

Soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Name der Autorin

Elisabeth Weiss

Matrikelnummer

08403511

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

Blumau-Neurißhof, Februar 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.

03. Februar 2020

Unterschrift

A handwritten signature in black ink, reading "Eliselekh Wap". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping tail on the final letter of the last name.

Abstract

Bedingt durch den demografischen Wandel, welcher durch die steigende Lebenserwartung, die sinkenden Geburtenraten und der Alterung der Gesellschaft charakterisiert ist, gerät die Finanzierung des Gesundheitswesens immer mehr in den Blickpunkt der öffentlichen Diskussion. In diesem Kontext stellt sich die Frage nach sozialer Gleichheit aller und ob ältere und alte Personen in gleichem Maß wie andere Personen Zugang zur Gesundheitsversorgung genießen.

Die wissenschaftliche Forschung hat bis dato Personen über 65 Jahre im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung noch wenig berücksichtigt, obwohl der Zusammenhang zwischen sozialem Status und schlechter Gesundheit, Multimorbidität und Mortalität älterer Menschen als wissenschaftlich evident gilt.

Die vorliegenden Ergebnisse bisheriger Forschung zeigen ungleiche Zugangsmöglichkeiten zur Gesundheitsversorgung, diese beruhen hauptsächlich auf monetären Leistungen. Zugangsbeschränkungen äußern sich ebenfalls in der Unübersichtlichkeit der unterschiedlichen vorhandenen Möglichkeiten und in Rationierungen von gesundheitsbezogenen Versorgungsleistungen. Die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens unterliegt ebenso einem sozialen Gefälle zuungunsten älterer sozial benachteiligter Personen. Sie nehmen weniger Teil an Vorsorgeuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung und an fachmedizinischen Untersuchungen als Personen, deren sozioökonomischer Status höher ist. Die Deutung der Daten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme gestaltet sich schwierig, da Hintergründe und Ursachen derzeit noch wenig beforscht sind.

Keywords: Ältere, Gesundheitsversorgung, Inanspruchnahme, gesundheitliche Ungleichheit, soziale Ungleichheit, sozioökonomischer Status, Ungleichheit, Zugang

Abstract

Due to demographic change, which is caused by the increasing expectancy of life and decreasing birth rate, and the ageing of society, the focus of the public is more and more directed towards financing of healthcare.

In this context, social equality and the question whether all elderly and old people have equal access to healthcare is to be discussed. From a legal and social point of view this is given, although this viewpoint does not align with empirical observations.

Despite the connection between social status and health, multi-morbidity and mortality, research on people of age 65 or over and their access to healthcare is so far only sketchy. Previous research shows the inequality concerning access to healthcare, which is mainly based on monetary services. Another factor, which causes restrictions in access, can be found in the complexity of the different possibilities available. The claim of healthcare benefits is also subject to a social disparity to the detriment of socially disadvantaged people. The interpretation of data in connection with this claim is difficult as background and causes are still little researched.

Keywords: access of healthcare, claim of healthcare, older adults, healthcare, health inequality, social inequality, socio-economic status

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	2
1.2	Forschungsfragen.....	3
1.3	Methode	4
2	Definitionen von Begriffen und Konzepten	5
2.1	Sozioökonomischer Status	5
2.2	Sozioökonomischer Status im Alter	6
2.3	Soziale Ungleichheit in der Gesundheit	9
2.4	Produktion und Reproduktion von Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung	10
2.5	Soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgungsforschung	11
2.6	Gesundheitsversorgung in Österreich.....	12
3	Sozioökonomischer Status von Menschen ab 65 Jahren und die Auswirkungen auf den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung	13
3.1	Zugang zur Gesundheitsversorgung im Alter.....	17
3.2	Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung im Alter.....	23
4	Zusammenfassung	27
5	Schlussfolgerungen und Diskussion	31
6	Ausblick	36
	Literaturverzeichnis	38

1 Einleitung

Der demografische Wandel, verursacht durch den Rückgang der Geburtenraten und der steigenden Lebenserwartung, ist mit der Alterung der Gesellschaft verbunden. Ältere Menschen leiden häufiger an chronischen und Mehrfacherkrankungen, welche mit einem erhöhten sowie kostenintensiven Versorgungsbedarf an Gesundheitsdienstleistungen verbunden sind. Dies führt zu Diskussionen über die Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Sozialwesens und der Gesundheitsversorgung, da eine größer werdende Anzahl nicht mehr erwerbstätiger Personen einer kleiner werdenden Zahl erwerbstätiger Personen gegenübersteht. Das bedingt, dass die im Berufsleben Stehenden die Gesundheitsversorgung finanziell für Alle (durch Beiträge aus Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) tragen müssen.

Die soziale Ungleichheit zwischen Personengruppen mit höherem versus niedrigerem sozioökonomischen Status spiegelt sich in der gesundheitlichen Verfassung wider. Der Literatur zur gesundheitlichen Ungleichheit ist zu entnehmen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status eher von Frühsterblichkeit, chronischen und Mehrfacherkrankungen betroffen sind als Menschen 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).

In die öffentliche Diskussion um die Finanzierung der Gesundheitsversorgung fließt oftmals die Argumentation der so genannten Zwei-Klassen-Medizin ein. Diese beschreibt wahrgenommene oder empfundene Nachteile in der Gesundheitsversorgung von sozial benachteiligten und älteren Personen. Behauptungen und Wahrnehmungen können jedoch nicht bewiesen werden und beruhen hauptsächlich auf Beobachtungen, Erfahrungen und dem subjektiven Empfinden von einzelnen Personen. In diesem Zusammenhang ergeben sich Fragestellungen bezüglich des Wahrheitsgehaltes der Behauptungen. Es ist zu hinterfragen, ob tatsächlich alle über 65-jährigen Personen in gleichem Maß Zugang zur Gesundheitsversorgung haben oder ob es unter ihnen Personengruppen gibt, deren Zugang eingeschränkt ist. Gibt es Untersuchungen, die belegen können, dass ältere Menschen von Rationierungen in der Gesundheitsversorgung betroffen sind? Wenn es Zugangsbeschränkungen gibt, so ist von Interesse, welche Determinanten den Zugang zur Gesundheitsversorgung beschränken. Der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens sollte in Österreich grundsätzlich gleichberechtigt sein. Werden alle angebotenen Leistungen von Personen über 65 Jahren in Anspruch genommen oder ist belegbar, dass es

Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen gibt? Bei all diesen Fragen interessiert auch, ob ein soziales Gefälle zuungunsten von sozial benachteiligten Personen existiert. Zu hinterfragen wäre auch, welche Leistungen des Gesundheitswesens bevorzugt wahrgenommen und beansprucht werden. Die Suche nach wissenschaftlichen Belegen der Behauptungen über Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung ist begründet, da diese die Emotionalität aus den geführten Diskussionen eliminieren sowie die Argumentationsbasis auf ein wissenschaftlicheres Niveau heben können.

So führen diese Überlegungen zu der Hypothese der Bachelorarbeit, dass soziale Ungleichheit negative Auswirkungen auf den Zugang zur und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für Personen ab 65 Jahren hervorrufen. Diese soll im Rahmen der Literaturrecherche und anschließender Analyse verifiziert oder falsifiziert werden.

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Gesundheitliche Ungleichheit ist wissenschaftlich ausführlich bearbeitet. Es existiert eine Reihe von Studien und wissenschaftlichen Veröffentlichungen in diesem Bereich, die einen signifikanten Zusammenhang zwischen der sozialen Position von Personen innerhalb einer Gesellschaft und ihrer Multimorbidität¹ und Mortalität bestätigen (Behrens, 2009, S. 68; Jungbauer-Gans & Gross, 2009, S. 77; Kruse & Schmitt, 2016, S. 253; Lampert et al., 2017, S. 83; Lampert & Kroll, 2014, S. 1). Es gibt ebenfalls wissenschaftliche Studien zum Thema der Inanspruchnahme von medizinischen und präventiven Maßnahmen, welche alle Bevölkerungsschichten betrachten. Die Datenlage und deren Auswertungen zum Forschungsfeld „Zugang zur Gesundheitsversorgung“ und in Bezug auf Personen über 65 Jahre steht im Vergleich dazu noch am Anfang der wissenschaftlichen Betrachtung (Bauer & Büscher, 2008, S. 7; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316).

Ziel der Bachelorarbeit

In der vorliegenden Bachelorarbeit sollen ältere, sozial benachteiligte Personen und deren Vulnerabilität durch den schlechten soziökonomischen Status mehr in den Fokus gerückt werden. Es soll zudem Sensibilität für das Thema soziale Ungleichheit der Personengruppe über 65 Jahre und ihren Zugang zur und ihrer Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen

¹ Unter Multimorbidität versteht man das gleichzeitige Auftreten mehrerer, oft chronischer oder irreversibler Krankheiten Online: <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbidity/Multimorbidity.html> [Abruf am 27.01.2020].

Dienstleistungen erzeugt werden. Dabei soll Interesse für die eingeschränkten Lebens- und Gesundheitschancen älterer und sozial benachteiligter Menschen geweckt werden. Der Wissensstand zur oben angeführten Problemlage dieser älteren Personengruppe soll erweitert werden.

Aufbau der Arbeit

Die Bachelorarbeit ist in sechs Kapitel unterteilt. Nach der Einleitung in die Problemstellung erfolgt im zweiten Kapitel eine Annäherung an das Thema. Begriffe, die im Verlauf der Bachelorarbeit verwendet werden, und zugrunde liegende Konzepte werden definiert und erläutert. Der sozioökonomische Status wird beleuchtet sowie die grundsätzlichen Thesen zum sozioökonomischen Status im Alter beschrieben. Weiters folgt eine Erläuterung der Gesundheitsversorgung in Österreich, der gesundheitlichen Ungleichheit, der Versorgungsforschung und der Produktion und Reproduktion von Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung.

Das dritte Kapitel führt in die theoretischen Grundlagen von Inanspruchnahme von und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung ein. Anschließend wird anhand von recherchierter Literatur und Studien auf die Auswirkungen des sozialen Status von Menschen über 65 Jahre auf den Zugang zur und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung näher eingegangen. Die abschließenden Kapitel stellen eine Zusammenfassung (Kapitel 4), die Diskussion der Erkenntnisse in Bezug auf die Forschungsfragen (Kapitel 5) sowie einen Ausblick (Kapitel 6) vor.

1.2 Forschungsfragen

Die Annäherung an die Zielsetzung der Bachelorarbeit und die Bearbeitung der Hypothese erfolgt über zwei Forschungsfragen. Mit der Beantwortung der Forschungsfragen soll Interesse und Verständnis für ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status erzeugt werden. Weiters soll die Hypothese, dass soziale Ungleichheit negative Auswirkungen auf den Zugang zur und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung hat, verifiziert oder falsifiziert werden. Die Forschungsfragen lauten:

- Welche Auswirkungen hat der sozioökonomische Status von Menschen ab 65 Jahren auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung?
- Welche Auswirkungen hat der sozioökonomische Status von Menschen ab 65 Jahren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung?

Die Relevanz und Dringlichkeit der Forschungsfragen ergibt sich durch den Umstand, dass trotz der Existenz von wissenschaftlicher Forschung und Berichten, sowie Studien der Gesellschaft

oftmals die Sensibilität für das Thema soziale Ungleichheit in Bezug auf die Gesundheitsversorgung älterer Menschen fehlt. In der täglichen Medienberichterstattung erscheint diese Thematik eher als Randnotiz und wird von der Diskussion um die Finanzierbarkeit des Pensionsystems und der Kosten für die Gesundheitsversorgung älterer Mitmenschen überlagert.

1.3 Methode

Die methodische Herangehensweise an die Beantwortung der Forschungsfrage ist eine Literaturrecherche. Anhand vorab bestimmter Keywords wird auf Suchportalen nach wissenschaftlichen Artikeln zu dem Thema gesucht. Die Bewertung im Hinblick auf die Brauchbarkeit der Literatur bezugnehmend auf die Forschungsfragen wird anhand von Kriterien wie „Bezugnahme auf das Thema der Literaturliteratur“ oder „enthält notwendige Daten und Fakten“ durchgeführt. Die so aussortierte Literatur wird auf diese Kriterien überprüft, danach folgt eine Auswertung des Textes in Bezug auf die Forschungsfragen.

Zusätzlich zur Literatur mit direktem Bezug zur Altersgruppe der über 65-Jährigen wurden wissenschaftliche Arbeiten verwendet, welche auf Personen ab 50 Jahren oder auf Personen aller Altersgruppen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status referenzieren.

Folgende Quellen wurden für die Literaturrecherche herangezogen:

Elektronische Medien: Andrassy Universität Budapest, Google Scholar, Researchgate, share project, science direct, Springer Verlag, ssoar, Universität Innsbruck, Universität Wien

Bibliotheken: Ferdinand Porsche FernFH, FH Technikum Wien, Universität Innsbruck, Universität Wien

Bei der Suche und Analyse der Literatur kamen folgende **Suchbegriffe** im Einzelnen und in Kombinationen zur Anwendung:

Ältere, Gesundheitsversorgung, Inanspruchnahme, gesundheitliche Ungleichheit, soziale Ungleichheit, sozioökonomischer Status, Ungleichheit, Zugang

Die oben genannten Suchbegriffe wurden auch in Englischer Sprache verwendet:

access of healthcare, claim of healthcare, older adults, healthcare, health inequality, social inequality, socio-economic status

2 Definitionen von Begriffen und Konzepten

Zu Beginn der Bachelorarbeit sollen die verwendeten Begriffe und Konzepte erläutert werden.

2.1 Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische oder soziale Status ist die Summe von sozial relevanten Merkmalen, in den meisten Fällen sind dies Einkommen, Bildung und Beruf, welche die Position von Personen innerhalb einer gesellschaftlichen Rangordnung determinieren (Ditton & Maaz, 2011, S. 193). Für Personen, welche bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, wird der zuletzt ausgeübte Beruf als Statusmerkmal herangezogen (Jöckel et al., 1998; Lampert et al., 2013, S. 134). Die Rangordnung im sozialen Gefüge wird bestimmt durch den jeweils erreichten Grad in den unterschiedlichen Statusdimensionen (Hradil, 2016, S. 254). Die Hierarchie der Positionen innerhalb dieser Rangordnung wird bestimmt durch das Ansehen, die Achtung und Wertschätzung, die einer Position von der Gesellschaft beigemessen wird (Ditton & Maaz, 2011, S. 193). Die Position, die eine Person im Gesellschaftsgefüge einnimmt, ist verbunden mit Vor- aber auch Nachteilen. Personen, deren Rang in diesem Gefüge weniger hoch ist, haben verminderte Zugangschancen zu gesellschaftlich erstrebenswerten Ressourcen (Lampert, Kroll, Müters & Stolzenberg, 2013, S. 131).

Der sozioökonomische Status dient der Bildung von Schichtindizes, welche aussagekräftige Instrumente für soziale Ungleichheit sind (Winkler & Stolzenberg, 1999, S. 179). Die Hierarchie der sozialen Positionen kann sich auf verschiedene Theorien beziehen, die wichtigsten sind Schichtungs- und Klassentheorien (Ditton & Maaz, 2011, S. 193f.). Laut Hradil (2008, S. 30) liegt soziale Ungleichheit dann vor, wenn die Stellung im sozialen Gefüge den Zugang zu wertvollen Gütern be- oder verhindert, gleichzeitig aber einige Individuen aufgrund ihrer Besserstellung im sozialen Konstrukt ein Mehr an gesellschaftlich begehrten Ressourcen erhält. Soziale Ungleichheit äußert sich in dem Umstand, dass Personen aufgrund ihrer Position in der sozialen Hierarchie entweder vor- oder nachteilige Lebensbedingungen vorfinden (Hradil, 2016, S. 284 f.).

Als soziale Disparitäten werden die ungleiche Verteilung von Lebenschancen und/ oder Lebensbedingungen in einem klar definierten sozialen Raum bezeichnet (Erking-Kovanda, 2016). Der soziale Raum wird verstanden als klar definiertes Umfeld, in welchem

Ungleichheiten beobachtet werden können. Er gilt als soziales Produkt, welches durch Handeln entsteht und daher durch Handeln veränderbar ist (Alisch & Kümpers, 2018, S. 55).

2.2 Sozioökonomischer Status im Alter

Herkömmliche Klassen- und Schichttheorien strukturieren die Gesellschaft in eine hierarchische vertikale Rangordnung. Das Problemfeld der Ungleichheit ist aber komplex und nicht vertikale Merkmale haben in den letzten Jahrzehnten an Gewicht und Bedeutung gewonnen. Seit den 1960er Jahren treten diese nicht vertikalen Merkmale in das Blickfeld der soziologischen Forschung (Kreckel, 2004, S. 18 f.). Es sind dies Gleichheitsdifferenzen, welche innerhalb von Schichten und Klassen vorzufinden sind, „quer“ zu den traditionellen vertikalen Ungleichheiten laufen und **horizontale** Ungleichheit genannt werden (Hradil, 2016, S. 266; Kreckel, 2004, S. 18 f.; Mielck, 2001, S. 805). Die Stellung in der gleichen Schicht oder Klasse bedeutet nicht zwangsläufig auch den gleichen Anteil an Lebenschancen zu haben (Thieme, 2016, S. 239). Einen allgemein gültigen Index der Merkmale horizontaler Ungleichheit scheint es noch nicht zu geben, es wäre, ob der Vielzahl an Merkmalen, schwierig einen zu definieren. Die am meisten verwendeten und allgemein anerkannten horizontalen Ungleichheiten sind

- Alter
- Geschlecht
- ethnische Zugehörigkeit (Mielck, 2001, S. 80).

Weitere Dimensionen sind unter anderem Diskriminierungen aufgrund von regionaler Herkunft (urban, suburban, reiche, arme Regionen) und Ungleichbehandlung von Migrantinnen und Migranten, gesellschaftlichen Randgruppen oder Minderheiten (Kreckel, 2004, S. 17 ff.).

In der Versorgungsforschung spricht man von horizontaler Ungleichheit, wenn Menschen bei gleichem Bedarf an Behandlung, aufgrund des sozioökonomischen Status oder anderer Ungleichheitsmerkmale, eine ungleiche Behandlung oder ein ungleiches Ausmaß an Behandlungen erfahren (Doorslaer, Koolman & Jones, 2004, S. 631; Leoni, 2015, S. 650).

Für die Betrachtung des sozioökonomischen Status im Alter werden vier Thesen herangezogen:

- Die **Kontinuitätsthese** besagt, dass die während des Berufslebens erworbene Position im Statusgefüge im Alterungsprozesses nichts an seiner Gültigkeit einbüßt und sich bis

ins hohe Alter fortsetzt. Die Ungleichheitsposition im Alter geht auf den beruflichen Status während des Erwerbslebens zurück. Der mit dem sozioökonomischen Status verbundene Einfluss auf Lebenschancen, auf Resilienz und gesundheitsbezogene Wahrnehmungen und Aktivitäten verläuft konstant über die Lebenszeit (Knesebeck & Schäfer, 2009, S. 255). Auf die Gesundheit bezogen besagt diese These, dass der sozioökonomische Status stabil ist. Die Merkmale und Prozesse, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegen, haben sich bis ins hohe Alter verfestigt (Lampert et al., 2017, S. 81).

- Die **Kumulations- oder Divergenzthese** setzt an der Kontinuitätsthese an. Man geht davon aus, dass sich die soziale Position von unteren Statusschichten aufgrund einer Ansammlung von Nachteilen und Belastungen mit fortschreitendem Alter verschlechtert und die Schere der sozialen Ungleichheit größer wird (Knesebeck & Schäfer, 2009, S. 255). Das Auseinanderdriften der unterschiedlichen Statusschichten betrifft auch die gesundheitliche Ungleichheit. Die Verluste und Einbußen sowie das verstärkte Auftreten von chronischen Krankheiten während des Alterns treffen Angehörige unterer Statusschichten stärker und früher als Angehörige der oberen Statusschichten (Lampert et al., 2017, S. 81).
- Die **Destrukturierungs- oder Konvergenzthese** geht davon aus, dass Statusunterschiede mit dem Altern schwächer werden, die verschiedenen Schichten nähern sich an. Die Annäherung ist bedingt durch das frühzeitige Versterben von Angehörigen unterer Schichten (Knesebeck & Schäfer, 2009, S. 255; Lampert et al., 2017, S. 81), den steigenden Einfluss von altersbedingten respektive gesundheitsbezogenen Aspekten und die ausgleichende Wirkung von staatlichen Transferleistungen (Knesebeck & Schäfer, 2009, S. 255). Die gesundheitliche Ungleichheit nimmt im Alter ab, es kommt zu einer sukzessiven Angleichung der unterschiedlichen Statusschichten aufgrund der physiologischen Veränderungen, welche in sehr hohem Alter ähnlich verlaufen (Lampert et al., 2017, S. 82). Die Begründung dafür liegt im selektiven Versterben sozioökonomisch schlechter gestellter Personen (Lampert et al., 2017, S. 82; Stückler, 2018, S. 148).
- Die These der **Altersbedingtheit** macht psychologische und physiologische Veränderung während des Alterns für den im Alter bestehenden sozialen Status verantwortlich, sozioökonomische Merkmale verlieren an Bedeutung (Knesebeck & Schäfer, 2009, S. 255).

Die Wissenschaft geht davon aus, dass keine der vier Thesen für sich alleine gültig ist, sondern erst im Zusammenspiel zu einer validen Aussagekraft führen (Knesebeck & Schäfer, 2009, S. 255).

Eine weitere Theorie, die den Zeitverlauf bei der Betrachtung des sozioökonomischen Status berücksichtigt, ist die „**Cumulative Advantage Theory**“. Diese besagt, dass Benachteiligungen, welche ein Mensch in seiner Entwicklung erfahren hat, eine langfristige Wirkung zeigen, soziale Ungleichheit verstärkt sich in höherem Lebensalter (Ferraro & Kelley-Moore, 2003, S. 708 f.).

Basierend auf Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund und bezogen auf soziale Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung behaupten Lampert & Kroll (2014, S. 7) ebenfalls, dass die soziale Ungleichheit im Zeitverlauf größer wird. Diese Behauptung wird untermauert durch die Ergebnisse der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie. Aus der zweiten Welle der Längsschnittstudie geht hervor, dass sich sozioökonomisch bedingte gesundheitliche Unterschiede im Altersverlauf verstärken (Stückler, 2018, S. 148).

Die Frage, inwieweit sich der sozioökonomische Status mit dem Austritt aus dem Erwerbsleben ändert, beantwortet Wehler (2013, S. 199 ff.). Er behauptet, dass Menschen aus höheren Schichten in der Regel ihren sozialen Status behalten. Sie verfügen meist über ein angespartes Vermögen und relativ hohe Pensionsbezüge, welche eine Teilhabe an kulturellen Veranstaltungen, an Weiterbildungen und an aktiver Freizeitgestaltung, beispielsweise Reisen, ermöglicht. Sie verlieren auch nicht das im Lebenslauf angesammelte Berufs- und Leistungsprestige (Wehler, 2013, S. 99). Die Lage von Personen der Unterschicht und der unteren Mittelschicht ist anders geprägt. Die finanzielle Lage kann prekär werden, da sich die Pensionszahlung auf den Lohn des Erwerbslebens beziehen. Die Entlohnung unterer Schichten ist aber schon während der Berufsausübung weitaus geringer als in höheren Schichten. Besonders benachteiligt sind Frauen, u.a. aufgrund von Erwerbsunterbrechungen für die Kinderbetreuung, Betreuung von Angehörigen und Teilzeitbeschäftigungen. Wehler behauptet dass Rentnerinnen und Rentner mit dem Übertritt aus dem Erwerbsleben neben dem Verlust des sozialen Netzwerkes auch an Prestige verlieren (Wehler, 2013, S. 101).

Der sozioökonomische Status beeinflusst die Lebensqualität im Alter. Dies haben Untersuchungen, welche zusätzlich das subjektive Wohlbefinden älterer Menschen untersucht haben,

ergeben. Aufgrund einer Datenauswertung des Deutschen Alterssurvey wurden frühere Erkenntnisse untermauert, welche besagen, dass ein niedriger Bildungsgrad negativ auf das subjektive Wohlbefinden einwirkt. 65% der Personen mit hohem Bildungsabschluss empfinden eine hohe Lebenszufriedenheit, im Vergleich zu 51% der Personen mit geringem Bildungsstatus (Tesch-Römer, Wiest, & Wurm, 2010, S. 272 f.). Mangelhaft gebildete ältere Menschen fühlen sich weniger zufrieden und erleben seltener Glücksgefühle (Tesch-Römer et al., 2010, S. 263).

Eine Auswertung der zweiten und dritten Welle von SHARE², herangezogen wurden die Daten aus dreizehn Ländern, u. a. Österreich, Deutschland, Schweden und Israel, bestätigt den oben genannten Zusammenhang. Ziel der Datenanalyse war ein Vergleich der Lebensqualität aufgrund des sozioökonomischen Status in verschiedenen Wohlfahrtsregimen (Niedzwiedz, Katikireddi, Pell & Mitchell, 2014, S. 366). Das Resümee der Datenauswertung ist, dass Personen mit einem höheren Status im sozialen Gefüge auch eine höhere Lebensqualität erfahren. Die größten Unterschiede in der Lebensqualität sind verursacht durch das aktuelle Vermögen. Der Bildungsstand hat bei Frauen einen größeren Einfluss auf die Lebensqualität, Ungleichheiten werden aber auch bei Männern beobachtet. Den geringsten Einfluss auf die Lebensqualität der über 50-Jährigen hat die berufliche Position, die sie während ihres Erwerbslebens inne hatten (Niedzwiedz et al., 2014, S. 365 ff.).

2.3 Soziale Ungleichheit in der Gesundheit

Zahlreiche Studien der letzten Jahre belegen einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und Gesundheit. Dieser besteht darin, dass Personen in unteren Schichten eher von Krankheiten, chronischen Krankheiten und frühzeitigem Tod bedroht sind, als Personen mit höherem Bildungsabschluss, besserem Einkommen und prestigeträchtigeren Berufen (Behrens, 2009, S. 68; Jungbauer-Gans & Gross, 2009, S. 77; Kruse & Schmitt, 2016, S. 253). Der Zusammenhang ist augenscheinlich, sodass in der Literatur bereits der Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit als etabliert gilt (Jungbauer-Gans & Gross, 2009, S. 77). Die gesundheitsbezogenen Nachteile für Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status sind offenbar und zeigen sich in höherer Vulnerabilität für chronische Mehrfacherkrankungen und Frühsterblichkeit. Jungbauer-Gans & Gross (2009, S. 77) sprechen im Zusammenhang mit der

² SHARE Survey of Health, Aging and Retirement in Europe, siehe www.share-project.org

gesundheitlichen Ungleichheit von „Gesundheitschancen“ als ungleich verteilte Ressourcen und Möglichkeiten, welche die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen.

Im Zusammenhang mit der Entstehung von Krankheiten existieren verschiedene Erklärungsansätze. Bezugnehmend auf die Multimorbidität im Alter scheint die Theorie der Lebenslaufperspektive Wichtigkeit zu haben. Die Theorie der Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit besagt, dass sich Einflüsse aus frühen Lebensjahren auf die Gesundheit, respektive auf Krankheitsverläufe auswirken. Diese Theorie berücksichtigt den zeitlichen Rahmen (Verlauf) bei der Betrachtung von Interdependenzen von sozialer Position, Risikofaktoren und Krankheiten. Man geht davon aus, dass sich frühkindliche Belastungen bis ins Alter auf die Krankengeschichte auswirken und dass diese Belastungen oder Lebenschancen bereits in sehr jungen Jahren ungleich zugeteilt sind (Dragano & Siegrist, 2009, S. 182). Der gesundheitsbezogenen Lebenslaufforschung sind vor allem zwei Modelle wichtig: Das Modell kritischer Perioden und das Kumulationsmodell.

- Das **Modell kritischer Perioden** stützt sich auf die Erkenntnis, dass der Organismus eines Menschen verschiedene Entwicklungsstadien durchläuft. Eine Störung des Entwicklungsverlaufes, etwa durch eine Unterversorgung, kann zu bleibenden Schädigungen des menschlichen Organismus führen (Dragano & Siegrist, 2009, S. 184).
- Dem **Kumulationsmodell** liegt die gedankliche Basis zugrunde, dass sich Belastungen über den Lebenslauf ansammeln und die Gesundheit im späteren Alter negativ beeinflussen (Dragano & Siegrist, 2009, S. 185).

2.4 Produktion und Reproduktion von Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung

Produktion von Ungleichheit bedeutet, dass in der Gesundheitsversorgung entstehende Disparitäten für alle Klientinnen und Klienten gleich gültig sind. Hier sind etwa eine schlechte Versorgung aufgrund von schlechten Zugangsbedingungen und von falscher, unzureichender Behandlung zu nennen. Die Versorgungsungleichheiten basieren auf Qualitätsunterschieden, Ungleichheiten entstehen zufällig, ohne Bezug zum Ansehen der Person.

Wenn individuelle oder soziale Unterschiede vor dem Versorgungsgeschehen bestehen und dieses beeinflussen, dann ist die soziale Ungleichheit nicht mehr zufällig. Das bewusste Herbeiführen von Unterschieden in der Versorgung aufgrund von Ressourcenungleichheiten wird als Reproduktion von Ungleichheit bezeichnet. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die

Produktion von Ungleichheit zufällig entsteht, die Reproduktion von Ungleichheit ist nicht zufällig, sondern bewusst herbeigeführt (Bauer & Büscher, 2008, S. 29; Bauer & Schaeffer, 2006, S. 29; Behrens, 2008, S. 180).

2.5 Soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgungsforschung

Für eine Betrachtung der sozialen Ungleichheit der Versorgung im Gesundheitswesen werden drei Parameter herangezogen. Differenziert wird zwischen dem **Zugang zur Gesundheitsversorgung**, der Inanspruchnahme von Leistungen und der Qualität von Prozessen der Leistungserbringung. Ersteres umfasst unter anderem Wartezeiten auf Termine und im Wartebereich, Wegstrecken und etwaige Extrazahlungen für medizinische Leistungen. Der Begriff Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen wird als vom Gesundheitssystem vorgegebene Zugangsbedingungen verstanden (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316).

Die **Inanspruchnahme von Leistungen** wird gemessen an der Anzahl von fach- und allgemeinmedizinischen Konsultationen, Aufhalten in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens, von Operationen, von Beanspruchung eventueller Präventionsmaßnahmen, wie Screenings zur Früherkennung von Erkrankungen und von Rehabilitation. Die Deutung von Ergebnissen bezüglich Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen gestaltet sich schwierig, da bei der Erhebung der Daten die Hintergründe und Motive nicht erfasst werden. Die Inanspruchnahme kann aufgrund von Präferenzen, aber auch aufgrund von bestehenden oder nicht bestehenden Möglichkeiten (wie etwa Informiertheit über Versorgungsangebote, etwaige Zuzahlungen, Erreichbarkeit, Wartezeiten) behindert sein. Eine Nichtinanspruchnahme muss demzufolge nicht mit einer Zugangsbeschränkung verbunden sein. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung wird als patientenseitiger Ansatz betrachtet (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316.).

Ein weiterer Aspekt für Analysen zur sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen ist die **Qualität**, vor allem die Prozessqualität. Merkmale der Prozessqualität sind die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Klientinnen und Klienten und welche Patientinnen und Patienten welche Art von Anwendungen erhalten (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316).

Die Forschungslage im Bereich Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen im deutschsprachigen Raum halten Klein & Knesebeck (2018, S. 316) für “relativ gut“. Die Forschung bezüglich Zugang zu und Qualität der Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren zwar an Gewicht gewonnen, die Datenlage ist aber noch nicht sehr stark ausgeprägt (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 241; 2018, S. 316).

2.6 Gesundheitsversorgung in Österreich

Allgemein definieren Janßen, Frie, Dinger, Schiffmann und Ommen (2009, S. 150 f.) Gesundheitsversorgung als eine Ergänzung der Krankenversorgung um präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen. Die Krankenversorgung bezieht sich auf die Behandlung von erkrankten Personen und umschließt diagnostische, kurative und pflegerische Maßnahmen. In Österreich existiert keine offizielle Definition von Gesundheitsversorgung wie eine Mailanfrage an die Österreichische Ärztekammer und an die Gesundheit Österreich GmbH ergeben hat (Adelbrecht, 2019; Kernstock, 2019). Seitens österreichischer Ärztekammer versteht sich die Gesundheitsversorgung als Sammelbegriff, der synonym verwendet wird und das Angebot an Einrichtungen und Leistungen des österreichischen Gesundheitswesens beschreibt. Hierbei sind sowohl medizinische Leistungen als auch präventive Maßnahmen erfasst (Adelbrecht, 2019).

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (BMASGK, 2017a) bildet die verbindliche Basis für die Planung der Gesundheitsversorgung und legt die österreichweiten Versorgungsstandards fest. Die Teilbereiche der Gesundheitsversorgung sind die ambulante Versorgung (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Ambulatorien), die stationäre Akutversorgung (Krankenhäuser), Rehabilitation und das Nahtstellenmanagement zum angrenzenden Pflege- und Sozialbereich.

Das Versorgungsstufenmodell, als Bestandteil des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, legt Leistungen, Aufgabenprofile und zugehörige Qualitätskriterien für neun Fachbereiche und die Primärversorgung fest, weitere Fachbereiche werden sukzessive nachgereicht. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz wurde als Aufgabe der Fachbereiche definiert. Neben der medizinischen Versorgung gilt Prävention und Gesundheitsförderung als ein wesentliches Element der Primärversorgung (BMASGK, 2017b).

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in Österreich gesetzlich durch die Sozialversicherung geregelt. Es besteht Versicherungspflicht, eine freiwillige Zusatzversicherung ist möglich.

Der Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen ist frei, einige Leistungen müssen jedoch von Patientinnen und Patienten selbst beglichen werden (BMASGK, 2019, S. 6 f.)

3 Sozioökonomischer Status von Menschen ab 65 Jahren und die Auswirkungen auf den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung

Die Tatsache der, durch den sozioökonomischen Status begründeten, gesundheitlichen Ungleichheit ist durch Studien und die Wissenschaft belegt. Erkennbar ist aber ein offensichtlicher Mangel an Studien über Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheitsversorgung älterer Personen über 65 Jahre (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). Dieser Umstand lässt erkennen, dass in der sozialepidemiologischen Forschung zur Gesundheitsversorgung ein wachsender Anteil der Bevölkerung unbeachtet ist (Lampert et al., 2017, S. 81 ff.). Klein und Knesebeck (2016a, S. 342; 2018, S. 316) sprechen generell davon, dass die Forschung lange Zeit den Fokus auf gesundheitsbezogene Einflüsse der sozialen Ungleichheit gelegt hatte. Die sozialen Einflüsse auf die Gesundheitsversorgung wurden außer Acht gelassen und finden erst in den letzten Jahren Einzug in das Forschungsinteresse.

Die Literaturrecherche hat wenige Ergebnisse explizit für ältere Personen ab 65 Jahre gebracht hat. Die Ergebnisse beziehen sich entweder allgemein auf alle Personengruppen oder auf Merkmale der horizontalen Ungleichheit. Daher soll in dieser Bachelorarbeit vorausgesetzt werden, dass laut Kontinuitäts- und Kumulationsthese soziale Ungleichheit im Alter weiterbesteht, und die getroffenen Aussagen auch auf Personen, welche 65 Jahre alt und älter sind, zutreffen.

Bauer und Büscher (2008, S. 7 f.) führen aus, dass soziale Ungleichheit allgegenwärtig ist und dass diese auch Auswirkungen auf die Versorgung hat. Soziale Ungleichheit in der Versorgung ist keineswegs ein lokal begrenztes Phänomen, sondern spielt global eine Rolle und betrifft auch jene Staaten, die von sich behaupten, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung keinerlei Zugangsbegrenzungen unterliegt. Der Zugang ist bestimmt durch den Besitz bestimmter Ressourcen und/oder Güter, welcher die Zuweisung regelt und Auswahlverfahren in Gang setzt.

In wohlfahrtsstaatlich organisierten Gesundheitssystemen, wie Deutschland und Österreich, unterliegt die Gesundheitsversorgung und Pflege dem Solidarprinzip, sodass an sich kein Mensch aus der Versorgung ausgeklammert werden kann. Aufgrund von Ökonomisierungen des Gesundheitswesens wandelte sich dieses Prinzip jedoch und gleitet schleichend von Solidarität zu Selbstverantwortung, Versorgungsleistungen werden rationiert, es können Versorgungsengpässe auftreten. Es kommt zu einer Verschiebung der Grenze zwischen einem egalitären zu einem marktwirtschaftlich orientierten Prinzip der Versorgung (Bauer & Büscher, 2008, S. 16 ff.).

Einsparungsmaßnahmen im Gesundheitssektor führen zu einer sozial ungleichen Zuteilung von Leistungen, sei es aufgrund von sozialem, ökonomischem oder kulturellem Kapital oder aufgrund von sozialer Schließung. Soziale Schließung besagt, dass Mitglieder der gleichen Schicht bei der Verteilung von Gütern und Ressourcen bevorzugt behandelt werden (Bauer & Büscher, 2008, S. 20). In Anlehnung an Bourdieu (2014), welcher diese Begriffe eingeführt, hat erklärt Wehler die drei Arten von Kapital. Soziales Kapital bedeutet gegenseitige Unterstützung von Familie und Freundes- und Bekanntenkreis, ökonomisches Kapital ist in seiner ursprünglichen Bedeutung als finanzielle Mittel und kulturelles Kapital als Ressourcen aus Bildung und Wissen zu verstehen (Wehler, 2013, S. 50). Die Verteilung von sozialem, ökonomischen und kulturellem Kapital ist ungleich zuungunsten unterer sozialer Schichten (Bauer & Schaeffer, 2006, S. 29; Behrens, 2008, S. 184).

Vor dem Hintergrund der Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen, sehen Bauer, Bittlingmayer, und Richter (2008 zitiert nach Bauer & Büscher, 2008, S. 21) sozial schlechter gestellte Personen, die über geringere Ressourcen verfügen, mehrfach benachteiligt:

- Sie sprechen die bereits zitierte Chancenungleichheit in Bezug auf Gesundheit und Sterblichkeit an. Sozial schwache Gruppierungen sind eher von chronischen Krankheiten, welche einen erhöhten Versorgungsbedarf erfordern, betroffen.
- Weiters unterliegt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen einem sozialen Gefälle zuungunsten sozial schlechter gestellter Menschen. Sowohl der Umgang mit den jeweiligen Angeboten als auch die Gestaltung der Beziehung zwischen Klientin und Klienten, Anbieterin und Anbieter der Versorgungsleistung sind bestimmt von der Handlungskompetenz der Inanspruchnehmerinnen und -nehmer.

- Es existiert eine durch das Gesundheitswesen gelebte Diskriminierung von sozial Unterprivilegierten durch eine selektive Verteilung der Versorgungsleistungen (Bauer et al., 2008 zitiert nach Bauer & Büscher, 2008, S. 21).

Die Nutzung und Inanspruchnahme von an sich gleichberechtigt frei zugänglichen Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung sind ungleich verteilt. Personen aus weniger privilegierten Schichten, deren gesundheitliche Lage bereits aufgrund des sozioökonomischen Status prekär ist, nehmen Gesundheitsdienstleistungen weniger in Anspruch als Personen aus höheren Schichten. Dieser von Bauer und Büscher (2008, S. 21) international beobachtete Trend lässt die Annahme zu, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung verknüpft ist mit der Reproduktion von gesundheitlicher Ungleichheit und dass der freie Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nicht impliziert, dass diese beansprucht werden. Die ungleiche Nutzung der bestehenden Angebote lässt Bauer und Büscher (2008, S. 21 f.) vermuten, dass sich die Ungleichheitslagen nicht vermindern werden. Vielmehr vermuten sie, dass sich die Ungleichheit der Gesundheitschancen in höhere Altersgruppen verschieben werden (Bauer & Büscher, 2008, S. 24).

Die Schlagworte Patientinnen- und Patientenempowerment³ und Eigenverantwortung nehmen in der aktuellen Diskussion um Gesundheitsversorgung immer mehr Platz. Hinsichtlich der Nutzung und Inanspruchnahme der Versorgung darf aber nicht die unterschiedliche Ausstattung mit Ressourcen, also ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital, aus der Betrachtung ausgeklammert werden. Nicht alle Personen sind in gleichem Maß in der Lage Patientinnen- und Patientenautonomie zu leben (Bauer & Büscher, 2008, S. 26). Zumal die Ausstattung von sozialem, kulturellem und ökonomischem Kapital für Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status geringer ist als bei besser gestellten Menschen (Lampert et al., 2017, S. 81). Kruse und Schmitt (2016, S. 253) vertreten die Meinung, dass ältere alleinstehende Menschen über wenig soziales Kapital verfügen, ihnen fehlt der familiäre Beistand und die Unterstützung aus sozialen Netzwerken. Dies trifft vermehrt auf Frauen zu, da deren Lebenserwartung höher ist als jene von Männern, und somit Menschen aus familialen oder sozialen Netzwerken bereits vor ihnen verstorben sind (Kruse & Schmitt, 2016, S. 253).

³ Dieser Begriff bezeichnet die Befähigung von Patientinnen und Patienten an der selbständigen Mitwirkung und Mitentscheidung ihre Gesundheit betreffend (Reichardt & Gastmeier, 2013, S. 157).

Obwohl der einkommensspezifische Einfluss auf Mortalität und Morbidität gegeben ist, lässt sich dieser nicht hinreichend mit der Finanzierbarkeit von gesundheitsbezogenen Leistungen erklären. Dies belegen Studien aus Ländern, die wohlfahrtstaatlich organisiert sind und wo medizinische nicht mit monetären Leistungen verknüpft sind. Diese Studien verdeutlichen, dass ein bestehender Zugang nicht gleichzusetzen ist mit der Inanspruchnahme (Behrens, 2008, S. 68). Ein möglicher Erklärungsansatz für eine statusspezifische Nichtinanspruchnahme von Leistungen wäre, dass Opportunitätskosten, Zeit und Anreise zu den Versorgungseinrichtungen den Zugang behindern. Es wäre aber auch möglich, dass die Angebote der Gesundheitsversorgung jene nicht erreichen, welche diese am meisten brauchen, Menschen in sozial schlechter gestellten Positionen. Ihr Risiko von Multimorbidität und frühzeitigem Versterben ist besonders hoch. Es bedarf demzufolge Maßnahmen, gesundheitsbezogene Angebote so zu gestalten, dass diese Personen erreicht werden. (Behrens, 2009, S. 68; Mielck, 2006, S. 981).

Diese Frage nach zielgruppenspezifischen Maßnahmen muss auch hinsichtlich des statusspezifischen Gefälles bei Inanspruchnahme von Präventiv- und Vorsorgemaßnahmen gestellt werden. Diese werden am meisten von Frauen mit hohem sozioökonomischen Status rezipiert und genutzt (Kruse & Schmitt, 2016, S. 255). Dies gilt auch für Maßnahmen der Gesundheitsförderung, deren Akzeptanz und dem Transfer in die persönliche Gesundheitskompetenz. Erreichen die Maßnahmen jene Gruppen, die diese am meisten brauchen, jene die unter der gesundheitlichen Ungleichheit leiden? Vielmehr macht es den Eindruck, als würden jene angesprochen werden, die ohnehin schon ein gesünderes Leben führen, jene die bereits während ihrer Jugend gesunde Umwelt- und Arbeitsbedingungen genießen durften und die aufgrund ihrer Bildung über größeres Wissen bezüglich der Angebote des Gesundheitswesens verfügen. Mielck (2006, S. 982) merkt in diesem Zusammenhang an, dass die Datenlage auch hier noch nicht sehr ausgeprägt ist. Zwar existieren Studien, die ein schichtspezifisches Gefälle erkennen lassen, die Hintergründe werden aber selten beleuchtet.

Trotz der theoretischen Möglichkeit eines Zuganges und einer Inanspruchnahme und dem Willen ein positives Gesundheitsverhalten zu zeigen, könnten ungünstige Verhältnisse den Zugang zur Gesundheitsversorgung behindern, man denke in diesem Zusammenhang an ältere Personen, deren Mobilität eingeschränkt ist, aber auch mangelnde finanzielle Ressourcen. Schließt man nun den Kreis zur gesundheitlichen Ungleichheit und den damit verbundenen erhöhten Risiken für frühzeitigen Tod und Multimorbidität, so könnte davon ausgegangen werden, dass

die Gesundheitsversorgung, die diese beiden Risiken eindämmt, geprägt ist von einer Unter-versorgung minderprivilegierter Schichten (Mielck, 2006, S. 985).

Bei der Betrachtung von Zugang und Inanspruchnahme sollte noch berücksichtigt werden, dass die Grenzen oft fließend sind, Inanspruchnahme und Zugang sind nicht immer eindeutig differenzierbar (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238).

Wie bereits erwähnt, weist die Versorgungsforschung für die Personengruppe älterer Menschen noch Forschungslücken auf. Das Projekt „SHARE“ ist eines der wenigen, das sich mit der älteren Bevölkerung Europas und dem demografischen Wandel, unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status auseinandersetzt. Das Forschungsgebiet umfasst unter anderem die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten für die Personengruppe der ab 50-Jährigen. Beginnend mit elf europäischen Ländern im Jahr 2004 wurden immer mehr Länder sowie neue Erhebungsparameter integriert. Mittlerweile gibt es 28 teilnehmende Staaten mit etwa 140.000 Probandinnen und Probanden (<http://www.share-project.org/>).

3.1 Zugang zur Gesundheitsversorgung im Alter

Die bisher theoretischen Ausführungen zum Thema Gesundheitsversorgung im Alter sollen nun durch Studien aus der Literaturrecherche untermauert werden. Einbezogen wurden Studien, welche den Zugang zur Gesundheitsversorgung oder die Wahrnehmung von Zugangsbeschränkungen in der Gesundheitsversorgung thematisieren. Da nur beschränktes Datenmaterial zur Personengruppe der über 65-Jährigen gefunden werden konnte, wurden Studien mitberücksichtigt, die den Einfluss des sozioökonomischen Status auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne Altersbezug untersuchten. Aufgrund der Kontinuitätsthese und der Kumulationsthese kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse auch auf Personen über 65 Jahre zutreffen.

Die erste Studie, die vorgestellt werden soll, ist ein Working Paper des Department of Economic and Social Affairs. Thema der Studie war das horizontale Ungleichheitsmerkmal Alter im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Ältere Menschen haben einen höheren Bedarf an Gesundheitsversorgung, jedoch erfahren sie Nachteile beim Zugang zu leistbaren, adäquaten und qualitativ hochwertigen Leistungen der Gesundheitsversorgung. Die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung spiegeln häufig die angesammelten Nachteile des

Lebenslaufes wider, wie unter anderem Benachteiligung aufgrund von Geschlecht, sozioökonomischem Status oder Wohnraum (Department of Economic and Social Affairs, 2018). Die länderübergreifende Studie aus dem Jahr 2001, befragt wurden 1.265 Personen über 60 Jahre in 32 Ländern in Afrika, Europa, Asien und in der Karibik, hat unter anderem ergeben, dass die Leistbarkeit von Leistungen für ältere Personen eine Barriere zur Gesundheitsversorgung ist (Department of Economic and Social Affairs, 2018). Personen über 60 Jahre, welche noch im Erwerbsleben stehen, arbeiten oft in schlecht bezahlten Berufen. Sind sie bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden, erhalten sie eine Pensionszahlung. Ist die Gesundheitsversorgung nicht wohlfahrtstaatlich geregelt und mit Kosten verbunden, verzichten viele Ältere auf eine Behandlung oder sie nehmen die Behandlung in Anspruch, müssen dafür aber auf die Deckung anderer primärer Bedürfnisse verzichten. Speziell in Ländern des Globalen Südens treffen Leistungssuchende oft auf Anbietende, welche wenig Erfahrung mit den speziellen Bedürfnissen von älteren Menschen haben. Strukturelle Zugangseinschränkungen liegen auch für Personen vor, welche altersbedingt in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, vor allem wenn sie im suburbanen Raum leben, vor. Die Anfahrtswege zu Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern des Gesundheitswesens sind oft lange und beschwerlich (Department of Economic and Social Affairs, 2018).

Altersdiskriminierung ist eine Zugangsbarriere, welche zusätzlich das Versorgungsgeschehen beeinträchtigen kann. Sie führt möglicherweise dazu, dass gesundheitsbezogenen Maßnahmen nicht oder nur eingeschränkt getroffen werden, weil Patientinnen und Patienten als zu alt betrachtet werden. Diese Behauptung wird erhärtet durch eine Umfrage im Jahr 2009 unter 200 britischen Ärztinnen und Ärzten der British Geriatrics Society. 72 Prozent der Befragten gaben an, dass ältere Personen mit geringerer Wahrscheinlichkeit Operationen oder Chemotherapie erhalten (Department of Economic and Social Affairs, 2018).

Klein und Knesebeck haben im Jahr 2016 und im Jahr 2018 vorliegende auf Deutschland bezogene Forschungsergebnisse hinsichtlich Zugang und Inanspruchnahme zusammengefasst und folgende Ergebnisse für den Zugang zur Gesundheitsversorgung präsentiert (Klein & Knesebeck, 2016b; 2018). Die Studien sind nicht ausgerichtet auf ältere Menschen, der Bezug richtet sich auf das Statusmerkmal Einkommen und den Versicherungsstatus.

Personen, welche keine Privatversicherung hatten, bzw. einkommensschwächere Personen müssen mit längeren Wartezeiten auf Termine der ambulanten (Fach- und Allgemeinmedizinerinnen, Fach- und Allgemeinmediziner) und stationären Versorgung rechnen. Ebenso müssen

sich gesetzlich versicherte Personen in Deutschlands Wartezimmern länger gedulden als Personen mit Privatversicherung. Der SHARE-Datensatz zeigt einen Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und Verzicht auf Leistungen der Gesundheitsversorgung. Resultate des deutschen Gesundheitsmonitors zeigen ebenfalls, dass einkommensschwächere Menschen auf Arztbesuche, sowie auf das Einlösen von Rezepten für Medikamente verzichten oder das Einlösen der Rezepte aufschieben. Sie neigen eher dazu die Medikamenteneinnahme zu dosieren (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 239). Wer in der Lage ist, für medizinische Leistungen selbst aufzukommen oder Zuzahlungen zu leisten, wird bevorzugt behandelt (Alisch & Kümpers, 2015, S. 5; Klein & Knesebeck, 2016b, S. 240). Die längeren Wartezeiten für gesetzlich Versicherte bestätigen Alisch und Kümpers (2015, S. 5).

Der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie ist zu entnehmen, dass das subjektive Empfinden bezüglich Zugang zur Gesundheitsversorgung geprägt ist von dem Ausdruck der Zweiklassen-Medizin. Erwähnt werden lange Wartezeiten auf Operationstermine für Patientinnen und Patienten ohne Zusatzversicherung, das Gefühl, dass man als Krankenkassenpatientin und -patient im stationären Bereich weniger erwünscht ist und dass Unterschiede in der Versorgung je nach Krankenkassenzugehörigkeit bestehen (Stückler & Ruppe, 2015, S. 171).

Jürges (2015, S. 302) behauptet in seiner Auswertung der fünften Welle der SHARE Datenerhebung, dass in allen teilnehmenden Ländern soziale Unterschiede im Zugang zur Gesundheitsversorgung in verschiedenen Ausprägungen bestehen. Der Grad der Differenzen richtet sich danach, wie die Gesundheitsversorgung finanziert ist. Seine Auswertung fokussiert Unterschiede im Zugang zur Gesundheitsversorgung und inwieweit versicherte Personen mit dem gebotenen Versicherungsschutz zufrieden sind. Seine Analyse verläuft anhand der Fragen nach (Jürges, 2015, S. 302):

- subjektiv empfundenem nicht gedecktem Bedarf als Maß für horizontale Ungleichheit in der Versorgung?
- hohen privaten Zuzahlungen zu Gesundheitsdienstleistungen in Relation zum Einkommen als Indikator für finanzielle Belastungen?
- Zufriedenheit mit den Basisleistungen der Versicherungen oder mit der Deckung der Bedarfe der nationalen Gesundheitsversorgung?

Ein einkommensbezogener Zusammenhang wurde in die Analyse aufgenommen. In allen drei Fragen kann ein soziales Gefälle zuungunsten von einkommensschwachen Personen festgestellt

werden. Den höchsten ungedeckten Bedarf erfahren die finanziell schwächsten Personen. Sie leiden am häufigsten, unter für sie, extrem hohen Zuzahlungen und sind am wenigsten zufrieden mit den Versicherungsleistungen (Jürges, 2015, S. 308). Jürges Interpretation der Daten ist, dass innerhalb der Gruppe der über 50-Jährigen der Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie die Zufriedenheit mit dem Versicherungsschutz sozial ungleich zuungunsten von einkommensschwachen Personen verteilt ist. Die größten sozialen Unterschiede bestehen in Süd- und Osteuropa und in Israel. Die stärksten Differenzen sind speziell in ärmeren Ländern und in Ländern mit starken Einkommensungleichheiten zu beobachten und in allen Ländern vorhanden.

Er geht davon aus, dass diese sozialen Unterschiede in der Versorgung Einfluss auf den Gesundheitszustand haben und merkt an, dass bisherige länderübergreifende Studien, welche sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit untersuchten, sich auf einzelne Gesundheitsfaktoren, wie beispielsweise das sozial unterschiedliche Gesundheitsverhalten konzentriert hatten. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung, welchen er als wichtigen Indikator für schlechte Gesundheit sieht, wurde vernachlässigt (Jürges, 2015, S. 312).

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen ansteigenden Kosten für alle Versorgungsstufen wurde eine Befragung (Esslinger, Meier, Roller-Wirnsberger, & Heppner, 2011, S. 422) unter Geriaterinnen und Geriatern in Deutschland und Österreich durchgeführt. Untersuchungsgegenstand waren die Wahrnehmung von Priorisierung und direkter und indirekter Rationierungen von Gesundheitsdienstleistungen für ältere Patientinnen und Patienten. In Österreich wurden 165 und in Deutschland 123 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet. Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung in den beiden Ländern wurde berücksichtigt, man geht davon aus, dass der Kostendruck bei der Versorgung von Geriatriepatientinnen und -patienten in Österreich etwas geringer ist (Esslinger et al., 2011, S. 422 f.). Ziel der Studie war die Einstellung der befragten Personen zu und die Erfahrungen mit Rationierungen in der geriatrischen Versorgung herauszufinden.

In Deutschland wurde beobachtet, dass je größer die Einrichtung und je länger die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in der Einrichtung ist, eher Rationierungen für ältere Patientinnen und Patienten wahrgenommen wurden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in privaten Einrichtungen sprechen am meisten von wahrgenommener altersbedingter Rationierung (Esslinger et al., 2011, S. 427).

In Österreich wurden Rationierungen bei höherem Alter der Patientinnen und Patienten wahrgenommen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geriatrischer Rehabilitation sprechen häufiger

von Ressourceneinschränkungen für Klientinnen und Klienten als andere Befragte (Esslinger et al., 2011, S. 427).

Deutsche Geriaterinnen und Geriater, welche häufiger mit jüngeren Klientinnen und Klienten beschäftigt waren und österreichische niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sprechen sich eher dafür aus, dass der Zugang zu Behandlungsressourcen für alle Patientinnen und Patienten gleichberechtigt sein sollte (Esslinger et al., 2011, S. 427 f.). Die Schlussfolgerungen der Studienautorinnen und -autoren sind, dass altersbedingte Rationierungen bestehen, obgleich auch eine altersunabhängige Ressourcenbereitstellung Zustimmung findet (Esslinger et al., 2011, S. 423). Abschließend fordern sie dazu auf, dass die Diskussion um Rationierung und Priorisierung auf offizieller Ebene eröffnet werden soll. Diese soll mit Offenheit geführt werden, um verdeckte Rationierungen, speziell für einkommensschwache Patientinnen und Patienten, zu vermeiden (Esslinger et al., 2011, S. 430). Der sozioökonomische Status wurde in dieser Studie nicht berücksichtigt, aber das horizontale Merkmal Alter.

Eine Studie aus den USA aus dem Jahr 2004, basierend auf Daten der Cardiovascular Health Study (Fitzpatrick, Powe, Cooper, Ives & Robbins, 2004, S. 1788 ff.) aus den Jahren 1993/1994, untersuchte individuell empfundene Zugangsbarrieren für Medicare-Leistungsempfängerinnen und -empfänger in den USA. Medicare ist die öffentlich-bundesstaatliche Versicherung für US-Bürgerinnen und -Bürger ab 65 Jahre. 4.889 Fragebögen wurden ausgewertet, das Durchschnittsalter der Probanden lag bei 76 Jahren. Bildungsstatus und Einkommen wurden berücksichtigt, weitere Variablen waren Geschlecht und Rasse (Fitzpatrick et al., 2004, S. 1788).

Die häufigsten Zugangsbarrieren waren mangelndes Zuhören und Eingehen auf Patientinnen- und Patientenbedürfnisse seitens des medizinischen Personals, Anfahrt zum Versorgungsort, Arztrechnungen und die Straßenverkehrssicherheit. Barrieren wurden am stärksten wahrgenommen von einkommensschwachen Personen, von Personen ohne Zusatzversicherung und Personen höheren Alters. Die ausgewerteten Daten lassen Rückschlüsse zu, dass der Hauptgrund für den eingeschränkten Zugang die Armut der Befragten war (Fitzpatrick et al., 2004, S. 1791 f.). Es handelt sich bei dieser Datenauswertung um eine Querschnittsstudie, welche eine Momentaufnahme der damaligen ökonomischen Situation der Vereinigten Staaten liefert. Es ist auch zu beachten, dass seither das Gesundheitsversorgungssystem der Vereinigten Staaten von Amerika reformiert wurde. Eine weitere Limitierung der Ergebnisse erfährt die Studie aufgrund der Tatsache, dass die Stichprobengröße der Personen mit niedrigem Bildungsstatus

und sehr schlechten Gesundheitszustand, sehr klein war. Es gilt auch zu evaluieren, ob subjektiv empfundene Zugangsbeschränkungen tatsächlich bestehen (Fitzpatrick et al., 2004, S. 1793).

Eine weitere Studie, die die Wahrnehmung von sozialer Ungleichheit im Zugang zur Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten betrachtet, wurde 2017 publiziert. 80 Probandinnen und Probanden aus dem Medicaid Programm wurden mittels qualitativer Interviews befragt (Arpey, Caglioti & Rosenbaum, 2017, S. 169). Medicaid ist ein Gesundheitsfürsorgeprogramm in den Vereinigten Staaten von Amerika, welches bedürftige, einkommensschwache Personen, Kinder und ältere Menschen unterstützt. Die Interviews wurden 2013 und 2014 an der Universität in Iowa durchgeführt. Ziel war das Erkennen wiederkehrender Argumente zum Thema Zugangsbeschränkungen für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Es fehlt eine Altersdifferenzierung (Arpey et al., 2017, S. 169).

Frühere, von Arpey et al. (2017, S. 169) zitierte Studien belegen einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Status und nicht erhaltenen diagnostischen Tests und Medikamentenverschreibungen. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist aufgrund von mangelnden ökonomischen Ressourcen und der Unterdeckung durch die Versicherung eingeschränkt. Vorurteile des medizinischen Personals gegenüber einkommensschwachen Personen beeinflussen die medizinische Intervention negativ. Diagnostische Tests und Überweisungen an Spezialistinnen und Spezialisten werden nicht durchgeführt. Es gibt Ärztinnen und Ärzte, die Klientinnen und Klienten mit staatlicher Versicherung nicht behandeln, weil die Kostenerstattung zu gering ist. Auch in diesen Ausführungen fehlt der Altersbezug, diese Erkenntnisse gelten für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status.

Die Ergebnisse der aktuellen Studie (Arpey et al., 2017, S. 170 ff.) belegen, dass die meisten der befragten Personen Beeinträchtigungen der Gesundheitsversorgung aufgrund ihres niedrigen sozialen Status wahrnehmen. Die wiederkehrenden Themen waren der Zugang zu gesundheitsbezogenen Leistungen, die Qualität der Behandlung und der Kommunikation. Patientinnen und Patienten mit niedrigem sozioökonomischen Status sind mit ihrer Gesundheitsversorgung wenig zufrieden, sie nehmen Hindernisse aufgrund von mangelndem Versicherungsschutz wahr und sehen sich konfrontiert mit für sie unerschwinglichen Kosten. Die meisten Probandinnen und Probanden gaben an, dass ihr sozioökonomischer Status die Behandlung beeinflusst (Arpey et al., 2017, S. 171). Sie würden weniger Behandlungen und Untersuchungen bekommen sowie längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. In Bezug auf den Zugang zur

Gesundheitsversorgung nahmen die meisten der Befragten eine Beschränkung aufgrund ihres sozioökonomischen Status wahr. Sie sprachen davon, dass sie aus finanziellen Gründen die Behandlung aufschieben würden. Sie erzählten von den Schwierigkeiten Gesundheitsdienstleistungsanbieterinnen und -anbieter zu finden, welche bereit und in der Lage sind, sie zu behandeln. Da das Versorgungsnetz des Medicaid Programmes nicht sehr dicht ist, entstanden für Patientinnen und Patienten lange Anfahrtswege und -zeiten, welche mit hohen Kosten verbunden waren. Zusätzlich entstanden lange Wartezeiten auf Behandlungen (Arpey et al., 2017, S. 171). Es ist anzumerken, dass das Gesundheitswesen in den Vereinigten Staaten marktwirtschaftlich orientiert ist und nicht auf wohlfahrtstaatlich organisierte Gesundheitsversorgung transferiert werden kann.

3.2 Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung im Alter

In diesem Kapitel sollen Studien und Studienergebnisse vorgestellt werden, deren Untersuchungsgegenstand die Ungleichheit der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung waren. Die Forschung der Gesundheitsversorgung für ältere Menschen ist wie bereits erwähnt noch nicht sehr ausgeprägt. Aus diesem Grund wurden in der Analyse ebenfalls Studien berücksichtigt, die keinen Altersbezug aufweisen. Auch hier sollen Kontinuitäts- und Kumulationsthese zur Anwendung kommen. Vorgestellt werden Studien aus Österreich, Deutschland und eine Studie, welche die OECD-Staaten betrifft.

Leoni (2015, S. 649) hat die SHARE-Datenerhebung für Österreich im Vergleich zu anderen teilnehmenden OECD-Staaten ausgewertet, wobei er sich auf die vierte Welle des SHARE-Project vom 28. März 2013 bezieht. Zur Forschungslage in Österreich äußert sich Leoni, dass die Verteilung der Inanspruchnahme anhand des sozioökonomischen Status nur im Rahmen von länderübergreifenden OECD-Studien untersucht wurde (Leoni, 2015, S. 650). Die Auswertung für Österreich widerspiegelt den europäischen Trend des Inanspruchnahmeverhaltens sozial unterprivilegierter Schichten und sei hier dargestellt (Leoni, 2015, S. 650 ff.).

Personen mit weniger hohem sozioökonomischen Status nehmen die Primärversorgung durch niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, in Krankenhausambulanzen oder bei stationären Aufenthalten wesentlich mehr in Anspruch als höher gestellte Schichten. Dies ist dem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand der Bevölkerungsschichten mit niedrigerem sozioökonomischen Status geschuldet, sie haben einen höheren Bedarf an diesen Leistungen. Gemessen am tatsächlichen Bedarf besteht kein sozialer Unterschied in der

Inanspruchnahme dieser Gesundheitsdienstleistungen. Weder bei Krankenhausbesuchen noch bei -aufenthalten besteht ein soziales Gefälle. Operative Eingriffe hingegen werden bevorzugt von höher gestellten Personen in Anspruch genommen (Leoni, 2015, S. 658).

Dieses Bild zeigt sich ebenfalls bei der Konsultation von Fachärztinnen und -ärzten, deren Dienstleistungen werden bei gleich hohem Bedarf von höheren Statusschichten wesentlich öfter beansprucht als in weniger gut situierten Schichten. Unabhängig vom Bedarf, der in sozial schwächeren Schichten höher wäre, besteht bei fachärztlichen Konsultationen ebenso ein starkes soziales Gefälle zugunsten höherer Schichten. Die analysierte Datenbasis lässt keine Interpretation zu, ob es sich hier um eine Verteilungsungleichheit seitens des Gesundheitswesens handelt. Nichtinanspruchnahme bedeutet nicht zwangsläufig eine Zugangseinschränkung, oder dass höhere Statusgruppen auch ohne Notwendigkeit öfter eine Fachärztin oder einen Facharzt aufsuchen. Als Erklärungsversuche für die erhöhte Fachmedizinfrequenz sozial höherer Schichten stellt Leoni die Überlegung an, dass sich diese möglicherweise von einem besser ausgeprägten Gesundheitsbewusstsein leiten lassen. Es könnte aber auch daran liegen, dass Mitglieder höherer Schichten eher privat- oder zusatzversichert sind, und diese Versicherungen die finanziellen Kosten tragen. Ein weiterer Erklärungsansatz ist, dass die Ärztinnen und Ärzte – Patientinnen- und Patientenkommunikation unterschiedliche Qualität aufweist, und weniger Privilegierte unter der Qualität der medizinischen Aufklärung und Information leiden. Wobei anzumerken ist, dass die SHARE-Daten keine Rückschlüsse darüber zulassen, ob die Qualität der Gesundheitsdienstleistungen tatsächlich zwischen den Statusgruppen variieren (Leoni, 2015, S. 659). Die österreichischen SHARE-Ergebnisse für die primäre Versorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner im ambulanten und stationären Bereich von Krankenanstalten und die fachärztliche Versorgung treffen auch auf Deutschland zu (Kruse & Schmitt, 2016, S. 256).

Leoni verweist in seiner Analyse auf ältere Studien (ohne Referenz auf das Alter), die einen Zusammenhang beim Zugang und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und dem sozioökonomischen Status erkennen lassen. Dies wirft für ihn die Frage auf, inwieweit die Gesundheitspolitik durch die Verteilung der Ressourcen für diesen Umstand mitverantwortlich wäre, indem beispielsweise ärmeren und bildungsferneren Schichten bei gleichem Bedarf weniger Versorgung zukommen sollte (Leoni, 2015, S. 649).

Im Jahr 2006/2007 wurde in Österreich der Austrian Health Interview Survey (ATHIS) durchgeführt und Daten von 15.000 Personen über 15 Jahre erhoben. Eine Auswertung der Daten hinsichtlich sozioökonomischem Status und Gesundheit wurde im Jahr 2012 veröffentlicht (Burkert, Rásky & Freidl, 2012, S. 259). Eine altersbezogene Aufschlüsselung wurde nicht durchgeführt, die Aussagen treffen auf alle Altersgruppen zu. Diese Datenanalyse bestätigt frühere Studienergebnisse. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status treffen seltener Präventiv- und Vorsichtsmaßnahmen gegen Erkrankungen, nehmen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen weniger in Anspruch. Männer mit hohem sozioökonomischen Status nehmen öfter Vorsorgeuntersuchungen der Prostata in Anspruch. Hingegen nehmen Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status Mammografie und Vorsorgeuntersuchungen gegen Gebärmutterhalskrebs mehr in Anspruch als Frauen der gehobenen Schichten. Die Autorinnen und Autoren bemängeln, dass der Forschungsstand über die Hintergründe der Nichtinanspruchnahme noch unausgeschöpftes Potential hat (Burkert et al., 2012, S. 259 ff.).

Eine ältere Bearbeitung der SHARE-Datenerhebung erfolgte von Knesebeck und Mielck (2009, S. 2 ff.). Sie greifen auf die Erhebungswelle im Jahr 2004 zurück. Sie betrachten die Ergebnisse ausschließlich für Deutschland und untersuchen ausgewählte Aspekte des geriatrischen Assessments und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Der Datensatz umfasst 1.921 Personen, deren Durchschnittsalter 64 Jahre beträgt. Die Analyse verläuft anhand der sozioökonomischen Merkmale Bildung, Äquivalenzeinkommen und Geldvermögen. Das Fazit der Auswertungen präsentiert sich wie folgt. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und ausgewählten Bereichen der Gesundheitsversorgung. Personen mit niedrigerem Status beanspruchen Vorsorgeuntersuchungen (Mammografie, Koloskopie und Augenuntersuchung) weniger oft als höhere Statusschichten.

Die Datenbasis weist laut Knesebeck und Mielck (2009, S. 7) Mängel auf. Aufgrund der Erhebungsmethoden, welche teilweise sehr kompliziert waren, zweifeln sie an, ob bei einer Wiederholung, die gleichen Ergebnisse zu erwarten wären. Zudem handelt es sich um keine Longitudinalerhebung und zeigt lediglich einen Ausschnitt aus der aktuellen Realität zum Befragungszeitpunkt, welche keine Rückschlüsse auf Kausalzusammenhänge zulässt. Sie fassen zusammen, dass die Befunde nicht konsistent sind und es noch an weiterer Forschung bedarf. Es besteht weiterhin Klärungsbedarf, ob bereits bewiesene soziale Ungleichheiten bei der Mortalität und Morbidität auf eine Unterversorgung sozial benachteiligter Personen zurückzuführen sind.

Unter Facharztbesuchen fällt auf, dass Leistungen von Dentistinnen und Dentisten eher von Personen höherer Statusgruppen beansprucht werden. Dies wurde in Deutschland anhand von zwei Studien aus dem Jahr 1989 und 1992 erhoben. Die Reparatur von kariesbefallenen Zähne durch Füllungen lassen eher Personen höherer Statusschichten durchführen. Ein ähnliches Ergebnis lieferte eine Studie aus dem Jahr 1997, bei welcher ein Zusammenhang zwischen Schulbildung und Sanierungsgrad kariesbefallener Zähne erhoben wurde. Für 65- bis 74-Jährige wurde ein signifikantes Statusgefälle erkannt zuungunsten von niedrigeren Schichten, ebenso für den Ersatz von Zähnen, welche ausgefallen waren. Bei Zahnersatz könnte man annehmen, dass dieser an einer Zuzahlung scheitern könnte (Mielck, 2006, S. 984).

Der bereits zitierte Studienreview von Klein und Knesebeck aus den Jahren 2016 und 2018 brachte zum Thema Inanspruchnahme die folgenden Resultate (Klein & Knesebeck, 2016b; 2018): Der Vergleich der Studien im Jahr 2018 bestätigt tendenziell frühere Studienergebnisse. Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status suchen eher Hausärztinnen und -ärzte auf, Personen aus höheren Schichten bevorzugen fachmedizinische Konsultationen und besuchen eher Physiotherapie und Heilpraktikerinnen und -praktiker als benachteiligte Schichten. Die zahnmedizinische Vorsorge wird von Personen mit niedrigerem Status nicht so oft in Anspruch genommen, wie von höheren Schichten. Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, und Medikamente der Komplementär- oder Alternativmedizin werden bevorzugt von höheren Statusschichten eingenommen (Klein & Knesebeck, 2018, S. 317).

Die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahme bezüglich Zahngesundheit, Gesunden- und Krebsvorsorgeuntersuchungen werden von höheren Statusschichten signifikant öfter beansprucht, bei Impfungen gibt es kein beobachtbares soziales Gefälle (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 241; 2018, S. 317).

Bei der Betrachtung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen unter Berücksichtigung von Bedarf und ermöglichenden Faktoren (Wohnregion, soziales Netzwerk, Art der Versicherung) kann erkannt werden, dass diese von einkommensschwächeren und Personen mit niedrigem beruflichen Prestige signifikant weniger beansprucht werden, als von Personen mit höherem Status. Nach der Bereinigung um den Bedarf fällt ein starkes soziales Gefälle bei allgemein- und fachärztlichen Konsultationen zuungunsten sozial schwacher Gruppen auf (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 241).

In einer Studie aus dem Jahr 2006 wurde die Inanspruchnahme von ärztlichen und fachärztlichen Konsultationen in den OECD-Staaten verglichen. Der Fokus lag auf

Einkommensunterschieden, die Ergebnisse gelten für alle Altersgruppen (Doorslaer, Masseria & Koolman, 2006, S. 177). In allen Ländern kann man eine signifikant höhere Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen unterer Einkommensschichten beobachten, bereinigt um den Bedarf zeigt sich ein anderes Bild. In etwa der Hälfte der Staaten verbuchen Mitglieder einkommensstärkerer Schichten eine höhere Frequenz an Arztbesuchen, in den anderen Staaten herrscht eine Ausgeglichenheit. Unterteilt man in Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, so ist zu erkennen, dass Konsultationen von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern nicht von der Einkommensstärke der Klientinnen und Klienten beeinflusst werden. Das Inanspruchnahmeverhalten für fachmedizinische Konsultationen bei gleichem Bedarf hängt stark mit dem ökonomischen Kapital der Inanspruchnehmerinnen und -nehmer zusammen (Doorslaer et al., 2006, S. 180). Diese Auffälligkeit wurde auch in den anderen bereits zitierten Studien beobachtet.

4 Zusammenfassung

Der sozioökonomische Status, welcher hauptsächlich anhand der Merkmale Beruf, Bildung und Einkommen gebildet wird, determiniert die Position von Personen in der Rangordnung der Gesellschaft. Die Rangordnung ist vertikal strukturiert im Sinne von höher und weniger hoch. Die Position ist entweder mit Vor- oder Nachteilen verbunden, man spricht von sozialer Ungleichheit, wenn diese ungleich verteilt sind (Ditton & Maaz, 2011, S. 193; Hradil, 2008, S.30). Bezüglich der Entwicklung des sozioökonomischen Status im Altersverlauf sind die Cumulative Advantage Theory und folgende vier Thesen relevant: Kontinuität, Kumulation, Destrukturierung und Altersbedingtheit (Ferraro & Kelley-Moore, 2003; Knesebeck & Schäfer, 2009, Lampert et al., 2017).

Die Auswirkungen des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit der Bevölkerung gelten als evidenzbasiert. Personen, die im Statusgefüge einer Gesellschaft weniger privilegiert sind, sind öfter und früher von Multimorbidität und Mortalität betroffen als Menschen in höheren Schichten. In der gesundheitsbezogenen Lebenslaufperspektive findet man darin eine mögliche Erklärung. Diese basiert auf der Annahme, dass gesundheitsbezogene Nachteile bereits in sehr jungen Jahren bestehen, diese sich im Lebenslauf ansammeln und in späteren Jahren in Krankheiten manifestieren (Behrens, 2009, S. 68; Dragano & Sigrist, 2009, S. 182; Jungbauer-Gans & Gross, 2009, S. 77; Kruse & Schmitt, 2016, S.253).

In der Gesundheitsversorgung spricht man von Produktion von Ungleichheit, wenn Versorgungsungleichheiten zufällig entstehen und alle Menschen in gleichem Maß betroffen sind. Reproduktion von Ungleichheit bezieht sich darauf, dass nur bestimmten Personen Ungleichheit zuteil wird, Ungleichheit wird bewusst herbeigeführt (Bauer & Büscher, 2008, S. 29; Bauer & Schaeffer, 2006, S. 29; Behrens, 2008, S. 180).

Zur Betrachtung von Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung werden drei Ausprägungen herangezogen. Es wird differenziert zwischen der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, dem Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und der Prozessqualität in der Gesundheitsversorgung. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung wird als von Patientinnen und Patienten beeinflusst betrachtet. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung gilt als Umstand, der vom Gesundheitswesen vorgegeben ist. (Klein & Knesebeck, 2016b, S. 238; Klein & Knesebeck, 2018, S. 316).

Die Gesundheitsversorgung in Österreich umfasst laut Österreichischer Ärztekammer das gesamte Angebot an Leistungen und Einrichtungen des österreichischen Gesundheitswesens. Einbezogen sind medizinische und präventive Leistungen (Adelbrecht, 2019). Die Planung der Gesundheitsversorgung ist festgeschrieben im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMASGK, 2017a).

In der Literatur über die Auswirkungen des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit älterer Menschen konnten einige Studien und wissenschaftliche Beiträge gefunden werden, die diesen Zusammenhang belegen. Oftmals wird in diesen Studien der Zusammenhang von risikoreichem Gesundheitsverhalten und dem schlechten Gesundheitszustand von älteren Personen mit niedrigem sozialen Status betont. Es macht den Anschein, als würde man diese Personengruppe stigmatisieren, es läge in der Verantwortung der einzelnen Person ihr Gesundheitsverhalten und somit ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Bei dieser Verantwortungszuweisung sollte nicht vergessen werden, dass es dafür soziales, ökonomisches und kulturelles Kapital braucht und dass sozial schlechter gestellte Personen über ein geringeres Ausmaß dieser Kapitale verfügen als höher gestellte Personen (Bauer & Büscher, 2008, S. 26; Kruse & Schmitt, 2016, S. 253; Lampert et al., 2017, S.81).

Bauer und Büscher (2008, S. 16ff.) gehen davon aus, dass aufgrund der Ökonomisierung im Gesundheitswesen, Priorisierungen, Rationierungen und selektive Verteilung von

Zugangsmöglichkeiten vorliegen. Menschen über 60 Jahre mit niedrigem sozioökonomischem Status erfahren Zugangsbeschränkungen, welche sich in Leistbarkeit, mangelhafter Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patientin oder Patient, eingeschränkter Mobilität und nicht oder eingeschränkt durchgeführte gesundheitsbezogene Maßnahmen äußert. Ältere Menschen haben weniger Chancen auf Chemotherapie und Operationen als Jüngere.

Wie erwähnt ist die Evidenz zum Zugang zur und der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung noch nicht sehr ausgeprägt, wie auch einige Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen betonen. Speziell die Lage älterer Menschen bleibt oft unberücksichtigt (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). Bei der Analyse der Studien im Rahmen der Bachelorarbeit wurde daher davon ausgegangen, dass Studienergebnisse, welche für jüngere Menschen gültig sind, auch für ältere Menschen über 65 Jahre zutreffen. Aus den in der Bachelorarbeit verwendeten Studien konnten einige Erkenntnisse zum Zugang zur und der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung gewonnen werden. Diese werden in weiterer Folge zusammengefasst dargestellt.

Studienreviews aus den Jahren 2016 und 2018 bestätigen, dass in Deutschland für Einkommensschwache und Personen ohne Privatversicherung Zugangsbeschränkungen existieren. Diese müssen länger auf Termine warten und sind mit längeren Wartezeiten in der Ordination konfrontiert. Es kommt zum Verzicht auf Arzt- und Ärztinnenbesuche, zum Verschieben oder Nichteinlösen von Medikamentenrezepten und zu selbst „gewählten“ geringeren Medikamentendosierungen. Zahlungskräftige Patientinnen und Patientinnen werden bevorzugt behandelt. Eine weitere Studie belegt, dass einkommensschwache Personen über 50 Jahre aus Kostengründen auf gesundheitsbezogene Leistungen verzichten (Alisch & Kümpers, 2015, S. 5; Klein & Knesebeck, 2016b, Klein & Knesebeck, 2018).

Weitere Studien, welche den Zugang zur Gesundheitsversorgung untersuchen, beziehen sich auf Wahrnehmungen der Befragten, so auch die Österreichische Hochaltrigenstudie. Österreichs Hochaltrige berichten von subjektiver Wahrnehmung von sozialer Ungleichheit in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Stückler & Ruppe, 2015, S. 171). Jürges (2015) verglich anhand der SHARE-Datenerhebung die Wahrnehmungen von europäischen über 50-Jährigen. Er konnte feststellen, dass die befragten Personen ebenfalls von beobachteten Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung zuungunsten von

einkommensschwachen Personen berichten. Weiters wurden altersbezogene Rationierungen in der geriatrischen Versorgung beobachtet, der Bezug zum sozioökonomischen Status fehlt (Esslinger et al., 2011).

Über 65 Jährige US-Amerikanerinnen und US-Amerikaner nehmen Zugangsbeschränkungen aufgrund von Armut in Form von schlechter Qualität der Kommunikation mit dem medizinischen Personal, Anfahrtswege, Wartezeiten und Arztrechnungen wahr. Bedürftige US-Amerikaner und US-Amerikanerinnen - in der zitierten Studie wurde keine Altersdifferenzierung vorgenommen - empfinden Diskriminierungen im Zugang zum Gesundheitswesen aufgrund ihres schlechten sozioökonomischen Status (Fitzpatrick et al., 2004).

Die Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen wurde öfter in die wissenschaftliche Betrachtung einbezogen. Hier entsteht im Großen und Ganzen ein relativ konsistentes Bild. Ältere Menschen ab 50 Jahre mit niedrigem sozioökonomischen Status besuchen öfter allgemeinmedizinische Einrichtungen, dies ist aber dem schlechten Gesundheitszustand geschuldet. Bereinigt um den Bedarf werden bei Besuchen bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, bei Krankenhausaufenthalten und Verweildauer keine sozialen Unterschiede erkannt. Konsultationen von Fachärztinnen und Fachärzten unterliegen einem sozialen Gefälle zuungunsten sozial schwächerer Gruppen. Dieses Bild offenbart sich auch bei allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen, bei Krebsvorsorge und bei Vorsorgeuntersuchungen zur Augen- und Zahngesundheit. Zahnmedizinische Leistungen, wie Zahnfüllungen oder Zahnersatz werden von Personen der unteren Schichten weniger in Anspruch genommen als von höheren Schichten. Höhere Schichten greifen eher zu nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten und nehmen Angebote der Physiotherapie und von Heilpraktikerinnen und -praktikern öfter in Anspruch als Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (Burkert et al., 2012; Doorslaer et al., 2006; Klein & Knesebeck, 2016b; Klein & Knesebeck, 2018; Knesebeck & Mielck, 2009; Kruse & Schmitt, 2016; Leoni, 2015, Mielck, 2006)

Viele der oben genannten gesundheitsbezogenen Maßnahmen sind frei und gleichberechtigt zugänglich, das bedeutet, dass Nichtinanspruchnahme nicht gleichzusetzen ist mit Zugangsbeschränkungen. Die Nichtinanspruchnahme von Leistungen kann auch auf Präferenzen oder auf Informationsmangel zurückzuführen sein (Behrens, 2009; Klein & Knesebeck, 2016b; Klein & Knesebeck, 2018; Mielck, 2006).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass soziale Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung beobachtet werden kann. Besonders betroffen sind ältere Personen und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Die Ungleichheit äußert sich sowohl im Zugang zur Gesundheitsversorgung als auch in der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Die Gründe und Motive für eine Nichtinanspruchnahme sind scheinbar noch wenig erforscht (Klein & Knesebeck, 2016b; Klein & Knesebeck, 2018).

5 Schlussfolgerungen und Diskussion

Dieses Kapitel befasst sich mit den zu Beginn der Bachelorarbeit gestellten Forschungsfragen. Die aus der Literaturrecherche und -analyse gewonnenen Schlussfolgerungen werden dargestellt und diskutiert. Die der Arbeit zugrunde liegende Hypothese, dass soziale Ungleichheit negative Auswirkungen auf den Zugang zur und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für Personen ab 65 Jahren hervorrufen, wird einzeln und gesamt einer Prüfung unterzogen. Der Verifizierung oder Falsifizierung der Hypothese wird unter Berücksichtigung der Studienergebnisse nachgegangen. Die Forschungsfragen der Bachelorarbeit lauten:

- Welche Auswirkungen hat der sozioökonomische Status von Menschen ab 65 Jahren auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung?
- Welche Auswirkungen hat der sozioökonomische Status von Menschen ab 65 Jahren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung?

Aus der Literatur geht hervor, dass der Forschungsstand zum Zugang zur Gesundheitsversorgung noch nicht sehr ausgeprägt ist. Ältere Menschen scheinen in der Versorgungsforschung unterrepräsentiert zu sein. Sehr lange wurde hauptsächlich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und dem Gesundheitsverhalten untersucht. Die Literatur lässt dennoch erkennen, dass Zugangsbeschränkungen existieren. Dies gilt global und auch für jene Staaten, deren Gesundheitswesen wohlfahrtstaatlich organisiert ist und deren Zugang zur Gesundheitsversorgung gleichberechtigt ist. Von einem solidarischen Prinzip der Gesundheitsversorgung entwickelt sich das System aufgrund von Sparmaßnahmen zu einem Prinzip der Selbstverantwortung. Es kommt zu Rationierungen und einer Diskriminierung von sozial niedrigeren Statusgruppen. Der Zugang ist determiniert durch den Besitz bestimmter Ressourcen oder Güter. Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status mangelt es an diesen Gütern und Ressourcen. Viele der verglichenen Studien beziehen sich auf die Wahrnehmung von sozialer

Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung. Sehr oft wurden finanzielle Ressourcen und die Leistbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen als Zugangsbeschränkung wahrgenommen. Gesundheitsbezogene Maßnahmen, wie etwa Untersuchungen, Behandlungen oder Operationen, werden eher jenen gewährt, die finanziell bessergestellt sind. Aus Kostengründen kommt es zu selbstauferlegten Rationierungen. Rezepte werden nicht oder verspätet eingelöst, Medikamente dosiert. Personen, deren Status im Sozialgefüge niedriger ist, haben längere Wartezeiten auf und bei Terminen. Eine häufig wahrgenommene Zugangsbeschränkung ist die schlechte Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten. Lange oder beschwerliche Anfahrtswege sind besonders für Personen, deren Mobilität eingeschränkt ist, eine Behinderung eines uneingeschränkten Zuganges.

Die Forschungsfrage hinsichtlich der Auswirkungen des sozioökonomischen Status auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung konnte beantwortet, die Auswirkungen konnten beschrieben werden. Betroffen sind hauptsächlich ältere Personen und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Die Hypothese, dass der sozioökonomische Status den Zugang zur Gesundheitsversorgung negativ beeinflusst konnte verifiziert werden. Die Gründe dafür scheinen nicht direkt auf, liegen aber wahrscheinlich in den Sparmaßnahmen in der Gesundheitsversorgung, die Rationierungen und Priorisierungen hervorrufen.

Es stellt sich die Frage, wie mit der in der Öffentlichkeit diskutierten Mittelknappheit in der Gesundheitsversorgung umgegangen werden soll. Was soll, was kann eingesetzt werden, wenn Rationalisierungsmaßnahmen nicht oder zu wenig greifen? Darf man aus ethischer Sicht Rationierungen ansprechen? Rationierungen sind ein sensibles Thema. Es kann schnell in die Nähe von sozialer Ungerechtigkeit rücken. Das Thema der Rationierungen sollte aber in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht werden. Wenn es Rationierungen geben muss, dann müssen diese sozial gleich aufgeteilt werden. Es muss Transparenz über die Kriterien geben, nach denen über Rationierungen und Leistungsbeschränkungen entschieden wird. Die Diskussion unter Einbeziehung von Wissenschaft und Politik schafft eine Basis des Vertrauens und beschränkt soziale Ungleichheiten. So lange kein profunder Kriterienkatalog vorhanden ist, besteht die Gefahr von verdeckten Rationierungen, welche schwer nachweisbar sind. Festgelegte Merkmale ermöglichen der Medizinerin und dem Mediziner eine sozial gleiche Zuteilung oder Beschränkung von Ressourcen. Solange nicht der Mut für einen wissenschaftlichen und politischen Diskurs besteht, muss man befürchten, dass eine Verteilungsungleichheit von Rationierungen verstärkt auf sozial schlechter gestellte Schichten einwirkt.

Mittelknappheit darf auch nicht dazu führen, dass das Gesundheitswesen nach marktwirtschaftlichen Prinzipien geregelt ist. Dies führt unweigerlich zu einer Diskriminierung von Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status. Sie haben weder das ökonomische noch das soziale oder kulturelle Kapital, das ihnen die Sicherheit geben würde am Markt gleichberechtigt teilzunehmen. Auch hier sind Wissenschaft und Politik gefordert entsprechend entgegenzusteuern.

Es ist zu bedenken, dass ein eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung für sozial niedrigere Schichten die Schere im Gesundheitszustand vergrößern wird. Eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung hat Auswirkungen auf die Gesundheit der sozial schlechter gestellten Bevölkerungsschichten. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist zwar ein wichtiger Ansatz die Gesundheitsrisiken dieser Personengruppe zu verringern, aber allein das Wissen um gesundheitsfördernde Maßnahmen wird nicht reichen. Der Zugang muss seitens des Gesundheitswesens abgesichert sein, so dass eine gesundheitliche Chancengleichheit hergestellt werden kann.

In der Literatur zum Zugang zur Gesundheitsversorgung wird oft referenziert auf die subjektive Wahrnehmung von Zugangsbeschränkungen. Wahrnehmungen, auch wenn sie von vielen Menschen unterschiedlichster Schichten erfahren werden, müssen nicht deckungsgleich mit der Realität sein. Dieser Umstand eröffnet eine Diskussion über soziale Gerechtigkeit, losgelöst von der Gleichheit. Solange sich Aussagen auf subjektive Wahrnehmungen und nicht auf objektive Realitäten beziehen, ist der Diskurs über Zugangsbeschränkungen emotional besetzt und kann zu keinen konstruktiven Lösungsansätzen führen.

Die zweite Forschungsfrage lässt sich wie folgt beantworten. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, auch jene die kostenfrei zugänglich sind, unterliegt einem sozialen Gefälle zuungunsten niedriger sozioökonomischer Schichten. Der Umgang mit den Angeboten, die Information über Angebote der Gesundheitsversorgung und die Gestaltung der Beziehung zu einer Gesundheitsdienstleisterin oder -dienstleister erfordern Handlungskompetenz der Inanspruchnehmerinnen und -nehmer. Diese ist in niedrigeren Schichten nicht in gleichem Ausmaß gegeben wie in höheren Schichten. Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status verfügen über weniger ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital, dies beeinflusst die Inanspruchnahme. Es scheint, als wäre die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung

verknüpft mit der Reproduktion von gesundheitlicher Ungleichheit. Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status sind betroffen von gesundheitlicher Ungleichheit, dieselben Personen nutzen die Angebote der Gesundheitsversorgung weniger als Menschen mit höherem Status und besserer Gesundheit.

Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status nehmen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zur Gesunderhaltung weniger in Anspruch als Mitglieder höherer Schichten. Dies kann man auch beobachten bei Untersuchungen zur Zahnmedizin. Fachärztinnen und Fachärzte werden von Menschen mit höherem Status mehr in Anspruch genommen. Allgemeinmedizinische Untersuchungen werden trotz höherem Bedarf der niedrigeren Schichten von diesen nicht öfter in Anspruch genommen als von Personen mit höherem Status. Der höhere Bedarf von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status entsteht aus dem tendenziell schlechteren Gesundheitszustand dieser Personengruppen.

Betrachtet man Gesundheitsdienstleistungen der Prävention und die Ungleichheit bei der Inanspruchnahme, stellt sich die Frage, inwieweit diese Maßnahmen Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status erreichen. Es entsteht der Eindruck, dass Menschen mit höherem Bildungsstatus, höherem Einkommen und besserem Berufsprestige, eher von präventiven Maßnahmen angesprochen werden. Es scheint als wäre deren Gesundheitskompetenz ausgeprägter.

Die Motivation der Nichtinanspruchnahme ist unerforscht, daher lässt die vorhandene Datenlage Interpretationsspielraum zu. Es ist nicht geklärt, ob die geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung verknüpft ist mit einer Unterversorgung von sozial niedrigeren Schichten. Nichtinanspruchnahme ist nicht zwangsläufig ein Merkmal von Zugangsbeschränkungen, wie man an dem ungleichen Nutzungsverhalten von egalitär zugänglichen gesundheitsbezogenen Dienstleistungen erkennen kann.

Die Hypothese, dass die soziale Ungleichheit negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung hat, konnte verifiziert werden. Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status nutzen die Angebote der Gesundheitsversorgung weniger als Menschen mit höherem Status.

Die Frage nach der Motivation der Nichtnutzung ist noch nicht beantwortet. Die Gründe können vielschichtig sein. Man kann interpretieren, dass die Nichtnutzung von frei zugänglichen

gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in mangelnder Gesundheitskompetenz liegen, in einem Unwissen über Angebote, in Zugangsbeschränkungen und in der gesundheitsbezogenen Unterversorgung niedrigerer Schichten. Die Nichtinanspruchnahme könnte auch verbunden sein mit mangelnden finanziellen Ressourcen. Denn obwohl der Zugang kostenfrei ist, entstehen doch Opportunitätskosten. Das Inanspruchnahmeverhalten könnte beeinflusst sein von der Befürchtung, dass aus der frei zugänglichen Versorgungsdienstleistung Folgekosten entstehen. Die Erforschung der Motivation wäre im Sinne einer Verbesserung der Gesundheit niedrigerer Bevölkerungsschichten. Zu wissen, was diese Menschen bewegt, frei zugängliche Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen, ermöglicht zielgruppenspezifischen Informationskampagnen zu starten. Menschen mit Angeboten zu erreichen, die ihre Gesundheit positiv beeinflussen können, wäre ein wesentlicher Beitrag zur Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit und ein wesentlicher Beitrag die Folgekosten nicht erkannter Erkrankungen zu senken. Mit zielgerichteter Information kann zusätzlich die Gesundheitskompetenz von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status gefördert werden, was ebenfalls einen Beitrag zu einer besseren Gesundheit der Bevölkerung darstellt.

Die Bachelorarbeit beruht auf der Hypothese, dass soziale Ungleichheit negative Auswirkungen auf den Zugang zur und die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung für Personen ab 65 Jahren hervorrufen. Ausgehend von der Annahme, dass soziale Ungleichheit über den Lebenslauf relativ konstant bleibt, respektive ungleiche Lebenschancen sich ansammeln und die soziale Ungleichheit im Alter verstärken, gilt die Hypothese als bestätigt. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erfahren Beschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung. Der sozioökonomische Status wirkt zudem auch auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, ein soziales Gefälle zuungunsten sozial schlechter gestellter Menschen kann erkannt werden.

Die Literaturrecherche und Analyse haben ergeben, dass ältere Menschen ab 65 Jahren in der Versorgungsforschung unterrepräsentiert sind. Diese Forschungslücke, welche eine immer größer werdende Gruppe von Menschen betrifft, wird auch von einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern genannt. Wenn diese Ausklammerung aus der wissenschaftlichen Betrachtung auch bedeutet, dass ihre Zugangschancen nicht beachtet werden und eine größere Anzahl von Menschen vom Zugang ausgeschlossen sind, dann könnte auch damit gerechnet werden, dass deren Gesundheitszustand nicht ernstgenommen wird. Die Verantwortung für den Zugang zur Gesundheitsversorgung darf nicht diesen Menschen allein zugesprochen werden. Nicht

jede, nicht jeder, vor allem Personen mit niedrigem sozialen Status, hat die Kompetenz, diesen Zugang durchzusetzen. Die oft diskutierte Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten ist nicht für jede, jeden erreichbar.

Dies gilt auch für die Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen. Es gilt zu klären, warum Menschen mit einer niedrigeren Position im Statusgefüge einer Gesellschaft Leistungen, die nicht mit monetären Belastungen verbunden sind, nicht in Anspruch nehmen. Die Erkundung der Motivationen, welche hinter der Nichtinanspruchnahme stehen, wäre sehr wichtig. Daraus lassen sich Erkenntnisse gewinnen, wie und mit welchen Angeboten Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status entgegengekommen werden soll.

Ein gleichberechtigter Zugang zur und die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung wären dem Gesundheitswesen zuträglich. Frühsterblichkeit und Multimorbidität könnten dadurch sinken und hohe Kosten der Gesundheitsversorgung reduzieren.

6 Ausblick

Der Handlungsbedarf für die Wissenschaft zur weiteren Forschung ergibt sich aus dem Umstand, dass immer mehr Menschen immer älter werden und diese Personengruppe stetig wächst. Die zu erwartenden Ergebnisse aus zukünftigen Forschungstätigkeiten könnten einen Beitrag leisten, welcher ein gesünderes Altern für einen wachsenden Anteil der Bevölkerung in die Nähe rückt.

Die Forschungslage bezüglich der Auswirkungen des sozioökonomischen Status auf die Gesundheitsversorgung älterer Menschen über 65 Jahre ist noch nicht sehr weit gediehen. Wie die Bachelorarbeit gezeigt hat, fokussieren viele wissenschaftliche Arbeiten auf die Wahrnehmung von Zugangsbeschränkungen ohne Bezug auf unterschiedliche Altersgruppen.. Es fehlen Erkenntnisse, ob die subjektiv empfundenen Zugangsbeschränkungen tatsächlich bestehen und ob diese speziell für ältere Menschen ab 65 Jahren mit niedrigem sozialem Status gelten. Die Klärung der Frage inwieweit ein be- oder verhindernder Zugang zu Leistungen die Lebensführung und Lebensqualität einschränkt, ist ebenfalls offen.

Erkenntnisse der wissenschaftlichen Forschung ermöglichen, dass etwaige Zugangshemmnisse ausgeglichen werden. Der offene und niederschwellige Zugang zu essenziellen Gesundheitsdienstleistungen hilft in weiterer Folge bei Einsparungen im Gesundheitswesen. Gesunde alte Menschen brauchen weniger gesundheitsbezogene Leistungen. Wissenschaftliche Ergebnisse stellen einen wichtigen Diskussionsbeitrag zur Chancengleichheit dar. Auf deren Basis kann der Diskurs um Zugangsbeschränkungen offen geführt und Lösungsansätze entwickelt werden.

Offen sind Forschungsergebnisse bezüglich der Motivation für die Nichtinanspruchnahme von prinzipiell egalitär zugänglichen Gesundheitsdienstleistungen. Was hindert ältere Menschen mit niedrigem sozialen Status an der Inanspruchnahme von frei zugänglichen Versorgungsleistungen? Erklärungsansätze sind mangelnde Gesundheitskompetenz, schlechte Qualität der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten. Die Erforschung der Motivation bietet eine wissenschaftlich abgesicherte Diskussionsbasis für das Erreichen eines besseren Verständnisses für Personen, die den offenen Zugang nicht beanspruchen. Die Erkenntnisse der Motivationsforschung bieten Grundlage für das Initiieren von Anreizsystemen und zielgruppenspezifischen Förderprogrammen speziell für die Personengruppe der 65-Jährigen mit einem niederen sozioökonomischen Status. Evidenzbasierte wissenschaftliche Ergebnisse könnten Barrieren für eine Nichtinanspruchnahme minimieren. Des Weiteren lässt die Erforschung der Motive hoffen, dass Aussagen getroffen werden können, ob der schlechte Gesundheitszustand von sozial niedrigeren Schichten im Zusammenhang mit einer gesundheitsbezogenen Unterversorgung steht.

Eine qualitative Befragung von älteren Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status könnte eine erste Ausgangsbasis sein. Anhand von Interviews kann die Motivation der Inanspruchnahme oder Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in einem ersten Schritt geklärt werden. Für die Analyse der Motivation ist die qualitative Forschung ein probates Instrument. Es bedarf aber auch quantitativer Forschung, um bisherige Forschungsergebnisse auf breiter Basis zu aktualisieren. Eine weitere Möglichkeit wären Longitudinalstudien, um Entwicklungen im Altersverlauf zu beobachten. Auf deren Basis könnten verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen initiiert werden. Somit könnte die Forschung einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die wertende Beurteilung von Erkrankungen aufgrund von risikoreichem Gesundheitsverhalten revidiert wird.

Literaturverzeichnis

- Alisch, M., & Kümpers, S. (2015). Soziale Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft—Ein Überblick relevanter Themen und Befunde. *informationsdienst altersfragen*, (05), 3–11.
- Alisch, M., & Kümpers, S. (2018). Ungleichheiten des Alter(n)s in sozialräumlicher Perspektive. In C. Bleck, A. v. Rießen, & R. Knopp (Hrsg.), *Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen* (S. 53–68). Wiesbaden: Springer VS.
- 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
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., & Richter, M. (2008). Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer, & M. Richter (Hrsg.), *Health Inequalities*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 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, Konzepte* (S. 55–76). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BMASGK (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen-Daten-Fakten*. Wien: BMASGK
- Bourdieu, P. (2014) (1987). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. (14. Aufl.). Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag.
- 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.

- Doorslaer, E. v., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe: A decomposition approach. *Health Economics*, 13(7), 629–647.
- Doorslaer, E. v., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*, 174(2), 177–183. doi: 10.1503/cmaj.050584
- Dragano, N., & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S.182-194). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.
- Esslinger, A. S., Meier, F., Roller-Wirnsberger, R. E., & Heppner, H. J. (2011). Einstellungen zur altersbedingten Rationierung von Gesundheitsleistungen: Ergebnisse einer Analyse in Deutschland und Österreich. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123(13–14), 422–431. doi: 10.1007/s00508-011-0001-4
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2003). Cumulative Disadvantage and Health: Long-Term Consequences of Obesity?. *American sociological review*, 68(5), 707–729.
- Fitzpatrick, A. L., Powe, N. R., Cooper, L. S., Ives, D. G., & Robbins, J. A. (2004). Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1788–1794. doi: 10.2105/AJPH.94.10.1788
- 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* (S. 247–275). Wiesbaden: Springer VS.
- Janßen, C., Frie, K. G., Dinger, H., Schiffmann, L., & Ommen, O. (2009). Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Konzepte* (S. 167–180). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 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 soziodemografischer 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, Konzepte* (S. 77–98). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jürges, H. (2015). Health insurance coverage and access to care among European elders: Cross-national differences and social gradients. In A. Börsch-Supan, T. Kneip, H. Litwin, M. Myck, & G. Weber (Hrsg.), *Ageing in Europe—Supporting Policies for an Inclusive Society* (S. 301-312). Berlin: de Gruyter. doi: 10.1515/9783110444414-029

- 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
- Knesebeck, O. v. d., & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit Grundlagen, Probleme, Konzepte* (2. Aufl., S. 253–266). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 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* (Robert Koch Institut, Hrsg.). Berlin.
- Lampert, T., & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt*, 5(2).
- 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.
- 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.
- Niedzwiedz, C. L., Katikireddi, S. V., Pell, J. P., & Mitchell, R. (2014). Socioeconomic inequalities in the quality of life of older Europeans in different welfare regimes. *European Journal of Public Health*, 24(3), 364–370. doi: 10.1093/eurpub/cku017
- Reichardt, C. & Gastmeier, P. (2013). "Patient Empowerment" Wie viel können Patienten zu einer verbesserten Compliance des Personals beitragen. *Krankenhaushygiene up2date* 8, 157-164

- Stückler, A. & Ruppe, G. (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung* (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA), Hrsg.). Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA).
- Stückler, A. (2018). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Welle II 2015- 2018 Panelerhebung Wien und Steiermark* (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA), Hrsg.). Wien: Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA).
- Tesch-Römer, C., Wiest, M., & Wurm, S. (2010). Subjektives Wohlbefinden. In A. Motel-Klingebiel, S. Wurm, & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (S. 263–283). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thieme, F. (2016). Kaste, Stand, Klasse. In *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie* (S. 221–245). Wiesbaden: Springer VS.
- Wehler, H.-U. (2013). *Die neue Umverteilung Soziale Ungleichheit in Deutschland*. München: C.H. Beck.
- Winkler, J., & Stolzenberg, H. (1999). Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, 2, 178–183.

E-Mail:

- Adelbrecht, J. (2019, Dezember 11). *Anfrage Ärztekammer Gesundheitsversorgung*. Abgerufen von j.adelbrecht@aerztekammer.at
- Kernstock, E. (2019, Dezember 13). *Anfrage GOEG Gesundheitsversorgung*. Abgerufen von eva.kernstock@goeg.at

Internetquellen:

- BMASGK. (2017a). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Online: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualit%C3%A4tssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> [Abruf am 29.12.2019]
- BMASGK. (2017b). ÖSG 2017: Planung der Gesundheitsversorgung. Online: [www.https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/planung](https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/planung) [Abruf am 29.12.2019]
- Department of Economic and Social Affairs. (2018). *Health Inequalities in Old Age*. Online: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf> [Abruf am 29.12.2019]
- Erkinger-Kovanda, S. (2016). *Regionale Disparitäten*. Online: https://austria-forum.org/af/AEIOU/Regionale_Disparitäten [Abruf am 29.12.2019]

<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbiditaet/Multimorbiditaet.html> [Abruf am 27.01.2020]