GESUNDHEITS
WISSENSCHAFTEN dokument

50

Wissensbasis für den Diskurs von Armut und Gesundheit

Bettina Ottendörfer

OÖ Gebietskrankenkasse | Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation | www.ooegkk.at/wissenschaft
Johannes Kepler Universität Linz | Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dgw@ooegkk.at

Linz 2016

Zusammenfassung

Hintergrund
Armut ist ein nach wie vor aktuelles wenn auch kein neues Thema. Sie hat Folgen für alle Lebensbereiche, speziell wirkt sie sich auf die Gesundheit der Menschen aus. Besonders in der Sozialepidemiologie stellt der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ein wesentliches Forschungsfeld dar. Die Darstellung des Zusammenhangs von Armut und Gesundheit ist aber auch in der Gesundheits- und Armutsberichterstattung von entscheidender Bedeutung. Denn nur, wenn die Problemlage korrekt und umfassend beschrieben und dargestellt wird, kann das Phänomen richtig erfasst und bearbeitet werden. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie soll in der zukünftigen, österreichischen Armuts- und Gesundheitsforschung der Forschungsgegenstand „gesundheitliche Situation von Armut betroffener Personen“ objektiv, zuverlässig und gültig dargestellt werden?

Methode
Die vorliegende Arbeit besteht aus einem Literaturteil und aus einem empirischen Teil. Für die theoretische Grundlage wurde eine Literaturrecherche, für den empirischen Teil wurde eine Analyse ausgewählter Gesundheits- und Armutsberichte durchgeführt. Daneben kamen außerdem qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz, konkret handelte es sich dabei um leitfadengestützte Experteninterviews. Die Auswertung erfolgte nach Meuser und Nagel.

Ergebnisse
Die Analyse der Berichte und die Experten/-innen aus der Gesundheits- und Armutsberichterstattung und -forschung konnten zeigen, dass es eine Reihe von wesentlichen Herausforderungen bei der gegenwärtigen Wissensbasis zu Armut und Gesundheit in Österreich gibt. Daraus ergab sich eine Reihe von Empfehlungen. In Gesundheits- und Armutsberichten sollte die sozioökonomische Lage standardisiert mit gesundheitlichen Outcomes in Zusammenhang gebracht werden. Qualitative Erhebungsmethoden sollten im gleichen Ausmaß wie quantitative Methoden eingesetzt werden. Über Versorgungsforschung soll verstärkt die Ungleich-Behandlung sozioökonomisch Benachteiligter sichtbar gemacht machen, es sollten dazu Versorgungsberichte erstellt werden.

Diskussion
Da die sozialen, gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen die Gesundheitschancen jedes einzelnen entscheidend prägen, ist es sehr wichtig, darauf zu achten, dass das Sozialsystem die Versorgung der betroffenen Personen nicht weiter drückt und damit die Ungleichheiten noch verstärkt, sondern diese ausgleicht. Damit dies gelingen kann, braucht es eine solide Wissensbasis über die gesundheitliche Verfassung der Bevölkerung und die Versorgungsgerechtigkeit.

Schlüsselwörter
Indikatoren, Gesundheitsberichterstattung, Armutsberichte, Routinedaten, Erhebungsmethoden, Gesundheit, Armut, Armutsgefährdung

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 2

1 Einleitung 5

1.1 Problemstellung 5

1.2 Forschungsfragen 7

1.3 Methodik 8

2 Begriffsdefinitionen 10

2.1 Armut 10

2.2 Gesundheit und Krankheit 13

3 Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit 16

3.1 Determinanten von Gesundheit 16

3.2 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit 18

3.3 Ausgewählte Daten zu gesundheitlicher Ungleichheit 21

3.4 Versorgungsforschung im Kontext sozialer Ungleichheit 24

4 Wissensgrundlagen im Diskurs zu Armut und Gesundheit 26

4.1 Armuts- und Gesundheitsberichterstattung 26

4.2 Gesundheits- und Armutsindikatoren 29

5 Empirische Erhebung zur Wissensbasis von Armut und Gesundheit 33

5.1 Analyse ausgewählter Armuts- und Gesundheitsberichte 33

5.1.1 Indikatoren 33

5.1.2 Erhebungsmethoden und Stichproben 45

5.1.3 Sekundärdaten 46

5.1.4 Vergleichbarkeit der Daten im Zeitverlauf 47

5.2 Experteninterviews 48

5.2.1 Aufbau der Untersuchung 48

5.2.2 Ergebnisse der Untersuchung 49

6 Zusammenfassung und Diskussion 54

7 Abgeleitete Empfehlungen 57

Literaturverzeichnis 58

Anhang 62

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 63

1 Einleitung

Armut ist ein nach wie vor aktuelles wenn auch kein neues Thema. Armut hat Folgen für alle Lebensbereiche, speziell wirkt sie sich aber auf die Gesundheit der Menschen aus. Die finanziellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen prägen maßgeblich die gesundheitlichen Chancen eines und einer jeden Einzelnen. Besonders in der Sozialepidemiologie stellt der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ein wesentliches Forschungsfeld dar. Im öffentlichen Diskus ist die Darstellung des Zusammenhangs von Armut und Gesundheit in der Gesundheits- und Armutsberichterstattung von entscheidender Bedeutung. Denn nur, wenn die Problemlage korrekt und umfassend beschrieben und dargestellt wird, kann das Phänomen richtig erfasst und bearbeitet werden. Das öffentliche Versorgungssystem muss aufpassen, dass die betroffenen Menschen nicht noch weiter an den Rand der Gesellschaft gedrückt, sondern von diesem aufgefangen werden. Nur aufgrund einer weitestgehend vollständigen Wissensbasis können die richtigen Maßnahmen und Schritte gesetzt werden, um die Lebenslagen und in weiterer Folge die Gesundheit der von Armut betroffenen Menschen zu verbessern.

Im aktuellen politischen Geschehen findet sich das Themenfeld der Masterarbeit wieder. Im Jahr 2012 wurden vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH und einer Vielzahl relevanter Institutionen die Rahmengesundheitsziele für Österreich ausgearbeitet. Besonders das Ziel 2 „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“ widmet sich dem Thema Armut und Ungleichheit (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Auch in der Gesundheitsreform, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag unter Artikel 3 Unterpunkt 3.3. „Orientierung an den Rahmen-Gesundheitszielen“ ist die gesundheitliche Chancengerechtigkeit und die Orientierung an den Determinanten der Gesundheit festgeschrieben (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2013). Das Thema Armut ist damit besonders für die soziale Krankenversicherung in Österreich von großer Bedeutung.

1.1 Problemstellung

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit konnte bereits in vielen Studien belegt werden. Besonders in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung spielt der Zusammenhang von Armut, Ungleichheit und Gesundheit eine bedeutende Rolle. Beispielweise wurde bereits im 19. Jahrhundert durch Rudolf Virchow und Salomon Neumann gezeigt, dass Krankheit und vorzeitige Sterblichkeit gesellschaftliche Ursachen hat und durch gesellschaftspolitische Maßnahmen bekämpft werden kann (Lampert, 2011, S. 576). Im Jahr 1936 konnten M‘Gonigle und Kirkby anhand einer Untersuchung von Schulkindern in Stockton-on-Tees belegen, dass Armut negativ auf die körperliche Verfassung der Menschen wirkt. Das war eine der ersten Veröffentlichungen, die sich mit dem Einfluss der Lebensbedingungen auf die Gesundheit beschäftigte (Bambra, 2011, S. 475).

Im Laufe der Jahre hat sich der Armutsbegrifft aber verändert. Die öffentliche Diskussion, und damit einhergehend viele empirische Studien wurden durch die Veröffentlichung des Black Reports

Anfang der 1980er Jahre in Großbritannien befördert und gewannen an gesellschaftlicher Relevanz. Daraus ging hervor, dass soziale Ungleichheiten sich stark auf Krankheit und Sterblichkeit auswirken. Zurückgeführt wurde dies insbesondere auf finanzielle Benachteiligungen und die damit einhergehenden Belastungen (Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2005, S. 21).

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in Österreich in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich gestiegen, jedoch sind nicht alle sozialen Schichten gleichermaßen davon betroffen (Habl et al., 2014, S. 240). Aktuelle Daten zeigen, dass arme Menschen beispielsweise häufiger unter chronischen Erkrankungen leiden als finanziell besser gestellte Menschen (Institut für Gesundheitsplanung, 2012, S. 25ff.). Die gesundheitlichen Ungleichheiten werden maßgeblich durch eine Reihe von Determinanten beeinflusst. Das soziale Gefälle in einer Gesellschaft ist ein wesentlicher Faktor dafür, welcher sich auch auf die Krankheits- und Sterberaten auswirkt. So zeigt es sich beispielsweise, dass Kinder aus ärmeren Familien häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden als andere Kinder (Lampert et al. 2005, S. 100ff.). Dabei ist es wichtig zu beachten, dass der größte Teil der Ursachen nicht im Verhalten, sondern in den Lebensumständen der Menschen begründet ist (Mielck, 2010, S. 237f.).

Der Zusammenhang scheint durch eine Vielzahl an Studien gesichert. Außerdem gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen, die den sozialen Gradienten der Gesundheit zu ergründen versuchen, eine abschließende Antwort ist aber noch nicht gefunden. Bei der Analyse ungleicher Gesundheitschancen steht die Forschung vor drei großen Herausforderungen die Beschreibung, die Erklärung und die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheiten. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf die Beschreibung und öffentlichen Darstellung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist Gegenstand vieler Armuts- sowie Gesundheitsberichte. Die Berichterstattung dient unter anderem dazu, Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten ergründen zu können, sowie die der unterschiedlichen politischen Maßnahmen und Handlungen zu messen.

Die Wissensbasis zu diesem Thema scheint in Österreich aber aus unterschiedlichen Gründen nicht optimal. Es stellt sich diesbezüglich die Frage, ob die bislang verwendeten Kennzahlen zur Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit die Situation ausreichend erfassen. Daher soll es ein wesentlicher Aspekt der Masterarbeit sein, anhand von Interviews mit Experten und Expertinnen herauszufinden, ob die bislang in den unterschiedlichen Berichten verwendeten Indikatoren zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage armer Menschen ausreichen bzw. passend sind.

Auch ist die Vergleichbarkeit der empirischen Daten über längere Zeitreihen nur bedingt gegeben. Das liegt unter anderem daran, dass sich die zugrundeliegenden Datenquellen oder die Erhebungsmethoden im Laufe der Zeit ändern. Teilweise variieren die inhaltlichen Schwerpunkte der Publikationen mit den Jahren. In der Berichterstattung werden sehr oft Sekundärdaten eingesetzt, diese sind aber nicht immer geeignet. Dabei handelt es sich dabei in der Regel um Routinedaten, worunter unter anderem Abrechnungsdaten der Sozialversicherung fallen (Leidl, Richter, & Schmid, 2010, S. 11ff.). Zwar haben Routinedaten den Vorteil, dass es sich dabei um leicht, einfach und kostengünstig verfügbare Daten handelt, die eine breite Bevölkerungsschicht abde-

cken und dabei geschlechts- und altersspezifische oder regionale Unterschiede zeigen, aber sie haben auch gewisse Nachteile (Schubert, et al., 2014).

Eine weitere Schwierigkeit stellt die Abdeckung der betroffenen Bevölkerungsgruppe durch die Berichterstattung dar. So ist die Zielgruppe in einigen Berichten nicht vollständig erfasst. So sind beispielsweise im Bericht EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) nur Haushalte ohne die Bevölkerung, die in Anstalten lebt, wie Wohnungslose, Menschen in Alten-, Pflege- oder Kinderheimen oder Asylwerbende, eingeschlossen (Statistik Austria, 2011, S. 29).

Außerdem kommt bislang der qualitativen Forschung ein eher geringer Stellenwert zu. In den meisten großen Berichten werden ausschließlich quantitative Kennzahlen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage armer Menschen herangezogen (Institut für Gesundheitsplanung 2012; Statistik Austria 2012; Klimont 2008).

1.2 Forschungsfragen

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Wissensbasis zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Ziel ist es, herauszufinden, wie die Wissenslage zu Armut und Gesundheit zum aktuellen Zeitpunkt aussieht, wie diese von den Experten/-innen bewertet wird, welche Aspekte dabei noch fehlen und für ein (annähernd) vollständiges Verständnis der gesundheitlichen Lage von Armut betroffener Personen darüber hinaus notwendig und sinnvoll wären. Ziel ist außerdem, Empfehlungen für eine künftige Berichterstattung zu entwickeln.

Forschungsfrage

Wie soll in der zukünftigen, österreichischen Armuts- und Gesundheitsforschung der Forschungsgegenstand „gesundheitliche Situation von Armut betroffener Personen“ objektiv, zuverlässig und gültig dargestellt werden?

- Welche Zugänge zu Daten und Informationen gibt es?
- Wie sieht die Vernetzung der Experten/-innen untereinander aus? Gibt es Expertennetzwerke?

Unterforschungsfrage 1

Welche Wissensgrundlagen kommen in der österreichischen Forschung zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit im Diskurs zu den Themen Armut und Gesundheit zur Anwendung?

- Wo finden sich Mängel und Potentiale bei der bestehenden Wissensbasis?
- Welche quantitativen und qualitativen Methoden werden angewandt? Wie sieht das aktuelle Verhältnis von qualitativ zu quantitativ aus und wie sollte das Verhältnis in Zukunft aussehen?
- Wie wird bei den verwendeten Wissensgrundlagen der Forschungsgegenstand „Armut und Gesundheit“ operationalisiert? Sind die daraus gewonnenen Indikatoren aus Sicht von Experten/-innen geeignet diesen Zusammenhang darzustellen?

Unterforschungsfrage 2

Welches Verbesserungspotential besteht in Bezug auf die gegenwärtige Wissensbasis?

1.3 Methodik

Die vorliegende Masterarbeit besteht aus einem Literaturteil und aus einem empirischen Teil. Für die theoretische Grundlage wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Für den empirischen Teil wurde eine Analyse ausgewählter Gesundheits- und Armutsberichte aus Österreich und der EU sowie der Bundesländerebene durchgeführt. Eine vollständige Erfassung aller in Österreich verfügbaren Berichte übersteigt die Machbarkeit und den Umfang einer Masterarbeit. Daneben kamen außerdem qualitative Forschungsmethoden zum Einsatz, konkret handelte es sich dabei um leitfadengestützte Experteninterviews. Dabei handelt es sich um eine teilstrukturierte Befragungsform, die mit einem Fragenkatalog, dem Gesprächsleitfaden, der die Fragen vorgibt aber die Reihenfolge offen lässt, durchgeführt wurde (Atteslander, 2006, S. 125ff.). Befragt wurden Experten und Expertinnen aus dem Bereich Armuts-, Sozialbereich, der Public Health Forschung und aus der Gesundheitsberichterstattung. Für den analytischen Teil wurden die folgenden Berichte untersucht:

- Die untersuchten Gesundheitsberichte
  - Der WHO Gesundheitsbericht aus 2015
  - Die Österreichische Gesundheitsbefragung aus 2014 und 2006/07 (Sozio-demographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007)
  - Die Gesundheitsberichte der Bundesländer (Oberösterreich, Niederösterreich, Wien, Burgenland, Steiermark, Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg)
  - Der Österreichische Gesundheitsbericht aus 2009

- Die untersuchten Armutsberichte
  - Der Armuts- und Sozialbericht des BMASK 2013-14
  - EU-SILC

Die Methoden der qualitativen Sozialforschung bieten eine größere Offenheit als quantitative Methoden. Es können damit auch Antworten auch Fragestellungen, die außerhalb des engen Fragerasters liegen gefunden werden. Diese Forschungsmethode orientiert sich an der subjektiven Sichtweise der befragten Personen und eignet sich auch für Alltagssituationen. Grundsätzlich unterscheidet sich die qualitative von der quantitativen Forschung neben den genannten Kriterien dadurch, dass eine wesentlich kleinere Stichprobe befragt wird, diese Befragungen jedoch wesentlich tiefer gehen und mehr Zeit für Rückmeldungen bieten sowie eine intensivere Auswertung verlangen (Diekmann, 2007, S. 531f.).

Im Gegensatz zu quantitativen Verfahren, bei denen eine große Stichprobe befragt wird, untersucht die qualitative Forschung Einzelfälle. Diese spiegeln aber nicht ein Abbild der Gesamtheit wider (Mayring, 2002). Für die vorliegende Arbeit wurden Experteninterviews als Erhebungsmethode herangezogen. Bei dieser Form der Interviewführung ist nicht die Gesamtperson mit ihrem Lebenszusammenhang Gegenstand der Analyse, es geht vielmehr um einen organisatorischen oder institutionellen Zusammenhang. Der Expertenstatus der interviewten Personen ist dabei ab-

hängig von den inhaltlichen Fragestellungen (Meuser & Nagel, 1991, S. 72f.). Die Methode der Experteninterviews eignet sich somit im vorliegenden Fall besonders, da zum einen die Erfahrungen der ausgewählten Experten/-innen erhoben und der bestehende Wissensstand zum Phänomen Armut und Krankheit hinterfragt sowie Überlegungen und Empfehlungen für die Zukunft gewonnen werden sollten. Es wurden jene Experten/-innen ausgewählt, die Erfahrungen im Zusammenhang mit der Armuts- oder Gesundheitsberichterstattung hatten und Experten/-innen in Armuts- und/oder Gesundheitsfragen waren. Die Zielsetzung für die Interviews war im Wesentlichen, zu erfassen, wie sich die gegenwärtige Daten- und Wissenslage gestaltet, was man an Daten und Datenquellen darüber hinaus benötigt, sowie eine Bestandsaufnahme zu den Erhebungsmethoden und den Netzwerken durchzuführen, um schließlich Verbesserungsmöglichkeiten sowie deren Umsetzbarkeit zu hinterfragen.

Basis für die Interviews war ein Interviewleitfaden, in dem alle relevanten Themenbereiche abgehandelt wurden. Damit konnte ein roter Faden bei den unterschiedlichen Interviews bewahrt werden. Die Auswertung der Interviews wurde nach der Auswertungsmethode für Experteninterviews von Meuser und Nagel durchgeführt. Zentral bei der Auswertung der Experteninterviews ist dabei das Überindividuell-gemeinsame der Interviews, wie beispielsweise gemeinsame Wissensbestände oder Deutungen, herauszuarbeiten. Die Auswertungsschritte umfassen nach der Transkription, die Paraphrase, die paraphrasierten Abschnitte werden anschließend mit Überschriften versehen, dann erfolgt der thematische Vergleich, die soziologische Konzeptualisierung und schließlich die theoretische Generalisierung (Meuser & Nagel, 1991, S. 80ff.)

2 Begriffsdefinitionen

Als Grundlage für eine genauere Betrachtung der Wissensbasis müssen zunächst die Begriffe Armut und Gesundheit genauer definiert werden. In einem ersten Schritt wird der Begriff Armut anhand der verschiedenen Ausprägungen und Definition erklärt und von verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Der zweite Schritt widmet sich der Gesundheit und Krankheit. Es wird versucht, die Komplexität der Begriffe anhand verschiedener Definitionen zu erfassen und kritisch zu beleuchten.

2.1 Armut

Wenn man den Begriff Armut darstellen möchte, muss man beachten, dass es unterschiedliche Betrachtungsweisen von Armut gibt. Bei der Diskussion ist es darüber hinaus wichtig zu unterscheiden, ob es sich um eine vorübergehende, kürzere Periode oder eine dauerhafte Form von Armut handelt. Armut kann während einer Phase des Lebens wie beispielsweise bei der Geburt eines Kindes oder während einer Arbeitslosigkeit oder im Alter auftreten. Armut wird immer individueller und vielfältiger. Eine einfache, allgemein gültige Definition von Armut gibt es demnach nicht.

Grundsätzlich kann Armut in absolute und relative Armut unterteilt werden. Absolute Armut bedeutet, dass Menschen nicht in der Lage sind, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln ihre grundlegenden Bedürfnisse zu erfüllen. Diese Form der Armut gilt in hoch entwickelten Gesellschaften aber mittlerweile als weitestgehend überwunden. Hier spielt die relative Armut eine größere Rolle. Der Begriff der relativen Armut ist ein relationales Konzept. Hier wird der Armutsbegriff mit den vorherrschenden gesellschaftlichen Standards in Bezug gesetzt. Das heißt, dass relativ arme Menschen nicht über die notwendigen Mittel verfügen, um dem geltenden kulturellen Standard einer Gesellschaft zu entsprechen und am normalen gesellschaftlichen Leben partizipieren zu können (Klemperer, 2010, S. 195; Daiva, 2003, S. S. 31f.).

Durch welche Maßzahlen können Menschen nun als arm definiert werden? Es gibt eine Reihe von Definitionsmöglichkeiten zu Armut, im folgenden Kapitel werden einige der wichtigsten Begriffe erklärt. Eine Person gilt dann als armutsgefährdet, wenn sie oder der Haushalt, in dem sie lebt, über ein Einkommen verfügt, das geringer ist als 60 Prozent des nationalen gewichteten Medianeinkommens. Das Äquivalenzeinkommen ist ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen. Das Einkommen wird gewichtet nach der Anzahl der Personen, die in einem Haushalt wohnen, die Bedarfsgewichtung erfolgt mittels einer OECD-Skala. Dabei wird berücksichtigt, dass ein Einpersonenhaushalt mit demselben Einkommen wie ein Haushalt, in dem drei Personen leben, über mehr pro Kopf Einkommen verfügt. Die Armutsgefährdungsschwelle bei einem Drei-Personen-Haushalt liegt dadurch höher als bei einem Einpersonenhaushalt. Laut Daten aus EU-SILC (Statistics of Income and Living Conditions) lag diese Schwelle in Österreich im Jahr 2014 bei 1.161 Euro pro Monat (zwölfmal jährlich) für einen Einpersonenhaushalt. Für jedes Kind unter 14 Jahren werden 331 Euro pro Monat und für jeden weiteren Erwachsenen 552 Euro pro Monat hinzugerechnet. Demnach sind etwa 14,1 Prozent der österreichischen Bevölkerung (also rund

1.185.000 Personen) armutsgefährdet. Die Tabelle unterhalb zeigt die unterschiedlichen Grenzwerte in Abhängigkeit vom Haushaltstyp (Statistik Austria c, 2014, S. 9f.).

Tabelle 1: Armutsgefährdungsschwelle bei 60 Prozent des Median für unterschiedliche Haushaltstypen im Jahr 2014

Haushaltstyp	Gewichtungsfaktor nach EU Skala	Jahreswert (€) 2014	Monatswert (€)
Einpersonenhaushalt	1	13.926	1.161
1 Erw. + 1 Kind*	1,3	18.104	1.509
2 Erw.	1,5	20.890	1.741
2 Erw. + 1 Kind*	1,8	25.067	2.089
2 Erw. + 2 Kinder*	2,1	29.245	2.437
2 Erw. + 3 Kinder*	2,4	33.423	2.785

Quelle: Statistik Austria c, 2014

Diese Definition von Armut ist allerdings nur bedingt aussagekräftig. Da sie nur eine Seite berücksichtigt, sie beschreibt nur das Einkommen, die Ausgaben jedoch, die beispielsweise für Miete und den Lebensunterhalt anfallen, werden nicht miteingerechnet. Es lässt sich somit kein Rückschluss auf den Lebensstil und die Ausgaben ziehen. Ein bloßer Mangel an Geld bedeutet nicht gleichzeitig, dass die Armutslage einer Person akut ist. Der Begriff *manifeste* Armut ist dabei umfassender, denn er bezieht die Leistbarkeit von Grundbedürfnissen auch mit ein. Bei der Bewertung, ob manifeste Armut vorliegt, wird neben dem Haushaltseinkommen, die Erwerbstätigkeit der Haushaltsmitglieder sowie Fragen nach der Leistbarkeit ausgewählter Grundbedürfnisse eingerechnet. Neben der oberhalb beschriebenen Armutsdefinition, wird hier eine „sehr niedrige Erwerbsintensität" berücksichtigt. Damit sind Haushalte umfasst, in denen die Personen im Erwerbsalter (18-59) im Laufe des letzten Kalenderjahres maximal 20 Prozent ihres Erwerbspotentials ausgeschöpft haben. Um Einschränkungen in der täglichen Lebensführung, welche durch fehlende Ressourcen bedingt sind, zu beschreiben, wird der Begriff „erhebliche materielle Deprivation" (EU-Definition) herangezogen (Statistik Austria a, 2015, S. 24; Aigner, Schmid, & Troy, 2014, S. 147). Als erheblich materiell depriviert werden Menschen bezeichnet, die sich zumindest vier von neun Kriterien aus einer definierten Liste nicht leisten können. Dazu zählen unter anderem das angemessene Beheizen der Wohnung, ein einwöchiger Urlaub pro Jahr an einem anderen Ort und eine Waschmaschine (Eurostat a, 2015).

Treffen zumindest zwei der beschriebenen drei Kriterien zu, spricht man von manifester Armut. Bei der letzten Überarbeitung der Eingliederungsindikatoren wurde die nationale Definition für manifeste Armut durch jene der EU ersetzt. Neben der Bezeichnung manifeste Armut wird seither auch synonym „Mehrfach-Ausgrenzungsgefährdung" verwendet. Der Anteil der manifest armen Personen betrug im Jahr 2014 in Österreich 4,9 Prozent bzw. 414.000 Personen. Wie eingangs erwähnt ist neben der reinen Definition von Armut auch noch der Zeithorizont über den sich die Armut erstreckt relevant. Denn Armut kann vorrübergehend wie beispielsweise während eines Studiums oder nach der Geburt eines Kindes auftreten oder aber auch von Dauer sein. Als *dauerhaft* manifest arm (oder „verfestigt mehrfach-ausgrenzungsgefährdet"), werden demnach Per-

sonen bezeichnet, die über zwei aufeinanderfolgende Jahre von manifester Armut betroffen sind. Im Jahr 2014 waren drei Prozent der Bevölkerung davon betroffen. Die Zahl an manifest armen und besonders jene an dauerhaft manifest armen Personen ist aufgrund der Definition wesentlich kleiner als alle drei Gruppen gemeinsam. (Statistik Austria a, 2015, S. 23f.)

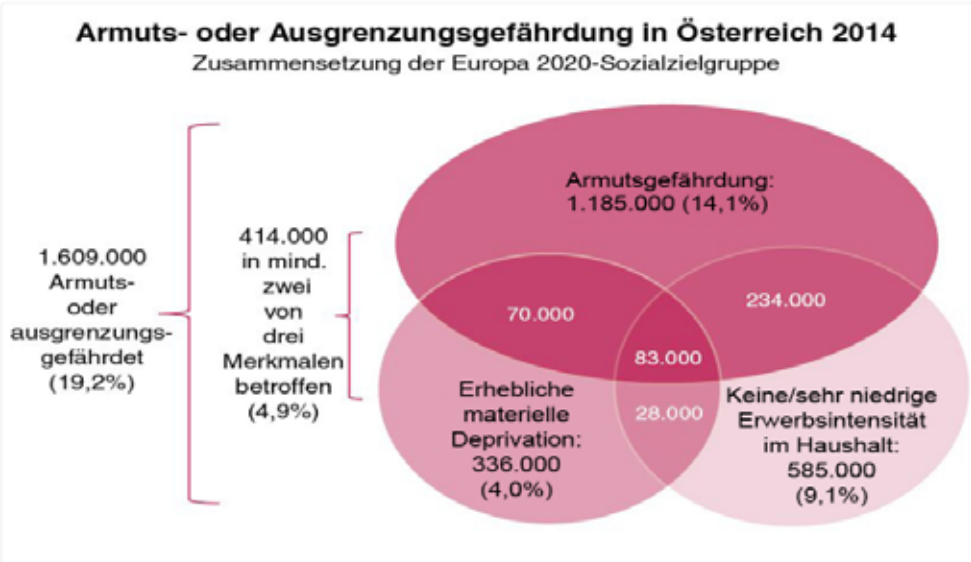
Tabelle 2: Armutsgefährdung in Österreich und in der EU-28 im Jahr 2014 (eigene Darstellung)

2014	Armutsgefährdungsquote	Personen, die unter erheblicher materieller Deprivation leiden	Personen unter 60 Jahre, in Haushalten mit sehr niedriger Erwerbsintensität	Personen, die von mindestens einem der drei Kriterien betroffen sind
Österreich	14,1	4,0	9,1	19,2
EU-28	17,2	9,0	11,1	24,5

Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016

Die Zahl der in Österreich von Armut betroffenen Menschen im Jahr 2014 liegt unter dem EU-Durchschnitt (EU-28). So lag die Armutsgefährdungsquote in der EU-28 mit 17,2 Prozent um drei Prozentpunkte über jener in Österreich. Betrachtet man die Zahl der Personen, die unter erheblicher materieller Deprivation leiden, ist der Unterschied sogar noch größer, in der EU sind mit 9,6 Prozent doppelt so viele Menschen davon betroffen wie in Österreich (4,0 Prozent). Der Anteil der Personen zwischen 0 und 59 Jahren, die in Haushalten mit nur sehr niedriger Erwerbstätigkeit leben, weicht weniger stark ab, so sind dies in der EU 10,8 Prozent und in Österreich 9,1 Prozent. Im EU-Durchschnitt sind 19,2 Prozent der Bevölkerung in Österreich und 24,5 Prozent in der EU von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung betroffen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumetenschutz, 2016). Die Abbildung 1 unterhalb zeigt, wie sich die Armutsgefährdung auf die eben beschriebenen unterschiedlichen Kategorien von Armut verteilt:

Abbildung 1: Armutsgefährdung nach Kategorien von Armut



Quelle: Lamei 2015, S. 7

Bei der Darstellung von gesundheitlicher Ungleichheit ist es wichtig zu wissen, welche Personengruppen überproportional häufig von Armut betroffen oder davon gefährdet sind. Zu den am häufigsten von Armut betroffenen Gruppen zählen allen voran Ein-Eltern-Haushalte und allein lebende Frauen. Alleinerziehende Haushalte, welche im Wesentlichen alleinerziehende Mütter umfassen, waren – betrachtet nach Haushaltstyp – mit 24 Prozent im Jahre 2011 nach den alleinlebenden Frauen (mit oder ohne Pension) mit 26 Prozent die am stärksten armutsgefährdete Gruppe. Frauen weisen insgesamt eine höhere Armutsgefährdungsquote auf als Männer. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Frauen über 65 Jahre besonders armutsgefährdet sind. Die Armutsgefährdung von Frauen über 65 Jahre beträgt 21 Prozent, jene von Männern derselben Altersgruppe hingegen nur zwölf Prozent. Ist eine alleinerziehende Mutter erwerbstätig beträgt das Armutsrisiko 18 Prozent, ist sie allerdings nicht erwerbstätig, steigt das Armutsrisiko auf 57 Prozent. Aber nicht nur allein lebende Frauen sind von Armut betroffen, mit steigender Haushaltsgröße steigt auch das Armutsrisiko. Im Jahr 2011 waren beispielweise 26 Prozent der Familien, in welchen mindestens drei Kinder leben, armutsgefährdet. Darüber hinaus zeigt sich, dass Kinder unter 16 Jahre mit einer Armutsgefährdungsquote von 20 Prozent zu einer überdurchschnittlichen Risikogruppe zählen. Der Bildungsstand wirkt sich ebenfalls auf die Armutsgefährdung aus. So sind Personen, die nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen, ebenfalls stärker armutsgefährdet als jene mit einem höheren Bildungsabschluss (Statistik Austria, 2012, S. 16 u. 37f.).

Aber betrachtet man nicht den Haushaltstyp sondern das Herkunftsland der von Armut gefährdeten Personen zeigt sich, dass ein Drittel aller armutsgefährdeten Personen aus Herkunftsländern außerhalb der EU und EFTA stammen. Dabei sind Menschen, die aus der Türkei stammen, die am stärksten betroffene Gruppe. Sie waren im Jahr 2010 zu 46 Prozent armutsgefährdet. In Österreich geborene Personen hatten nur ein Armutsrisiko von zehn Prozent (Statistik Austria, 2011, S. 52 ff.).

Auf europäischer Ebene beschäftigt sich die Europa 2020 Strategie unter anderem mit diesem Thema. Diese beinhaltet sieben Leitinitiativen für ein *„intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum“.* Da in der EU mehr als 120 Millionen Menschen von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen oder bedroht sind, ist es Ziel dieser Strategie bis zum Jahr 2020 mindestens 20 Millionen Menschen von Armut und sozialer Ausgrenzung zu befreien. Teil davon ist die 2010 gegründete „Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung“. In der EU sind rund 24 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet (Europäische Kommission, 2016).

2.2 Gesundheit und Krankheit

Für die Begriffe Gesundheit und Krankheit gibt es eine Vielzahl an Definitionen und Konzepten, es gibt keine einheitliche Begriffsbestimmung von Gesundheit und Krankheit. Beide Begriffe können sehr unterschiedlich betrachtet und verstanden werden. Besonders der Begriff Gesundheit ist nicht eindeutig definierbar und nur schwer zu fassen. Je nach Perspektive kann sie anders definiert und bewertet werden. Insbesondere frühere Definitionen von Gesundheit stellten diese als ein Gegenstück zum Begriff Krankheit dar. Aus Perspektive der Medizin ist Krankheit

eine Störung der Strukturen und Funktionen des Organismus. (Klemperer, 2010, S. 86 f.; Hurrelmann & Franzkowiak, 2015).

Gesundheit und Krankheit lassen sich grundsätzlich nach drei Bezugssystemen bewerten. Erstens nach dem Bezugssystem der Gesellschaft. Die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit erfolgt hierbei nach einer Werteorientierung, nach einem normativen Recht auf Gesundheit, wie es dies nach der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen ist. Zweitens lassen sich Gesundheit und Krankheit aus Sicht der betroffenen Personen beurteilen. Die Bewertung erfolgt danach, ob jemand sich gesund oder krank fühlt. Dies wiederum ist von vielen verschiedenen sozioökomischen oder kulturellen Faktoren abhängig. Schließlich lassen sich die beiden Begriffe aus Sicht von Professionen wie Medizin beurteilen (Schwartz, Schlaud, Siegrist, & von Troschke, 2012, S. 37ff.).

Hierzu zählt beispielsweise jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche eine der bekanntesten Definitionen von Gesundheit ist. Sie wurde erstmals 1948 verfasst und lautet seither unverändert folgendermaßen (WHO, 2006, S. 1):

> *„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“*

Trotz ihrer weiten Verbreitung ist diese Definition nicht unumstritten, sie hatte einige gemischte Reaktionen zur Folge. Sie wurde von Kritikern als unerreichbar und statisch erachtet. Kritisch angemerkt wird dabei immer wieder, dass Gesundheit dabei als vollkommener und damit unerreichbarer Zustand beschrieben wird (Schwartz, Schlaud, Siegrist, & von Troschke, 2012, S. 39 f.). Trotz aller Kritik muss diese Definition allerdings immer auch in ihrem historischen Kontext unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg und ihrer politischen Funktion betrachtet werden. Der wesentlichste Nutzen der WHO-Definition ist, dass sich der Begriff der Gesundheit von der rein biomedizinischen Betrachtungsweise und der engen Koppelung zum professionellen Krankheitssystem löste. (Hurrelmann & Franzkowiak, 2015)

Mit der Erklärung von Alma-Ata im Jahr 1978 wurde erneut festgehalten, dass Gesundheit der Definition von 1948 gemäß der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen sei sowie, dass es sich bei Gesundheit um ein grundlegendes Menschenrecht handelt. Außerdem wurde erklärt, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht akzeptabel seien und deshalb eine gemeinsame Herausforderung für alle Länder darstellen. Die Erreichung dieses Ziels ist dabei nicht nur alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik (WHO, 1978, S. 1).

Da die Definition der WHO (1948) jedoch für die wissenschaftliche Arbeit gemäß Hurrelmann nicht mehr aktuell ist, hat dieser den Gesundheitsbegriff der WHO weiterentwickelt. Hurrelmann schlägt daher folgende Definition vor:

> *„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingun-*

gen befindet. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt." Hurrelmann & Richter 2013

War lange Zeit der Fokus nur auf Krankheit gerichtet, brachte die Entwicklung der Salutogenese durch Aaron Antonovsky den Perspektivenwechsel in Richtung Gesundheit. Das Konzept der Salutogenese hinterfragt nicht bloß, warum Menschen krank werden, sondern vielmehr warum Menschen trotz widriger Umstände gesund bleiben oder es werden (Blümel & Salice-Stephan, 2001, S. 24).

3 Sozioökonomische Determinanten der Gesundheit

Die Lebensumstände der Menschen sowie die sozialen, gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen bestimmen die gesundheitlichen Chancen jedes Einzelnen aber auch die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, in denen Menschen leben. Im 20. Jahrhundert stieg die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern, stärker als in den Jahrhunderten zuvor. Die Menschen erleben auch viel mehr Jahre in subjektiv erlebter guter Gesundheit. Trotz dieser Entwicklung blieb die soziale Ungleichheit speziell im Gesundheitsbereich lange Zeit unbeachtet. Zahlreiche sozialepidemiologische Studien zeigen, dass Menschen, die über einen hohen sozialen Status verfügen, deutlich weniger Krankheitslast und einen besseren subjektiven Gesundheitszustand aufweisen als jene mit einem niedrigeren Sozialstatus (Wilkinson R. G., 2001, S. VIf.). Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass niedriger sozialer Status sich auf das Krankheits- und Sterbegeschehen auswirkt. Eine Auswahl dieser wird in den folgenden Kapiteln dargestellt.

3.1 Determinanten von Gesundheit

Schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensbedingungen haben negativen Einfluss auf das ganze Leben eines Menschen und seinen Gesundheitszustand. Je prekärer die finanziellen und sozialen Umstände eines Menschen sind, umso gefährdeter ist er schwer zu erkranken oder frühzeitig zu sterben. Kurz gefasst, arme Menschen sind kränker und sterben früher als jene, die sich ganz oben auf der sozialen Rangliste befinden. Die Ursachen für die schlechteren Gesundheitschancen können sowohl materieller als auch psychosozialer Natur sein. Die Benachteiligungen können viele verschiedene Ausprägungen haben, sei es ein nicht ausreichendes soziales Netzwerk oder mangelnde Bildung oder auch ein nicht zufriedenstellender Arbeitsplatz, was schließlich zu gesundheitlicher Benachteiligung führen kann. Benachteiligte Menschen erleben aber meistens mehr als nur eine dieser Belastungen, oft treffen gleich mehrere auf bestimmte Personengruppen zu. Ausschlaggebend ist aber besonders die Dauer der erlebten Benachteiligung. Je länger ein Mensch einer entsprechenden Belastung ausgesetzt ist, umso stärker und nachhaltiger machen sich die körperlichen Folgen bemerkbar und umso wahrscheinlicher wird es für ihn, krank zu werden. Schlechte Lebensbedingungen prägen von Kindheit an. Wilkinson und Marmot (2004) definieren zehn wesentliche soziale Determinanten, die über den Grad von gesundheitlichen Ungleichheiten und damit für die Gesundheit eines Menschen entscheidend sind. Zu diesen zählen das soziale Gefälle, Stress, die frühe Kindheit, soziale Ausgrenzung, Arbeit, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung, Sucht, Lebensmittel und Verkehr (Wilkinson & Marmot, 2004, S. 10ff.).

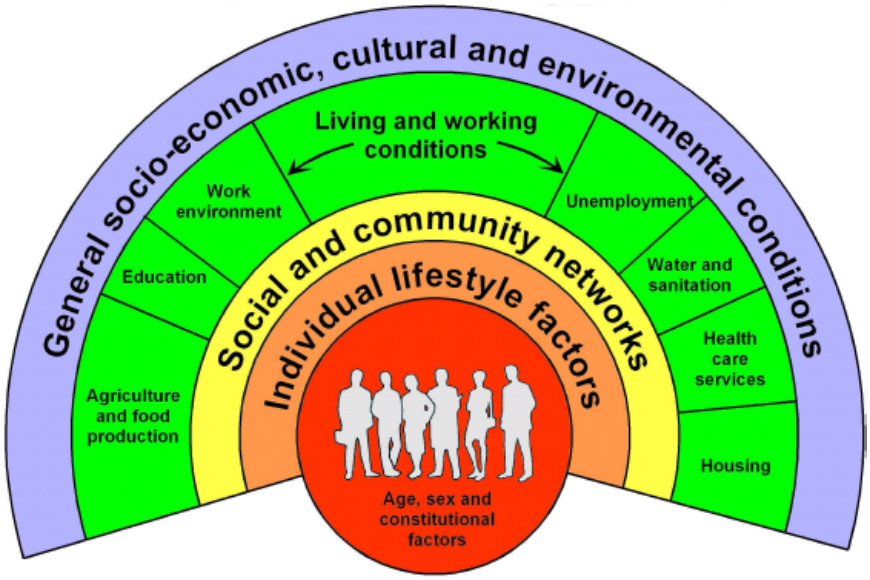
Die gesundheitlichen Ungleichheiten werden maßgeblich durch eine Reihe von Determinanten beeinflusst. Das Determinantenmodell von Dalghren und Whitehead beschreibt wie die einzelnen Ebenen, vom Individuum bis hin zu den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen auf die Gesundheit des Einzelnen wirken. Diese Gesundheitsdeterminanten sind bestimmende Faktoren für die Gesundheit jedes einzelnen.

Das Modell ist unterteilt in vier Ebenen (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11):

- die genetische Veranlagung
- das Gesundheitsverhalten
- die Lebensverhältnisse
- die kulturelle, sozioökonomische und ökologische Umwelt.

Das Modell zeigt, dass die Ursachen für gesundheitliche Ungleichheit vielfältig sein können und zusammenhängen. Um die Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen, sind weitreichende Anstrengungen über die Sektorengrenzen im Gesundheitswesen hinaus notwendig (Whitehead, 2007).

Abbildung 2: Determinantenmodell der Gesundheit



Quelle: Whitehead, 2007

Das soziale Gefälle innerhalb einer Gesellschaft bestimmt wesentlich den Grad gesundheitlicher Ungleichheiten und wirkt sich damit auch auf die Krankheits- und Sterberaten aus. So zeigt es sich beispielsweise, dass Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden als andere Kinder (Lampert, Saß, Häfelinger, & Ziese, 2005). Dabei ist es wichtig zu beachten, dass der größte Teil der Ursachen nicht im Verhalten, sondern in den Lebensumständen der Menschen begründet ist (Mielck, 2010).

Richter et al. (2011) fassen in einer Studie zu den Determinanten der Gesundheit den Forschungsstand der letzten 30 Jahre zusammen. Es zeigt sich, dass gesundheitliche Ungleichheit ein Problem ist, das alle Länder betrifft. Unabhängig von den verwendeten Indikatoren zeigt sich eine Schieflage hinsichtlich frühzeitiger Sterblichkeit und Lebenserwartung. Bedeutende gesundheitliche Ungleichheiten treten bei beinahe allen Erkrankungen und Behinderungen auf. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Status und Erkrankungs- und Sterberisiko und niedriger Lebenserwartung linear sind. Betrachtet man neben der Lebenserwartung auch die Unterschiede bei der Morbidität, zeigt sich, dass sich soziale Ungleichheit in der gesunden Lebenserwartung, diese umfasst die Lebensjahre in guter Gesundheit, niederschlägt.

3.2 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Die WHO Kommission „Soziale Determinanten von Gesundheit (CSDH)“ definiert den Begriff „gesundheitliche Gleichheit“ als „*Freisein von ungerechten und vermeidbaren, beziehungsweise behebbaren, gesundheitlichen Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen, die durch soziale, ökonomische, demographische oder geographische Merkmale definiert sind“* (Weltgesundheitsorganisation, 2013, S. 11).

Sind Ressourcen wie das Einkommen ungleich verteilt, spricht man von „Verteilungsungleichheit“. Haben bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie Frauen oder auch Migranten/-innen, nicht die gleichen Möglichkeiten und Chancen beispielsweise ein höheres Einkommen zu erlangen, dann liegt „Chancenungleichheit“ vor (Hradil, 2012). Ungleichheiten können sowohl zwischen sozialen Schichten, vertikal, als auch innerhalb der jeweiligen Schicht, horizontal, bestehen. Vertikale Ungleichheit beschreibt Unterschiede, die eine Gesellschaft von unten nach oben einteilen kann. Dazu zählen Eigenschaften wie Bildung, beruflicher Status oder das Einkommen (Klemperer, 2010, S. 193f.).

Chancenungleichheit tritt häufig zwischen Gruppe mit unterschiedlichem Bildungsgrad, Herkunft oder zwischen den Geschlechtern auf. Die verschiedenen Arten, in denen soziale Ungleichheit auftreten kann, werden in Dimensionen unterteilt. Zu den wichtigsten Dimensionen zählen unter anderem die Bildung, Erwerbstätigkeit, die berufliche Stellung und das Einkommen, unterteilen lassen sich diese in den jeweiligen Status, wie beispielsweise der Einkommensstatus. Über den Zeitverlauf waren nicht immer alle davon gleich bedeutend. Eine soziale Schicht ergibt sich, aus Menschen, die über einen ähnlichen oder gleichen Status in mindestens einer gleichen Dimension haben. Werden der Bildungs-, Berufs- und Einkommensstatus zusammengenommen, ergibt sich der Status eines Menschen im Gesamtgesellschaftlichen Schichtgefüge (Hradil, 2012).

Unter horizontaler Ungleichheit versteht man jene Unterschiede, die sich innerhalb einer sozialen Schicht befinden Dazu zählen unter anderem Merkmale wie Alter, Geschlecht, Herkunft. Kombiniert man vertikale und horizontale Merkmale, lassen sich unterschiedliche Gruppen mit speziellen Problemlagen bilden (Klemperer, 2010, S. 193f.).

Die Schichtzugehörigkeit und der subjektive Gesundheitszustand korrelieren. Je höher die soziale Schicht, zu der eine Person gehört, ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, seinen eigenen Gesundheitszustand als ausgezeichnet zu bewerten. Diese Wahrscheinlichkeit steigt mit höher werdender sozialer Schicht kontinuierlich an. Dieser soziale Gradient betrifft zwar Minderheiten besonders, wie in manifester Armut lebende Menschen, er zieht sich aber durch alle sozialen Schichten und ist damit ein Phänomen, das alle sozialen Schichten erfasst (Hojni & Dür, 2011, S. 227)

Bei gesundheitlicher Ungleichheit handelt es sich um einen deskriptiven Begriff. Gesundheitliche Ungleichheit umfasst jene Unterschiede innerhalb einer Gesellschaft, die soziale Schichtmerkmale (wie Einkommen, Bildung, Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz, das Wohnumfeld

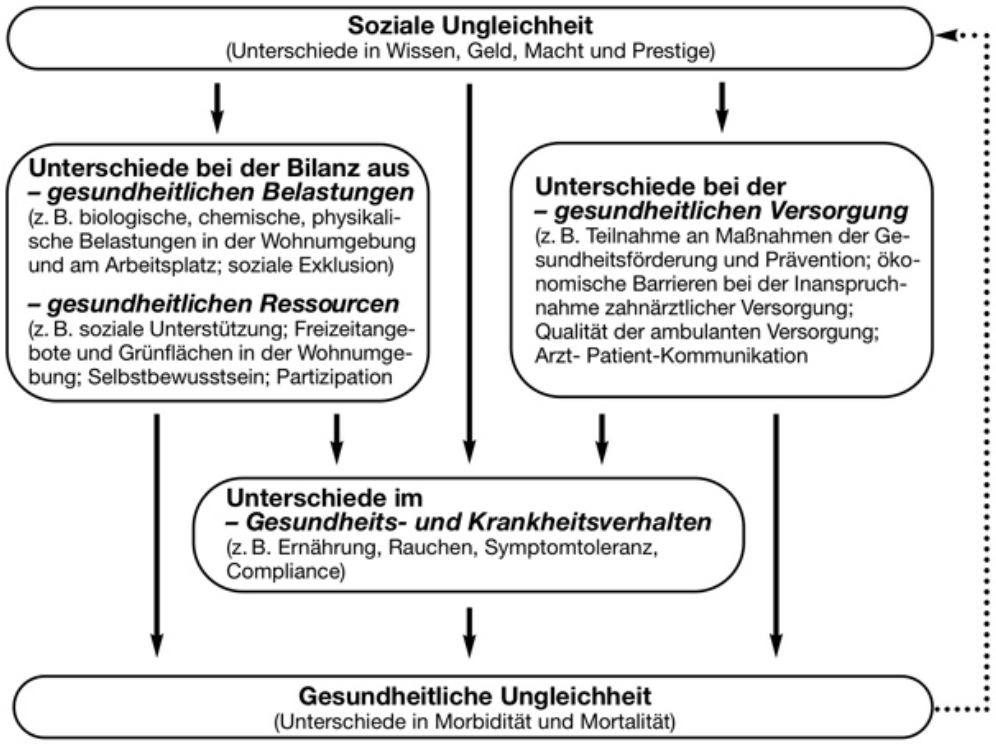
etc.) umfassen. Verschiedene Untersuchungen haben eine Reihe von Theorien für das Entstehen gesundheitlicher Ungleichheiten hervorgebracht, ausgewählte Theorien werden im folgenden Kapitel beschrieben. Im eingangs erwähnten Black Report aus dem Jahr 1986 wurden beispielsweise verschiedene Erklärungsansätze zusammengefasst. Zu diesen zählt unter anderem die soziale Selektion (Spallek, Kuntz, & Schott, 2012, S. 6.e1). Die soziale Selektionsthese beschreibt Prozesse gesundheitsbedingter sozialer Mobilität. Sie geht davon aus, dass Krankheit und schlechte Gesundheit die Ursache für soziale Probleme sind. Das bedeutet, dass Krankheit arm macht. Krankheit und Gesundheit sind die bestimmenden Faktoren für die soziale Stellung der Menschen, der berufliche Status und das Einkommen werden dadurch determiniert (Riffer & Schenk, 2015, S. 4).

Andere Erklärungsansätze sehen die Ursache gesundheitlicher Nachteile in der sozialen Stellung der Menschen. Sie gehen damit von einem umgekehrten Zusammenhang von Armut und Krankheit aus, also dass Armut krank macht. Ein niedriger sozialer Status stellt eine Gefahr für die Gesundheit dar. Der materielle bzw. strukturelle Ansatz sieht einen Mangel an Ressourcen auf der einen Seite und einen Überschuss an Belastungen auf der anderen Seite als Ursache für ein höheres Erkrankungsrisiko. Der Ansatz fokussiert auf die Arbeits-, Lebens- und Wohnbedingungen der Menschen. Unsichere, prekäre Arbeitsbedingungen oder schlechte Luft und Lärm am Wohnort können Belastungsfaktoren sein. Der Verhaltensansatz (kulturell-behaviorale These) geht davon aus, dass die sozio-ökonomischen Unterschiede hinsichtlich der Erkrankungs- und Sterberaten auf von der sozialen Schicht abhängigen Unterschieden im Gesundheitsverhalten zurückzuführen sind. Das Risikoverhalten ist zwischen den sozialen Schichten ungleich verteilt, arme Menschen ernähren sich ungesünder, rauchen häufiger und bewegen sich weniger (Richter & Hurrelmann, 2007, S. 7).

Die Theorie der sozialen Mobilität sowie die Verursachungshypothesen widersprechen einander jedoch nicht sondern betrachten Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit von einer anderen Seite. Verschiedene Ansätze zeigen, dass es Wechselwirkungen zwischen den strukturellen und verhaltensbedingten Bedingungen gibt. Das Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Mielck zeigt die Systemzusammenhänge der gesundheitlichen Ungleichheit in einer Gesellschaft. Nach Mielck lassen sich die Gründe gesundheitlicher Ungleichheiten auf vier Hintergründe zurückführen. Erstens spielt *soziale Ungleichheit* wie beispielsweise durch das Einkommen oder den Bildungsstand der Personen eine wichtige Rolle. Darüber hinaus nennt er die *Lebensbedingungen*, wie beispielsweise die Arbeitsbedingungen oder die gesundheitliche Versorgung der Menschen, als wichtigen Faktor. Daneben kommt auch dem *gesundheitsrelevanten Verhalten* der Menschen selbst und schließlich dem *Gesundheitszustand*, wie der Morbidität und der Mortalität, eine wichtige Bedeutung zu. Gesundheitliche Ungleichheit, vor allem in Hinblick auf die Morbiditäts- und Mortalitätswahrscheinlichkeit, wiederum kann dem Modell zufolge soziale Ungleichheit bewirken, dies betrifft dabei besonders Wissen, Geld, Macht und Prestige. Die Folge ist dann der soziale Abstieg einer Person. Gesundheitliche Belastungen sind für die unterschiedlichen Gesundheitschancen verantwortlich. Zu diesen Belastungen zählen unter anderem Umweltbelastungen an Wohn- und Arbeitsplatz oder auch soziale Exklusion. Aber nicht das Auftreten der Belastungen alleine verursacht gesundheitliche Ungleichheiten, vielmehr kommt es auf

die richtige Balance zwischen den Ressourcen und den gesundheitlichen Belastungen an. Sind die Belastungen höher als die gesundheitlichen Ressourcen wirken sich diese auf das individuelle Gesundheitsverhalten aus. Dieses wiederum nimmt direkten Einfluss auf die Gesundheit der betroffenen Person (Mielck, 2010).

Abbildung 3: Modell zur Erklärung gesundheitliche Ungleichheit



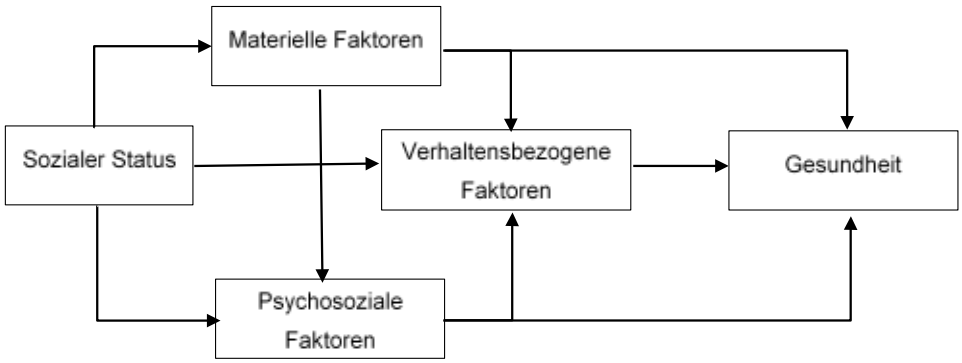
Quelle: Mielck, 2010

Neben Mielck gibt es noch weitere Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede. Mackenbach (2006) verwendet ein einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, wie in Abbildung 4 beschrieben. Dem Modell zufolge wird der soziale Status einer Person als Ursache für ihre Gesundheit betrachtet. Der Einfluss ist jedoch nicht direkt, sondern erfolgt indirekt über folgende drei Determinanten:

- materielle Faktoren (wie Wohnbedingungen und finanzielle Einschränkungen)
- psychosoziale Faktoren (wie Stress, Bewältigungsmechanismen, work-life-balance und soziales Netzwerk)
- Verhaltensfaktoren (wie Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen und Alkohol)

Diese Risikofaktoren stehen auch untereinander in Beziehung und sind somit sowohl direkt als auch indirekt verantwortlich für die Gesundheit eines Menschen (Mackenbach, 2006, S. 31f.).

Abbildung 4: Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung)



Quelle: Mackenbach, 2006, S. 32

Wilkinson verortet drei wesentliche Erklärungsansätze für die gesundheitliche Entwicklung von Bevölkerungen und die wachsende gesundheitliche Ungleichheit in drei Bereichen. Zum einen im Gesundheitswesen, dieses stellt die wichtigste Gesundheitsdeterminante der Menschen dar, dem Krankheitsverhalten, worunter auch ein angemessenes Inanspruchnahmeverhalten fällt, sowie im Gesundheitsverhalten und Lebensstil, darunter fallen neben gesunder Ernährung und Bewegung auch die Lebensbelastungen (Wilkinson R. G., 2001, S. VIIf.).

3.3 Ausgewählte Daten zu gesundheitlicher Ungleichheit

Daten eines europäischen Vergleichs zeigen, dass die Lebenserwartung in Europa zwischen 1990 und 2012 zwar um etwa fünf Jahre angestiegen ist, es aber nach wie vor große Unterschiede zwischen den einzelnen europäischen Ländern gibt. In dieser Zeitspanne hat sich der Unterschied zwischen den drei Ländern mit der höchsten (Spanien, Italien, Frankreich) und jenen mit der niedrigsten Lebenserwartung (Litauen, Rumänien, Bulgarien) nicht wesentlich geändert. Die durchschnittliche Lebenserwartung in Europa betrug 2012 79,2 Jahre. Der Unterschied zwischen dem Land mit der höchsten (Schweden; 85,5 für Frauen und 79,9 für Männer) und jenem mit der niedrigsten Lebenserwartung betrug dabei 7,6 Jahre für Frauen (Bulgarien) und 11,5 für Männer (Litauen). Die Lebenserwartung war 2012 in Lettland und Litauen mit 74,1 Jahren (EU-28) am niedrigsten. In Österreich betrug die durchschnittliche Lebenserwartung 81,1 Jahre, jene von Frauen 83,6 Jahre und für Männer 78,4 Jahre, damit liegt Österreich über dem EU-Durchschnitt von 79,2, darunter 76,1 Jahren für Männer und 82,2 Jahren für Frauen (OECD, 2014, S. 18f.). Differenzen bei der gesundheitlichen Ungleichheit bestehen allerdings nicht nur zwischen einzelnen Ländern, sondern auch zwischen Regionen und sogar Stadtvierteln. Ein markantes Beispiel findet sich in Glasgow. Zwischen zwei Stadtteilen, Calton und Lenzie, die nur acht Meilen voneinander entfernt sind, differiert die Lebenserwartung der Menschen um knapp 30 Jahre, sie beträgt 54 Jahre in Calton und 82 in Lenzie (WHO, 2008, S. 32).

Gesundheitliche Ungleichheit kann neben der Lebenserwartung auch über den Indikator gesunde Lebenserwartung („healthy life years“) gemessen werden. Diese umfasst jene Lebensjahre eines

Menschen, die ohne Behinderungen verbracht werden. Vergleicht man nun die gesunde Lebenserwartung der einzelnen Staaten, zeigt sich, dass im europäischen Durchschnitt die gesunde Lebenserwartung von Frauen 62,3 und jene der Männer 61,3 Jahre beträgt. Die höchste gesunde Lebenserwartung weisen Männer und Frauen gleichermaßen in Schweden und Malta mit über 70 Jahren auf, die geringste zeigte sich bei den Männern in Estland, Litauen und der Slowakei, bei den Frauen in der Slowakei und Portugal (OECD, 2014, S. 18f.).

Das Erkrankungsgeschehen zeichnet auch ein Bild der Ungleichheit in den unterschiedlichen Ländern und Regionen. Eine Studie aus Ungarn verglich zwei Stadtteile in Budapest, den ärmsten und den reichsten hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) miteinander. Bemerkenswert war, dass das Durchschnittsalter der Erkrankung im reicheren Bezirk mit 66 Jahren um vier Jahre höher war als jenes im ärmeren Gebiet (Medical Tribune, 2015, S. 6). Daten aus Oberösterreich zeigen ein ähnliches Bild, so waren im Jahr 2008 in Oberösterreich durchschnittlich 10,3 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet, das sind absolut rund 145.000 Personen (Institut für Gesundheitsplanung, 2012, S. 25).

Der subjektive Gesundheitszustand wird oft als Maßzahl für die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen herangezogen. Nach der Gesundheitsbefragung 2006/07 wurden in der Publikation „Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit“ weitergehende Auswertungen der Ergebnisse der Gesundheitsbefragung mit dem Fokus auf Armut und Einkommen veröffentlicht. So zeigten die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 bei genauerer Betrachtung, dass ärmere Menschen eine schlechtere selbsteingeschätzte Gesundheit aufweisen als jene mit einem höheren Einkommen. Der subjektive Gesundheitszustand korrelierte mit dem Äquivalenzeinkommen je höher das Einkommen desto gesünder fühlen sich die Menschen. Die Auswertung, die infolge der Gesundheitsbefragung 2006/2007 entstand, ergab, dass 70 Prozent jener Personen, die vom Armutsrisiko betroffen waren, ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut und acht Prozent als schlecht oder sehr schlecht einschätzten. Personen aus der höchsten Einkommensgruppe hingegen gaben um 14 Prozentpunkte häufiger ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut an (84 Prozent) und nur halb so viele Personen schätzten ihn als schlecht oder sehr schlecht ein (vier Prozent). Die Einkommensabhängigkeit des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. Bei der Gruppe der einkommensschwachen Personen weisen jedoch Frauen einen deutlich schlechteren subjektiven Gesundheitszustand auf als Männer. Der Zusammenhang wird mit steigendem Einkommen aber geringer. Darüber hinaus war die Einschätzung auch abhängig vom Alter der befragten Personen. So fühlten sich Ältere schlechter als Jüngere (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 20f.)

Der Zusammenhang von Armut und der subjektive Gesundheitszustand bestätigt sich auch für Oberösterreich. Auswertungen für Oberösterreich zeigten, dass Menschen, die über ein niedrigeres Einkommen verfügen, ihren Gesundheitszustand weniger häufig als sehr gut oder gut einschätzen als Menschen, mit einem höheren Einkommen. So gaben in der zuvor erwähnten Befragung nur 69 Prozent der Männer und 75 Prozent der Frauen, die über ein Einkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle verfügten (unter 60 Prozent des Medianeinkommens, siehe Ab-

schnitt Armut) bei sehr guter oder guter Gesundheit zu sein. In der obersten Einkommensstufe waren es 86 Prozent der Männer und 84 Prozent der Frauen. Bei den befragten Männern zeigt sich, dass der Zusammenhang von Armut und subjektiver Gesundheit deutlich stärker ausgeprägt ist als bei der Gruppe der Frauen. Betrachtet man die chronischen Erkrankungen, zeichnet sich ein ganz ähnliches Bild. Wie zuvor erwähnt treten bestimmte Krankheiten in den unteren Einkommenskategorien häufiger auf als andere. Die Auswertungen für Oberösterreich bestätigen dies wiederum. So waren bei der Gesundheitsbefragung 2006/07 Menschen mit niedrigerem Einkommen häufiger von chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Arthrose, Migräne, chronischen Angstzustände und Depressionen betroffen als jene Gruppe mit einem höheren Einkommen. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass beispielsweise das Risiko an Diabetes zu erkranken für ärmere Menschen doppelt so hoch ist wie für die finanziell am besten gestellte Gruppe. Während nur 3,3 Prozent der obersten Einkommenskategorie an Diabetes mellitus leiden, sind dies in der untersten Einkommenskategorie 7,1 Prozent. Bei Migräne und Kopfschmerzen sind die Chancen zu erkranken für die ärmste Gruppe eineinhalb Mal so hoch (Institut für Gesundheitsplanung, 2012, S. 25ff.).

Das Versorgungssystem eines Landes kann einen maßgeblichen Einfluss auf gesundheitliche (Un-)Gleichheit haben. Versorgungssysteme können aufgrund ihrer Struktur gesundheitliche Ungleichheiten ausgleichen oder diese sogar verstärken. Dies kann sich beispielsweise beim Zugang oder der Qualität des Gesundheitssystems zeigen. Lange Wartezeiten oder finanzielle Belastungen wie beispielsweise Selbstbehalte können dabei Barrieren in der Krankenversorgung darstellen (Pfaff & Pförtner, Der Beitrag der Versorgungsforschung zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheit und in der Versorgung, 2016, S. 93).

Der Zusammenhang zwischen der Einkommensverteilung und der Lebenserwartung sowohl von reichen als auch armen Ländern konnte erstmals von Rogers (1979) am Beispiel von 56 Ländern gezeigt wurden (Wilkinson R. G., 2001, S. 95). Eine Studie von Mackenbach aus dem Jahr 2012 zeigte, dass die Sozial- und Gesundheitssysteme der verschiedensten Länder im 20. Jahrhundert deutlich ausgebaut wurden und dadurch ein großer Teil der sozialen Ungleichheiten beseitigt und ausgeglichen werden. Wesentlich hat dazu Umverteilung beigetragen. Diese Ungleichheiten konnten jedoch nicht zur Gänze ausgemerzt werden, im Gegenteil hat sich die soziale Schere teilweise vergrößert. In der 2012 erschienen Publikation stellte Mackenbach Überlegungen an, wieso in den modernen Wohlfahrtstaaten nach wie vor Ungleichheiten bestehen oder gar größer geworden sind. So haben Wohlfahrtsstaaten die Ungleichverteilung der Ressourcen nicht ausreichend entschärft. Die neuen Leistungsgesellschaften erleichtern zwar die soziale Mobilität, insbesondere in Hinblick auf Aufstiegsmöglichkeiten für Leistungsfähige, selektieren aber gleichzeitig die Kranken in die unteren Schichten, was vereinfacht bedeutet, dass Krankheit arbeitslos und arm macht. Die zunehmende Wohlfahrt hat zwar zunehmenden Wohlstand für alle gebracht und damit das epidemiologische Spektrum verschoben – und gerade gegen „Wohlstandserkrankungen“ sind die sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen aus diversen Gründen weniger gefeit. Die Autoren empfehlen zum einen Maßnahmen für eine radikalere Umverteilung zu entwickeln und zum anderen, da sich in den letzten Jahren die Zusammensetzung der ver-

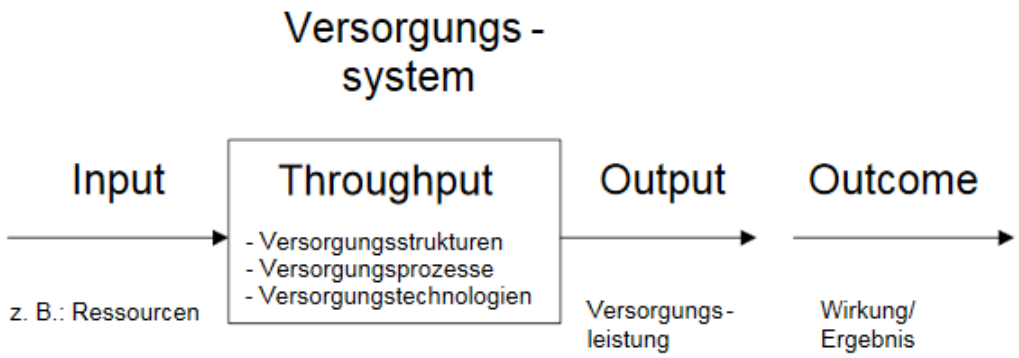
schiedenen sozioökonomischen Gruppen verändert hat, die persönlichen, psychosozialen und kulturellen Determinanten zu adressieren (Mackenbach, 2012, S. 761ff.).

Die Erkenntnisse von Mackenbach et al. (2012) zeigen, dass es von großer Bedeutung ist, die Zusammenhänge von Armut und deren Folgen für die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen zu kennen. Da die sozioökonomischen Gruppen selbst und die Determinanten, die zu gesundheitlichen Benachteiligungen führen, jedoch laufenden Veränderungen unterworfen sind, ist es wichtig, die Wissensgrundlagen für den Diskurs von Armut und Gesundheit zu schärfen und regelmäßig zu hinterfragen.

3.4 Versorgungsforschung im Kontext sozialer Ungleichheit

Bei Versorgungsforschung handelt es sich um ein fächerübergreifendes Forschungsgebiet zur Beschreibung der Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihrer Rahmenbedingungen unter Alltagsbedingungen. Systemtheoretisch betrachtet, wird dabei untersucht, wie das Versorgungssystem („throughput“), mit seinen Strukturen, Prozessen und Technologien, und die kulturellen, sozialen, personalen, technischen, ökonomischen und organisatorischen Besonderheiten und Rahmenbedingungen den Input, Output und Outcome beeinflussen (siehe Abbildung 5). Der Input umfasst die Ressourcen, die in das Gesundheitssystem fließen, der Output die erbrachte Versorgungsleistung und der Outcome schließlich die Wirkung und das Ergebnis für die Gesundheit der Bevölkerung. Als Methoden kommen sowohl quantitative Methoden wie die Sekundärdatenanalyse und qualitative Erhebungsmethoden zum Einsatz. Versorgungsforschung beschreibt soziale Tatbestände, erklärt diese und kann helfen Veränderungen herbei zu führen (Pfaff & Pförtner, 2016, S. 92; Pfaff, 2003, S. 15.).

Abbildung 5: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems

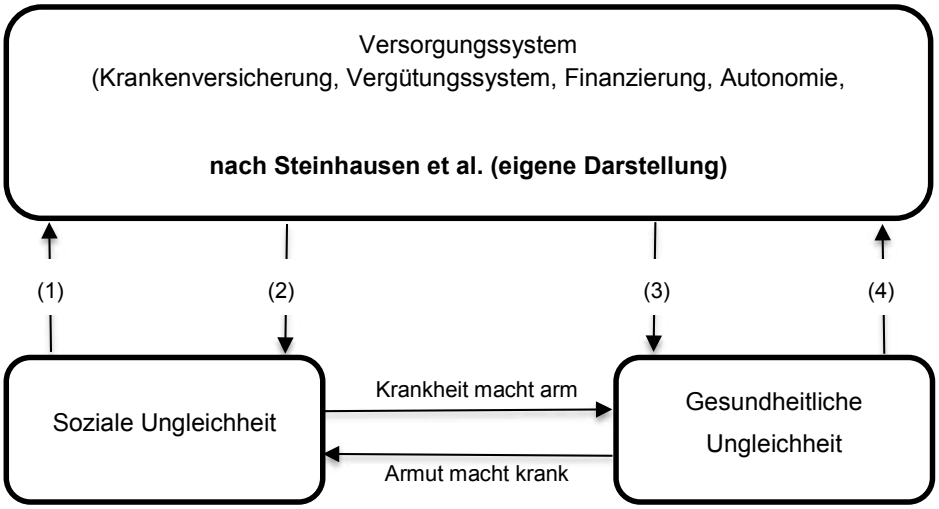


Quelle: Pfaff 2003, S. 15

Versorgungsforschung liefert verlässliche Ansätze zum Verständnis von sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung und kann Ungleichheiten des Gesundheitssystems in der gesundheitlichen Versorgung aufdecken und damit zu deren Verminderung beitragen. Das Versorgungssystem spielt eher eine untergeordnete Rolle im Diskurs zu Armut und Gesundheit, spielt

jedoch eine wesentliche Rolle bei der Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten. Die Wirkungszusammenhänge im Versorgungssystem werden durch ein Modell (nach Steinhausen et al.) dargestellt. Diesem Modell zufolge wirken die soziale (1) und gesundheitliche (4) Ungleichheit auf das Versorgungssystem, diese hingegen hat Einfluss auf die sozialen (2) und gesundheitlichen (3) Ungleichheiten (siehe Abbildung 6). Die soziale Ungleichheit kann sich auf die Gestaltung des Versorgungsystems auswirken, dies umfasst beispielsweise spezielle Angebote für sozial schwächere Personen (1). Die Strukturen oder die Leistungen, die im Versorgungssystem angeboten werden, können die sozialen Ungleichheiten noch weiter verstärken. So kann es sein, dass die solidarische Umverteilung durch Zuzahlungen oder Selbstbehalte durchbrochen wird (2). In der Literatur am häufigsten findet sich der Einfluss des Versorgungssystems auf die gesundheitliche Ungleichheit (3). Dieses kann gesundheitliche Ungleichheiten verstärken oder mindern. Dies kann sich im Zugang oder auch in der Qualität der Versorgung, wie bei Wartezeiten, niederschlagen. Schließlich muss dem Modell von Steinhausen zufolge das Versorgungssystem selbst auf die gesundheitlichen Ungleichheiten reagieren und sich anpassen (4). Dieser Diskurs ist aber in der Regel durch das Spannungsverhältnis von Finanzierungsbedarf und Chancengerechtigkeit gekennzeichnet. Durch Beschreibung und Erklärung der Versorgungslage sozial und gesundheitlich benachteiligter Personen kann die Versorgungsforschung Konzepte zur Bekämpfung der Ungleichheit fördern und ermöglichen, der Implementierung helfen und die Konzepte evaluieren (Pfaff & Pförtner, 2016, S. 93f.).

Abbildung 6: Modell der Wirkungszusammenhänge zwischen dem Versorgungssystem und sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Pfaff & Pförtner 2016, S. 92

Ein Beispiel für Versorgungsforschung im Zusammenhang von Armut und Gesundheit wurde von der OÖ Gebietskrankenkasse im Jahr 2009 durchgeführt. Dabei wurde untersucht, ob es Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten zwischen den sozialen Gruppen gibt. Dabei konnte gezeigt werden, dass Menschen mit einem niedrigen Einkommen häufiger Allgemeinmediziner aufsuchen, die Bevölkerungsgruppe, die über ein höheres Einkommen verfügt, nimmt hingegen öfter Fachärzte in Anspruch (Wesenauer & Sebinger, 2009, S. 52).

4 Wissensgrundlagen im Diskurs zu Armut und Gesundheit

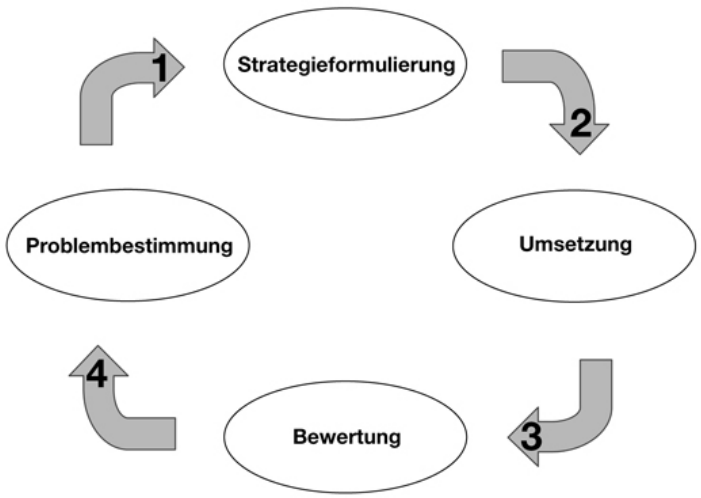
Der Bund gibt keine festen Vorgaben, welche Daten in den Gesundheitsberichten der einzelnen Bundesländer enthalten sein müssen. So weist jeder Bericht einen eigenen Schwerpunkt auf, was die Vergleichbarkeit der einzelnen Berichte untereinander schwierig macht. Aigner et al. (2014) stellten fest, dass einzelne Gesundheitsberichte bei der Armutsberichterstattung Defizite aufweisen. So sind die Daten in einigen Fällen nicht vollständig, ungenau, veraltet oder gar nicht im Bericht enthalten (Aigner, Schmid, & Troy, 2014, S. 143f.).

4.1 Armuts- und Gesundheitsberichterstattung

Gesundheits- und Armutsberichterstattung ermöglichen den Vergleich nicht nur zwischen Ländern sondern auch innerhalb eines Landes zwischen den Bundesländern oder Regionen, es dient auch zur Evaluation von politischen Maßnahmen und deren Wirkung. Außerdem ermöglicht das Bereitstellen von Zahlen und Daten den öffentlichen Diskurs (Aigner, Schmid, & Troy, 2014, S. 143).

Die Gesundheitsberichterstattung ist Teil eines zirkulären Prozesses, dem Public Health Action Cycle (PHAC). Die Entwicklung und Durchführung gesundheitspolitischer Maßnahmen lassen sich anhand eines vierteiligen Regelkreises darstellen. Der Aktionszyklus teilt sich in die Schritte Problembestimmung, das umfasst die Diagnose und Bestimmung des zu bearbeitenden Problems, dann in die Strategieformulierung, also die Konzipierung und Festlegung einer geeigneten Strategie oder Maßnahme, um das definierte Problem zu bearbeiten. Drittens in die Umsetzung der festgelegten Schritte und schließlich die Bewertung der Wirkung der Maßnahmen oder Strategie (Rosenbrock & Hartung, 2015). Gesundheitsberichterstattung stellt den Ausgangspunkt des gesundheitspolitischen Regelkreises dar (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 1).

Abbildung 7: Public Health Action Cycle



Quelle: Rosenbrock & Hartung 2015

Da ein Großteil der erhobenen Datenquellen in der gesundheitsbezogenen Berichterstattung, das sind meist Sozialversicherungsdaten, eher nur auf den Leistungsumfang und die Finanzierung fokussieren, wurde das Konzept der Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Die Gesundheitsberichterstattung umfasst die routinemäßige, vollständige und verständliche Darstellung gesundheitsbezogener Ergebnisse (Rásky, 2001, S. 14f.). Gesundheitsberichterstattung hat den Zweck unter besonderer Einbeziehung der Gesundheitsdeterminanten über die Gesundheits- und Versorgungslage der Bevölkerung zu informieren. Dazu werden zuerst die bestehende Situation und die gesundheitlichen Entwicklungstrends untersucht und analysiert. Danach werden Kausalanalysen durchgeführt und schließlich ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf davon abgeleitet. Die Gesundheitsberichterstattung soll im Idealfall die Gesundheitspolitik bei Entscheidungen begleiten und unterstützen. Adressaten sind dabei Entscheidungsträger/-innen, die Fachöffentlichkeit und eine interessierte Öffentlichkeit. Die Gesundheitsberichterstattung selbst ist dabei Teil eines Kreislaufes, gefolgt von Gesundheitszielen, der Gesundheitsplanung und der Umsetzung, danach beginnt der Prozess wieder mit der Gesundheitsberichterstattung von neuem. Gemäß den Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung der Gesundheit Österreich GmbH umfasst die Gesundheitsberichterstattung folgende Inhalte (Gesundheit Österreich GmbH, 2010, S. 1):

- Soziodemographie
- Gesundheitliche Bestimmungsfaktoren
- Gesundheitszustand (objektiv und subjektiv)
- Gesundheitssystem und die Inanspruchnahme
- Gesundheitsausgaben
- Internationale und regionale Vergleiche
- Trends hinsichtlich Epidemiologie und Gesundheitsverhalten
- Regionale und soziale Ungleichheiten

Der letzte und zweite Österreichische Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2009 durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellt und veröffentlicht. Der Beobachtungszeitraum des Berichtes erstreckt sich über die Jahre 1998 bis 2007. Die Datenquellen des Berichtes sind das Gesundheitsinformationssystem ÖGIS, welches bei der GÖG geführt wird. Darin sind alle gesundheitsbezogenen Daten der amtlichen Statistik enthalten. Diese Daten sind Routinedaten aus dem Gesundheitswesen und werden bereitgestellt durch die Statistik Austria, das Bundesministerium für Gesundheit, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer (Bundesministerium für Gesundheit, 2009). Bei Routinedaten der Krankenversicherung handelt es sich um Sekundärdaten. Die verwendeten Daten sind Verwaltungsdaten, die zu einem anderen Zweck ausgewertet werden, als sie ursprünglich bestimmt waren. Darunter fällt beispielsweise die Leistungsabrechnung mit Vertragspartnern. Routinedaten haben allerdings den Vorteil, dass sie durch ihre routinemäßige Erhebung jederzeit leicht verfügbar und im Großen und Ganzen vollständig sind. Da ein eindeutiger Personen- und Bevölkerungsbezug gegeben ist, ermöglichen sie auch Längsschnittstudien. Die Daten weisen allerdings auch gewisse Limitierungen auf, die bei der Auswertung berücksichtigt werden müssen. Da sie unabhängig von der späteren Fragestellung erhoben wurden, sind sie somit nicht für alle Fragen geeignet. Auch enthalten die Daten keine klinischen Parameter, wodurch die Validität der Diagnosen und Therapien unsicher ist (Schubert, et al., 2014, S. 2f.).

International sind vor allem die Gesundheitsberichterstattungssysteme der WHO und der OECD, die ihren Schwerpunkt im Bereich der Gesundheitssystemberichterstattung haben, zu erwähnen (Ziese & Trojan, 2015). Der erste österreichische Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2004 veröffentlicht. Der Bericht umfasste als Erhebungszeitraum die Jahre 1992 bis 2001. Inhalte des Berichts waren die gesundheitliche Lage der Österreicher/-innen, die wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die wichtigsten Kennzeichen des österreichischen Gesundheitssystems. Der Folgebericht aus 2009, ein Basisgesundheitsbericht, orientierte sich im Wesentlichen an diesem, es kamen aber als Schwerpunkt geschlechtsspezifische Darstellungen und Trendanalysen hinzu. Durch die im Jahr 2003 gegründete Plattform Gesundheitsberichterstattung wurden „Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung“ veröffentlicht, wodurch eine Vergleichbarkeit der Berichte über den Zeitverlauf gewährleistet werden soll. Neben dem österreichischen Gesundheitsbericht, wird in regelmäßigen Abständen die österreichische Gesundheitsbefragung durchgeführt und publiziert. Die Daten aus dieser Befragung flossen auch in den Österreichischen Gesundheitsbericht ein. (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 1f. & Gesundheit Österreich GmbH, 2010)

Neben dem österreichweiten Bericht, werden auch auf Bundeslandebene eigene Berichte erstellt und veröffentlicht. Der erste oberösterreichische Gesundheitsbericht beispielsweise wurde im Jahr 2000 veröffentlicht. Seit 2000 wurden drei Basisberichte und eine Reihe von Spezialberichten veröffentlicht (Institut für Gesundheitsplanung, 2016). Aber nicht nur auf nationaler auch auf EU Ebene werden Gesundheitsberichte veröffentlicht, der europäische Gesundheitsbericht erscheint alle drei Jahre (Weltgesundheitsorganisation, 2015)

Im Abstand von mehreren Jahren wird die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS - HIS, steht dabei für „Health Interview Survey“), zum Gesundheitszustand, -verhalten und der gesundheitlichen Versorgung der österreichischen Bevölkerung durch die Statistik Austria durchgeführt. Durch diese Erhebung wird unter anderem eine Datenbasis für die Gesundheitsberichterstattung, welche wiederum als Basis für gesundheitspolitische Entscheidung wirken soll, geschaffen. Diese Informationen werden nicht durch die regelmäßig veröffentlichten Daten (wie z.B. Die Todesursachenstatistik) abgedeckt. Österreich ist aufgrund einer EU-Verordnung verpflichtet, die Informationen zu den drei oben genannten Bereichen zu erheben und die Ergebnisse zu veröffentlichen. Die Befragungen wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch die Statistik Austria durchgeführt. Unter anderem werden die folgenden Themen abgefragt (Statistik Austria a, 2014):

- Selbst eingeschätzte Gesundheit
- Chronische Krankheiten und Gesundheitsprobleme
- Körperliche Einschränkungen
- Seelische Gesundheit
- Gesundheitsrelevantes Verhalten (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen)
- Lebensqualität
- Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems
- Sozio-demographische Merkmale, darunter Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Stellung

Die vorletzte Befragung wurde 2006/07 durchgeführt, die aktuellste Befragung aus dem Jahr 2014 wurde Ende 2015 veröffentlicht. Die Erhebung erfolgte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur von Oktober 2013 bis Juni 2015 (Statistik Austria a, 2014).

Die Armutsberichterstattung hat noch keine lange Tradition in Österreich. Zwar gab es Mitte des 20. Jahrhunderts einige wenige Studien zu Armut, aber eine institutionalisierte Berichterstattung etablierte sich erst in den 1990er Jahren (Stelzer-Orthofer, 2014). Armutsberichterstattung ist ein Teil der Sozialberichterstattung, jedoch ist es nicht dasselbe. Letztere dient dazu die Lebensunterschiede der Menschen, wie beispielsweise zwischen arm und reich, In- und Ausländern darzustellen. Ein vollständiger Überblick über die in Österreich vorhandenen Berichte fehlt. Es gibt auch keine einheitlichen Standards wie bei der Gesundheitsberichterstattung, wie weiter oben beschrieben (Aigner, Schmid, & Troy, 2014, S. 143ff.). Armutsberichterstattung ist ein wesentlicher Bestandteil von Sozialberichterstattung. Sie darf dabei keine Vorurteile bedienen und soll so wirklichkeitsgetreu sein wie möglich (Leidl, Richter, & Schmid, 2010, S. 40f.).

Auf europäischer Ebene wurde von 1994 bis 2001 das „Haushaltspanel der Europäischen Gemeinschaft“ (European Community Household Panel, ECHP) durch Eurostat, dem statistischen Amt der Europäischen Union, durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Langzeitstudie, an der mehrere Länder beteiligt waren und deren Ziel die Analyse der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung war. Untersucht wurden in acht Wellen rund 60.000 Haushalte mit rund 130.000 Personen. Ab dem Jahr 2003/04 wurde diese Erhebung durch die jährlichen EU-SILC Berichte (Community Statistics on Income an Living Conditions), welche durch die Statistik Austria im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt werden, abgelöst (Eurostat b, 2015). Nachdem das ECHP ausgelaufen war, wurde im Jahr 2003 erstmals in Österreich sowie in den Ländern Belgien, Dänemark, Griechenland, Irland und Luxemburg sowie Norwegen eine EU-SILC-Erhebung durchgeführt. Diese erfolgt nun seit 2004 als integrierte Quer- und Längsschnitterhebung jährlich, viele andere EU-Länder sind ebenso beteiligt. Neben EU-weit einheitlichen Fragen, werden auch nationale Variablen abgefragt (Statistik Austria b, 2015, S. 9).

4.2 Gesundheits- und Armutsindikatoren

Um Lösungsansätze für die zuvor beschriebenen Problemlagen entwickeln zu können, müssen diese zuerst beschrieben und aufgezeigt werden. Nach Definition der WHO handelt es sich bei Gesundheitsindikatoren um Datensätze, dazu zählen Tabellen, Diagramme und Karten, zu Gesundheitsstatus, -faktoren und -dienstleistungen in den EU-Mitgliedsländern. Sie dienen zur Überwachung und zum Vergleich und sind die Basis für politische Entscheidungen (Europäische Kommission, 2015). Es gibt viele verschiedene Gesundheitsindikatoren, die in drei Hauptgruppen unterteilt werden können. Die erste Gruppe sind Indikatoren, die den gesundheitlichen Status beschreiben. Darunter fallen unter anderem Mortalität, Morbidität und Invalidität. Darüber hinaus gibt es Indikatoren zur Beschreibung des sozialen Status einer Gruppe mit Bezug zur Gesundheit. Das umfasst beispielsweise die Neuerkrankungen oder Erkrankten einer bestimmten

Bevölkerungsschicht in einer Region. Die dritte Gruppe sind Indikatoren zur Beschreibung der Richtung, Arbeitsweise und Wirksamkeit der Gesundheitsdienste. Dazu zählen der Zugang zum Gesundheitswesen oder Arzt-Patienten-Kontakte. Mortalität und Morbidität sind die zwei „klassischen“ Indikatoren und haben bereits eine lange Tradition. Sie wurden im 19. Jahrhundert entwickelt und waren bis in die 70er Jahre des 19. Jahrhunderts prägend (Schwartz, Schlaud, Siegrist, & von Troschke, 2012, S. 41ff.).

Welche Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung werden nun im europäischen Raum verwendet? In der europäischen Gemeinschaft gibt es eine Liste von 88 Gesundheitsindikatoren, für 50 von diesen Indikatoren gibt es leicht zugängliche und (grundsätzlich) vergleichbare Daten. Diese Indikatoren werden in fünf Gruppen unterteilt (Europäische Kommission, 2015):

- Demografische und sozioökonomische Faktoren (z.B. Bevölkerungsdaten)
- Gesundheitsstatus (z.B. Säuglingssterblichkeit)
- Gesundheitsfaktoren (z.B. Rauchverhalten)
- Medizinische Maßnahmen: Gesundheitsdienste (z.B. Gesundheitsausgaben)
- Medizinische Maßnahmen: Gesundheitsförderung (z.B. Ernährungsstrategien)

Eine verbreitete Methode zur Messung der Krankheitslast von Menschen ist eine standardisierte Befragung der Bevölkerung zu ihrem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand. Diese wurde früher regelmäßig alle zehn Jahre im Mikrozensus und wird heute in der ATHIS Befragung durchgeführt (Habl et al., 2014, S. 252). Der selbsteingeschätzte oder subjektive Gesundheitszustand gibt einen guten Richtwert für das allgemeine Wohlbefinden der Menschen. Neben den körperlichen Bewertungen fließen auch die Einstellungen und Wahrnehmungen zum Begriff Gesundheit der befragten Personen mit in die Antwort ein. Die Frage erfasst auch das psychische und soziale Wohlbefinden der Befragten (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 39 & 110).

„Gesundheit 2020“ ist das Rahmenkonzept der EU, welches im Jahr 2012 von 53 Staaten angenommen wurde, mit dem Ziel *„Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung zu verbessern, Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abzubauen, die öffentliche Gesundheit zu stärken und nachhaltige bürgernahe Gesundheitssysteme zu gewährleisten, die allgemein zugänglich sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen [zu] bieten“.* Für die Entwicklung der Dachziele von Gesundheit 2020 wurde eine Expertengruppe für die Erarbeitung der Indikatoren herangezogen. Diese empfahl die Aufgliederung der Daten wenn möglich nach ethnischer Zugehörigkeit und vulnerablen Personengruppen. Wobei es freilich schwierig sein wird, beispielsweise die Daten von Migranten ohne Papiere zu erfassen, diese sind bislang auch nicht in regulären Datenbasen zu finden. Um besonders Schutzbedürftige zu erfassen, wird es notwendig werden über die Ressortgrenzen hinaus zusammen zu arbeiten. Das bedeutet, dass neben dem Gesundheitssektor auch der Sozialbereich oder nicht staatliche Institutionen einbezogen werden müssen.

Neben den Gesundheits- sind auch Armutsindikatoren für die vorliegende Fragestellung relevant. 2014 wurde ein nationales Indikatoren-Set zur Beschreibung von sozialer Eingliederung erstellt.

Dieses wurde partizipativ zwischen der österreichischen Armutsplattform[1] und dem Sozialministerium erarbeitet. Diese dienen zur Ergänzung der EU-Indikatoren des Sozialziels der Strategie Europa 2020. Dieser Katalog enthält 21 Indikatoren, die sich über die Bereiche Lebensstandard, Wohnraum, Erwerbsleben, Bildungschancen und Gesundheit erstrecken. Hier findet sich also eine Überschneidung mit dem Thema Gesundheit. Als gesundheitsbezogene Armutsindikatoren zählen hier mehrfache Gesundheitseinschränkungen und die sozialen Lebenserwartungsdifferenzen (Statistik Austria a, 2015). EU-SILC bildet die Grundlage der Indikatoren der Strategie Europa 2020 zu Armut und sozialer Eingliederung und jene der nationalen Eingliederungsindikatoren (Statistik Austria b, 2015, S. 8).

Der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status mit dem Gesundheitszustand ist Gegenstand vieler verschiedener Studien. Eine Metastudie von Maron und Mielck aus dem Jahr 2015 hat eine Vielzahl dieser Studien untersucht, um herauszufinden, ob sich das Ausmaß an Ungleichheit im Laufe der Zeit vergrößert oder gar verkleinert hat. Anhand eines Literaturreviews untersuchten die Studienautoren neben anderen Aspekten auch die methodischen Ansätze der ausgewählten Studien. Die Analyse ergab, dass die Mehrzahl der Ergebnisse auf eine Zunahme der gesundheitlichen Ungleichheit hindeutet (112 Studien deuten auf eine Zunahme, 13 auf eine Abnahme hin). Die Untersuchung zeigte außerdem, dass die Mehrzahl der Arbeiten den Fokus auf Indikatoren zur Messung des individuellen Sozioökonomischen Status (SES), dabei besonders auf jene der schulischen und/oder beruflichen Bildung, legt.

Nur einzelne wenige Studien beziehen auch Indikatoren regionaler Deprivation mit ein, wobei dabei eher kleinräumige Ebenen untersucht wurden. Den Autoren erscheint besonders die Möglichkeit regionaler Vergleiche wichtig, da dadurch weiterführende Studien, vor allem empirische Analysen zu zeitlichen Veränderungen im Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit im Zeitverlauf möglich werden. Weiters zeigt die Studie, dass zur Beschreibung absoluter und relativer Ungleichheit jeweils sieben unterschiedliche Maßzahlen verwendet wurden. In einigen Studien wurden keine eigenen Maßzahlen zur Erfassung der gesundheitlichen Ungleichheit herangezogen, diese war anhand der Prävalenz je sozioökonomischer Gruppe ablesbar. Vergleiche über einen Zeitverlauf wurden sehr unterschiedlich dargestellt. Die Zahl der verwendeten Zeitpunkte reichte dabei von zwei bis zu 49 verschiedenen Zeitpunkten. Die Veränderungen über den Zeitverlauf wurden teilweise grafisch aufbereitet, teilweise wurden Maßzahlen mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad berechnet (Maron & Mielck, 2015, S. 137ff.).

Die WHO Europa kritisiert im Gesundheitsbericht 2015, dass es auf internationaler Ebene einen Mangel an aufgeschlüsselten Daten in Datenbanken gibt, was die Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten schwierig macht. Die Sammlung dieser Daten ist jedoch schwierig, wie bereits an mehreren Stellen in der vorliegenden Arbeit beschrieben, da es sowohl hinsichtlich der Häufigkeit als auch Regelmäßigkeit von internationalen Gesundheitsbefragungen Probleme gibt. Die WHO stellt fest, dass es neben der Selbstauskunft der befragten Personen noch weitere Datenquellen benötigt, um ein vollständiges Bild von gesundheitlicher Ungleichheit zu erhalten. Es braucht daneben noch Daten aus dem Krankenhaus- oder Primärversorgungsbereich.

1 Vertreter/-innen der Gebietskörperschaften, Sozialpartner, NGOs und Experten/-innen

Darüber hinaus schlagen sie vor, die auf das Individuum heruntergebrochenen Daten mit entsprechenden anderen Quellen zu verknüpfen, dabei muss aber die Identifikation über die verschiedenen Datenbanken hinweg gewährleistet sein. Dafür müssten neben den technischen aber auch die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 87f.).

Kritik üben auch Ladurner et al. (2011) an der Berichterstattung in Österreich. Die österreichischen Gesundheitsberichte seien zu einem gewissen Ausmaß stark krankheitszentriert. Als Ursache dafür sehen sie einen Mangel an Forschungsergebnissen und Langzeitstudien. In ihrem Bericht schlagen sie vor, dass in der Berichterstattung ein größerer Schwerpunkt auf die Gesundheitsdeterminanten und gesundheitsbezogene Daten gelegt werden sollte (Ladurner, et al., 2011, S. 286).

5 Empirische Erhebung zur Wissensbasis von Armut und Gesundheit

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt. Im ersten Schritt wurden die Armuts- und Gesundheitsberichte hinsichtlich der Aspekte Indikatoren, Stichprobe, Erhebungsmethoden, Sekundärdaten und der Vergleichbarkeit der Daten über den Zeitverlauf dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der Experteninterviews beschrieben.

5.1 Analyse ausgewählter Armuts- und Gesundheitsberichte

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der Armuts- und Gesundheitsberichte dargestellt. Ausgewählt wurden Berichte, aus Österreich und der EU, letzterer aber mit Österreich-Bezug. Gegenstand der Untersuchung war die Frage, ob die Berichte Informationen zu beiden Themenbereichen – Armut und Gesundheit bzw. Krankheit – gleichermaßen haben, welche Indikatoren verwendet wurden und welche Zielgruppe analysiert wurde. Darüber hinaus wurde untersucht, welche Datenquellen, wie beispielsweise Sekundär- oder Primärdaten, herangezogen wurden und welche sozialwissenschaftlichen Erhebungsmethoden, qualitative, quantitative oder beide, angewandt wurden.

5.1.1 Indikatoren

In den untersuchten Studien wurde eine Vielzahl von Indikatoren verwendet, dies erfolgte allerdings in sehr unterschiedlicher Art und Weise. Auch variierte das Ausmaß der verwendeten Indikatoren. So wurden in manchen Berichten mehrere verschiedene Indikatoren, die beide Themen betreffen, gefunden, in anderen nur sehr wenige, andere Berichte hingegen wiesen gar keine Verschränkung der Themen Armut und Gesundheit/Krankheit auf. Die Berichte wurden hinsichtlich der Indikatoren zu Armut und Gesundheit untersucht. Armut wurde hierbei auf Einkommensarmut fokussiert, da Bildung zwar ein grundsätzlich wichtiger Faktor für sozioökonomische Unterschiede darstellt (Richter & Schmid, 2011, S. 275), aber einerseits bietet das in Geld bewertete Einkommen ein allgemeines mit zentralen Elementen der vorhergehend angesprochenen Verwirklichungschancen korrelierendes Maß, das auch mit anderen Faktoren wie beispielsweise eben Bildung, dem Wohnumfeld und den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang steht. Darüber hinaus steht das Einkommen auch im Fokus staatlicher Interventionen, insbesondere bei der Umverteilung (Statistik Austria, 2015, S. 14f.).

Tabelle 3: Überblick über die untersuchten Berichte hinsichtlich der Indikatoren zu gesundheitlicher Ungleichheit (eigene Darstellung)

	enthält Daten zur gesundheitlichen Situation von Armut Betroffener	Enthält Daten zu Armut ohne Verschränkung mit dem Gesundheitszustand	ohne Bezugnahme auf Armut
WHO Gesundheitsbericht 2015	X		
Ö Gesundheitsbefragung 2006/07 - Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit	X		
ÖO Gesundheitsbericht 2005-2010	X		
NÖ Gesundheitsbericht 2010	X		
Armuts- und Sozialbericht des BMASK 2013-2014	X		
EU-SILC 2014	X		
Ö Gesundheitsbericht 2009		X	
Steirischer Gesundheitsbericht 2010		X	
Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012		X	
Kärntner Gesundheitsbericht 2009		X	
Salzburger Gesundheitsbericht 2007			X
Tiroler Gesundheitsbericht 2012			X
Vorarlberger Gesundheitsbericht 2009			X
Wiener Gesundheitsbericht 2010			X

5.1.1.1 Berichte mit Daten zur gesundheitlichen Situation von Armut Betroffener

Im Folgenden Abschnitt werden zuerst jene Berichte vorgestellt, die Indikatoren zu gesundheitlicher Ungleichheit enthalten. Das umfasst all jene Berichte, in denen Armutskennzahlen mit jenen zur gesundheitlichen Lage (in einem Fall zum Wohlbefinden) der Bevölkerung verbunden dargestellt werden. Dazu zählen unter den Gesundheitsberichten der europäische Gesundheitsbericht der WHO, eine Spezialauswertung der Österreichischen Gesundheitsbefragung, und der Oberösterreichische sowie der Niederösterreichische Gesundheitsbericht, unter den Armutsberichten fallen die EU-SILC Befragung und der österreichische Sozialbericht 2013-2014 des Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz.

- **Europäischer Gesundheitsbericht der WHO**

Der Europäische Gesundheitsbericht 2015 wird alle drei Jahre vom WHO Regionalbüro Europa veröffentlicht. Die wesentlichen Schwerpunkte dieses Berichtes sind die Berichterstattung über die Meilensteine bei der Erreichung des strategischen Zieles „Gesundheit 2020“ in Europa, die Beschreibung neuer Dimensionen von Gesundheitsinformationen und Evidenz, damit das künftige Monitoring der Gesundheit 2020 Ziele und die Messung subjektiven Wohlbefindens besser werden können. Für die Verfolgung dieses Ziels und dessen Monitoring wurden im Jahr 2013

Rahmenziele und Indikatoren festgelegt. Zu diesen sogenannten Dachzielen zählen beispielsweise die Senkung der vorzeitigen Mortalität, die Erhöhung der Lebenserwartung und der Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der europäischen Region (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. XIf.).

Das Einkommen und der Zusammenhang mit der Gesundheit spielt in dem Bericht eine wesentliche Rolle, da das Dachziel 3 sich dem Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region widmet. Dafür wird der Indikator Lebenserwartung bei Geburt und des Gini-Koeffizienten[2] als wesentlich beschrieben. Der erste Indikator wird in dem Bericht mit Daten dargestellt, der Gini-Koeffizient hingegen wird aufgrund der fehlenden Daten nicht beschrieben. Im Bericht wird das Wohlbefinden der Menschen erfasst, zwar besteht dieses wie im Bericht beschrieben aus einer subjektiven und einer objektiven Komponente, im Bericht finden sich allerdings nur subjektiv erhobene Daten. Darauf wird allerdings auch hingewiesen. Morbiditätsindikatoren werden im Bericht und im Konzept Gesundheit 2020 nicht berücksichtigt, da es international an vergleichbaren Inzidenz- und Prävalenzdaten fehlt. Diese Daten fehlen teilweise auf der nationalen Ebene und durch die Unterschiedlichkeit und der mitunter mangelnden Verlässlichkeit der Daten lassen sich keine Vergleiche erstellen (Weltgesundheitsorganisation, 2015, S. 38 & 89ff.).

Tabelle 4: Übersicht der Indikatoren für das Dachziel 3 „Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region“ (eigene Darstellung)

Bereich: Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten	Dachziel 3	Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region
	Quantifizierung 3.1	Abbau der durch soziale Determinanten bedingten gesundheitlichen Kluft in der Bevölkerung der Europäischen Region
	Kernindikatoren	Säuglingssterblichkeit pro 1000 Lebendgeburten
		Lebenserwartung bei Geburt
		Anteil der Kinder im offiziellen Grundschulalter, die nicht die Schule besuchen
		Arbeitslosenquote
		Eine nationale und/oder subnationale Politik zum Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte ist vorhanden und dokumentiert
		Gini-Koeffizient (Einkommensverteilung)*

*) aufgrund von Datenmangel nicht im Bericht enthalten

Quelle: WHO 2015

- **Österreichische Gesundheitsbefragung im Hinblick auf sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit.**

Die Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 unter besonderer Betrachtung der Einkommensverhältnisse und der sozialen Lage finden Ihren Niederschlag in der Publikation „Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007“ der Statistik Austria. Für diese Auswertung wurden der Zusammenhang von Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in Verbindung mit zentralen Indikatoren, die Auskunft über den sozialen

2 Der Gini-Koeffizient misst die Ungleichheit quer durch die Bevölkerung und betrachtet nicht nur die Verteilung von arm und reich (Wilkinson R. G., 2001, S. 102).

Status und die Lebenslage der Menschen geben, wie Einkommen, Bildung, Art der beruflichen Tätigkeit, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund und Geschlecht untersucht. In den einzelnen Kapiteln des Berichtes wurden diese verschiedenen demographischen und sozio-ökonomischen Merkmale und ihr Einfluss auf die Gesundheit untersucht. Dabei wurden drei Aspekte von Gesundheit betrachtet, der individuelle Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsvorsorge. Die Kategorie Gesundheitszustand unterteilt sich dabei in den subjektiven Gesundheitszustand, die Schmerzprävalenz und die psychische Gesundheit, das Gesundheitsverhalten umfasst starkes Übergewicht, Rauchen und körperliche Aktivität und die Gesundheitsvorsorge wird durch Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen beschrieben (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008).

Da die verwendeten demographischen und sozioökonomischen Faktoren jedoch teilweise stark miteinander korrelieren, das bedeutet beispielsweise, dass Pflichtschulabschluss und eine einfache manuelle Tätigkeit einander bedingen können, wurde ein statistisches Modell verwendet, um den tatsächlichen Einfluss von Äquivalenzeinkommen, Art der beruflichen Tätigkeit, Lebensunterhalt, der höchsten abgeschlossenen Schulbildung, dem Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht bestimmen zu können. Als Gesundheitsindikatoren wurden Rauchen, Adipositas, Diabetes, Chronische Angst und Depression, Allergien, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und der positive subjektive Gesundheitszustand verwendet. Diese wurden mit den sozioökonomischen und demographischen Faktoren Einkommen, Berufliche Tätigkeit, Lebensunterhalt, Schulbildung Migrationshintergrund und Alter in Beziehung gesetzt (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 13).

Im Kapitel Armutsrisiko und Einkommensungleichheit werden die am häufigsten von Armut betroffenen Gruppen beschrieben. Diese sind gemäß Klimont et al. Jugendliche, junge Erwachsene und ältere Menschen. 29 Prozent in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen und 27 Prozent der ab 75 jährigen sind armutsgefährdet, Frauen sind eher von Armut betroffen als Männer. Die Einkommensarmut wird mit dem Haushaltsäquivalenzeinkommen bestimmt, unterschieden werden die folgenden fünf Einkommensgruppen, wobei den ersten beiden Gruppen besonderes Augenmerk zukommt. Die Gruppe, die über ein Einkommen knapp über der Armutsgefährdungsgrenze verfügt, wird in dem Bericht als prekäre Wohlstandsgruppe bezeichnet (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 19ff.):

- <60% des Medianeinkommens
- 60 bis unter 80% des Medianeinkommens
- 80 bis unter 100% des Medianeinkommens
- 100 bis unter 150% des Medianeinkommens
- 150% und höher

Das monatliche Nettoeinkommen wird in der österreichischen Gesundheitsbefragung durch Fragen erhoben, bei EU SILC zum Vergleich wird das Jahreseinkommen berechnet, um die Armutsgefährdung zu bestimmen (siehe Kapitel 5.1.4). Das Monatseinkommen führt immer zu niedrigeren Schätzungen des Einkommens als das Jahreseinkommen und meist auch zu höheren Armutsgefährdungsquoten (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 19).

Das Kapitel Einkommen und Gesundheitszustand widmet sich dem Themenbereich Gesundheit. Wie zuvor beschrieben wird der subjektive Gesundheitszustand abgefragt. Dafür standen fünf Antwortkategorien zur Verfügung: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht und sehr schlecht. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand korreliert dabei stark mit dem Äquivalenzeinkommen. Das bedeutet, dass Personen mit einem niedrigeren Einkommen, einen tendenziell schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Personen mit einem höheren Einkommen.

Das anschließende Kapitel widmet sich dem Gesundheitsindikator chronische Erkrankungen. Die Daten zeigen, dass das Auftreten chronischer Erkrankungen primär vom Alter abhängt, ein Zusammenhang mit dem Einkommen ist nicht durchgängig feststellbar. Im nächsten Schritt wurden die Daten altersstandardisiert, es zeigten sich zwar gewisse Unterschiede bei ausgewählten chronischen Erkrankungen, es jedoch war kein signifikanter Zusammenhang feststellbar.

Als weiterer Gesundheitsindikator in Zusammenhang mit dem Einkommen wird die Schmerzprävalenz beschrieben. Dabei handelt es sich um das Auftreten von erheblichen Schmerzen in einem Zeitraum von zwölf Monaten. Diese wurden nach Alter, Einkommen und Geschlecht dargestellt. Die Daten zeigen, dass die Häufigkeit an erheblichen Schmerzen zu leiden mit dem Alter zunimmt und dass Frauen häufiger über Schmerzen berichten als Männer. Betrachtet nach dem Einkommen ohne Unterteilung nach dem Alter zeigt sich, dass besonders Menschen, die der prekären Wohlstandsgruppe, jener zwischen 60 und 80 Prozent des Medianeinkommens, zuzuordnen sind, am häufigsten angeben erhebliche Schmerzen zu haben. Dabei sind Frauen stärker als Männer davon betroffen. Das Auftreten von erheblichen Schmerzen ist in der höchsten Einkommensgruppe am geringsten. Als zweite Darstellungsform wird die Auftretenswahrscheinlichkeit erheblicher Schmerzen nach Geschlecht und Einkommensgruppe angegeben, dafür wurde eine Altersstandardisierung durchgeführt. Die Daten zeigen eine steigende Wahrscheinlichkeit an erheblichen Schmerzen zu leiden für beide Geschlechter. Nur bei den Frauen ist die Schmerzprävalenz bei der prekären Wohlstandsgruppe am höchsten. Die Wahrscheinlichkeit an Schmerzen zu leiden ist beispielsweise bei den Männern der niedrigsten Einkommensgruppe 1,4-mal so hoch wie bei der höchsten.

Schließlich werden noch die häufigsten Schmerzarten nach Einkommenshöhe und Auftretenswahrscheinlichkeit dargestellt. Die häufigsten Schmerzen sind im Kreuz (Lendenwirbelsäule), Oberschenkel, Knie und Unterschenkel und im Nackenbereich (Halswirbelsäule). Bei Frauen kommen auch sehr oft Kopfschmerzen dazu.

Schließlich wird im letzten Kapitel zu Einkommen und Gesundheit noch die psychische Gesundheit der Österreicher/-innen betrachtet. Die Autoren der Studie betonen, dass es sich bei der Psychischen Gesundheit um einen sehr umfassenden und allgemeinen Gesundheitsindikator handelt, der nur über subjektive Angaben erfasst werden kann. Als Instrument zur Messung wurde der Fragebogen WHOQOL-BREF1 (Kurzversion des WHOQOL) mit 24 Fragen und zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der SF-36 von der WHO (davon die Dimensionen Vitalität und psychisches Wohlbefinden) verwendet. Daraus ließen sich Mittelwerte in fünf Bereichen ermitteln „Allgemeine Lebensqualität“, „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohl-

befinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. In allen sieben Bereichen, ergänzt um „Vitalität“ und „psychisches Wohlbefinden“ konnten Werte zwischen 0 und 100 erreicht werden, dafür wurden dann die Mittelwerte errechnet. Die Erhebung ergab, dass in Abhängigkeit von der Einkommenshöhe die psychische Gesundheit steigt (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 26f.).

- **Exkurs: Gesundheitsbefragung 2014**

Die Gesundheitsbefragung 2014, die Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS), wurde im Jahr 2015 vom Bundesministerium für Gesundheit und der Statistik Austria veröffentlicht. Die Befragung enthielt eine Frage zum finanziellen Status und der Versorgung mit Gesundheitsleistungen der befragten Personen. Es wurde danach gefragt, ob ein „Ungedeckten Bedarf an Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen“ vorliegt. Gefragt wurde konkret: *„Kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie eine der folgenden Untersuchungen oder Behandlungen benötigt hätten, Sie sich diese aber nicht leisten konnten?“* Die Daten wurden aufgeschlüsselt nach Altersgruppen, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Migrationshintergrund und Bundesländern. Es zeigte sich, dass insgesamt zahnärztliche Untersuchungen bzw. Behandlungen mehr als doppelt so häufig nicht in Anspruch genommen werden wie medizinische Untersuchungen bzw. Behandlungen. Auch waren Frauen häufiger davon betroffen als Männer (Statistik Austria a, 2014).

- **Oberösterreichischer Gesundheitsbericht 2005-2010**

Der Oberösterreichische Gesundheitsbericht für die Jahre 2005 bis 2010 wurde im Jahr 2012 veröffentlicht. Die Datenbasis für den Bericht bilden im Wesentlichen Daten der offiziellen Statistik, Routinedaten der OÖ Gebietskrankenkasse und die österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 und eine eigens vom Institut für Gesundheitsplanung durchgeführte Befragung zur Gesundheitsvorsorge und zum Gesundheitsverhalten der Männer und Frauen in Oberösterreich aus 2007 (Institut für Gesundheitsplanung, 2012, S. 267).

Der Bericht enthält verschiedene sehr detaillierte Informationen und Daten zum Thema Armut und Gesundheit. Einleitend wird auf den Zusammenhang von Armut und Gesundheit hingewiesen, konkret dass die Einkommenshöhe und die Gesundheit korrelieren. Von Armut betroffene Menschen weisen einen schlechteren Gesundheitszustand und ein risikoreicheres Gesundheitsverhalten auf. Insbesondere das Kapitel 8 „Soziale Determinanten der Gesundheit“ bietet detaillierte Informationen. Im Unterkapitel 8.3 „Einkommen und Gesundheit“ finden sich Daten über die gesundheitliche Situation armutsgefährdeter und in Armut lebender Menschen in Oberösterreich. Zu Beginn des Berichtes wird ein kurzer Überblick über den Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit der Menschen gegeben. Zur Bestimmung der Einkommenshöhe wird in diesem Bericht das gewichtete Haushaltseinkommen herangezogen. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Vergleich von Einkommenshöhe und dem Auftreten chronischer Erkrankungen. Es werden dieselben fünf Einkommensgruppen wie in der Österreichischen Gesundheitsbefragung verwendet. Als Datenquelle wird für den Aspekt der Armut die EU-SILC Studie als Quelle angegeben. Der Bericht widmet sich im Kapitel 8 „Soziale Determinanten der Gesundheit“ dem Zusammenhang von „Einkommen und Gesundheit“. Das Kapitel „Bildung und Gesundheit“ beschäftigt sich ebenso, wenn auch indirekt, mit dem Thema. Das Kapitel „Einkommen und Gesundheit“

untersucht die Gesundheitsindikatoren Morbidität, chronische Krankheiten und das Gesundheitsverhalten, letzteres wiederum umfasst das Rauch-, Bewegungsverhalten und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. Zu diesen Indikatoren finden sich konkrete Daten (Institut für Gesundheitsplanung, 2012).

Die Daten für die Indikatoren basieren auf jenen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 und wurden auf die neue europäische Bevölkerung standardisiert. Erstens, als Indikator für Morbidität dient der subjektive Gesundheitszustand, genau wie bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Die Daten zeigen, dass das Einkommen und der subjektive Gesundheitszustand einander bedingen. Menschen in den beiden unteren Einkommenskategorien (unter 60% und zwischen 60 und 80%) bewerten ihren Gesundheitszustand tendenziell eher als mittelmäßig bis sehr schlecht ein im Vergleich zu jenen in den oberen Einkommenskategorien. Dieser Effekt ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen.

Als zweites wurden die chronischen Krankheiten betrachtet. Die Daten zeigen, dass zwischen der Einkommenshöhe, besonders bei den unteren beiden Einkommenskategorien, und bestimmten chronischen Krankheiten, wie beispielsweise Diabetes Mellitus, Bluthochdruck sowie chronische Angstzustände und Depressionen, ein Zusammenhang besteht. Ein umgekehrter Zusammenhang zeigt sich bei den Allergien, diese treten in der höchsten Einkommenskategorie am häufigsten auf.

Als dritter Bereich wurde das Gesundheitsverhalten untersucht. Als erstes wurde das Rauchverhalten beleuchtet, wobei sich hier keine Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen zeigten, genaue Daten werden dazu allerdings nicht abgegeben. Als nächster Gesundheitsindikator wurde das Bewegungsverhalten der Bevölkerung betrachtet. Die Zahlen zeigen keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und dem Grad der körperlichen Aktivität einer Person. Betrachtet man allerdings den Bildungsstand, der sich ja wiederum auch auf die Einkommenshöhe auswirken kann, zeigt sich, dass höher gebildete Menschen sich häufiger bewegen.

Als vierter Indikator wurde die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen untersucht, auch hier zeigt sich kein Zusammenhang mit dem Einkommen, bei keinem der beiden Geschlechter. Betrachtet man allerdings die Mammographie oder den Krebsabstrich gesondert, steigt der Anteil an Frauen mit der Einkommenshöhe. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Männern beim PSA Test. Die Betrachtung der Darmkrebsuntersuchung ergibt keinen eindeutigen Effekt. Neben den eben aufgezählten werden noch weitere Indikatoren zu Armut und Gesundheit erwähnt, aber es finden sich keine eigenen Daten dazu, es wird in diesem Zusammenhang lediglich auf weitere Studien Bezug genommen. Das ist die einkommensabhängige Inanspruchnahme von Allgemeinmedizinern und Fachärzten, der Zusammenhang sowohl zwischen Einkommen und Krankenstand sowie zwischen Einkommen und Schmerzen (Institut für Gesundheitsplanung, 2012, S. 168).

- **Niederösterreichischer Gesundheitsbericht 2010**

Der Niederösterreichische Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2010 veröffentlicht. Die wesentliche Datenbasis des Berichte entstammt dem in der GÖG/ÖBIG geführten Österreichischen Ge-

sundheitsinformationssystem ÖGIS und die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ (Czirkovits & Hlava, Niederösterreichischer Gesundheitsbericht, 2010, S. 5).

Der Bericht enthält umfangreiche Informationen und Daten über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Dem Thema sozioökonomische Determinanten und deren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung wird eigens ein Kapitel „Sozioökonomie und Gesundheit“ gewidmet. Der Sozialstatus des Einzelnen wird in dem Bericht anhand der Merkmale Bildungsgrad, Einkommenshöhe und Grad der gesellschaftlichen Anerkennung des Einzelnen, das ist in der Regel die berufliche Position, erfasst. Im Folgenden wird allerdings nur auf die Indikatoren in Zusammenhang mit dem Einkommen näher eingegangen (Czirkovits & Hlava, Niederösterreichischer Gesundheitsbericht, 2010).

Als erster Indikator wurde der subjektive Gesundheitszustand nach Einkommensgruppen für die Jahre 2006/07 angeführt. Das Einkommen wird in vier Stufen eingeteilt, bezogen auf den Median des Nettoäquivalenzeinkommens (unter 60%, über 60 bis 100%, über 100 bis 140%, über 140%). Hier zeigt sich erneut, je höher das Einkommen, desto besser ist der selbstberichtete Gesundheitszustand. Als nächstes wurde der BMI der niederösterreichischen Bevölkerung nach Einkommensgruppen der Jahre 2006/07 dargestellt. Hier zeigt sich, dass der größte Anteil normalgewichtiger Personen sich mit etwa 55 Prozent in der untersten, der armutsgefährdeten Gruppe befindet. Den höchsten Anteil an adipösen Personen weisen die beiden mittleren Einkommensgruppen auf, es zeigt sich also kein Zusammenhang. Ebenso besteht kein eindeutiger Zusammenhang mit dem Einkommen, wenn man das Rauchverhalten betrachtet. Betrachtet man allerdings den Bildungsstand, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen niedrigem sozialem Status und erhöhtem BMI sowie ungesundem Rauchverhalten. Als weiterer Indikator für das Gesundheitsverhalten wird das Ausmaß der körperlichen Aktivität beleuchtet. Personen der höchsten Einkommensgruppe betreiben tendenziell eher sportliche Betätigungen in ihrer Freizeit, die sie ins Schwitzen bringen. Der Zusammenhang ist aber gering. Schließlich wurde noch die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen durch die niederösterreichische Bevölkerung untersucht. Hier zeigt sich, dass Personen der niedrigsten Einkommensgruppe die geringste Inanspruchnahme aufweisen und diese mit dem Einkommen steigt (Czirkovits & Hlava, Niederösterreichischer Gesundheitsbericht, 2010, S. 128ff.).

- **EU-SILC 2014**

Die EU-SILC Erhebung wird in Österreich und einer Reihe von anderen EU-Ländern jährlich durchgeführt. Bei EU-SILC, welche unter die Kategorie der Armutsberichte fällt, werden die Variablen und die Operationalisierung von Eurostat vorgegeben. Beim Fragekatalog wurde die Kategorie Gesundheit im Laufe der Jahre erweitert. Waren im Bericht aus dem Jahr 2014 fünf Fragen enthalten, die sich mit der Frage der Gesundheit oder Krankenversorgung beschäftigten, waren es für das Jahr 2015 bereits neun Fragen, ergänzt wurde der Fragebogen um die letzten beiden Themen (Statistik Austria c, 2014):

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Chronische Krankheit
- Einschränkung bei Alltagstätigkeiten durch gesundheitliches Problem

- Inanspruchnahme notwendiger zahnmedizinischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten
- Wichtigster Grund für Nichtinanspruchnahme notwendiger zahnmedizinischer Leistungen: letzte zwölf Monate
- Inanspruchnahme notwendiger sonstiger medizinischer Leistungen (letzte 12 Monate)
- Wichtigster Grund für Nichtinanspruchnahme sonstiger medizinischer Leistungen in den letzten zwölf Monaten
- Dringend notwendige zahnmedizinische Untersuchungen (letzte 12 Monate)
- Dringend notwendige sonstige medizinische Leistungen (letzte 12 Monate)

Das Haushaltseinkommen wird bei EU-SILC über das Äquivalenzeinkommen berechnet. Dieses ist im Wesentlichen die Basis für die (meisten) EU-Indikatoren, die im Rahmen von EU-SILC erhoben werden. Gewichtet wird dabei gemäß der EU-Skala (modifizierte OECD-Skala), wobei die erste erwachsene Person des Haushalts mit 1,0 gewichtet wird, für jede weitere Person ab 14 Jahren mit 0,5 und Kinder von null bis 13 Jahren mit 0,3 (Statistik Austria b, 2014, S. 22).

Im EU-SILC Bericht für das Jahr 2014 „Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete“ widmet sich das Kapitel 2.5 dem Themenfeld Gesundheit. Das Kapitel unterteilt sich in die Bereiche Gesundheitsindikatoren für Erwachsene und Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Der Gesundheitszustand der befragten (erwachsenen) Personen wurde über den subjektiven Gesundheitszustand erhoben, anhand einer fünfstufigen Skala mit den Kategorien sehr gut bis sehr schlecht. Der subjektive Gesundheitszustand von Personen wird mit verschiedenen anderen Parametern in Bezug gesetzt, mit soziodemographischen Merkmalen von 20 bis 64 Jahren und von Personen über 64 Jahre und mit dem Erwerbsstatus. Unterschieden wird neben dem Alter das Geschlecht. Beim subjektiven Gesundheitszustand im Allgemeinen unterscheidet der Bericht hier noch nicht nach dem Einkommen, in einer weiter führenden Darstellung wird die Einkommenssituation betrachtet, in der Darstellung „Gesundheitszustand und gesundheitliche Einschränkungen nach Betroffenheit von Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung und Teilgruppen davon“. Hier werden die Gruppen „Armuts- und Ausgrenzungsgefährdete“ und die Teilgruppen „Erhebliche materielle Deprivation, „Erwerbsintensität des Haushalts“ und „Einkommensgruppen“ unterschieden. Dargestellt wurden die Daten zu den Indikatoren „sehr schlechte/schlechte Gesundheit“, „Behinderung“ und „dauerhaften Krankheiten oder chronischen Gesundheitsproblemen“. Die Ergebnisse zeigen, dass stärker Armuts- und Ausgrenzungsgefährdete eher von sehr schlechter/schlechter Gesundheit, Behinderung und chronischen Krankheiten betroffen sind. Auch bei Betrachtung der Teilgruppen zeichnet sich ein ähnliches Bild, bei niedriger Erwerbsbeteiligung des Haushalts, zeigen sich auch ein schlechterer Gesundheitszustand, Behinderungen und dauerhafte bzw. chronische Erkrankungen (EU SILC 2014, S. 55).

In einem nächsten Schritt werden die „Mehrfachen Gesundheitseinschränkungen“ beleuchtet. Personen in Haushalten mit niedrigem Einkommen sind am häufigsten von mehrfachen gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Es zeigte sich außerdem, dass bei dieser Einkommensgruppe die Entwicklung sich seit 2008 verbesserte, es allerdings 2014 wieder ein kleinerer Anstieg an Personen mit mehrfachen Gesundheitseinschränkungen zu verzeichnen ist. Die anderen Einkommenskategorien blieben im Zeitverlauf stabil (EU SILC 2014, S. 56).

Als weiterer Indikator wird die „Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen“ untersucht. Die Daten zeigen dabei in der Darstellung „Nicht-Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen nach Einkommensgruppen 2014“, dass rund drei Prozent der niedrigsten Einkommenskategorie medizinische Leistungen trotz Notwendigkeit nicht in Anspruch genommen haben. Hat eine Person eine zahnmedizinische Leistung trotz Bedarf nicht in Anspruch genommen, so werden in 44 Prozent der Fälle finanzielle Gründe dafür angeführt, bei sonstigen medizinischen Leistungen wird dieser Grund in 28 Prozent der Fälle angegeben (EU SILC 2014, S. 56f.).

- **Sozialbericht 2013-2014 des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz**

In dem Sozialbericht 2013-2014, welcher im Jahr 2014 vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz heraus gegeben wurde, finden sich Daten zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit. Im Bericht wird erwähnt, dass Menschen mit einem geringeren Einkommen eher gesundheitliche Beeinträchtigungen und auch mehrfache Gesundheitseinschränkungen aufweisen als Menschen mit einem höheren Einkommen. Es wird festgehalten, dass im Jahr 2013 nur drei Prozent aus der höchsten Einkommensgruppe im Gegensatz zu zwölf Prozent der Personen in der niedrigen Einkommensklasse mehrfache Gesundheitseinschränkungen angeben. Darüber hinaus zeigt der Bericht, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen auch bestimmte Gesundheitsleistungen weniger in Anspruch genommen haben. Dies schlägt sich besonders bei zahnmedizinischen Behandlungen nieder. So nehmen Personen mit einem akademischen Abschluss (4 Prozent) diese Leistungen doppelt so häufig in Anspruch wie jene mit einem Pflichtschulabschluss (2 Prozent) (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 22 & 27).

Das Kapitel 13 Lebensbedingungen widmet sich im Unterkapitel Gesundheit der Frage, wie sich die Lebenssituation auf die Gesundheit der Menschen auswirkt. Die Quelle für die verwendeten Daten ist dabei die EU-SILC Befragung aus den Jahren 2008 und 2013. Dabei wird gezeigt, wie sich die gesundheitliche Situation der von Armut betroffenen Personen im Zeitverlauf geändert hat. Als erstes wird gezeigt, wie hoch der Anteil der Personen mit schlechter oder sehr schlechter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Einkommensgruppen ist. Das Einkommen wird dabei in drei Kategorien, niedrig, mittel und hoch (unter 60 Prozent, 60 bis 80 Prozent und über 80 Prozent des Medianeinkommens) unterteilt. Die Daten zeigen dabei, dass es keine wesentlichen Veränderungen seit 2008 gegeben hat, der Gesundheitszustand ist relativ stabil.

Als nächstes wird der mittlere subjektive Gesundheitszustand 2013 nach Alter und Einkommensgruppen betrachtet, dabei wird nach Alter und nach Einkommen unterschieden. Berücksichtigt man das Alter zeigt sich hier, dass Personen, die über ein niedriges Einkommen verfügen, tendenziell einen schlechteren mittleren Gesundheitszustand angeben. Neben dem subjektive Gesundheitszustand wurden auch das Vorliegen von chronischen Krankheiten sowie einer starken Einschränkung bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens genauer betrachtet, als nationaler Eingliederungsindikator werden diese als mehrfache Gesundheitseinschränkungen bezeichnet (siehe auch Kapitel 4.2).

Personen mit einem niedrigen Einkommen weisen häufiger mehrfache Gesundheitseinschränkungen auf als Personen mit einem höheren Einkommen. War deren Anteil im Jahr 2008 mit 16 Prozent noch viermal so hoch wie der in der höchsten Einkommenskategorie, ist dieser 2013 mit zwölf Prozent um vier Prozentpunkte gesunken. Als dritter Gesundheitsindikator wurde das psychische Wohlbefinden untersucht und im Diagramm „Psychisches Wohlbefinden 2013 nach Einkommensgruppen“ dargestellt. Auch hier zeigt sich insgesamt ein Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und dem psychischen Wohlbefinden der befragten Person, je niedriger das Einkommen umso schlechter ist das psychische Wohlbefinden einer Person. Neben dem Gesundheitszustand wird in Unterkapitel 13.7.1 die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (und Kinderbetreuungseinrichtungen) untersucht, ein wesentlicher Fokus liegt hier in den Daten auf der Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Hier zeigen sich zwei Tendenzen, zum einen ist vom Jahr 2008 auf 2013 die Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen gesunken, das heißt, dass mehr Personen notwendige medizinische Leistungen auch tatsächlich in Anspruch nahmen. Und zweitens zeigt es sich, dass zahnmedizinische Leistungen eher nicht in Anspruch genommen wurden. Dieser Indikator hat zwar nicht das Einkommen sondern die höchste abgeschlossene Ausbildung als Referenzgröße, diese ist allerdings auch ein gutes Maß für den sozialen Status einer Person (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2014, S. 322ff.).

In Kapitel 14 „Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich“ werden die Lebensbedingungen der (mehrfach) Ausgrenzungsgefährdeten und der Nicht-Ausgrenzungsgefährdeten für Personen ab dem Alter von 16 Jahren im Vergleich in einem Spinnendiagramm dargestellt. Die Daten zeigen eine starke Korrelation zwischen der Ausgrenzungsgefährdung und dem damit verbundenen Gesundheitsrisiko. So waren Ausgrenzungsgefährdete häufiger in zwei oder drei der beobachteten Gesundheitsindikatoren (sehr schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheit, starke Einschränkung bei Alltagstätigkeiten seit mindestens einem halben Jahr) gefährdet als es nicht-ausgrenzungsgefährdete Personen sind. Von den beobachteten Daten kann allerdings keine kausale Richtung abgeleitet werden. Wird die Entwicklung der Gesundheit hinsichtlich der mehrfachen Ausgrenzungsgefährdung seit 2008 bis 2013 betrachtet, zeigt sich eine geringe Verbesserung unabhängig vom Ausgrenzungsrisiko (S. 365ff.).

5.1.1.2 Berichte mit Daten zu Armut ohne Verschränkung mit dem Gesundheitszustand

In einer Reihe von Gesundheitsberichten finden sich zwar grundlegende Informationen und teilweise Daten zum Thema Armut, diese werden jedoch gesondert angeführt und nicht anhand von Daten in direkter Beziehung mit Gesundheit oder Krankheit gesetzt. Dies ist beim Österreichischen Gesundheitsbericht aus 2009, dem burgenländischen, steirischen und kärntner Gesundheitsbericht der Fall. Diese Berichte werden im Folgenden kurz beschrieben.

Der Österreichische Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2009 veröffentlicht. Der Bericht enthält zwar Daten zum Einkommen der österreichischen Bevölkerung, aber keine die in direkten Bezug mit Gesundheitsindikatoren gesetzt wurden (Bundesministerium für Gesundheit, 2009).

Der burgenländische Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2012 publiziert. In diesem wird das Phänomen Armut beschrieben und im Unterkapitel 3.2. Sozialstruktur auf die Bedeutung von Einkommen, Beschäftigung und Bildung auf die Gesundheit hingewiesen und im Kapitel 9.2.4. Kinder und Jugendliche in Armut das Phänomen Kinderarmut beschrieben. Der Bericht zeigt, dass armutsgefährdete Menschen häufiger krank sind, ihre Gesundheit schlechter einschätzen und ein höheres Sterberisiko aufweisen. Diese Informationen beziehen sich allerdings nur auf Literatur und Studien, es finden sich keine eigenen Daten zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Der Bericht liefert Daten zur Verteilung der Merkmale der Sozialstruktur, wie beispielsweise die Armutsgefährdungsquote, im Vergleich der Bundesländer. Die Armutsdaten, die dem Bericht zugrunde liegen, sind aus der EU-SILC Befragung 2011. Dem Kapitel Kinder und Jugendliche in Armut liegt der CHILD Kinder-Gesundheitsindikator zugrunde. Dieser gibt die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die in Armut leben, an. Der Bericht weist an dieser Stelle auf die Bedeutung des Wissens darum hin, da die Literatur belegt, dass die Höhe des Familieneinkommens und der Gesundheitszustand des Kindes zusammenhängen, da besser verdienende Eltern ihren Kindern bessere Lebensbedingungen, hinsichtlich Wohnen und Ernährung bieten können. Aber auch hier finden sich keine verschränkten Informationen zu Armut und Gesundheit (Schnabel, Szabo, Gollner, Walter, & Dragosits, 2012).

Ähnlich sieht es im Steirischen Gesundheitsbericht 2010 aus. Im Wesentlichen wird anhand von Literatur und Studien beschrieben, dass es einen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Gesundheit gibt, mit abnehmendem sozialem Status verschlechtert sich die Gesundheit und das Erkrankungsrisiko nimmt zu. Es werden keine konkreten Daten zu Armut bzw. Einkommen und Gesundheitszustand und -verhalten geliefert. In Kapitel 4.2. werden die gesundheitlichen Folgen der Ungleichheit der Einkommensverteilung diskutiert. Die Autoren beziehen sich dabei auf die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07. Die Ungleichheit der Einkommen wird am Haushaltsäquivalenzeinkommen gemessen und dazu in Fünftel (Quintile) eingeteilt. Daneben werden die Armutsgefährdungsquote und die Arbeitslosenrate sowie die Langzeitarbeitslosenquote als Determinanten für die Gesundheit dargestellt. Die Daten werden dabei aber nicht mit gesundheitlichen Outcomes wie beispielsweise dem subjektiven Gesundheitszustand verknüpft (Grasser & Wieseneder, 2010).

Anders sieht es bei dem Thema Gesundheitsverhalten aus, in Kapitel 7.2 *Gesundheits-Kernindikatoren zum Thema „Bewegung und Ernährung“* wird der soziale Status nicht über das Einkommen sondern über den Bildungsgrad stratifiziert. Hier wird dargestellt, dass Menschen, die einen höheren Bildungsstand aufweisen tendenziell weniger übergewichtig oder adipös sind, als Menschen mit einem niedrigen. Weiters werden das Bewegungs- und das Ernährungs- und Trinkverhalten mit dem Bildungsstand in Beziehung gesetzt. Diese Indikatoren zeigen, dass ein sozialer Gradient beim Gesundheitsverhalten erkennbar ist. Personen mit einem höheren Bildungsstand ernähren sich gesünder und bewegen sich mehr als jene mit einem niedrigeren (Grasser & Wieseneder, 2010, S. 141).

Der letzte Kärntner Gesundheitsbericht wurde im Jahr 2009 veröffentlicht. Er enthält grundlegende Informationen über den Einfluss der sozioökonomischen Rahmenbedingungen auf den Gesund-

heitszustand der Menschen. Die sozioökonomischen Determinanten werden gründlich beleuchtet. Auch wird die Notwendigkeit von Health in all Policies, also dass Gesundheit in allen Politikfeldern erzeugt und beeinflusst wird, unterstrichen. Im Kapitel „Soziodemographie Kärntens“ enthält der Bericht Daten zur Sozialstruktur der Kärntner Bevölkerung. Es sind allerdings keine Indikatoren und Daten enthalten, die den Zusammenhang von Einkommen beziehungsweise Armut und die Gesundheit der Bevölkerung darstellen (Amt der Kärntner Landesregierung, 2009).

5.1.1.3 Gesundheitsberichte ohne Bezugnahme auf Armut

Die Landesgesundheitsberichte aus Vorarlberg 2009, Tirol (2012), Salzburg (2007) und der Wiener Gesundheitsbericht 2010 enthalten keine Daten zu Armut und Gesundheit. Der Landesgesundheitsbericht Vorarlberg 2009 ist insgesamt sehr kurz und umfasst im Wesentlichen nur die Aspekte Morbidität und Mortalität der Vorarlberger Bevölkerung und deren Darstellung. Der Bericht beschränkt sich darauf, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu beschreiben. Die verschiedenen Determinanten der Gesundheit werden zwar erwähnt, aber jedoch nicht in Zusammenhang mit Armut und Gesundheit oder Krankheit gebracht (Czirkovits & Hlava, Landesgesundheitsbericht Vorarlberg. Berichtszeitraum 1998–2007, 2010).

Im Salzburger Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2007 findet sich keine Verschränkung von Armut und Gesundheit oder Krankheit. Es wird außerdem das Thema Armut nicht explizit angesprochen. Darüber hinaus enthält das Dokument auch keine Daten zu Armut oder Armutsgefährdung, nur zum Einkommen der Gesamtbevölkerung. Im Konkreten wird beschrieben, dass das Einkommen der Salzburger Bevölkerung knapp unter dem Österreichschnitt liegt. Diese Information lässt allerdings keinen Schluss über die Verteilung zu (Czirkovits, Hlava, & Winkler, 2008).

Der Tiroler Gesundheitsbericht aus dem Jahr 2012 behandelt das Thema Armut oder Armutsgefährdung ebenfalls nicht, es sind keine Daten zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit enthalten. Ähnlich zum Salzburger Gesundheitsbericht wird das Einkommen der Gesamtbevölkerung mit der von Österreich in Bezug gesetzt (Vejvar, 2013).

Im Wiener Gesundheitsbericht 2010 sind ausschließlich Mortalitätsdaten zu finden, allerdings ohne jegliche Verschränkung mit Armut. Armut wird zwar erwähnt und die Einkommensverteilung in den einzelnen Wiener Bezirken dargestellt, dies erfolgt aber eben nur gesondert (Bachinger, 2011).

5.1.2 Erhebungsmethoden und Stichproben

Betrachtet man die verschiedenen Berichte hinsichtlich der erfassten Zielgruppe, zeigt sich, dass die Berichte ein nur unvollständiges Bild der Gesamtbevölkerung widergeben. Die unterschiedlichen Sozial- und Gesundheitsberichte erfassen durchwegs nicht die gesamte österreichische und europäische Bevölkerung. Es wird meist nur ein Teil der von Armut und gesundheitlicher Ungleichheit betroffenen Personengruppe erfasst.

Betrachtet man Armut rein nach einkommensbezogenen Gesichtspunkten, kann daher meist nicht die gesamte Zielgruppe erfasst werden (Statistik Austria, 2011, S. 73 f.). Die EU-SILC Erhebung beispielsweise untersucht nur Personen, die in Privathaushalten leben. Personen, die in Anstalten leben, worunter unter anderem Heime, Notschlafstellen oder Lehrlingsunterkünfte fallen, werden von der Untersuchung nicht erfasst. Damit entfällt ein erheblicher Teil der von Armut betroffenen Bevölkerung bei der Stichprobe. Aber auch aus anderen Gründen können bestimmte Personen nicht von der Befragung erfasst werden. So sind beispielsweise Personengruppen bei dieser Erhebung unterrepräsentiert, die unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren nicht an der Untersuchung teilnehmen können. Obdachlose und sich illegal aufhaltende Personen werden ebenfalls nicht berücksichtigt, da sie keine offizielle Wohnadresse aufweisen bzw. in keinem Haushalt wohnen (Aigner, Schmid, & Troy, 2014, S. 146).

Im Zuge der Gesundheitsbefragung wurde für Personen, die in Pflege- und Altenheimen leben, kein Haushaltseinkommen erhoben. Diese Personengruppe konnte folglich bei der Analyse von Einkommen und Gesundheit nicht eingeschlossen werden. Dabei handelt es sich hochgerechnet um eine Stichprobengröße von etwa 42.000 Personen, die keine Berücksichtigung finden (Klimont, Ihle, & Baldaszti, 2008, S. 19). Die Qualität der Daten wird bei EU-SILC einer regelmäßigen Kontrolle durch die Statistik Austria unterzogen. Zu diesem Zweck wurden Konferenzen und Workshops abgehalten, um das Feedback der Nutzer/-innen der Daten einzuholen.

Neben der Stichprobe wurden auch die verwendeten Erhebungsmethoden untersucht. Dabei wurde unterschieden zwischen quantitativen, wie Fragebogenerhebungen, und qualitativen Methoden. Der Vorteil einer sowohl qualitativen als auch quantitativen Erhebung besteht besonders darin, dass Lebenserfahrungen und -wirklichkeiten ganzheitlich, in ihrem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext dargestellt und erfasst werden können (Leidl, Richter, & Schmid, 2010, S. 41).

Die Analyse der ausgewählten Berichte ergab, dass in allen untersuchten Gesundheits- und Armutsberichten, national und auf Bundesländerebene, den Armuts- und Sozialberichten und in der Österreichischen Gesundheitsbefragung quantitative Daten verwendet werden. Die entstammen teilweise regelmäßigen Primärerhebungen, insbesondere Befragungen, wie dies bei der EU-SILC Erhebung und der ATHIS Befragung der Fall ist. Darüber hinausgehend werden Routinedatenauswertungen der Sozialversicherung durchgeführt, wie dies beispielsweise beim OÖ Gesundheitsbericht und einigen anderen Ländergesundheitsberichten der Fall ist.

5.1.3 Sekundärdaten

Bei der Analyse von Sekundärdaten handelt es sich um die *„[…] Nutzung von Daten im Rahmen wissenschaftlicher und/oder praxisrelevanter Untersuchungen ohne direkten Bezug zum primären Erhebungsanlass.“* (Svart, Ihle 2005, S. 12). Im Folgenden wird kurz dargestellt, in welchem Ausmaß Sekundärdaten für die Armuts- und Gesundheitsberichterstattung verwendet wurden.

Die Datengenerierung für die EU-weite, jährliche „Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen“ (EU-SILC), wurde ab dem Jahr 2012 von einer Befragung auf die Verwendung von

Verwaltungsdaten umgestellt. Diese Umstellung erfolgte auf Basis einer gesetzlichen Grundlage, die die Lohnsteuer und einen Großteil der Sozialleistungen erfasst und dient zur Berechnung der Haushaltseinkommen. Bis zum Jahr 2009 beruhten die Angaben zu den Haushaltseinkommen ausschließlich auf freiwilligen Angaben aus der Befragung, ab 2010 wurden die Daten schrittweise über Verwaltungsdaten vervollständigt (Statistik Austria b, 2014, S. 4).

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2009 beispielsweise basiert auf quantitativ erhobenen Daten, im konkreten auf Sekundärdaten. Die Datenquelle des Berichtes ist das Gesundheitsinformationssystem ÖGIS, welches bei der GÖG geführt wird. Darin sind alle gesundheitsbezogenen Daten der amtlichen Statistik enthalten. Diese Daten sind Routinedaten (Verwaltungsdaten) aus dem Gesundheitswesen und werden bereitgestellt durch die Statistik Austria, das Bundesministerium für Gesundheit, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer. Daneben flossen die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 in den Bericht ein. Diese Daten lieferten die Informationen zu den sozialen Determinanten und zur „ambulanten" Morbidität. Die Daten zur Morbidität aus dem ambulanten Bereich weisen generell die Einschränkung auf, dass es bislang noch keine (oder eingeschränkte) Kodierung(spflicht) der Krankheiten im niedergelassenen Bereich gibt, auch weisen die Daten Probleme hinsichtlich der Verlässlichkeit auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 3).

Die vertiefte Betrachtung der Daten ergab, dass nur für einzelne Berichte Primärdaten erhoben wurden, der Rest basierte im Wesentlichen auf Sekundärdaten. Für die Österreichische Gesundheitsbefragung und die EU-SILC Erhebung werden in regelmäßigem Abstand Primärdaten erhoben. Diese Daten dienen als Grundlage für eine Reihe von weiteren Berichten. Die Gesundheitsberichte der Bundesländer, zumindest jene, die Daten zur gesundheitlichen und finanziellen Situation der Bevölkerung enthalten greifen auf die in den beiden Befragungen erhobenen Daten zurück.

5.1.4 Vergleichbarkeit der Daten im Zeitverlauf

Bei genauerer Betrachtung der Datengrundlagen in der bestehenden Armuts- und Gesundheitsberichterstattung zeigt sich eine Reihe von Schwierigkeiten. So ist die Vergleichbarkeit der verschiedenen Berichte untereinander oder sogar derselben Publikationsreihe über einen Zeitverlauf eingeschränkt. So zeigen sich Unterschiede bei der zeitlichen Vergleichbarkeit. Dass die Vergleichbarkeit der verschiedenen Berichte über den Zeitverlauf nur teilweise gegeben ist, liegt unter anderem daran, dass zum einen die Kriterien der Erfassung und zum anderen die Kriterien der Ausweisung von Ergebnissen Änderungen unterworfen waren (Leidl, Richter, & Schmid, 2010, S. 10f.). In einigen Fällen veränderten sich die Fragen (oder auch die Themen), in anderen die Erhebungsmethoden, es kommt aber auch zu Änderungen beim befragten Personenkreis. In der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wird bereits einleitend erwähnt, dass nicht für alle Themenbereiche der Befragung Vergleiche mit der 2006/07 durchgeführten Gesundheitsbefragung möglich sind (Klimont & Baldaszti, 2015, S. 11).

Bei der EU-SILC Befragung kam es zu einer Änderung der Erhebungsmethode. Seit dem Jahr 2012 werden die Daten zu den Haushaltseinkommen mittels Verwaltungsdaten erhoben, wodurch wirklichkeitsnähere Einkommensdaten ermöglicht werden. Die Berichte zu den Ergebnissen von EU-SILC 2008 bis 2011 enthalten noch die Daten, die vor der methodischen Umstellung mittels Befragung erhoben wurden. Diese Daten sind allerdings nicht ident mit den über die neue Methode erhobenen Daten und da es daher zu Zeitreihenbrüchen mit den bereits veröffentlichten Ergebnissen aus früheren EU-SILC-Erhebungen kommt, werden mittlerweile durch das Sozialministerium nur noch neu aufgelegte Tabellenbände zur Verfügung gestellt, die rückgerechnete Daten auf Verwaltungsdatenbasis enthalten. Als Datenquelle für das Haushaltseinkommen werden unter anderem der Lohnsteuerdatensatz, der Pensionsjahresdatensatz und jener der Arbeitnehmerveranlagung herangezogen. Die Erhebung selbst wurde neben der jährlichen Querschnitts- auch als Längsschnitterhebung konzipiert und geführt (Statistik Austria b, 2014, S. 4ff.).

Der Österreichische Gesundheitsbericht 2009 ist im Wesentlichen mit dem vorhergehenden Bericht aus dem Jahr 2004 vergleichbar. Er entspricht hinsichtlich des Aufbaus, der inhaltlichen Ausrichtung und auch im Umfang in weiten Teilen dem „Gesundheitsbericht Österreich 2004“. Der aktuellste Bericht enthält allerdings in verstärktem Maße eine geschlechtsspezifische Darstellung und auch trendanalytische Betrachtung der Gesundheitsdaten (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. VII).

Die Vergleichbarkeit der Gesundheitsbefragung 2006/07 mit früheren Befragungen ist nur teilweise gegeben, da diese Erhebung die frühere Mikrozensus Gesundheit Befragung, welche in Mehrjahresintervallen durchgeführt wurde, ablöste. Diese wurde 1999 das letzte Mal durchgeführt. Die alte und die neue Erhebung unterscheiden sich dabei im Wesentlich durch den neu konzipierten Fragebogen und das Erhebungsdesign (Bundesministerium für Gesundheit, 2009, S. 3).

5.2 Experteninterviews

Mit Experten/-innen wurden teilstandardisierte Expertenterviews geführt. Mit der Untersuchung sollte die gegenwärtige Wissensbasis durch die befragten Experten/-innen reflektiert und analysiert und Empfehlungen zur Verbesserung abgeleitet werden. Die Forschungsfragen wurden in einen Interviewleitfaden eingearbeitet und im Gespräch mit den Interviewpartner/-innen abgefragt.

5.2.1 Aufbau der Untersuchung

Die Interviews wurden auf Basis eines teilstandardisierten Interviewleitfadens geführt, in dem alle relevanten Themenbereiche der Forschungsfrage abgedeckt wurden. Dadurch konnte ein inhaltlicher roter Faden bei den einzelnen Interviews gewährleistet werden. Die Reihenfolge der Fragen wurde bei allen Interviews im Wesentlichen eingehalten. Der Interviewleitfaden beinhaltete fünf inhaltliche Schwerpunkte: die Indikatoren, die Datenquellen, die Zielgruppe, die Vernetzung der Experten/-innen untereinander und die Vorschläge zur Verbesserung mit den entsprechenden Fragen dazu. Der vollständige Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

Das Interviewsample bestand aus vier Experten/-innen aus der Wissenschaft und Praxis. Die Größe war determiniert durch den Rahmen der Untersuchung. Das Sample wurde zusammengesetzt aus zwei Männern und zwei Frauen, die Experten/-innen stammen aus dem Bereich der Gesundheitsberichterstattung, der universitären Armutsforschung und dem Gesundheits- und Sozialwesen. Die Befragung fand in zwei Fällen im persönlichen Gespräch und in zwei Fällen, aufgrund der räumlichen Distanz, als telefonisches Interview statt. Die beruflichen und fachlichen Hintergründe der Interviewpartner/-innen waren sehr unterschiedlich, wodurch auch die Sichtweisen geprägt wurden und in Folge die Schwerpunkte der Interviews anders ausfielen.

5.2.2 Ergebnisse der Untersuchung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vier Interviews dargestellt. Im Zuge der Interviews ergaben sich viele verschiedene Informationen, die aufgrund der Menge nicht gänzlich Eingang in das folgende Kapitel finden konnten. Die Antworten der Interviewpartner/-innen fielen aufgrund des unterschiedlichen beruflichen Hintergrundes teilweise sehr unterschiedlich aus, es waren jedoch einige Gemeinsamkeiten festzustellen.

5.2.2.1 Indikatoren

Zu Beginn des Interviews wurden die Experten/-innen befragt, welche der in der Armuts- und Gesundheitsberichterstattung bislang verwendeten Indikatoren zur Beschreibung des Zusammenhangs von Armut und Gesundheit sie als sinnvoll betrachten. Die Interviewpartner/-innen überlegten zuerst, welche Indikatoren in der Berichterstattung grundsätzlich verwendet werden. Es zeigte sich dabei, dass nicht alle Experten/-innen gleichermaßen mit den verwendeten Indikatoren vertraut waren. Sie nannten im Wesentlichen den Bildungsgrad und das Einkommen, welche zur Beschreibung des Sozialstatus dienen, und selbsteingeschätzte Gesundheit, Mortalität und Morbidität zur Beschreibung des Gesundheitszustandes.

Geteilte Meinungen gab es zum Indikator „Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand“,
Ein/e Experte/-in betrachtete den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand als suboptimalen Indikator:

> *„…bei den Gesundheitsberichten sehe ich das Problem, dass sie auf Selbsteinschätzung basieren. Also sicher falsch zeichnen.“ (I2; Z. 17-19)*
> und
> *„…weil es einerseits Leute gibt, die sich für kränker halten als sie sind […] und weil ich andererseits annehme, dass Leute mit einem schlechten Bildungshorizont und mit Peer-Groups, wo Gesundheit kein Thema ist, oder man nicht über Gesundheit redet, sich für gesünder halten als sie sind.“ (I2; Z. 27-31)*

Zwei der befragten Experten/-innen sahen diese Kennzahl als sehr wichtig, eine/r äußerte sich neutral. Eine/r der Experten/-innen wies trotz grundsätzlich positiver Meinung gegenüber dieser Kennzahl darauf hin, dass die Gefahr besteht, dass man die Antworten durch die Gestaltung der

Interviewsituation manipulieren könne.

> *„Also der selbsteingeschätzte ist ein Indikator auf den man nicht verzichten sollte, wenn man weiß, dass er gewissen Bias, also Einschränkungen unterliegt […] das muss uns bewusst sein, dass das ein Indikator ist, den man wunderbar manipulieren kann.“ (I3, Z. 93-97)*

Bei der Frage, ob die derzeit verwendeten Indikatoren ausreichend sind, um ein der Wirklichkeit entsprechendes Bild der Situation von gesundheitlicher Ungleichheit wiederzugeben, gab es eine klare Tendenz der Interviewpartner/-innen. Die Meinung von drei der Befragten war, dass es wenige oder sogar keine passenden Indikatoren gibt, die die Situation optimal beschreiben. Besonders, so betont es eine Person, braucht es konzeptionelle Arbeit, um steuerungsrelevante Indikatoren zu entwickeln. Denn Indikatoren zur Feststellung der Ungleichheit in einem Land, dienten nur zu Vergleichen zwischen Ländern und nicht innerhalb eines Landes. Die vierte Person betrachtete sozioökonomischen Determinanten als die geeignetsten Indikatoren, besonders wenn diese um persönliche Merkmale ergänzt würden. Sie ergänzte, dass bei der Suche nach immer neuen Indikatoren die Gefahr bestünde, wenn diese beispielsweise in Genforschung gefunden werden, dass diese dann zu einer Biologisierung und in weiterer Folge Schuldzuschreibungen führen könnten, das Verhalten stünde im Fokus, dabei wären die Verhältnisse entscheidend.

Drei der Experten/-innen betonten, dass es mehr Daten über die Entwicklung der Gesundheit und dem Einkommen im Lebensverlauf bräuchte. Als eines der Probleme wurde dabei die Verwendung von Querschnittsdaten genannt, die sich zum Abbilden vom Gesundheitskarrieren nicht eignen.

Ein/e Experte/-in erklärte, ein Mangel der derzeit verwendeten Indikatoren sei, dass die Gesundheit nicht direkt sondern indirekt über verschiedene Messgrößen erhoben wird. Generell hätte sich die Bedeutung mancher Indikatoren im Laufe der Zeit verändert. So war früher die Bildung ein möglicherweise besserer Indikator für den Sozialstatus als sie es heute ist. Unterstützt wurde dies durch Aussagen einer/s anderen Interviewpartners/-in, dass es die Kombination von objektiven und subjektiven Daten brauche, um ein vollständiges Bild darstellen zu können.

5.2.2.2 Datenquellen

Die Experten/-innen wurden gefragt, wie sie die bisher in der Gesundheits- und Armutsforschung und Gesundheits- und Armutsberichterstattung verwendeten Datenquellen beurteilen. Ein Fokus der Frage lag darauf, ob die bestehenden Datenquellen ausreichen oder ob es weitere benötige. Drei der befragten Experten/-innen gaben eine konkrete Einschätzung zu den bislang in der Berichterstattung und Forschung eingesetzten Datenquellen ab. Eine der interviewten Personen äußerte sich nicht dazu. Insgesamt zeigte sich, dass die Experten/-innen schon eigene Erfahrung mit der Datensammlung gemacht hatten. Ein Experte gab beispielsweise an, dass die Routinedaten der Krankenversicherung sich für sehr konkrete Fragestellung nur schlecht eignen.

Drei Experten/-innen gaben an, dass eines der wesentlichen Probleme der derzeit verwendeten Datenquellen die Zusammenführung und der Austausch der Daten aus und zwischen den unterschiedlichen Quellen ist. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, wäre es notwendig Daten von beispielsweise der Krankenversicherung und Einkommensdaten beim Individuum zu verknüpfen. Dies ist aus Sicht der befragten Experten/-innen nur sehr schwer möglich. Als mögliche Ursache dafür wird von einer Person der in Österreich sehr starke Datenschutz genannt. Es werden zwar die persönlichen Daten gut geschützt, aber dadurch fehlen teilweise die Grundlagen für die Berichterstattung und Forschung und es lassen sich damit auch keine Gesundheitskarrieren über den Lebensverlauf der einzelnen Personen darstellen.

> *„Das Problem […] ist, das alle Datenquellen haben, es gibt keine Zusammenführung der einzelnen Fälle. Ihr habt zuerst nur ein Bundesland und zweitens nur die Gebietskrankenkassen-Versicherten. Und damit gehen die Bauern verloren, die Gewerbetreibenden verloren und die Beamten. Und damit hat man auch kein ordentliches Bild. Und das zweite ist die Frage, wie weit Einkommensdaten zusammengespielt werden können mit den Gesundheitsdaten in der Krankenkasse.“ (I 2; Z. 107-114)*

5.2.2.3 Erhebungsmethoden

Die Experten/-innen wurden gefragt, wie sie das Verhältnis von quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden in der Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit und der Berichterstattung dazu einschätzen. Die Antworten fielen durchgängig sehr eindeutig aus, alle vier befragten Personen erklärten, dass es auf jeden Fall beide Erhebungsmethoden benötigt, um ein vollständigeres Bild zur gesundheitlichen Lage von Armut betroffener Menschen zu erhalten. Es braucht beides zu gleichen Teilen und damit mehr qualitative Forschung als bisher. Quantitative und qualitative Erhebungsmethoden decken unterschiedliche Bereiche ab. So eignen sich einer/m Experten/-in zufolge qualitative Methoden nicht dazu strukturelle Aspekte abzubilden. Diese helfen dem Forschenden allerdings Einblick in die Lebenswelten der untersuchten Bevölkerungsgruppe zu erhalten. Erkenntnisse daraus ermöglichen Informationen zu sammeln, um Erklärungsmuster für bestimmte Verhaltensweisen und ähnliches zu finden, so ein/e weitere/r Experte/-in.

Generell liegt der derzeitige Fokus bei der Forschung und Berichterstattung zu diesem Thema auf quantitativen Methoden, dabei werden unter anderem Routinedaten der sozialen Krankenversicherung dafür herangezogen wie zwei Interviewte unterstrichen. Eine interviewte Person bezeichnete diesen sehr starken Schwerpunkt darauf sogar als „*Dogma*“ (I4, Z. 142). Einen der Gründe sah die Person darin, dass empirische Erhebungen, die eigens für Forschungsfragen durchgeführt werden, vergleichsweise sehr zeit- und kostenintensiv sind und Routinedaten daher eine einfachere Lösung darstellen. Quantitative Erhebungsmethoden eignen sich einer befragten Person zufolge gut um grundlegende Informationen zu sammeln, einer/m anderen Experten/-in zufolge haben sie allerdings den Nachteil, dass sie unter anderem dadurch, dass man Menschen in Kategorien unterteilt, Stereotype reproduzieren können.

> *„Wir haben unsere Kategorien und wir können nur kommunizieren, die handelt so, von der Streuung reden wir nicht. Ich bin durchaus selbstkritisch und bewusst, dass man mit dieser Methode sehr stark dazu neigt bzw. beiträgt, Stereotypen zu produ-*

zieren und dem kann man durch qualitative Methoden vielleicht entgegenwirken…“ (I1, Z. 223-227)

5.2.2.4 Zielgruppe

Für die Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit war es wichtig, herauszufinden, ob der von gesundheitlicher Ungleichheit betroffene Personenkreis in der Berichterstattung und -forschung vollständig erfasst wird. Die einhellige Meinung der befragten Personen war, dass dies nicht der Fall ist und es grundsätzlich immer einen blinden Fleck gibt.

„Du erreichst einfach eine bestimmte Personengruppe kaum mit Forschungsmethoden. Da hast du total einen blinden Fleck.“ (I 4, Z. 173-175)

Insbesondere waren sich drei der vier Experten/-innen einig, dass bei den Erhebungen, wie beispielsweise bei EU-SILC, die Anstaltsaufenthalte fehlen, was zu Verzerrungen führen kann (siehe auch 5.2.2.2). Des Weiteren wurden Kinder und das Armutssegment generell als unterrepräsentierte Bereiche genannt. Ein Experte meinte global, dass die von gesundheitlicher Ungleichheit betroffene Gruppe und ihre Problemlagen einfach zu heterogen sei, um sie erfassen zu können

5.2.2.5 Vernetzung der Experten/-innen

Die Interviewpartner/-innen wurden gefragt, wie sie den Grad der Vernetzung der Armuts- und Gesundheitsexperten untereinander einschätzten. Im Wesentlichen herrschte Einigkeit, ein/e Experte/-in konnte aus eigener Sicht keine Einschätzung abgeben, dahin gehend, dass es nach wie vor zu wenig Vernetzung zwischen den Forscher/-innen gebe. Zwei der Experten/-innen konnten generell erste Initiativen erkennen, aber beurteilten insbesondere den akademischen Bereich als zu wenig vernetzt. Zwei der befragten Personen betrachteten sich selbst nicht als Experten/-innen und waren auch in keinem Netzwerk vertreten.

„Es gibt einige Initiativen in Österreich, diese zu verbessern. […] auf akademischer Ebene findet zu wenig Vernetzung statt. Sogenannte Alumni Netzwerke, ich habe das Gefühl in der sozioökonomischen Forschung gibt es sowas nicht wirklich. Ich glaube, dass da in dem Policy-Bereich ein bisschen eine Bewegung drinnen ist, aber im akademischen Bereich kaum.“ (I 4, Z. 202-213)

5.2.2.6 Verbesserungsvorschläge

Die Experten/-innen wurden gefragte, welche Verbesserungsvorschläge ihnen für die Wissensbasis für den Diskurs von Armut und Gesundheit einfallen. Zu diesem Punkt wurden einige verschiedene Ansätze vorgebracht. Die Vorschläge waren sehr breit gefächert. Ein Punkt, der von zwei der Experten/-innen explizit und einer Person implizit angesprochen wurde, sind die Outcomes, in dem Sinne, dass die Arbeit sich an der Wirkung orientieren sollte. So betonte beispielsweise eine/r der Experten/-innen, dass die Forschung und Berichterstattung nicht mehr so stark

wie bisher den Fokus auf den Output sondern auf den Outcome des Gesundheitswesens legen sollte. Ein/e Experte/-in wies dabei auf die Eurobarometer Untersuchung hin, da diese auch Fragen zur Qualität des Gesundheitswesens enthält.

> *„Was ich mir wünschen würde, wäre eine Berichterstattung, die vom Output zum Outcome geht. Wir wissen nicht, ob das ein Ergebnis der Gesundheitspolitik […] ist." (I2, Z. 352-356)*

Um die blinden Flecken beim von Armut und gesundheitlicher Ungleichheit betroffenen Personenkreis abzudecken, schlug ein/e Experte/-in vor, finanzielle Anreize zu schaffen, damit die Bereitschaft an Erhebungen mitzuwirken größer würde. Ein/e weitere/r Interviewpartner/-in brachte ein, dass mehr konzeptionelle Arbeit notwendig wäre. Dabei könnte man besonders auch Forschungsergebnisse zu Indikatoren aus England auch auf Österreich übertragen. Ein/e Experte/-in betonte, dass es wichtig sei, die Ergebnisse immer wieder zu kommunizieren, damit die Forschung auch Folgen in der Politik hätte. Dafür benötige es einfach regelmäßige statistische Berichte.

5.2.2.7 Umsetzbarkeit

Im Anschluss an die Verbesserungsvorschläge wurde die Umsetzbarkeit der zuvor genannten Ideen abgefragt. Dabei zeigten die Experten/-innen einen verhaltenen Optimismus. Drei der vier Befragten äußerten, dass sie einzelne Fortschritte sehen und auch, dass von Seiten der Politik Potential und vor allem ein gewisser Wille vorhanden ist. Besonders in politischen Strategien der letzten Jahre, wie den Europa-2020 Zielen auf europäischer Ebene und den österreichischen Rahmengesundheitszielen werden Fortschritte verortet. Eine/e Expertin sprach an, dass ein Denken im Sinne der Health in all Policies, also ein Bewusstsein, dass alle Politikbereiche etwas zur Gesundheit beitragen, zwar schon in den Ebenen unterhalb der Unternehmensleitung angekommen sei, aber eben noch nicht an der Spitze.

> *„…die gesundheitliche Chancengerechtigkeit, dass man das als eines der ersten Gesundheitsziele behandelt, das sind schon politische Signale, die man hat." (I 4; Z. 255-257)*

6 Zusammenfassung und Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus dem theoretischen Teil und jene aus der Analyse der Gesundheits- und Armutsberichte sowie der Experteninterviews dargestellt. Die sozioökonomischen Determinanten, die gesellschaftlichen, politischen und individuellen Lebensbedingungen, der soziale Status, die Wohn- und Arbeitsverhältnisse beeinflussen maßgeblich die Gesundheit eines jeden Einzelnen. Je ungleicher eine Gesellschaft, desto größer sind die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung. Diese wirken sich auch auf die Krankheits- und Sterbegeschehen aus. Ein Indikator, an welchem sich gesundheitliche Ungleichheiten messen lassen, ist die Lebenserwartung und die gesunde Lebenserwartung. Der europäische Vergleich zeigt, dass es auch innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten große Unterschiede hinsichtlich der beiden Parameter gibt. Aber nicht nur im Vergleich mehrerer Länder lässt sich ein Unterschied feststellen, so zeigt sich auch ein sozialer Gradient innerhalb von Österreich. Finanziell und sozial benachteiligte Personen weisen eine höhere Mortalität und Morbidität als sozial höher gestellte Menschen auf. Ende des 20. Jahrhunderts hat sich in Österreich und im europäischen Raum eine regelmäßige Gesundheits- und Armutsberichterstattung begonnen zu etablieren. Dadurch kamen Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit in den öffentlichen Diskurs. Im Zuge der Entwicklung der Berichterstattung und der Strategie Europa 2020 wurden einige Gesundheits- und Armutsindikatoren entwickelt sowie festgelegt, die die Basis der Berichte darstellen.

Die Durchsicht der Gesundheitsberichte ergab, dass besonders jene der Bundesländer sehr unterschiedlich hinsichtlich des Umfangs, Aufbaus und auch der inhaltlichen Schwerpunkte sind. Daraus ergibt sich in Folge, dass die Berichte schwer untereinander vergleichbar sind. Dies liegt unter anderem auch daran, dass sich die Auswahl der Indikatoren zum Teil stark unterscheidet. Die vertiefte Betrachtung hinsichtlich der Fragestellung zu Armut und Gesundheit ergab, dass knapp die Hälfte der Berichte keine Informationen zur Beschreibung der Lebenslage der von Armut betroffenen Menschen enthalten. Einige Berichte erwähnen das Thema lediglich auf theoretischer Ebene, sie beschreiben den Zusammenhang anhand von verfügbaren Studien und nicht über eigene Daten. Weitere vier Berichte enthalten Informationen und Daten zu Armut, allerdings ohne direkte Verschränkung mit Gesundheitsindikatoren. Die gesundheitliche Lage von Armut betroffener Menschen wird aber thematisiert. Sechs der untersuchten Berichte, worunter unter anderem der oberösterreichische und niederösterreichische Gesundheitsbericht und die EU-SILC Erhebung fallen, hingegen enthalten Daten und Indikatoren, die die gesundheitliche Situation armer Menschen beschreiben.

Der von Armut betroffene Personenkreis wird in den untersuchten Berichten nur eingeschränkt erfasst, da entweder wie in der EU-SILC Befragung nur Personen, die in Haushalten leben, befragt werden oder wie in der Gesundheitsbefragung jene Personen herausfallen, die Sprachbarrieren aufweisen. Damit bleibt ein wesentlicher Teil der von gesundheitlicher Ungleichheit betroffenen Personen unbekannt und es zeigt sich nur ein verzerrtes Bild der armutsbedrohten Bevölkerung. Infolge werden Altersheime, Kinderheime, Behindertenheime, Notschlafstellen, Internate und Lehrlingsunterkünfte auch Obdachlose und Asylwerbende nicht von der Statistik erfasst.

Eine wesentliche Datenquelle der Armuts- und Gesundheitsberichte sind Sekundärdaten, insbesondere Verwaltungsdaten, darunter unter anderem jene der Sozialversicherung. Sie sind leicht, einfach und kostengünstig verfügbar. Diese stellen aber nicht die einzige Datenquelle dar, denn sie reichen je nach Fragestellung alleine nicht aus, da diese Dateien ursprünglich zu einem anderen Zweck erhoben wurden. Für Berichte wie jede neue Ausgabe der jährlichen EU-SILC Erhebung oder auch den oberösterreichischen Gesundheitsbericht werden Primärdaten in Form von Befragungen erhoben, welche wiederum mit Sekundärdaten verknüpft werden. Die Untersuchung der Berichte hat gezeigt, dass eine Vergleichbarkeit der empirischen Daten über längere Zeitreihen nur erschwert möglich ist. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass sich die zugrundeliegenden Daten oder die Erhebungsmethoden sowie die inhaltlichen Schwerpunkte und Fragenkataloge im Laufe der Zeit ändern. Bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung beispielsweise wurde der Fragenkatalog mit jeder neuen Befragung geringfügig geändert. Die EU-SILC Erhebung hingegen weist eine sehr gute Vergleichbarkeit über den Zeitverlauf hinweg auf, da sie sowohl als Querschnitts- auch als Längsschnitterhebung geplant wurde und da nach der Umstellung der Erhebungsmethode eine Rückrechnung der alten Berichte erfolgte.

Die Interviews mit den Experten/-innen aus der Gesundheits- und Armutsberichterstattung und -Forschung konnten zeigen, dass es eine Reihe von wesentlichen Herausforderungen bei der gegenwärtigen Wissensbasis zu Armut und Gesundheit in Österreich gibt. Zwar waren die Zugänge und Hintergründe der befragten Personen sehr unterschiedlich, es ergaben sich aber einige Potentiale und Anregungen aus den Gesprächen, die von mehreren Personen unterstützt wurden. So äußerten die Experten, dass es nicht nur Querschnittsdaten sondern Daten über den Lebensverlauf einer Person bräuchte, um Gesundheitskarrieren nachzeichnen zu können. Dafür wären allerdings Daten aus unterschiedlichen Quellen und die Verknüpfung der verschiedenen Datenquellen notwendig. Dies ist derzeit aus verschiedenen Gründen nicht oder nur schwer möglich.

Ein weiterer wesentlicher von den befragten Experten/-innen erwähnter Punkt war die Outcome-Orientierung. Derzeit sind zu einem großen Teil Output-Indikatoren Gegenstand der Berichterstattung, der Fokus sollte allerdings stärker auf Outcomes gelegt werden. Die Experten/-innen schätzten im Großen und Ganzen die in Österreich in Berichterstattung und Forschung verwendeten Indikatoren als nicht ausreichend ein. Die Lösung wurde allerdings nicht in noch mehr Erhebungen verortet, sondern darin Betroffene stärker einzubinden und qualitative Methoden anzuwenden. Generell sollten nach Meinung der Experten/-innen quantitative und qualitative Methoden zu gleichen Teilen angewandt werden. Auch fiel die Bewertung einzelner Indikatoren sehr unterschiedlich aus, wie dies beim Indikator „Selbsteingeschätzter Gesundheit“ der Fall war, die Diskrepanz war bei diesem Punkt besonders groß.

Die von Armut und gesundheitlicher Ungleichheit betroffene Bevölkerungsgruppe wurde als untererfasst eingeschätzt. Die Ursachen sahen die Experten/-innen zum einen im Fehlen der Anstaltshaushalte und der schwieriger Erreichbarkeit bestimmter Personengruppen, vor allem jene mit multiplen Problemlagen. Zur Aktivierung der letzteren Gruppe wurden monetäre Anreize vorgeschlagen. Die Vernetzung der Armuts- und Gesundheitsexpertinnen und -experten untereinander wurde als insgesamt mangelhaft bewertet. Die fachlichen und beruflichen Hintergründe und

Disziplinen der befragten Experten/-innen waren sehr unterschiedlich, wodurch deutlich wurde, dass das Feld der Berichterstattung und Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit sehr vielfältig und multidisziplinär ist, was eine Vernetzung erschwert. Es müssten verstärkt Anstrengungen erfolgen, eine gemeinsame Plattform oder Austauschmöglichkeit zu schaffen, allerdings wird es schwer sein, eine zuständige Stelle zu finden. Erste Ansätze für die Vernetzung wurden allerdings positiv bemerkt.

Da die sozialen, gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen die Gesundheitschancen jedes einzelnen entscheidend prägen, ist es sehr wichtig, darauf zu achten, dass das Sozialsystem die Versorgung der betroffenen Personen nicht weiter drückt und damit die Ungleichheiten noch verstärkt sondern diese ausgleicht. Damit dies gelingen kann, braucht es eine solide Wissensbasis über die gesundheitliche Verfassung der Bevölkerung und die Versorgungsgerechtigkeit.

7 Abgeleitete Empfehlungen

Der derzeitige Wissensstand zur gesundheitlichen Ungleichheit bietet eine gute Ausgangslage, weist aber auch einige Potentiale auf. Aus den Ergebnissen der Analyse der Gesundheits- und Armutsberichte sowie der Experteninterviews lassen sich Empfehlungen für die künftige Forschung und Berichterstattung ableiten. Diese werden im Folgenden dargestellt:

- In Gesundheits- und Armutsberichten sollte die sozioökonomische Lage standardisiert mit gesundheitlichen Outcomes in Zusammenhang gebracht werden.

- Der Einsatz von qualitativen Erhebungsmethoden in der Armuts- und Gesundheitsberichterstattung sollte verstärkt werden, im Idealfall sollten qualitative und quantitative Methoden den gleichen Stellenwert erhalten

- In der Versorgungsforschung, welche das Ankommen der Gesundheits- und Krankenbehandlungsleistungen bei den Zielgruppen unter Alltagsbedingungen prüft, soll verstärkt die Ungleich-Behandlung sozioökonomisch Benachteiligter sichtbar gemacht machen. Die Darstellung dieser Daten sollte in Form von Versorgungsberichten erfolgen.

- Neben den bislang befragten Personengruppen, also solchen, die in Haushalten leben, sollten auch weitere Gruppen, wie beispielsweise in Anstalten lebende Personen, in die Erhebungen einbezogen werden.

Literaturverzeichnis

Aigner, C., Schmid, T., & Troy, C.-D. (2014). Armutsberichterstattung von Ländern und Gemeinden. In N. Dimmel, M. Schenk, & C. Stelzer-Orthofer, Handbuch Armut (S. 143-156). Innsbruck: Studienverlag.

Amt der Kärntner Landesregierung. (2009). Gesundheitsbericht des Landes Kärnten. Langfassung. Klagenfurt.

Atteslander, P. (2006). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Bachinger, E. (2011). Gesundheitsbericht 2010. Wien: Stadt Wien (Hrsg.).

Bambra, C. (2011). Editorial. Lessons from the Past: Celebrating the 75th Anniversary of Poverty and Public Health. Journal of Public Health. Journal of Public Health(4), S. 475-476.

Blümel, S., & Salice-Stephan, K. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6. Abgerufen am 23. 11 2015 von http://www.bzga.de/pdf.php?id=0ddf4b0628799d2005cc654f15e704b9

Bundesministerium für Arbeit, S. u. (2015). Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung. http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Allgemeine_Sozialpolitik/Armut/. Abgerufen am 6. 12 2015

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2014). Sozialbericht 2013-2014. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Wien.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumetenschutz. (2016). Österreich auf einen Blick. Sozialindikatoren im EU-Vergleich. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit. (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht 2009. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit. (2015). Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Wien. Von http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2015/08/RGZ2_Bericht_24-8-2015.pdf abgerufen

Czirkovits, C., & Hlava, A. (2010). Landesgesundheitsbericht Vorarlberg. Berichtszeitraum 1998–2007. Bregenz.

Czirkovits, C., & Hlava, A. (2010). Niederösterreichischer Gesundheitsbericht. Wien.

Czirkovits, C., Hlava, A., & Winkler, P. (2008). Salzburger Gesundheitsbericht 2007. Berichtszeitraum 1997–2006. Salzburg: Amt der Tiroler Landesregierung.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.

Daiva, D. (2003). Soziologie: Konzeptualisierung der Armut in der deutschsprachigen Soziologie. In B. Thomas, & e. al., Armut als Problem – Wie gehen fünf Einzelwissenschaften mit dem Phänomen der Armut um? (S. 23-42). Universität Salzburg.

Diekmann, A. (2007). Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Europäische Kommission. (2015). Europäische Gesundheitsindikatoren (ECHI). Abgerufen am 25. 2 2016 von http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_de.htm

Europäische Kommission. (2016). Beschäftigung, Soziales und Integration. Von Europäische Kommission: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=de. Abgerufen am 25.2.2016

Eurostat a. (2015). Unter erheblicher materieller Deprivation leidende Personen. Abgerufen am 25. 3 2016 von http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tsdsc270

Eurostat b. (2015). Europäisches Haushaltspanel (ECHP). http://ec.europa.eu/eurostat/de/web/microdata/european-community-household-panel. Abgerufen am 12. 3 2016

Gesundheit Österreich GmbH. (2010). Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung. Abgerufen am 10. 12 2015 von http://www.goeg.at/cxdata/media/download/Empfehlungen_GBE.pdf

Grasser, G., & Wieseneder, E. (2010). Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz. Graz: Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen.

Habl et al., C. (2014). Armut und Gesundheit. In: N. Dimmel, M. Schenk, & C. Stelzer-Orthofer, Handbuch Armut in Österreich (S. 240-267). Innsbruck: Studienverlag.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung. (2013). Bundes-Zielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung Gesundheit. Von Bundes-Zielsteuerungsvertrag abgerufen

Hojni, M., & Dür, W. (2011). Subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und der soziale Gradient bei 11- bis 15- Jährigen in Österreich. medicine&health , S. 227-228.

Hradil, S. (2012). Deutsche Verhältnisse. Eine Sozialkunde. Grundbegriffe. Abgerufen am 25. 3 2016 von Bundeszentrale für Politische Bildung: https://www.bpb.de/politik/grundfragen/deutsche-verhaeltnisse-eine-sozialkunde/138437/grundbegriffe

Hurrelmann, K., & Franzkowiak, P. (2015). Gesundheit. http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/. Abgerufen am 14. 4 2016

Institut für Gesundheitsplanung. (2012). Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz.

Institut für Gesundheitsplanung. (2016). Gesundheitsberichterstattung. Abgerufen am 22. 1 2016 von http://www.gesundheitsplanung.at

Klemperer, D. (2010). Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber.

Klimont, J., & Baldaszti, E. (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

Klimont, J., Ihle, S., & Baldaszti, E. &. (2008). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria.

Ladurner, J., Gerger, M., Holland, W., Mossialos, E., Merkur, S., Stewart, S., Irwin, R., Soffried, J. (2011). Public Health in Austria. An analysis of the status of public health. Abgerufen am 6. 6 2016 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf

Lamei, N. (2015). Aktuelle Ergebnisse zu Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich aus EU-SILC 2014. (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete / Kinder und Jugendliche. Präsentation beim 11. Treffen Armutsplattform. Abgerufen am 25. 3 2016 von https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/5/1/CH2252/CMS1330683993465/beilage_4__ppp_top_2_eu-silc_2014.pdf

Lampert, T. (2011). Armut und Gesundheit. In T. Schott, & C. Hornberg, Die Gesellschaft und ihre Gesundheit (S. 575-597). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M., & Ziese, T. (2005). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

Leidl, I., Richter, V., & Schmid, T. (2010). Armut macht krank. Wissenschaftliche Begleitstudie. Endbericht.

Mackenbach, J. P. (2006). Health Inequalities: Europe in Profile. Rotterdam.

Mackenbach, J. P. (2012). The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States: The Explanation of a Paradox. Social Science & Medicine Vol. 75/4, S. 761-769.

Maron, J., & Mielck, A. (2015). Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Ergebnisse eines Literaturreviews und Empfehlungen für die weitere Forschung. Das Gesundheitswesen (22), S. 134-147.

Mayring, P. (1990). Einführung in den qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. München: Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Medical Tribune. (2015). TIA trifft Arme vier Jahre früher. Medical Tribune, 6.

Meuser, M., & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz, & K. Kraimer, Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Mielck, A. (2010). Sozial-epidemiologische und ethische Ansätze zur Bewertung der gesundheitlichen Ungleichheiten. Ethik Med (22), S. 235-248.

OECD. (2012). Life expectancy and healthy life expectancy at birth. In Health at a Glance Europe 2012 (S. 16-17). OECD Publishing.

OECD. (2014). Life expectancy and healthy life expectancy at birth. In Health at a Glance Europe 2014. OECD Publishing.

Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung. Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, M. Schrappe, K. Lauterbach, U. Engelmann, & M. Halber: Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung (S. 13-23). Bern: Hans Huber.

Pfaff, H., & Pförtner, T.-K. (2016). Der Beitrag der Versorgungsforschung zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheit und in der Versorgung. Das Gesundheitswesen 78 (02), S. 91-96.

Rásky, É. (2001). TEIL I. Die Datenlage zur Gesundheit in Österreich. In É. Rásky, & W. Freidl, Gesundheitsberichterstattung in Österreich. Bestandsaufnahme und Ergebnisse eines regionalen Surveys (S. 7-89). Linz: Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften.

Richter, M., & Hurrelmann, K. (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. Aus Politik und Zeitgeschichte (42), S. 3-10.

Richter, V., & Schmid, T. (2011). Der doppelte Ausschluss - Armut und Krankheit. Über den Zusammenhang von Armutsgefährdung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In R. Verwiebe, Armut in Österreich : Bestandsaufnahme, Trends, Risikogruppen (S. 273-288). Wien: Braumüller Verlag.

Riffer, F., & Schenk, M. (2015). Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem. Eine partizipative Erhebung. Abgerufen am 21. 2 2016 von http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf

Rosenbrock, R., & Hartung, S. (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Von http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html Abgerufen am 6.6.2016

Schnabel, F., Szabo, B., Gollner, E., Walter, E., & Dragosits, A. (2012). Burgenländischer Gesundheitsbericht 2012. Langfassung. Hornstein: DANEK Grafik Repro Druck.

Schubert, I., Ihle, P., Köster, I., Küpper-Nybelen, J., Rentzsch, M., Stallmann, C., Swart, E., Winkler, C. (2014). Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten - Datengutachten für das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Gutachten: Daten für die Versorgungsforschung. Köln. Abgerufen am 8. 6 2016 von http://www.dimdi.de/static/de/versorgungsdaten/wissenswertes/datengutachten/dimdi-sekundaerdaten-expertise.pdf

Schwartz, F. W., Schlaud, M., Siegrist, J., & von Troschke, J. (2012). Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. In Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 35-70). München: Elsevier GmbH.

Spallek, J., Kuntz, B., & Schott, T. (2012). Sozialepidemiologie. Public Health Forum,. Public Health Forum 20/76, S. 6.e1-6.e3.

Statistik Austria. (2011). Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2010. Abgerufen am 12. 12. 2012 von http://www.statistik.at/web_de/static/eu-silc_2010armuts-_und_ausgrenzungsgefaehrdung_in_oesterreich_bd.8_studie_060384.pdf

Statistik Austria. (2012). Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich. Ergebnisse aus EU-SILC 2011. Wien.

Statistik Austria. (2015). Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete. Wien.

Statistik Austria a. (2014). Die Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (ATHIS). http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html. Abgerufen am 24. 1 2016

Statistik Austria a. (2015). Eingliederungsindikatoren 2014. Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich. Abgerufen am 24. 1 2016 von http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/3/8/CH2170/CMS1219934176516/bericht_eingliederungsindikatoren_2014.pdf

Statistik Austria b. (2014). Methodenbericht zur Rückrechnung von EU-SILC 2008-2011 auf Basis von Verwaltungsdaten. Wien.

Statistik Austria b. (2015). Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu EU-SILC 2014. Wien.

Statistik Austria c. (2014). Tabellenband EU-SILC 2013. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Abgerufen am 26. 8 2015 von http://www.statistik.at/web_de/static/tabellenband_eu-silc_2013_einkommen_armut_und_lebensbedingungen_22.10.2014_079238.pdf

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (2015). Armut und soziale Ausgrenzung. A.3 Gini-Koeffizient der Äquivalenzeinkommen.

Stelzer-Orthofer, C. (17. 11 2014). Armutsberichterstattung und Armutsforschung in Österreich. Rückblick. Möglichkeiten und Grenzen. Abgerufen am 24. 2 2016 von Präsentation bei 2. Kärtner Sozialer Dialog: http://www.armutsnetzwerk.at/images/uploads/Pr%C3%A4sentation_Armutsforschung_Stelzer-Orthofer.pdf

Vejvar, C. (2013). Tiroler Gesundheitsbericht 2012. Innsbruck.

Weltgesundheitsorganisation. (2013). Europäischen Gesundheitsbericht 2012: Ein Wegweiser zu mehr Wohlbefinden. Kopenhagen.

Weltgesundheitsorganisation. (2015). Der Europäische Gesundheitsbericht 2015. Der Blick über die Ziele hinaus – neue Dimensionen der Evidenz. Kopenhagen.

Wesenauer, A., & Sebinger, S. (2009). (Un)gleich? – ein Thema der sozialen Krankenversicherung? Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

Whitehead, M. (2007). Why and how should we tackle health inequalities in Europe? 9th Austrian Prevention Conference. Abgerufen am 6. 6 2016 von http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/9-osterreichische-praventionstagung-soziale-ungleichheit-und-gesundheit/WHITEHEAD.pdf

WHO (1978). Deklaration von Alma-Ata. Abgerufen am 13. 1. 2013 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf

WHO (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf.

Wilkinson, R. G. (2001). Kranke Gesellschaften. Wien/New York: Springer.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. WHO.

Ziese, T., & Trojan, A. (2015). Gesundheitsberichterstattung. Abgerufen am 24. 3 2016 von http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsberichterstattung

Anhang

Interviewleitfaden

Einleitungstext

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist Gegenstand vieler Armuts- sowie Gesundheitsberichte. Die Wissensbasis zu diesem Thema scheint in Österreich aber aus unterschiedlichen Gründen nicht optimal. In meiner Masterarbeit gehe ich der Frage nach, wie in der zukünftigen, österreichischen Armuts- und Gesundheitsforschung der Forschungsgegenstand „gesundheitliche Situation von Armut betroffener Personen“ objektiv, zuverlässig und gültig dargestellt werden soll? Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern, die Informationen werden anonym behandelt.

1) **Indikatoren**
   - Welche der bestehenden Indikatoren zur Beschreibung des Zusammenhangs von Armut und Gesundheit betrachten Sie als sinnvoll?
   - Können Sie Beispiele nennen?
   - Zeigen die Indikatoren das an, was sie messen sollen? Gibt es Verzerrungen?
   - Sind die derzeit verwendeten Indikatoren ausreichend um ein reales Bild wiederzugeben?

2) **Datenquellen**
   - Welche Daten(quellen) benötigt es zusätzlich zu den bislang verwendeten?
   - Werden die richtigen Daten erhoben?
   - Wie sehen Sie das Verhältnis von quantitativer und qualitativer Forschung in diesem Feld?

3) **Zielgruppe**
   - Wird in der aktuellen Gesundheits- und Sozialberichterstattung die Zielgruppe ausreichend erfasst? Welche Indikatoren fehlen um ein reales Bild der von Armut betroffenen Personen zu bekommen?

4) **Vernetzung der Experten/-innen untereinander**
   - Wie sehen Sie die Vernetzung der Armuts- und Gesundheitsexperten untereinander?
   - Welche Schritte könnten gesetzt werden, um diese zu verbessern?

5) **Verbesserungsmöglichkeiten**
   - Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie, in welchen Bereichen wäre das meiste Potenzial?
   - Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit der Verbesserungsmaßnahmen?

Abbildungen

Abbildung 1: Armutsgefährdung nach Kategorien von Armut 12

Abbildung 2: Determinantenmodell der Gesundheit 17

Abbildung 3: Modell zur Erklärung gesundheitliche Ungleichheit 20

Abbildung 4: Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit 21

Abbildung 5: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems 24

Abbildung 6: Modell der Wirkungszusammenhänge zwischen dem Versorgungssystem und sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit 25

Abbildung 7: Public Health Action Cycle 26

Tabellen

Tabelle 1: Armutsgefährdungsschwelle bei 60 Prozent des Median für unterschiedliche Haushaltstypen im Jahr 2014 11

Tabelle 2: Armutsgefährdung in Österreich und in der EU-28 im Jahr 2014 12

Tabelle 3: Überblick über die untersuchten Berichte hinsichtlich der Indikatoren zu gesundheitlicher Ungleichheit 34

Tabelle 4: Übersicht der Indikatoren für das Dachziel 3 „Abbau von Ungleichgewichten in der Europäischen Region“ 35