



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Soziale Gesundheitsbelastung in Österreich

2010-2013

AutorInnen: Dr. Ingrid Wilbacher, DI Can Mert, Sabrina Winkler, BA, Prof. Peter Filzmoser, Dr. Gottfried Endel

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung
Evidence Based Medicine

ewg@hvb.sozvers.at
1031 Wien, Kundmanngasse 21,
Tel. 01/ 71132-0

Inhalt

1	Hintergrund	3
1.1	Ziel der Arbeit.....	5
2	Methodik	6
2.1	Erstellung eines Index	6
2.2	Qualitätsprüfungen des Index.....	6
3	Methodik zur Auswertung	7
4	Ergebnisse	9
4.1	Deskriptive Auswertungen	9
4.2	SÖS und Diagnosen.....	14
4.3	Regionale Verteilung	20
5	Zusammenfassung	21
6	Diskussion	22
7	Anhang	24
8	Referenzen	30

1 Hintergrund

Soziale Herkunft ist das soziokulturelle Erbe von Ressourcen und Wertesystemen der sozialen Schicht oder Klasse, in die man geboren wurde. Nach Pierre Bourdieu bestimmt die soziale Herkunft in der Kindheit die Verinnerlichung der dem Milieu eigentümlichen Möglichkeiten und Beschränkungen, Vorlieben und Abneigungen - er nennt diese Prägung den Habitus¹.

Soziale Herkunft lässt sich auf der individuellen Ebene relativ leicht ermitteln. Soll sie jedoch erhoben werden für spezifische Gruppen, um Ressourcenverteilungen in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft zu verstehen, beispielsweise die Verteilung von Bildungsarmut oder Bildungsbenachteiligungen, müssen die sozialen Herkunftsgruppen klassifiziert werden. In der Soziologie wurden verschiedene Klassifizierungssysteme entwickelt².

Die sozialversicherungsrechtlichen Kategorien der sozialen Zuordnung erfolgten nach Aufteilung der Berufe in Arbeiter, Angestellte (diese Teilung ist inzwischen aufgehoben, die Klassifizierung ist jedoch teilweise weiterhin aus früheren Systemen übergeführt), Beamte und Selbständige. Diese Klassifizierung ist mit der unterschiedlichen Verdienst- und Vertragssituation eng verbunden und hat Einfluss auf die Lebenssicherheit und auf die Gesundheit und Gesundheitsgefährdung.

Die Einbeziehung von (sozialen) Werten und Einstellungen zur (eigenen und fremden) Gesundheit erscheint unter dem Aspekt des Public Health Ansatz zunehmend richtig und wichtig, die Entwirrung der damit verbundenen Komplexität ist herausfordernd.

Verschiedene grundsätzliche Sichtweisen sind theoretisch erarbeitet:

- Die Möglichkeit der Kontrolle über das eigenen Leben und über die entsprechenden Einflussbereiche ist ausschlaggebend für die Entwicklung³ und den Umgang⁴ mit Krankheiten
- Die damit einhergehende Kultur der Schuldzuweisung an den Kranken (zu wenig Vorsorge, schlechter Lifestyle, etc.) führt zu Stigmatisierung und Ungleichbehandlung, wobei die Komplexität der Krankheitsursache dabei oft ausgeblendet wird⁵
- In jedem sozialen Kontext sind Rollen definiert, die nach klaren (ungeschriebenen) Regeln festgesetzt sind und befolgt werden. Diese Rollen können in Ausnahmen getauscht oder verändert werden^{6,7}

Der Bericht der Statistik Austria und des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit^{8,9} liefern Daten aus Österreich zum Einfluss sozialer Merkmale auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten.

Einkommensschwache Personen beurteilen ihren Gesundheitszustand subjektiv deutlich seltener mit sehr gut oder gut als Personen in höheren Einkommensstufen. Dementsprechend leiden Personen in der Armutsrisikogruppe vermehrt an ausgewählten chronischen Krankheiten und Gesundheitsproblemen wie Angstzustände und Depression, Harninkontinenz, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus sowie Migräne und häufige Kopfschmerzen. Bei den Frauen ist darüber hinaus ein Einkommenseffekt auf das Vorkommen von Diabetes und Bluthochdruck zu beobachten.

Die Bildung hat einen zentralen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Höher gebildete Personen fühlen sich gesundheitlich besser, leiden seltener an chronischen Krankheiten und Schmerzen und neigen weniger häufig zu einem gesundheitsriskanten Verhalten. Auch präventive Maßnahmen werden von höher Gebildeten häufiger in Anspruch genommen (Beispiel ist die Vorsorgeuntersuchung).

Ein Einfluss der beruflichen Tätigkeit auf den Gesundheitszustand ist zwar vorhanden, aber nicht sehr ausgeprägt. Männer und Frauen mit gering qualifizierter manueller Tätigkeit berichten seltener über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand als jene mit höher qualifizierter nicht manueller Tätigkeit. Auch beim Auftreten von chronischen Krankheiten kann eine Abhängigkeit von der Art der beruflichen Tätigkeit für einzelne Erkrankungen festgestellt werden. Bei den erwerbstätigen Männern mit gering qualifizierter manueller Tätigkeit treten im Vergleich zu jenen mit höher qualifizierter manueller Tätigkeit Wirbelsäulenbeschwerden sowie Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus signifikant häufiger auf, bei den Frauen darüber hinaus Diabetes, chronische Angstzustände und Depression sowie Bluthochdruck. Darüber hinaus lassen sich Einflüsse der Art der beruflichen Tätigkeit auf unterschiedliche Risikofaktoren, vor allem auf starkes Übergewicht und Rauchen, belegen. Männer und Frauen mit manuellen Tätigkeiten sowie Landwirtinnen haben gegenüber jenen in höher qualifizierter nicht manueller Tätigkeit ein erhöhtes Adipositas- Risiko. Die Unterschiede sind bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. Arbeitslosigkeit hat einen starken Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Arbeitslose Personen fühlen sich gesundheitlich schlechter, leiden häufiger an ausgewählten chronischen Krankheiten und Schmerzen und rauchen häufiger täglich. Präventive Maßnahmen werden von ihnen seltener in Anspruch genommen als von Erwerbstätigen. Arbeitslose fühlen sich weitaus seltener gesundheitlich sehr gut oder gut im Vergleich zu Erwerbstätigen. Besonders betroffen sind arbeitslose Frauen: nur 57% der arbeitslosen Frauen, aber 86% der Erwerbstätigen fühlen sich gesundheitlich sehr gut oder gut. Personen mit Migrationshintergrund fühlen sich gesundheitlich seltener sehr gut oder gut im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders prekär ist die Situation von Migrantinnen, nur 62% geben einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, 14% fühlen sich sogar gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht. Dementsprechend berichten Migranten und Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei häufiger über chronische Krankheiten, wobei die größten Unterschiede bei den Frauen beim Diabetes und beim Bluthochdruck auftreten.¹⁰

Die Studie von Barkley 2008¹¹ untersucht den Einfluss von Alter, Geschlecht, Ethnie, Wohnregion, sozialen Netzwerken und sozioökonomischem Status auf Gesundheitsverhalten aus einer großen öffentlichen Datenbank mit 16.000 Personeneinträgen (USA). Multiple Regressionsanalyse zeigt, dass Alter, Geschlecht, soziale Netzwerke und sozialer Status signifikante Einflussfaktoren für positives und auch negatives Gesundheitsverhalten sind, während Ethnie und Wohnregion dies nicht sind.

Eine rezente Studie von Pfarr et al.¹² beschreibt die Problematik der Heterogenität von Aussagen selbst beurteilter Gesundheit über Regionen und verschiedene Einflussfaktoren, wodurch die Vergleichbarkeit von Surveys zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung mit anderen Ländern relativiert wird.

1.1 Ziel der Arbeit

Es soll die sozial bedingte Gesundheitsbelastung und die Inanspruchnahme von Gesundheits-Leistungen messbar gemacht werden, um für Planungs- und Verteilungszwecke zur Verfügung zu stehen bzw. darin entsprechende Berücksichtigung zu finden.

2 Methodik

2.1 Erstellung eines Index

Um den sozialen Einfluss auf den Gesundheitszustand messen zu können, wurde anhand der sozialversicherungsrechtlichen Tatbestände, die für die Pensionsberechnung in Österreich relevant sind, ein Index des sozialen Status erstellt. Dazu wurden den 566 sozialversicherungsrechtlichen Tatbeständen jeweils die sozialen Determinanten der Gesundheit der WHO (inklusive sozialer Gradient, sozialer Stress, soziale Ausgrenzung, Arbeit und Arbeitslosigkeit, und ein geschätzter Wert für das in Österreich übliche Einkommensniveau als Surrogat für die Domain soziale Unterstützung) gegenübergestellt und von 1-4 bewertet (1= geringe Gesundheitsbelastung, 4 = hohe soziale Gesundheitsbelastung). Für die Bewertung wurden die Befragungsergebnisse des Gesundheitssurveys der Statistik Austria (siehe Einleitung) berücksichtigt. Der Mittelwert aus der Index-Bewertung von 1-4 pro Determinante ergibt den sozioökonomischen Status-Index (SÖS), welcher nach Abfrage der Tatbestände zur Hälfte den aktuellen Mittelwert und zur anderen Hälfte den gewichteten Mittelwert über Vergangenheit - bis zu 30 Jahre - einbezieht. Es wurde mit Absicht die Bewertung 1-4 als gerade Zahl gewählt, um die Bündelung in der Mitte (*weiß nicht, unklar*) zu vermeiden.

2.2 Qualitätsprüfungen des Index

Die Indexerstellung erfolgte qualitativ von einer Person und im Gegencheck durch eine zweite. Die Ergebnisse wurden entsprechend den Österreichischen Sozialversicherungsgesetzen (SV-Recht) - als der Basis für die sozialversicherungsrechtlichen Tatbestände - geprüft. Es erfolgte eine kritische Peer-Diskussion nach Stichproben mit Experten aus Medizin, Soziologie und Wirtschaft und mit Kenntnissen des SV-Rechts. Eine quantitative Qualitätskontrolle über Nomenklatur-Korrelation und Überprüfung ähnlicher Resultate wurde erstellt. An 1000 Testdaten wurde die Zuordnung anhand von Echtdateien aus dem Leistungsbereich getestet. Es wurden und werden immer nur pseudonymisierte Daten verwendet. Vorhandene offizielle Daten der Stadt Wien, bei denen Angaben zu Einkommen und Bildung als Statusindikatoren existieren, wurden Gesundheitsdaten der SV aus Wien auf Bezirksebene gegenübergestellt, um die Statuszuordnung zu vergleichen und zu validieren.

Der individuelle SÖS Wert beinhaltet eine Aggregation aus Mittelwerten. Einzelne Indexbewertungen sind mit Absicht nicht transparent. Aus Gründen des Personenschutzes (vor missbräuchlicher Verwendung nicht-pseudonymisierter Daten) vor Stigmatisierung soll nur die Status-Zuordnung und nicht ihre Ursache evaluierbar sein. Die Vergangenheit einer Person ist mit der Gegenwart in den Endwert eingerechnet, die genaue Zusammensetzung der Vergangenheit ist nicht daraus ableitbar, sondern nur gemittelt.

Ein Beispielauszug zur Bewertung findet sich im Anhang.

Die Methodik wurde auf der European Public Health Assoziation Konferenz 2012 in Malta zur wissenschaftlichen Diskussion gestellt.¹³

3 Methodik zur Auswertung

In einem weiteren Schritt wurde von aktiven Personen, als solchen, die im Erwerbsleben stehen oder stehen könnten und für die Pensionszeiten gezählt werden, in Österreich der SÖS Wert berechnet und den Abrechnungsdaten zu Gesundheitsleistungsinanspruchnahme in der GAP DRG¹⁴ Datenbank aus 2006/2007 hinzugefügt. Die Zusammenhänge des Sozioökonomischen Status (SÖS) auf Diagnosen¹⁵ und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wurden vom Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, TU Wien, untersucht.¹⁶

Die in der GAPDRG-Datenbank zur Verfügung stehenden Daten stammen grundsätzlich aus dem Zeitraum 2006 bis 2007. Aufgrund von Nachverrechnungen und möglichen anderen Gründen, gibt es in der Datenbank allerdings auch abgerechnete Leistungen mit einem Leistungsdatum vor dem 1. Jänner 2006 und nach dem 31. Dezember 2007. Diese wurde von der Analyse ausgeschlossen. Aufgrund der Datenqualität wurden die Personen auf die in der Forschungspopulation festgelegten Personen eingeschränkt. Die Forschungspopulation in der GAP-DRG Datenbank umfasst 7.945.775 Personen wobei 5.604.119 Personen einen gültigen SÖS-Wert aufweisen (weil die anderen z.B. Kinder oder Pensionisten, also nicht sozialversicherungsrechtlich "aktiv" sind).

1. Grundsätzlich wurden die Personen auf Basis der Quartile der SÖS-Werte in vier Gruppen eingeteilt.
2. Abbildungen, in denen ein quasi kontinuierlicher Verlauf von Häufigkeiten in Bezug auf den SÖS Wert dargestellt sind, wurden in kleinere Gruppen eingeteilt. Dadurch lassen sich die Daten weiterhin durch eine Folge von Boxplots darstellen, die Punkte werden aber auf kleinere Intervalle konzentriert und sind somit lesbarer.

	SÖS-Gruppe	Anzahl
1	<1.61	1422330
2	>=1.61 - <1.94	1398249
3	>=1.94 - <2.32	1394747
4	>=2.32	1388793

Tabelle 3: Anzahl der Personen in den SÖS-Gruppen.

Da die Alters- bzw. Geschlechterverteilung in einzelnen SÖS Gruppen unterschiedlich ist und damit die Gefahr einer Verzerrung besteht, wurde die Sampling-Methode¹⁷ zur Generierung neuer SÖS-Gruppen, welche die gleiche Alters- bzw. Geschlechterverteilung aufweisen wie die der Grundgesamtheit, gewählt.

Das Sampling-Verfahren wird hier schrittweise erklärt:

- Zunächst werden die SÖS-Werte analog zur Darstellung der Anzahl der Regelkontakte, Diagnosen, Leistungen und Kosten in feinere Gruppen, mit einer Klassenbreite von 0.2 eingeteilt.

- Diese SÖS-Gruppen dienen als Basis der durch das Sampling-Verfahren neu generierten SÖS-Gruppen.
- Die Stichprobengröße jeder neu generierten SÖS-Gruppe wird mit 200.000 festgelegt.
- Die daraus resultierenden feineren SÖS-Gruppen (Subpopulationen) stellen disjunkte Teilmengen der Gesamtpopulation dar. Um Verzerrungen durch besonders junge und alte Personen zu vermeiden wurden nur Personen mit Geburtsjahr zwischen 1940 und 1990 betrachtet.
- Um die Altersverteilung der Gesamtpopulation zu bestimmen, werden die Geburtsjahre zwischen 1940 und 1990 mit einer Klassenbreite von 10 Jahren in feinere Gruppen aufgeteilt. Die daraus resultierende Verteilung dient als Basis der relativen Häufigkeiten der oben definierten Altersgruppen in den Subpopulationen.
- Die absoluten Häufigkeiten der Altersklassen ergeben sich aus dem Produkt von 200.000 und den einzelnen relativen Häufigkeiten der Altersklassen in der Grundgesamtheit.
- Die ermittelten absoluten Häufigkeiten legen die Anzahl der Personen fest, welche aus den zugehörigen SÖS-Gruppen durch das Prinzip des Ziehens mit Zurücklegen gezogen werden.
- Diese Vorgehensweise erlaubt, dass eine Person in der neu generierten Subpopulation mehrmals vorkommen kann.

Die Vorgehensweise mathematisch beschrieben:

- N . . . Anzahl der Personen in der Population der Grundgesamtheit
- n_i . . . Anzahl der Personen in der Altersklasse i der Grundgesamtheit
- $M_j = 200.000$. . . Anzahl der Personen in der generierten SÖS-Gruppe j , wobei eine Person durch das Prinzip des Ziehens mit Zurücklegen in der Gruppe mehrmals vorkommen kann
- m_{ij} . . . Absolute Häufigkeit der Altersklasse i in der generierten SÖS-Gruppe j .
- I . . . Anzahl der Altersklassen mit einer Klassenbreite von 10 Jahre.
- J . . . Anzahl der SÖS-Klassen mit einer Klassenbreite von 0.2.

$$m_{ij} = \frac{n_i}{N} * M_j$$

$$N = \sum_{i=1}^I n_i$$

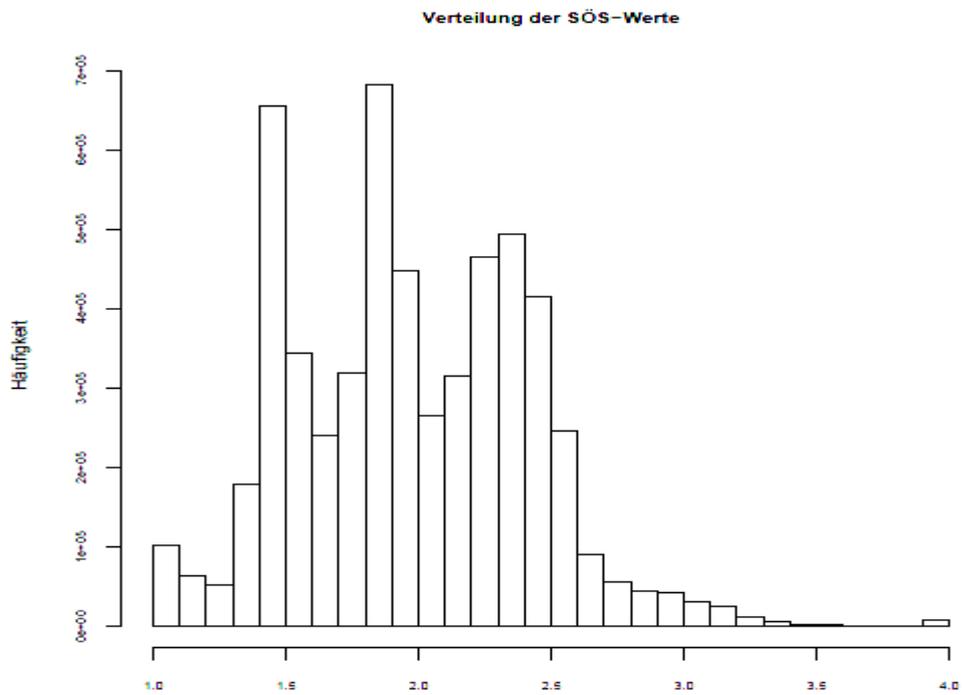
wobei $i = 1, \dots, I$ und $j = 1, \dots, J$.

Das Prinzip des Ziehens mit Zurücklegen erfolgt, indem m_{ij} Personen aus der Menge S_{ij} gezogen werden, wobei S_{ij} die Personen aus der SÖS-Klasse j und Altersklasse i definiert. Diese gezogenen Personen definieren tatsächlich die neu generierte Menge der SÖS- und Altersgruppen S_{ij} .

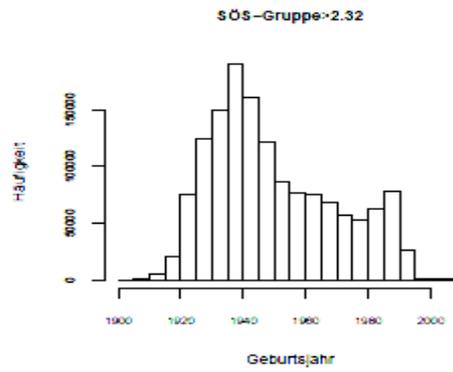
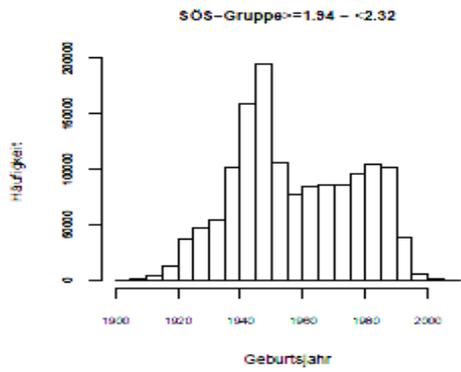
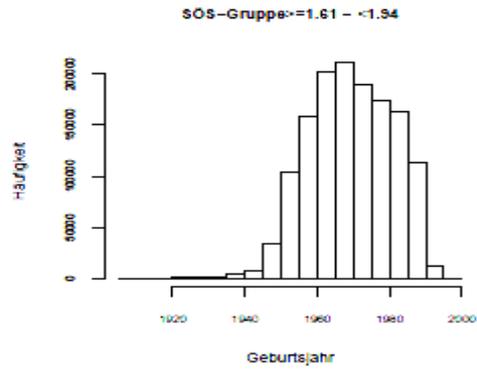
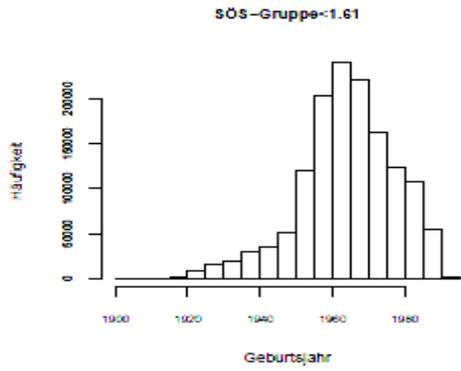
4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Auswertungen

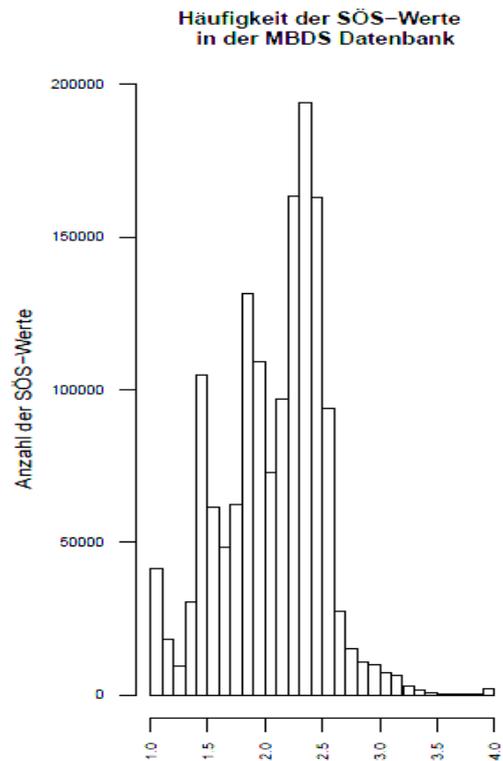
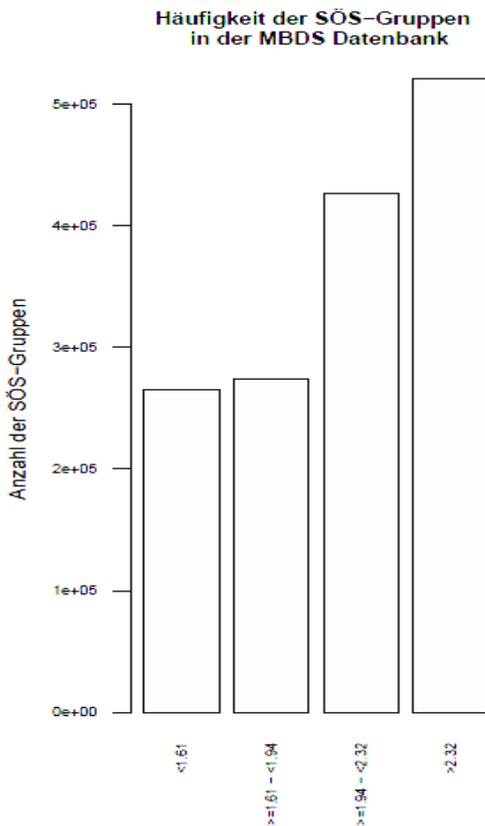
Verteilung der SÖS Werte



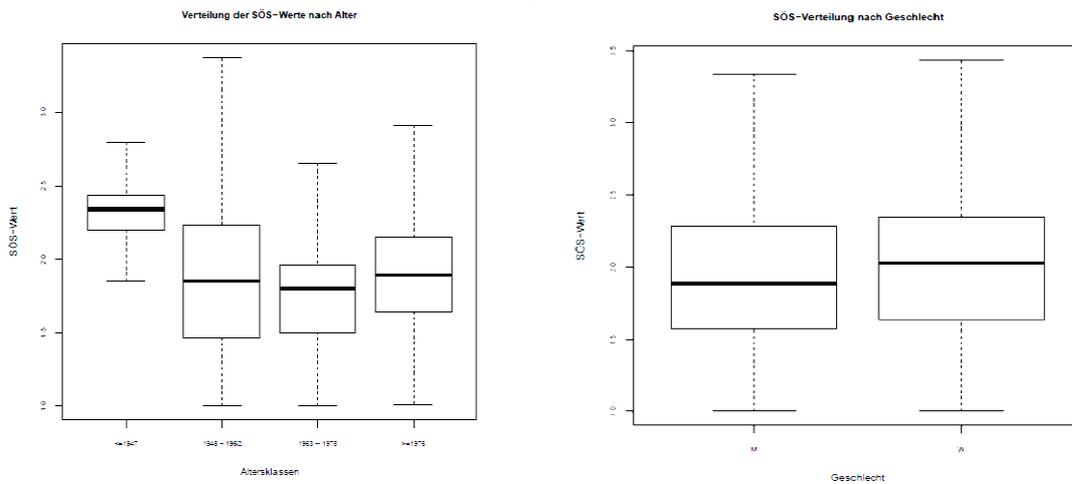
Verteilung des Alters pro SÖS Gruppe



Verteilung der SÖS Gruppen (Personen mit Krankenhausaufenthalten)



Verteilung von Alter und Geschlecht (alle- nicht gesampelt)



Verteilung von Alter und Geschlecht (Personen mit Krankenhausaufenthalten)

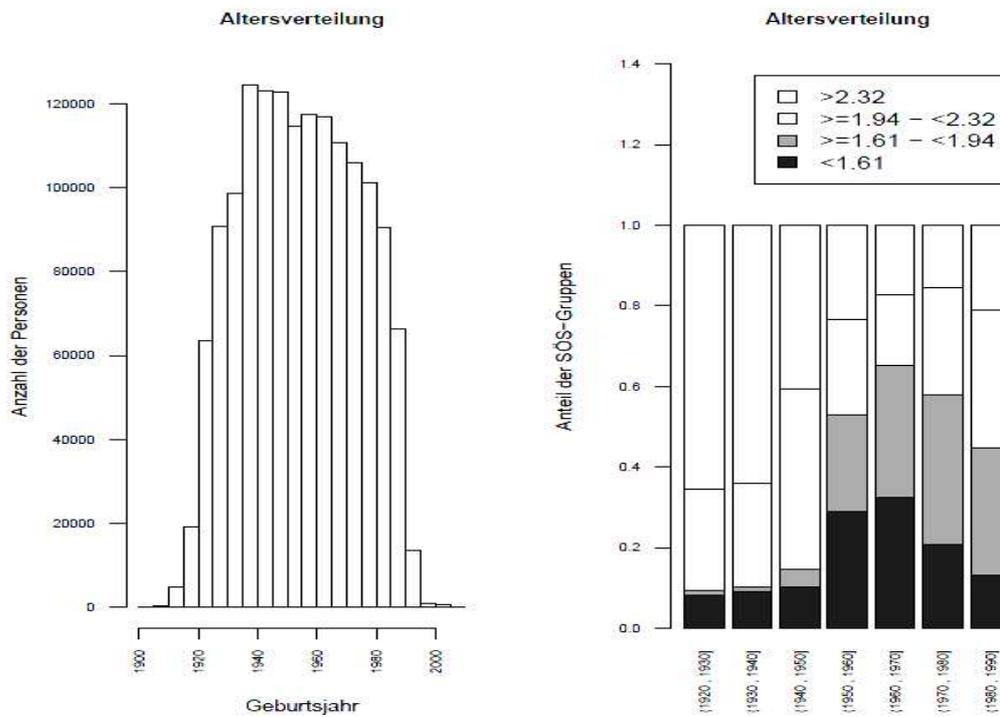
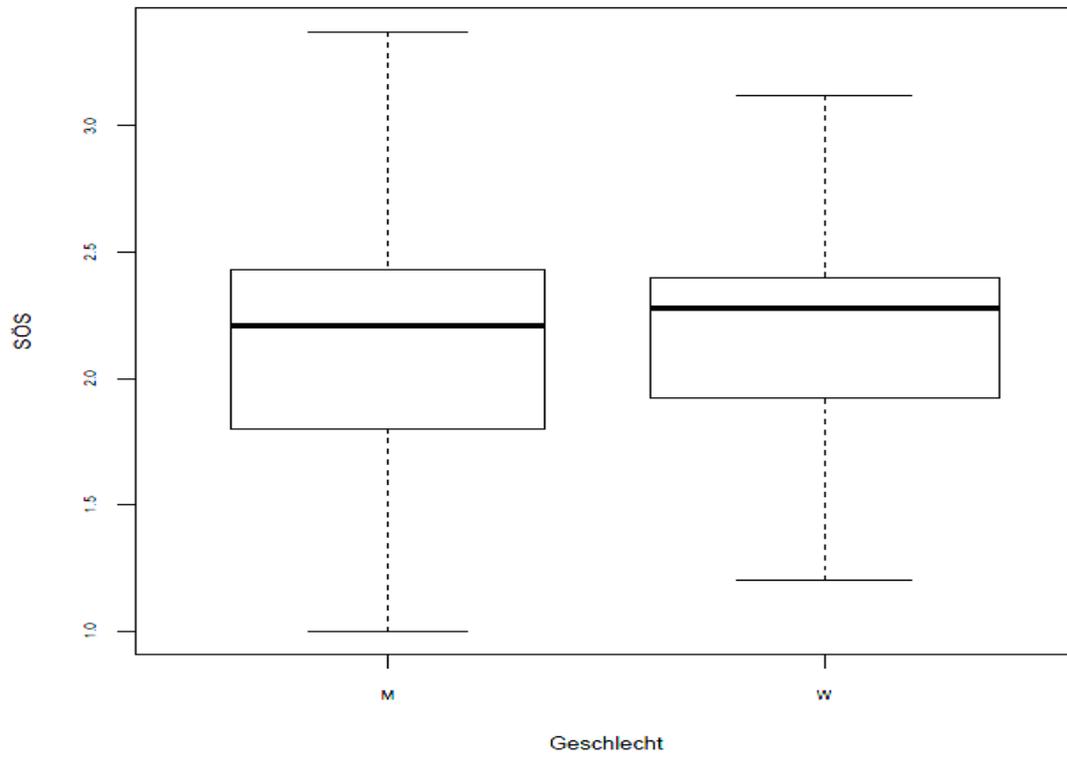


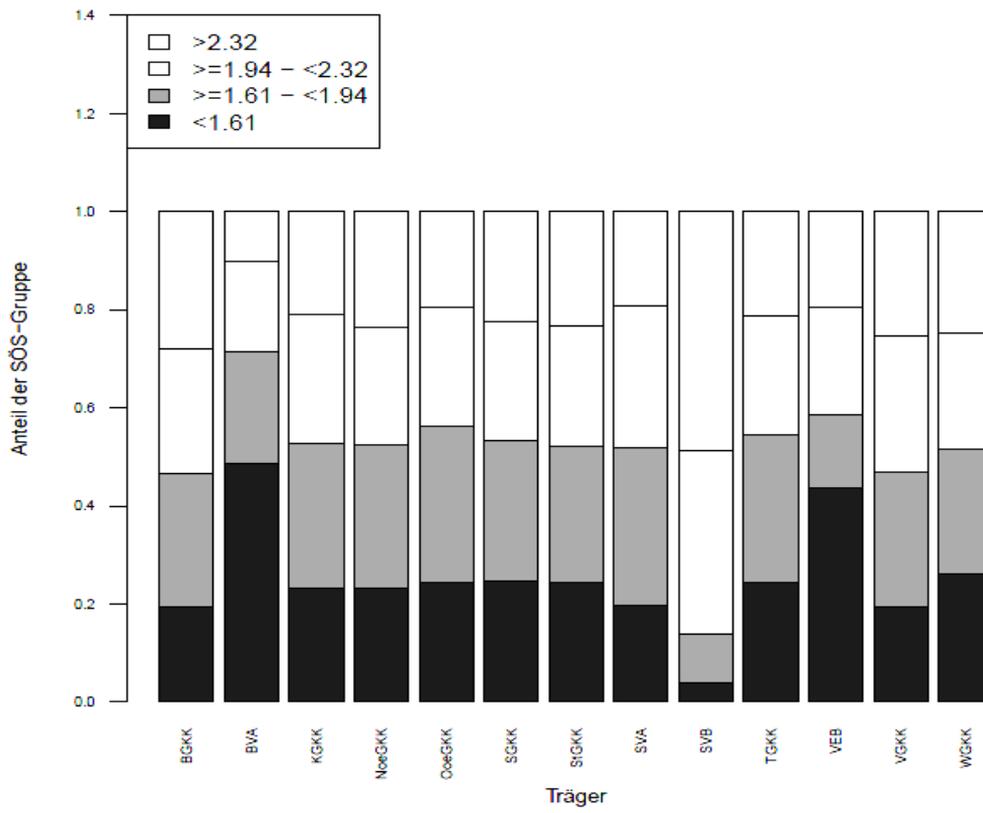
Abbildung 20: Verteilung des Alters von der Population in der MBDS Datenbank

SÖS-Verteilung nach Geschlecht

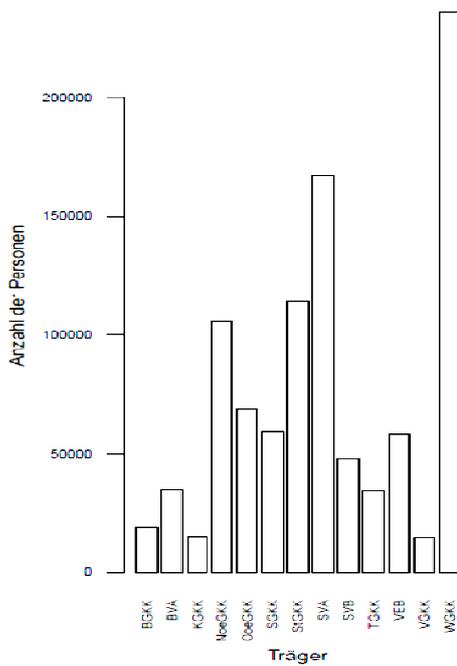


Verteilung der SÖS Gruppen nach Träger

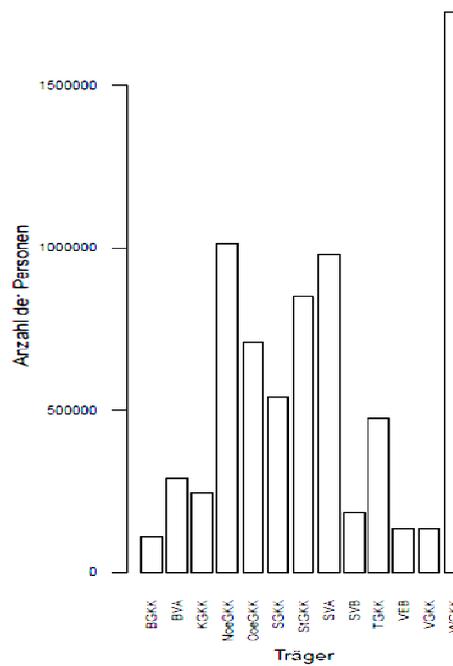
Verteilung der SÖS-Gruppe je Träger



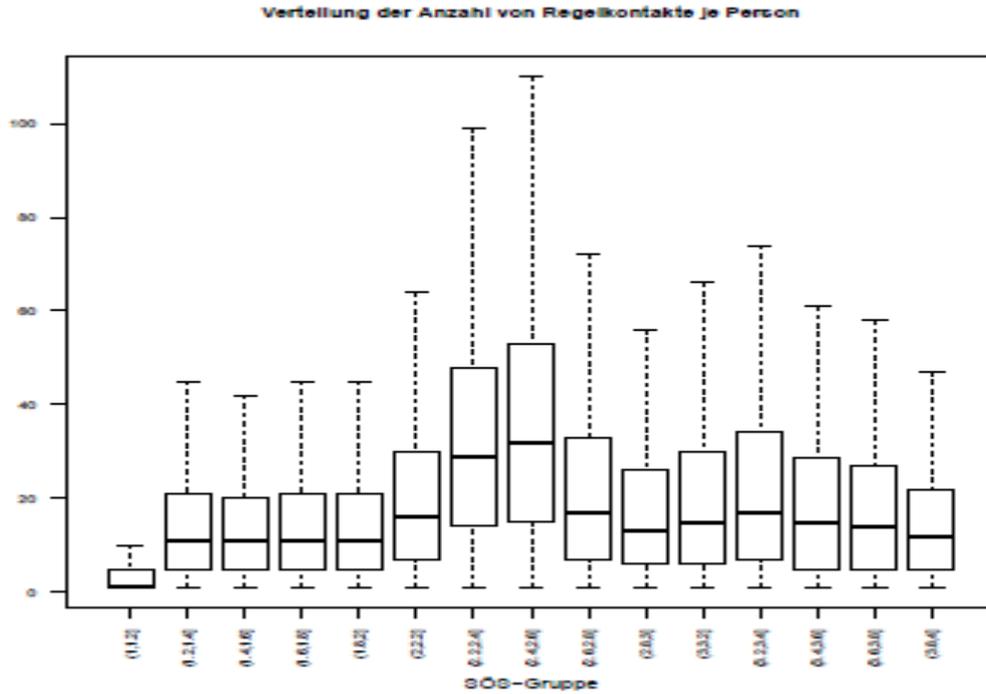
Personen über 65a



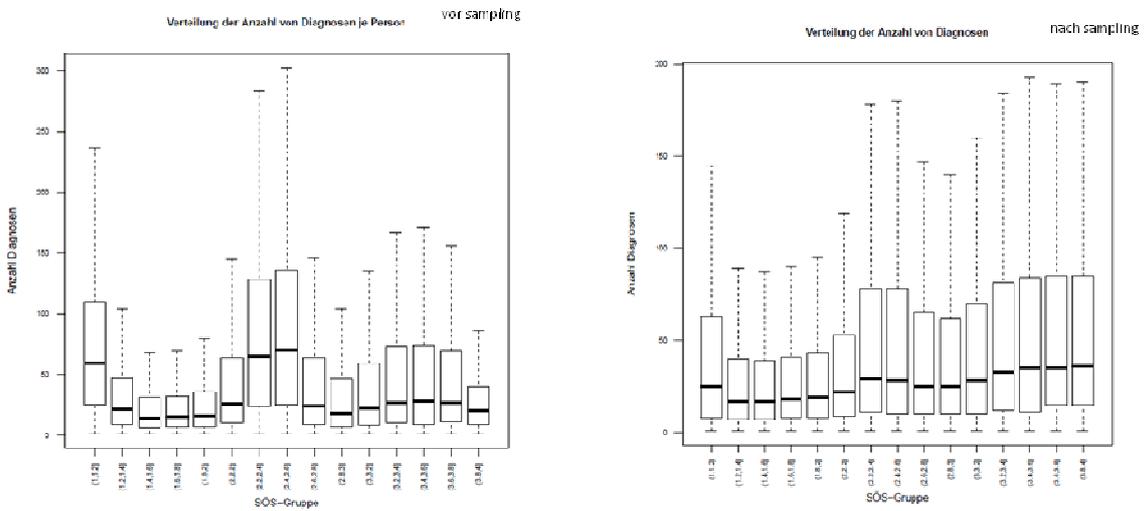
Personen unter 65a



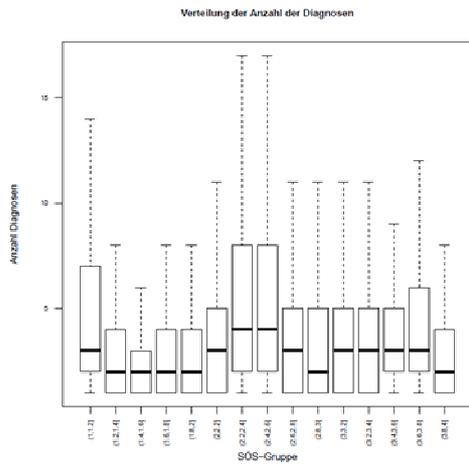
Regelkontakte



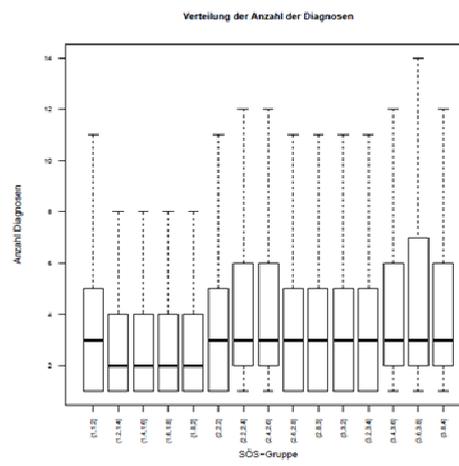
4.2 SÖS und Diagnosen



Verteilung der Diagnosen nach SÖS vor (links) und nach (rechts) dem Sampling zur Alters- und Geschlechtsstandardisierung. (alle)

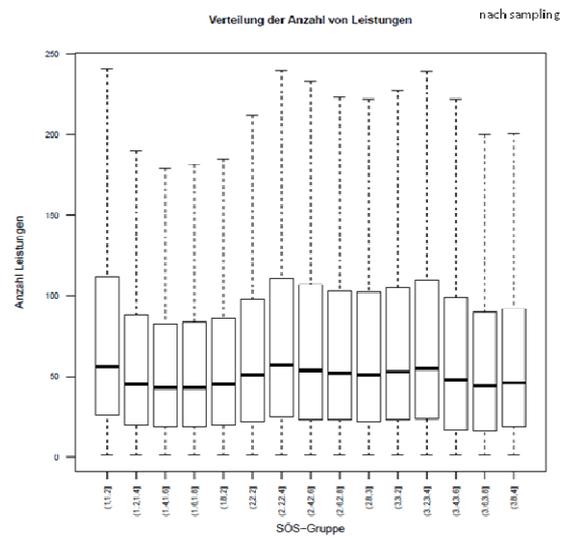
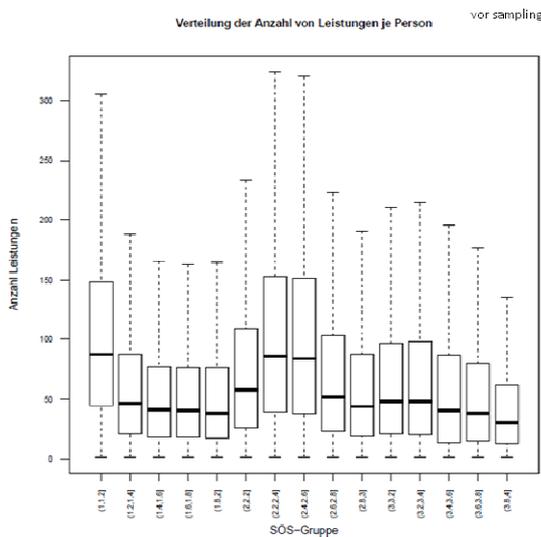


MBDS Daten vor Sampling

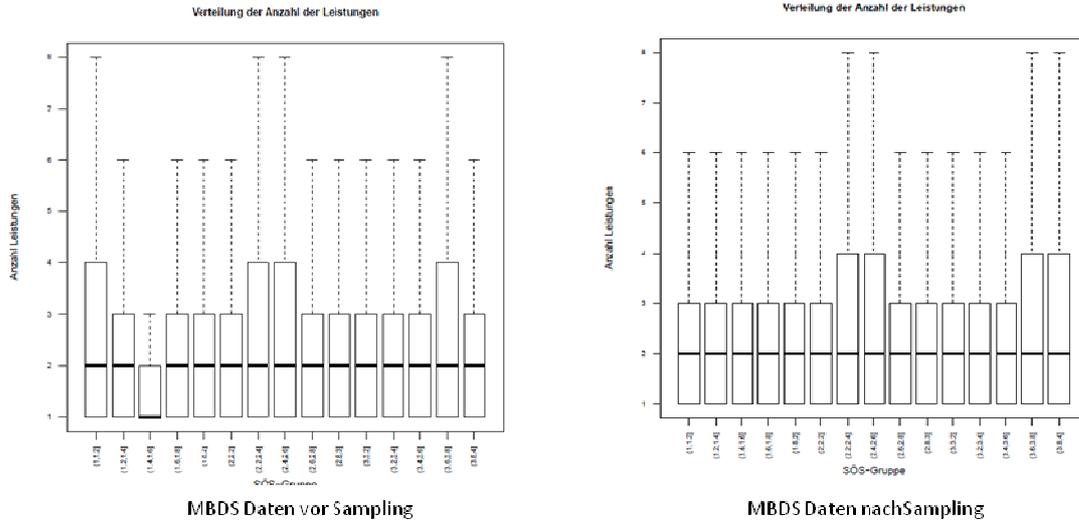


MBDS Daten nach Sampling

Verteilung der Diagnosen nach SÖS vor (links) und nach (rechts) dem Sampling zur Alters- und Geschlechtsstandardisierung. (Krankenhausdaten)



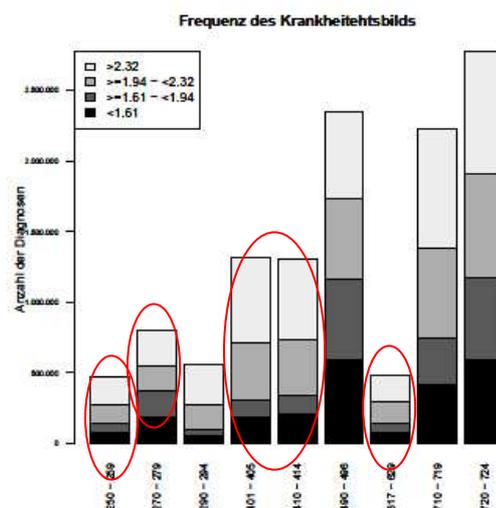
Verteilung der Leistungen nach SÖS vor (links) und nach (rechts) dem Sampling zur Alters- und Geschlechtsstandardisierung. (alle)



Verteilung der Leistungen nach SÖS vor (links) und nach (rechts) dem Sampling zur Alters- und Geschlechtsstandardisierung. (Krankenhausdaten)

icd9_gruppe	icd9_gruppe_bez	
1	250 - 259	KRANKHEITEN SONSTIGER ENDOKRINER DRÜSEN
2	270 - 279	SONSTIGE STOFFWECHSELKRANKHEITEN UND STÖRUNGEN IM
3	290 - 294	ORGANISCHE PSYCHOSEN
4	401 - 405	HYPERTONIE
5	410 - 414	ISCHÄMISCHE HERZKRANKHEITEN
6	490 - 496	CHRONISCHE OBSTRUKTIVE LUNGENKRANKHEITEN UND VERWA
7	617 - 629	NICHTENZÜNDLICHE AFFEKTIONEN DER WEIBLICHEN GENITA
8	710 - 719	ARTHOPATHIEN UND VERWANDTE AFFEKTIONEN
9	720 - 724	DORSOPATHIEN

Tabelle 4: Diese Tabelle zeigt die Bezeichnungen der, von HVB ausgewählten, ICD-9 Gruppen.

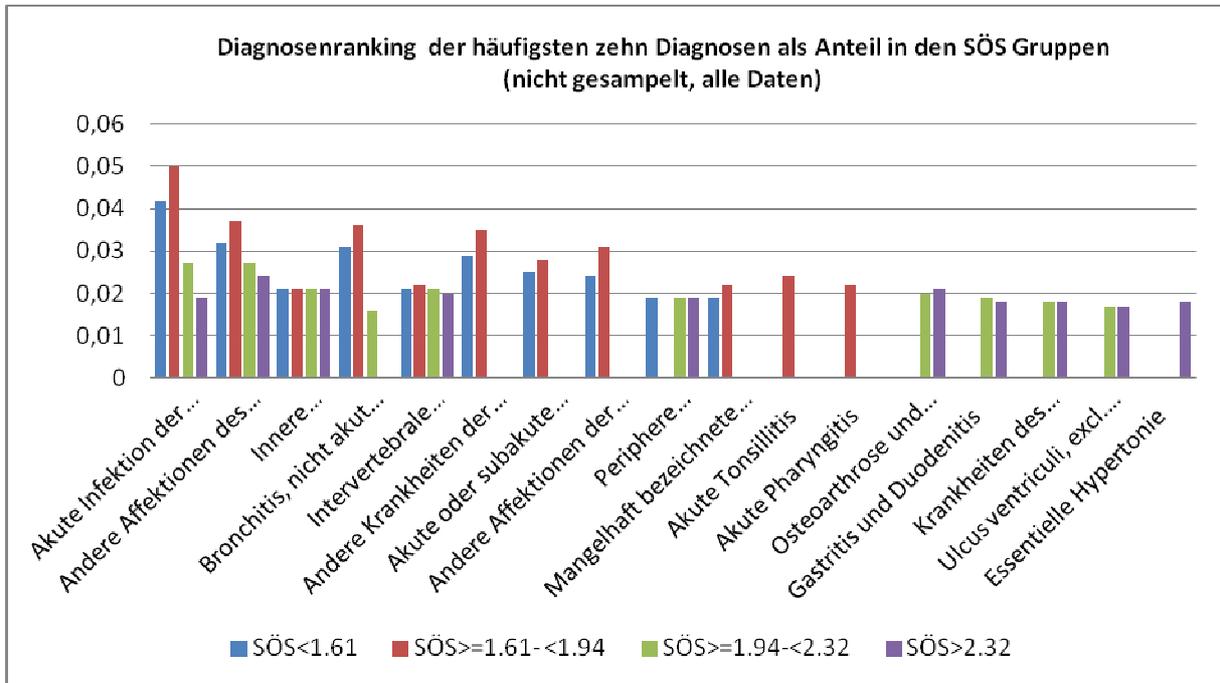


Die neun häufigsten chronischen Krankheiten (ICD9) und die Frequenz nach SÖS Gruppen (alle, nicht standardisiert/gesampelt)

In der Abbildung ist erkennbar, dass bei folgenden chronischen Erkrankungen

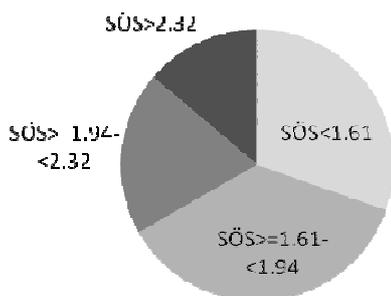
stärkere Konzentrationen in SÖS Gruppen mit hohen SÖS Werten (hohe soziale Gesundheitsbelastung) gegeben sind:

- (250-259) Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
- (290-294) Organische Psychosen
- (401-405) Hypertonie
- (410-414) Ischämische Herzkrankheiten
- (617-629) Nichtentzündliche Affektionen der weiblichen Genita

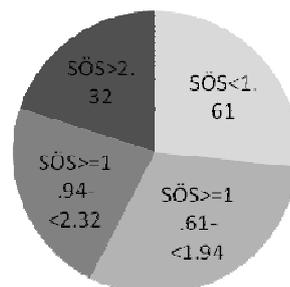


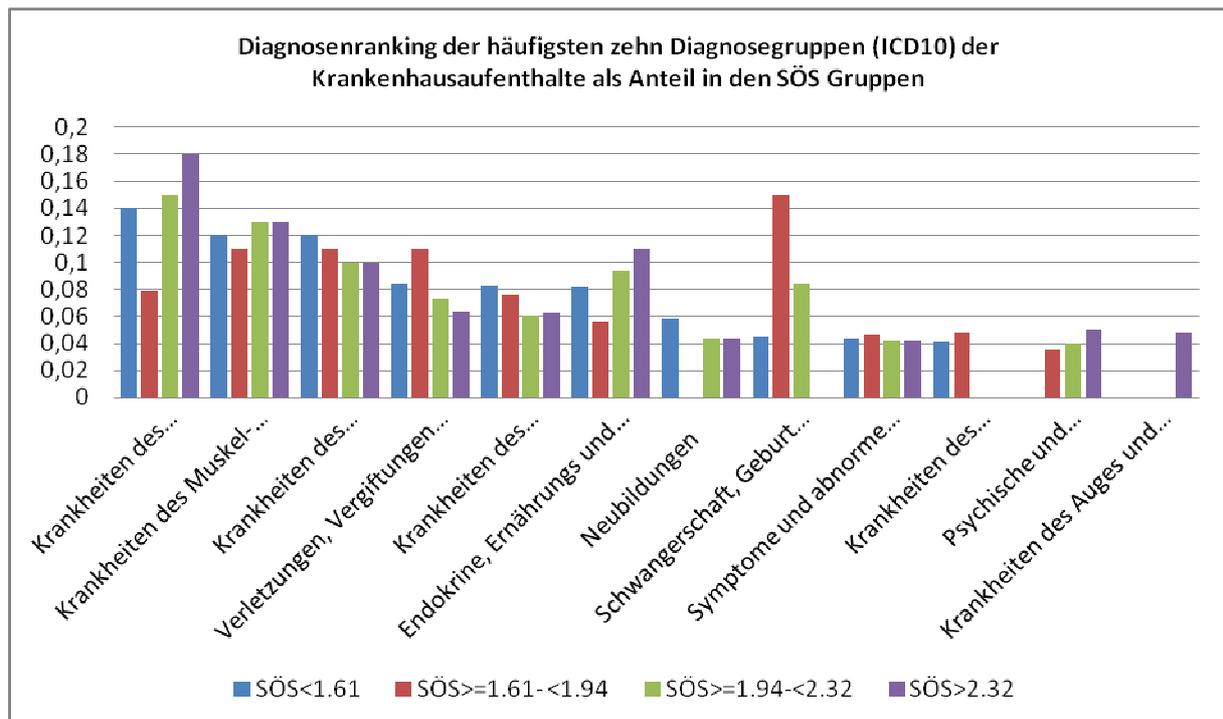
In der Abbildung über die zehn häufigsten Diagnosen in allen Daten nach SÖS Gruppen sind wesentliche Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit bei akuten Infektionen der oberen Luftwege, anderen Affektionen des Rückens und Bronchitis wahrnehmbar. Die Verteilungen zwischen den SÖS Gruppen bei akuten Infektionen der Luftwege und die Anderen Affektionen des Rückens sind im Folgenden herausgenommen und neu dargestellt. Bei beiden Diagnosen sind Personen mit geringerer sozialer Gesundheitsbelastung häufiger betroffen.

Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen



Andere Affektionen des Rückens



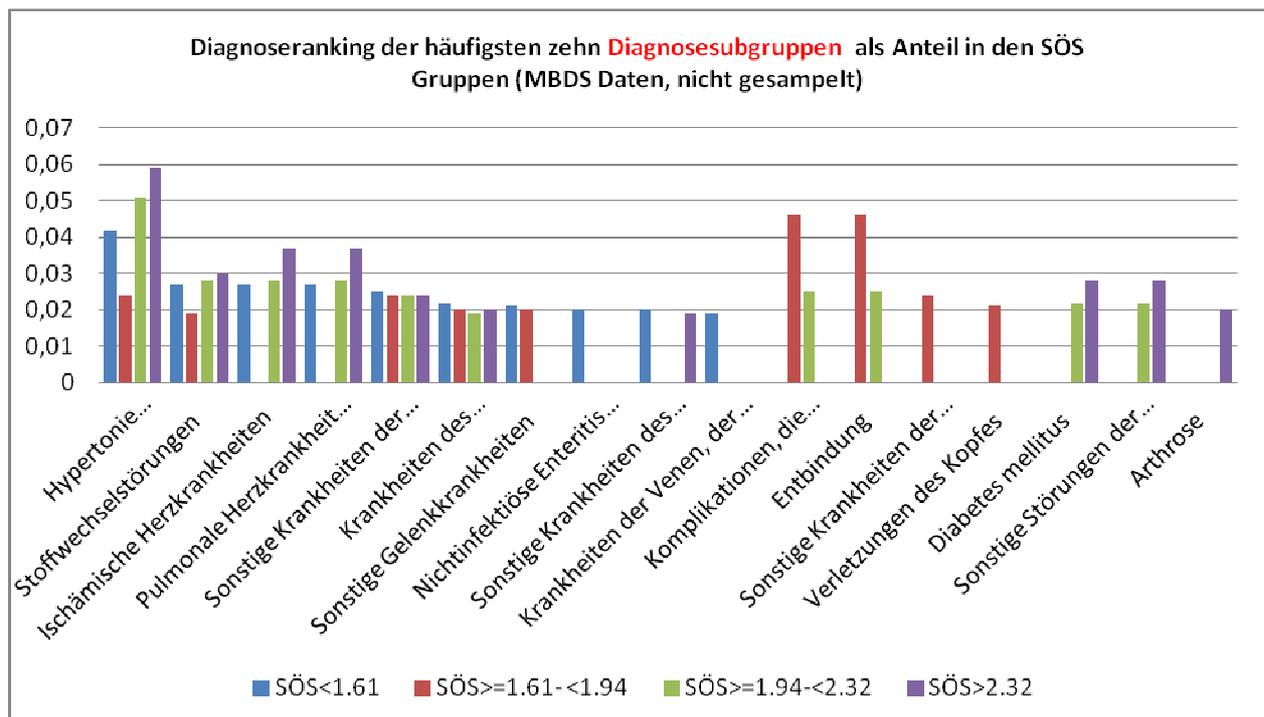
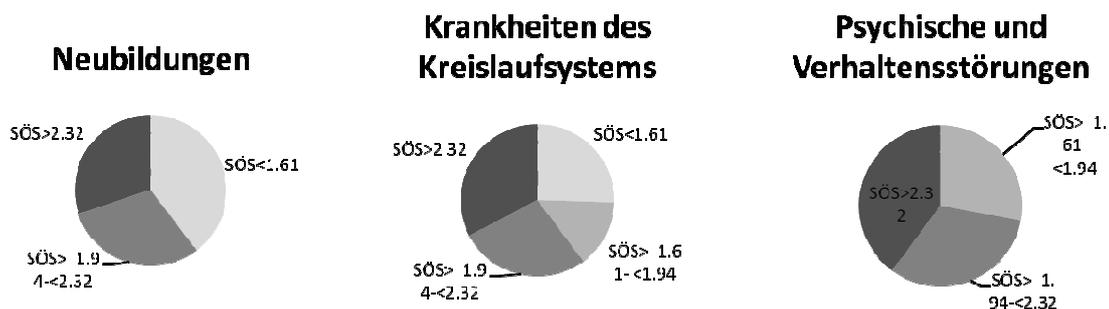


In der Abbildung über die zehn häufigsten Diagnosen (Hauptgruppe) in den Krankenhausdaten nach SÖS Gruppen sind wesentliche Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit bei Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen, endokrinen-, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, sowie bei psychischen und Verhaltensstörungen wahrnehmbar. Die Verteilungen zwischen den SÖS Gruppen für Krankheiten des Kreislaufsystems, Neubildungen, und psychischen und Verhaltensstörungen sind im Folgenden herausgenommen und neu dargestellt. Bei den Neubildungen sind Personen mit geringer sozialer Gesundheitsbelastung häufiger betroffen, Personen der zweiten SÖS Gruppe kaum (nicht unter den ersten zehn Diagnosen) und Personen mit hoher sozialer Gesundheitsbelastung häufiger. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems sind die Personen mit hoher sozialer Gesundheitsbelastung deutlich häufiger betroffen.

Im Ranking der häufigsten 20 Diagnosegruppen sind bei der Gruppe mit der geringsten sozialen Gesundheitsbelastung keine Daten zu Psychischen- und Verhaltensstörungen enthalten. Die Häufigkeitsverteilung zeigt, dass je höher die soziale Gesundheitsbelastung, desto häufiger werden Psychischen- und Verhaltensstörungen diagnostiziert. Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und physischer Gesundheit ist robust. Allerdings wurden die Mediatoren der SÖS-Gesundheits-Assoziation bisher nur in wenigen Studien untersucht. Die Literatur zu negativen Emotionen und Wahrnehmungen, psychologischem Stress und potentiellen Schienen für andauernden niedrigen sozialen Status zeigt, dass psychische Ressourcen eine entscheidende Rolle spielen und die Grundlagen zur sozialen Gesundheitsbeziehung in der Kindheit gelegt werden.¹⁸

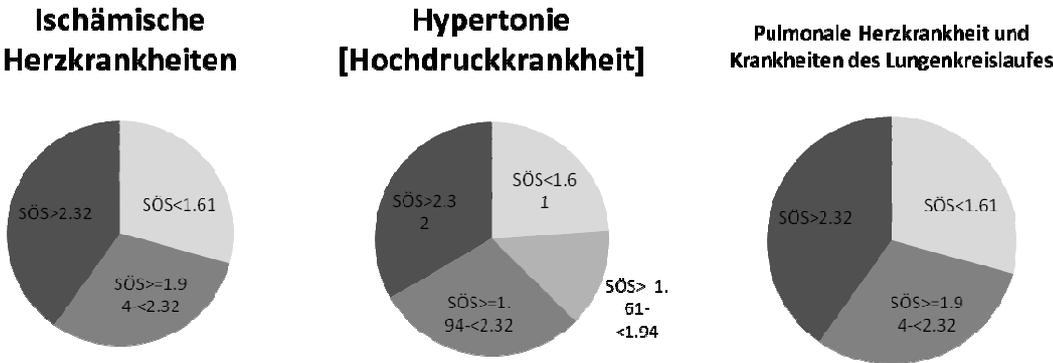
Bei den Frauen sind solche mit einfacher manueller Tätigkeit darüber hinaus vermehrt von Diabetes, chronische Angstzustände und Depression sowie Bluthochdruck betroffen (Gesundheitssurvey der Statistik Austria). Die Abrechnungsdaten zeigen, dass von endokrinen- und Stoffwechselerkrankungen Personen in den beiden Gruppen mit höherer sozialer Gesundheitsbelastung deutlich

mehr betroffen sind. Die internationale Literatur beschreibt, dass der häufige Konsum hochkalorischer Fast Food Produkte zu steigendem BMI führt. In einem systematischen Review wird gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen Fast Food Konsum und sozioökonomischen Faktoren besteht, wobei in niedrigen Einkommensregionen mehr Fast Food Restaurants existieren als in mittleren oder höheren Einkommensgegenden. Es gibt mehr Fast Food Restaurants in Regionen mit höheren Raten an ethnischen Minderheiten.¹⁹ Schlechtere soziale Bedingungen in der Kindheit können gesundheitliche Auswirkungen haben, aber die Evidenz dazu ist schwach. Eine systematische Übersichtsarbeit konnte zeigen, dass Armut in der Kindheit mit höheren Raten an abdominellen Fettleibigkeit bei Frauen einherging. Bei Männern waren diese Zusammenhänge schwächer und ohne klares Muster.²⁰



In der Abbildung über die zehn häufigsten Diagnosen (Subgruppen) in den Krankenhausdaten nach SÖs Gruppen sind wesentliche Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit bei Hypertonie, ischämischen Herzkrankheiten und Pulmonalen Herzkrankheiten, bei Stoffwechselstörungen, Entbindung und Komplikationen Im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt wahrnehmbar. Die Verteilungen zwischen den SÖs Gruppen für Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten und Pulmonale Herzkrankheiten sind im Folgenden herausgenommen und neu dargestellt. Bei den ischämischen Herzkrankheiten sind Personen mit höherer

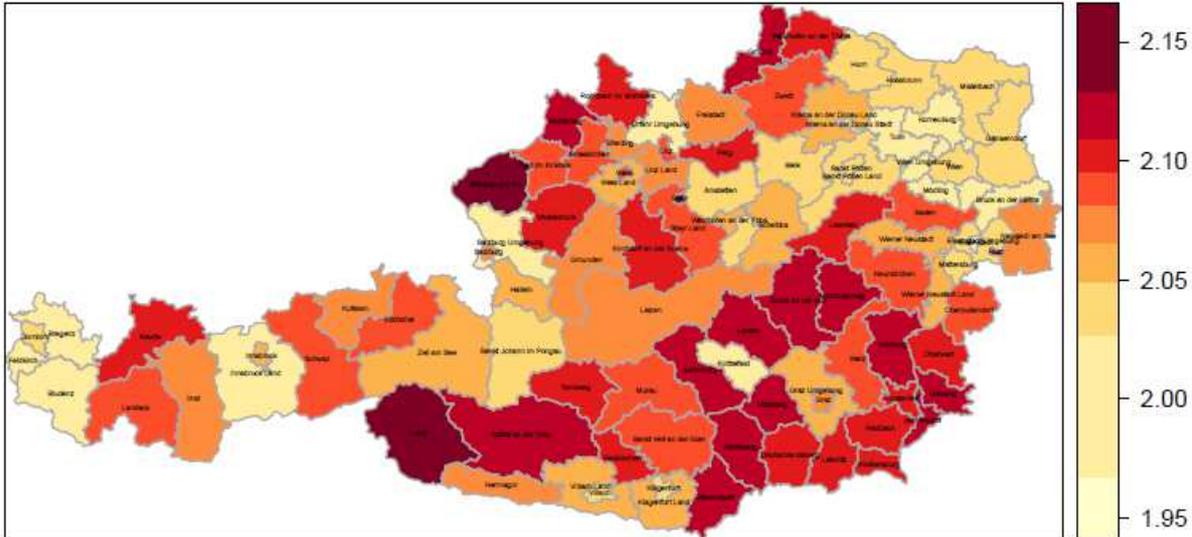
sozialer Gesundheitsbelastung häufiger betroffen, Personen der zweiten SÖS Gruppe kaum (nicht unter den ersten zehn Diagnosen). Bei Hypertonie sind die Personen mit hoher sozialer Gesundheitsbelastung deutlich häufiger betroffen. Bei den Pulmonalen Herzkrankheiten sind Personen mit hoher sozialer Gesundheitsbelastung deutlich häufiger betroffen, Personen der zweiten SÖS Gruppe mit der zweitgeringsten sozialen Gesundheitsbelastung haben diese Diagnose nicht in dem Ranking der ersten zehn.



4.3 Regionale Verteilung

Die Übersicht der regionalen Verteilung der SÖS Mittelwerte auf Gemeindeebene ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Je dunkler, desto höher die mittlere soziale Gesundheitsbelastung (SÖS Mittelwert).

SÖS-Verteilung (Mittelwert)



5 Zusammenfassung

Die Verteilung der SÖS Werte hängt stark vom Alter der Personen ab. Insbesondere im Bereich des SÖS-Wertes von 2,4 sind mehr alte Personen, was die Statistiken bezogen auf Leistungen und Inanspruchnahme stark verzerren würde. Deshalb wurde hier durch Sampling der Alters- und Geschlechtsunterschied in den SÖS-Gruppen eliminiert. Diese Bereinigung macht nun Vergleiche möglich:

- Die Anzahl der Diagnosen steigt mit steigendem SÖS-Wert. Eine Ausnahme bildet die erste SÖS-Gruppe von 1-1.2, die etwas höhere Werte aufweist.
- Die Anzahl der Regelkontakte steigt bis zu einem SÖS-Wert von 2.5 und bleibt dann etwa konstant.
- Die Anzahl der Leistungen ist für Personen mit SÖS-Werten im Bereich um 1.5 und ab 3.5 etwas niedriger.
- Bei den Krankenhausaufenthalts-Daten sind die Häufigkeiten in den gewählten SÖS-Klassen zu gering, um Aussagen treffen zu können.
- Interessant sind die Unterschiede bei den Hitlisten der häufigsten ICD-Codes abhängig von der SÖS-Klasse.
- Es bestehen regionale Unterschiede in der sozialen Gesundheitsbelastung

6 Diskussion

Die Anzahl der Diagnosen steigt mit steigendem SÖS Wert, mit Ausnahme der SÖS Gruppe von 1-1,2. Dies kann aufgrund einer Verzerrung in der Abfrage der SV-rechtlichen Tatbestände zustande kommen, die nur aktive Personen (also keine Pensionisten) beinhaltet. Beamte gelten jedoch nie als pensioniert und können hier das Bild durch hohen sozialen Status in Bezug auf Gesundheit und altersbedingt mehr Diagnosen verzerren.

Die Anzahl der Regelkontakte (nur von einem Träger erhoben) steigt bis zu einem SÖS-Wert von 2.5 und bleibt dann etwa konstant. Dies zeigt, dass Personen mit sozial geringerer Gesundheitsbelastung (=niedriger SÖS Wert) weniger Arztkontakte haben, wobei ein linearer Anstieg zu höherem SÖS und mehr Regelkontakten erfolgt. Ab dem Wert von 2,5 steigert sich die Zahl der Arztkontakte nicht mehr. Dies entspricht der Hypothese, dass Personen mit niedrigem sozialen Status Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch nehmen, also weniger zum Arzt gehen. Der Survey der Statistik Austria und des Österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit^{21,22} zeigt, dass sowohl die Impfbereitschaft als auch die Teilnahme an bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (kostenlose Vorsorgeuntersuchung, PSA-Test, Krebsabstrich, Mammographie) mit der Höhe des Äquivalenzeinkommens (als Merkmal sozialen Status') steigt.

Die Anzahl der Leistungen ist für Personen mit SÖS-Werten im Bereich um 1.5 und ab 3.5 etwas niedriger. Dies kann ein Hinweis auf ungleiche Leistungsverteilung, geringere Arztbesuche oder geringere Inanspruchnahme von Überweisungen sein.

Bei den erwerbstätigen Männern mit einfacher manueller Tätigkeit treten im Vergleich zu jenen mit höherer manueller Tätigkeit Wirbelsäulenbeschwerden sowie Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus signifikant häufiger auf (Gesundheitssurvey der Statistik Austria), dies konnte in unseren Daten so nicht unterstützt werden. Die Gruppe mit dem zweitbesten sozialen Gesundheitsstatus ist zwar weniger von Diagnosen zu muskuloskeletalen Erkrankungen betroffen, Personen der anderen drei SÖS-Quartilgruppen jedoch annähernd gleich.

Herz-Kreislaufkrankungen sind relativ gleich verteilt in den SÖS Gruppen 1 und 3 (geringe soziale Belastung, höhere soziale Belastung), die Gruppe mit zweitgeringster sozialer Gesundheitsbelastung ist deutlich weniger häufig betroffen, die Gruppe mit der höchsten sozialen Belastung deutlich öfter.

Es zeigt sich, dass sich die in der Gesundheitsbefragung angegebenen Befindlichkeiten auch in den Abrechnungsdaten wiederfinden. Unterschiede sind möglicherweise auch durch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden bedingt: nicht jede Person, die einen schlechten Gesundheitszustand angibt, muss deswegen auch in Behandlung sein. Der Fokus dieser Arbeit besteht in der Unterscheidung nach sozialen Gruppen, die Gesundheitsbefragung berichtet Teilaspekte daraus, wie beispielsweise die Art der beruflichen Tätigkeit.

Lifestyle-Faktoren, die in die Gesundheitsbefragung eingingen, konnten nicht aus Routinedaten generiert werden. Signifikante Unterschiede im Auftreten von starkem Übergewicht im Vergleich von Erwerbstätigen mit Arbeitslosen sind nur bei den Frauen erkennbar. 22% der arbeitslosen, jedoch nur 9% der erwerbstätigen Frauen haben starkes Übergewicht. Das tägliche Rauchen ist unter der arbeitslosen

Bevölkerung stärker verbreitet als unter Erwerbstätigen. In der einkommensarmen Bevölkerung ist Adipositas stärker verbreitet als in den einkommensstärkeren Bevölkerungsschichten. Auch bei der sportlichen Inaktivität ist der Einfluss der Einkommenshöhe nicht sehr stark ausgeprägt. (Gesundheitssurvey der Statistik Austria) Signifikante Einkommensdifferenzen beim Rauchverhalten lassen sich nur bei den Männern der Armutsrisikogruppe (Raucheranteil von 30%) im Vergleich mit der höchsten Einkommensgruppe (Raucheranteil von 26%) feststellen.

Generell kann gesagt werden, dass mit dem SÖS Index ein valider Wert vorliegt, der Einblicke auf die sozialen Unterschiede in der Gesundheitsbelastung gibt. Es bestehen Unterschiede bei manchen Diagnosegruppen und bei anderen nicht (alters- und geschlechtsstandardisiert), sowie in der Art der Leistungsanspruchnahme, für die sicher in weiteren Untersuchungen mehr ins Detail zu gehen ist.

Mit der Methode des sozialen Charakterisierens im Zeitverlauf sind viele Möglichkeiten geschaffen. So können in weiterer Folge Veränderungen des SÖS nach Wirtschaftslage (über die Wirtschaftskrise), sowie regionale Verteilungen der sozialen Gesundheitsbelastung gezeigt werden.

7 Anhang

Beispielauszug der Zuordnungen:

Sozialversicherung srechtlicher Titelbestand	Stress	Soziale Ausgrenzung	Arbeitslosigkeit	Sozialer Gradient	Einkommensniveau	Mittelwert	Stress	Soziale Ausgrenzung	Arbeit/ Arbeitslosigkeit	Sozialer Gradient	geschätztes Einkommensniveau
ASVG, neutrale Zeit, PVA (Ang)	4	2	1	2	3	2,4	Pension	ev. soziale Ausgrenzung durch verlust des Arbeitsumfelds	sichere Arbeit oder regelmäßiges Einkommen	mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im unteren Mittel dotiert
ASVG, Beitragszeit/Pflicht, PVA(Ang)	1	1	1	2	2	1,4	kein Hinweis auf sozialen Stress	kein Hinweis auf soziale Ausgrenzung	sichere Arbeit oder regelmäßiges Einkommen	qualifizierte nicht handwerkliche Tätigkeit, mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im guten Mittelwert dotiert
ASVG, Beitragszeit/Pflicht, PVA(Ang)	4	4	1	4	4	3,4	Armutsgefährdung	Haft (Stigma)	regelmäßiges Einkommen (Existenzsicherung gegeben)	wenig Status	in Österreich üblicherweise schlecht dotiert, oder kein Einkommen
ASVG, GSVG, BSVG; Teilpflichtversicherungszeit, PVA(Arb), PVA(Ang), VA Berg (Ang), VA Berg (Arb), VA Eisenb., SVGW (FSVG), SVGW (GSVG), SVB	1	1	1	1	1	1	kein Hinweis auf sozialen Stress	kein Hinweis auf soziale Ausgrenzung	sichere Arbeit oder regelmäßiges Einkommen (sonst Nachkauf nicht möglich)	Experten, Management, Technik, Bildung, hoher Status (=Rückschluss aus der Hochschulbildung)	in Österreich üblicherweise gut dotiert (=Rückschluss aus der Hochschulbildung)
ASVG, Teilpflichtversicherungszeit, PVA(Arb), PVA(Ang), VA Berg (Ang), VA Berg (Arb), VA Eisenb.	2	2	1	2	3	2	ev sozialer Stress (Abhängigkeit)	ev. soziale Ausgrenzung, soziale Freiheit eingeschränkt	sichere Arbeit oder regelmäßiges Einkommen	mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im unteren Mittel dotiert
ASVG, Teilpflichtversicherungszeit, PVA(Arb), PVA(Ang), VA Berg (Ang), VA Berg (Arb), VA Eisenb.	4	3	1	2	3	2,6	Abhängigkeit, Krankheit	soziale Unsicherheit (lange Krankheit)	regelmäßiges Einkommen	mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im unteren Mittel dotiert
ASVG, Teilpflichtversicherungszeit, PVA(Arb), PVA(Ang), VA Berg (Ang), VA Berg (Arb), VA Eisenb.	3	3	4	2	3	3	sozialer Stress	soziale Unsicherheit	keine Arbeit	qualifizierte nicht handwerkliche Tätigkeit, mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im unteren Mittel dotiert

ASVG, Beitragszeit/Freiwillig, PV(Ang)	2	1	1	2	2	1,6	ev sozialer Stress, Pensionsnähe	kein Hinweis auf soziale Ausgrenzung	sichere Arbeit oder regelmäßiges Einkommen (sonst Nachkauf nicht möglich)	qualifizierte nicht handwerkliche Tätigkeit, mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im guten Mittelwert dotiert (Ang)
ASVG, Beitragszeit/Pflicht, PVA(Ang), VA Berg. (ANG), VA Berg. (ARB)	3	3	2	3	3	2,8	sozialer Stress z.B. geringfügige Beschäftigung,	soziale Unsicherheit wie geringfügige Beschäftigung (Armutsausgrenzung)	Arbeit mit Unsicherheitsfaktor	qualifizierte oder teilqualifizierte handwerkliche Tätigkeit, geringerer Status	in Österreich üblicherweise im unteren Mittel dotiert
ASVG, Teilpflichtversicherungszeit, PVA(Arb), PVA(Ang), VA Berg (Ang), VA Berg (Arb), VA Eisenb.	4	4	4	4	4	4	Abhängigkeit, Armutsgefährdung	Unterstützungsnotwendigkeit	keine Arbeit	unqualifizierte handwerkliche Tätigkeit, wenig Status	in Österreich üblicherweise schlecht dotiert, oder kein Einkommen
GSVG, neutrale Zeit, SVGW (FSVG), SVGW (GSVG)	4	2	1	2	2	2,2	Pension	geringe soziale Ausgrenzung in der Pension (Arbeitsplatzbezug weg)	regelmäßiges Einkommen	qualifizierte nicht handwerkliche Tätigkeit, mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im guten Mittelwert dotiert
ASVG, Beitragszeit/Freiwillig, PV(Ang)	2	2	2	2	2	2	ev sozialer Stress (Übergang vermutet)	ev. soziale Ausgrenzung (Übergang)	Arbeit mit Unsicherheitsfaktor (=Rückschluss aus der Selbstversicherung)	qualifizierte nicht handwerkliche Tätigkeit, mittlerer Status (selbständig)	in Österreich üblicherweise im guten Mittelwert dotiert (FSVG, GSVG)
Sonstige Zeit	2	2	1	2	3	2	ev sozialer Stress als Waise	ev. soziale Ausgrenzung als Waise	regelmäßiges Einkommen	mittlerer Status	in Österreich üblicherweise im unteren Mittel dotiert
ASVG, Sonstige Zeit	4	4	4	4	4	4	Abhängigkeit, Armutsgefährdung	Unterstützungsnotwendigkeit	keine Arbeit	wenig Status	kein Einkommen
ASVG, Sonstige Zeit	3	3	4	3	4	3,4	sozialer Stress durch Abhängigkeit	soziale Unsicherheit durch Abhängigkeit	keine Arbeit	geringerer Status (z.B. als Hausfrau)	kein Einkommen
ASVG, BSVG, Beitragszeit/Pflicht, PVA(Arb), PVA(Ang), VA Berg (Ang), VA Berg (Arb), VA Eisenb.	4	3	2	3	4	3,2	Abhängigkeit, Armutsgefährdung, Konfrontation mit Leid	soziale Unsicherheit, Ausgrenzung (durch definierte Zeitwidmung)	Arbeit mit Unsicherheitsfaktor (unklare Dauer)	pflegerische Tätigkeit, geringerer Status	in Österreich üblicherweise schlecht dotiert, oder kein Einkommen
ASVG, Beitragszeit/Pflicht, VA Berg (Ang), VA Berg (Arb)	2	1	2	2	1	1,6	ev sozialer Stress Gleitpension, Teilpension (für Arbeitsaufwendungen für den Bund, keine Anstellung)	kein Hinweis auf soziale Ausgrenzung	Arbeit mit Unsicherheitsfaktor (in diesem Fall Zusatzarbeit als Beamter)	qualifizierte nicht handwerkliche Tätigkeit, mittlerer Status (wegen Zusatzjob)	in Österreich üblicherweise gut dotiert

Diagnose Ranking der häufigsten 10 Diagnosen (ICD9) in den SÖS Gruppen (alle, nicht gesampelt)

	Relative Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS<1.61	Relative Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS>=1.61- <1.94	Relative Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS>=1.94-<2.32	Relative Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS>2.32	Relative Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe
1	0,042	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen	0,05	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen	0,027	Andere Affektionen des Rückens	0,024	Andere Affektionen des Rückens	
2	0,032	Andere Affektionen des Rückens	0,037	Andere Affektionen des Rückens	0,027	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen	0,021	Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	
3	0,031	Bronchitis, nicht akut oder chron. bez. (bis 8 Wochen)	0,036	Bronchitis, nicht akut oder chron. bez. (bis 8 Wochen)	0,021	Innere Kniegelenksschädigung	0,021	Innere Kniegelenksschädigung	
4	0,029	Andere Krankheiten der Zähne u.des Zahnhalteapparates	0,035	Andere Krankheiten der Zähne u.des Zahnhalteapparates	0,021	Intervertebrale Diskopathien	0,02	Intervertebrale Diskopathien	
5	0,025	Akute oder subakute Bronchitis und Bronchiolitis	0,031	Andere Affektionen der Synovialis, Sehne und Bursa	0,02	Osteoarthrose und entsprechende Affektionen	0,019	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren Stellen	
6	0,024	Andere Affektionen der Synovialis, Sehne und Bursa	0,028	Akute oder subakute Bronchitis und Bronchiolitis	0,019	Periphere Enthesopathien und ähnliche Syndrome	0,019	Periphere Enthesopathien und ähnliche Syndrome	
7	0,021	Innere Kniegelenksschädigung	0,024	Akute Tonsillitis	0,019	Gastritis und Duodenitis	0,018	Essentielle Hypertonie	
8	0,021	Intervertebrale Diskopathien	0,022	Mangelhaft bezeichnete Infektionen des Verdauungssyst.	0,018	Krankheiten des Ösophagus, exkl. Kongenital (750.4)	0,018	Gastritis und Duodenitis	
9	0,019	Periphere Enthesopathien und ähnliche Syndrome	0,022	Akute Pharyngitis	0,017	Ulcus ventriculi, exkl. Ulcus Dieulafoy (448.2)	0,018	Krankheiten des Ösophagus, exkl. Kongenital (750.4)	
10	0,019	Mangelhaft bezeichnete Infektionen des Verdauungssyst.	0,021	Innere Kniegelenksschädigung	0,016	Bronchitis, nicht akut oder chron. bez. (bis 8 Wochen)	0,017	Ulcus ventriculi, exkl. Ulcus Dieulafoy (448.2)	

Diagnose Ranking der häufigsten 10 Diagnosegruppen (ICD 10) in den SÖS Gruppen (MBDS Daten, nicht gesampelt)

	SÖS<1.61	Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS>=1.61- <1.94	Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS>=1.94-<2.32	Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe	SÖS>2.32	Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe
1	Krankheiten des Kreislaufsystems	0.14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0.15	Krankheiten des Kreislaufsystems	0.15	Krankheiten des Kreislaufsystems	0.18
2	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	0.12	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	0.11	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	0.13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	0.13
3	Krankheiten des Verdauungssystems	0.12	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	0.11	Krankheiten des Verdauungssystems	0.1	Endokrine, Ernährungs und Stoffwechselkrankheiten	0.11
4	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	0.084	Krankheiten des Verdauungssystems	0.11	Endokrine, Ernährungs und Stoffwechselkrankheiten	0.094	Krankheiten des Verdauungssystems	0.1
5	Krankheiten des Urogenitalsystems	0.083	Krankheiten des Kreislaufsystems	0.079	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0.084	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	0.064
6	Endokrine, Ernährungs und Stoffwechselkrankheiten	0.082	Krankheiten des Urogenitalsystems	0.076	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	0.073	Krankheiten des Urogenitalsystems	0.063
7	Neubildungen	0.058	Endokrine, Ernährungs und Stoffwechselkrankheiten	0.056	Krankheiten des Urogenitalsystems	0.061	Psychische und Verhaltensstörungen	0.05
8	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0.045	Krankheiten des Atmungssystems	0.048	Neubildungen	0.044	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0.048
9	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0.044	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0.047	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0.042	Neubildungen	0.044
10	Krankheiten des Atmungssystems	0.041	Psychische und Verhaltensstörungen	0.035	Psychische und Verhaltensstörungen	0.04	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0.042

Diagnose Ranking der häufigsten 10 Diagnose-Subgruppen (ICD 10) in den SÖS Gruppen (MBDS Daten, nicht gesampelt)

		Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe		Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe		Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe		Anteil Häufigkeit des ICD Codes an allen Diagnosen in dieser SÖS Gruppe
	SÖS<1.61		SÖS>=1.61- <1.94		SÖS>=1.94-<2.32		SÖS>2.32	
1	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0.042	Entbindung	0.046	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0.051	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0.059
2	Stoffwechselstörungen	0.027	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten	0.046	Ischämische Herzkrankheiten	0.028	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes	0.037
3	Ischämische Herzkrankheiten	0.027	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	0.024	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes	0.028	Ischämische Herzkrankheiten	0.037
4	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes	0.027	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	0.024	Stoffwechselstörungen	0.028	Stoffwechselstörungen	0.03
5	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	0.025	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	0.024	Entbindung	0.025	Diabetes mellitus	0.028
6	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	0.022	Nicht belegte Schlüsselnummern	0.021	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten	0.025	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas	0.028
7	Sonstige Gelenkkrankheiten	0.021	Verletzungen des Kopfes	0.021	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	0.024	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	0.024
8	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	0.02	Sonstige Gelenkkrankheiten	0.02	Diabetes mellitus	0.022	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	0.02
9	Sonstige Krankheiten des Darmes	0.02	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	0.02	Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas	0.022	Arthrose	0.02
10	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	0.019	Stoffwechselstörungen	0.019	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	0.019	Sonstige Krankheiten des Darmes	0.019

8 Referenzen

-
- ¹ Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1982 ISBN 3-51828-258-1
- ² http://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Herkunft
- ³ Patel V, Kleinmann A. Poverty and common mental disorders in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81(8); 609-615.
- ⁴ Taylor B. HIV, stigma and health: integration of theoretical concepts and the lived experiences of individuals. 2001 Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing, 35(5), 792-798.
- ⁵ Finerman R, Bennett LA. Guilt blame and shame: responsibility in health and sickness. Soc. Sci. Med. Vol. 40, No. 1, pp. 1-3, 1995.
- ⁶ Tanner J, Timmons S. Backstage in the theatre. Journal of Advanced Nursing, 2000, 32(4), 975-980.
- ⁷ Goffman E. (1969) The Presentation of Self in Everyday Life. Penguin Press, Harmondsworth.
- ⁸ 2008 noch BMGF Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- ⁹ Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. STATISTIK AUSTRIA, ISBN 978-3-902611-12-3, Wien 2008
- ¹⁰ Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. STATISTIK AUSTRIA, ISBN 978-3-902611-12-3, Wien 2008; Zusammenfassung S7-11.
- ¹¹ Barkley GS. Factors influencing health behaviors in the National Health and Nutritional Examination Survey, III (NHANES III). Soc Work Health Care. 2008;46(4):57-79.
- ¹² Pfarr, Christian, Schmid, Andreas and Schneider, Udo, Reporting Heterogeneity in Self-Assessed Health Among Elderly Europeans: The Impact of Mental and Physical Health Status (March 28, 2011). Universität Bayreuth Discussion Paper No. 02-11. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1797591> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1797591>
- ¹³ Wilbacher I., Winkler S., Endel G. Making the socioeconomic impact measurable. European Journal of public health, Volume 22, Supplement 2, 2012. P227
- ¹⁴ Sozialversicherung Österreichs, abgefragt am 10.1.20123: http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/831485_Artikel_Gesundheitssystemforschung-in-Oesterreich_Dr.Endel.pdf
- ¹⁵ Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, abgefragt am 10.1.2013: http://www.hauptverband.at/mediaDB/665967_EBM_Bericht_ATC%20-%20ICD_2009.pdf
- ¹⁶ www.hauptverband.at/Berichte 2012
- ¹⁷ Kauerman Göran, Küchenhoff Helmut. Stichproben: Methoden und Praktische Umsetzung mit R Aufl Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2011.
- ¹⁸ Matthews KA ; Gallo LC ; Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. Ann N Y Acad Sci. 2010 Feb;1186:146-73.
- ¹⁹ Fleischhacker SE ; Evenson KR ; Rodriguez DA ; Ammerman AS. A systematic review of fast food access studies. Obes Rev. 2011 May;12(5):e460-71. doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00715.x.
- ²⁰ Gonzalez D ; Nazmi A ; Victora CG. Childhood poverty and abdominal obesity in adulthood: a systematic review. Cad Saude Publica. 2009;25 Suppl 3:S427-40.
- ²¹ 2008 noch BMGF Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
- ²² Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. STATISTIK AUSTRIA, ISBN 978-3-902611-12-3, Wien 2008