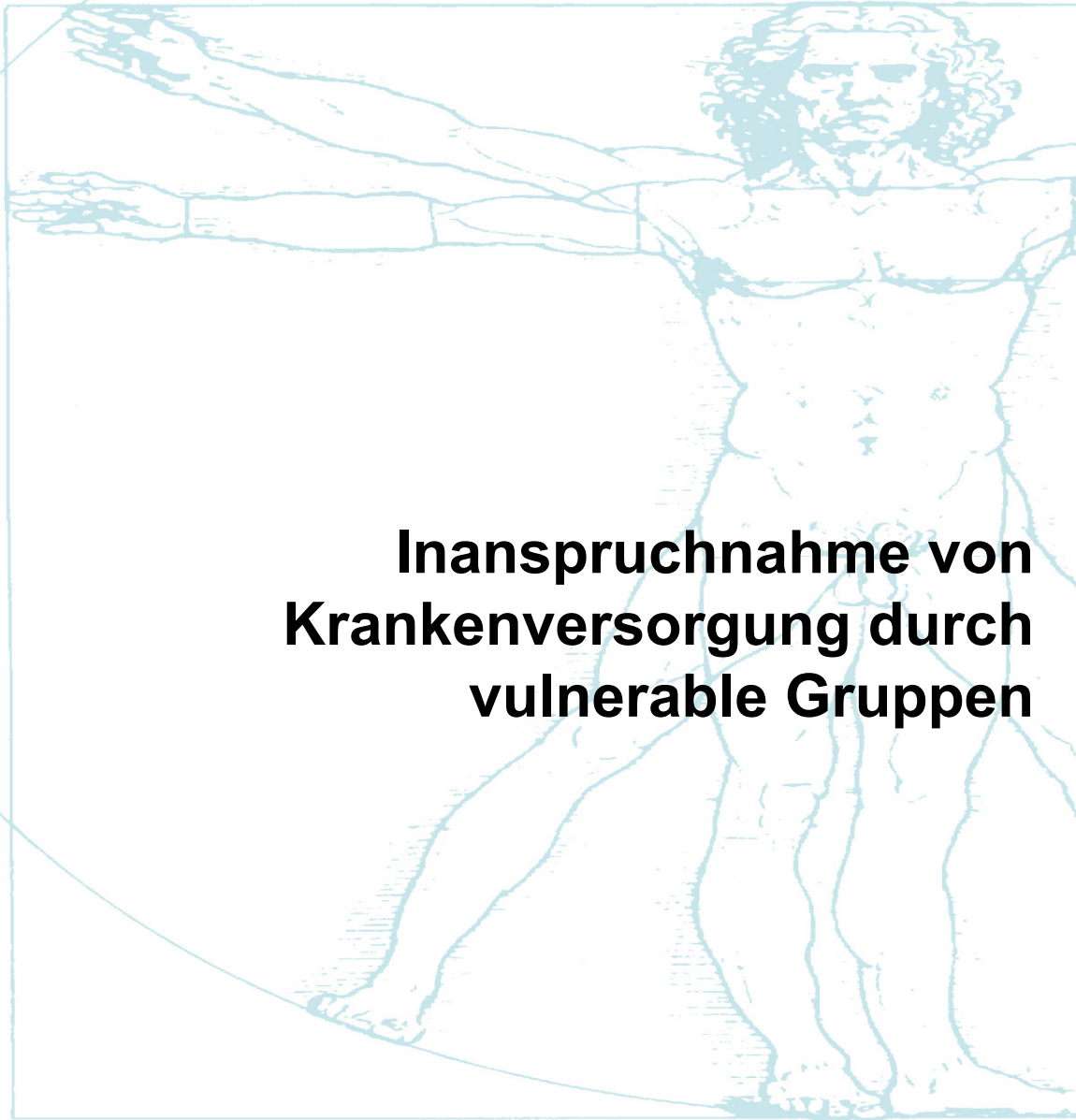


Dokumente

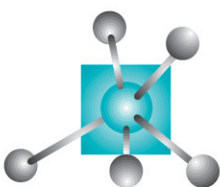
Gesundheitswissenschaften



Inanspruchnahme von Krankenversorgung durch vulnerable Gruppen

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr.
Josef Weidenholzer,
Institut für Gesellschafts-
und Sozialpolitik,
Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit
der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.

**Werner Bencic
Karin Kastner
Martin Reif**



Linz, November 2009

Summary	2
1. Einleitung und Hintergrund.....	3
2. Methode	5
2.1 Zusammensetzung der Grundgesamtheiten	5
2.2 Mögliche Confounder	7
2.2.1 Altersstruktur	8
2.2.2 Geschlecht	9
2.2.3 ArbeiterInnen und Angestellte.....	10
2.3 Erfassung der Grundgesamtheiten.....	10
2.4 Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhaustage und Arzneimittelverordnungen	11
2.5 Erfassung der Leistungsdaten	11
3. Ergebnisse	12
3.1 Erwerbstätige und Arbeitslose.....	15
3.2 ÖsterreicherInnen und MigrantInnen (Staatsbürgerschaft: Türkei, Bosnien, Kroatien und Serbien).....	17
3.3 Erwerbstätige und Leasingbeschäftigte.....	19
4. Diskussion und Schlussfolgerungen	21
4.1 Grundsätzliches.....	21
4.2 Interpretation der Ergebnisse	22
4.3 Exkurs Alter	23
4.4 Exkurs Beschäftigungsverhältnis – Arbeiter vs. Angestellte.....	23
4.5 Schlussfolgerungen	24

Literatur
AutorInnenliste

Summary

Gesundheit wird durch viele Faktoren bestimmt. Soziale Benachteiligung ist ein Faktor, der die Gesundheit von Menschen gefährdet. Daher sind Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen in prekären Dienstverhältnissen kränker als sozial besser gestellte Gruppen. In welchem Ausmaß sich die gesundheitliche Chancengleichheit in einer häufigeren Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen durch die vulnerablen Gruppen niederschlägt, und wieweit Routinedaten einer Krankenkasse dazu geeignet sind, diese höhere Inanspruchnahme darzustellen, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit.

Die zu untersuchenden vulnerablen Gruppen und die jeweilige Kontrollgruppe der restlichen Erwerbstätigen wurden aus dem Data Warehouse der OÖ Gebietskrankenkasse isoliert, und aus einem EDV-Tool zur Ermittlung der Eigen- und Folgekosten ärztlicher Leistungen und Verordnungen der OÖ Gebietskrankenkasse wurden die Krankenversorgungsdaten dazugestellt.

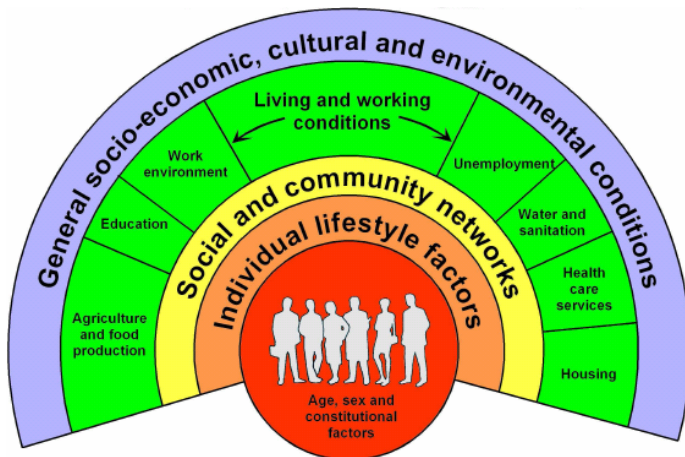
Anhand der vier häufigsten Krankheitsgruppen, die zu Arbeitsunfähigkeit führen, wurde dargestellt, dass Arbeitslose durchgängig höhere Inanspruchnahme-Raten bei Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenhaustagen und Arzneimittelverordnungen in Zusammenhang mit den ausgewählten vier häufigen Erkrankungen (Erkrankungen von Psyche, Atmung, Muskel/Skelett, Verletzungen) aufwiesen. Menschen mit Migrationshintergrund, welcher durch die türkische, bosnische, kroatische oder serbische Staatsbürgerschaft festgemacht wurde, wiesen ein inhomogenes Bild der Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhaustage und Arzneimittelverordnungen auf. Auffällig ist bei MigrantInnen die tendenziell weniger häufige Inanspruchnahme aus dem Titel psychischer Erkrankungen. Menschen mit prekären Dienstverhältnissen wurden anhand von DienstnehmerInnen in Leasing-Dienstverhältnissen festgemacht. Auch hier war das Gesamtbild inhomogen, die Inanspruchnahme aus dem Titel psychische Erkrankungen allerdings durchgängig häufiger als bei DienstnehmerInnen in Regeldienstverhältnissen.

Insgesamt ist feststellbar, dass die drei untersuchten vulnerablen Gruppen zumindest in den Teilbereichen mit erhöhten Inanspruchnahmen offenbar auf ihre soziale Benachteiligung und die dadurch schlechteren Gesundheitschancen reagieren. Diese höhere Inanspruchnahme von immerhin einigen zehntausend Personen in Oberösterreich kann nicht einfach hingenommen werden. Weitere Forschungen zu Ursachen und treffsicheren Interventionsmöglichkeiten sind voranzutreiben.

1. Einleitung und Hintergrund

Gesundheit wird durch viele Faktoren bestimmt. Margaret Whitehead von der Universität Liverpool hat diese „Gesundheitsdeterminanten“ anschaulich in einer Grafik zusammengefasst bei der Präventionstagung 2007 des Fonds Gesundes Österreich präsentiert (siehe Abbildung), und dem Denken in Gesundheitsdeterminanten in Österreich einen kräftigen Impuls gegeben.

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten (Whitehead, M. 2007)



Nach diesem Determinantenmodell wird die Gesundheit bestimmt durch

- unbeeinflussbare Determinanten wie Alter, Geschlecht und Konstitution (rot)
- individuelles Gesundheitsverhalten (orange)
- soziale Vernetzung (gelb)
- Lebens- und Arbeitsverhältnisse (grün) und
- allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (blau)

Vor allem die sozialen Determinanten der Gesundheit in der Lebens- und Arbeitswelt scheinen entscheidend zu sein: Die amerikanische Alameda County Study hat gezeigt, dass die Mortalität der Gruppen mit dem schlechtestem sozialen Netzwerk doppelt so hoch ist wie jener mit dem bestem sozialen Netzwerk (Berkman, L. und L. Syme, 1979). In Großbritannien wurde nachgewiesen, dass umso mehr koronare Herzkrankheiten auftreten, je niedriger die Beschäftigungsebene in einer Organisation ist. Manager mit großem Gestaltungsspielraum in ihren Arbeitsprozessen bleiben gesünder als untergeordnete MitarbeiterInnen mit geringem Gestaltungsspielraum (Marmot, M. et al. 1987).

In einer im Auftrag des Gesundheitsministeriums von der Statistik Austria erstellten Studie über „Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit“ wurde der Zusammenhang zwischen sozialen Determinanten der Gesundheit, dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der jeweiligen Bevölkerungsgruppen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 in Zusammenhang gebracht. Im Detail wurden Korrelationen zwischen Einkommen, Bildung, beruflicher Tätigkeit, Arbeitslosigkeit, Migration und Gesundheit dargestellt. Beispielsweise wurde festgestellt, dass Personen mit türkischem oder ex-jugoslawischem Migrationshintergrund um rund 50 % häufiger (Männer) und rund doppelt so häufig (Frauen) im Vergleich zu ÖsterreicherInnen unter Übergewicht zu leiden hatten. Weiters zeigen Angaben

zum subjektiven Gesundheitszustand in der Kategorie „Schlecht/Sehr schlecht“ einen dreifach höheren Wert als bei den ÖsterreicherInnen (Klimont, J. et al. 2008).

Wir haben uns im Folgenden speziell auf drei so genannte vulnerable Gruppen fokussiert, deren soziale Gesundheitsdeterminanten keine optimalen Voraussetzungen für gute Gesundheit bieten:

- Arbeitslose
- MigrantInnen mit türkischer, bosnischer, serbischer oder kroatischer Staatsbürgerschaft
- Menschen in prekären Dienstverhältnissen

„Vulnerabilität“ im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten findet sich besonders häufig dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (z.B. Arbeitslose, alte Menschen), mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft (Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens, Gutachten 2007, S. 84).

In der einschlägigen Literatur wird über den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit oder Krankheit sehr viel referiert (beginnend in den Dreißigerjahren des abgelaufenen Jahrhunderts mit Jahoda, M. et al. 1933). In einer neueren Studie des Robert Koch Instituts wurde festgestellt, dass erwerbstätige Männer ohne vorausgehende Arbeitslosigkeit ihren Gesundheitszustand in lediglich 10,9 % der Fälle als „weniger gut“ oder „schlecht“ beschreiben, wo hingegen aktuell Arbeitslose (Arbeitslosigkeit unter einem Jahr) in 17,9 % der Fälle „weniger gut“ oder „schlecht“ angegeben haben und länger als ein Jahr Arbeitslose sogar in 39,6 % der Fälle (Grobe, T. und F.W. Schwartz, 2003, S. 10).

Einige wissenschaftliche Ergebnisse über entsprechende Zusammenhänge zwischen Migration und Gesundheit, Krankheit und deren Determinanten liegen ebenfalls vor, beispielsweise aktuell der Armuts-/Migrationsbericht 2008 des Instituts für Gesellschaft- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz: So wohnen nur rund 60 % der türkischen StaatsbürgerInnen in Oberösterreich in Wohnungen mit Zentralheizungen, Bad/Dusche und WC, während fast 90 % der ÖsterreicherInnen in solchen „A-Kategorie-Wohnungen“ zu Hause sind (Stelzer-Orthofer, C. 2008, S. 87 ff).

Über die soziale Gruppe der Menschen mit prekären Dienstverhältnissen (vor allem charakterisiert durch Job-Unsicherheit) und etwaige Auswirkungen auf Gesundheit oder Krankheit durch diese Dienstverhältnisse liegen nur wenige Befunde vor (beispielsweise in Marmot, M. 2008, S. 72; Gash, V. et al. 2006).

In einem Beratungsgespräch, zu dem Prof. Dr. Thomas Kieselbach vom Institut für Psychologie der Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit der Universität Bremen am 26. Juni 2008 in der OÖ Gebietskrankenkasse geladen war, hat Kieselbach vorgeschlagen, in eine Reihe mit Arbeitslosen und MigrantInnen auch Menschen mit prekären Dienstverhältnissen zu stellen. Seine Hypothese damals war, dass diese Menschen, die keinerlei mittel- bis langfristige berufliche Perspektiven vor sich haben, ebenso erhöhte Krankheitsraten aufweisen müssen, wie Arbeitslose oder MigrantInnen.

Der Begriff Prekarität wird im Allgemeinen für befristete Dienstverhältnisse, Teilzeitstellen und ähnlichen Dienstverhältnissen mit zeitlicher Destrukturierung und ungewisser Zukunft verwendet (Bourdieu, P. 1997). Wir beziehen uns auf DienstnehmerInnen von Personal-leasing-Firmen.

Das vorliegende Papier erweitert die im Wesentlichen durch Befragungen erhobenen Befunde zum Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und den Gesundheitsdeterminanten um die objektiv in Anspruch genommenen Krankenstände, Arzneimittel-Verordnungen und Krankenhaus-Tage der vulnerablen Gruppen. Ziel ist es einen ersten übersichtsartigen Blick auf die in Österreich noch kaum untersuchten Inanspruchnahme-Raten sozial benachteiligter Gruppen zu lenken, und in diesem Zusammenhang auch zu testen, wieweit Routinedaten der OÖ Gebietskrankenkasse geeignet sind, diese Inanspruchnahme-Raten im Sinne von Versorgungsforschung darzustellen. Diese Leistungen der sozialen Krankenversicherung wurden für Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse erhoben.

2. Methode

Die Ergebnisse dieser Arbeit beruhen auf Routinedaten der OÖ Gebietskrankenkasse, die größtenteils im Zuge von Verrechnungsprozessen der Leistungserbringer mit der OÖ Gebietskrankenkasse einlangen. Aufgrund der zeitlichen Aufeinanderfolge der Prozessabläufe wie beispielsweise Datensammlung bei den Leistungserbringern und Kontrolle der Verrechnungsdaten in der OÖ Gebietskrankenkasse, stehen diese Daten mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung. Die zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit aktuellsten Daten über ein volles Kalenderjahr stammen daher aus 2008, die auf einzelne Versicherte heruntergebrochenen Daten aus dem zweiten Quartal dieses Jahres 2008 (immer wenn sich Daten auf Versicherte beziehen, wurde entschieden, sich wegen der dann zu erwartenden Datenmengen auf ein Quartal zu beschränken). Im folgenden Abschnitt wird im Wesentlichen über die Zusammensetzung dieser Daten und die Auswertungstools Auskunft gegeben.

2.1 Zusammensetzung der Grundgesamtheiten

Da im Folgenden die vulnerablen Gruppen Arbeitslose, MigrantInnen und Menschen in prekären Dienstverhältnissen jeweils mit der Komplementärmenge der Erwerbstätigen der OÖ Gebietskrankenkasse verglichen werden sollen, gilt es nun, die Grundgesamtheiten entsprechend darzustellen.

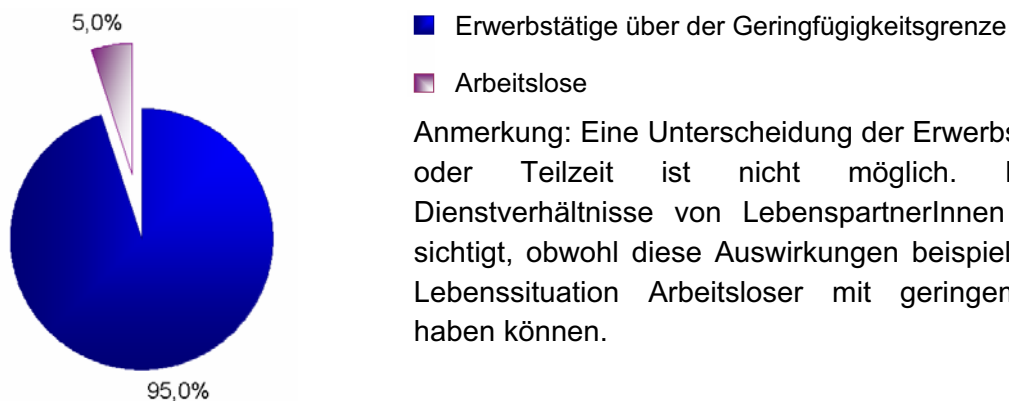
In die Grundgesamtheiten wurden alle bei der OÖ Gebietskrankenkasse versicherten erwerbstätigen und arbeitslosen ArbeiterInnen und Angestellten in den Altersgruppen eins bis fünf (1 = 11-20 Jahre, 2 = 21-30 Jahre, ...) für das zweite Quartal 2008 aufgenommen.

Ein Problem sehr kleiner Zahlen liegt in der Gruppe der prekären Dienstverhältnisse bei der Untergruppe der freien DienstnehmerInnen (welche eine Selbstversicherung nach §19a ASVG abgeschlossen haben) vor. Die freien DienstnehmerInnen wurden daher nicht weiter verfolgt.

Eine weitere Untergruppe an Versicherten mit prekären Dienstverhältnissen konnte ebenfalls nicht weiter bearbeitet werden, nämlich die mehrfach geringfügig Beschäftigten. Bei dieser Gruppe hat sich herausgestellt, dass zwei Drittel von ihnen auch einem Regeldienstverhältnis nachgehen. Würde man diese Gruppe mit Regeldienstverhältnissen heraus-trennen, blieben nur mehr sehr kleine Zahlen an mehrfach geringfügig Beschäftigten über.

Für die weiteren Auswertungen wurden die in Abbildung 2 bis Abbildung 4 angeführten Grundgesamtheiten dargestellt.

Abbildung 2: Erwerbstätige versus Arbeitslose



Anmerkung: Eine Unterscheidung der Erwerbstätigen in Voll- oder Teilzeit ist nicht möglich. Ebenso sind Dienstverhältnisse von LebenspartnerInnen nicht berücksichtigt, obwohl diese Auswirkungen beispielsweise auf die Lebenssituation Arbeitsloser mit geringem Einkommen haben können.

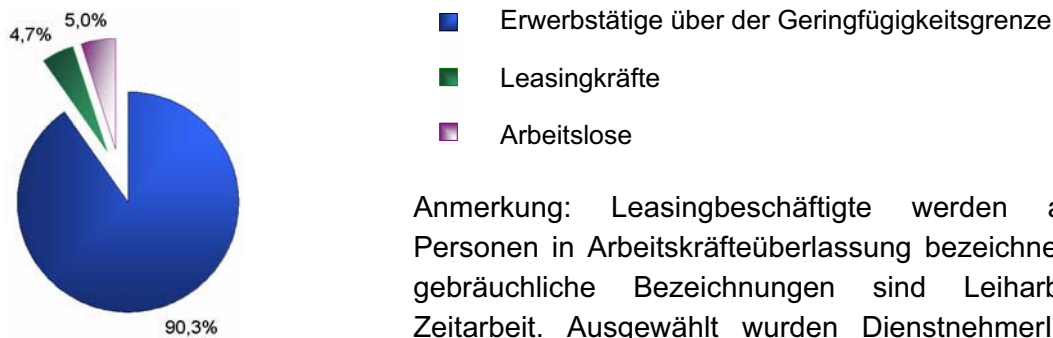
Abbildung 3: ÖsterreicherInnen versus MigrantInnen (Staatsbürgerschaft: Türkei, Bosnien, Kroatien und Serbien) versus Arbeitslose aller Nationalitäten



Anmerkung: Die Nationalität von Versicherten kann bei der Anmeldung von Versicherten durch den Dienstgeber angegeben werden. Es handelt sich allerdings um kein

Pflichtfeld des Anmeldeformulars, da die Nationalität keine versicherungs- oder leistungsrechtlichen Auswirkungen hat. Für die hier vorliegende Arbeit ist die Gesamtheit jener Versicherten, bei denen von den Dienstgebern freiwillig die Nationalität in das Anmeldeformular eingetragen wurde, dennoch hilfreich. Auch unter der Annahme, dass dieser Datenbestand über die Nationalität auch über die die Zeit nicht gepflegt wird (das heißt, wenn ehemalige Versicherte mit nicht-österreichischer Nationalität die österreichische Staatsbürgerschaft erhalten) stellt kein Problem für die vorliegende Arbeit dar. Denn es geht um MigrantInnen oder ÖsterreicherInnen mit Migrationshintergrund. Im Übrigen scheint sich die Bereitschaft der Dienstgeber, die Nationalität zu erfassen, durchaus in einer relevanten Größe zu bewegen, denn immerhin annähernd 21.000 Menschen mit (ehemals) bestehender ex-jugoslawischer oder türkischer Staatsbürgerschaft liegen im Datenbestand vor.

Abbildung 4: Erwerbstätige versus Leasingbeschäftigte versus Arbeitslose



Anmerkung: Leasingbeschäftigte werden auch als Personen in Arbeitskräfteüberlassung bezeichnet. Weitere gebräuchliche Bezeichnungen sind Leiharbeit oder Zeitarbeit. Ausgewählt wurden DienstnehmerInnen, die mindestens einmal im Messquartal bei einer Leasingfirma

beschäftigt waren. Leasingfirmen sind Firmen zur „Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften“ gemäß ÖNACE 2008. Der ÖNACE ist die österreichische Version des NACE. NACE ist ein System zur Klassifizierung von Wirtschaftszweigen in der Europäischen Gemeinschaft ("Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne").

100 % der Grundgesamtheit waren im Messquartal 2/2008 größenordnungsmäßig 600.000 Personen (mit Unschärfen beispielsweise wegen Wechsel des Versichertenstatus von Erwerbstätig auf Arbeitslos während eines laufenden Quartals – jeder Versicherte wurde nur einmal gezählt).

Um den Vergleich zwischen den Gruppen einigermaßen absichern zu können, ist es wichtig, mögliche Confounder wie unterschiedliche Altersstrukturen in den Teilgesamtheiten vorab darzustellen und gegebenenfalls zu berücksichtigen.

2.2 Mögliche Confounder

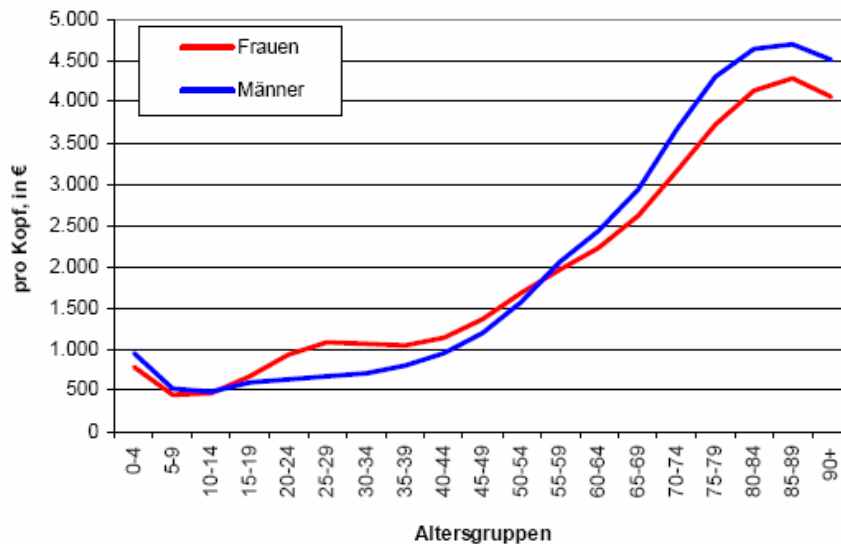
Confounder können zu einer systematischen Verzerrung einer Exposition-Wirkungs-Beziehung durch einen oder mehrere Faktoren führen, die auf die untersuchte Beziehung (Exposition und abhängige Variable) wirkt (Bucher H. et al. 1993, S. 193).

Von diesen möglichen Confoundern haben wir Alter, Geschlecht und Beschäftigungsstatus besonders berücksichtigt. Sozioökonomische Merkmale wie Familieneinkommen und Bildung sind aus den Routinedaten der OÖ Gebietskrankenkasse nicht ableitbar und mussten daher unberücksichtigt bleiben.

2.2.1 Altersstruktur

Wie in der folgenden Grafik dargestellt unterscheiden sich die Ausgaben für so genannte Gesundheitsversorgung (damit ist im Wesentlichen Krankenbehandlung gemeint) je nach Alter der Betroffenen erheblich: 55-jährige erfordern im Durchschnitt größenordnungsmäßig den dreifachen Mitteleinsatz wie 20-jährige.

Abbildung 5: Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsversorgung (ohne Ausgaben für Langzeitpflege), gesamt, 2003



Quelle: IHS, HealthEcon 2006

Die vorliegenden Grundgesamtheiten weisen folgende Altersstrukturen auf:

Abbildung 6: Anteil der Altersklassen an der Grundgesamtheit (100 %) der ArbeiterInnen / Angestellten (erwerbstätig und arbeitslos) der OÖ Gebietskrankenkasse / 2. Quartal 2008

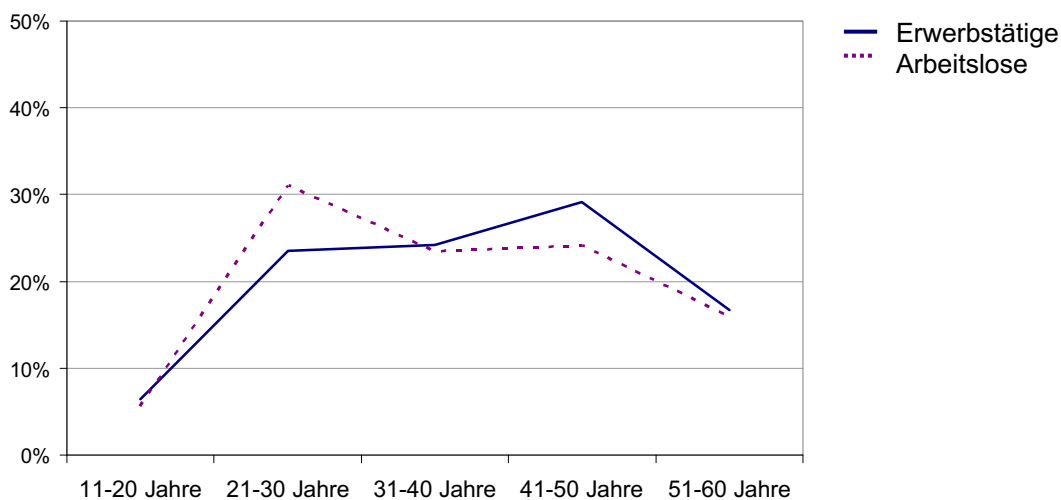


Abbildung 7: Anteil der Altersklassen an der Grundgesamtheit (100 %) der ÖsterreicherInnen und MigrantInnen (ArbeiterInnen und Angestellte) der OÖ Gebietskrankenkasse / 2. Quartal 2008

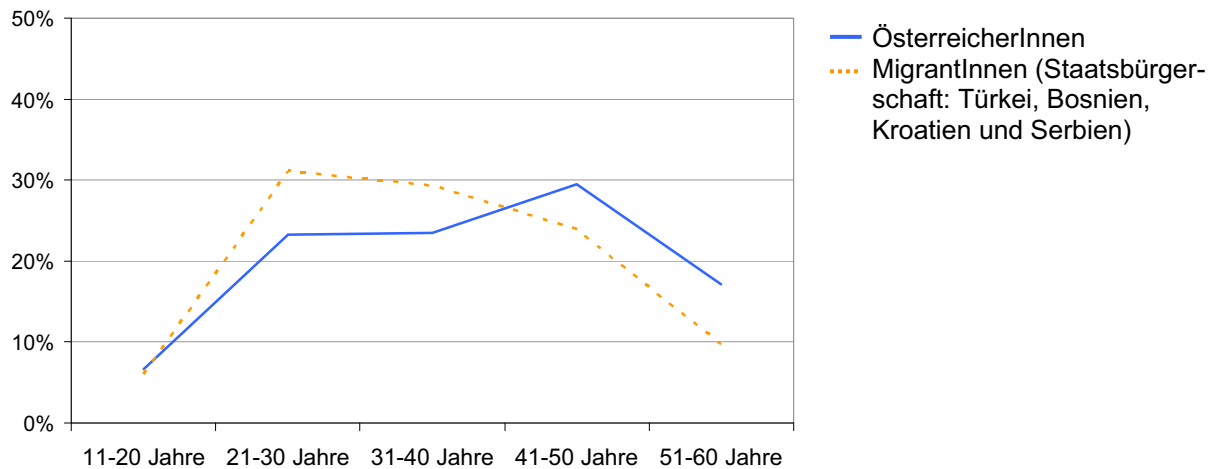
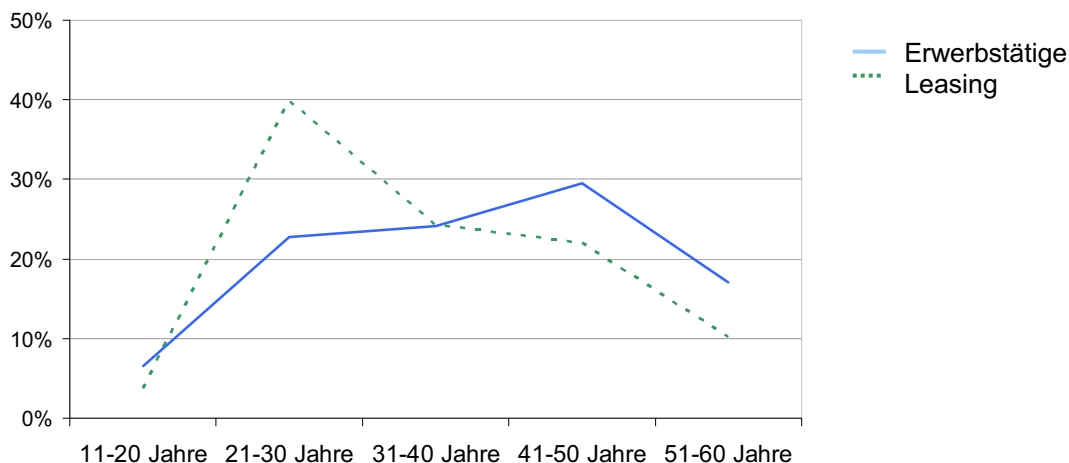


Abbildung 8: Anteil der Altersklassen an der Grundgesamtheit (100 %) der Erwerbstätigen und Leasingbeschäftigten der OÖ Gebietskrankenkasse / 2. Quartal 2008



In sämtlichen Grundgesamtheiten sind die vulnerablen Gruppen tendenziell jünger als die Vergleichsgruppen der Erwerbstätigen. Von der Auswirkung dieser Tatsache wird bei den Ergebnissen dieser Arbeit am Ende von Kapitel 4 berichtet.

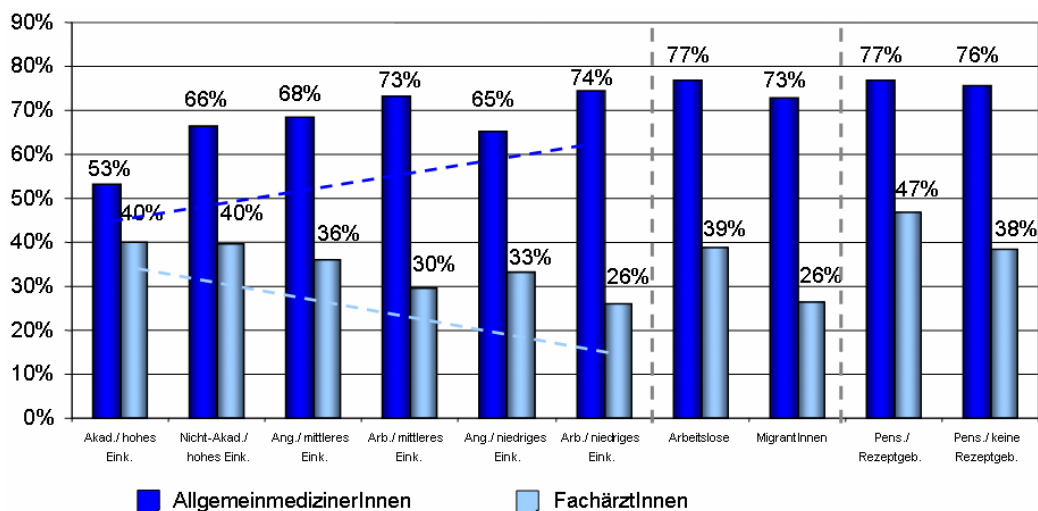
2.2.2 Geschlecht

Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den daraus resultierenden Kosten gibt es auch zwischen den Geschlechtern (siehe ebenfalls Abb. 5), daher werden die Auswertungsergebnisse getrennt nach Geschlechtern dargestellt.

2.2.3 ArbeiterInnen und Angestellte

Ein weiterer Unterschied in der Inanspruchnahme scheint zumindest in einzelnen Leistungsgruppen der Krankenversorgung entlang des sozialen Gradienten und im Besonderen in der Differenzierung zwischen ArbeiterInnen und Angestellten feststellbar. Wie Abbildung 9 am Beispiel der Inanspruchnahme von FachärztInnen zeigt, verhalten sich ArbeiterInnen anders als Angestellte: Der Trend der tendenziell abnehmenden FachärztInnen-Konsultationen in niedrigeren sozialen Schichten wird von den Angestellten nicht ganz gleichförmig mitgemacht.

Abbildung 9: Konsultation: AllgemeinmedizinerIn vs. FachärztIn / OÖ Gebietskrankenkasse 2006 (Männer)



Quelle: Wesenauer, A und S. Sebinger, 2009, S. 52

Wir haben daher in der Folge die Inanspruchnahme nach Altersklassen und nach Status ArbeiterInnen und Angestellte punktuell überprüft und die Geschlechter jedenfalls getrennt dargestellt.

2.3 Erfassung der Grundgesamtheiten

Für die Erstellung der Grundgesamtheiten wurden die Versicherten nach dem Status der Erwerbstätigkeit (Arbeiter, Angestellte, Arbeitslos), der Staatszugehörigkeit, Altersgruppen und nach Geschlecht aus dem Data Warehouse (DWH) der OÖ Gebietskrankenkasse herausgefiltert.

Im DWH werden die An- und Abmeldungen der Beschäftigten pro Monat ermittelt.

Die Leasingbeschäftigten wurden anhand der Dienstgeberdaten (Zugehörigkeit zur Wirtschaftsklasse „ÖNACE 2008 Klasse N / 78“) identifiziert.

2.4 Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhaustage und Arzneimittelverordnungen

Betreffend die Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen wurden zunächst die häufigsten Krankheitsarten identifiziert, und danach die Besonderheiten der Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen durch die vulnerablen Gruppen an den vier häufigsten Krankheiten untersucht. Die Einschränkung auf die häufigsten Krankheiten

- Psychische Erkrankungen
- Atmung
- Muskel / Skelett
- Verletzungen

erfolgte vor allem aus Gründen der Übersichtlichkeit (die ebenfalls häufige ICD-Gruppe „Verletzungen / Verbrennungen / Vergiftungen“ wurde aufgrund ihrer Inhomogenität nicht weiter bearbeitet). Entscheidend für die Auswahl der Krankheiten war die Statistik der Arbeitsunfähigkeitstage.

Die Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage werden für den Datenbestand der OÖ Gebietskrankenkasse mittels ICD-Codes eingeteilt. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD, engl.: International Classification of Diseases) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Revision ist ICD-10, Version 2006. Die Codierung für Arbeitsunfähigkeitstage erfolgt auf Basis der von den ÄrztInnen festgehaltenen Wortdiagnosen durch Codierungskräfte der OÖ Gebietskrankenkasse, die Codierung der Krankenhaustage nach Krankheiten erfolgt durch Krankenhausbedienstete bei der Entlassung.

Die im weiteren Verlauf auch herangezogenen Daten über die Arzneimittelversorgung können nicht nach ICD-Codes gegliedert werden, da die Daten über Arzneimittel auf Basis der Internationalen ATC-Codierung (Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem) der European Pharmaceutical Market Research Association vorliegen.

Die häufigsten Arbeitsunfähigkeitstage wurden, wie oben erwähnt, als Basis der Auswahl relevanter Krankheiten herangezogen. Aus den Arzneimittel- und Krankenhaus-Statistiken haben wir die passenden ATC- und ICD-Codes für die Darstellung der Inanspruchnahme von Arzneimitteln und Krankenhaustagen dazu gestellt.

2.5 Erfassung der Leistungsdaten

Die Leistungsdaten wurden aus einem EDV-Tool zur Ermittlung der Eigen- und Folgekosten (FOKO) ärztlicher Leistungen und Verordnungen der OÖ Gebietskrankenkasse erhoben. FOKO ermöglicht die individuelle Abbildung der Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte. In FOKO wurden die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), die Krankenhaustage (KH-Tage) und die Anzahl der Arzneimittelverordnungen der Versicherten abgefragt.

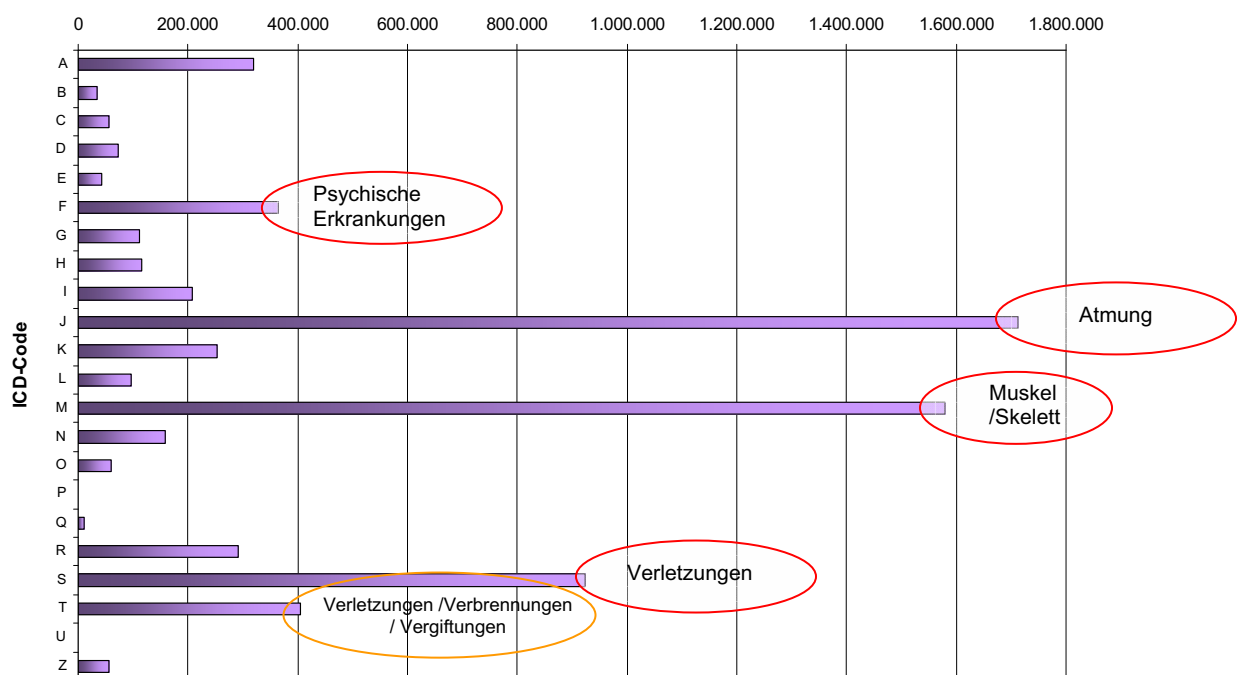
Die AU- und KH-Tage sowie die Arzneimittelverordnungen wurden in Access den Versicherungsnummern zugeordnet. Aufgrund der ICD-/ATC-Codes wurden die Versicherten zum Teil zwei- oder mehrmals gezählt, beispielsweise in einem Quartal wegen drei Tagen Grippe und fünf Tagen Muskelschmerzen.

AU-/KH-Tage und Arzneimittelverordnungen der Subgruppen wurden in Excel durch die Grundgesamtheit der jeweiligen Gruppe dividiert und mal 1000 gerechnet. Dies dient zu einer überschaubaren und vergleichbaren Darstellung auf den diversen Diagrammen.

3. Ergebnisse

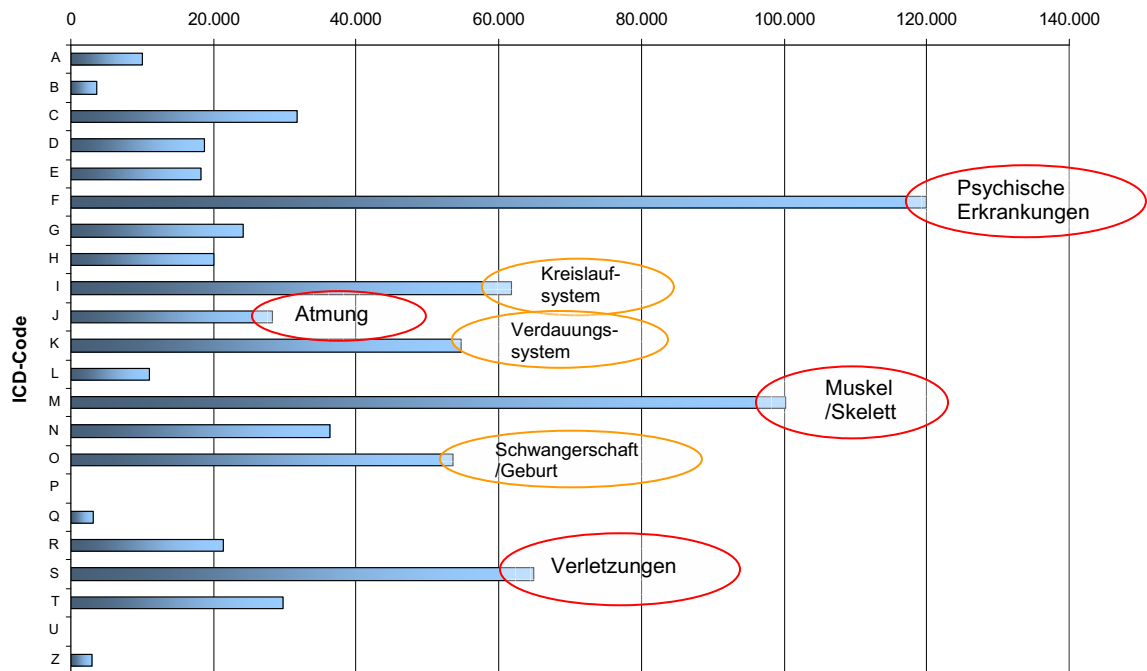
Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, liegen aus der Statistik der Arbeitsunfähigkeitstage zunächst die häufigsten diesbezüglichen Erkrankungen vor (Abbildung 10).

Abbildung 10: Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen und arbeitslosen Versicherten der OÖ Gebietskrankenkasse im Jahr 2008



Die bei den Arbeitsunfähigkeitstagen vorgefundenen häufigen Erkrankungen finden sich in der Krankenhausstatistik großteils ebenfalls an prominenter Stelle (Abbildung 11). Wenn auch im Krankenhausbereich einige Diagnosegruppen noch häufiger vorkommen als beispielsweise die von uns ausgewählte Gruppe „Atmung“, so wurden diese gemäß der vorab getroffenen Entscheidung, sich an der Arbeitsunfähigkeitsstatistik zu orientieren, nicht weiter verfolgt (beispielsweise Kreislaufsystem, Verdauungssystem).

Abbildung 11: Anzahl der Krankenhaustage der erwerbstätigen und arbeitslosen Versicherten der OÖ Gebietskrankenkasse im Jahr 2008

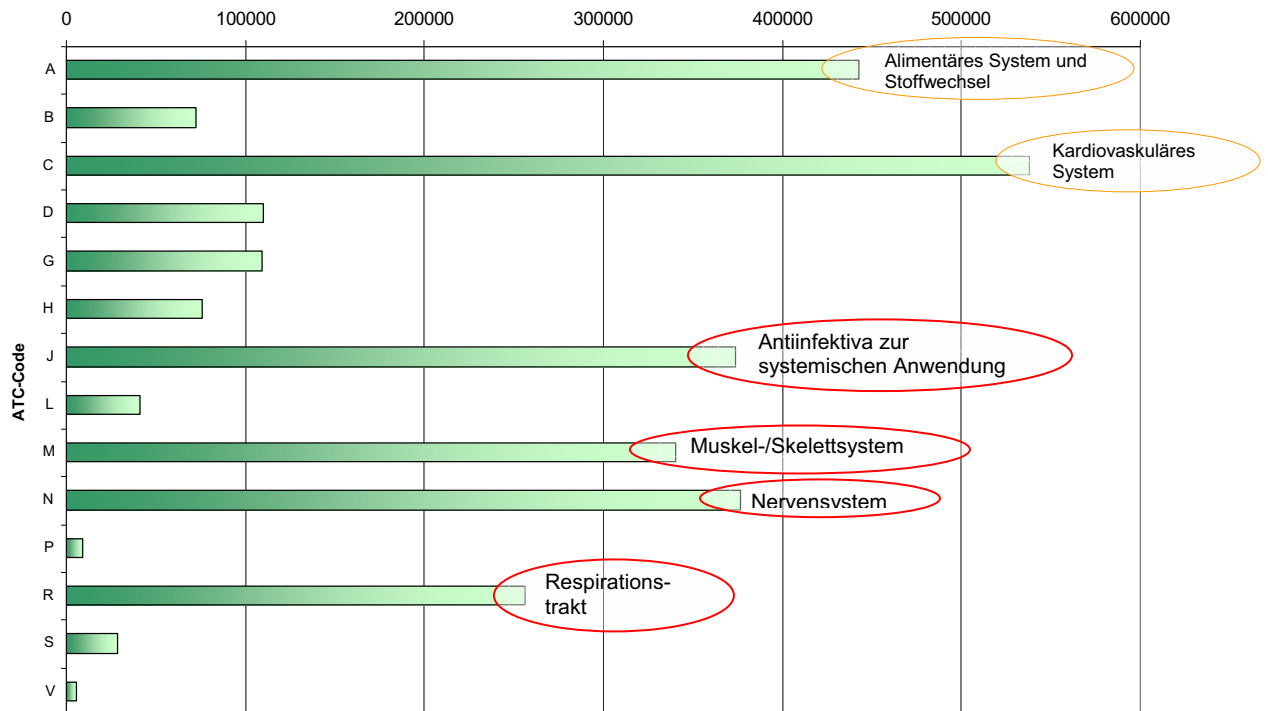


Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, wurden den unter der ICD-Codierung aufgefundenen häufigen Krankheiten aus dem Arbeitsunfähigkeits- und dem Krankenhaus-Bereich passende Arzneimittelgruppen nach dem ATC-Code zugeordnet (Abbildung 12). Dabei fallen zwar die beiden ATC-Gruppen mit den häufigsten Verordnungen (Alimentäres System und Stoffwechsel, sowie Kardiovaskuläres System) weg, doch in der Zusammenschau erscheint es schlüssig, ausgehend von der Arbeitsunfähigkeitsstatistik

- Psychische Erkrankungen
- Erkrankungen der Atmungsorgane und
- Erkrankungen des Muskel-/Skelettsystems sowie
- Verletzungen

für die weiteren Untersuchungen heranzuziehen.

Abbildung 12: Anzahl der Arzneimittelverordnungen der erwerbstätigen und arbeitslosen Versicherten der OÖ Gebietskrankenkasse im Jahr 2008



Im Folgenden wurden nun die Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhaustage und Arzneimittelverordnungen zu den häufigsten Krankheiten auf die in Kapitel 2.1 festgelegten Grundgesamtheiten aufgeteilt.

3.1 Erwerbstätige und Arbeitslose

Betrachtet man die Ergebnisse der Auswertungen für Erwerbstätige und Arbeitslose, wird in der grafischen Darstellung sichtbar, dass Arbeitslose alle Leistungen im Durchschnitt häufiger in Anspruch genommen haben als Erwerbstätige. Wie relevant diese Unterschiede aus einer statistischen Perspektive sind, wird in Kapitel 4 dieser Arbeit erläutert werden.

Abbildung 13: Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse ArbeiterInnen und Angestellte / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008

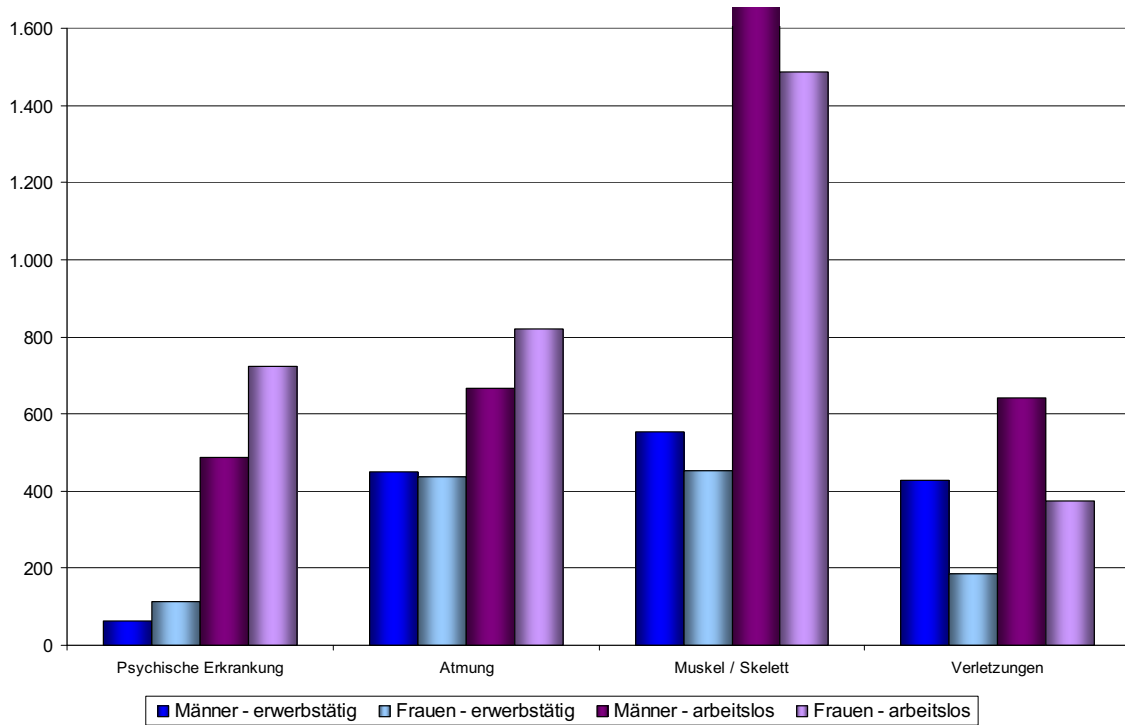


Abbildung 14: Krankenhaustage (KH-Tage) pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse ArbeiterInnen und Angestellte / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008

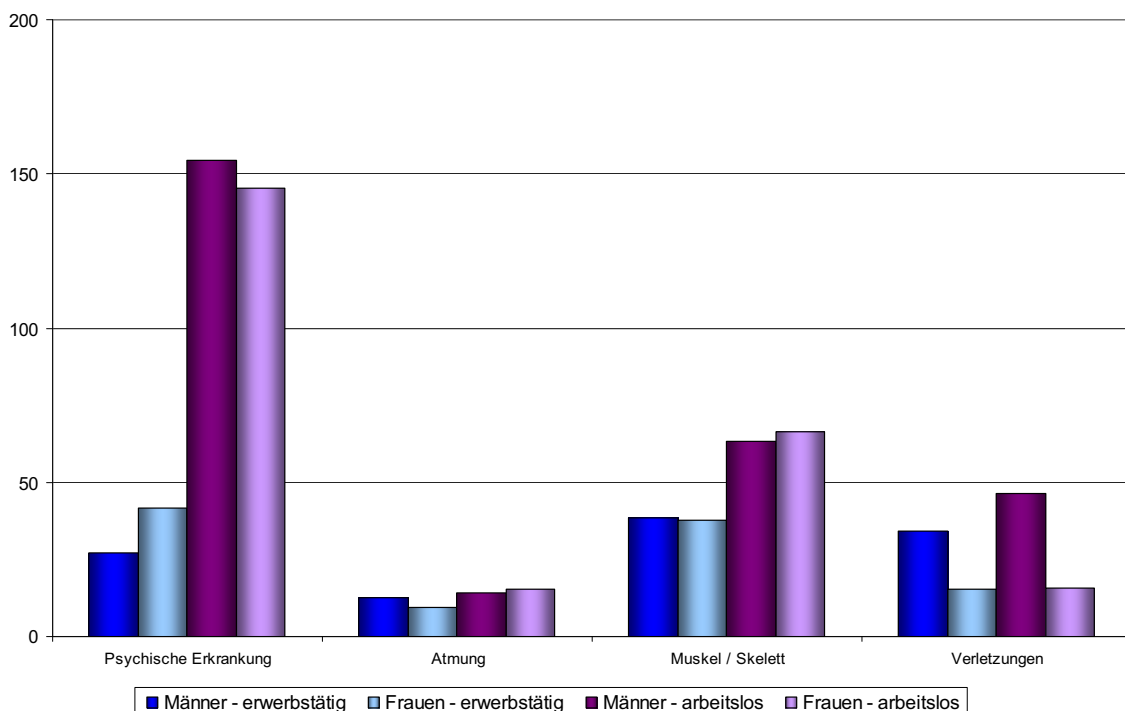
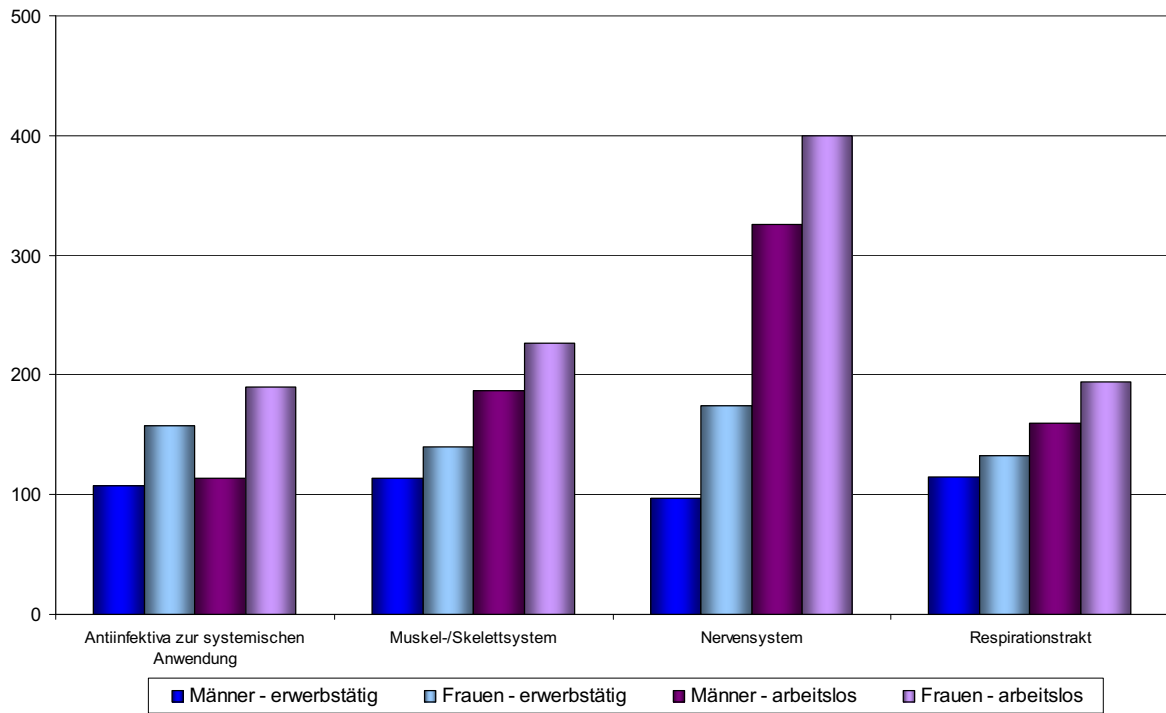


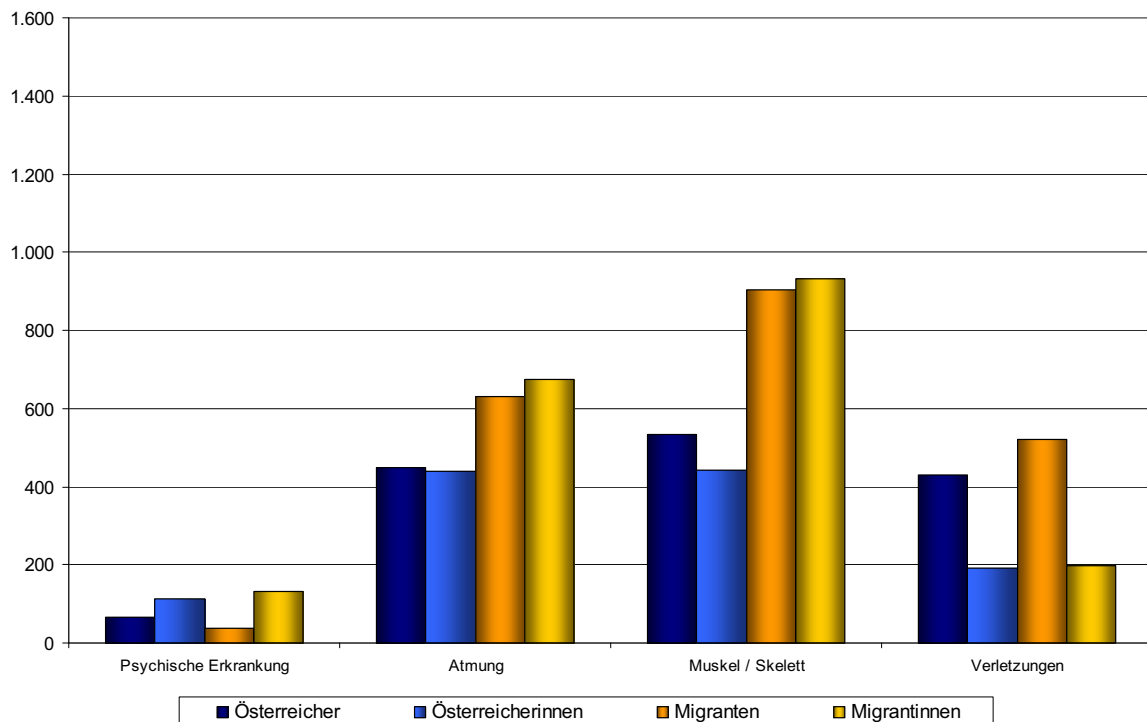
Abbildung 15: Anzahl der Arzneimittelverordnungen pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse ArbeiterInnen und Angestellte / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008



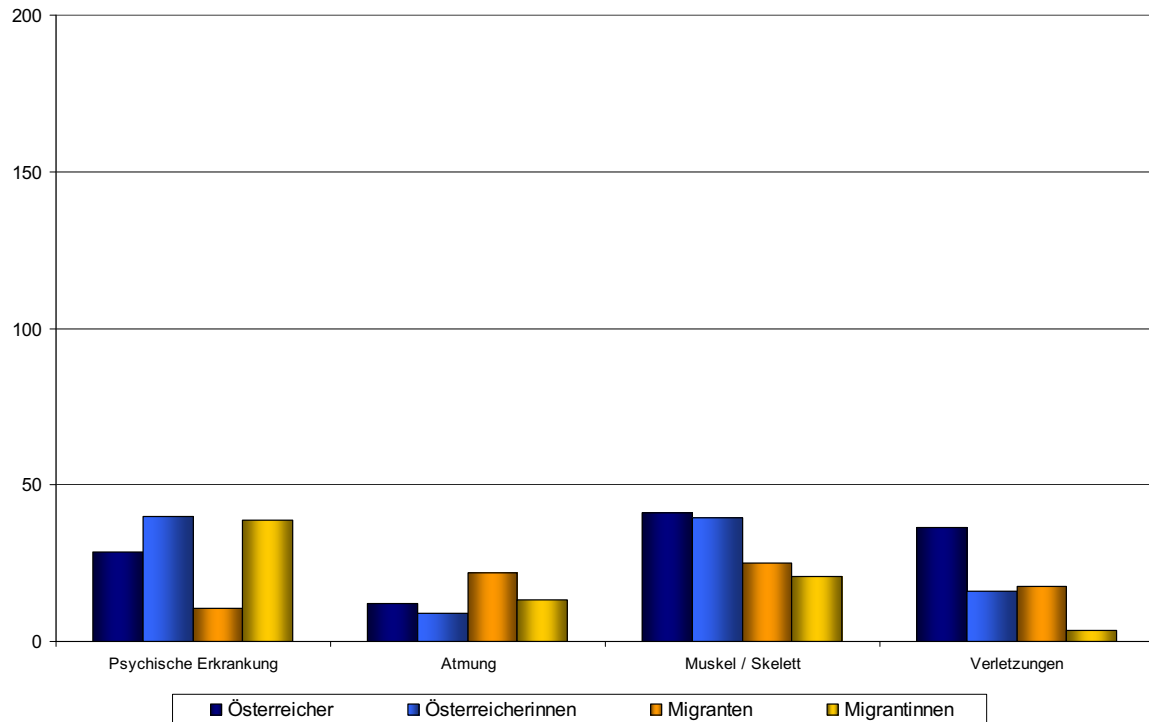
3.2 ÖsterreicherInnen und MigrantInnen (Staatsbürgerschaft: Türkei, Bosnien, Kroatien und Serbien)

So eindeutig, wie sich die Verhältnisse in den grafischen Darstellungen zu Erwerbstätigen und Arbeitslosen zeigen, ist das Bild nicht, wenn man die Mittelwerte von ÖsterreicherInnen und MigrantInnen gegenüberstellt. Vielfach zeigt sich, dass MigrantInnen weniger von den in Frage kommenden Leistungen in Anspruch nahmen als ÖsterreicherInnen, in anderen Bereichen war die Inanspruchnahme durch MigrantInnen höher.

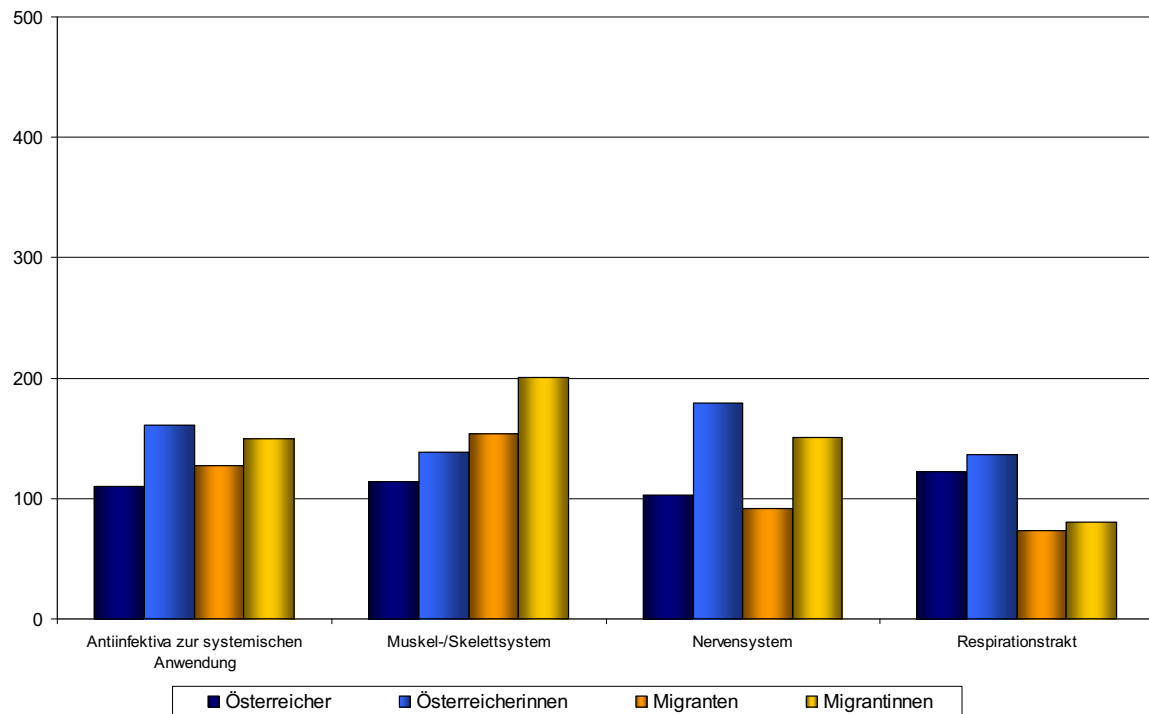
**Abbildung 16: AU-Tage pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse
ArbeiterInnen und Angestellte (erwerbstätig) / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008**



**Abbildung 17: KH-Tage pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse
ArbeiterInnen und Angestellte (erwerbstätig) / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008**



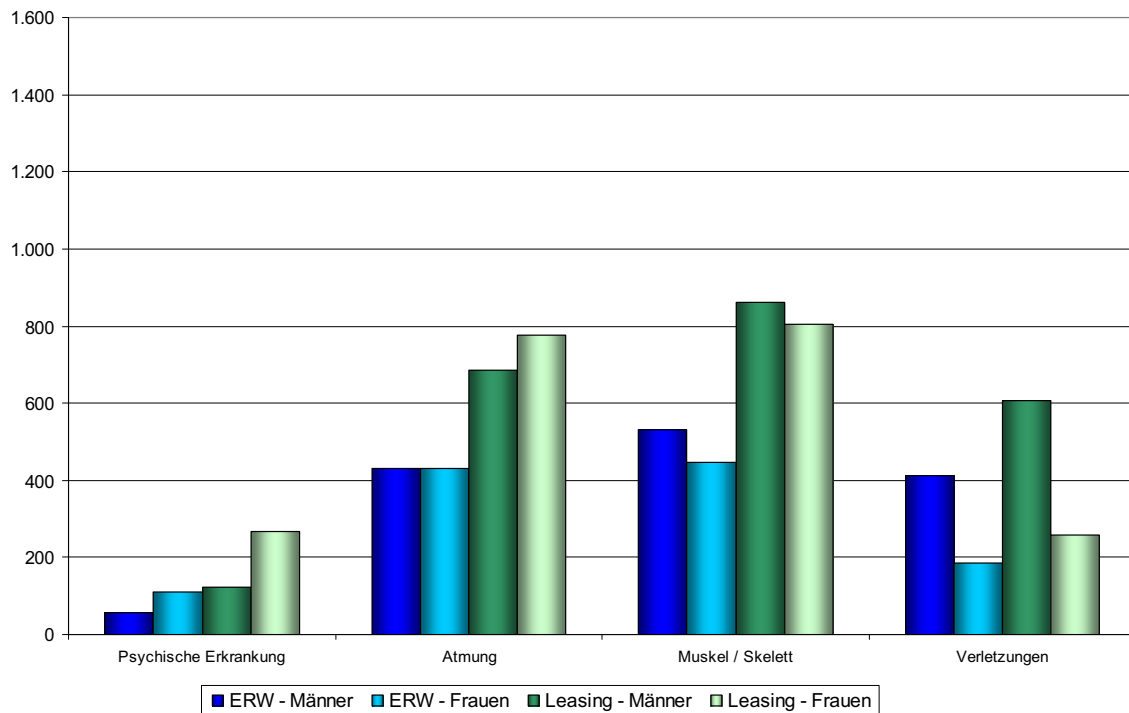
**Abbildung 18: Anzahl der Arzneimittelverordnungen pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse
ArbeiterInnen und Angestellte (erwerbstätig) / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008**



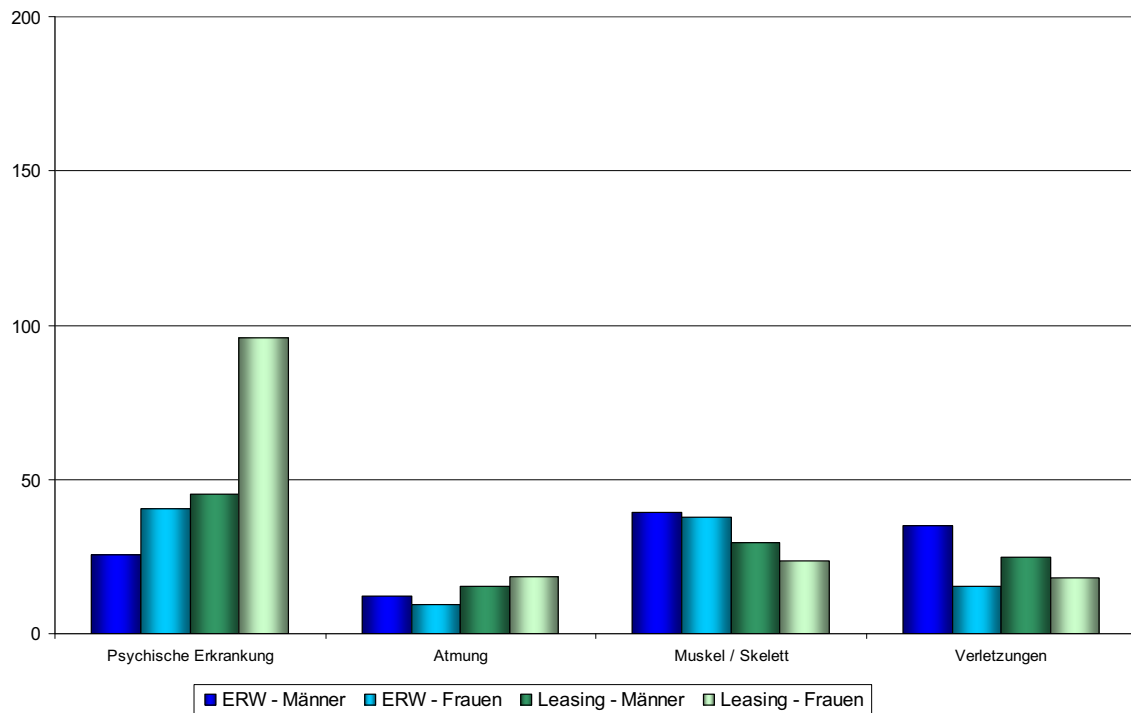
3.3 Erwerbstätige und Leasingbeschäftigte

Bei der Gegenüberstellung von Erwerbstätigen und Leasingbeschäftigten erscheinen die Verhältnisse im Bereich der Arbeitsunfähigkeit klar: Leasingbeschäftigte Männer und Frauen weisen im Durchschnitt mehr Krankenstandstage auf als Erwerbstätige in Regeldienstverhältnissen. Bei den Krankenhaustagen erscheint dieses Bild nicht mehr so homogen. Bei den Arzneimittelverordnungen zeigt sich eine durchgängig höhere Verordnungsquote bei Frauen, die als Leasingbeschäftigte angestellt sind, bei Männern ergibt sich dieses Bild nur in einer von vier Arzneimittelgruppen.

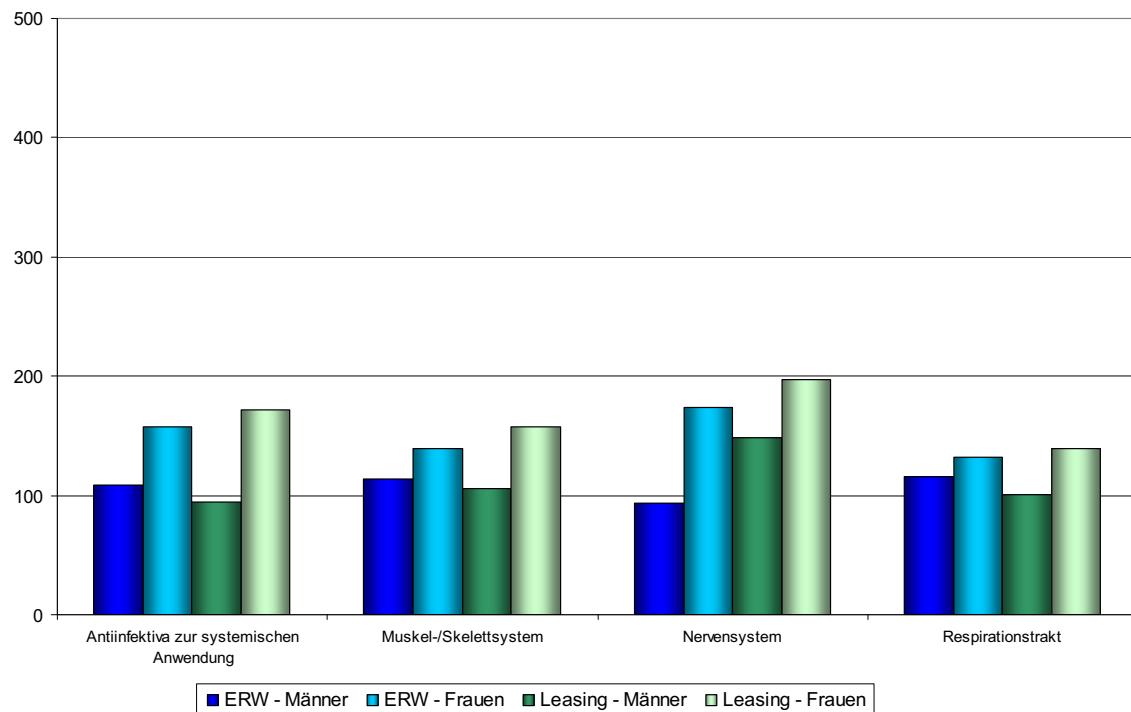
**Abbildung 19: AU-Tage pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse
ArbeiterInnen und Angestellte (erwerbstätig) / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008**



**Abbildung 20: KH-Tage pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse
ArbeiterInnen und Angestellte (erwerbstätig) / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008**



**Abbildung 21: Anzahl der Arzneimittelverordnungen pro 1000 Versicherte der OÖ Gebietskrankenkasse
ArbeiterInnen und Angestellte (erwerbstätig) / Alter: 11 bis 60 Jahre / 2. Quartal 2008**



4. Diskussion und Schlussfolgerungen

4.1 Grundsätzliches

In der vorliegenden Arbeit wird versucht im Sinne von Versorgungsforschung Routinedaten der Sozialversicherung für die Beschreibung der Inanspruchnahme von Leistungen durch unterschiedliche PatientInnen-Gruppen zu nutzen. Wie schon seit einiger Zeit diskutiert wird (beispielsweise: Swart, E. und P. Ihle, 2005, S. 12), bietet die Auswertung solcher Routinedaten einzigartige Möglichkeiten, sie stößt allerdings auch an Grenzen. Denn in den meisten Fällen war die Erfassung der Daten ursprünglich nicht als Basis für Versorgungsforschung gedacht, sondern zur Abrechnung von Leistungen durch die Leistungserbringer. Will man die Ergebnisse von Auswertungen dieser Daten für Versorgungsforschung oder für epidemiologische Zwecke nutzen, muss man lernen, mit Unschärfen zu leben. Allerdings gibt es (in Österreich) keine besseren Daten in einer vergleichbaren Menge.

Diese Unschärfen, Hürden und Fallstricke im Datenbestand sollen unserer Meinung nach nicht dazu herangezogen werden, mit diesen Daten „lieber gar nicht“ zu arbeiten. Für auftauchende Probleme jeweils Lösungen zu finden, ist die Herausforderung. Dies konnte in der vorliegenden Arbeit im Wesentlichen erreicht werden.

Fragen nach der statistischen Relevanz der dargestellten Inanspruchnahme-Verhältnisse und nach der Störwirkung von Unschärfen im Datenbestand wurden – großteils im Kapitel Methoden – bereits angesprochen, und werden in der Folge auch in der Diskussion der Ergebnisse immer wieder zu einem kritischen Hinterfragen führen. Beispielsweise sorgen die großen Datenmengen dafür, dass aufgrund der durchgängig sehr hohen Fallzahlen auch relativ kleine Unterschiede statistisch signifikant werden. Natürlich wurde im Rahmen dieser Arbeit nicht das gesamte Instrumentarium der statistischen Analyse zur Anwendung gebracht, denn dies hätte den Rahmen einer Arbeit gesprengt, die in einer erstmaligen Herangehensweise zunächst die korrekte Abbildung von Grundgesamtheiten innerhalb der Versicherungsgemeinschaft einer Krankenkasse und die Zuordnung von Leistungen zu diesen Grundgesamtheiten zur Herausforderung hatte.

Im Folgenden ist immer die Frage mitzudenken, inwieweit die Besonderheiten und Unterschiede, die wir gefunden haben, eine Abbildung und Folge schlechterer Gesundheitschancen vulnerabler Gruppen darstellen, und wieweit möglicherweise der Zugang genau dieser vulnerablen Gruppen zu Gesundheitsleistungen durch verschiedene Barrieren erschwert ist.

Wir weisen darauf hin, dass die hier untersuchten vulnerablen Gruppen Arbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund und Leasingbeschäftigte häufig auch überlappende Gruppen sind. Natürlich können beispielsweise MigrantInnen auch arbeitslos sein, desgleichen wird sich die Gruppe der Leasingbeschäftigten zum Teil aus Menschen mit Migrationshintergrund zusammensetzen.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

Bei der Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen durch Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen ist eindeutig eine deutlich höhere Arbeitsunfähigkeits-, Krankenhaus- und Arzneimittelverordnungs-Rate der Arbeitslosen wahrnehmbar. Bis auf wenige – bereits in den entsprechenden Grafiken erkennbaren – geringen Unterschiede bei den Krankenhaustagen sind alle Vergleichswerte statistisch signifikant.

In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass in der tagespolitischen Diskussion der erhöhten Krankenstandhäufigkeit Arbeitsloser zuweilen auch die Hypothese diskutiert wird, dass viele Arbeitslose nur deswegen in Krankenstand gehen, weil dieser den Bezugszeitraum des Arbeitslosengeldes verlängert (Penner, M. 2009, Seite 41 ff.). Abgesehen davon, dass diese diskriminierende Hypothese auch von einschlägigen Studien in Frage gestellt wird, kann man die oben angeführte Krankenhaus- und Arzneimittelverordnungs-Rate wohl als weiteres Argument heranziehen, dass den Arbeitslosen der Stempel der „SystembetrügerInnen“ im Wesentlichen zu Unrecht aufgedrückt wird. Denn die erhöhten AU-Tage gehen ja auch mit häufigeren Krankenhaustagen und Arzneimittelverordnungen einher.

Bei weitem inhomogener als bei den Arbeitslosen ist das Bild bei Menschen mit Migrationshintergrund. Entgegen den epidemiologischen Aussagen in der Literatur, die auf einen eindeutig schlechteren Gesundheitszustand der MigrantInnen hinweisen, ist die Inanspruchnahme vor allem von Krankenhausaufenthalten und Arzneimittelverordnungen tendenziell geringer als bei den ÖsterreicherInnen. Diese Befunde widersprechen auch dem Vorurteil, dass MigrantInnen Sozial- und Krankenversorgungsleistungen systemausnützend oft in Anspruch nehmen würden – „Missbrauch durch ausländische Gesundheitstouristen“ (FPÖ Simmering, 2009).

Tendenziell ist bei Menschen mit Migrationshintergrund eine geringere Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenhaustagen und Arzneimittelverordnungen im Bereich der psychischen Erkrankungen zu erkennen. Möglicherweise hängt dieses Ergebnis mit den Gesundheitskulturen der Herkunftsländer Ex-Jugoslawien und Türkei zusammen. Psychische Erkrankungen werden oft als Strafe Gottes oder Schicksal angesehen, eine medizinische Behandlung macht daher keinen Sinn (Küçük, F. 2009). Aber auch an die sprachliche Barriere zwischen PatientInnen und ÄrztInnen, und den daraus resultierenden diagnostischen Problemen ist zu denken.

Die im Vergleich zu ÖsterreicherInnen weniger häufigen Krankenhaustage könnten ebenfalls einem Kulturbezug zuzuordnen sein.

Bei den Leasingbeschäftigten fällt auf, dass durchgängig Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen häufiger in Anspruch genommen werden als bei DienstnehmerInnen in Regel-dienstverhältnissen.

Weiters fällt auf, dass die Arbeitsunfähigkeitsrate bei Leasingbeschäftigten durchgängig höher ist, und zwar statistisch signifikant.

Alle anderen Diagnosen, abgesehen von den psychischen Erkrankungen, sowie die Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverordnungen im Allgemeinen zeigen bei Leasingbeschäftigten keinen klaren Trend.

Wie am Beginn dieses Kapitels 4.2 für die Arbeitslosen bereits angesprochen, wird die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen zuweilen auch bei MigrantInnen und Leasingbeschäftigten als von den Betroffenen steuerbar diskutiert, allerdings in diesen Fällen die andere Richtung: beispielweise wird kolportiert, dass sich MitarbeiterInnen von Personalleasing-Unternehmen nicht trauen in Krankenstand zu gehen, weil sonst ihr Dienstverhältnis sofort aufgelöst wird (Penner, M., 2009, Seite 107). Unterstützung findet diese Aussage jedenfalls nicht bei Leasingbeschäftigten, vielleicht aber bei Menschen mit Migrationshintergrund.

Bei Überlegungen zur Ursache gesteigerter Inanspruchnahmen durch sozial benachteiligte Gruppen ist auch immer eine psychosomatische Komponente, beispielweise in der Entstehung von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, mitzudenken.

4.3 Exkurs Alter

Wie in Kapitel 2.2.1 gezeigt, unterscheiden sich die Grundgesamtheiten teilweise in der Altersstruktur der betroffenen Personen. Da aber alle in dieser Arbeit untersuchten vulnerablen Gruppen eine jüngere Altersstruktur aufweisen als die Vergleichsgruppen, sind die festgestellten Trends höherer Inanspruchnahmen jedenfalls nicht durch höheres Alter der Versicherten in diesen Gruppen bedingt. Diese Trends zeigen sich durch den höheren Anteil jüngerer Menschen in den vulnerablen Gruppen wahrscheinlich eher noch unterbewertet.

4.4 Exkurs Beschäftigungsverhältnis – Arbeiter vs. Angestellte

Da bei Leasingbeschäftigten und MigrantInnen der Anteil von Angestellten sehr gering ist, wurden zusätzlich zu den in Kapitel 3 dargestellten Ergebnissen für diese beiden Gruppen getrennte Auswertungen für ArbeiterInnen durchgeführt. Denn die Inanspruchnahmen von ArbeiterInnen können sich von jenen der Angestellten grundsätzlich unterscheiden (siehe Kapitel 2.2.3). Dies hat sich jedoch bei den vorliegenden Gruppen nicht als relevanter Störfaktor herausgestellt.

4.5 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die vorliegende Arbeit einen ersten übersichtsartigen Blick auf die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenhaustagen und Arzneimittelverordnungen in ausgewählten Krankheitsgruppen wirft, wie sie durch sogenannte vulnerable Gruppen erfolgt. Dabei lassen sich in Teilbereichen (beispielsweise Arbeitslose) einheitliche Trends zu höherer Inanspruchnahme dieser Krankenversorgungsleistungen feststellen, in anderen Bereichen (beispielsweise psychische Erkrankungen von Menschen mit Migrationshintergrund) erstaunliche Auffälligkeiten, die sicher keine endgültigen Schlussfolgerungen, aber neue Hypothesen zur Folge haben.

Insgesamt ist aber feststellbar, dass die drei untersuchten vulnerablen Gruppen zumindest in den Teilbereichen mit erhöhten Inanspruchnahmen offenbar auf ihre besondere soziale Benachteiligung und die dadurch schlechteren Gesundheitschancen reagieren.

Epidemiologische Schlussfolgerungen einerseits, aber auch endgültige Handlungsanweisungen andererseits sind aus den Ergebnissen dieser Arbeit nicht zu ziehen, wohl aber der Auftrag, mit geeigneten (vor allem sozialempirischen) Forschungsmethoden vor allem zu den Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen und auch zu psychosomatischen Zusammenhängen weiterzuforschen.

Des Weiteren wurde durch diese Arbeit auch die Beurteilung der Möglichkeiten und Grenzen der Verwertung von Routinedaten einer österreichischen Krankenkasse für Versorgungsforschung geschärft. Festzuhalten ist, dass mit einer erheblichen Zahl an Unschärfen, Hürden und Fallstricken bei der Arbeit mit diesen Daten zu rechnen ist, dass aber mit ausreichendem Systemwissen, sowie Wissen über die Herkunft der Daten und ihrer Aussagekraft eine wertvolle Ergänzung anderer Methoden der Versorgungsforschung zu erreichen ist.

Insgesamt empfiehlt es sich Versorgungsforschung mit Fokus auf vulnerable Gruppen zu verstärken, da – wie in Kapitel 2.1 ausgewiesen – diese Gruppen in einem Bundesland wie Oberösterreich immerhin einige zehntausend Personen umfassen, die signifikant mehr Krankenversorgungsleistungen in Anspruch nehmen und daher – abgesehen von der menschlichen Belastung durch Krankheit – auch aus Sicht der dadurch entstehenden Kosten für Unternehmen (Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit) und die Krankenkassen eine relevante Größe darstellen.

Literatur

Berkman, L. und L. Syme: Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents. American Journal of Epidemiology, 109, 1979

Bourdieu, P.: Vortrag während der „Recontres européennes contre la précarité“, Grenoble, 12./13.12.1997, <http://www.prekarisierung.de/tolleseite/TEXTE/prekabourdieu.htm> (Zugriff 28.10.2009)

Bucher, H. und F. Gutzwiller: Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention, Thieme Verlag Stuttgart, 1993

FPÖ Simmering, <http://www.fpo-simmering.at/sozial130.htm> (Zugriff 08.10.2009)

Gash, V. et al.: Are Fixed-Term Jobs Bad for your Health? A comparison of West-Germany and Spain; IAB Discussion Paper Nr. 8, Bundesagentur für Arbeit, 2006
<http://doku.iab.de/discussionpapers/2006/dp0806.pdf> (Zugriff 28.10.2009)

Grobe, T. und F.W. Schwartz: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Robert Koch Institut (Hrsg.), 2003

IHS Institut für höhere Studien (IHS), Wien, Berechnung öffentlicher Gesundheitsausgaben und <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/gesundheitsausgaben19052006.pdf> (Zugriff 28.10.2009)

Jahoda, M. et al.: Die Arbeitslosen von Marienthal: Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit, Suhrkamp, 2007

Kieselbach, T.: Beratungsgespräch in der OÖ Gebietskrankenkasse, Linz, 26. Juni 2008

Klimont et al.: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit – Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung; Statistik Austria im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2008
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=458 (Zugriff 28.10.2009)

Küçük, F.: Referat im Rahmen der Wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health „Migration, Kultur und Gesundheit“, Linz, 24. September 2009

Marmot, M. et al.: Socioeconomic status und disease. Annual Review of Public Health, 8, 1987

Marmot, M. et al.: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, WHO, Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT, 2008
http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html (Zugriff 28.10.2009)

Penner, M.: Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand unter spezieller Berücksichtigung älterer Arbeitsloser. Paper 27 aus der Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der OÖ Gebietskrankenkasse (Hrsg.), Linz, 2009

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens:
Kooperation und Verantwortung, Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung, Gutachten Kurzfassung, 2007
<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Zugriff 28.10.2009)

Stelzer-Orthofer, C. et al.: Armutsbericht Oberösterreich 2008: Migration und Integration,
Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik Johannes Kepler Universität Linz, in
Zusammenarbeit mit der Sozialwissenschaftlichen Vereinigung (Hrsg.), 2008

Swart E. und P. Ihle.: Routinedaten im Gesundheitswesen - Handbuch Sekundärdaten-
analyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven, Swart und Ihle (Hrsg.), Verlag Hans
Huber, 2005

Wesenauer, A und S. Sebinger: (Un)gleich? – ein Thema der sozialen
Krankenversicherung? In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Wesenauer und Sebinger
(Hrsg.), Mabuse-Verlag, 2009

Whitehead M., 9. Österreichischen Präventionstagung FGÖ Wien, 15. November 2007,
[http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/9-
osterreichische-praeventionstagung-soziale-ungleichheit-und-gesundheit](http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/9-osterreichische-praeventionstagung-soziale-ungleichheit-und-gesundheit) (Zugriff 28.10.2009)

AutorInnenliste:

Mag. Werner Bencic, MPH
Leiter des Referates für Wissenschaftskooperation der OÖ Gebietskrankenkasse

Karin Kastner
Mitarbeiterin des Referates für Wissenschaftskooperation der OÖ Gebietskrankenkasse,
zuständig für Datenauswertungen

MMag. Martin Reif
Wissenschaftlicher Mitarbeiter des Institutes für Gesundheitsplanung in Linz