

Probleme des Sozialstaats NF 45: (Projektno: 4045-059698)

Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.

Projektmitarbeiter/innen¹: (in alphabetischer Reihenfolge)

Brigitte Bisig (Projektleitung), Silvia Dehler, Gianfranco Domenighetti, Margreet Duetz, Matthias Egger, Gerhard Gmel, Andreas U. Freiburghaus, Felix Gutzwiller, Karin Huwiler, Fred Paccaud, Dragana Radovanovic, Matthias Schwenkglens, Thomas D. Szucs, Aydin Taskin, Piotr Urbaniak, Vincent Wietlisbach

Einführung

Welche Faktoren – neben dem Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten – beeinflussen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen? Bisher wusste man nur wenig darüber. Das Forschungsprojekt von Brigitte Bisig und ihrem Team¹ hatte zum Ziel, die Informationen dazu zu verbessern und Ärzteschaft sowie Bevölkerung, aber auch Verantwortliche in der Gesundheitspolitik besser zu informieren. Das interdisziplinäre Team – aus den Bereichen Präventivmedizin, Soziologie und Ökonomie – zeichnete sich durch eine gemeinsame „Public Health“-Sichtweise aus. Es wurden ausschliesslich bestehende Datenquellen ausgewertet. Hauptdatenquellen waren die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen SGB des Bundesamtes für Statistik von 1992 und 1997.

Einige Resultate²

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist nicht nur vom Gesundheitszustand abhängig. Faktoren wie Geschlecht, Wohnregion, Nationalität, Sozialschicht und Versicherungsstatus bestimmen mit, ob und wie oft jemand Gesundheitsleistungen (Vorsorge oder kurativ) nachfragt.

Personen aus tieferen Sozialschichten nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als Personen aus hoher Sozialschicht. In der französischen Schweiz sind Spezialarztkonsultationen, ambulante Spitalkonsultationen und Notfallkonsultationen häufiger und Zahnarztkonsultationen seltener als in der deutschen Schweiz. Früherkennungsmassnahmen sind bei Personen in der Peripherie/in Kleinzentren seltener als bei Personen in Grosszentren/Metropolen. Krebsfrüherkennungsmassnahmen (wie Hautuntersuchung, Gebärmutterhalsabstrich, Brustuntersuchung (Palpation durch Arzt) und Prostatauntersuchung) sind bei Ausländerinnen und Ausländern seltener als bei Schweizerinnen und Schweizern. Aber auch der Versicherungsstatus scheint bei der Inanspruchnahme eine Rolle zu spielen: Personen mit einer Zusatzversicherung für stationäre Behandlungen im Spital (Privatversicherung) nehmen generell mehr Leistungen in Anspruch als Personen mit einer Allgemeinversicherung. Dies gilt für kurative, aber auch paramedizinische Leistungen (inkl. Komplementärmedizin) und Vorsorge-/Früherkennungsmassnahmen. In der Präventivmedizin beunruhigt v.a. die Tatsache, dass Früherkennungs-/Vorsorgeleistungen (Bsp. Brustkrebs- und Hautkrebsfrüherkennung) seltener gemacht werden bei Personen mit Allgemein- als mit Spital-Zusatzversicherung.

Die erwähnten Unterschiede nach soziodemographischen, regionalen und strukturellen (Versicherungsstatus) Faktoren zeigen sich nicht nur in der Schweiz. Eine Vielzahl ausländischer Studien bestätigen die hier gezeigten Ergebnisse.

¹ Für die Liste der Projektmitarbeiter/innen mit Postadressen vgl. den Anhang 1

² Die Übersicht über die untersuchten Themen ist dem Anhang 2 zu entnehmen

Schlussfolgerungen/Massnahmen

Indem diese möglichen soziodemographischen, regionalen und strukturellen (Versicherungsstatus) Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nun besser beschrieben sind, besteht eine Grundlage für Strategien der Gesundheitspolitik.

Besonders Personen mit tiefem sozioökonomischem Status sind eine wichtige Zielgruppe für Massnahmen der Gesundheitsförderung. Die einheitlich tieferen Anteile der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen bei tiefer im Vergleich zu hoher Schicht weisen auf einen Handlungsbedarf hin. Aus den vorliegenden Informationen geht jedoch nicht hervor, ob Personen aus tieferen Schichten diese Leistungen selbst seltener anfordern beim Arzt oder ob die Ärzteschaft bei dieser Personengruppe generell diese Leistungen seltener verordnet. Hier würden qualitative Befragungen in Arztpraxen mehr Klarheit liefern.

Unabhängig davon, von wem die Initiative für Vorsorgeuntersuchungen ausgeht, sind jedoch folgende Massnahmen vordringlich: Personen aus tieferen Sozialschichten müssen vermehrt gezielt mit Informationen zur Krankheitsfrüherkennung versorgt werden. Falls es sich um Personen handelt, welche die Schweizer Landessprachen schlecht verstehen (Migrantinnen und Migranten), sollten die Informationen in der entsprechenden Muttersprache bereitgestellt werden. Der Einsatz von Mediatorinnen gleicher Nationalität wäre wünschenswert zum Beispiel bei der Krebsvorsorge bei Frauen (Brust-/Gebärmutterhalskrebs). Aufgrund einer vergleichbaren kulturellen Prägung würden Präventionsbotschaften durch eine Frau aus demselben Kulturkreis einfacher akzeptiert. Ein Beispiel für solche Initiativen bei türkischen Immigrantinnen ist die Organisation Derman.

Eine weitere wichtige Massnahme bei dieser Personengruppe wäre eine spezifische Informationskampagne zum Thema „Wann muss ein Arzt aufgesucht werden und welche Krankheiten lassen sich selbst kurieren“. Wichtig ist auch die Information zur Inanspruchnahme von Notfalldiensten. Personen aus tieferen Schichten nehmen diese häufiger in Anspruch. Es gibt Hinweise, dass – falls es sich dabei um Migrantinnen und Migranten handelt – dies aus Unkenntnis des Schweizer Gesundheitssystems erfolgt. Es sollte vermehrt informiert werden, dass bei nicht akuten Gesundheitsproblemen der Hausarzt (und nicht der Notfalldienst, ggf. Spital) als erster Ansprechpartner kontaktiert werden sollte.

Dass Personen aus weniger privilegierten Schichten seltener zu Spezialärzten gehen als Personen aus hoher Schicht, lässt sich nicht eindeutig interpretieren. Entweder geht diese Personengruppe bei Gesundheitsproblemen seltener direkt zu einem Spezialarzt oder diese Personengruppe wird seltener von einem Allgemeinarzt bei Bedarf zu einem Spezialisten überwiesen. Auch dieser Befund müsste mit qualitativen Analysen in Arztpraxen überprüft werden. Generell muss jedoch gesichert sein, dass auch Personen tiefer Sozialschicht bei Bedarf von neuen therapeutischen Massnahmen – die ggf. eher von Spezialärztinnen und Spezialärzten angeboten werden – profitieren können.

Eine wichtige Massnahme ist nicht nur die erwähnte Information der Patientinnen und Patienten, sondern auch der Ärzteschaft. Denn die hier präsentierten Befunde geben Hinweise darauf, dass Personen mit tiefer Schulbildung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Defizite aufweisen, die es zu beheben gilt und wo – neben der Patientenschaft selbst – auch die Ärzteschaft eine wichtige Akteurin sein kann. Die Ärzteschaft sollte sich der hier präsentierten Befunde – auch wenn sie noch nicht mit klinischen Daten bestätigt sind – bewusst werden, mit dem Ziel einer Selbstüberprüfung ihres medizinischen Handelns. Jeder Arzt und jede Ärztin sollte sich fragen: Behandle ich alle Patientinnen und Patienten gleich? Nehme ich die Aufgabe der Aufklärung über die geplante Behandlung und deren Nutzen und Risiken bei allen sozialen Schichten in gleicher Weise wahr und passe ich die Kommunikation (Fachausdrücke) dem Bildungsstand der Patientin/des Patienten an? Weise ich Patient/innen aus tieferen Sozialschichten, die erfahrungsgemäss weniger Kenntnisse über Gesundheitsvorsorge haben, auf entsprechende Informationen/Massnahmen hin?

Aber auch die Politik ist gefordert. Nachdem sich die Bildung als zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit erweist (vgl. dazu die Literatur im Anhang), sollte die Verbesserung der Bildungschancen auch bei Kindern in tieferen sozialen Schichten permanent – auch in Zeiten von Budgetkürzungen im Staatshaushalt – auf der Agenda der Politik stehen.

Die regionalen Unterschiede der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lassen vermuten, dass ein Teil der Unterschiede bei den kurativen Leistungen nicht ausschliesslich medizinische Gründe – wie unterschiedliche Häufigkeit von Beschwerden, Krankheiten und Unfällen – haben. Sie können auch durch das Angebot (Ärztedichte) bzw. ein regional unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten mit beeinflusst sein. Somit sind sowohl Massnahmen auf Seite Patientenschaft als auch Ärzteschaft zu postulieren. Aber auch die Forschung ist weiterhin gefordert. Die auffälligen regionalen Unterschiede der Inanspruchnahme sollten vertieft untersucht werden, wenn möglich auf der Basis klinisch abgesicherter Daten.

Bei Unterschieden nach Sprachregion muss ggf. auf kulturell unterschiedliches Verhalten geschlossen werden. Solche traditionell verankerte Verhaltensweisen lassen sich nur schwer verändern. Für die Einführung von Massnahmen zur Reduktion dieser Unterschiede wäre es jedoch wichtig, mehr über kulturell bedingten Verhaltensweisen zu wissen. Auch hier wären zusätzliche Studien vordringlich.

Bei den Unterschieden der Inanspruchnahme von Früherkennungs-/Vorsorgeleistungen nach Sprachregionen müsste geprüft werden, ob es regionale Unterschiede der Ausbildung/Information der Ärzteschaft über die Notwendigkeit, den Sinn und den Nutzen dieser Massnahmen gibt (Stichwort: unterschiedliche Doktrin in den verschiedenen universitären Ausbildungszentren der Schweiz). Auch hier wären entsprechende Studien vordringlich.

Bei den Unterschieden nach Regionstypen wie Grosszentren und Peripherie muss als mit beeinflussender Faktor die Ärztedichte vermutet werden (höhere Inanspruchnahme in Grosszentren mit höherer Ärztedichte). Analysen des Zusammenhangs zwischen Gesundheitskosten und der Ärztedichte nach Kanton bestätigen diese Annahme (vgl. dazu Domenighetti 1994 und Crivelli et al. 2003 in der Literaturliste im Anhang). Somit sollten Diskussionen zur Kontrolle von Gesundheitskosten stets auch den Aspekt der Regulierung der Ärztedichte beinhalten. Zur Verringerung der Spezialarztkonsultationen eignet sich zudem eine generelle Einführung des Hausarztmodells. Bei der Interpretation der Unterschiede nach Raumtypen muss jedoch neben der Möglichkeit einer Übernutzung von Leistungen stets auch der Aspekt einer möglichen Unternutzung von Leistungen einbezogen werden (Stichwort: Unternutzung in der Peripherie).

Beim Befund, dass Personen mit einer Privatversicherung generell mehr Leistungen in Anspruch nehmen als Personen mit einer Allgemeinversicherung, kann nicht unterschieden werden, wer die „Initiative“ für diese Leistungen ergreift. Das heisst, ob diese Leistungen von Personen mit Allgemeinversicherung seltener nachgefragt werden oder ob Ärztinnen und Ärzte bei Personen mit Privatversicherung generell häufiger diese Leistungen vornehmen bzw. die Personen an entsprechende Spezialärztinnen und -ärzte überweisen. Ziel der vorliegenden Studie war es jedoch nicht, die Ursachen für die beobachteten Unterschiede der Inanspruchnahme nach Versicherungsstatus zu ermitteln. Die vorliegenden Datenquellen beinhalten keine entsprechenden Informationen. Es ging vielmehr um eine Bestandsaufnahme, die als Anregung für vertiefte Forschung dienen soll.

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Verbesserung der Datenlage. Die vorliegenden Analysen auf der Basis von Gesundheitsbefragungen können nur Hinweise auf mögliche Problembereiche geben, die vertieft geprüft werden sollten. Entsprechende Studien sollten jedoch auch seitens der Leistungserbringer initiiert werden (Spitalstudien), um die Akzeptanz der Befunde in der Ärzteschaft zu erhöhen.

Die Anerkennung und Behebung von Datenlücken ist eine vordringliche Forderung dieses Projekts. Denn nur auf der Basis von regelmässig und in vergleichbarer Form – wenn möglich auch im Rahmen von prospektiven Studien – erfasster Daten können Massnahmen im Bereich

Gesundheit und Gesundheitsversorgung und ihrer individuellen bzw. strukturellen Einflussfaktoren untersucht werden.

Publikation des Schlussberichts

Der Schlussbericht wird im März 2004 in Buchform in zwei Bänden (Band 1 „Gesamtübersicht“ und Band 2 „Detailresultate“) zur Verfügung stehen. Titel: „Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus“. Für die Liste der Autor/innen sei auf den Anhang 1 und für eine Übersicht über die behandelten Themen auf den Anhang 2 verwiesen.

Weiterführende Literatur zum Thema:

- Datenquellen Gesundheitsbefragungen SGB 92/93 und 97:

Bundesamt für Statistik (Hrsg). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detaillierergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik; 1998.

Bundesamt für Statistik (Hrsg). *Schweizerische Gesundheitsbefragung: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik; 2000.

- Unterschiede der Inanspruchnahme nach Geschlecht

Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber; 2002.

Dehler S, Bisig B. Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung des Herzinfarkts zwischen Frauen und Männern. In: Bisig B, Gutzwiller F (Hrsg). *Frau und Herz: Epidemiologie, Prävention und Behandlung der koronaren Herzkrankheit bei Frauen in der Schweiz*. Bern: Hans Huber; 2002. p. 225-52.

Kühni C, Sennhauser F. The Yentl Syndrome in childhood asthma: risk factors for undertreatment in Swiss children. *Pediatr Pulmonol* 1995;19:156-60.

Radovanovic D, Bisig B, Gutzwiller F et al. Akuter Herzinfarkt in der Schweiz – gibt es Unterschiede der Behandlung zwischen Frau und Mann? *CardioVasc* 2003;5: 21-23

- Unterschiede der Inanspruchnahme nach Nationalität

Bundesamt für Gesundheit. *Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2002.

Taskin A, Luks K, Gehring TM. *Gesundheitsversorgung von Migrant/innen in der Agglomeration Zürich*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 2002.

Vranjes N, Bisig B, Gutzwiller F. *Gesundheit der Ausländer in der Schweiz - Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93, BFS*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1995.

Weiss R. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo; 2003.

- Unterschiede der Inanspruchnahme nach Sozialschicht

Bisig B, Bopp M, Minder C. Sozio-ökonomische Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg). *Sozialepidemiologie*. Weinheim & München: Juventa; 2001. p. 60-70.

Huwiler K, Bichsel M, Junker C, Minder C. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz. Eine Spezialauswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik; 2002.

Mielck A. *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber; 2000.

- Unterschiede der Inanspruchnahme nach Region

- Crivelli L, Filippini M, Mosca I. *Federalismo e spesa sanitaria regionale: analisi empirica per i Cantoni svizzeri*. Lugano: Università della Svizzera italiana, Mecop; 2003.
- Domenighetti G, Limoni C. Effet de la densité médicale sur les dépenses pour la médecine ambulatoire en Suisse. *Ars Medici* 1994;14:966-969.

- Unterschiede der Inanspruchnahme nach Versicherungsstatus

- Balli S, Fey MF, Hänggi W et al. Ovarian cancer. An institutional review of patterns of care, health insurance and prognosis. *European Journal of Cancer* 2000;36(16):2061-8.
- Bisig B, Gutzwiller F, Domenighetti G. Die Häufigkeit von Operationen in der Schweiz nach Versicherungsstatus. *Swiss Surg* 1998;4:109-17.
- Richter M, Laffer U, Ayer G et al. Wird tatsächlich zu häufig appendektomiert? Resultate der prospektiven Multicenterstudie der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinchirurgie (SGAC). *Swiss Surgery* 2000;6(3):101-7

Anhang 1: Adressen der Projektmitarbeiter/innen (in alphabetischer Reihenfolge)

Bisig Brigitte	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrasstr. 30, CH-8006 Zürich
Dehler Silvia	Verein Outcome, Josefstr. 59, CH-8005 Zürich
Domenighetti Gianfranco	Institut d'Economie et Management de la Santé, Université de Lausanne und Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS), Sezione sanitaria, Via Orico 5, CH-6500 Bellinzona
Duetz Margreet	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Abteilung für Gesundheitsforschung, Niesenweg 6, CH-3012 Bern
Egger Matthias	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Finkenhubelweg 11, CH-3012 Bern
Freiburghaus Andreas U.	MedConsulting, im Chramen 9, CH-8712 Stäfa
Gmel Gerhard	SFA/ISPA, case postale 870, CH-1001 Lausanne
Gutzwiller Felix	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrasstr. 30, CH-8006 Zürich
Huwiler Karin	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Finkenhubelweg 11, CH-3012 Bern
Paccaud Fred	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, rue du Bugnon 17, 1005 Lausanne
Radovanovic Dragana	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrasstr. 30, CH-8006 Zürich
Schwenkglens Matthias	European Center of Pharmaceutical Medicine (ECPM), Universitätsspital, CH-4031 Basel
Szucs Thomas D.	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Gloriasstr. 18a, CH-8006 Zürich
Taskin Aydin	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Sumatrasstr. 30, CH-8006 Zürich
Urbaniak Piotr	Gertrudstrasse 82, CH-8003 Zürich
Wietlisbach Vincent	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, rue du Bugnon 17, 1005 Lausanne

Anhang 2: Behandelte Themenbereiche

A. Gesamtübersicht

Geschlecht und Inanspruchnahme *B. Bisig, D. Radovanovic, F. Gutzwiller*

Sozialschicht und Inanspruchnahme

- Bildung eines aggregierten Schichtindex in der Schweiz *G. Gmel, B. Bisig*
- Schulbildung/Sozialschicht und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen *B. Bisig, G. Gmel*

Nationalität und Inanspruchnahme *A. Taskin, B. Bisig*

Region und Inanspruchnahme *B. Bisig, F. Gutzwiller*

Versicherungsstatus und Inanspruchnahme

- Literaturreview: Versicherungsstatus und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (englisch) *A.U. Freiburghaus, B. Bisig, M. Schwenkglenks, F. Gutzwiller*
- Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Hausarztmodellen im Vergleich zur herkömmlichen Krankenpflegeversicherung. Das Beispiel Aarau (HAMA-Studie) *M. Schwenkglenks, P. Urbaniak, Th. D. Szucs*
- Versicherungsstatus (Spitalversicherung und Franchise) und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen *B. Bisig, A.U. Freiburghaus, M. Egger, F. Gutzwiller*

B. Detailresultate

Krankheits-Früherkennung/-Vorsorge nach Alter, Schulbildung, Nationalität, Wohnregion (und Geschlecht)

- Brustkrebsfrüherkennung *B. Bisig, F. Paccaud, F. Gutzwiller*
- Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung *S. Dehler, B. Bisig, F. Gutzwiller*
- Hautkrebs-Früherkennung *B. Bisig, F. Gutzwiller*
- Grippeimpfung *K. Huwiler, B. Bisig*
- HIV-Test *K. Huwiler, B. Bisig*
- Hormonersatztherapie *M. Duetz, B. Bisig*

ambulante und stationäre Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter, Schulbildung, Nationalität und Wohnregion

- Arzt-/Spitalkonsultationen (französisch) *V. Wietlisbach, B. Bisig*
- Operationen *B. Bisig, F. Gutzwiller, A. Taskin, G. Domenighetti*
- Komplementärmedizin *B. Bisig, V. Wietlisbach, F. Gutzwiller*

Paramedizinische Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter, Schulbildung, Nationalität, und Wohnregion (französisch) *V. Wietlisbach, B. Bisig*