der Gesundheit erzielen sondern diejenigen, die die geringsten Einkommensdifferenzen zwischen Armen und Reichen aufweisen. Neben einer gleichmäßigen Einkommensverteilung, wird zudem der soziale Zusammenhalt einer Gesellschaft als eine die Gesundheit verbessernde Eigenschaft genannt. Daraus ergibt sich, dass die weniger individualistisch angelegten Gesellschaften die gesünderen sind (Wilkinson 1996).

## Literatur

- Bühl, Achim; Zöfel, Peter (2005) SPSS 12, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows; München: Pearson Studium.
- Deaton, Agnus (1999) Inequalities in income and inequalities in health; Research Program in Development Studies; Princeton University.
- Deaton, Agnus (2007) Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations, and Policies; WIDER Annual Lecture 10; World Institute for Development Economics Research. Handbook of Health Economics, Volume 1B (2000) eds.: Culyer, Anthony J.; Newhouse, Joseph P.; Amsterdam: Elsevier.
- Lampert, Thomas (2005) Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten; Blaue Reihe, Berliner Zentrum Public Health.
- Lampert, Thomas; Mielck Andreas (2008) Gesundheit und soziale Ungleichheit, Eine Herausforderung für Forschung und Politik; G+G Wissenschaft, Vol. 8 (2), pp. 7–16.
- Marmot, Michael (2002) The Influence of Income On Health: Views of an Epidemiologist; Health Affairs. Vol. 21 (2), pp. 31-46.
- Pochobradsky, Elisabeth; Claudia, Hahl; Schleicher, Barbara (2002) Soziale Ungleichheit und Gesundheit; Österreichisches Institut für Gesundheitswesen (ÖBIG); Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen.
- Sen, Amartya (1999) Development as Freedom; Oxford: Oxford University Press.
- Smith, James P. (1999) Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Economic Status; Journal of Economic Perspectives; Vol. 13 (2), pp. 145-166.
- Statistik Austria (2007) Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.
- Statistik Austria (2008) Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit.
- Van Doorslaer, Eddy; Jones, Andrew (2004) Income-related inequality in health and health care in the European Union; Health Economics Vol. 13, pp. 605–608
- Van Doorslaer, Eddy; Koolman, Xander (2004) Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries; Health Economics Vol. 13, pp. 609-628.
- Wilkinson, Richard (1996) Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality; London/ New York: Routledge.

## Anmerkungen

- 1 Der Beitrag beruht auf einer Seminararbeit aus dem Seminar »Empirische Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung in Österreich« aus dem SS 2008 bei Herrn Prof. Dr. Wilfried Altzinger.
- 2 Zur genauen Beschreibung der Berechnungsmethode des Concentration Index siehe Culyer, Newhouse (2000), 1846-1857.