Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf

Wie kann sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen vermindert werden?

Prof. Dr. Alfons Hollederer

Die Europäische Union hat mit der EU-Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC – EU Statistics on Income and Living Conditions) eine Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen etabliert, deren Erhebung seit 2005 in allen EU-Mitgliedstaaten sowie in Norwegen und Island durchgeführt wird. Damit wurde ein Befragungsinstrument geschaffen, das harmonisierte und vergleichbare Mikrodaten und Indikatoren zur Messung von Lebensbedingungen, Haushaltseinkommen, Armut, Arbeitsmarktintegration und sozialer Ausgrenzung generiert. Auf der Grundlage der Daten des SILC Surveys 2014 wurden Gesundheitsunterschiede für Deutschland analysiert. Der Beitrag beschreibt die Ergebnisse und zieht Schlussfolgerungen für den Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheit.

Nach dem Ansatz „Gesundheit für Alle“ der WHO müssen alle Sektoren der Gesellschaft Verantwortung übernehmen, um soziale Benachteiligungen zu verringern und entsprechende Gesundheitsfolgen zu mindern, mit dem Ziel gesundheitlichen Chancengleichheit zu erreichen (WHO 1998, S. 16). Das Recht auf allgemeine Gesundheitssicherung und einen gerechten Zugang in die Gesundheitsversorgung ist elementar. Ein ungedeckter medizinischer Bedarf ist nicht nur für das Individuum problematisch, sondern gilt als wichtiger Indikator für die Qualitätsbeurteilung eines ganzen Gesundheitssystems (OECD 2018). Unabhängig von sozialer Lage, Nationalität, ethnischer Herkunft, Bildung, Alter und Geschlecht sollen für alle die gleichen Möglichkeiten bestehen, gesund zu sein und gesund zu bleiben. Gesundheitsförderung zielt darauf, „sozialkompensatorisch“ die gesundheitliche Kluft zwischen besser und schlechter gestellten sozialen Schichten zu vermindern.

Die sozialen Einflussfaktoren sind bemerkenswert: Je höher der Bildungsstand und das Einkommen, desto besser wird der Gesundheitszustand beurteilt.

Mit der Haushaltsbefragung „Leben in Europa” werden seit dem Jahr 2005 jährlich vom Statistischen Bundesamt die Daten für EU-SILC erhoben. In 2014 wurde in Deutschland eine repräsentative Stichprobe von 12 744 Haushalten mit 22 695 Personen ab 16 Jahren randomisiert gezogen. Der EU-SILC-Survey kann auch Auskunft über die Gesundheitszustände und den medizinischen Versorgungsbedarf in der Bevölkerung und den sozialen Gruppen geben (Statistisches Bundesamt 2017). Hollederer und Wildner (2018a, 2018b, 2019) werteten vor kurzem die Gesundheitsunterschiede im EU-SILC-Survey 2014 auf Basis der Forschungsdatensätze für Personen und Haushalte aus. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse dieser Analysen erläutert.

Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland

Die selbst wahrgenommene Gesundheit wird im EU-SILC-Survey über die Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ mit Antwortoptionen auf einer 5er-Skala im Likert-Format operationalisiert. Der allgemeine Gesundheitszustand in der Bevölkerung (ab 16 Jahren) verbesserte sich in Deutschland zwischen den EU-SILC-Wellen 2005 und 2014 trotz fortschreitender Alterung leicht. Der Anteil an Personen mit sehr guter oder guter Gesundheit stieg hochgerechnet von 61 auf 65 Prozent. Das ist eine sehr positive Entwicklung in Deutsch-

land, von der aber nicht alle gleichermaßen profitieren konnten. Parallel wuchs unter anderem die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Erwerbsgruppen. Die Erwerbstätigkeit wird nach dem Labour Force Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO 1998) gemessen. Der subjektive Gesundheitszustand verschlechterte sich in der Gruppe der (überwiegend) Erwerbslosen im Durchschnitt im Zeitverlauf stark, während sich die Gesundheit von Erwerbstätigen etwas verbesserte. Im Jahr 2014 bewerteten mit 37 Prozent der Erwerbslosen wesentlich weniger ihren Gesundheitszustand mit „sehr oder gut" als die Erwerbstätigen, bei denen der analoge Anteil bei 77 Prozent lag.

Mit zunehmendem Alter der interviewten Personen verschlechterte sich der Gesundheitszustand im EU-SILC-Survey 2014 in Deutschland (erwartungsgemäß) deutlich. Bemerkenswert sind die sozialen Einflussfaktoren: Je höher der Bildungsstand und das Einkommen der Interviewpersonen liegt, desto besser wird der Gesundheitszustand beurteilt. Im niedrigsten Quintil beim Nettoäquivalenzeinkommen berichteten rund die Hälfte (52 %) der Befragten einen positiven Gesundheitszustand, während beim höchsten Quintil mit über 3 Viertel (79 %) deutlich mehr Personen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut bezeichneten.

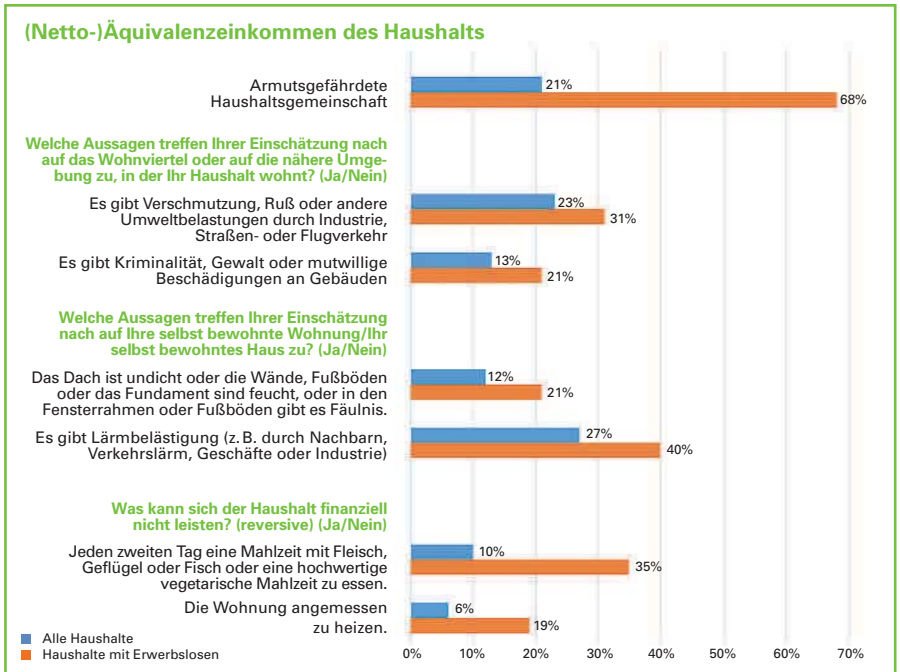
Wie Abbildung 1 demonstriert, gelten rund 2 Drittel der Haushalte mit Erwerbslosen nach dem EU-SILC-Survey 2014 als armutsgefährdet, während sich dieser Anteil bei allen Haushaltsgemeinschaften auf rund ein Fünftel beläuft. Die Befragungsergebnisse in Abbildung 1 unterstützen die Hypothese, dass gesundheitsrelevante Expositionsquellen und Schadstoffbelastungen in der Umwelt sozial ungleich verteilt sind. Diese Faktoren korrelieren innerhalb der Gruppe der Erwerbslosen mit dem selbstbewerteten Gesundheitszustand signifikant. Die Sekundäranalyse des EU-SILC-Survey 2014 ergibt, dass die Wohnviertel von Erwerbslosen signifikant

Quelle: ArTo; adobe stock

Wohnviertel von Erwerbslosen sind häufiger als der Durchschnitt Umweltbelastungen, Gewalt und Lärm ausgesetzt. Das wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand aus.

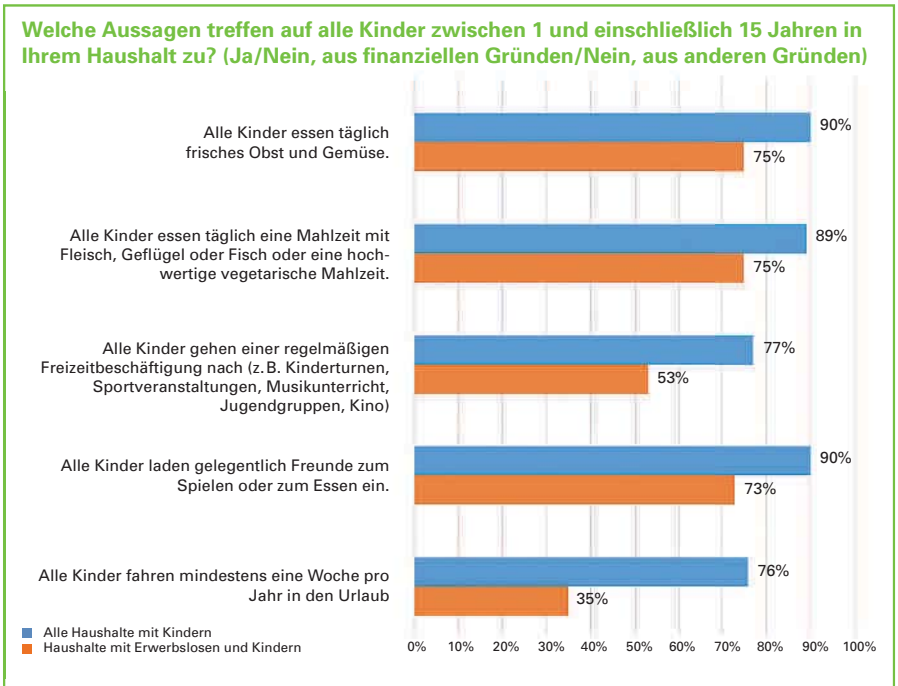
Abbildung 1: Gesundheitsrelevante Merkmale der Haushaltsgemeinschaften in Deutschland im EU-SILC-Survey 2014 (Ja-Anteil in %)

Quelle: Hollederer und Wildner 2018a



Die Prozentangaben sind gewichtet und hochgerechnet. Für die Hochrechnung wurde der Gewichtungsfaktor des EU-SILC-Survey 2014 von Eurostat für die EU-SILC-Population verwandt. Alle Haushalte n = 12 744 und Haushalte mit Erwerbslosen (überwiegend) n = 786. Alle gezeigten Unterschiede sind statistisch signifikant mit p-Wert < 0,001.

Abbildung 2: Gesundheitsrelevante Merkmale der Haushaltsgemeinschaften mit Kindern in Deutschland im EU-SILC-Survey 2014 (Ja-Anteil in %) Quelle: Hollederer und Wildner (2018a)



Die Prozentangaben sind gewichtet und hochgerechnet. Für die Hochrechnung wurde der Gewichtungsfaktor des EU-SILC-Survey 2014 von Eurostat für die EU-SILC-Population verwandt. Auf Basis der gültigen Werte, wenn Kinder zwischen 1 und einschließlich 15 Jahren im Haushalt leben. Alle Haushalte mit Kindern n = 2 020 und Haushalte mit Erwerbslosen und Kindern n = 129. Alle gezeigten Unterschiede sind statistisch signifikant mit p-Wert < 0,001.

Tabelle 1: Verzicht auf notwendige medizinische Untersuchung oder Behandlung in den letzten 12 Monaten in Deutschland im EU-SILC-Survey 2014 Quelle: Hollederer und Wildner 2019

Ungedeckter medizinischer oder zahnmedizinischer Versorgungsbedarf		Personen ab 16 Jahren (Tsd.)	Anteil
Insgesamt (ab 16 Jahre)	Ja, Nichtinanspruchnahme	5 695	8,5 %
Erwerbsstatus (überwiegend)	Erwerbstätige	2 630	7,3 %
	Erwerbslose	668	22,0 %
	Rentner	1 384	8,3 %
	Andere Inaktive	987	8,9 %
Nettoäquivalenzeinkommen	1. Quintil (niedrigstes)	2 190	14,5 %
	2. Quintil	1 410	10,2 %
	3. Quintil	901	6,8 %
	4. Quintil	705	5,4 %
	5. Quintil (höchstes)	489	4,1 %
Subjektive Gesundheit	sehr gut oder gut	1 711	3,9 %
	mittelmäßig	2 446	13,8 %
	schlecht oder sehr schlecht	1 530	29,0 %

Ergebnisse sind gewichtet und hochgerechnet. Ein Quintil stellt ein Fünftel der Population bei aufsteigend sortierter Folge der Einkommen dar. Alle gezeigten Unterschiede sind statistisch signifikant mit p-Wert < 0,001.

häufiger als der Durchschnitt aller Haushalte durch Umweltbelastungen, Gewalt und Lärm exponiert sind. Die Selbstauskünfte deuten auf einen Mix an verantwortlichen Umweltfaktoren, Verarmungsprozessen und Gesundheitsverhaltensweisen für den relativ schlechten subjektiven Gesundheitszustand von Erwerbslosen hin.

Von der Erwerbslosigkeit sind aber nicht nur direkt die Erwerbslosen selbst, sondern auch mittelbar die Familienangehörigen betroffen. Über die Gesundheit von Kindern der Erwerbslosen ist nur wenig bekannt. Der EU-SILC-Survey 2014 interviewt als repräsentative Haushaltserhebung alle Mitglieder der ausgewählten Haushalte und eruiert für die Kinder auch Verhältnisse, die gesundheitsrelevant werden können. Abbildung 2 zeigt, dass die Kinder (im Alter 1–15) in Haushalten mit Erwerbslosen wesentlich seltener als der Durchschnitt täglich frisches Obst und Gemüse sowie eine hochwertige Mahlzeit erhalten. Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass sie weniger häufig eine regelmäßige Freizeitbeschäftigung ausüben und Freunde einladen. Der Anteil der Kinder, die mindestens eine Woche pro Jahr in den Urlaub fahren (können), ist in Haushalten mit Erwerbslosen mit rund einem Drittel auffallend gering.

Ungedeckter medizinischer Bedarf in Deutschland

Der ungedeckte medizinische Versorgungsbedarf wird über die Frage identifiziert, ob es in den letzten 12 Monaten einmal oder mehrmals vorkam, dass die Befragten wegen einer schwerwiegenden Erkrankung dringend eine medizinische Untersuchung oder Behandlung benötigt hätten, diese aber nicht in Anspruch genommen haben. Im EU SILC-Survey 2014 berichteten insgesamt knapp 9 Prozent der Befragten (ab 16 Jahren) einen ungedeckten medizinischen oder zahnmedizinischen Versorgungsbedarf in Deutschland. Hier unterscheiden sich die Antworten von Männern und Frauen kaum. Personen im mittleren Lebensalter sind etwas stärker betroffen (Tabelle 1).

Zwischen den EU-SILC-Survey-Wellen 2005 bis 2014 nahm der Bevölkerungsanteil, der auf notwendige medizinische oder zahnmedizinische Untersuchungen bzw. Behandlungen verzichtete, stark ab. Finanzielle Gründe sind die Hauptursache dafür, dass notwendige zahnmedizinische Untersuchungen oder Behandlungen nicht in Anspruch genommen wurden („Ich konnte sie mir nicht leisten/zu teuer"). Daneben gibt es persönliche Gründe für die Nichtinanspruchnahme in der Zahnmedizin wie „Angst vor Ärzten", „die Besserung abwarten" oder „keine Zeit". Beim ungedeckten medizinischen Bedarf dominieren die persönlichen Gründe wie „Besserung abwarten" oder „keine Zeit". Wartezeiten für einen Termin spielen generell eine untergeordnete Rolle. Tabelle 1 listet den ungedeckten medizinischen Versorgungsbedarf nach verschiedenen Merkmalen auf. Ein schlechter Gesundheitszustand hat den größten Einfluss auf die Auftrittswahrscheinlichkeit eines ungedeckten medizinischen oder zahnmedizinischen Versorgungsbedarfs. Geringere (Netto-)Äquivalenzeinkommen korrespondieren erwartungsgemäß mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit für eine Nichtinanspruchnahme. Erwerbslosigkeit, Migrationshintergrund und niedriger Bildungsstand gehen mit einem erhöhten ungedeckten medizinischen oder zahnmedizinischen Versorgungsbedarf einher.

Ein ungedeckter Bedarf in der Gesundheitsversorgung kann zum einen in der Funktionsweise des Gesundheitssystems (beispielsweise wegen Zusatzgebühren) und zum anderen durch individuelle Gründe verursacht sein. Für weitere Ergebnisdarstellungen mit multivariaten logistischen Regressionsmodellen sei aus Platzgründen auf Hollederer und Wildner (2018b, 2019) verwiesen.

Tabelle 2: Welche Personengruppe(n) in schwieriger sozialer Lage wollen Sie mit Ihrem Angebot erreichen? (N = 3 061 Projekte)

Zielgruppen	Projektzahl	Anteil*
Migrant*innen in schwieriger sozialer Lage	686	22 %
Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z. B. Personen im Niedriglohnsektor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen)	569	19 %
Suchtkranke Personen	483	16 %
Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage	446	15 %
Personen mit niedriger Schulbildung (z. B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss)	360	12 %
Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage	357	12 %
Langzeitarbeitslose	316	10 %
Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen	276	9 %
Angehörige von Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf	273	9 %
Personen mit niedrigem beruflichen Status (z. B. ungelernte Arbeiter*innen)	259	8 %
Menschen mit Behinderung in schwieriger sozialer Lage	247	8 %
Pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage	200	7 %
Schwangere in schwieriger sozialer Lage	182	6 %
Personen in strukturschwachen Wohnregionen/Quartieren	177	6 %
Geflüchtete	164	5 %
Wohnungslose	147	5 %
Strafgefangene, Haftentlassene	101	3 %
Personen mit gesundheitsbelastenden und/oder prekären Arbeitsbedingungen	77	3 %

*bezogen auf alle erfassten 3 061 Projekte unter https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank zum Stand Februar 2019.

Gesundheitsförderung zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen

Die Analysen des EU-SILC-Survey 2014 zeigen einen großen Bedarf für Gesundheitskompetenzförderung und soziallagenbezogene Gesundheitsförderung auf. Um die gesundheitliche Chancengleichheit von sozial Benachteiligten zu verbessern, wurde ein bundesweiter Kooperationsverbund als Bund-Länder-Initiative unter Leitung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bereits in 2003 gegründet. Er basiert auf einem breiten gesellschaftlichen Bündnis von derzeit 67 Partnerorganisationen. Es wird getragen aus der Zusammenarbeit zwischen der BZgA, allen Landesvereinigungen für Gesundheit, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, allen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, weiteren Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, den Bundesverbänden der Ärzteschaft, 5 Wohlfahrtsverbänden und 3 Länderministerien.

Der bundesweite Kooperationsverbund hat das Ziel, die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in der (fach-)öffentlichen Wahrnehmung wie auch in der praktischen Umsetzung zu fördern und weiter zu entwickeln. Um dies zu erreichen, fördert der Kooperationsverbund die Transparenz im Handlungsfeld und unterstützt den Aufbau sowie die Weiterentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen für eine bedarfsorientierte und nachhaltige Gesundheitsförderung in Deutschland; außerdem trägt der Verbund zur Vernetzung der Akteure sowie zur Bündelung der vorhandenen Ressourcen bei.

Ein besonderes Anliegen des Kooperationsverbundes (2015) ist die Qualitätsentwicklung und -sicherung mit Hilfe der 12 Kriterien guter Praxis („Good Practice"). Dabei unterstützt der Verbund zentral den Ansatz, Lebenswelten gesundheitsgerecht(er) zu gestalten. Der Verbund bestärkt zudem die Entwicklung gesundheitsfördernder Aktivitäten in allen Politikbereichen und Berufsfeldern, die Gesundheit beeinflussen. Damit leistet der Verbund einen Beitrag dazu, das „Helsinki Statement on Health in All Policies" der WHO von 2013 umzusetzen. Bereits 120 Projekte wurden als Good-Practice ausgezeichnet. Zur Unterstützung und Koordination des gesundheitsförderlichen Engagements der für die Lebenswelten Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen wurden die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) aufgebaut. Ihr Auftrag ist es, den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Landes- und kommunaler Ebene anzuregen und die Qualitätsentwicklung zu fördern. Sie begleiten und beraten Kommunen im Rahmen des Partnerprozesses „Gesundheit für alle". Mit ihrer Arbeit knüpfen sie an vorhandene Strukturen in den Ländern und an die Ziele der jeweiligen Landesrahmenvereinbarung Prävention an.

Ein Arbeitsschwerpunkt des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit ist die Auswahl und Präsentation von Beispielen guter Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Die Beispiele sollen zur Nachahmung motivieren und damit den Prozess der Qualitätsverbesserung unterstützen. Alle Aktivitäten im Verbund werden auf der Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zentral dargestellt. Hier finden sich umfassende Informationen zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sowie Arbeitsmaterialien und Veranstaltungshinweise. Ein wesentliches Element der Internet-Plattform ist außerdem die bundesweite Praxisdatenbank. Über 3 000 Projekte, Programme und Netzwerke zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sind hier online recherchierbar. Tabelle 2 gibt einen Überblick auf die Zielgruppen der 3 061 erfassten Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in der Rangfolge der Nennungen. Darüber können nachahmenswerte Modellprojektansätze und Ansprechpartner gefunden werden.

Soziallagenbezogene Gesundheitsförderung nach dem Lebensweltansatz notwendig

Die Analysen ergeben für Deutschland im Zeitverlauf einerseits erhebliche Verbesserungen sowohl beim subjektiven Gesundheitszustand als auch beim ungedeckten medizinischen Versorgungsbedarf, weisen aber andererseits auch auf große soziale Disparitäten hin. Zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten können nicht nur die Verbesserung von Rahmenbedingungen und Finanzierungsregelungen, sondern auch die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung nach dem Lebensweltansatz beitragen. Die Profession der Sozialen Arbeit wäre prädestiniert, gerade die „Hard-to-reach"-Zielgruppen mit den überproportional hohen Krankheitsrisiken im Gesundheits- oder Sozialwesen zu erreichen und zur Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland beizutragen.

Prof. Dr. Alfons Hollederer lehrt an der Universität Kassel im Fachbereich 01 Humanwissenschaften, alfons.hollederer@uni-kassel.de

Literatur

Hollederer, A.; Wildner, M. (2018a): **Wie gesund sind die Haushaltsgemeinschaften von Erwerbslosen in Deutschland?** In: Public Health Forum 2018, 26(4), S. 341–344.

Hollederer, A.; Wildner, M. (2018b): **Subjektive Gesundheit und Erwerbslosigkeit auf Basis der EU-SILC-Daten von 2005 bis 2014.** Das Gesundheitswesen 2018, (efirst). Stuttgart: Thieme Verlag.

Hollederer, A.; Wildner, M. (2019): **Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf in Deutschland: Ergebnisse im EU-SILC-Survey 2005 bis 2014.** In: Dtsch med Wochenschr 2019, 144(01): e1-e11.

International Labour Organization (ILO) (1998): **Resolution concerning the measurement of underemployment and inadequate employment situations.** Adopted by the Sixteenth International Conference of Labour Statisticians (October 1998).

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): **Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.** Köln und Berlin.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2018): **Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle.** Paris: OECD Publishing.

Statistisches Bundesamt (2017): **Leben in Europa (EU-SILC) 2015. Einkommen und Lebensbedingungen in Deutschland und der Europäischen Union.** Wirtschaftsrechnungen. Wiesbaden.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1998): **Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle" für die Europäische Region der WHO.** Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle", Nr. 5. Dänemark.

World Health Organization (WHO) (2013): **Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion.** Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.