

Motive älterer Menschen für die Nichtinanspruchnahme von unentgeltlichen Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Elisabeth Weiss

08403511

Begutachterin: Mag^a. Sophie Psihoda, M.A.

Blumau-Neurißhof, Mai 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

24. 05. 2020

Unterschrift

Eliselekh Wap

Abstract

Die Motive, warum ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status ab 65 Jahren kostenfreie Dienstleistungen des Gesundheitswesens nicht in Anspruch nehmen sind noch wenig erforscht. Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich daher mit deren Motiven der Nichtinanspruchnahme und vergleicht sie mit jenen von Personen ab 65 Jahren mit mittlerem und höherem sozialen Status.

Anhand eines vorab durchgeführten Screenings zur Ermittlung des sozioökonomischen Status älterer Personen ab 65 Jahre wurden die Interviewpartnerinnen und -partner ausgewählt, um im Anschluss daran deren Motive der Nichtinanspruchnahme mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews zu erheben. Danach wurden die transkribierten Interviews in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert und in einen Bezug zu Andersens Behavioral Model of Health Services Use gebracht.

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass das Inanspruchnahmeverhalten älterer Personen ab 65 Jahre mit niedrigerem sozioökonomischen Status aufgrund mangelnder Sozialstrukturen, wie etwa Personen, die sie zu Untersuchungen fahren würden, beeinträchtigt wird. Ältere Personen ab 65 Jahren der mittleren sozialen Statusschicht scheinen über eine wenig ausgeprägte positive Gesundheitseinstellung zu verfügen. Sie geben unter anderem an, keine Zeit für Untersuchungen zu haben. Ältere Personen ab 65 Jahren mit höherem sozioökonomischen Status geben als häufigstes Motiv für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen an, keinen Bedarf an diversen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu haben. Sie äußern im Vergleich zu den anderen sozialen Statusgruppen am öftesten Kritik an den Versorgungsstrukturen. Dies äußert sich an der geringen Inanspruchnahme von Angeboten und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung und von Kuraufenthalten.

Schlüsselbegriffe: Ältere Personen, Gesundheitsversorgung, Motive, Nichtinanspruchnahme, sozioökonomischer Status

Abstract

The reason why people with a low socioeconomic status, aged 65 and over do not make use of free health care services provided for them is still very little researched. This bachelor's thesis therefore focuses on their motives for non-utilization and compares them with those of people aged 65 and over with a medium or high social status.

The interviewees were selected based on a pre-screening, which determined the socio-economic status of elderly people. Through the guidance-based interviews their motives and reasons were collected. Based on the Mayring Content Analysis and related to Andersen's Behavioral Model of Health Services Use, the transcribed interviews were then analyzed.

The results suggest that the health care utilization of people aged 65 and over with a lower socioeconomic status is affected by a lack of social structures, such as someone who could drive them to the doctor's appointments. Older people aged 65 and over of the middle class seem to have a low level of positive health attitude. Among other things, they state that they do not have time for physical examinations. People from the same age group with a higher socio-economic status say that their most common motive for not using health care services is a lack of need thereof. Compared to the other social status groups, they most frequently criticize care structures. This is reflected in the low utilization of offers and health-promoting events.

Key words: elderly, health care, motives, non-utilization, socioeconomic status

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
1.2	Forschungsfrage.....	4
2	Theoretische Grundlagen	5
2.1	Definition Sozioökonomischer Status und dessen Anwendung in sozial- epidemiologischen Studien	5
2.2	Inanspruchnahmeverhalten von Personen über 65 Jahre in Bezug auf gesundheitsbezogene Dienstleistungen	7
2.3	Studien zum Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen durch ältere Personen.....	10
3	Forschungsdesign	12
3.1	Erhebungsinstrumente	12
3.2	Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner.....	15
3.3	Interviewsetting	18
3.4	Datenerhebung: Durchführung der qualitativen Interviews	19
3.5	Transkription der qualitativen Interviews.....	20
3.6	Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	20
4	Ergebnisse	23
4.1	Vorerkrankungen	23
4.2	Zahnmedizin	23
4.3	Augenheilkunde	24
4.4	Krebsvorsorge allgemein	25
4.5	Hautkrebsvorsorge	25
4.6	Prostatakrebsvorsorge.....	26
4.7	Gynäkologische Untersuchungen	26
4.8	Darmkrebsvorsorge.....	27
4.9	Jährliche Vorsorgeuntersuchung	27
4.10	Angebote und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung	29
4.11	Kuraufenthalte	31
4.12	Allgemeines zum Gesundheitswesen	33

5	Diskussion und Schlussfolgerungen.....	34
5.1	Diskussion der Ergebnisse nach Andersens Behavioral Model of Health Services Use	34
5.2	Schlussfolgerungen.....	41
6	Ausblick.....	44
	Literaturverzeichnis.....	47
	Tabellenverzeichnis	51
	Anhang	52

1 Einleitung

Der sozioökonomische Status, gebildet aus den sozial relevanten Merkmalen Einkommen, Beruf und Bildung, begleitet Menschen ein Leben lang. Er wirkt sich auf viele Bereiche des Alltags aus. Menschen mit weniger Einkommen können beispielsweise nicht im gleichen Ausmaß reisen oder an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen wie Menschen mit ausreichend finanziellen Mitteln (Wehler, 2013, S. 193). Ein niedriger Bildungsabschluss mindert die Chancen am Arbeitsmarkt, dadurch verringern sich auch die Chancen ein höheres Einkommen zu erhalten. Der Zutritt zu besseren Wohngebieten bleibt durch ein geringeres Einkommen meist verwehrt. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status haben verminderten Zutritt zu Lebenschancen, es entsteht soziale Ungleichheit (Hradil, 2008, S. 30).

Weiters übt der sozioökonomische Status Einfluss auf die gesundheitliche Chancengleichheit aus. Es gilt als wissenschaftlich erwiesen, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status früher und öfter an chronischen und Mehrfacherkrankungen leiden und stärker von frühzeitigem Versterben bedroht sind als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (Behrens, 2009, S. 68, Jungbauer-Gans & Gross, 2009, S. 77; Kruse & Schmitt, 2016, S. 253; Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters & Kroll, 2017, S. 83; Lampert & Kroll, 2014, S. 1). Soziale Ungleichheit setzt sich im Gesundheitszustand der Bevölkerung fort. Der sozioökonomische Status hat nicht nur Auswirkungen auf die Gesundheit, er spiegelt sich auch in gesundheitsbezogenen Einstellungen und in der Bewältigung von gesundheitlichen Problemen wider (Lampert & Kroll, 2009, S. 309).

Im wohlfahrtstaatlich organisierten System der Gesundheitsversorgung in Österreich ist der Zugang zur Primärversorgung und Präventivmedizin aufgrund einer kostenfreien Basisversorgung gleichberechtigt. Dies bedeutet, dass keine Person von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Vorsorgeuntersuchungen ausgeschlossen ist. Die wissenschaftliche Literatur zeigt jedoch, dass ältere Personen ab 65 Jahren mit niedrigem sozioökonomischen Status die genannten Leistungen weniger in Anspruch nehmen als ältere Personen ab 65 Jahren, deren Rang im sozialen Statusgefüge höher ist. Ältere Menschen mit niedrigerem sozialen Status besuchen bei höherem Bedarf weniger oft fachmedizinische Versorgungseinrichtungen als ältere Menschen mit höherem sozialen Status. Der höhere Bedarf entsteht durch den tendenziell schlechteren Gesundheitszustand von Menschen mit weniger hohem sozialen Status. Präventive Untersuchungen, wie etwa kostenfreie Krebsvorsorgescreenings, lassen ältere Personen ab 65 Jahren mit höherem sozioökonomischen Status eher durchführen als Personen mit niedrigem

sozioökonomischen Status. Auch zahnmedizinische Vorsorge und Eingriffe werden von älteren Personen der niedrigeren sozialen Statusschicht seltener in Anspruch genommen (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238-244; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316-318; Knesebeck & Mielck, 2009, S. 39-46; Leoni, 2015, S. 649-662; Mielck, 2006, S. 975-990).

Die Gründe für das soziale Gefälle bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zuungunsten sozial niedrigerer Statusgruppen älterer Menschen können vielschichtig sein. Mutmaßungen beziehen sich auf eine gesundheitsbezogene Unterversorgung sozial niedrigerer Schichten (Leoni, 2015, S. 648; Mielck, 2006, S. 985) oder auf ungünstige Verhältnisse (Mielck, 2006, S. 985). Gründe für eine Nichtinanspruchnahme könnten auch auf Präferenzen, auf Uninformiertheit über das Angebot der Gesundheitsversorgung, auf Erreichbarkeit der Einrichtungen oder Wartezeiten zurückzuführen sein (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238; 2018, S. 316.). Der Forschungsstand zu den Motiven der Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung, der gesicherte Aussagen zulassen würde, ist jedoch nicht sehr ausgeprägt (Burkert, Rásky & Freidl, 2012, S. 259 ff.).

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Lange Zeit wurde im Rahmen der Forschung der Fokus auf gesundheitsbezogene Einflüsse der sozialen Ungleichheit und auf das risikoreiche Verhalten in Bezug auf die Gesundheit gelegt. Forschungsaktivitäten zur Gesundheitsversorgung wurden erst in den letzten Jahren forciert (Klein & Knesebeck, 2016a, S. 342; Klein & Knesebeck, 2018, S.316). Die Beweggründe und Motive des Inanspruchnahmeverhaltens älterer Menschen ab 65 Jahre scheinen bis dato noch wenig beforscht. Es entsteht der Eindruck, dass diese Personengruppe in der sozialepidemiologischen Forschung zur Gesundheitsversorgung noch wenig Berücksichtigung erfährt (Lampert et al., 2017, S. 81).

Daher sollen in der Bachelorarbeit Beweggründe der Nichtinanspruchnahme von gesundheitsbezogenen unentgeltlichen Dienstleistungen erforscht werden. Die Ergebnisse der Befragungen von älteren Personen ab 65 Jahre unterschiedlicher sozialer Statusgruppen sollen vergleichend dargestellt werden. In der aktuellen öffentlichen und auch wissenschaftlichen Diskussion wird die Eigenverantwortung und die Gesundheitskompetenz einzelner Personen in den Vordergrund gerückt (Bauer & Büscher, 2008, S. 28). Was wäre, wenn die Eigenverantwortung zwar vorhanden wäre, aber andere Motive und Ursachen eine Inanspruchnahme behindern? Wie bereits zitiert, können die Gründe vielschichtig sein. Der Bogen spannt sich beginnend bei der gesundheitsbezogenen Unterversorgung sozial niedrigerer Schichten, über Präferenzen bis zu ungünstigen Verhältnissen (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238; Klein & Knesebeck, 2018, S.

316; Leoni, 2015, S. 648; Mielck, 2006, S 985). Welche Motive behindern ältere Menschen ab 65 Jahren frei zugängliche gesundheitsbezogene Versorgung zu nutzen? Dieser Frage soll in der Bachelorarbeit nachgegangen werden.

Mit den Erkenntnissen soll Verständnis für Menschen ab 65 Jahre mit niedrigem sozioökonomischen Status geschaffen werden, die den egalitären Zugang zur Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch nehmen. Die möglichen Erkenntnisse zu den Motiven des Nichtinanspruchnahmeverhaltens von unterschiedlichen sozialen Statusgruppen können eine Richtung für die Entwicklung von sozialschichtspezifischen Informationskampagnen und Vorsorge- und Präventionsprogrammen zur Gesundheitsförderung für ältere Menschen weisen. Die Ergebnisse der Bachelorarbeit könnten aufzeigen, wie man diesen Personen mit zielgruppenspezifischen Angeboten der Gesundheitsversorgung entgegenkommen kann. Eine Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen kann beitragen, die aufgrund der steigenden Lebenserwartung, gewonnenen Lebensjahre in Gesundheit zu verbringen. Möglicherweise dienen die gewonnenen Erkenntnisse zusätzlich als Basis für eine Förderung der Gesundheitskompetenz von Personen über 65 Jahre mit niedrigem sozioökonomischen Status. Ein weiterer Nutzen wäre, etwaige Zugangsbarrieren, die eine Inanspruchnahme verhindern, zu erkennen und diesen entgegenzuwirken.

Die Bachelorarbeit ist in sechs Kapitel gegliedert. Im ersten Kapitel wird eine Einführung in das Thema und die Problematik vorgenommen. Einleitend in das zweite Kapitel wird der Begriff „sozioökonomischer Status“, und dessen Bedeutung in sozialepidemiologischen Studien erörtert. Weiters stellt dieses Kapitel die theoretische Basis des Inanspruchnahmeverhaltens der unterschiedlichen sozioökonomischen Statusgruppen dar. Zusätzlich werden einige Studienergebnisse vorgestellt. Die Methoden der Vorbereitung und Auswertung sowie die Erhebungsinstrumente, welche für die Bachelorarbeit verwendet wurden, werden im dritten Kapitel besprochen. Die Forschungsergebnisse werden im vierten Kapitel vorgestellt und im fünften Kapitel anhand des Behavioral Model of Health Services Use nach Andersen diskutiert und Schlussfolgerungen angestellt. Das sechste Kapitel schließt die Bachelorarbeit mit einem Ausblick auf weitere mögliche Forschungsaktivitäten ab.

1.2 Forschungsfrage

Es besteht ein vermeintlicher Mangel an Studien zur Gesundheitsversorgung älterer Menschen im Zusammenhang mit ihrem sozioökonomischen Status. Bis dato wurde diese Thematik in der Versorgungsforschung wenig erforscht (Bauer & Büscher, 2008, S. 7; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316; Knesebeck & Mielck, 2009, S. 2; Lampert et al., 2017, S. 81; Lampert & Kroll, 2014, S.1). Der scheinbare Forschungsrückstand bezüglich der Motive einer Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von egalitär und kostenfrei zugänglichen Versorgungsdienstleistungen führt zu der Forschungsfrage der Bachelorarbeit:

„Welche Motive leiten Menschen über 65 Jahre mit niedrigem sozioökonomischen Status zur Nichtinanspruchnahme von kostenfreien Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu Menschen mit mittlerem und höherem sozioökonomischen Status?“

2 Theoretische Grundlagen

Wie bereits zitiert, variiert das Inanspruchnahmeverhalten je nach sozialem Status zuungunsten niedrigerer sozialer Statusschichten. Diese nehmen kostenfreie Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung weniger in Anspruch als Personen mit mittlerem und höherem sozialen Status. Um in das Thema einzuführen erfolgt zu Beginn des Kapitels eine kurze Definition des Begriffes „sozioökonomischer Status“ und dessen Handhabung in sozialepidemiologischen Studien. Anschließend wird theoretisch auf das divergierende Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen durch ältere Menschen ab 65 Jahre unterschiedlicher sozialer Schichten eingegangen, welches anhand ausgewählter Studienergebnisse anschaulich dargestellt wird.

2.1 Definition Sozioökonomischer Status und dessen Anwendung in sozial-epidemiologischen Studien

Der sozioökonomische oder soziale Status einer Person setzt sich in den meisten Fällen aus den Dimensionen Beruf, (Aus-)Bildung und Einkommen zusammen. Diese Vorgehensweise wird unter anderem in Studien des Robert Koch-Institutes¹ in Berlin angewendet (Lampert, Kroll, Müters & Stolzenberg, 2013, S. 131). Mithilfe des sozioökonomischen Status wird die Position einer Person in der Rangordnung der Gesellschaft festgelegt. Die Hierarchie der Rangordnung definiert sich durch das Prestige und Ansehen, welche die Gesellschaft dieser Position beimisst (Ditton & Maaz, 2011, S. 193). Je nach Stellung in der gesellschaftlichen Rangordnung erfährt eine Person Vor- oder Nachteile. Je höher die Position, desto mehr Vorteile an Lebenschancen kann eine Person gewinnen. Hingegen haben Personen, deren Position weniger hoch ist, einen geringeren Zugang zu von der Gesellschaft als erstrebenswert bezeichneten Gütern und Chancen (Lampert et al., 2013, S. 131). Die ungleichen Zugangschancen zu erstrebenswerten Ressourcen und die ungleiche Verteilung von Lebensbedingungen und -chancen bezeichnet man als soziale Ungleichheit (Hradil, 2016, S. 284f.).

Das stetig wachsende Interesse am Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogene Einstellungen der Bevölkerung hat in den letzten Jahren zu einer Reihe von Studien zu dieser Thematik geführt (Bauer & Büscher, 2008, S. 7; Lampert et al., 2017, S. 81). Ein unmittelbarer Vergleich der Studienergebnisse gestaltet sich oftmals schwierig, da es zusätzlich zu unterschiedlichen Studiendesigns keine einheitliche

¹ <https://www.rki.de> [Abruf am 12.05.2020]

und verbindliche Richtlinie zur Messung des sozioökonomischen Status gibt. Eine Vergleichbarkeit von Studien und somit eine systematische Evaluierung des Forschungsstandes sind einerseits Basis eines wissenschaftlichen Prozesses und andererseits notwendig, um aus den Studienerkenntnissen allgemeine Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Aus dieser Notwendigkeit entwickelte die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie im Jahr 1998 eine Empfehlung zur „Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien“. Es handelt sich hierbei nicht um eine verbindliche Richtlinie, die Empfehlungen bieten aber eine konkrete Anleitung für die Datenerhebung, -aufbereitung und -ausarbeitung epidemiologischer Studien (Lampert & Kroll, 2009, S. 309 f.).

Diesen Richtlinien sind Variablen der Demografischen Standards² zu entnehmen, die weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch auf Unverzichtbarkeit erheben. Diese können je nach Anforderungen an die Studie angepasst werden. Unter anderem werden Geschlecht, Familienstand, Bildung, Ausbildung, Einkommen und Beruf als Variablen genannt. Bei Personen, welche nicht mehr erwerbstätig sind, wird der zuletzt ausgeübte Beruf in die Befragung aufgenommen. Die Variable Bildung bedeutet den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss, Ausbildung meint die berufsbezogene Ausbildung (etwa Lehrabschluss) und inkludiert Fachhochschul- und Hochschulabschluss (Jöckel et al., 1998).

Für sozialepidemiologische Studien werden zur Messung des sozioökonomischen Status mehrdimensionale Schichtindices verwendet. Bezogen auf Deutschland ist der am meisten verbreitete mehrdimensionale Schichtindex jener, der von Joachim Winkler entwickelt wurde. Zur Berechnung werden die Angaben der befragten Personen zu Bildung, Beruf und Einkommen zusammengeführt und mit einem Punktwert versehen (Lampert & Kroll, 2009, S. 324). Die sozioökonomischen Merkmale werden in ordinale Skalen überführt, jedem Skalenwert wird ein Punktwert zugeordnet. Die Punktwerte der einzelnen Dimensionen werden summiert, somit kann der sozioökonomische Status einer Person in eine Rangordnung gebracht werden (Lampert et al., 2013, S. 131).

² <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Demografische-Regionale-Standards/demografische-standards-info.html> [Abruf am 16.02.2020]. Demografische Standards dienen der Vereinheitlichung von soziodemographischen Erhebungsmerkmalen, Ziel ist eine Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Umfragen herzustellen.

2.2 Inanspruchnahmeverhalten von Personen über 65 Jahre in Bezug auf gesundheitsbezogene Dienstleistungen

In diesem Unterkapitel wird näher auf das divergierende Inanspruchnahmeverhalten der unterschiedlichen sozioökonomischen Schichten älterer Menschen bezüglich der Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung eingegangen. Weiters wird Andersens Behavioral Model of Health Service Use vorgestellt. Eingangs erfolgt eine kurze Erläuterung der österreichischen Gesundheitsversorgung.

Die Österreichische Ärztekammer sieht die Gesundheitsversorgung als Sammelbegriff für das gesamte Angebot (Leistungen und Einrichtungen) des österreichischen Gesundheitswesens (Adlbrecht, 2019). Als Teilbereiche werden die

- ambulante Versorgung (durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ambulatorien),
- die stationäre Akutversorgung (durch Krankenhäuser) und
- Rehabilitationseinrichtungen und Kuranstalten gesehen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017a).

Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Prävention, sowie die medizinische Versorgung sind wesentliche Elemente der österreichischen Gesundheitsversorgung (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2017b). Für Personen, welche nach dem Sozialversicherungsgesetz versichert sind, herrscht freier Zugang zu den Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung. Jeder versicherten Person steht es frei sich über eine Privatversicherung zusätzlich zu versichern. Trotz freiem Zugang zur Gesundheitsversorgung, gibt es Leistungen die kostenpflichtig sind, wie etwa Gebühren und andere Selbstbehalte (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, S. 6 f.).

Obwohl der Zugang zum Gesundheitswesen im wohlfahrtsstaatlichen System Österreichs frei ist, gibt es im Inanspruchnahmeverhalten Ungleichheit zuungunsten niedrigerer sozialer Schichten. Eines der Modelle zur Erklärung des Inanspruchnahmeverhaltens (Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme) ist das „**Behavioral Model of Health Services Use**“. In den späteren 1960er Jahren von Andersen entwickelt, wurde dieses Modell seither häufig adaptiert und angepasst (Andersen, 1995, S. 1). Andersens Modell ist nicht das einzige Erklärungsmodell für das Inanspruchnahmeverhalten, gilt aber als richtungsweisend und hat sich international vielfach als Bezugsmodell bewährt (Babitsch, Gohl & von Lengerke, 2012, S. 7; Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurth, 2005, S. 296). Folgende drei Determinanten hält Andersen (1995, S. 6) für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen für wesentlich: Predisposing Characteristics, Enabling Resources, Need.

Unter **Predisposing Characteristics** (disponierende oder prädisponierende Faktoren³) versteht man in Andersens Behavioral Model die Merkmale einer Person, die eine Inanspruchnahme indirekt beeinflussen. Dies sind Demographic (demografische Merkmale, wie etwa Alter und Geschlecht), die Social Structure (Sozialstruktur) und Health Beliefs (Gesundheitseinstellungen). Die Sozialstruktur umfasst die Ressourcen, die einer Person bei der Lösung von Problemen dienlich sind (Beruf, Bildung, Wohnraum). Andersen rechnet hierzu nicht nur die Problemlösungskompetenz, sondern auch die Fähigkeit, sich Hilfe zur Behebung der Probleme zu beschaffen. Weiters sieht er soziale Netzwerke, soziale Interaktionen und Kultur miteinbezogen (Andersen, 1995, S. 2). Unter Health Beliefs sind das gesundheitsbezogene Wissen, die Kenntnis über Gesundheitsdienste, die Einstellung und die Werte einer Person in Bezug auf die Gesundheit subsumiert (Babitsch et al., 2012, S. 3; Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurth, 2004, S. 16 f.).

Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sind die **Enabling Resources** (erleichternde Faktoren oder Zugangsvariablen), welche unterteilt sind in Personal / Family (personenbezogene Ressourcen) und Community (gemeindebezogene Ressourcen). Unter dem Begriff Personal / Family fasst Andersen jene Ressourcen zusammen, welche eine Person direkt zugreifen muss, um Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen zu können. Solche Ressourcen sind unter anderem finanzielle Mittel, die Art und Weise der Krankenversicherung und das für eine Inanspruchnahme nötige Wissen. Community bezeichnet unter anderem das Vorhandensein und die Erreichbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens (Thode et al., 2004, S. 17), die Ärztinnen- und Ärztedichte (Babitsch et al., 2012, S. 3).

Der dritte Faktor, der eine Inanspruchnahme beeinflusst ist **Need** (Bedarf). Dieser wird unterschieden in Perceived Need (patientinnen- und patientenseitig wahrgenommener Bedarf) und Evaluated Need (aus medizinischer Sicht objektivierter Bedarf) (Thode et al., 2005, S. 297).

Dieses und andere Modelle könnten die Motive des Inanspruchnahmeverhaltens von älteren Personen ab 65 Jahren mit niedrigerem sozioökonomischen Status erklären. Diesbezüglich mangelt es aber scheinbar an evidenzbasierter Forschung und Literatur. Nachdem wie bereits zitiert, das Forschungsinteresse an der Gesundheitsversorgungsforschung, speziell im Hinblick auf ältere Personen, vernachlässigt wurde (Lampert et al., 2017, S. 81), beziehen sich die Aussagen zur Motivation der Inanspruchnahme auf Vermutungen (Leoni, 2015, S. 659).

³ Diese und die weiteren Übersetzungen der englisch angeführten Begriffe wurden Thode et al. 2005, S. 296 f. entnommen.

Mögliche Erklärungsansätze, warum ältere Menschen mit niedrigerem sozialen Status die Angebote der Gesundheitsversorgung weniger nutzen als Menschen mit höherem sozioökonomischen Status beziehen sich auf die ungleiche Verteilung von ökonomischem, sozialem und kulturellem Kapital zuungunsten von sozial benachteiligten Schichten (Bauer & Schaeffer, 2006, S. 29; Behrens, 2008, S. 184). Die Begriffe ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital wurden geprägt von Bourdieu (2018). Ihre Bedeutung fasst Wehler (2013, S. 50) wie folgt zusammen: Das ökonomische Kapital ist gleich zu setzen mit finanziellen Ressourcen, soziales Kapital bedeutet die gegenseitige Hilfestellung und Unterstützung durch das umgebende soziale Netzwerk, Bildung und Wissen repräsentieren das kulturelle Kapital. Um gesundheitsbezogene Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen braucht es finanzielle Mittel (beispielsweise für Zuzahlungen oder die Anreise zum Versorgungsort). Um Gesundheitsversorgung zu konsumieren, muss man wissen, welche Angebote es gibt, wie man sich Zugang verschafft und wie man die Angebote nutzen kann. Verfügt man weder über ökonomisches noch kulturelles Kapital, so kann das soziale Netzwerk die Ressourcen bieten, um den Mangel auszugleichen. Lampert et al. (2017, S. 81) stellen aber fest, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status auch einen Mangel an sozialem Kapital haben.

Leoni beschreibt Erklärungsansätze zur Nichtinanspruchnahme von Fachärztinnen und -ärzten durch ältere Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Er gibt die Vermutung wieder, dass Personen mit höherem sozialen Status ein besser ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein haben könnten oder durch eine Zusatzversicherung bessergestellt sind. Sie könnten dadurch etwaige selbstfinanzierte Sonderleistungen eher in Anspruch nehmen. Es könnte aber auch sein, dass ältere Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status durch eine mangelhafte Kommunikation mit dem medizinischen Fachpersonal frustriert sind und daher Gesundheitsdienstleistungen weniger in Anspruch nehmen (Leoni, 2015, S. 659).

Abschließend sollen stellvertretend für weitere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Burkert et al. erwähnt werden. Sie halten fest, dass der Forschungsstand über die Motive der Nichtinanspruchnahme noch nicht sehr ausgeprägt ist, es besteht Bedarf an weiterführender Forschung (Burkert et al., 2012, S. 259).

2.3 Studien zum Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen durch ältere Personen

Im folgenden Abschnitt werden einige Forschungsergebnisse zum Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsdienstleistungen älterer Menschen zusammengefasst.

Bis dato gibt es wenig Forschungsprojekte, welche sich explizit mit der Gesundheitsversorgung älterer Menschen im Zusammenhang mit deren sozioökonomischen Status auseinandersetzen. Eines dieser wenigen Projekte ist der Survey of Health and Retirement Europe (SHARE)⁴. Dieses ist eine Langzeitdatenerhebung, in welcher Personen ab einem Alter von 50 Jahren befragt werden. Die Datenerhebung wurde im Jahr 2004 in elf europäischen Staaten begonnen. Mittlerweile beteiligen sich 28 Staaten an dieser Studie und erheben den Status quo jedes zweite Jahr. Es stehen bereits Daten von sieben Umfragerwellen (2004-2017) zur Verfügung. Bei der Welle von März 2017 bis Oktober 2017 wurden etwa 80.000 Personen befragt (Bergmann, Scherpenzeel & Börsch-Supan, 2019, S. 15).

Knesebeck und Mielck haben im Jahr 2009 eine Auswertung der ersten Welle der SHARE-Datenerhebung des Jahres 2004 für das Land Deutschland durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass es ein soziales Gefälle im Inanspruchnahmeverhalten der Gesundheitsversorgung gibt. Personen mit höherem sozialen Status nehmen die Angebote der Vorsorgeuntersuchungen (Brustkrebs, Darmkrebs und Augenerkrankungen) wesentlich mehr in Anspruch als Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (Knesebeck & Mielck, 2009, S. 5 f.).

Leoni hat Daten aus der vierten Welle der Share-Datenerhebung (2011) aufbereitet und Analysen für Österreich im Vergleich zu anderen OECD-Staaten erstellt. Seine Ergebnisse für die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung bestätigen den europäischen Trend. Während bei Besuchen von allgemeinmedizinischen Versorgungseinrichtungen und im ambulanten und stationären Krankenhausbereich die Inanspruchnahme gleich verteilt ist, werden die Dienstleistungen von Fachärztinnen und -ärzten eher von höheren sozialen Statusschichten in Anspruch genommen (Leoni, 2015, S. 658 f.).

Untersuchungen zur Zahngesundheit und zahnmedizinische Eingriffe, wie etwa die Sanierung von kariesbefallenen Zähnen unterliegen ebenfalls einem sozialen Gefälle zuungunsten niedrigerer sozialer Schichten. Auch hier fehlt eine Interpretation, welche Motive die Inanspruchnahme behindern. Untersuchungen der Zahn- und Mundgesundheit sind so wie die anderen

⁴ <http://www.share-project.org/home0.html> [Abruf am 14.11.2019]

bereits erwähnten Leistungen der Gesundheitsversorgung kostenfrei. Allein bei einem Zahnersatz oder Zahnprothesen können Kosten entstehen, welche eine Inanspruchnahme aus finanziellen Gründen hemmen könnte (Mielck, 2006, S. 984).

Vergleiche von deutschen Studien zum Inanspruchnahmeverhalten in den Jahren 2016 und 2018 haben frühere Studienergebnisse bestätigt (Klein & Knesebeck, 2016b; Klein & Knesebeck, 2018). Der Studienreview untermauert das in Österreich beobachtete Phänomen (siehe Leoni, 2015), dass Personen aus niedrigeren sozialen Statusschichten eher Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner aufsuchen. Personen aus höheren sozialen Statusschichten nehmen hingegen eher Leistungen von Fachmedizinerinnen und -medizinern in Anspruch. Zahnmedizinische Vorsorge wird eher von Personen mit höherem sozioökonomischen Status wahrgenommen (Klein & Knesebeck, 2018, S. 317). Vorsorgeuntersuchungen werden von Personen mit höherem Einkommen und Berufsprestige eher beansprucht als von Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 241). Die Angebote der Krebsvorsorgeuntersuchungen werden ebenfalls von Personen mit höherem sozialen Status signifikant mehr wahrgenommen und beansprucht als von Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 241; Klein & Knesebeck, 2018, S. 317).

3 Forschungsdesign

In diesem Kapitel wird das empirische Forschungsdesign vorgestellt. Zur Erhebung des sozioökonomischen Status möglicher Interviewpartnerinnen und -partner wurde zunächst ein Screening zu sozioökonomischen Merkmalen durchgeführt. Danach erfolgte eine qualitative Befragung anhand eines Interviewleitfadens mit ausgewählten älteren Personen ab 65 Jahren, welche einen unterschiedlichen sozioökonomischen Status aufweisen. Die Interviews wurden anschließend transkribiert, ausgewertet und analysiert.

3.1 Erhebungsinstrumente

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurden zwei Erhebungsinstrumente angewendet.

- Fragebogen für die Selektion der Interviewteilnehmerinnen und -nehmer
- Interviewleitfaden

Die Erhebungsinstrumente werden in den folgenden Unterkapiteln beschrieben.

3.1.1 Fragebogen zur Ermittlung des sozioökonomischen Status

Die Auswahl möglicher Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte mittels eines Fragebogens (siehe Anhang A). In diesem Fragebogen wurden Indikatoren des sozioökonomischen Status - Beruf, Bildung und Einkommen - ermittelt. Dies geschah anhand folgender Fragen:

- Welchen Beruf haben Sie vor dem Pensionsantritt zuletzt ausgeübt?
- Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?
- Wie hoch ist Ihr regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen aus der Pension pro Monat?
- Wie hoch ist Ihr regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen pro Monat (Pension zuzüglich etwaiger anderer Bezüge wie Witwen-/Witwerpension, Firmenpensionen, Vermietung, Verpachtung von Liegenschaften, Zinsen aus Anlagevermögen, Unterhaltszahlungen, usw.)?
- Wie hoch ist das Nettohaushaltseinkommen pro Jahr (Pension zuzüglich etwaiger anderer Bezüge wie Witwen-/Witwerpension, Firmenpensionen, Vermietung, Verpachtung von Liegenschaften, Zinsen aus Anlagevermögen, Unterhaltszahlungen, usw.)?

Zu jeder Frage gab es Antwortmöglichkeiten, die von den Teilnehmenden ausgewählt werden sollten. Die zwei Kategorien „Bildung“ und „vor der Pensionierung zuletzt ausgeübter Beruf“ wurden jeweils in fünf Subkategorien unterteilt und diesen jeweils eine Punkteanzahl zugeordnet. Diese Zuordnung der Punktezahl erfolgte in Anlehnung an das „ÖWA-ABC-

Schichtmodell“ (http://www.oewa.at/fileadmin/Documents/documents/Einstufung_ABC-Schichten.pdf) [Abruf am 14.03.2020]) und wird in der Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Punktescore Beruf und Bildung

	Zuordnung Punktezah	Punktezah: ÖWA-ABC- Schichtmodell
Vor dem Pensionsantritt zuletzt ausgeübter Beruf		
Hausfrau / Hausmann	1,0	40,05
Unselbständige Arbeiterin / unselbständiger Arbeiter	1,0	40,0
Angestellte, Angestellter, Beamtin, Beamter	2,0	60,0
Selbständig Erwerbstätige, selbständig Erwerbstätiger	3,0	80,0
Leitende Angestellte/ Beamtin, leitender Angestellter/ Beamter	4,0	100,0
Höchste abgeschlossene Ausbildung		
Pflichtschule	1,0	20,0
Lehre	2,0	50,0
Berufsbildende mittlere Schule, Fachschule	2,0	50,0
AHS, BHS	3,0	100,0
Universität, Fachhochschule, Kolleg	4,0	140,0

Quelle: „ÖWA-ABC-Schichtmodell“,
adaptiert für Screening der Interviewpartnerinnen und -partner

Die Unter- und Obergrenzen für die jeweiligen Einkommensarten wurden durch folgende Logik festgelegt: In Österreich gibt es keine Mindestpension. Personen, deren Pensionseinkommen unter 933,06 € liegt, können eine Ausgleichszulage beantragen, wenn sozialer Bedarf besteht. Sie sind dazu aber nicht verpflichtet (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 2019). Zudem werden bei der Nennung des Einkommens oftmals Transferleistungen vergessen (Warner, 2009, S. 21). Das heißt, es könnte Personen geben, deren Pensionseinkommen unter 1.000 € liegt. Geht man nun davon aus, dass ein zusätzliches Einkommen, etwa durch Unterhaltszahlungen oder Witwen- oder Witwerpension bezogen wird, muss dieses höher als 1.000 € liegen. Daraus folgt die Festlegung der Untergrenze für das persönliche Nettoeinkommen mit „bis 1.300 €“. Bei der Berechnung des Nettohaushaltseinkommens wurde der unterste Wert mit „bis 10.000 €“ festgesetzt, vgl. Statistik Austria: niedrigstes Nettojahreseinkommen: 6.337 € (Statistik Austria, 2020b). Die obere Grenze der unterschiedlichen Einkommensarten im Fragebogen ist jeweils hoch, da Beamtenpensionen keiner Deckelung nach oben unterliegen. So

⁵ Hausfrau / Hausmann werden im ÖWA-ABC-Schichtmodell nicht explizit genannt. Dieser Beruf wurde für die Bachelorarbeit der ÖWA-Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet. Die Aufnahme des Berufes Hausfrau / Hausmann ist jedoch gegenstandslos, keine der befragten Personen hat diese Profession hauptberuflich ausgeübt.

bekommt beispielsweise pensioniertes Hochschullehrpersonal durchschnittlich 6.000 € monatlich Pension (Herndler, 2019). In unterschiedlichen Statistiken der Statistik Austria (beispielsweise: Statistik Austria, 2020b) und im EU-SILC 2018 Tabellenband (Lamei et al., 2019) erfolgt die Abstufung von Einkommen in Quartilen und Dezilen. Die Einteilung im Fragebogen zur Erhebung des sozioökonomischen Status erfolgte ebenfalls in Dezilen. Die Tabelle 2 zeigt die Aufteilung und Punktezuordnung zu den unterschiedlichen Einkommensarten.

Tabelle 2: Punktescore der Einkommensarten

Regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen aus Pension pro Monat	Zuordnung Punktezahl
bis 1.000 €	0,4
1.001 € - 1.300 €	0,8
1.301 € - 1.800 €	1,2
1.801 € - 2.300 €	1,6
2.301 € - 2.800 €	2,0
2.801 € - 3.200 €	2,4
3.201 € - 3.800 €	2,8
3.801 € - 4.500 €	3,2
4.501 € - 5.200 €	3,6
5.201 € und mehr	4,0
Regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen pro Monat	Punktezahl
bis 1.300 €	0,4
1.301 € - 1.800 €	0,8
1.801 € - 2.300 €	1,2
2.301 € - 2.800 €	1,6
2.801 € - 3.200 €	2,0
3.201 € - 3.800 €	2,4
3.801 € - 4.500 €	2,8
4.501 € - 5.200 €	3,2
5.201 € - 5.900 €	3,6
5.901 € und mehr	4,0
Nettohaushaltseinkommen pro Jahr	Punktezahl
bis 10.000 €	0,4
10.001 € - 15.000 €	0,8
15.001 € - 20.000 €	1,2
20.001 € - 25.000 €	1,6
25.001 € - 30.000 €	2,0
30.001 € - 35.000 €	2,4
35.001 € - 40.000 €	2,8
40.001 € - 50.000 €	3,2
50.001 € - 60.000 €	3,6
60.001 € und mehr	4,0

Quelle: eigene Darstellung

3.1.2 Aufbau Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden begann mit Fragen zur Erhebung demografischer Daten. Danach wurde nach etwaigen Vorerkrankungen gefragt. Die weiteren Fragen referenzieren auf die Forschungsfrage und sollten einen Bezug zu den Motiven der Nichtinanspruchnahme von kostenfreien Dienstleistungen des österreichischen Gesundheitswesens herstellen. Als Basis für die Erstellung der Fragen dienten die Erkenntnisse aus der Literatur (siehe Kapitel 2.3). Für den Interviewleitfaden wurden Fachgebiete der gesundheitsbezogenen Versorgung ausgewählt, bei denen ein statusspezifisches Gefälle beobachtet werden kann. Im Vorfeld wurde der Interviewleitfaden (siehe Anhang B) an zwei Testpersonen erprobt. Eine der Testpersonen ist weiblich, 56 Jahre alt, mit niedrigerem sozialen Status. Die zweite Testperson ist männlich, 63 Jahre alt und hat einen höheren sozioökonomischen Status. Da im Testlauf bei der offenen Frage nach der Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen wenig Antworten kamen, wurde in der Interviewsituation explizit nach Hautkrebs-, Prostatakrebs-, Darmkrebs-, Gebärmutterhals- und Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen gefragt. Die abschließende Frage im Interviewleitfaden sollte dazu anregen, offen über das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung zu sprechen.

3.2 Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte anhand von leitfadengestützten Interviews mit älteren Personen ab 65 Jahren mit niedrigerem, mittlerem und höherem sozioökonomischen Status. Vorab wurde eine Selektion getroffen, um zu gewährleisten, dass Personen der drei sozioökonomischen Status gleichmäßig in der Befragung repräsentiert sind. Die Vorselektion ermöglichte darüber hinaus, dass die Interviewteilnehmenden in einen Zusammenhang zwischen sozialer Position und Inanspruchnahmeverhalten gebracht und anschließend verglichen werden konnten.

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden mittels Screening erhoben. Die Fragebögen wurden inklusive einer Einverständniserklärung (siehe Anhang C) an ältere Personen aus den Bezirken Baden und Mödling, die sich wöchentlich in zwei Turngruppen treffen, ausgegeben. Die Zusammensetzung der beiden Gruppen ist bezüglich Bildungsabschlüsse, ehemalige Berufe, Einkommen und Vermögenslage sehr heterogen. Insgesamt nehmen 38 Personen an den Trainings teil. Ausgegeben wurden 31 Fragebögen, da sieben Personen nicht an der Befragung teilnehmen wollten. 23 Fragebögen wurden retourniert, zwei dieser Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt und wurden daher nicht in der Auswertung berücksichtigt. Die Stichprobe

beträgt somit 21 Personen. Von diesen 21 Personen waren 14 Frauen und sieben Männer. Aus diesem Personenkreis wurden sieben Frauen und fünf Männer für Interviews ausgewählt.

Die Auswertung der Stichprobe zum sozioökonomischen Status erfolgte in Anlehnung an Winklers Schichtindex (Jöckel et al., 1998; Winkler, 1998; Winkler & Stolzenberg, 1999). Für die Berechnung des Gesamtpunktescores zur Ermittlung des sozioökonomischen Status wurde die Punkteanzahl aus Bildung, Beruf und dem Durchschnitt der Gesamtpunkteanzahl der drei verschiedenen Einkommensarten (siehe Kapitel 3.1.1 Fragebogen zur Ermittlung des sozioökonomischen Status) addiert. Die niedrigste zu erreichende Punkteanzahl betrug 2,4 Punkte, die höchste zwölf Punkte. Die Einteilung in niedriger, mittlerer und höherer sozioökonomischer Status wurde, wie in der folgenden Tabelle 3 veranschaulicht, durchgeführt:

Tabelle 3: Punktezuordnung sozioökonomischer Status

Sozioökonomischer Status	Punktescore
Niedrig	2,4 bis 4,0 Punkte
Mittel	4,1 bis 8,0 Punkte
Hoch	8,1 bis 12,0 Punkte

Quelle: eigene Darstellung

Anhand eines Rechenbeispiels soll der Auswertungsvorgang dargestellt werden:

Eine Person gibt an, vor Pensionsantritt Angestellte oder Beamtin gewesen zu sein, ihre höchste abgeschlossene Ausbildung hat sie an einer berufsbildende mittleren Schule absolviert. Dafür erhält sie jeweils 2,0 Punkte (siehe Tabelle 1). Sie bezieht monatlich zwischen 1.301 € und 1.800 € Nettoeinkommen aus der Pensionszahlung, das sind 1,2 Punkte (siehe Tabelle 2). Ihr monatliches Gesamtnettoeinkommen beträgt ebenfalls zwischen 1.301 € und 1.800 €, diesem Betrag sind 0,8 Punkte zugewiesen. Das Nettohaushaltseinkommen pro Jahr liegt zwischen 20.001 € und 25.000 und erhält 1,6 Punkte. Die Summe der Punkteanzahl der drei Einkommensarten beträgt 3,6 Punkte, der Durchschnitt beträgt 1,2 Punkte. Anschließend wurde eine Summe gebildet aus

- Punkteanzahl für Beruf 2,0 Punkte
- Punkteanzahl für Bildung 2,0 Punkte
- Punktezahl aus dem Durchschnitt der drei Einkommensarten 1,2 Punkte
- Summe 5,2 Punkte

Die Summe liegt im Bereich zwischen 4,1 Punkten und 8 Punkten (siehe Tabelle 3). Dies bedeutet, dass die Person einen mittleren sozioökonomischen Status hat.

Die Auswertung der Erhebung ergab, dass jeweils vier Personen mit niedrigerem und mit höherem sozioökonomischen Status vertreten waren. Dreizehn Personen verfügen über einen mittleren sozialen Status, davon sind vier Männer und neun Frauen. Die niedrigere soziale Statusschicht wird von vier Frauen repräsentiert. Die Geschlechteraufteilung der höheren sozialen Statusschicht ist drei Männer und eine Frau. Die Aufteilung der Geschlechter in den Gruppen mit niedrigerem und höheren sozioökonomischen Status spiegelt in etwa die soziale Struktur der Gesellschaft wider. Männer (ab 65 Jahre) verfügen durchschnittlich sowohl über eine höhere Bildung als auch über ein höheres Einkommen als Frauen (ab 65 Jahre) und erreichen somit einen höheren sozioökonomischen Status (Statistik Austria, 2020a; Statistik Austria, 2020b). Die folgende Tabelle 4 zeigt die Aufteilung der teilnehmenden Personen nach sozioökonomischen Status. Mit „x“ gekennzeichnete Personen wurden für die qualitative Befragung ausgewählt. Mit „xx“ gekennzeichnete Personen wurden bei der Auswahl möglicher Interviewpartnerinnen und -partner aufgrund ihres zu geringen Alters nicht berücksichtigt.

Tabelle 4: Ergebnis des Screenings

Person	Punktescore	sozioökonomischer Status	Geschlecht	Alter	Interview durchgeführt
P20	2,9	Niedrig	Weiblich	84	x
P19	3,2	Niedrig	Weiblich	79	x
P16	3,7	Niedrig	Weiblich	69	x
P12	3,8	Niedrig	Weiblich	65	x
P15	4,1	Mittel	Weiblich	67	x
P13	4,5	Mittel	Weiblich	63	xx
P2	4,7	Mittel	Weiblich	70	x
P21	4,9	Mittel	Weiblich	78	
P1	5,2	Mittel	Weiblich	78	
P8	5,3	Mittel	Weiblich	72	
P18	5,5	Mittel	Weiblich	62	xx
P4	6,4	Mittel	Männlich	65	
P14	6,5	Mittel	Weiblich	78	
P23	6,9	Mittel	Männlich	66	x
P3	7,3	Mittel	Weiblich	64	xx
P17	7,6	Mittel	Männlich	87	
P10	8,0	Mittel	Männlich	68	x
P9	8,1	Hoch	Männlich	75	x
P5	8,7	Hoch	Weiblich	71	x
P6	9,5	Hoch	Männlich	77	x
P7	11,2	Hoch	Männlich	77	x

Quelle: eigene Darstellung

Für die Interviews wurden jeweils vier Personen aus jeder sozialen Schicht befragt. Die befragten Personen aus niedrigerer und höherer sozialer Schicht wurden durch die Auswertungsergebnisse definiert, da an der Umfrage jeweils nur vier Vertreterinnen und Vertreter der niedrigen sowie der höheren sozialen Statusschicht teilnahmen. Die Personen aus der mittleren Gruppe wurden zufällig gewählt. Durch die zufällige Auswahl sollte verhindert werden, Personen auszuwählen, von denen gewünschte Antworten erwartet wurden. Für das Auswahlverfahren der Interviewpartnerinnen und -partner für die mittlere soziale Statusschicht wurden alle Fragebögen kuvertiert und nach Geschlechtern getrennt. Aus jedem Stapel wurden jeweils zwei Kuverts gezogen. Die Trennung der Fragebögen nach Geschlecht sollte zumindest in der mittleren sozialen Schicht Geschlechterparität herstellen. Die Tabelle der Auswertung des Screenings befindet sich im Anhang (siehe Anhang D).

3.3 Interviewsetting

Die ersten vier Interviews fanden in der von den Interviewpartnerinnen gewählten Umgebung statt. Die restlichen acht Interviews wurden aufgrund von Ausgangs- und Verkehrsbeschränkungen⁶ telefonisch geführt.

Die jeweilige Interviewsituation war durchwegs angenehm. Ein Nachteil der telefonischen Interviews ist jedoch, dass begleitende Mimik und Gestik der Interviewpartnerinnen und -partner verloren gehen. Es entstand aber nicht der Eindruck, dass die Kommunikation beeinträchtigt gewesen wäre. Die persönlichen Interviews waren zwar durchschnittlich länger, das lag aber eher an den Interviewteilnehmerinnen und -nehmern als an der Interviewsituation. Personen, welche sonst während der Turnstunden sehr mitteilbar sind, waren dies auch bei Telefonaten. Es entstand auch nicht der Eindruck, dass die Interviewteilnehmenden beim telefonischen Interview Fragen ausweichender beantwortet hätten. Dies lag wahrscheinlich an dem durchwegs vorhandenen Willen einen Beitrag zu leisten und auch an der Freude, dass gerade sie für diese Aufgabe ausgewählt wurden.

⁶ Diese wurden als Maßnahme gegen die Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 von der Österreichischen Bundesregierung erlassen. Sie galten bis zu einer Auflockerung vom 16.03. 2020 bis 30.04.2020. Das gänzliche Aussetzen der Beschränkungen war zum Zeitpunkt des Erstellens der Bachelorarbeit noch nicht absehbar. <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Aktuelle-Ma%C3%9Fnahmen.html> [Abruf am 13.05.2020]

3.4 Datenerhebung: Durchführung der qualitativen Interviews

Nach der Datenerhebung des Screeningverfahrens und der Berechnung des sozioökonomischen Status wurden die, für die qualitative Befragung, ausgewählten Personen vorab kontaktiert und informiert. Sie wurden ein weiteres Mal befragt, ob sie bereit wären an dem Interview teilzunehmen. Nach erneuter Zusage aller ausgewählter Personen wurden Termine für Interviews vereinbart.

Direkt vor den Interviews fanden Vorgespräche statt, in welchen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nochmals über Inhalt und Verwendungszweck der Interviews aufgeklärt wurden. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden um Einverständnis zur Aufzeichnung der Interviews gebeten. Die Interviews wurden aufgezeichnet, die Tondokumente gespeichert.

Es wurden zwölf Interviews geführt. Sieben Frauen und fünf Männer wurden befragt. Das erste Interview fand am 06.03.2020, das letzte am 28.03.2020 statt. Die Gesamtinterviewdauer betrug drei Stunden, 37 Minuten und 17 Sekunden, die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 18 Minuten 7 Sekunden. Die Gesamtinterviewdauer der Interviewpartnerinnen betrug 2 Stunden 25 Minuten und 32 Sekunden, die durchschnittliche Gesprächsdauer 20 Minuten und 47 Sekunden. Die Gesamtgesprächsdauer der Interviewpartner betrug 1 Stunde 11 Minuten und 45 Sekunden, ihre durchschnittliche Interviewdauer 14 Minuten und 21 Sekunden. Tabelle 5 zeigt die Dauer der geführten Interviews.

Tabelle 5: Durchgeführte Interviews

Person	Punkte-score	Sozioök. Status	Geschlecht	Alter	Interview	Interviewdauer
P20	2,9	Niedrig	Weiblich	84	9	12:28 Min.
P19	3,2	Niedrig	Weiblich	79	3	20:30 Min.
P16	3,7	Niedrig	Weiblich	69	11	14:38 Min.
P12	3,8	Niedrig	Weiblich	65	4	15:44 Min.
P15	4,1	Mittel	Weiblich	67	1	19:48 Min.
P2	4,7	Mittel	Weiblich	70	2	36:31 Min.
P23	6,9	Mittel	Männlich	66	7	12:35 Min.
P10	8,0	Mittel	Männlich	68	6	22:24 Min.
P9	8,1	Hoch	Männlich	75	8	10:26 Min.
P5	8,7	Hoch	Weiblich	71	12	25:53 Min.
P6	9,5	Hoch	Männlich	77	10	12:21 Min.
P7	11,2	Hoch	Männlich	77	5	13:59 Min.

Quelle: eigene Darstellung

3.5 Transkription der qualitativen Interviews

Für das Erstellen der Transkripte am Studiengang Aging Services Management an der Ferdinand Porsche FernFH gelten einheitliche Transkriptionsregeln. Die Transkriptionsregeln geben vor, welche formalen Aspekte berücksichtigt werden müssen und wurden in der vorliegenden Arbeit angewendet. Die Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang (siehe Anhang E).

Die Regeln des Studienganges sehen vor, dass wörtlich und nicht zusammenfassend transkribiert werden muss, wobei eine leichte Glättung gestattet ist. Für eine bessere Lesbarkeit werden Satzzeichen gesetzt. Jedes Statement, das der Identifikation der befragten Person dienen könnte, muss pseudonymisiert werden. Dies ist im Zusammenhang mit den sensiblen persönlichen Daten aus dem Screeningverfahren besonders wichtig.

3.6 Auswertung: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Dies ist eine regelgeleitete, intersubjektiv nachvollziehbare Methode, um Textmaterial zu analysieren (Bortz & Döring, 2006, S. 331f.). Das regelgeleitete Vorgehen soll freies, nicht nachvollziehbares und nicht wiederholbares Interpretieren verhindern (Bortz & Döring, 2006, S. 334). Das Ablaufmodell der Analyse ist festgelegt, kann aber situativ angepasst werden. Es ist einerseits technikgeleitet, andererseits darf nie der Gegenstandsbezug, also der Blick auf das Forschungsmaterial, verloren werden (Mayring, 2015, S. 52). Das Kategoriensystem, welches das zentrale Instrument der Inhaltsanalyse nach Mayring ist, soll deren Nachvollziehbarkeit garantieren (Mayring, 2015, S. 51). Es unterstützt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse (Mayring, 2015, S. 52). Das analytische und zergliedernde Vorgehen war ausschlaggebend für die Entscheidung für diese Analysemethode in der vorliegenden Bachelorarbeit.

Die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring sind:

- Festlegen eines Kodierschemas: welche Ausprägungen und Merkmale in die Analyse einbezogen werden
- Erstellen von „Ankerbeispielen“: besonders prägnante Beispiele zu den jeweiligen Kodiercodes
- 10 bis 30% des Materials durcharbeiten, im Zuge dessen wird das Kodierschema überarbeitet, gesamtes Textmaterial anhand des überarbeiteten Kodierschemas auf für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtige Textstellen untersuchen
- Paraphrasierung: Übertragung der Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene

- Generalisierung
- Erste Reduktion
- Zweite Reduktion (Mayring, 2015, S. 71f.)

Ziel dieser Vorgehensweise ist es, die Ergebnisse der Interviews so zu reduzieren, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben und damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann (Mayring, 2015, S. 67).

Zur Erstellung des Kodierschemas werden Kategorien, welche das Zentrum der Inhaltsanalyse darstellen, gebildet (Mayring, 2015, S. 51). Die Kategorien dienen als Suchraster, um aus dem Interviewmaterial relevante Aussagen zur Beantwortung der Forschungsfrage zu filtern (Vogt & Werner, 2014, S. 48). Es wird unterschieden zwischen deduktiver und induktiver Kategoriebildung. Die deduktive Methode sieht vor, Kategorien aus der Theorie abzuleiten, basierend beispielsweise auf früheren Forschungsergebnissen oder auf Theoriekonzepten. Induktive Kategorien werden auf Basis der vorliegenden Texte entwickelt. Deduktive Kategoriebildung findet vor, induktive während des Durcharbeitens des Materials statt (Mayring, 2015, S. 85). Für die Erstellung des Kodierschemas können die beiden Vorgehensweisen kombiniert werden (Vogt & Werner, 2014, S. 54).

Als Ankerbeispiele werden konkrete Textstellen gewählt und angeführt, die, zusätzlich zur Definition der einzelnen Kategorien, bestimmen, welche Beispiele aus dem Material in die jeweilige Kategorie fallen (Mayring, 2015, S. 97).

Paraphrasieren bedeutet, die einzelnen Kodiereinheiten, auf ein Sprachniveau zu vereinheitlichen. Nichtragende Textstellen werden gestrichen, es soll eine grammatikalische Kurzform der Textbausteine entstehen (Mayring, 2015, S. 71f.). Die Paraphrasen werden im Anschluss generalisiert (Mayring, 2015, S. 46). Damit soll erreicht werden, die in den Interviews verwendete Alltagssprache in eine wissenschaftliche Sprache zu überführen (Vogt & Werner, 2014, S. 60).

Für die Erstellung des Kodierleitfadens für die Bachelorarbeit wurde die deduktive, also abgeleitet aus der Theorie, Kategoriebildung gewählt. Abgeleitet aus den theoriegeleiteten Fragestellungen des Interviewleitfadens wurde ein Kategorienschema mit zwölf Kategorien entwickelt. Die folgende Tabelle 6 zeigt das Kodierschema.

Tabelle 6: Kodierschema

Kategorie	Kategorienbezeichnung	Definition
1	Vorerkrankungen	Welche Vorerkrankungen, die einen regelmäßigen Besuch bei einer Fachärztin, einem Facharzt notwendig machen, bestehen?
2	Zahnärztinnen- und Zahnarztbesuche	Anzahl der Besuche im vergangenen Jahr, Motive, diese Dienstleistung nicht in Anspruch zu nehmen
3	Augenärztinnen- und Augenarztbesuche	Anzahl der Besuche in den letzten beiden Jahren, Motive, diese Dienstleistung nicht in Anspruch zu nehmen
4	Krebsvorsorgeuntersuchungen	Informationsstand zu Krebsvorsorgeuntersuchungen
5	Hautkrebsvorsorge	Anzahl der Untersuchungen, Motive, diese Vorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch zu nehmen
6	Urologinnen oder Urologenkonsultation und Prostatakrebsvorsorge	Anzahl der Besuche im vergangenen Jahr, Motive, diese Vorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch zu nehmen
7	Gynäkologinnen oder Gynäkologenkonsultation und Brust- und Gebärmutterhalskrebsvorsorge	Anzahl der Besuche im vergangenen Jahr, Motive, diese Vorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch zu nehmen
8	Darmkrebsvorsorge	Anzahl der Besuche in den letzten zehn Jahren, Motive, diese Vorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch zu nehmen
9	Jährliche Vorsorgeuntersuchung	Anzahl der Inanspruchnahmen, Motive, diese Dienstleistung nicht in Anspruch zu nehmen
10	Angebote und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung	Informationsstand zur Gesundheitsförderung, Motive, diese Dienstleistung nicht in Anspruch zu nehmen
11	Kuraufenthalte	Anzahl der Kur- und Rehabilitationsaufenthalte seit Pensionsantritt, Motive, diese Dienstleistung nicht in Anspruch zu nehmen
12	Allgemeines zum Gesundheitswesen, Gesundheitsversorgung	Freies Erzählen von persönliche Eindrücken zum Gesundheitswesen

Quelle: eigene Darstellung

In einem nächsten Schritt wurden die Transkripte der Interviews analysiert und die relevanten Textstellen den jeweiligen Kategorien zugewiesen. Im Anschluss erfolgte das Paraphrasieren und Generalisieren der gesammelten Aussagen. Die Darstellung der paraphrasierten und generalisierten Textstellen befindet sich im Anhang (siehe Anhang F). Nach dem Ausführen dieser beiden Schritte wurde mit der Analyse der Interviewergebnisse, welche nachfolgend dargestellt werden, begonnen.

4 Ergebnisse

In Kapitel vier werden die Ergebnisse der Interviewauswertung je Kategorie vorgestellt. Zusätzlich erfolgt eine tabellarische Darstellung der Motive der Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen.

4.1 Vorerkrankungen

In der Gruppe der Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status ist eine Interviewpartnerin von einer Vorerkrankung betroffen. In der Gruppe mit mittlerem sozioökonomischen Status sind dies zwei Personen. Alle Personen der höheren sozialen Schicht leiden unter Vorerkrankungen.

Setzt man nun die Vorerkrankungen in Beziehung zu ärztlichen Konsultationen aus den folgenden Kategorien, welche nicht in direktem Zusammenhang mit Vorerkrankungen stehen, so kann wie folgt dargestellt werden:

Die befragte Person mit niedrigerem sozialen Status nimmt abgesehen von krankheitsbedingten Kontrolluntersuchungen die Dienstleistungen der Österreichischen Gesundheitskassa⁷ wenig in Anspruch. Der männliche Interviewpartner mit mittlerem sozioökonomischen Status und Vorerkrankung nimmt gesundheitsbezogene Dienstleistungen sehr oft in Anspruch. Die Interviewpartnerin mit mittlerem sozioökonomischen Status nimmt fast nur krankheitsbedingte Untersuchungen in Anspruch. Dies gilt auch für eine Person mit höherem sozialen Status. Die anderen befragten Personen der Gruppe mit höherem sozialen Status nehmen Fachärztinnen, Fachärzte und gesundheitsbezogene Dienstleistungen in Anspruch.

4.2 Zahnmedizin

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass drei Personen (zwei Personen mit niedrigerem und eine Person mit höherem sozioökonomischen Status) die Dienstleistungen von Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht regelmäßig in Anspruch nehmen.

Die Beweggründe der drei Personen sind sehr unterschiedlich. Eine Person hat keinen Bedarf, da diese eine Vollprothese trägt. Eine Person schiebt den Zahnärztinnen- oder arztbesuch auf und vermeidet diesen aus Angst. Die beiden Befragten sind der niedrigeren sozialen Schicht zuzuordnen.

⁷ <https://www.gesundheitskasse.at> [Abruf am 15.04.2020]

Eine befragte Person aus der höheren sozialen Schicht gibt an, dass sie keinen Bedarf sieht. Sie habe das Gefühl, dass ihre Zähne gesund seien, sie nehme zahnmedizinische Dienstleistungen daher nur in Anspruch, wenn es einen Anlass dazu gäbe, etwa wenn eine Zahnfüllung ausfalle. Die nachfolgende Tabelle 7 stellt die Motive der Nichtinanspruchnahme von zahnmedizinischen Leistungen dar.

Tabelle 7: Motive der Nichtinanspruchnahme Zahnmedizin

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme Zahnmedizin	Alter	Geschlecht
Niedrig	Vollständiger Zahnersatz	84	Weiblich
Niedrig	Angst vor zahnmedizinischer Behandlung	65	Weiblich
Hoch	Kein Bedarf, nur bei Anlassfall	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.3 Augenheilkunde

Acht der zwölf befragten Personen besuchen die Augenärztin, den Augenarzt regelmäßig. Eine befragte Person mit niedrigerem sozioökonomischen Status ist nicht mehr sehr mobil. Es ist für sie beschwerlich die Augenärztin, den Augenarzt aufzusuchen. Zudem gibt Sie an, von einer Dritten Personen für Fahrten zur Ordination abhängig zu sein.

Zwei der befragten Personen mit mittlerem sozialen Status, welche nicht regelmäßig die Augenärztin, den Augenarzt aufzusuchen, erklären, diese Dienstleistung nur bei Bedarf in Anspruch zu nehmen. Eine dieser Personen gibt an, sie habe daher den Besuch bei einer Augenärztin, einem Augenarzt außer Acht gelassen, aus Vorsorgegründen habe sie eine Augenärztin, einen Augenarzt nicht aufgesucht.

Die befragte Person mit höherem sozioökonomischen Status gibt an, keine Sehschwäche verspürt zu haben. Sie suche die Augenärztin, den Augenarzt nur dann auf, wenn es einen Anlassfall gäbe. Tabelle 8 gibt Aufschluss über die Motive der Nichtinanspruchnahme einer augenmedizinischen Kontrolluntersuchung.

Tabelle 8: Motive der Nichtinanspruchnahme Augenheilkunde

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme Augenheilkunde	Alter	Geschlecht
Niedrig	Anreise beschwerlich	84	Weiblich
Mittel	Nur bei Bedarf, außer Acht gelassen	70	Weiblich
Mittel	Bei Bedarf	69	Weiblich
Hoch	Kein Bedarf, nur bei Anlassfall	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.4 Krebsvorsorge allgemein

Auf die Frage, welche Krebsvorsorgeuntersuchungen bekannt wären, geben zehn der zwölf befragten Personen keine direkte Antwort. Eine Person mit mittlerem sozioökonomischen Status gibt an, nicht so gut informiert zu sein. Eine Person aus dieser Gruppe zählt Krebsvorsorgeuntersuchungen auf. In dieser Kategorie wurde die Nichtinanspruchnahme und deren Motivation nicht erfragt. Dies erfolgte in den einzelnen Kategorien der Krebsvorsorge (Hautkrebs, Prostatakrebs, Brust- und Gebärmutterhalskrebs, Darmkrebs) in den nachfolgenden Kapiteln.

4.5 Hautkrebsvorsorge

Zwei Interviewpartnerinnen mit niedrigerem, eine mit mittlerem und ein Interviewpartner mit höherem sozioökonomischen Status nehmen die Hautkrebsvorsorge nicht in Anspruch. Die Beweggründe dafür sind unterschiedlich. Eine Person mit niedrigerem sozialen Status erklärt, dass die Anreise zu beschwerlich sei für Menschen ihres Alters. Als weitere Gründe für die Nichtinanspruchnahme wurden die mangelnde Fachärztinnen- und Facharztdichte in der Umgebung, und daraus resultierend lange Wartezeiten auf einen Termin genannt. Die Person, die diese Angaben gemacht hat, hat sich daher entschieden, regelmäßig Selbstkontrollen durchzuführen, sie kann sich noch nicht entscheiden, eine Wahlarztpraxis aufzusuchen. Sie hat ebenfalls einen niedrigeren sozialen Status.

Eine Person mit mittlerem sozioökonomischen Status, welche keine Dermatologin, keinen Dermatologen konsultiert, gibt an, dass sie diese Untersuchung nicht von der Fachärztin oder dem Facharzt, sondern von ihrer Allgemeinmedizinerin im Zuge der Vorsorgeuntersuchung durchführen lässt.

Eine Interviewpartnerin mit mittlerem sozialen Status nennt als Motiv für die Nichtinanspruchnahme, dass es in ihrer Familie keine genetische Prädisposition gäbe, sie nehme Hautflecken nicht ernst, diese stellten für sie kein Problem dar.

Die befragte Person mit höherem sozioökonomischen Status nutzt diese Dienstleistung nicht, da sie Anzeichen weder gesehen noch „gespürt“ habe.

Die Motive der Nichtinanspruchnahme der Hautkrebsvorsorge sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Motive der Nichtinanspruchnahme Hautkrebsvorsorge

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme Hautkrebsvorsorge	Alter	Geschlecht
Niedrig	Anreise beschwerlich	84	Weiblich
Niedrig	Mangelnde Fachärztinnen-, Facharztdichte, und daher lange Wartezeiten	69	Weiblich
Mittel	Lässt diese im Zug der Vorsorgeuntersuchung von Hausärztin durchführen	66	Männlich
Mittel	Sieht keine Veranlassung, keine genetische Prädisposition	70	Weiblich
Hoch	Keine Anzeichen gesehen, „gespürt“	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.6 Prostatakrebsvorsorge

Vier der fünf Interviewpartner beanspruchen diese Untersuchung. Ein Interviewpartner aus der Gruppe der Personen mit mittlerem sozialen Status nimmt diese Vorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch. Er sagt, er wisse, dass er diese Untersuchung machen solle, diese aber nicht mache. Er denke nicht daran und es spiele auch eine Rolle, dass die Untersuchungssituation unangenehm sei. Die Motive der Nichtinanspruchnahme sind in Tabelle 10 ersichtlich.

Tabelle 10: Motive der Nichtinanspruchnahme Prostatakrebsvorsorge

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme Prostatakrebsvorsorge	Alter	Geschlecht
Mittel	Untersuchung ist unangenehm	68	Männlich
Mittel	Denkt nicht daran	68	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.7 Gynäkologische Untersuchungen

Alle befragten Interviewteilernehmerinnen lassen regelmäßig gynäkologische Untersuchungen vornehmen. Auch die Interviewpartnerin, die sonst aufgrund ihrer Immobilität kostenfreie Gesundheitsdienstleistungen weniger in Anspruch nimmt, konsultiert regelmäßig die Gynäkologin, den Gynäkologen. Sie erklärt dies mit dem Umstand, dass ihre Tochter jeweils einen Termin für beide vereinbare, diese die Mutter abhole und zur Ärztin, zum Arzt mitnehme. Es wäre „relativ bequem zum Frauenarzt zu kommen“ (Int 9, Zeile 72).

4.8 Darmkrebsvorsorge

Von elf Befragten nehmen neun Personen diese Dienstleistung in Anspruch, zwei Personen mit mittlerem und eine Person mit höherem sozialen Status beanspruchen die Darmspiegelung zur Krebsvorsorge nicht. Eine Person machte zu dieser Frage keine Angabe.

Eine Person mit mittlerem sozioökonomischen Status, welche keine Darmkrebsvorsorge vornehmen lässt, gibt an, manchmal davon zu hören. Sie schiebe aber die Terminvereinbarung auf und vergesse diese dann wieder. Die zweite Person, ebenfalls mit mittlerem sozialen Status erklärt, sie wisse auch nicht, warum sie diese Untersuchung nicht mache, sie gehe davon aus, nicht alle Krankheiten zu haben.

Eine Person mit höherem sozioökonomischen Status hat erst einmal eine Darmspiegelung durchführen lassen. Sie erzählt, keine Notwendigkeit diese Untersuchung über sich ergehen zu lassen, gesehen zu haben. Sie meint, sie habe mit einem anderen Karzinom genug zu tun gehabt, eine regelmäßige Darmspiegelung wäre eine weitere Belastung.

Die nachfolgende Tabelle 11 listet die Motive der Nichtinanspruchnahme der Darmkrebsvorsorgeuntersuchung auf.

Tabelle 11: Motive der Nichtinanspruchnahme Darmkrebsvorsorge

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme: Darmkrebsvorsorge	Alter	Geschlecht
Mittel	Denkt nicht daran	68	Männlich
Mittel	Weiß nicht warum, geht davon aus nicht alle Krankheiten zu haben.	70	Weiblich
Hoch	Keine Notwendigkeit, zusätzliche Belastung zu anderen Untersuchungen	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.9 Jährliche Vorsorgeuntersuchung

Die jährliche Vorsorgeuntersuchung⁸, ebenfalls eine kostenfreie Dienstleistung der Österreichischen Gesundheitskassa, wird jeweils von einer befragten Person aus den Gruppen mit niedrigerem und mittlerem sozialen Status nicht in Anspruch genommen. Eine Person mit mittlerem sozioökonomischen Status lässt die Vorsorgeuntersuchung etwa alle fünf Jahre durchführen, immer dann, wenn sie durch ein Schreiben der Österreichischen Gesundheitskassa erinnert

⁸ <https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/inhalt> [Abruf am 30.03.2020]

werde. Aus der Gruppe der Personen mit höherem sozioökonomischen Status nimmt keine Interviewpartnerin und kein Interviewpartner die jährliche Vorsorgeuntersuchung wahr.

Die Interviewpartnerin mit niedrigerem sozialen Status, welche nicht an der jährlichen Vorsorgeuntersuchung teilnimmt, erklärt, sie nehme diese Dienstleistung im Zuge ihrer Krebsnach-sorge in Anspruch. Sie habe aber auch vor ihrer Krebsdiagnose diese Untersuchung nicht beansprucht.

Die Person aus der mittleren sozioökonomischen Statusschicht, die sich der Vorsorgeuntersuchung nur alle fünf Jahre unterzieht, gibt an, dass sie keine gesundheitlichen Probleme habe und daher nicht daran denke, die Untersuchung vornehmen zu lassen. Eine weitere befragte Person mit mittlerem sozioökonomischen Status erklärt, sie mache die Vorsorgeuntersuchung schon lange nicht mehr. Es wäre „*eigentlich nichts Neues dabei*“ (Int 2; Zeilen 193-194), als die Untersuchungen, die sie ohnehin krankheitsbedingt durchführen lassen müsse.

Dieses Motiv gilt auch für alle Personen mit höherem sozialen Status, welche angeben, dass die Leistungen der Vorsorgeuntersuchung bereits mit anderen Untersuchungen aufgrund ihrer Vorerkrankungen abgedeckt seien.

Die Motive der Nichtinanspruchnahme von jährlichen Vorsorgeuntersuchungen werden in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Motive der Nichtinanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme: Vorsorgeuntersuchung	Alter	Geschlecht
Niedrig	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	84	Weiblich
Mittel	Nichts Neues dabei, was nicht im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen abgedeckt ist	70	Weiblich
Mittel	Denkt nicht daran, weil keine gesundheitlichen Probleme	68	Männlich
Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	71	Weiblich
Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	75	Männlich
Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	77	Männlich
Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.10 Angebote und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung

Erfragt wurde sowohl der Kenntnisstand wie auch die Motivation zur Nichtinanspruchnahme. Die befragten Personen kennen Angebote zur Gesundheitsförderung, mit Ausnahme von zwei Interviewpartnerinnen mit niedrigerem sozialen Status. Eine Person aus dieser Gruppe gibt an, sich noch nicht mit dem Thema auseinander gesetzt zu haben und daher keine Angebote zu kennen. Die zweite Person gibt keine direkte Antwort auf die Frage nach dem Kenntnisstand.

Auffällig ist die geringe Inanspruchnahme von Veranstaltungen der Gesundheitsförderung. Aus der Gruppe der Interviewpartnerinnen mit niedrigerem sozioökonomischen Status nimmt keine Person an Veranstaltungen der Gesundheitsförderung teil. Aus den Gruppen der Interviewpartnerinnen und -partner mit mittlerem und höherem sozioökonomischen Status nimmt jeweils eine Person die Angebote in Anspruch. Die Motive für die Nichtinanspruchnahme in der Gruppe der Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status sind zum einen die Anreise. Eine Interviewpartnerin erklärt, dass die Anfahrt zu beschwerlich sei und eine Interviewpartnerin, dass sie Veranstaltungen vor Ort gerne besuche, hingegen nach Einbruch der Dunkelheit nicht mehr mit dem Auto fahren möge. Sie besuche daher Abendveranstaltungen, die nur mit dem Auto erreichbar wären, nicht. Eine Person gibt an, dass sie sich mit dem Angebot noch nicht beschäftigt und sie niemanden habe, der sie begleiten würde. Allein möge sie keine Veranstaltungen besuchen. Eine Interviewpartnerin aus dieser Gruppe erklärt, kein Interesse zu haben, nennt aber keinen Grund für ihre Ablehnung. Sie würde aber Informationsbeiträge im Rundfunk verfolgen.

Aus der Gruppe der befragten Personen mit mittlerem sozialen Status erklärt lediglich eine Person, dass sie die Angebote der Gesundheitsförderung in Anspruch nehme und dafür auch weitere Anfahrtswege in Kauf nehme. Eine Person gibt an, dass sie sich aus Broschüren und der Zeitschrift der Österreichischen Gesundheitskassa informiere, aber keine Veranstaltungen besuche. Sie suche bei Interesse gezielt nach Information, aus Veranstaltungen könne sie keinen Nutzen ziehen. Da sie keine Zeit verschwenden möchte, vermeide sie diese. Eine weitere Person gibt ein ähnliches Motiv an, sie habe kein Interesse, da sie andere Dinge habe, welche sie mehr interessieren würden. Die vierte der befragten Personen aus der Gruppe mit mittlerem sozioökonomischen Status nennt als Motiv für die Nichtinanspruchnahme, sie habe während ihrer beruflichen Tätigkeit ausreichend Veranstaltungen die Gesundheitsförderung betreffend besucht, sie brauche keine weiteren Informationen. Fehlendes Wissen besorge sie sich bei Interesse aus dem Internet.

Bis auf eine Person nehmen die Interviewpartnerin und Interviewpartner mit höherem sozialen Status Veranstaltungen der Gesundheitsförderung nicht in Anspruch. Ihre Motive lassen sich wie folgt zusammenfassen. Zwei Personen geben an, das Angebot der Österreichischen Gesundheitskassa wäre zu oberflächlich. Eine dieser Personen erklärt zusätzlich, dass sie ohnehin schon viele Arztbesuche habe und die Nutzung eines weiteren Angebotes zu viel wäre. Die andere der beiden befragten Personen moniert, dass es schwierig wäre, aus dem Angebot das für sie Relevante herauszufiltern. Eine interviewte Person gibt an, dass das Angebot nicht interessant für sie wäre, weil sie ohnehin laufend Spezialuntersuchungen habe, sie fühle sich bezüglich Gesundheitsförderung ausreichend gebildet und habe kein Interesse an weiteren Information, so sich ihr Gesundheitszustand nicht verschlechtere.

In Tabelle 13 sind die Motive der Nichtinanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung dargestellt.

Tabelle 13: Motive der Nichtinanspruchnahme Angebote der Gesundheitsförderung

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme Angebote der Gesundheitsförderung	Alter	Geschlecht
Niedrig	Abendveranstaltungen: Anreise beschwerlich	79	Weiblich
Niedrig	Anreise beschwerlich	84	Weiblich
Niedrig	Hat sich noch nicht damit beschäftigt	65	Weiblich
Niedrig	Möchte nicht allein gehen	65	Weiblich
Niedrig	Kein Interesse, kein Grund für Ablehnung genannt	69	Weiblich
Mittel	Zieht keinen Nutzen daraus, möchte keine Zeit verschwenden	70	Weiblich
Mittel	Kein Interesse, hat andere Dinge, die interessanter für ihn sind	68	Männlich
Mittel	Kennt sich gut aus, braucht keine weiteren Informationen	66	Männlich
Hoch	Angebot der Österreichischen Gesundheitskasse zu oberflächlich	71	Weiblich
Hoch	Angebot der Österreichischen Gesundheitskasse zu oberflächlich	77	Männlich
Hoch	Wird zu viel zusätzlich zu anderen Untersuchungen	77	Männlich
Hoch	Es ist umständlich, für sich Relevantes herauszufiltern	71	Weiblich
Hoch	Angebot nicht interessant	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.11 Kuraufenthalte

Dieses Angebot wird durch die Interviewpartnerinnen und -partner seit deren Pensionsantritt kaum in Anspruch genommen. Von den zwölf befragten Personen geben sieben an, noch nie einen Kuraufenthalt in Anspruch genommen zu haben, eine Person hatte einen Kur- und einen Rehabilitationsaufenthalt, eine Person hat öfter Rehabilitationsaufenthalte gemacht. Zwei Personen waren nach Pensionsantritt einmal auf Kur. Eine Person hatte während ihrer Berufstätigkeit drei Kuraufenthalte, danach keinen weiteren.

Lediglich zwei Personen mit mittlerem sozioökonomischen Status geben an, an einem Kuraufenthalt interessiert zu sein.

Die Motive der Nichtinanspruchnahme der Interviewpartnerinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status lassen sich wie folgt darstellen. Eine der Interviewpartnerinnen erklärt, sie habe sich noch nie mit dem Gedanken an eine Kur beschäftigt. Sie wäre zudem auch an Haus und Garten gebunden, da niemand die Betreuung übernehmen könne. Eine Interviewpartnerin erzählt, sie habe bei ihrem letzten Kurantrag direkt zur Pensionsversicherungsanstalt fahren müssen. Das war aufgrund ihrer Immobilität beschwerlich, zu dem war die Antragstellung demütigend und gestaltete sich schwierig. Sie habe daher davon abgesehen, einen weiteren Kuraufenthalt zu beantragen. Eine Interviewpartnerin gibt an, kein Interesse an einer Kur zu haben, sie bevorzuge Thermenbesuche. Eine Interviewpartnerin erklärt, sie würde keine Kur beantragen aus Scham Nichtschwimmerin zu sein, sie getraue sich nicht in tieferes Wasser zu gehen. Weiters gibt sie an, keine gesundheitlichen Probleme oder Beschwerden zu haben, welche einen Kuraufenthalt rechtfertigen würden. Dieses Motiv findet sich ebenso in den Gruppen der Personen mit mittlerem und höherem sozialen Status.

In der Interviewgruppe der Personen mit mittleren sozioökonomischen Status findet sich das Motiv der Zeitknappheit ebenso, wie das der mangelnden Lust einen Kuraufenthalt in Anspruch zu nehmen. Ein Interviewpartner erklärt, keine Kur zu beanspruchen, weil er keine Krankheiten habe, die durch einen Kuraufenthalt gemildert werden könnten. Eine Interviewpartnerin gibt an, sie habe einen Kuraufenthalt beantragt, welcher aufgrund von Sparmaßnahmen abgelehnt wurde. In dieser sozioökonomischen Gruppe wird ein Aspekt angesprochen, welcher auch in der Gruppe der Interviewpartnerinnen und -partner mit höherem sozialen Status genannt wird. Es wurde eine Kur beantragt, welche mit der Begründung, die Antragstellerin wäre zu gesund für eine Kur, abgelehnt wurde.

Zwei Personen mit höherem sozioökonomischen Status geben an, keine gesundheitlichen Probleme zu haben, die eine Kur erfordern würden. Zwei Personen erklären ihre Nichtinanspruchnahme mit schlechten Erfahrungen, die sie bei früheren Kuraufenthalten hatten. Eine Person gibt an, der Kurarzt wäre zu wenig auf sie eingegangen, sie fühlte sich zu wenig beachtet. Es wurde auch von Schwierigkeiten, die Bekannte bei der Antragstellung zu einem Kuraufenthalt erlebt hatten, als Abschreckung eine eigene Kur zu beantragen, berichtet. Eine weitere Argumentation, Kuraufenthalte der Österreichischen Gesundheitskassa nicht in Anspruch zu nehmen war, dass die Kuranwendungen zu oberflächlich wären, man beanspruche eher selbstbezahlte Anwendungen kostenpflichtiger Anbieterinnen und Anbieter.

Die nachfolgende Tabelle 14 veranschaulicht die Motive der Nichtinanspruchnahme des Kurangebotes der Österreichischen Gesundheitskassa.

Tabelle 14: Motive der Nichtinanspruchnahme Kuraufenthalte

Sozialer Status	Motiv der Nichtinanspruchnahme Kuraufenthalte	Alter	Geschlecht
Niedrig	Hat sich nie mit Kur beschäftigt	65	Weiblich
Niedrig	An Haus und Garten gebunden	65	Weiblich
Niedrig	Anreise (zur Pensionsversicherungsanstalt) beschwerlich	84	Weiblich
Niedrig	Antragstellung demütigend und schwierig	84	Weiblich
Niedrig	Kein Interesse an einer Kur	69	Weiblich
Niedrig	Scham, weil Nichtschwimmerin	79	Weiblich
Niedrig	Keine gesundheitlichen Probleme	79	Weiblich
Mittel	Kurantrag abgelehnt (Sparmaßnahmen der Österreichischen Gesundheitskassa)	69	Weiblich
Mittel	Keine Zeit, keine Lust, keine gesundheitlichen Probleme	68	Männlich
Mittel	Keine gesundheitlichen Probleme	66	Männlich
Hoch	Keine gesundheitlichen Probleme	75	Männlich
Hoch	Keine gesundheitlichen Probleme	77	Männlich
Hoch	Unangenehme Erfahrungen bei Kuraufenthalten	71	Weiblich
Hoch	Unangenehme Erfahrungen bei Kuraufenthalten	77	Männlich
Hoch	Von Kurarzt nicht ernst genommen	71	Weiblich
Hoch	Kurbehandlungen zu oberflächlich	77	Männlich

Quelle: eigene Darstellung

4.12 Allgemeines zum Gesundheitswesen

Dieser narrative Teil des Fragebogens sollte Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten, respektive der dahinterstehenden Motivationen liefern. Diese Kategorie brachte kaum Erkenntnisse. Im Großen und Ganzen wird das österreichische Gesundheitswesen als gut beurteilt. Es gab kritische Anmerkungen bezogen auf die mangelnde Ärztinnen- und Ärztedichte. Dies wäre verbunden mit langen Wartezeiten auf Termine und wenig Zeit, welche Kassenärztinnen und -ärzte für ihre Patientinnen und Patienten aufwenden könnten. Es entstehe somit oftmals die Notwendigkeit auf Wahlärztinnen und -ärzte zuzugehen und dies stelle für Personen mit wenig Einkommen ein finanzielles Problem dar.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse in Bezug zur Forschungsfrage diskutiert:

„Welche Motive leiten Menschen über 65 Jahre mit niedrigem sozioökonomischen Status zur Nichtinanspruchnahme von kostenfreien Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu Menschen mit mittlerem und höherem sozioökonomischen Status?“

Die Diskussion orientiert sich dabei an Andersens Behavioral Model of Health Services Use. Dafür wurden die Motive aller sozialer Statusgruppen für die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Andersens Behavioral Model Of Health Services Use klassifiziert (siehe Kapitel 2.2).

5.1 Diskussion der Ergebnisse nach Andersens Behavioral Model of Health Services Use

Basis für die Klassifizierung nach Andersens Modell bilden die generalisierten Motive der Interviewteilnehmerinnen und -nehmer. Die Zuordnung der generalisierten Aussagen erfolgt als Heranführung an die Diskussion der Ergebnisse. Eine trennscharfe Zuordnung gestaltete sich teilweise schwierig. So könnte beispielsweise das Motiv „Anreise beschwerlich“ sowohl der Kategorie Community als auch der der Kategorie Social Structures zugewiesen werden. Die Zuteilung der generalisierten Motive erfolgte daher im Interviewkontext.

Die Zuordnung der Motive zum Andersen Modell ist in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Klassifizierung nach Andersens Behavioral Model of Health Services Use

Generalisierte Motive	Klassifikation nach Andersen	Anzahl der Zuordnungen nach sozialem Status		
		Niedrig	Mittel	Hoch
Lange Wartezeiten auf Termin	Community	1		
Mangelhaftes Angebot	Community			5
Mangelnde Ärztedichte	Community	1		
Sparmaßnahmen	Community		1	
Unangenehme Erfahrung mit dem Gesundheitswesen	Community			2
Summe	Community	2	1	7
Denkt nicht daran	Health Beliefs		3	
Geht davon aus, nicht alle Krankheiten zu haben	Health Beliefs		1	

Generalisierte Motive	Klassifikation nach Andersen	Anzahl der Zuordnungen nach sozialem Status		
Kein Interesse	Health Beliefs	2	1	
Kein Nutzen	Health Beliefs		1	
Keine Lust	Health Beliefs		1	
Keine Notwendigkeit	Health Beliefs			1
Keine Zeit	Health Beliefs		3	
Nicht damit beschäftigt	Health Beliefs	2		
Umständlich, Relevantes herauszufiltern	Health Beliefs			1
Summe	Health Beliefs	4	10	2
kein Bedarf	Perceived Need	3	8	10
An Haus und Garten gebunden	Social Structure	1		
Angst	Social Structure	1		
Anreise beschwerlich	Social Structure	5		
Demütigendes Verfahren	Social Structure	1		
Keine Begleitung	Social Structure	1		
Scham	Social Structure	1		
Untersuchung unangenehm	Social Structure		1	
Zusätzliche Belastung	Social Structure			2
Summe	Social Structure	10	1	2

Quelle: eigene Darstellung

Enabling Resources: Community

Die Kategorie Community gehört zu den Enabling Resources und umfasst die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens. Dazu gehört die Versorgungsdichte, also das Verhältnis zwischen Gesundheitseinrichtungen, Ärztinnen und Ärzten zu Patientinnen und Patienten. Es werden aber auch Wartezeiten auf Termine und Wegzeiten (Thode et al., 2004, S. 17), Gesundheitspolitik, Gesundheitsausgaben und Qualitätsmanagement dazu gerechnet (Babitsch et al., 2012).

Die Zuordnung der Motive „lange Wartezeiten auf Termine“, „mangelnde Ärztinnen- und Ärztedichte“ zur Rubrik Community erfolgte, da diese der Versorgungsdichte zugeschrieben wurden. Weiters wurde davon ausgegangen, dass ein adäquates Qualitätsmanagement ein „mangelhaftes Angebot“ und „unangenehme Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen“ minimieren würde, daher die Zuordnung zu Community. Das Motiv „Sparmaßnahmen“ für die Nichtinanspruchnahme eines Kuraufenthaltes wurde in der Rubrik Community klassifiziert, da diese auch die Gesundheitspolitik und somit die Gesundheitsausgaben einschließt.

Personen mit niedrigerem und mittlerem sozialen Status äußern in der durchgeführten Befragung kaum Kritik an den Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens. Die befragten Personen mit höherem sozialen Status äußern am häufigsten Motive der Nichtinanspruchnahme wegen Kritik an den Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens, also an der Community.

Die Begründung, warum Personen mit niedrigerem und mittleren sozioökonomischen Status wenig Kritik an der Gesundheitsversorgung äußern, liegt möglicherweise in der Beobachtung einer interviewten Person mit mittlerem sozialen Status. Sie gibt an, es gäbe „*viele ältere Leute, die einfach sich nicht trauen, oder die so arzthörig sind, oder so*“ (Int 2, Zeilen 333-334). Die Interviews der niedrigeren und mittleren sozialen Statusgruppe vermitteln den Eindruck, als seien die befragten Personen dankbar für die Leistungen, die ihnen entgegengebracht werden, was wiederum keine Kritik am Gesundheitssystem zulässt. Diese ist hauptsächlich in der höheren sozialen Statusgruppe zu beobachten. Die Unzufriedenheit mit medizinischem Personal und medizinischen Einrichtungen scheint in der Personengruppe mit höherem sozioökonomischen Status groß zu sein. Das Unbehagen gegenüber dem Gesundheitssystem tritt bei den befragten Personen auf, trotzdem sie sich vermehrt an Wahlärztinnen und -ärzte wenden können und dies auch tun. Die Möglichkeit Wahlärztinnen und -ärzte zu konsultieren besteht aufgrund des ökonomischen Kapitals, das ihnen mehr als anderen sozialen Statusgruppen zur Verfügung steht. Der Umkehrschluss aus diesem Befragungsergebnis wäre, dass Personen, welche über mehr soziales, kulturelles und ökonomisches Kapital (Bauer & Schaeffer, 2006, S. 29; Behrens, 2008, S. 184) verfügen, auch ein stärkeres Selbstbewusstsein haben. Sie sähen die Leistungen der Gesundheitsversorgung nicht „als Geschenk“ sondern als eine Selbstverständlichkeit, die ihnen in bester Qualität zustehen würde.

Der höhere Bildungsstand höherer sozioökonomischer Schichten lässt wahrscheinlich auch zu, sich intensiver mit Vorteilen und Mängeln des Gesundheitswesens auseinander zu setzen. Sie sind möglicherweise dadurch eher befähigt, das Gesundheitssystem kritisch zu hinterfragen. Aufgrund der höheren Bildung ist es ihnen wahrscheinlich auch eher gegeben, die Unzufriedenheit zu artikulieren und zu argumentieren.

Predisposing Characteristics: Health Beliefs

Die Unterkategorie Health Beliefs aus der Rubrik Predisposing Characteristics umfasst nach Andersen das gesundheitsbezogene Wissen, die Werte und Einstellungen der Klientinnen und Klienten von Gesundheitsdienstleistungen. Health Beliefs können den wahrgenommenen Bedarf und die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen. Andersen erklärt, dass mit einer positiven Einstellung zur Gesundheit und zum Gesundheitswesen, die

Wahrscheinlichkeit steigt, dass Dienstleistungen eher in Anspruch genommen werden (Andersen, 1995, S. 2). Weiters erklären Andersen und Newman (2005), dass Health Beliefs das Wissen und die Kenntnis über Gesundheit und Krankheit einschließen. Aufgrund der angeführten Faktoren der Health Beliefs wurden die folgenden Motive dieser Rubrik zugeordnet:

„Denkt nicht daran“ (an Vorsorge und Krebsvorsorge), „keine Notwendigkeit“ (Zahnmedizin, Darmkrebsvorsorge) und „geht davon aus nicht alle Krankheiten zu haben“: mit dem Wissen über Krankheiten, deren Entstehung und Verlauf würde man an Vorsorgeuntersuchungen denken. Man würde die Zahnmedizin und medizinische Untersuchungen für notwendig halten, da Schäden an Zähnen und andere Krankheiten bereits vor begleitenden Symptomen entstehen.

„Kein Interesse“ (Gesundheitsförderung, Kur), „keine Lust“ (Kur), „keine Zeit“ (haben für Kur, verschwenden für Gesundheitsförderung), „sich nicht damit beschäftigt“ (Gesundheitsförderung und Kur), „kein Nutzen“ (aus Veranstaltungen der Gesundheitsförderung): mit einer positiven Haltung zur und dem Wissen über die Vorteile der rechtzeitigen eigenen Gesundheitsförderung würde man sich Zeit nehmen, sich damit beschäftigen und so fort. Mit dem Wissen über eine mögliche gesundheitsfördernde Wirkung einer Kur würde man seine Unlust einen Kuraufenthalt zu beantragen überwinden.

Es wurde davon ausgegangen, dass man mit einer positiven Einstellung zur Gesundheit sich Zeit verschaffen oder man sich mit Gesundheitsthemen beschäftigen würde. Mit einem guten Wissensstand zu Gesundheit und Gesundheitssystem würde man Dienstleistungen des Gesundheitswesens eher in Anspruch nehmen. Die Zuordnung zu Health Beliefs erfolgte daher, weil angenommen wurde, dass Einstellungen und Werte nicht positiv sind und es an der Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen mangelt.

Die Interviewpartnerinnen mit niedrigerem sozioökonomischen Status nennen Motive, die der Rubrik Health Beliefs zugeordnet wurden, weniger oft als die befragten Personen mit mittlerem, aber öfter als die befragten Personen mit höherem sozioökonomischen Status. Es könnte angenommen werden, dass eine Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen der niedrigeren sozialen Statusschicht weder am Desinteresse an der Gesundheit bzw. an der Gesundheitsvorsorge noch an der negativen Einstellung der Gesundheit gegenüber liegt, denn in der befragten Gruppe von vier Personen liegen andere Motive vor. Dies wäre eine weitere Argumentation für das Verständnis für und gegen die Stigmatisierung von älteren Personen mit niedrigem sozialen Status, welche Gesundheitsdienstleistungen nicht in Anspruch nehmen.

Die Analyse der Motive der niedrigeren Statusschicht, die der Rubrik Health Beliefs zugeordnet wurden, zeigt zwei unterschiedliche Beweggründe. Jeweils zwei Mal genannt wurde: „kein

Interesse“ und sich „nicht damit beschäftigt“. Diese Motive lassen möglicherweise auf eine Überforderung mit dem Gesundheitssystem schließen. Es könnte sein, dass sich die interviewte Person aufgrund von geringerer Bildung erst gar nicht mit diesen Themen beschäftigt. Sie fürchtet möglicherweise, die Informationen nicht richtig zu verstehen.

In der Gruppe der Personen mit mittlerem sozioökonomischen Status werden Motive, die der Rubrik Health Beliefs zugeordnet wurden, signifikant häufiger genannt als in den beiden anderen Gruppen. Das scheinbar weniger ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein dieser Statusgruppe ist möglicherweise dem jüngeren Alter der Interviewpartnerinnen und -partner geschuldet. Die befragten Personen der mittleren Statusgruppe sehen sich vielleicht noch nicht in dem Maß mit altersbegleitenden Krankheiten und deren späteren Folgen konfrontiert wie die älteren Vertreter der anderen sozialen Schichten.

Das jüngere Durchschnittsalter könnte auch zur Folge haben, dass sie noch eine aktivere Freizeitgestaltung haben als die älteren Personen der anderen beiden sozialen Statusgruppen. Möglicherweise hindert sie dies daran, sich intensiver mit Gesundheitsbelangen zu beschäftigen und sich Zeit dafür zu nehmen.

In der Gruppe der Interviewpartnerin und Interviewpartnerpartner mit höherem sozialen Status wurden lediglich zwei Motive, welche der Kategorie Health Beliefs zugeordnet wurden, genannt. Dies könnte den Schluss zulassen, dass Personen mit höherem sozialen Status aufgrund ihres kulturellen Kapitals eine positivere Einstellung und positivere Werthaltungen gegenüber der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen haben. Sie verfügen über mehr Bildung und könnten daher besser mit medizinischem Personal kommunizieren, sich leichter Informationen über Gesundheit und Krankheit besorgen. Die geringe Zahl an Motiven, die den Health Beliefs zugeordnet wurden, könnte darauf hindeuten, dass sozial höhere Statusgruppen über ein ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein verfügen. Dies wäre eine Bestätigung bereits publizierter wissenschaftlicher Erkenntnisse (Siehe Kapitel 2.2).

Predisposing Characteristics: Social Structure

Nach Kritik am ursprünglichen Behavioral Model of Health Services Use wurde diese Unterkategorie, welche den Predisposing Characteristics zugeordnet ist, erweitert (Andersen, 1995, S. 1). Es wurden Problemlösungskompetenz und die Fähigkeit, sich Hilfe zu holen und mit auftretenden Herausforderungen umzugehen, zugefügt. Auch soziale Interaktionen, der Wohn- und Sozialraum einer Person wurden in die Rubrik Social Structures aufgenommen (Andersen,

1995, S. 2). Soziale Netzwerke sind ebenfalls ein Element der Social Structures (Thode et al., 2004, S. 17).

Die Zuordnung der Motive in die Kategorie Social Structures folgte der Logik:

Das Motiv „an Haus und Garten gebunden“ wurde den Sozialstrukturen zugeordnet, da die Interviewpartnerin keine Unterstützung hat, die während ihrer Abwesenheit Haus und Garten betreuen würde. Daher kann sie keinen dreiwöchigen Kuraufenthalt antreten.

„Angst“ (vor dem Zahnarzt) wurde als mangelnde Fähigkeit mit auftretenden Herausforderungen umzugehen interpretiert. „Anreise beschwerlich“ wurde den Sozialstrukturen zugeordnet, da beide Interviewpartnerinnen über ein eigenes Fahrzeug verfügen. Das Motiv liegt demnach nicht in den Versorgungsstrukturen, da die Anreise technisch möglich und Einrichtungen des Gesundheitswesens in erreichbarer Nähe wären. Es scheint an Problemlösungskompetenz und dem sozialen Netz (beispielsweise eine Person, welche die Anfahrt übernehmen könnte) für eine Anreise zu mangeln. Der Mangel an sozialen Netzwerken äußert sich ebenfalls in dem Motiv „Keine Begleitung“.

Eine Interviewpartnerin gab an, sich nicht mehr dem demütigenden Verfahren einer Kurbeantragung ausliefern zu wollen. Aus dem Interview ging nicht eindeutig hervor, ob dies tatsächlich geschehen ist oder als solches wahrgenommen wurde. Daher wurde davon ausgegangen, dass mit der Fähigkeit mit Herausforderungen umzugehen, diese Situation, gleichgültig ob tatsächlich vorgefallen oder wahrgenommen, bewältigt worden wäre. Dies war auch der Grund warum die Motive „Untersuchung unangenehm“ (Gynäkologie und Urologie) und „zusätzliche Belastung“ dieser Rubrik zugeordnet wurde. Für die Klassifizierung nach Andersen wurde angenommen, dass Menschen mit Problemlösungskompetenz sich auch unangenehmen Situationen stellen und diese bewältigen würden.

Das Motiv „Scham“ wurde den Social Structures zugewiesen, weil dieses nicht ursächlich mit dem Gesundheitswesen oder gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zusammenhängt. Die Person ist Nichtschwimmerin und meidet deshalb Kuraufenthalte. Sie getraut sich nicht in tiefes Wasser zu gehen und möchte diesen Umstand dem Betreuungspersonal nicht kommunizieren.

Die Hauptmotivation Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung nicht in Anspruch zu nehmen liegt in der Gruppe der Interviewpartnerinnen mit niedrigerem sozialen Status hauptsächlich in den Sozialstrukturen begründet. Sie nennen Motive, die dieser Rubrik zugeordnet wurden, wesentlich öfter als die anderen sozialen Statusgruppen.

Die Analyse der Interviews der niedrigeren sozialen Statusgruppe legt den Schluss nahe, dass Personen dieser Gruppe über wenig soziales Kapital verfügen. Dies wäre eine Bestätigung von

bereits publizierten Fachberichten. Personen mit niedrigerem sozialen Status steht soziales Kapital nicht in gleichem Ausmaß zur Verfügung wie höheren sozialen Statusschichten (Lampert et al., 2017, S. 81). Besonders betroffen von einem Mangel an sozialem Kapital sind ältere, alleinstehende Menschen. Es fehlt oftmals an Unterstützung von Familie und sozialen Netzwerken. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen sind diese vermehrt davon betroffen (Kruse & Schmitt, 2016, S. 253). Dies trifft auf die drei befragten Damen aus der Gruppe mit niedrigem sozioökonomischen Status zu. Alle drei sind alleinstehend, der Partner ist jeweils verstorben.

Die Social Structures werden in den beiden anderen sozialen Statusgruppen kaum angesprochen. In der Gruppe mit mittlerem sozioökonomischen Status wird nur einmal ein Motiv, das der Rubrik Sozialstrukturen zugeordnet wurde, angegeben. Eine Person mit höherem sozialen Status gibt zwei Mal ein Motiv an, das dieser Kategorie zugeordnet wurde.

Es scheint, als hätten die befragten Personen der mittleren und höheren sozialen Schicht ein stabileres soziales Netzwerk und/ oder eine höhere Problemlösungskompetenz als Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status.

Need: Perceived Need

Die Kategorie Need ist nach Andersen getrennt in zwei Unterkategorien, einerseits Perceived Need und andererseits Evaluated Need. Der objektivierte (evaluated) Bedarf ist aus medizinischer Sicht induziert, etwa ärztlich verschriebene Behandlungen. Perceived Need ist der von Patientinnen und Patienten wahrgenommene Bedarf (Thode et al., 2004, S. 17 f.). Der objektivierte Bedarf wurde im Rahmen der Bachelorarbeit nicht erhoben. Motive wie beispielsweise „keine gesundheitlichen Probleme“ und „sieht keine Veranlassung, keine genetische Prädisposition“ wurden in die Kategorie Perceived Need aufgenommen, weil die befragten Personen aufgrund dieser Motive keinen Bedarf an ärztlichen Untersuchungen empfunden haben. Das Motiv „im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen“ wurde ebenfalls der Kategorie Perceived Need zugewiesen. Personen, die dieses genannt hatten, haben aufgrund von andere Erkrankungen sehr viele Untersuchungen und haben keinen Bedarf an weiteren medizinischen Konsultationen verspürt.

Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status geben drei Mal an, Gesundheitsdienstleistungen aufgrund von fehlendem Bedarf nicht zu beanspruchen. Die mittlere soziale Statusgruppe nennt diese Begründung sieben, die höhere soziale Statusgruppe zehn Mal.

Die Begründung, warum Personen mit niedrigerem sozialen Status dieses Motiv der Nichtinanspruchnahme weniger nennen als Personen mit mittlerem und höheren sozioökonomischen Status, ist möglicherweise in der Kommunikation zwischen Klientin, Klient und Gesundheitsdienstanbieterin und -anbieter zu finden. Personen mit niedrigerem sozialen Status werden vom medizinischen Personal anders wahrgenommen als Personen mit mittlerem und höherem sozioökonomischen Status. Es wird ihnen weniger Eigenverantwortung und Entscheidungsbefugnis zugetraut (Arpey, Gaglioti & Rosenbaum, 2017, S. 169; Klein & Knesebeck, 2016b, S. 241). Es besteht die Möglichkeit, dass Personen der niedrigeren sozialen Schicht von Ärztinnen und Ärzten an Kolleginnen und Kollegen weiterverwiesen werden und somit die Entscheidung der Klientinnen und Klienten über den eigenen Bedarf vorwegnehmen. Dies konnte in einem Interview beobachtet werden. Die Interviewpartnerin mit niedrigerem sozioökonomischen Status erklärt, sie lasse einige Untersuchungen durchführen, weil die behandelnde Allgemeinmedizinerin dies so empfohlen habe.

Dass die beiden anderen Gruppen das Motiv „kein Bedarf“ signifikant häufiger nennen, könnte an der bereits erwähnten höheren Bildung liegen. Möglicherweise hinterfragen sie daher manche ärztliche Untersuchungen und deren Notwendigkeit kritischer als die Interviewpartnerinnen mit niedrigerem sozialen Status.

In der höheren sozialen Statusgruppe wurde des Öfteren das Motiv genannt, Untersuchungen nicht in Anspruch zu nehmen, weil deren Umfang bereits bei anderen Untersuchungen abgedeckt wurde. Viele fachmedizinische Untersuchungen sind obsolet, weil diese aufgrund ihrer Vorerkrankungen bereits mit anderen Untersuchungen absolviert wurden. Es besteht kein zusätzlicher Bedarf.

5.2 Schlussfolgerungen

Die Auswertung der Motive der befragten unterschiedlichen sozialen Statusgruppen hat gezeigt, dass jede Statusgruppe andere Motivationen zur Nichtinanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitssystems hat. Für Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status liegen die Beweggründe, kostenfreie Dienstleistungen des Gesundheitswesens nicht in Anspruch zu nehmen, in Motiven, die nach Andersens Behavior Model of Health Services Use den Sozialstrukturen zugeordnet wurden. Die Nichtinanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen liegt nicht im mangelnden Willen, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern, sondern vielmehr in dem Umstand, dass ermöglichende Faktoren (wie etwa soziale Netze) fehlen. Möchte man eine vermehrte Inanspruchnahme fördern, so wären Schritte in diese Richtung angebracht. Hier wäre es auch eine Aufgabe der Kommunen dafür zu sorgen, dass diese

Menschen mehr soziale Unterstützung erfahren. Diese Erkenntnis bietet auch die Möglichkeit, Verständnis für Betroffene zu schaffen. In der Gruppe der befragten Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status liegt die Nichtinanspruchnahme der Leistungen des Gesundheitswesens nicht im mangelnden Interesse an der eigenen Gesundheit. Es fehlt an sozialen Strukturen, die es diesen Menschen ermöglichen würden, mehr am Gesundheitssystem zu partizipieren. Es dürfte auch an Möglichkeiten fehlen, soziale Netzwerke zu mobilisieren und aus diesen Unterstützung zu generieren.

Die mittlere soziale Statusschicht scheint eine weniger positiv ausgeprägte Gesundheitseinstellung zu haben als die befragten Personen mit niedrigerem und mit höherem sozialen Status. Dies äußert sich in den Motiven dieser Gruppe. Das Förderpotenzial liegt hier in der Aufklärung über die Vorteile einer zeitgerechten Gesundheitsvorsorge und über das frühzeitige Erkennen von Erkrankungen. Dieser Gruppe sollte mit einem entsprechenden Förderangebot entgegengegangen werden, sodass sich deren gesundheitsbezogene Einstellungen positiver entwickeln können. Das kann beitragen, die Gesundheit der Personengruppe mit mittlerem Status länger zu erhalten.

Personen mit mittlerem und höheren sozioökonomischen Status nennen als Motiv für die Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wesentlich öfter keinen Bedarf zu haben als Interviewpartnerinnen mit niedrigerem sozialen Status. Hier gilt es zu klären, ob der nicht wahrgenommene Bedarf mit dem evaluierten Bedarf übereinstimmen. Sollte dies nicht der Fall sein, so sollten diese beiden Gruppen besser aufgeklärt werden über Gesundheitsrisiken. Den eigenen Bedarf zu erkennen und danach zu handeln leistet einen Beitrag seinen Lebensabend in relativer Gesundheit zu verbringen.

Ältere Personen mit höherem sozioökonomischen Status äußern am häufigsten Kritik am Gesundheitswesen. Personen mit niedrigerem und mittleren sozialen Status nennen kaum Motive der Nichtinanspruchnahme aufgrund der Versorgungsstrukturen. Eine Prüfung, ob die vermehrte Kritik berechtigt ist, eröffnet den Verantwortlichen der Gesundheitsversorgung Möglichkeiten, das System anders und besser zu gestalten. So kann die Personengruppe mit höherem sozialen Status auch angeregt werden, sich an einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu beteiligen. Sollte die Kritik aber nicht vollumfänglich berechtigt sein, so bedarf es an Aufklärung über etwaige Missverständnisse. So könnte der Gruppe älterer Personen mit höherem sozialen Status ein Weg zur Nutzung des Gesundheitssystems geöffnet werden.

Eine weitere Erkenntnis der Forschungstätigkeit für die Bachelorarbeit ist, dass die befragten älteren Personen aller sozialer Statusgruppen die Angebote und Veranstaltungen der Gesundheitsförderung fast nicht in Anspruch nehmen. Dies verdeutlicht die Relevanz der Forschungsfrage. Gesundheitsförderung trägt bei zu einem Gewinn an gesunden Lebensjahren im Alter. Es scheint aber, als erreichten die Angebote die Zielgruppe älterer Personen ab 65 Jahre nicht oder nur in geringem Ausmaß. Ein schichtspezifisches Angebot, um alle älteren Personen anzusprechen, kann diesem Umstand entgegenwirken.

So hat jede der sozialen Gruppen ihr eigenes Förderpotenzial, das es auszuschöpfen gilt. Für ältere Personen mit niedrigerem sozialen Status ist dies die Stärkung der Sozialstrukturen. Bei der Gruppe mit mittlerem Status wäre dies die Förderung einer positiven Einstellung zum Gesundheitswesen, gesundheitlicher Versorgung und Vorsorge. Personen mit höherem Status kann man erreichen, durch die Information über Vorteile des Gesundheitswesens und der Gesundheitsversorgung.

6 Ausblick

Abschließend soll erläutert werden, welche Forschungsaktivitäten sich im Hinblick auf die Erkenntnisse aus der vorliegenden Arbeit ergeben könnten.

Die durchgeführte Studie enthält einige Limitierungen, die eine Basis für weitere Forschungsaktivitäten bilden könnte. Die Auswahl der Personen für die Interviews wurde innerhalb eines definierten Personenkreises in einem lokal begrenzten Raum durchgeführt. So wurden nur Personen, die im suburbanen Raum in der Nähe einer großen Stadt leben, befragt. Es wurde nicht untersucht, welche Motive Personen ab 65 Jahren, die in einer Stadt wohnen zur Nichtinanspruchnahme des Gesundheitswesens leiten. Eine vergleichende Analyse kann vielversprechend sein. Das Angebot von gesundheitsbezogenen Leistungen ist in einer (großen) Stadt anders als in ländlichen Gegenden, wo es beispielsweise oft längere Anfahrtswege zu Krankenhäusern, Fachärztinnen und -ärzten gibt als in einer Stadt. Es ist offen, ob die Ergebnisse dieser kleinteiligen Untersuchung für Gesamtösterreich gültig sind und ob es regionale Unterschiede gibt.

Eine mögliche Unschärfe der Forschungsergebnisse kann entstanden sein durch die ungleiche Altersaufteilung der drei sozioökonomischen Schichten. Das Durchschnittsalter der Personen mit mittlerem sozialen Status beträgt 67,75 Jahre und ist um 6,50 Jahre niedriger als jenes der Personen mit niedrigerem sozialen Status und um 7,25 Jahre niedriger als jenes der Personen mit höherem Status. Die Motive der Nichtinanspruchnahme könnten sich mit zunehmendem Alter ändern.

Durch die ungleiche Geschlechteraufteilung der Interviewpartnerinnen und -partner innerhalb der befragten Gruppen kann das Ergebnis beeinflusst worden sein. Der niedrigere sozioökonomische Status ist repräsentiert von vier Frauen. Die Motive von Männern über 65 Jahre mit niedrigem sozialen Status können anders sein als die der befragten Frauen. Auch in der befragten Gruppe der Personen mit höherem sozioökonomischen Status herrscht keine Geschlechterparität. In dieser Gruppe ist nur eine Frau vertreten. In weiteren Studien könnte eine schichtspezifische Befragung, in der die Geschlechterparität berücksichtigt werden konnte, aufschlussreiche Informationen über die Motive der Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch ältere Personen ab 65 Jahre bereitstellen. Eine geschlechtsspezifische Gegenüberstellung der Motive könnte weitere Möglichkeiten einer zielgerichteten Gesundheitsförderung bieten.

Durch die Anwendung des Andersen Behavioral Model of Health Services Use und die damit verbundene Zuordnung zu dessen Kategorien kann es zu Einschränkungen der Forschungsergebnisse gekommen sein. Entsprechend kann im Rahmen weiterer Forschungsaktivitäten die Zuordnung beispielsweise mithilfe einer Fokusgruppe validiert werden. Die Annahmen und Zuordnungen, die im Rahmen der Bachelorarbeit getroffen wurden, hätten dadurch entweder eine Widerlegung oder Bestätigung erfahren. Die Anwendung eines weiteren oder eines anderen Modells zur Erklärung des Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsdienstleistungen, zum Beispiel des Health Belief Modells nach Rosenstock (Thode et al., 2004, S. 14), könnte andere Ergebnisse bringen. Speziell die Interpretation der gesundheitsbezogenen Einstellung der unterschiedlichen sozialen Statusgruppen bedarf im Hinblick auf die Forschungsergebnisse dieser Bachelorarbeit einer weiteren Prüfung.

In Österreich gibt es unterschiedliche Versicherungsträger⁹ und dies eröffnet ein weiteres Forschungsfeld. Eine Studie, welche die Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten und der Motivation je nach Versicherungszugehörigkeit untersucht, kann bedeutsam sein, da jeder der fünf Versicherungsträger unterschiedliche Leistungen und Finanzierungsformen der Dienstleistungen anbietet. Dies könnte die Motivation der Inanspruchnahme beeinflussen.

Ein weiterer Forschungsfokus kann in einem länderübergreifenden Vergleich für die Staaten des deutschsprachigen Raumes sein. Es ist interessant, ob die Motive der Nichtinanspruchnahme der unterschiedlichen Statusgruppen in den verschiedenen Ländern divergieren, möglicherweise abhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem. Ein Vergleich bietet gegebenenfalls die Möglichkeit eines länderübergreifenden Austauschs von Best-Practise-Modellen.

Weiters erscheint es interessant, welche Auswirkungen und Folgen die COVID-19-Pandemie auf das Gesundheitswesen allgemein, aber besonders hinsichtlich sozialer Strukturen und der Motivation, das Gesundheitswesen in Anspruch zu nehmen, haben werden. Durch die kollektive Angst könnten sich die persönliche Einstellung zum Gesundheitswesen und das persönliche Gesundheitsbewusstsein ändern. Wird durch das erstmalige Erleben einer derartigen Situation inklusive all der Beschränkungen, die mit diesem Ausnahmezustand verbunden sind, das soziale Gefüge verändert? Das Entstehen einer neuen Solidarität, welche Auswirkungen auf Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status hat, wäre eine mögliche Reaktion auf die

⁹ <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.853102&viewmode=content> [Abruf am 28.03.2020]

Krise. Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status könnten mehr in den Fokus der Gesellschaft rücken. Somit erlebten sie möglicherweise, aufgrund von Hilfestellungen durch neu entstehende soziale Netzwerke einen besseren Zugang zum Gesundheitswesen. Es wären aber gegenteilige, negative Auswirkungen die Alternative. Sozialer Rückzug und verstärkte Isolation aus Angst vor drohenden Ansteckungen könnten das Inanspruchnahmeverhalten negativ beeinflussen, ärztliche Konsultationen würden aufgeschoben oder vermieden werden.

Literaturverzeichnis

- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10. doi: 10.2307/2137284
- Andersen, R. & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1–28. doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
- Arpey, N. C., Gaglioti, A. H. & Rosenbaum, M. E. (2017). How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(3), 169–175. doi: 10.1177/2150131917697439
- Babitsch, B., Gohl, D. & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998–2011. *Psycho-social medicine*, 9, 1–15. doi: <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- Bauer, U. & Büscher, A. (2008). Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung—Ein Bezugsrahmen. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 7–45). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bauer, U. & Schaeffer, D. (2006). Soziale Ungleichheit in der Pflege –(k)ein Thema. *Managed Care*, (7), 29–30.
- Behrens, J. (2008). Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung* (S. 180–214). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens, J. (2009). Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl., S. 55–76). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bergmann, M., Scherpenzeel, A. & Börsch-Supan, A. (2019). SHARE Wave 7: Combining Panel and Retrospective Data on Life Histories in Eight New Countries. In M. Bergmann, A. Scherpenzeel & A. Börsch-Supan (Hrsg.), *SHARE Wave 7 Methodology: Panel innovations and life histories* (S. 15–19). München: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Bourdieu, P. (2018). *Die feinen Unterschiede Kritik an der gesellschaftlichen Urteilskraft* (26. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen-Daten-Fakten*. Wien.
- Burkert, N., Rásky, E. & Freidl, W. (2012). Social inequalities regarding health and health behaviour in Austrian adults. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 124(7–8), 256–261. doi: 10.1007/s00508-012-0164-7

- Ditton, H. & Maaz, K. (2011). Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In H. Reinders, H. Ditton, C. Gräsel & B. Gniewosz (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung* (S. 193–208). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hradil, S. (2008). *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (8. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.
- Hradil, S. (2016). Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In H. Korte & B. Schäfers (Hrsg.), *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie* (9. Aufl., S. 247–275). Wiesbaden: Springer VS.
- Jöckel, K.-H., Babitsch, B., Bellach, B.-M., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, J., Winkler, J. & Wolf, C. (1998). Messung und Quantifizierung soziodemografischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, B.-M. Bellach & K.-H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie (RKI-Schriften)* (S. 7–38). Berlin: Springer Medizin Verlag GmbH.
- Jungbauer-Gans, M. & Gross, C. (2009). Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl., S. 77–98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klein, J. & Knesebeck, O. v. d. (2016a). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 341–353). Wiesbaden: Springer VS.
- Klein, J. & Knesebeck, O. v. d. (2016b). Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung: Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(2), 238–244. doi: 10.1007/s00103-015-2283-6
- Klein, J. & Knesebeck, O. v. d. (2018). Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. *Public Health Forum*, 26(4), 316–318. doi: 10.1515/pubhef-2018-0082
- Knesebeck, O. v. d. & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Versorgung im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(1), 39–46. doi: 10.1007/s00391-008-0522-2
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2016). Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(2), 252–258. doi: 10.1007/s00103-015-2285-4
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2009). Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl., S. 309–334). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt*, 5(2), 1-12. doi 10.17886/RKI-GBE-2016-017

- Lampert, T., Kroll, L. E., Müters, S. & Stolzenberg, H. (2013). Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(1), 131–143. doi: 10.1007/s00103-012-1583-3
- Leoni, T. (2015). Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. *WIFO MONATSBERICHTE*, 88(8), 649–662.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Mielck, A. (2006). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Argumente gegen die Überbetonung des Gesundheitsverhaltens. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München: Bd. Teilbd. 1 und 2* (S. 975–990). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.-M. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(3), 296–306. doi: 10.1007/s00103-004-1004-3
- Warner, U. (2009). *Die Messung von Einkommen in der international vergleichenden Umfrageforschung*. Mannheim: FRG, Forschung Raum und Gesellschaft e.V.
- Wehler, H.-U. (2013). *Die neue Umverteilung Soziale Ungleichheit in Deutschland*. München: C.H. Beck.
- Winkler, J. (1998). Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheits-surveys der DHP. In W. Ahrens, B.-M. Bellach & K.-H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemografischer Merkmale in epidemiologischen Studien (RKI-Schriften)* (S. 69–74). Berlin: Springer Medizinverlag GmbH.
- Winkler, J. & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, 2, 178–183.

Online

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2017a). *Der Österreichische Strukturplan Gesundheit—ÖSG 2017*. Online: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> [Abruf am 29.12.2019]
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2017b). *ÖSG 2017: Planung der Gesundheitsversorgung*. Online: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/planung> [Abruf am 29.12.2019]
- Herndler, D. (2019). *Beamtenpension—Höhe und Durchrechnung in Österreich*. Online: <https://www.finanz.at/steuern/pension/beamtenpension> [Abruf am 18.03.2020]
- <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Demografische-Regionale-Standards/demografische-standards-info.html> [Abruf am 16.02.2020]

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/vorsorgeuntersuchung/inhalt> [Abruf am 30.03.2020]

<https://www.gesundheitskasse.at> [Abruf am 15.04.2020]

https://www.oewa.at/fileadmin/Documents/documents/Einstufung_ABC-Schichten.pdf [Abruf am 14.03.2020]

<https://www.rki.de> [Abruf am 12.05.2020]

<https://www.share-project.org/home0.html> [Abruf am 14.11.2019]

<https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Aktuelle-Ma%C3%9Fnahmen.html> [Abruf am 13.05.2020]

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.853102&viewmode=content> [Abruf am 28.03.2020]

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien. (2019). *Mindestpension (=Ausgleichszulage)*. Online: <https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitundrecht/pension/pensionshoehe/Mindestpension.html> [Abruf am 18.03.2020]

Lamei, N., Bacher, M., Glaser, T., Heuberger, R., Psihoda, S. & Skina-Tabue, M. (2019). *Tabellenband EU-SILC 2018 und Bundesländertabellen mit Dreijahresdurchschnitt EU-SILC 2016 bis 2018*. Online https://bmsk2.cms.apa.at/cms/site/attachments/0/3/2/CH3434/CMS1565095954990/tabellenband_eu-silc_2018_und_bundeslaendertabellen_mit_dreijahresdurchsch.pdf [Abruf am 28.03.2020]

Statistik Austria. (2020a). *Bildungsstand der Bevölkerung*. Online: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html [Abruf am 15.04.2020]

Statistik Austria. (2020b). *Jährliche Personeneinkommen*. Online: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/personen-einkommen/jaehrliche_personen_einkommen/index.html [Abruf am 15.04.2020]

Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. & Kurth, B.-M. (2004). *Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen*. Online: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Versorgung/projektbericht.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am 03.04.2020]

Vogt, S. & Werner, M. (2014). *Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse*. Online: https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqualinhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf [Abruf am 15.03.2020]

Mail

Adlbrecht, J. (11.12.2019). E-Mailverkehr: Anfrage Ärztekammer zur Gesundheitsversorgung. Stv. Leiterin der Rechtsabteilung der Österreichischen Ärztekammer.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Punktescore Beruf und Bildung	13
Tabelle 2: Punktescore der Einkommensarten	14
Tabelle 3: Punktezuordnung sozioökonomischer Status.....	16
Tabelle 4: Ergebnis des Screenings.....	17
Tabelle 5: Durchgeführte Interviews.....	19
Tabelle 6: Kodierschema.....	22
Tabelle 7: Motive der Nichtinanspruchnahme Zahnmedizin	24
Tabelle 8: Motive der Nichtinanspruchnahme Augenheilkunde.....	24
Tabelle 9: Motive der Nichtinanspruchnahme Hautkrebsvorsorge.....	26
Tabelle 10: Motive der Nichtinanspruchnahme Prostatakrebsvorsorge	26
Tabelle 11: Motive der Nichtinanspruchnahme Darmkrebsvorsorge	27
Tabelle 12: Motive der Nichtinanspruchnahme Vorsorgeuntersuchung.....	28
Tabelle 13: Motive der Nichtinanspruchnahme Angebote der Gesundheitsförderung.....	30
Tabelle 14: Motive der Nichtinanspruchnahme Kuraufenthalte	32
Tabelle 15: Klassifizierung nach Andersens Behavioral Model of Health Services Use	34

Anhang

Anhang A: Fragenbogen zur Ermittlung des sozioökonomischen Status

P00

Name: _____

Alter: _____

Geschlecht

weiblich

männlich

Welchen Beruf haben Sie vor dem Pensionsantritt zuletzt ausgeübt?

- Unselbständige Arbeiterin / unselbständiger Arbeiter
- Hausfrau / Hausmann
- Angestellte, Angestellter, Beamtin, Beamter
- Leitende Angestellte / Beamtin, leitender Angestellter / Beamter
- Selbständige Erwerbstätige, selbständig Erwerbstätiger

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- Pflichtschule
- Lehre
- BMS Berufsbildende mittlere Schule, Fachschule
- AHS, BHS
- Universität, FH, Kolleg

Wie hoch ist Ihr regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen aus der Pension pro Monat?

- bis 1.000 €
- 1.001 € - 1.300 €
- 1.301 € - 1.800 €
- 1.801 € - 2.300 €
- 2.301 € - 2.800 €
- 2.801 € - 3.200 €
- 3.201 € - 3.800 €
- 3.801 € - 4.500 €
- 4.501 € - 5.200 €
- 5.201 € und mehr

Wie hoch ist Ihr regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen pro Monat (Pension zuzüglich etwaiger anderer Bezüge wie Witwen-/Witwerpension, Firmenpensionen, Vermietung, Verpachtung von Liegenschaften, Zinsen aus Anlagevermögen, Unterhaltszahlungen, usw.)?

- bis 1.300 €
- 1.301 € - 1.800 €
- 1.801 € - 2.300 €
- 2.301 € - 2.800 €
- 2.801 € - 3.200 €
- 3.201 € - 3.800 €
- 3.801 € - 4.500 €
- 4.501 € - 5.200 €
- 5.201 € - 5.900 €
- 5.901 € und mehr

Wie hoch ist das Nettohaushaltseinkommen pro Jahr (Pension zuzüglich etwaiger anderer Bezüge wie Witwen-/Witwerpension, Firmenpensionen, Vermietung, Verpachtung von Liegenschaften, Zinsen aus Anlagevermögen, Unterhaltszahlungen, usw.)?

- bis 10.000 €
- 10.001 € - 15.000 €
- 15.001 € - 20.000 €
- 20.001 € - 25.000 €
- 25.001 € - 30.000 €
- 30.001 € - 35.000 €
- 35.001 € - 40.000 €
- 40.001 € - 50.000 €
- 50.001 € - 60.000 €
- 60.001 € und mehr

Anhang B: Interviewleitfaden

- Begrüßung
- Frage, ob das Interview aufgezeichnet werden darf
- Dauer ca. 15 Minuten
- Einleitende Worte und Erklärung der Vorgehensweise
 - Ziel der Befragung: Erheben von Motiven für die Inanspruchnahme, Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

- Familienstand oder Partnerschaftsverhältnis (ermöglichende Faktoren der Inanspruchnahme)?
- Wie viele Personen leben im gleichen Haushalt?
- Kinder, die im gleichen Haushalt leben (ermöglichende Faktoren der Inanspruchnahme)
- Kinder, die nicht im gleichen Haushalt leben (wie weit entfernt?)
- Gesundheitszustand
- Etwaige Erkrankungen (die einen regelmäßigen Besuch bei Fachmedizinerinnen und -mediziner erfordern) etwa Bluthochdruck, Diabetes,...

- Welche Fachmedizinerinnen und -mediziner besuchen Sie regelmäßig (jährlich, alle zwei Jahre, alle fünf Jahre)?
 - Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Wartezeiten, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Wie oft waren Sie **im Vorjahr** bei der Zahnärztin, dem Zahnarzt?
 - Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Wartezeiten, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Wie oft waren Sie in den **beiden letzten Jahren** bei der Augenärztin, beim Augenarzt?
 - Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Wartezeiten, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Welche Krebsvorsorgeuntersuchungen kennen Sie? (Bei Bedarf nachfragen: Gebärmutterhals-, Brust-, Prostata-, Haut-, Darmkrebs)
- Welche Krebsvorsorgeuntersuchungen haben Sie in den beiden letzten Jahren in Anspruch genommen?
 - Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Wartezeiten, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Nutzen Sie das Angebot der jährlichen Vorsorgeuntersuchung?

- Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Wartezeiten, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Kennen Sie Angebote und Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung?
- Nutzen Sie die Angebote, besuchen Sie Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung (beispw. Vorträge, Gesundheitsmesse, Gesundheitstage der ÖGK, Seniorentage der ÖGK, usw.)?
 - Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Waren Sie schon einmal auf Kur, Rehabilitation seit Sie in der Pension sind?
 - Wann und wie oft?
 - Welche Gründe warum / warum nicht? (Bei Bedarf, fragen nach ermöglichenden Faktoren, Anreise, finanzielle Zuzahlungen, usw.)
- Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Dank für das Interview, Verabschiedung.

Anhang C: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Ich, _____, geboren am _____, wohnhaft in _____, bin einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben und Aussagen im Rahmen der Bachelorarbeit von Frau Elisabeth Weiss verwendet werden.

Meine Daten und Angaben werden in der Bachelorarbeit anonymisiert, so dass auf meine Identität keine Rückschlüsse gezogen werden können. Frau Weiss verpflichtet sich, meine Daten und Angaben vertraulich zu behandeln und Dritten gegenüber keine Informationen über meine Person, meine Daten und Aussagen zu machen. Die von mir gemachten Angaben werden ausschließlich für die Bachelorarbeit verwendet.

Ich bin einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang D: Auswertung des Screenings zum sozioökonomischen Status

n= 23	Punkte	Teilnehmerinnen und Teilnehmer																						
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23
Vor dem Pensionsantritt zuletzt ausgeübter Beruf																								
Hausfrau / Hausmann	1,0																							
Unselbständige Arbeiterin / unselbständiger Arbeiter	1,0												1				1	1			1	1		
Angestellte, Angestellter, Beamtin, Beamter	2,0	1	1	1	1					1		1		1					1			1		
Selbständig Erwerbstätige, selbständig Erwerbstätiger	3,0														1									1
Leitende Angestellte/ Beamtin, leitender Angestellter/ Beamter	4,0					1	1	1		1								1						
Höchste abgeschlossene Ausbildung																								
Pflichtschule	1,0													1				1				1		
Lehre	2,0		1							1	1						1	1			1		1	1
BMS Berufsbildende mittlere Schule, Fachschule	2,0	1			1								1						1					
AHS, BHS	3,0			1		1	1																	
Universität, FH, Kolleg	4,0							1				1												
Regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen aus Pension pro Monat																								
bis 1.000 €	0,4									1				1			1				1	1		
1.001 € - 1.300 €	0,8		1											1			1			1		1		
1.301 € - 1.800 €	1,2	1				1					1					1								1
1.801 € - 2.300 €	1,6				1	1					1								1					
2.301 € - 2.800 €	2,0																							
2.801 € - 3.200 €	2,4						1																	
3.201 € - 3.800 €	2,8																							
3.801 € - 4.500 €	3,2							1																
4.501 € - 5.200 €	3,6																							
5.201 € und mehr	4,0																							
Regelmäßiges persönliches Nettoeinkommen pro Monat																								
bis 1.300 €	0,4		1							1				1	1		1	1		1				
1.301 € - 1.800 €	0,8	1																			1	1		1
1.801 € - 2.300 €	1,2			1		1					1					1			1		1			
2.301 € - 2.800 €	1,6				1						1													
2.801 € - 3.200 €	2,0						1																	
3.201 € - 3.800 €	2,4																							
3.801 € - 4.500 €	2,8								1															
4.501 € - 5.200 €	3,2																							
5.201 € - 5.900 €	3,6																							
5.901 € und mehr	4,0																							
Nettohaushaltseinkommen pro Jahr																								
Bis 10.000 €	0,4																							
10.001 € - 15.000 €	0,8		1																					
15.001 € - 20.000 €	1,2																							1
20.001 € - 25.000 €	1,6	1												1								1		1
25.001 € - 30.000 €	2,0																		1		1			
30.001 € - 35.000 €	2,4																		1					
35.001 € - 40.000 €	2,8																							
40.001 € - 50.000 €	3,2					1	1		1	1				1						1				
50.001 € - 60.000 €	3,6							1		1														1
60.001 € und mehr	4,0			1	1														1					
Vor dem Pensionsantritt zuletzt ausgeübter Beruf		2	2	2	2	4	4	4	2	4	2	0	1	2	3	1	1	4	2	1	1	2	0	3
Höchste abgeschlossene Ausbildung		2	2	3	2	3	3	4	2	2	4	0	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	0	2
Durchschnitt der drei Einkommensarten (je 1/3)																								
Nettopension, Nettoeinkommen,		1,2	0,7	2,3	2,4	1,9	2,5	3,2	1,3	2,1	2,0	0,0	0,8	1,5	1,5	1,1	1,7	1,6	1,5	1,2	0,9	0,9	0,0	1,9
Summe der drei Kategorien Beruf, Bildung und Einkommen		5,2	4,7	7,3	6,4	8,9	9,5	11,2	5,3	8,1	8,0	0,0	3,8	4,5	6,5	4,1	3,7	7,6	5,5	3,2	2,9	4,9	0,0	6,9
Sozioökonomischer Status		M	M	M	M	H	H	H	M	H	M		N	M	M	M	N	M	M	N	N	M	M	
Geschlecht		fem	male	fem	male	fem	male	male	fem	male	male	fem	fem	fem	fem	fem	fem	male	fem	fem	fem	fem	fem	male

Agenda:
 Sozioökonomischer Status
 N = Niedrig
 M = Mittel
 H = hoch
 Geschlecht:
 fem = weiblich
 male = männlich

Anhang E: Transkriptionsregeln

Transkription von Interviews

Die Regel am Studiengang ist, dass ausnahmslos jedes Interview vollständig transkribiert werden muss.

D.h. Die Interviews müssen aufgezeichnet (z.B. mit dem Handy oder einem MP3-Player) und dann vollständig vertextet werden. Die Transkripte müssen der Betreuer_in pseudonymisiert übergeben werden (d.h. der Name, die Firma, der Wohnort, etc. werden durch Buchstaben- und Zahlencodes ersetzt). In der Regel werden Transkripte der Bachelorarbeit nicht beigelegt.

Das Transkript wird mit einem Code (z.B. INT1 – für Interview 1) und Zeilennummern versehen, um bei der Analyse auf diese verweisen zu können. Damit finden Sie problemlos Textteile aus der Analyse im Originaltranskript und Ihre Analyse wird dadurch nachvollziehbar.

Transkriptionsregeln¹

1. Transkribieren Sie wörtlich und nicht zusammenfassend. Sog. "leichte Glättung": d.h. sog. "breiten Dialekt" korrigieren, Beibehalten von: umgangssprachlichen Ausdrucksweisen, Mundart, falsche Satzstellung, falsche Ausdrucksweise.
2. Jedes Statement, das die Identifizierung der interviewten Person ermöglichen würde (z.B. Namen, Orte, berufliche Stellung) müssen pseudonymisiert werden und in Klammer gesetzt werden, z.B. Frau [Name], in [Ort].
3. Angefangene, aber abgebrochene Wörter oder Sätze sowie Stottern können weggelassen werden; auch "ähs" etc. zur besseren Lesbarkeit. Wortverdoppelungen werden nur dann transkribiert, wenn sie zur Betonung verwendet wurden ("Das ist sehr, sehr wichtig für mich.") Halbe Sätze werden transkribiert.
4. Zeichensetzung wird zur besseren Lesbarkeit geglättet. Kurzes Brechen der Stimme oder zweideutige Betonungen werden bevorzugt durch Punkte statt durch Beistriche gekennzeichnet.
5. Pausen werden durch Auslassungspunkte in Klammer angegeben (...).
6. Besonders betonte Wörter werden in Großbuchstaben geschrieben.
7. Emotionale Äußerungen (lachen, Seufzer) oder Unterbrechungen (z.B. durch ein Telefongespräch) werden in Klammer transkribiert.
8. Unverständliche Wörter werden folgendermaßen transkribiert: (*inc.*). Ev. Grund dazu angeben: (*inc., Handy läutet*) oder (*inc., Mikrofonstörung*). Wenn Sie ein bestimmtes Wort vermuten, dann geben Sie das Wort in Klammer dazu an mit Fragezeichen.
9. Der/die Interviewer/in wird mit "I:" gekennzeichnet, die interviewte Person durch "B:" (für Befragte/r). Bei mehreren befragten Personen, wird zusätzlich zu "B" eine Nummer angegeben.

¹ Dresing, T., Pehl, T. & Schmieder, C. (2015): Manual (on) Transcription. Transcription Conventions, Software Guides and Practical Hints for Qualitative Researchers. 3rd English Edition. Marburg Available Online: <http://www.audiotranskription.de/english/transcription-practicalguide.htm> (Access: 01.03.2016).

Fuß, S. & Karbach, U. (2014). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich

Anhang F: Auswertung der qualitativen Umfrage

Int.	Sozialer Status	Paraphrase	Generalisierung	Behavioral Model
11	Niedrig	Lange Wartezeiten auf Termin	Lange Wartezeiten auf Termin	Community
11	Niedrig	Mangelnde Ärztedichte	Mangelnde Ärztedichte	Community
11	Niedrig	Kein Interesse an einer Kur	Kein Interesse	Health Beliefs
11	Niedrig	Kein Interesse, kein Grund für Ablehnung genannt	Kein Interesse	Health Beliefs
4	Niedrig	Hat sich nie mit Kur beschäftigt	Nicht damit beschäftigt	Health Beliefs
4	Niedrig	Hat sich noch nicht damit beschäftigt	Nicht damit beschäftigt	Health Beliefs
3	Niedrig	Keine gesundheitlichen Beschwerden, die einen Kuraufenthalt erfordern	Kein Bedarf	Perceived Need
9	Niedrig	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
9	Niedrig	Vollständiger Zahnersatz	Kein Bedarf	Perceived Need
4	Niedrig	Keine Zeit, an Haus und Garten gebunden	An Haus und Garten gebunden	Social Structure
4	Niedrig	Angst vor zahnmedizinischer Behandlung	Angst	Social Structure
3	Niedrig	Teilnahme Vorort ja, abends: Anreise zu beschwerlich	Anreise beschwerlich	Social Structure
9	Niedrig	Anreise beschwerlich	Anreise beschwerlich	Social Structure
9	Niedrig	Anreise beschwerlich	Anreise beschwerlich	Social Structure
9	Niedrig	Anreise beschwerlich	Anreise beschwerlich	Social Structure
9	Niedrig	Letzter Kurantrag 2003, persönliche Vorsprache gefordert, Anreise zu PVA beschwerlich	Anreise beschwerlich	Social Structure
9	Niedrig	Antragstellung demütigend und schwierig	Demütigendes Verfahren	Social Structure
4	Niedrig	Möchte nicht allein gehen	Keine Begleitung	Social Structure
3	Niedrig	Scham, weil Nichtschwimmer	Scham	Social Structure
9	Niedrig	Frühere Nichtinanspruchnahme: unangenehm	Untersuchung unangenehm	Social Structure
1	Mittel	Abgelehnt: Sparmaßnahmen	Sparmaßnahmen	Community

Int.	Status	Paraphrase	Generalisierung	Behavioral Model
2	Mittel	Denkt nicht daran	Denkt nicht daran	Health Beliefs
6	Mittel	Denkt daher nicht daran	Denkt nicht daran	Health Beliefs
6	Mittel	Wenn daran erinnert werden würde	Denkt nicht daran	Health Beliefs
6	Mittel	Kein Interesse, hat andere Dinge, die interessanter für ihn sind	Kein Interesse	Health Beliefs
2	Mittel	Zieht keinen Nutzen daraus, möchte keine Zeit verschwenden	Kein Nutzen	Health Beliefs
6	Mittel	Keine Zeit, keine Lust, keine gesundheitlichen Probleme	Keine Lust	Health Beliefs
1	Mittel	Hat aber keine Zeit	Keine Zeit	Health Beliefs
2	Mittel	Zieht keinen Nutzen daraus, möchte keine Zeit verschwenden	Keine Zeit	Health Beliefs
6	Mittel	Keine Zeit, keine Lust, keine gesundheitlichen Probleme	Keine Zeit	Health Beliefs
1	Mittel	Geht davon aus, nicht alle Krankheiten zu haben	Geht davon aus, nicht alle Krankheiten zu haben	Health Beliefs
2	Mittel	Kein Bedarf, außer Acht gelassen	Kein Bedarf	Perceived Need
2	Mittel	Nicht Neues dabei, im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
2	Mittel	Sieht keine Veranlassung, keine genetische Prädisposition	Kein Bedarf	Perceived Need
6	Mittel	Hat keine gesundheitlichen Probleme	Kein Bedarf	Perceived Need
6	Mittel	Keine Zeit, keine Lust, keine gesundheitlichen Probleme	Kein Bedarf	Perceived Need
7	Mittel	Keine gesundheitlichen Probleme, die durch eine Kur gemildert werden könnten	Kein Bedarf	Perceived Need
7	Mittel	Kennt sich gut aus, braucht keine weiteren Informationen	Kein Bedarf	Perceived Need
6	Mittel	Untersuchung unangenehm, denkt nicht daran	Untersuchung unangenehm	Social Structure
10	Hoch	Kurbehandlungen zu oberflächlich	Mangelhaftes Angebot	Community
10	Hoch	Angebot der Österreichischen Gesundheitskassa zu oberflächlich	Mangelhaftes Angebot	Community

Int.	Status	Paraphrase	Generalisierung	Behavioral Model
12	Hoch	Vom Kurarzt nicht ernst genommen	Mangelhaftes Angebot	Community
12	Hoch	Angebot der Österreichischen Gesundheitskassa zu oberflächlich	Mangelhaftes Angebot	Community
5	Hoch	Angebot nicht interessant	Mangelhaftes Angebot	Community
10	Hoch	Unangenehme Erfahrungen	Unangenehme Erfahrung mit Gesundheitswesen	Community
12	Hoch	Unangenehme Erfahrungen, abgeschreckt durch Schwierigkeiten, die Bekannte hatten	Unangenehme Erfahrung mit Gesundheitswesen	Community
10	Hoch	Keine Notwendigkeit gesehen	Keine Notwendigkeit	Health Beliefs
12	Hoch	Es ist umständlich, für sich Relevantes herauszufiltern	Umständlich Relevantes herauszufiltern	Health Beliefs
10	Hoch	Keine Notwendigkeit gesehen, zusätzliche Belastung zu anderen Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
10	Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
12	Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
5	Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
5	Hoch	Kein Bedarf, keine Anzeichen beobachtet, gespürt	Kein Bedarf	Perceived Need
5	Hoch	Kein Bedarf, nur bei Anlassfall	Kein Bedarf	Perceived Need
5	Hoch	Kein Bedarf, nur bei Anlassfall	Kein Bedarf	Perceived Need
5	Hoch	Keine gesundheitlichen Beschwerden, die einen Kuraufenthalt erfordern	Kein Bedarf	Perceived Need
8	Hoch	Im Zuge krankheitsbedingter Untersuchungen	Kein Bedarf	Perceived Need
8	Hoch	Keine gesundheitlichen Beschwerden, die einen Kuraufenthalt erfordern	Kein Bedarf	Perceived Need
10	Hoch	Zusätzliche Belastung zu anderen Untersuchungen	Zusätzliche Belastung	Social Structure
10	Hoch	Wird zu viel zusätzlich zu anderen Untersuchungen	Zusätzliche Belastung	Social Structure