

Niephaus, Yasemin

Working Paper

Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitliche Versorgung

SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 157

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Niephaus, Yasemin (2009) : Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitliche Versorgung, SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 157, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/150704>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

SOEPpapers

on Multidisciplinary Panel Data Research

157

Yasemin Niephaus

**Multidimensionale Deprivation:
Armutgefährdung und medizinisch-
gesundheitliche Versorgung**

Berlin, February 2009

SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research at DIW Berlin

This series presents research findings based either directly on data from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP) or using SOEP data as part of an internationally comparable data set (e.g. CNEF, ECHP, LIS, LWS, CHER/PACO). SOEP is a truly multidisciplinary household panel study covering a wide range of social and behavioral sciences: economics, sociology, psychology, survey methodology, econometrics and applied statistics, educational science, political science, public health, behavioral genetics, demography, geography, and sport science.

The decision to publish a submission in SOEPpapers is made by a board of editors chosen by the DIW Berlin to represent the wide range of disciplines covered by SOEP. There is no external referee process and papers are either accepted or rejected without revision. Papers appear in this series as works in progress and may also appear elsewhere. They often represent preliminary studies and are circulated to encourage discussion. Citation of such a paper should account for its provisional character. A revised version may be requested from the author directly.

Any opinions expressed in this series are those of the author(s) and not those of DIW Berlin. Research disseminated by DIW Berlin may include views on public policy issues, but the institute itself takes no institutional policy positions.

The SOEPpapers are available at
<http://www.diw.de/soeppapers>

Editors:

Georg **Meran** (Dean DIW Graduate Center)
Gert G. **Wagner** (Social Sciences)
Joachim R. **Frick** (Empirical Economics)
Jürgen **Schupp** (Sociology)
Conchita **D'Ambrosio** (Public Economics)
Christoph **Breuer** (Sport Science, DIW Research Professor)
Anita I. **Drever** (Geography)
Elke **Holst** (Gender Studies)
Frieder R. **Lang** (Psychology, DIW Research Professor)
Jörg-Peter **Schräpler** (Survey Methodology)
C. Katharina **Spieß** (Educational Science)
Martin **Spieß** (Survey Methodology)
Alan S. **Zuckerman** (Political Science, DIW Research Professor)

ISSN: 1864-6689 (online)

German Socio-Economic Panel Study (SOEP)
DIW Berlin
Mohrenstrasse 58
10117 Berlin, Germany

Contact: Uta Rahmann | urahmann@diw.de

Multidimensionale Deprivation: Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitliche Versorgung

Yasemin Niephaus*

Mit Blick auf die Gesundheitsreform 2004 und ausgehend von einer multidimensionalen Konzeption von Armut fragt der vorliegende Artikel nach dem Beitrag der wohlfahrtsstaatlichen Institutionen zur Armutsvermeidung. Auf der Grundlage der aus der Forschung bekannten Ursachen gesundheitlichen Mangels wird zur Beantwortung dieser Frage der Zusammenhang von Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitlicher Versorgung analysiert. Die Analysen zeigen, dass in Folge der Gesundheitsreform 2004 ein Erstarren dieses Zusammenhangs zu beobachten ist.

Multidimensional Deprivation: Income Poverty and Health Care

With the health care reform of the year 2004 in mind and coming from a multidimensional conception of poverty the article asks for the contribution of the welfare state institutions to the prevention of poverty. To answer the question the interrelation between income poverty and health care is analysed. The undertaken analyses show that the interrelation did increase in the years subsequent to the health care reform of the year 2004.

Schlagworte: Einkommen und Armut, Gesundheit

* Universität Leipzig, Institut für Soziologie, niephaus@rz.uni-leipzig.de

I. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beleuchtet einen Teilaspekt eines größeren Forschungsprojektes, dessen Ziel eine sozialtheoretisch fundierte Analyse der Sozialstruktur der bundesdeutschen Gegenwartsgesellschaft ist, in deren Mittelpunkt das staatliche Feld in seiner spezifischen Ausprägung als Wohlfahrtsstaat steht. Entsprechend den mit dem Begriff des Feldes verbundenen meta- und sozialtheoretischen Vorüberlegungen, auf die in diesem Zusammenhang nicht weiter einzugehen ist, erfolgt die Analyse des wohlfahrtsstaatlichen Feldes sowohl auf der Ebene seiner Institutionen wie auch auf der der Einstellungen der Bevölkerung diesen gegenüber. Analysiert werden die Institutionen sowohl mit Blick auf die ihnen zugrunde liegenden Leitideen als auch mit Blick auf ihren Beitrag zur Armutsvermeidung, denn „aus der Sicht eines Sozialstaates stellt das Vorhandensein von Armen unter der Wohnbevölkerung die Verfehlung eines wichtigen sozialpolitischen Ziels dar“ (Hauser 2008: 94).¹

Der vorliegende Artikel greift einen Teilaspekt der oben genannten Arbeit auf. Dabei handelt es sich um die Analyse des Beitrages der wohlfahrtsstaatlichen Institutionen zur Armutsvermeidung. Diese Analyse erfolgt nicht allgemein, sondern hat als Bezugspunkt die Gesundheitsreform des Jahres 2004. Sie ist Teil eines ganzen Maßnahmenbündels, das zumeist unter dem Schlagwort der Agenda 2010 diskutiert wird und dessen Qualität heftig umstritten ist: Zielt es ab auf einen Abbau des Wohlfahrtsstaates oder lediglich auf einen Umbau desselben? Eine Frage, die, wie ich meine, nur empirisch zu beantworten ist, daher der um sie geführte Diskurs im folgenden keine weitere Erwähnung finden wird. Ausführlicher wird dagegen einzugehen sein auf das zugrunde gelegte Armutskonzept, das es ermöglicht, Gesundheit als eine Armutsdimension zu erfassen (II. Abschnitt) und die aus der Forschung bekannten Ursachen gesundheitlichen Mangels (III. Abschnitt), vor deren

¹ Bei diesem Forschungsprojekt handelt es sich um mein Habilitationsvorhaben „Theorie und Praxis der Sozialstrukturanalyse“.

Hintergrund die Frage nach den Konsequenzen der Gesundheitsreform 2004 für die individuellen Teilhabechancen gleichzusetzen ist mit der Frage nach dem Zusammenhang von Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitlicher Versorgung. Mit einer empirisch fundierten Antwort auf diese Frage auf der Grundlage der Daten des sozio-oekonomischen Panels (SOEP) schließt die Arbeit (IV. Abschnitt).²

II. Armut

„Measuring poverty requires more than simply information on income. It requires detailed analysis of the relationship between income and other resources, concentrating on measures of multiple deprivation and on participation issues” (Barnes 2002: 4). Das hiermit angesprochene Konzept der multidimensionalen Deprivation stellt historisch gesehen eine Antwort dar auf eine bis in die jüngste Vergangenheit vorherrschende Auffassung, derzufolge arm ist, wem „das zum Überleben Notwendige an Nahrung, Wasser, Kleidung, Heizung, Obdach und Hilfen gegen leicht heilbare Krankheiten fehlt“ bzw. wer unterhalb des absoluten Existenzminimums lebt (Hauser 2008: 96). Die Kritik gegen einen solcherart definierten Armutsbegriff war und ist vielfältig: Zum einen wird die Schwierigkeit, das zum Überleben Notwendige zu benennen, aufgezeigt. Weiter wird die indirekte Messung des zum Überleben Notwendigen beklagt, denn es ist nicht der Mangel an Nahrung, Wasser, Kleidung, etc., der festgestellt wird, sondern vielmehr ein Mangel der zur Erlangung dieser Güter notwendigen finanziellen Ressourcen. Weitere Kritikpunkte sind die mit absoluten Armutsdefinitionen einhergehende Annahme, dass das zum physiologischen Überleben Notwendige eine konstante Größe darstellt und die Vorstellung, dass Überlebensnotwendigkeiten lediglich physiologische Bedürfnisse zum Ausdruck bringen und keinesfalls soziale, wie auch kulturelle.

² Die in dieser Analyse verwendeten Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) wurden vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) bereitgestellt.

Ende der 1970er Jahre legte Townsend eine relative Definition von Armut vor, die Armut mit der Unterschreitung eines soziokulturellen Existenzminimums gleichsetzt, deren Grundlage damit nicht nur physiologische, sondern auch soziale und kulturelle Bedürfnisse sind:

Deprivation can be said, if people lack the types of diet, clothing, housing, environmental, educational, working and social conditions, activities, and facilities which are customary, or at least widely encouraged or approved, in the societies to which they belong“ (Townsend 1979: 33).

Im Gegensatz zu der bis dahin gängigen absoluten Definition von Armut, ist das Konzept der Deprivation ein multidimensionales, entsprechend wird es in der Regel benannt als multidimensionale Deprivation, was sich übersetzen lässt als mehrdimensionaler Mangel. Ferner bietet das Konzept den Vorteil seiner direkten Messbarkeit – auch wenn dieser von Townsend selbst nicht genutzt wurde. Dieser legte lediglich eine Einkommensgrenze fest, jenseits derer er es nicht für möglich hielt, ein auf den genannten Dimensionen übliches Leben zu führen.

Auch heute existieren bis auf die Ausnahme des Einkommens keine Definitionen darüber, was unter Armut auf den unterschiedlichen Dimensionen des Deprivationskonzeptes zu verstehen ist: Armut definiert als gesundheitlicher Mangel, als Mangel an Qualifikation, an Wohnraum etc. – hierzu liegen keine standardisierten Vorgehensweisen vor. Einen ersten Schritt in diese Richtung stellen die Laeken-Indikatoren dar, ein auf europäischer Ebene im Rahmen des Lissabon-Prozesses initiiertes Indikatorensystem zur Messung von sozialer Exklusion beziehungsweise multidimensionaler Deprivation. Die mit den Arbeiten an den Indikatoren beauftragten Forscher weisen darauf hin, dass diese auf politischer Bühne wohl als Exklusionsindikatoren benannt werden, jedoch nicht wirklich zur Messung dieser ausgerichtet sind:

„We do not attempt to provide a thorough grounding for the terms ‘social exclusion’ or ‘social inclusion’ ... These terms are employed in a wide variety of different ways. While this is part of their (political) appeal, it can undermine their value in an analytical context ... However, in line with our pragmatic objective of contributing to the policy-making process, we simply accept here the use of the terms as *shorthand* for a range of concerns considered to be important in setting the European social agenda. There is, we believe, broad agreement about the list of such concerns, which encompass poverty, deprivation, low educational qualifications, labour market disadvantage, joblessness, poor health, poor housing or homelessness, illiteracy and innumeracy, precariousness, and incapacity to participate in society“ (Atkinson,

Cantillon, Marlier und Nolan 2002: 3, Hervorhebung im Original).

Inhaltlich messen die Indikatoren eher multidimensionale Deprivation. Insgesamt handelt es sich um 18 Indikatoren, von denen ich zwei vorstellen möchte. Zunächst die Armutsrisikoquote bzw. Armutsgefährdungsquote, deren Definition zwar allgemein bekannt ist, die ich aber dennoch vorstelle, da sie im weiteren Verlauf der Arbeit noch Verwendung findet: Sie gibt den Anteil an Personen wieder, die in Haushalten mit weniger als 60 % des nationalen durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens leben. Zu ihrer Berechnung wird das über den Haushalt hinweg ermittelte Jahreseinkommen unter Berücksichtigung von Sozialtransfers, inklusive dem Mietwert selbstgenutzten Wohneigentums zugrunde gelegt. Um die Kostendegression im Haushalt und die Bedarfsunterschiede zwischen Haushaltsmitgliedern berücksichtigen zu können, wird das Haushaltseinkommen in einem nächsten Schritt gewichtet. Zur Standardisierung von Haushaltseinkommen über Haushaltsgößen hinweg sind verschiedene Äquivalenzskalen entwickelt worden (Faik 1995). Entsprechend der neuen OECD-Skala geht die erste erwachsene Person im Haushalt mit einem Gewicht von 1 in die Standardisierung ein, die zweite und jede weitere mit einem Gewicht von 0.5 und jedes Kind mit einem von 0.3. Als Kind gilt, wer jünger als 15 Jahre ist. Anschließend wird der Median des standardisierten Haushaltseinkommens berechnet, von diesem 60 Prozent markieren die Armutsgefährdungsgrenze. Der Anteil derer, deren Einkommen unter dieser Grenze liegt, stellt die Armutsgefährdungsquote dar. Personen, deren Einkommen unterhalb der 60%-Grenze liegt, gelten als armutsgefährdet. Ihnen steht beispielsweise kein ausreichender finanzieller Spielraum für unvorhergesehene Ereignisse zur Verfügung, das Auftreten solcher kann in die Armut führen. Der zweite Indikator ist die subjektive Gesundheit in Abhängigkeit vom Einkommen. Warum ich nicht auf diesen zurückgreifen kann, sondern nach der medizinisch-gesundheitlichen Versorgung in Abhängigkeit von der Armutsgefährdung frage, ist Gegenstand des folgenden Abschnittes.

III. Gesundheitliche Ungleichheit

Weder für Gesundheit noch für Krankheit liegen allgemein anerkannte Definitionen vor. Schuhmacher und Brähler (2004) zeigen, dass beide Begriffe je nach Bezugssystem unterschiedlich definiert werden. Drei solcher Bezugssysteme sind auszumachen: Die naturwissenschaftlich-biologisch orientierte Medizin, die Gesellschaft und das Individuum. Während unter Zugrundelegung des erstgenannten Bezugssystems Gesundheit als ein physiologisches Gleichgewicht definiert wird, ist Gesundheit aus der gesellschaftlichen Perspektive gleichzusetzen mit der Fähigkeit, soziale Normen einzuhalten. Aus der individuellen Perspektive geht es um das Erleben von Gesundheit. Die im folgenden vorgestellten gesundheitssoziologischen Arbeiten wie auch die im nächsten Abschnitt präsentierten Analysen arbeiten mit dem Konzept der subjektive Gesundheit, das mit der Hilfe von Selbsteinschätzungen, wie sie das SOEP bietet, operationalisiert wird.³

Die Bedingungen für Gesundheit sind vielfältig. Sie sind zu suchen im personalen, ökonomischen und sozialen Bereich und im Bereich des Gesundheitssystems (Hurrelmann 2006). Alle diese Faktoren beeinflussen sowohl direkt als auch indirekt die subjektive Gesundheit und werden wiederum – das ist in diesem Zusammenhang entscheidend – beeinflusst durch die soziale Positionierung. Damit lassen sich letztendlich zu beobachtende gesundheitliche Ungleichheiten rückführen auf soziale Ungleichheiten! Mielck und Helmert (1998) fassen die vorliegenden Befunde zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit wie folgt zusammen: Soziale Ungleichheiten resultieren über die damit verbundenen Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, den zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen und den Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung in gesundheitlichen Ungleichheiten. Einfluss auf diesen Zusammenhang nehmen Unterschiede im Gesundheits- und

³ Dass diese Operationalisierungsvariante bezüglich ihrer Reliabilität medizinischen Parametern nicht nachsteht, zeigt Radoschewski (2000).

Krankheitsverhalten, welche selbst auch durch die eben genannten Differenzen in den gesundheitlichen Belastungen, den Bewältigungsressourcen und den Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung zu erklären sind. Diese drei Faktoren wirken somit sowohl direkt als auch indirekt auf die Herausbildung gesundheitlicher Ungleichheiten. Zu den gesundheitlichen Belastungen zählen beispielsweise Umweltbelastungen in der Wohnumgebung, wie auch Stress am Arbeitsplatz. Unterschiede in den Bewältigungsressourcen ergeben sich u.a. durch unterschiedliche Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, durch unterschiedlich vorhandene soziale Unterstützungen. Die gesundheitliche Versorgung gestaltet sich über die Versorgungsangebote des Gesundheitssystems, den Zugang zu den therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen, die zwischen Arzt und Patient stattfindende Kommunikation und dergleichen mehr.

Die eigentliche an die Gesundheitsreform 2004 zu richtende Frage wäre die nach der Bedeutung derselben für den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit unter besonderer Berücksichtigung der medizinisch-gesundheitlichen Versorgung, da die Maßnahmen der Gesundheitsreform 2004 diesen Bereich betreffen. Doch ist der Zeitraum bisher zu kurz, um – sollte dies tatsächlich geschehen – gesundheitliche Beeinträchtigungen feststellen zu können, so dass ich mich darauf beschränken werde, die Auswirkungen der Gesundheitsreform 2004 auf die medizinisch-gesundheitliche Versorgung als wichtiger Determinante von Gesundheit zu bestimmen. Dabei werde ich für die vorliegende Analyse lediglich nach den Folgen der Einführung der Praxisgebühr, die für gesetzlich Versicherte pro Quartal bei Hausarzt- und Zahnarztbesuchen anfällt, fragen. Weitere Maßnahmen der Gesundheitsreform 2004, die den Bereich der medizinisch-gesundheitlichen Versorgung betreffen, sind die Kürzung des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenkassen und die Einführung diagnoseorientierter Fallpauschalen, die den Krankenhäusern Anreize zum wirtschaftlichen Handeln setzen sollen und von denen negative Folgen für die Patientenversorgung befürchtet werden (Buhr 2006).

Gemäß der Qualität der Praxisgebühr ist nicht davon auszugehen, dass sie zur Verschlechterung der medizinisch-gesundheitlichen Versorgung der Gesamtbevölkerung beiträgt. Vielmehr ist zu vermuten, dass die

angenommene Verschlechterung in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen erfolgt, welche ich über die Armutsgefährdung operationalisiere. Indem ich diese anstelle des Einkommens verwende, orientiere ich mich an einem Vorgehen von Whelan, Layte und Maître (2001), die die Stärke des Zusammenhanges von Einkommensarmut bzw. Armutsgefährdung und Lebensstildeprivation als Indikator für das wohlfahrtsstaatliche Sicherungsniveau sehen. Zudem wird dem Konzept der multidimensionalen Deprivation damit explizit Rechnung getragen.

IV. Empirische Analyse

Die folgenden empirischen Analysen haben zum Gegenstand die medizinisch-gesundheitliche Versorgung, die als institutionell geregelt gelten kann. Es wird die Frage gestellt, welchen Konsequenzen der Wandel der institutionellen Rahmenbedingungen, wie er durch die Gesundheitsreform 2004 gegeben ist, für die medizinisch-gesundheitliche Versorgung hat.

4.1 Datengrundlage und Analyseverfahren

Datengrundlage für die vorliegenden Analysen ist das sozio-oekonomische Panel (SOEP). Das SOEP ist eine seit 1984 im jährlichen Rhythmus durchgeführte Wiederholungsbefragung privater Haushalte in der Bundesrepublik, die repräsentative Informationen zu Haushalten und den darin lebenden Personen bereitstellt. Grundgesamtheit der Befragung ist die Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Meinen Analysen liegt das SOEP als eine Abfolge voneinander unabhängiger Querschnitte zugrunde. Sie decken die Jahre 2001 bis 2006 ab. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wird das Alter der Stichprobenmitglieder durchweg auf mindestens 18 Jahre festgesetzt. Der Grund ist die Erhöhung der Altersgrenze für die Befragung mittels des Standardfragebogens ab der Welle W (2006) von zuvor 16 Jahren auf nunmehr 18 Jahre. Die Stichprobe wird zudem eingeschränkt auf gesetzlich Versicherte. Die Praxisgebühr ist allein von diesen zu entrichten.

Die medizinisch-gesundheitliche Versorgung operationalisiere ich über die Frage nach Arztbesuchen in den letzten drei Monaten vor dem Interviewzeitpunkt. Resultat ist eine dichotome Variable mit den Ausprägungen „ja“ und „nein“. Analysiert wird diese bezüglich ihrer Bestimmungsgründe mittels des Verfahrens der binomialen logistischen Regression. Dabei vergleiche ich zwei Zeiträume miteinander: die Jahre 2001 bis 2003 und die Jahre 2004 bis 2006⁴, die Jahre unmittelbar vor der Gesundheitsreform und die danach. Die Modelle gleichen sich über beide Zeiträume hinweg, so dass beobachtbare Veränderungen in der Bedeutung der unabhängigen Variablen – insbesondere der Armutsgefährdung – plausibel auf die Gesundheitsreform 2004 zurückgeführt werden können.

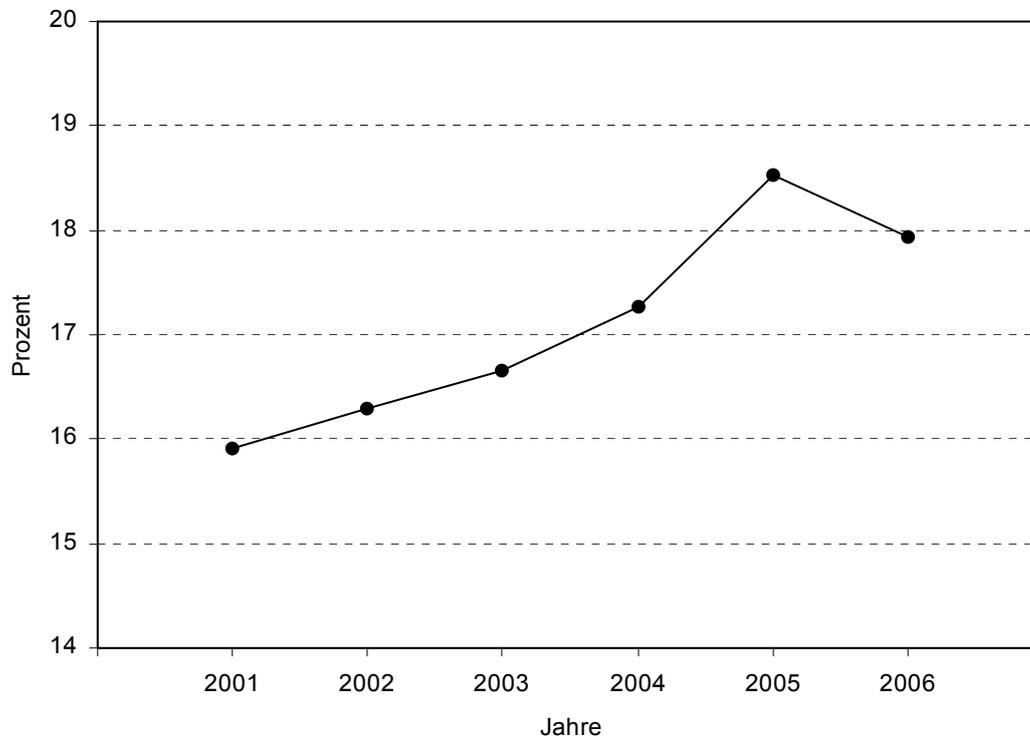
Bevor ich diese präsentiere noch eine univariate deskriptive Betrachtung der Entwicklung der Armutsgefährdungsquote über den Beobachtungszeitraum hinweg wie auch eine bivariate deskriptive Betrachtung der medizinisch-gesundheitlichen Versorgung.

4.2 Univariate und bivariate Deskriptionen

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Armutsgefährdungsquote im analysierten Zeitraum.

⁴ Erweitert man den letztgenannten Analysezeitraum um das Jahr 2007 verändern sich Richtung und Stärke der berichteten Zusammenhänge nicht.

Abbildung 1: Entwicklung der Armutsgefährdungsquote 2001 bis 2006 (in Prozent)



Quelle: SOEP, Wellen R – X;
eigene Berechnungen

Abbildung 1 zeigt, dass die Armutsrisikoquote in den Jahren 2001 bis 2005 kontinuierlich angestiegen ist; von 15.92 Prozent auf 18.53 Prozent. Für das Jahr 2006 ist ein Rückgang um 0.60 Prozentpunkte auf 17.93 Prozent auszumachen. Trotz dieses Rückgangs, der staatlichen Sozialleistungen geschuldet ist, wie ein Vergleich der Armutsgefährdungsquoten vor und nach Sozialleistungen zeigt, bleibt aber nach wie vor knapp ein Fünftel der Bevölkerung von Armut bedroht. Folgt man dem Konzept der multidimensionalen Deprivation stellt sich für dieses Fünftel die Frage nach den Konsequenzen der Gesundheitsreform 2004 für dessen medizinisch-gesundheitliche Versorgung. Wie die nachfolgenden Tabellen zeigen, sind auf einer bivariat deskriptiven Ebene für gesetzlich Versicherte negative Konsequenzen nachweisbar.

Tabelle 1: Arztbesuch Nicht-Armutsgefährdeter in letzten drei Monaten vor Interviewzeitpunkt in den Jahren 2001 bis 2007 (in Prozent)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ja	70.12	69.60	70.87	69.21	70.67	69.54	71.18
Nein	29.88	30.40	29.13	30.79	29.33	30.46	28.82

Quelle: SOEP, Wellen R – X;
eigene Berechnungen

Tabelle 2: Arztbesuch Armutsgefährdeter in letzten drei Monaten vor Interviewzeitpunkt in den Jahren 2001 bis 2007 (in Prozent)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ja	72.97	70.98	72.55	69.45	68.80	67.16	69.38
Nein	27.03	29.02	27.45	30.55	31.20	32.84	30.62

Quelle: SOEP, Wellen R – X;
eigene Berechnungen

Eine vergleichende Betrachtung der Tabellen 1 und 2 scheint die Hypothese, dass sich im Zuge der Gesundheitsreform 2004 die medizinisch-gesundheitliche Versorgung der Armutsgefährdungsgruppe verschlechtert hat, zu bestätigen: Während die Armutsgefährdungsgruppe in den Jahren 2001 bis 2004, entsprechend ihrem bekannt schlechteren Gesundheitszustand (Mielck und Helmert 1998; Hurrelmann 2006; Bundesregierung 2008), zu einem geringeren Anteil als der Bevölkerungsteil, der keiner Armutsgefährdung ausgesetzt ist, angibt, in den letzten drei Monaten keinen Arzt aufgesucht zu haben, ändert sich dies in den Jahren nach 2004. Seit dem Jahr 2004, dem Jahr der Einführung der Praxisgebühr, nimmt der Anteil derer, die armutsgefährdet sind und keinen Arzt aufsuchen, zu. Und das, obwohl die Armutsgefährdungsgruppe über einen schlechteren Gesundheitszustand berichtet, wie Analysen des subjektiven Gesundheitszustandes zeigen. Es fällt allerdings auch auf, dass im Jahr 2007 die für den Zeitraum nach 2004 berichtete Negativentwicklung rückläufig ist. Nach wie vor aber – und das ist das Entscheidende – liegt der Anteil derer, die keinen Arzt aufgesucht haben, unter den Armutsgefährdeten über dem Anteil derer,

die keinen Arzt aufgesucht haben und nicht armutsgefährdet sind.

4.3 Multivariate Deskriptionen

In den beiden nachfolgenden Tabellen sind vorgestellt die Regressionsergebnisse für die Jahre 2001 bis 2003 und 2004 bis 2006. Als unabhängige Variablen gehen entsprechend nicht weiter vorgestellter Befunde aus der Gesundheitssoziologie ein die sozio-demographischen Variablen Alter, Geschlecht, Ost- bzw. Westdeutschland, nationale Herkunft und Familienstand. Zentrale sozio-ökonomische Variable ist die Armutsgefährdung. Daneben finden die Betroffenheit von Arbeitslosigkeit, der Umstand, Pensionär bzw. Rentner zu sein, wie auch das formale Qualifikationsniveau Berücksichtigung. Kontrolliert wird natürlich auch der subjektive Gesundheitszustand.

Tabelle 3: Medizinisch-gesundheitliche Versorgung, Bedingungsfaktoren für die Jahre 2001, 2002 und 2003 (logistische Regression, Effekt-Koeffizienten)

Variablen	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Armutrisiko	0.91*	1.07*	1.09*	1.07*
Gesundheitszustand				
Sehr gut		1.84*	1.66*	1.70*
Gut		Referenz	Referenz	Referenz
Zufriedenstellend	Referenz	0.40*	0.47*	0.47*
Weniger gut		0.13*	0.17*	0.17*
Schlecht		0.08*	0.11*	0.11*
Geschlecht			0.53*	0.53*
Alter			0.98*	1.00*
Ostdeutschland			0.84*	0.84*
Deutsch			0.88*	0.90*
Familienstand				
Verh., zusammen			0.75*	0.77*
Verh., getrennt			0.86	0.87
Ledig			0.64*	0.74*
Geschieden			Referenz	Referenz
Verwitwet			0.65*	0.79*
Arbeitslos				1.19*
Ruhestand				0.48*
Bildung				0.99*
Pseudo R ²	0.00	0.16	0.20	0.21

*: Signifikant zum Niveau 0.05.
 Quelle: SOEP, Wellen R – X;
 eigene Berechnungen

Tabelle 4: Medizinisch-gesundheitliche Versorgung, Bedingungsfaktoren für die Jahre 2004, 2005 und 2006 (logistische Regression, Effekt-Koeffizienten)

Variablen	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Armutrisiko	1.07*	1.22*	1.19*	1.18*
Gesundheitszustand				
Sehr gut		1.63*	1.48*	1.52*
Gut	Referenz	Referenz	Referenz	Referenz
Zufriedenstellend		0.44*	0.52*	0.51*
Weniger gut		0.15*	0.19*	0.19*
Schlecht		0.07*	0.09*	0.10*
Geschlecht			0.54*	0.54*
Alter			0.98*	0.99*
Ostdeutschland			0.92*	0.93*
Deutsch			0.77*	0.78*
Familienstand				
Verh., zusammen			0.81*	0.84*
Verh., getrennt			0.99	1.00
Ledig			0.67*	0.79*
Geschieden			Referenz	Referenz
Verwitwet			0.71*	0.89
Arbeitslos				1.19*
Ruhestand				0.44*
Bildung				1.00
Pseudo R ²	0.00	0.15	0.20	0.21

*: Signifikant zum Niveau 0.05.
 Quelle: SOEP, Wellen R – X;
 eigene Berechnungen

Vergleicht man nun den Einfluss der Armutsgefährdung auf die medizinisch-gesundheitliche Versorgung über die analysierten Zeiträume hinweg, stellt sich heraus, dass im Zuge der Gesundheitsreform 2004 die Bedeutung der Armutsgefährdung für die medizinisch-gesundheitliche Versorgung zugenommen hat: Die Effekt-Koeffizienten im saturierten Modell liegen bei 1.07 für den Zeitraum 2001 bis 2003 und bei 1.18 für den Zeitraum 2004 bis 2006. Inhaltlich heißt das, dass sich im Zeitraum 2001 bis 2003 das Verhältnis der

Wahrscheinlichkeit, keinen Arzt aufzusuchen, zu der Wahrscheinlichkeit, einen Arzt aufzusuchen, für Armutsgefährdete um den Faktor 1.07 erhöhte, also kein Zusammenhang existierte. Im Folgezeitraum, der sich auf der institutionellen Ebene durch die Maßnahmen der Gesundheitsreform 2004 unterscheidet, existiert dagegen ein Effekt, wenngleich ein schwacher, doch bleibt festzuhalten, dass nach der Gesundheitsreform des Jahres 2004 die Armutsgefährdung einen negativen Einfluss auf die medizinisch-gesundheitliche Versorgung ausübt. Und dies, obwohl der Gesundheitszustand Armutsgefährdeter schlechter ist als der des Restes der Bevölkerung. Der Effekt ist signifikant. Er fällt mit 1.23 etwas größer aus, wenn nicht die Bedeutung der Armutsgefährdung, sondern die der tatsächlichen Betroffenheit von Armut für die medizinisch-gesundheitliche Versorgung analysiert wird. Erwartungsgemäß noch etwas größer – mit einem Wert von 1.25 – fällt der Effekt aus, wenn die Betroffenheit von strenger Armut in die Analyse aufgenommen wird.⁵ Während allerdings die Betroffenheit von Armut im Vergleichszeitraum gleich dem Vorliegen eines Armutsrisikos für die medizinisch-gesundheitliche Versorgung bedeutungslos ist, gilt dies für die von strenger Armut Betroffenen nicht.⁶ Deren medizinisch-gesundheitliche Versorgung war bereits im Zeitraum 2001 bis 2003 schlechter als die des Restes der Bevölkerung.

Ein Blick auf die übrigen Variablen zeigt, dass diese in die bekannten Richtungen wirken: Ein sehr guter Gesundheitszustand führt zu weniger Arztbesuchen, wohingegen ein zufriedenstellender, ein weniger guter und ein schlechter Gesundheitszustand – immer mit Blick auf die Referenzkategorie eines guten Gesundheitszustandes – zu mehr Arztbesuchen führen. Frauen gehen eher zum Arzt als Männer, in Ostdeutschland Lebende eher als im Westen Lebende – allerdings ist dieser Zusammenhang im zweiten Beobachtungszeitraum nicht mehr signifikant – Deutsche häufiger als Nicht-Deutsche und Arbeitslose weniger häufig als Erwerbstätige. Ruheständler dagegen häufiger als Erwerbstätige. Auch der Familienstand ist bedeutsam

⁵ Die hier berichteten Effekte sind nicht in die Tabellen aufgenommen.

⁶ Als arm gilt, wer über weniger als 50 Prozent des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens verfügt. Wer über weniger als 40 Prozent davon verfügt, gilt als streng arm.

für die berichteten Arztbesuche: Verheiratet Zusammenlebende gehen häufiger zum Arzt als Geschiedene. Unter Kontrolle der genannten Variablen haben das Alter und das formale Qualifikationsniveau keinen eigenständigen Einfluss. Im Fall der Nicht-Deutschen gibt es Studien, die belegen, dass das Gesundheitssystem schlecht auf die Bedürfnisse von Migranten vorbereitet ist. „Der Besuch von Arztpraxen und Krankenhausversorgung ... fällt vielen Migranten wegen der erwarteten Umgangs-, Sprach- und Kulturdifferenzen schwer und wird oft lange aufgeschoben“ (Hurrelmann 2006: 48). Auch dass Frauen häufiger als Männer zum Arzt gehen, ist bekannt. Dabei wird argumentiert, dass Frauen eine höhere Sensibilität für ihren Körper aufweisen als Männer. Während Arbeitslosigkeit ein Gesundheitsrisiko darstellt, gehen Arbeitslose nach Kontrolle der Gesundheitslage weniger häufig zum Arzt als Erwerbstätige. Rentner dagegen häufiger als Erwerbstätige. Es ist anzunehmen, dass die Gründe im psychosozialen Bereich liegen.

V.Schluss

„Though tinkering is often viewed as a substitute for real reform, it can lead to important change, especially when its cumulative impact is taken into consideration. Years of austerity measures, numerous small manipulations in programme eligibility, decentralisation of administrative responsibility, a shift from passive to active unemployment measures, all of these are important changes. And precisely because they are small, often arcane, they seem unimportant. But as a large number of such changes are introduced each year in every welfare state, therefore, their cumulative effect may be great indeed“ (Cox 1998: 2). Auch die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass eine vermeintlich kleine Änderung im Sozialversicherungssystem – die Einführung der Praxisgebühr – Auswirkungen auf die medizinisch-gesundheitliche Versorgung hat: Während für von strenger Armut Betroffene dies bereits in den Jahre 2001 bis 2003 der Fall war, ist die medizinisch-gesundheitliche Versorgung Armer und von einem Armutsrisiko betroffener nach der Gesundheitsreform schlechter als die des Restes der Bevölkerung. Und dies, obwohl deren Gesundheitszustand schlechter ist. Mit anderen Worten: Die

Gesundheitsreform des Jahres 2004 trägt über die Verstärkung des Zusammenhanges von Armutsgefährdung und medizinisch-gesundheitlicher Versorgung zu einer in diesen Bereichen bis dahin nicht existierenden multidimensionalen Deprivation bei.

Literatur

- Atkinson, Tony, Bea Cantillon, Eric Marlier und Brian Nolan, 2002: Social Indicators. The EU and Social Inclusion. Oxford: Oxford University Press.
- Barnes, Matt, 2002: Social exklusion and the life course. S. 1 – 23 in: Matt Barnes et al. (Hg.): Poverty and Social Exklusion in Europe. Cheltenham, UK/Northampton, MA, USA: Edward Elgar.
- Buhr, Petra, 2006: Diagnosis Related Groups (DRG) und Lebenslage. Folgen der Einführung von Fallpauschalen für die Patientenversorgung, ZeS report, 11: 6 – 9.
- Bundesregierung, 2008: Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Entwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 19. Mai 2008.
- Cox, Robert Henry, 1998: The Consequences of Welfare Reform. How Conceptions of Social Rights are Changing, Journal of Social Policy 27: 1 –16.
- Faik, Jürgen, 1995: Äquivalenzskalen. Theoretische Erörterung, empirische Ermittlung und verteilungsbezogene Anwendung für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Duncker & Humblot.
- Hauser, Richard, 2008: Das Maß der Armut: Armutsgrenzen im sozialstaatlichen Kontext. Der sozialstatistische Diskurs. S. 94 – 117 in: Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeck und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hg.): Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, Klaus, 2006³: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Mielck, Andreas und Uwe Helmert, 1998: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. S. 519 –535 in: Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München: Juventa.

Radoschewski, Michael, 2000: Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 43: 165 – 189.

Schumacher Jörg und Elmar Brähler, 2004: Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. S. 17-39 in: B. Strauß et al. (Hg.): Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Göttingen: Hogrefe.

Townsend, Peter, 1979: Poverty in the United Kingdom. Harmondsworth: Penguin.

Whelan, Christopher, Richard Layte und Bertrand Maître, 2001: Persistent Deprivation in the European Union. EPAG Working Paper 23.