

Daniel Ackermann, Matthias Niklowitz, Peter C. Meyer, Christian Suter

Abteilung für Psychosoziale Medizin, Psychiatrische Poliklinik,
Universitätsspital Zürich

Wirtschaftliche Lage Betagter und Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung

Zusammenfassung

Die gesundheitlich-sozialen Bedürfnisse Betagter und deren Abdeckung wird in einer Studie untersucht. Nur ein schwacher Zusammenhang wird gefunden zwischen dem Einkommen und der Inanspruchnahme von möglichen finanziellen Ressourcen. Demgegenüber spielt Bildung für die Ausschöpfung von Ergänzungsleistungen der Altersversicherung eine zentrale Rolle. Die Problematik für die Zuteilung von materieller Unterstützung nach Gesuch und Bedarfsnachweis wird diskutiert.

Angesichts der Zunahme der Zahl der Betagten¹ wird es immer wichtiger, über zuverlässige Grundlagen für die sozialmedizinische Planung zu verfügen. Der Einsatz der beschränkten Mittel lässt sich nur bei bekanntem Anforderungs- und Bedürfnis-Profil sinnvoll planen. Neben der zunehmenden Zahl der Betagten verschärft heute auch der grosse Spardruck der öffentlichen Hand die Situation professioneller Unterstützungsorganisationen wie beispielsweise der spitalexternen Krankenpflege SPITEX zusätzlich^{2,3}. Dabei ist der Unterstützungsbedarf⁴ gut dokumentiert: Nach der Studie von Abelin/Schlettwein-Gsell 1986⁵ brauchen von den 76–85jährigen 18,8% täglich Hilfe, nämlich 12,7% im Bereich Haushalt und 6,1% im Bereich Pflege. Für die über 85jährigen Hochbetagten liegen die Zahlen bei 46,1% tägli-

chem Hilfebedarf total noch deutlich höher, aufgliedert in 13,7% im Haushalt und 32,4% in der Pflege.

Wirtschaftliche Lage der Betagten

In der Diskussion um die Fragen der Unterstützung von Betagten durch konkrete Hilfeleistungen spielt die Frage nach der materiellen Situation der Betagten eine wichtige Rolle⁶. Welche finanziellen Belastungen sind den Betagten zuzumuten, wie soll das System der finanziellen Unterstützung gestaltet sein? Dazu ein kurzer Exkurs in die aktuelle Situation der Finanzierung von spitalexternen Krankenpflege Spitex in der Schweiz durch die Privatversicherungen wie z.B. Krankenkassen.

Finanzierung der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) in der Schweiz

Die Leistungen für den Ersatz von Pflegekosten in der ambulanten Versorgung variieren massiv von Kasse zu Kasse und von Police zu Police. So gibt es heute Krankenkassen, die die effektiven Pflegekosten zuhause im Maximum bis zu 360 Tagen ersetzen, wenn diese durch Krankheit oder einen Unfall verursacht worden sind, wenn ein Spitalaufenthalt abgekürzt wird oder vermieden werden kann und wenn die Leistungen von diplomiertem Krankenpflegepersonal erbracht werden. Kosten für die Haushaltsführung bei Krankheit werden unter denselben Bedingungen übernommen, jedoch zeitlich viel restriktiver. Bei den genannten Ansätzen handelt es sich um maximal gute Angebote. Da von Gesetzes wegen keine Leistungspflicht besteht, ist die Skala der erbrachten Leistungen nach unten völlig offen, d.h. einige Krankenkassen übernehmen keine Spitexkosten. Hier wird das 1996 in Kraft tretende neue Krankenversicherungsgesetz (KVG) der Schweiz⁷ eine Vereinheitlichung bringen, wenn auch auf einem gegenüber der stationären medizinischen Versorgung weiterhin deutlich tieferen

Niveau. Weiterhin nicht in der Grundversicherung der Krankenkassen eingeschlossen sind aber auch nach dem neuen Gesetz Leistungen für diejenige Pflege und Unterstützung, die jemand unabhängig von Krankheit oder Unfall benötigt. Es gibt weiterhin keine Kassenleistungen für Pflege und Unterstützung im Alter, falls keine klar diagnostizierbare Krankheit vorliegt.

Risikofaktoren für Hilfsbedürftigkeit

In der bereits zitierten Studie von Abelin und Schlettwein-Gsell erschien als wesentlichster Risikofaktor für Hilfsbedürftigkeit der sozioökonomische Status. Betagte der untersten Sozialschicht fanden sich fünfmal häufiger in Pflegeheimen und zehnmals häufiger in Wohnheimen als gutsituierte Betagte. Sie benötigten in allen Bereichen mehr Hilfe als gutsituierte Betagte, insbesondere sehr viel mehr tägliche Hilfe im Haushalt. Zahlreiche Studien bestätigten den erhöhten Hilfebedarf von Betagten aus unteren sozialen Schichten¹. Durch die SOCIAL-DATA-Studie von Brög⁸ ist bekannt, dass die grössten Versorgungsdefizite bei den leichteren Graden der Hilfsbedürftigkeit bestehen. Schwer- und Schwerst-Hilfebedürftige werden besser erfasst und versorgt.

Ein tiefer sozioökonomischer Status ist verbunden mit deutlich höherem Hilfebedarf, und die wenig Hilfebedürftigen fallen besonders leicht durchs Versorgungsnetz, was sich negativ auf die Gesundheit auswirkt^{9–11}. Diese Problematik könnte verschärft werden durch die aktuellen Trends im Bereich der ambulanten öffentlichen Versorgung: Tarife sollen massiv angehoben werden, durch Kürzung von Subventionen soll dem Prinzip der Eigenwirtschaftlichkeit im Bereich der spitalexter-

nen Krankenpflege (Spitex) nähergekommen werden. Das erklärte Ziel dieser in einigen Schweizer Gemeinden verfolgten Politik liegt darin, nur noch bei hoher Hilfebedürftigkeit Leistungen zu erbringen und ausschliesslich nach dem Prinzip der Subsidiarität, das heisst, nach Ausschöpfen der persönlichen Ressourcen. Die Inanspruchnahme familiärer und anderer nichtprofessioneller Hilfeleistungen soll nicht länger konkurrenziert werden, man könnte aber auch sagen, sie soll finanziell erzwungen werden. Es wird in diesen Diskussionen kritisiert, dass das jetzige System der Verbilligung der Spitexleistungen an der Quelle zu einem Giesskannenprinzip beim Einsatz der Mittel führe und die Begehrlichkeit nach Hilfeleistungen steigere. Damit die Leistungen ausschliesslich in Situationen eines hohen effektiven Bedarfs in Anspruch genommen werden, sollen Systeme mit gezielter Ausrichtung von Beiträgen beim Nachweis einer hohen Bedürftigkeit geschaffen werden.

Ergänzungsleistungen zur schweizerischen Alters- und Hinterbliebenenversicherung AHV

Ein ähnliches, auf dem Nachweis von Bedürftigkeit beruhendes System ist bei den Sozialversicherungen bereits gut bekannt, nämlich das System der Ergänzungsleistungen zur AHV. Bei diesen Ergänzungsleistungen handelt es sich um finanzielle Leistungen, die nur gezielt bei erhöhter Bedürftigkeit ausbezahlt werden, und auch dies nur auf entsprechendes Gesuch hin. Einige Folgen dieses Systems werden nun untersucht, da es für die im Bereich der Finanzierung der ambulanten Pflege ins Auge gefassten Veränderungen Modellcharakter hat.

Fragestellungen und Hypothesen

Bei der vorliegenden Studie werden folgende Fragen untersucht:

1. Welche Zusammenhänge bestehen zwischen dem Einkommen der Betagten und ihrer Inanspruchnahme von finanziellen Hilfeleistungen (Ergänzungsleistungen zur AHV)?
2. Welche Rolle spielen weitere Einflussfaktoren (soziodemographische Merkmale, Bildung, Gesundheit) für die Inanspruchnahme der finanziellen Hilfeleistungen?

Aufgrund einer grossen Zahl eigener qualitativer und klinischer Beobachtungen vermuten wir, dass viele Anspruchsberechtigte finanzielle Hilfeleistungen trotz Bedarf nicht in Anspruch nehmen infolge fehlender oder falscher Information. Es ist anzunehmen, dass die Schulbildung für die Inanspruchnahme eine wichtige Rolle spielt, da höhere Bildung auch mit leichterem Zugang zu den entscheidenden Informationen verbunden ist. Ausserdem vermuten wir, dass weitere Variablen einen ähnlich grossen Einfluss auf die Inanspruchnahme finanzieller Unterstützung ausüben wie die finanzielle Situation. Dies trotz der ausschliesslich von der finanziellen Situation ausgehenden Festlegung der gesetzlichen Berechtigung zur Inanspruchnahme von Ergänzungsleistungen.

Methodik

Untersuchungsinstrument

Die in der vorliegenden Studie präsentierten Daten wurden im Rahmen einer quantitativ-strukturierten Befragung erhoben. In einem gut einstündigen, persönlichen Interview wurden folgende Themen angesprochen: Wohnsituation, Familie und Verwandte, Partner und Kinder, Nachbarn,

Freunde, Quartier, ehemaliger Beruf, Gesundheit, Krankheit und Behinderungen, belastende Lebensereignisse, Beanspruchung von Dienstleistungen, Institutionen inklusive Kosten, Hilfe geben und nehmen, sowie soziodemographische Angaben.

Ein grosser Teil der Interviewfragen wurde übernommen aus der „Längsschnittstudie über den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ)“^{6,11}. Dabei wurden nur diejenigen Indikatoren und Skalen verwendet, deren Inter-Item und Retest-Reliabilität aufgrund der eigens dazu durchgeführten Methodenstudie gute Werte erreichten¹². Die Skalen sind in einem Buch⁶ ausführlich beschrieben. Der Fragebogen und die Häufigkeitsverteilungen der Antworten sind in einem Forschungsbericht dokumentiert¹³.

Untersuchungsablauf

Mit dem beschriebenen Untersuchungsinstrument wurden 1992 und 1993 zwei Befragungen im Abstand von 12 Monaten bei Betagten in den drei Zürcher Stadtquartieren Affoltern, Höngg und Wiedikon/Friesenberg durchgeführt.

Als Betagte werden Personen bezeichnet, die über 74 Jahre alt sind. Die Zielpopulation besteht aus Betagten, die in einem eigenen Haushalt leben, dabei aber in mehr oder weniger grossem Ausmass auf die Hilfe von Laien oder Professionellen angewiesen sind. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Zielpopulation überdurchschnittlich häufig die Angebote der Spitex beansprucht und überdurchschnittlich häufig zum Arzt geht. Als Rekrutierungsorte der Stichprobe wurden deshalb einerseits die Spitex-Organisationen Haushilfe, Hauspflege und Gemeindegrenzenpflege und andererseits die Praxen der Quartierärzte (Allgemeinpraktiker und Internisten

der betreffenden Quartiere) gewählt.

Untersuchte Stichprobe

Die untersuchte Stichprobe von 171 Betagten ist in etwa dreigeteilt: ein Drittel der Adressen stammt von der Haushilfe, ein Drittel von Hauspflege und Gemeindegrenzenpflege und ein Drittel von Quartierärzten. Es war nicht möglich, eine präzise konstruierte Zufallsstichprobe von hilfsbedürftigen, aber selbständig wohnenden Betagten zu ziehen, da keine Adressliste dieser Population vorliegt. Mit dem gewählten Vorgehen wurde eine Stichprobe erreicht, die diese Population optimal repräsentiert. Bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt die Stichprobe eine gute Übereinstimmung mit der gesamten Zürcher Stadtbevölkerung des gleichen Alterssegmentes. Die Rekrutierung und die Merkmale der Stichprobe sind in einem Forschungsbericht¹⁴ detailliert beschrieben.

Insgesamt konnten 171 Interviews ausgewertet werden. 40% der Befragten sind 75- bis 79jährig, 34% 80- bis 84jährig, 19% 85- bis 89jährig und 7% 90- bis 95jährig. Die Frauen sind mit 73% in der Mehrheit. 34% der Befragten wohnen mit einem Partner, meist mit dem Ehepartner zusammen, 66% wohnen allein.

Praktische Durchführung der Befragung, Mini-Mental-Score

Da in der Zielpopulation mit einem erheblichen Anteil von Demenzzkranken gerechnet werden musste – nach verschiedenen Quellen^{15,16} mit bis zu 15% – und da sich bei dieser Gruppe das Untersuchungsinstrument eines strukturierten Interviews nicht sinnvoll einsetzen lässt, wurde dem Fragebogen die Kurzversion der Zürcher Variante des Mini Mental Scores

(Folstein, adaptiert nach Wettstein, 1991)^{17,18} vorangestellt.

Bei einem Score von weniger als 8 Punkten bei einem Wertebereich von 0 bis 10 Punkten wurde das Interview nach den ersten Fragen abgebrochen. Von den insgesamt 175 Interviews mussten 4 vorzeitig beendet werden wegen eines ungenügenden Scores im Minimal-Mental-Test.

Die verbleibenden 171 Betagten konnten mit dem ganzen Fragebogen interviewt werden (N = 171).

Resultate

Vergleich mit repräsentativer Bevölkerungsstichprobe

Die Betagtenstichprobe wird verglichen mit der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe des Projektes LÄNGSOZ, die mit einem grossteils identischen Fragebogen interviewt wurde und die 125 über 74jährige Personen enthält. Der Vergleich wird auf 75- bis 89jährige Personen beschränkt, da die Zahl der über 89jährigen in den Stichproben für einen sinnvollen Vergleich zu klein ist. Die Stichprobe der betagten Benutzerinnen und Benutzer von Spitexdiensten und Quartierärzten wird in diesem Vergleich der Einfachheit halber „Spitex-Stichprobe“ genannt.

Der Frauenanteil von 71,7% der Spitex-Stichprobe (nur 75- bis 85jährige) unterscheidet sich gemäss Chi-Quadrat-Test nicht signifikant von demjenigen der Bevölkerungsstichprobe (68,0%). Das Durchschnittsalter beträgt 80,9 Jahre in der Spitex-Stichprobe und 79,6 Jahre in der Bevölkerungsstichprobe; der Unterschied ist signifikant ($p < 0,05$, T-Test). Der Altersunterschied ist mit einem Geschlechtsunterschied verknüpft, indem in der Spitex-Stichprobe die 85- bis 89jährigen und in dieser Altersgruppe ausserdem die Frauen überrepräsentiert sind. Für die weiteren Vergleiche wurde die

Alters- und Geschlechtsverteilung der Bevölkerungsstichprobe mit einem statistischen Gewichtungungsverfahren an diejenige der Spitex-Stichprobe angeglichen. Die im folgenden präsentierten Unterschiede zwischen Spitex-Klienten und Bevölkerung bestehen deshalb unabhängig von der Alters- und Geschlechtsverteilung.

Entsprechend der Stichprobendefinition ist die Inanspruchnahme von Ärzten und Spitex-Diensten in der Spitex-Stichprobe weitaus grösser als in der Bevölkerung. Das (teuerungsbereinigte) Einkommen der Spitex-Klienten unterscheidet sich nicht signifikant von demjenigen der Bevölkerung, während die oberen Bildungsschichten (qualifizierte Angestellte, Akademiker) in der Spitex-Stichprobe interessanterweise überrepräsentiert, die Bildungsunterschicht (Personen ohne Berufsausbildung und mit wenig Schulbindung) unterrepräsentiert sind.

Bezüglich Gesundheit zeigen sich bei den Spitex-Klienten signifikant höhere Werte auf den Skalen „körperliche Alltagsbeschwerden“ und „leichte psychische Störungen“ als in der Bevölkerung. Behinderungen wurden erfasst mit Fragen zu Schwierigkeiten in verschiedenen alltäglichen Tätigkeiten.

Spitex-Klienten sind in alltäglichen Haushaltsarbeiten und bezüglich Mobilität (Treppensteigen, Haus verlassen) weitaus häufiger behindert als die Bevölkerung (Tabelle 1). Schwierigkeiten beim Ankleiden (ein Indikator für schwere Behinderungen) sind allerdings mit 10,7% selten und nicht signifikant häufiger als in der Bevölkerungsstichprobe (6,2%). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss bedacht werden, dass demente, nicht interviewfähige Personen nicht befragt wurden.

Der empirische Vergleich der Spitex-Stichprobe mit der repräsentativen Bevölkerungsstichprobe bestätigt, dass die Zielpopulation der leicht behinderten,

Schwierigkeiten mit	Spitex-Klienten	Bevölkerung	Sig.
Treppensteigen	52,2	33,9	**
Haushaltsarbeit	50,3	24,6	***
Einkaufen	39,6	16,2	***
Haus verlassen	34,6	7,4	***
Schreiben	25,8	26,3	n.s.
Kochen	24,5	6,7	***
Sich ankleiden	10,7	6,2	n.s.
N	159	122	

Anmerkungen:

Spitex-Klienten: Stichprobe der vorliegenden Untersuchung (Projekt SUGES).

Bevölkerung: Zufallsstichprobe der Wohnbevölkerung von zwei Quartieren der Stadt Zürich (Altstetten, Schwamendingen; vgl. Bösch, 1991), in der Alters- und Geschlechtsverteilung an die Spitex-Klienten-Stichprobe angeglichen.

Sig.: Signifikanzniveau, Chi-Quadrat, ***: 0,1%; **: 1%; *: 5%; n.s. (nicht sig.): p > 5%.

Tabelle 1. Behinderungen Betagter: Spitex-Klienten im Vergleich zur Bevölkerung. 75- bis 89jährige Personen, Stadt Zürich, Prozentanteil mit spezifischen Behinderungen.

hilfebedürftigen Personen erreicht wurde. Schwer behinderte und demente Betagte werden in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

Relatives Haushaltseinkommen

Aufgrund früherer Erfahrungen^{6,11} wurde eine erhebliche Verweigerungsrate bei der Frage nach dem Einkommen erwartet. Die Verweigerungsrate blieb aber tief, nur 18 der 171 Befragten verweigerten jede Angabe und 13 erklärten, über die finanzielle Situation nicht Bescheid zu wissen. Um das Einkommen zu erfassen, wurden die Befragten aufgefordert, sich selbst in Einkommenskategorien einzuteilen, wobei nach dem Einkommen des ganzen Haushalts gefragt wurde. Um dann das Einkommen verschieden grosser Haushalte miteinander vergleichen zu können, wird es nach der Anzahl der Personen, die im gleichen Haushalt wohnen, gewichtet. Es ist naheliegend, dass zwei zusammenlebende Personen weniger als die doppelten Lebenskosten einer alleinlebenden Person

haben. Diesem Umstand wird mit der Gewichtung der Einkommen mit sogenannten Äquivalenzskalen Rechnung getragen. Dadurch wird das gesamte Haushaltseinkommen auf Einpersonenhaushalte umgerechnet. Es wurde eine Umrechnungsskala benützt, die auf der von Leu et al.¹⁹ publizierten Skala basiert. Für Ein- und Zweipersonenhaushalte, aus denen sich die Stichprobe hauptsächlich zusammensetzt, ist diese Skala identisch mit der zum Zeitpunkt der Erhebung gültigen Skala der SKÖF (Schweiz. Konferenz für öffentliche Fürsorge). Die Details der Transformation sind an anderer Stelle eingehend beschrieben²⁰.

Bei einzelnen Befragten fehlten die notwendigen Angaben für die Indexbildung, so dass nur 130 Angaben ausgewertet werden konnten. Die Befragten teilten sich selbst in eine Einkommenskategorie ein. Anschliessend wurden diese Kategorien mit der Äquivalenzskala in das sogenannte „relative Haushaltseinkommen“ umgerechnet. 28% der Befragten sind in der untersten Einkommensklasse

bis SFr. 1500,- Monatseinkommen, 20% haben ein Einkommen von SFr. 1501,- bis 2400,-, 27% von SFr. 2401,- bis 2800,- und 25% sind in der obersten Einkommensklasse von über SFr. 2800,- Monatseinkommen.

Inanspruchnahme finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten

Die Ergänzungsleistungen zur AHV haben die Aufgabe, gezielt den finanziell Bedürftigsten zugute zu kommen. Ihre Ausrichtung erfolgt aber nicht automatisch, wenn eine Person eine bestimmte Einkommensgrenze unterschreitet, sondern nur auf entsprechendes Gesuch hin. Dabei werden auf der Einkommenseite neben der AHV-Rente Rentenleistungen früherer Arbeitgeber, Auszahlungen von privaten Versicherungen, Zinsen aus Vermögen und auch ein Vermögensverzehr von 10% des Reinvermögens pro Jahr miteingerechnet. Auf der Ausgabenseite werden Beiträge an Krankenkasse und Versicherungen, Schuldzinsen und Mietkosten mitberücksichtigt. Als Einkommensobergrenze galt 1992, also zum Zeitpunkt der

ersten Befragung, ein Jahreseinkommen eines Einpersonenhaushaltes von 15420 Franken, umgerechnet im Monat 1345 Franken. Mit der von uns verwendeten Äquivalenzskala wird das Haushaltseinkommen jeweils auf ein Einpersoneneinkommen umgerechnet. Es wird nun untersucht, wie hoch der Anteil der ergänzungsleistung-beziehenden Personen in vier Einkommensklassen ist. Aufgrund der Zielsetzung der Ergänzungsleistungen müsste dieser Anteil in der untersten Einkommensklasse sehr hoch sein und in den höheren Einkommensklassen stark zurückgehen.

In der untersten Einkommensklasse ist der Bezug von Ergänzungsleistungen erwartungsgemäss am häufigsten, 30,6% der Betagten in dieser Einkommensklasse beziehen Ergänzungsleistungen (Abbildung 1). Dieser Prozentsatz ist erstaunlich niedrig. Von der gesetzlichen Grundlage her wären nahezu alle AHV-Bezüger dieser Einkommensklasse zum Bezug von Ergänzungsleistungen berechtigt, da die 1992 geltende Einkommenslimite pro Monat wie bereits erwähnt bei SFr. 1345,- liegt.

Die Gründe für die tiefe Inanspruchnahme liegen bestimmt nicht in erster Linie bei einem fehlenden Bedarf. Hier zeigen sich vielmehr strukturelle Mängel in der Durchführung dieser die AHV ergänzenden finanziellen Sicherung. Die Ergänzungsleistungen werden im Gegensatz zu den Grundleistungen der AHV nur auf Gesuch hin erbracht. Der Gesuchsteller muss den Nachweis erbringen, dass für ihn die Leistungen der AHV zusammen mit eventuell vorhandenen zusätzlichen Einkommensquellen nicht zur Existenzsicherung ausreichen. Das Verfahren wird von den meisten Betroffenen als belastend erlebt, und die Leistungen werden eher als Almosen oder Fürsorgeleistungen aufgefasst. Der Grundgedanke der Ergänzung der Altersversicherung ist vielen Berechtigten – und einigen beteiligten Beamten – nicht vertraut.

Vieles weist darauf hin, dass in Bezug auf die Akzeptanz des Verfahrens erhebliche Unterschiede je nach Bildungsschicht-Zugehörigkeit bestehen. Für Angehörige der untersten Bildungsschicht stellt ein Verfahren, das einen Gang zu

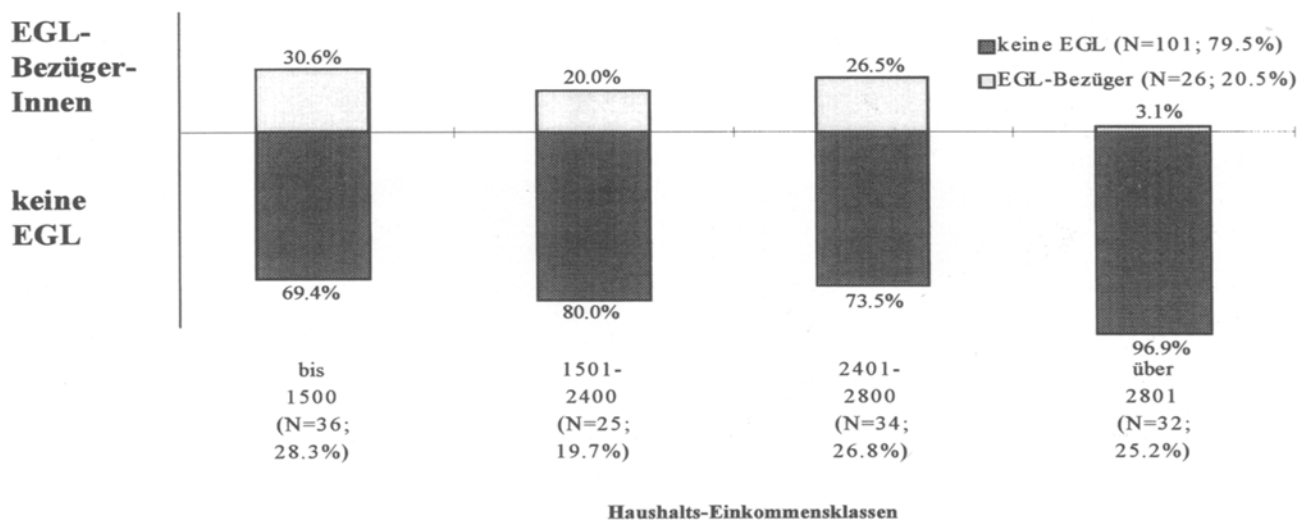


Abbildung 1. Prozentuale Anteile von BenutzerInnen der Ergänzungsleistungen der AHV und Haushaltseinkommensklassen Index Leu (N = 127).

Gemeindebeamten und das Ausfüllen eines schriftlichen Gesuches erfordert, eine höhere Hürde dar als für Angehörige einer mittleren Bildungsschicht. Die ganze Terminologie ist den wenig Gebildeten fremd und die schriftliche Erhebung schwierig. Ausserdem müssen die nötigen Belege beigebracht werden, was eine systematische Dokumentation oder zumindest ein geordnetes Sammeln aller Belege erfordert. Aus der grösseren Schichtdistanz zu Beamten ergibt sich das Gefühl einer unangenehmen Konfrontation, während Angehörige einer mittleren Schicht dieses Verfahren eher als „notwendiges Übel“ einstufen können.

In der nächsthöheren Einkommensklasse (bis SFr. 2400,-) nimmt der Bezug von Ergänzungsleistungen bereits deutlich ab: noch 20% der Betagten sind Bezüger. Diese Abnahme war zu erwarten. Erstaunlich ist jedoch der relativ hohe Bezügeranteil (26,5%) in der nächsthöheren Einkommensklasse (SFr. 2401,- bis 2800,-). Anders gerechnet: 34,6% aller Bezüger von Ergänzungsleistungen in unserer Stichprobe gehören zur mittleren Einkommensklasse von

SFr. 2401,- bis 2800,-! Erst in der höchsten Einkommensklasse (über SFr. 2800,-) ist der Anteil der Ergänzungsbezüger mit 3,1% sehr gering.

Diese Verteilung löst Erstaunen aus. Von der Zielsetzung und von der gesetzlichen Grundlage her wäre zu erwarten, dass in der Einkommensklasse von SFr. 2401,- bis 2800,- der Ergänzungsleistungs-Bezügeranteil viel tiefer wäre, da das Einkommen dieser Gruppe deutlich über der gesetzlichen Obergrenze von SFr. 1345,- liegt. Die grosse Differenz von SFr. 1345,- zu SFr. 2400,- erfordert eine Erklärung. Sie dürfte darin liegen, dass für die Ausrichtung von Ergänzungsleistungen ein Einkommen *nach* Abzügen entscheidend ist, wobei als betragsmässig grösste Abzüge die Wohnkosten und die Beiträge an Krankenkassen und Versicherungen ins Gewicht fallen. Ausserdem können klassische steuertechnische Instrumente wie Schuldzinsen vom Einkommen abgezogen werden bei der Bemessung der Ergänzungsleistungs-Berechtigung. Die Einteilung in Einkommensklassen in unserer Untersuchung erfolgt dagegen gemäss dem selbst an-

gegebenen Einkommen *vor* Abzügen.

Die Korrelationen zwischen den Schichtindikatoren Bildung und Einkommen und dem Bezug der Ergänzungsleistungen bieten Ansätze zur Erklärung der erstaunlichen Beobachtung, dass der Anteil der Ergänzungsleistungs-Bezüger in der untersten Einkommensklasse tiefer als erwartet und in der zweithöchsten Einkommensklasse höher als erwartet ist. Die primär zu erwartende deutlich negative Korrelation zwischen Einkommen und Ergänzungsleistungen (EGL) ist erstaunlich schwach. Sie beträgt $r = -0,11$ nur mit einer Tendenz zur statistischen Signifikanz ($p < 0,1$, $N = 127$). Nur das Vorzeichen stimmt mit der Erwartung überein. Das Einkommen ist somit nur wenig ausschlaggebend für den Bezug von EGL. Welche anderen Faktoren spielen dann eine Rolle? Unter den sechs bivariaten Korrelationen zwischen vier soziodemographischen Variablen (relatives Haushaltseinkommen, Schulbildung, Alter, Geschlecht), zwei Skalen zur Gesundheit (Alltagsbeschwerden, körperliche Behinderungen) und dem Bezug von Ergänzungsleistungen liegen zwei

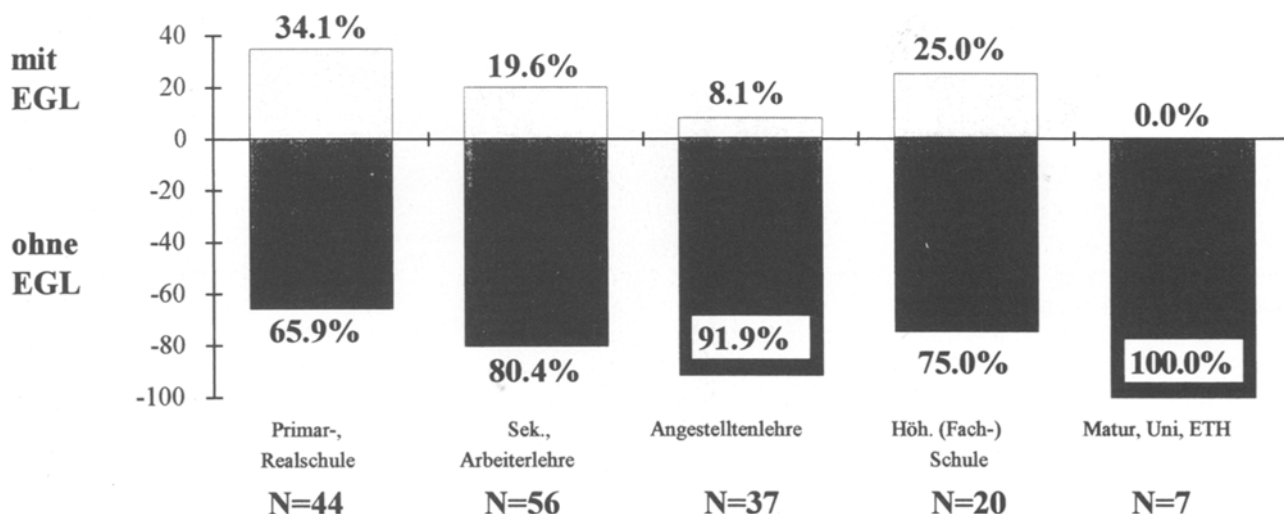


Abbildung 2. Schulbildung und Anteile Personen mit Ergänzungsleistungen, t1 (N = 164).

Korrelationen im signifikanten Bereich (N = 127):

1. Die Korrelation zwischen der Schulbildung und dem EGL-Bezug: $r = -0,17$, $p < 0,05$.
2. Die Korrelation zwischen körperlichen Behinderungen und dem EGL-Bezug: $r = 0,29$, $p < 0,01$.

Die negative Korrelation zwischen Bildung und EGL war zu erwarten, denn höhere Bildung ist in der Regel mit einem höheren Einkommen verbunden²¹ und dadurch mit weniger Berechtigung zum Bezug von Ergänzungsleistungen. Im mittleren Bereich von Bildung und Einkommen stellen wir hingegen eine positive Korrelation zwischen Bildung und Ergänzungsleistungs-Bezug fest. Die Analyse des EGL-Bezugs in verschiedenen Bildungskategorien ist in Abbildung 2 wiedergegeben.

Der Bezug von Ergänzungsleistungen ist mit 25% erstaunlich häufig in der Kategorie der Absolventen von höheren Fachschulen; der Bezügeranteil ist in dieser Kategorie sogar höher als bei den gelerntten Arbeitern. In der untersten Bildungsstufe ist der Bezug erwartungsgemäss am häufigsten: 34,1% der Betagten mit ausschliesslich Primar- oder Realschulbildung beziehen EGL. In der nächsthöheren Bildungsstufe nimmt der Bezug von Ergänzungsleistungen bereits deutlich ab: 19,6% Bezüger stehen 80,4% Nicht-Bezüger gegenüber. In der nächsthöheren Bildungsstufe der Angestellten, die eine Lehre absolviert haben, gibt es nur noch 8,1% EGL-Bezüger. Bis hier folgt die Verteilung der erwarteten negativen Korrelation zwischen Bezug von EGL und Schulbildung. Im mittleren Bereich der Schulbildung ergibt sich ein ganz anderes Bild. Von der Stufe „Angestellte mit Lehre“ zur Stufe „Absolventen von höheren Fachschulen“ folgt die Verteilung nicht mehr der negativen Korrelation zwischen EGL und Schulbildung,

die in der Gesamtstichprobe besteht, sondern der Anteil der EGL-Bezüger nimmt wieder zu.

Dieses Ergebnis könnte damit erklärt werden, dass der recht komplizierte Zugang zu den Ergänzungsleistungen für Leute mit höherer Bildung einfacher zu bewältigen ist als für Leute ohne die entsprechende Bildung. Personen mit höherer Bildung fällt es wohl leichter, die Ergänzungsleistungen als Sozialversicherungsleistungen richtig einzustufen und vom Makel der Fürsorgeleistungen Abstand zu nehmen. Ausserdem dürfte es diesen Personen besser gelingen, die Abzüge bei der Bemessung des relevanten Einkommens (Wohnkosten, Krankenkassen- und Versicherungsleistungen, Schuldzinsen etc.) voll auszuschöpfen. Dass sich mit gezieltem Einsatz dieser Möglichkeiten eine erhebliche „Einkommenskosmetik“ erzielen lässt, ist hinlänglich bekannt. Die dazu notwendigen Kenntnisse und Ressourcen stehen den Angehörigen der oberen sozialen Schichten eher zur Verfügung als den Unterschichtsangehörigen. Für die Ausrichtung der EGL entsteht damit eine unerwünschte Diskriminierung nach Bildungsschicht. Höhere Bildung führt zu einer besseren Ausschöpfung der finanziellen Unterstützungsangebote.

Die empirischen Ergebnisse sind konsistent mit der Aussage von Brög⁸, dass die grössten Versorgungsdefizite bei den leichteren Graden der Hilfebedürftigkeit bestehen. Die signifikante und relativ hohe positive Korrelation zwischen körperlicher Behinderung und dem Bezug von Ergänzungsleistungen ($r = 0,29$) deutet darauf hin, dass körperlich Schwerbehinderte und Hilfebedürftige besser erfasst und auch finanziell unterstützt werden. Die körperlich schwerer behinderten Betagten einer bestimmten Einkommensklasse nehmen die Ergänzungsleistungen zur AHV häufiger zu

Anspruch. Ob dies geschieht, weil sie sich eher dazu berechtigt fühlen, weil die Pflegenden sie eher über diese Möglichkeit informieren, weil sie häufiger anlässlich von Hospitalisationen mit einem Sozialdienst in Kontakt kommen, oder ob die Inanspruchnahme aus anderen Gründen geschieht, müsste noch näher abgeklärt werden.

Diskussion

Die oben gezeigten Zusammenhänge beim Bezug von Ergänzungsleistungen zur AHV weisen auf schwerwiegende Mängel der aktuellen Praxis hin. Wohl nimmt die Häufigkeit des Bezugs von Ergänzungsleistungen mit zunehmendem Einkommen ab. Die Korrelation zwischen dem relativen Haushaltseinkommen und dem Bezug von Ergänzungsleistungen ist jedoch erstaunlich niedrig, und sie erreicht in unserer Stichprobe nicht einmal statistische Signifikanz. Die Häufigkeit, mit der Ergänzungsleistungen in den untersten Einkommensklassen in Anspruch genommen werden, liegt unter den Erwartungen. Es gibt zu denken, dass höhere Bildung zu einem besseren Ausschöpfen der Berechtigung auf Ergänzungsleistungen führt. Der Grundsatz, soziale Leistungen nur bei nachgewiesenem Bedarf auszurichten, mag zwar grundsätzlich richtig sein. Die Ergebnisse weisen aber darauf hin, dass bestimmte Kategorien von berechtigten Personen ihre Rechte nicht ausüben. Der Zusammenhang mit der Bildung deutet darauf hin, dass die Schwelle zum Ausüben dieser Berechtigung für wenig Gebildete deutlich zu hoch liegt. Dieser Zusammenhang gilt aber wahrscheinlich nicht nur für den Bezug von Ergänzungsleistungen²². Wenn in Zukunft Spitexleistungen und andere aktuell subventionierte Leistungen im Gesundheitsbereich tatsächlich verteuert werden und die dann not-

wendige finanzielle Unterstützung nur nach Gesuch und Bedarfsnachweis erbracht wird, ist zu befürchten, dass ein bestimmter Kreis von Berechtigten diese Leistungen wegen eines zu komplizierten Zugangs nicht (mehr) in Anspruch nehmen wird. In der Konsequenz einer solchen Finanzierungspolitik und der daraus resultierenden Entwicklung im Bereich der professionellen ambulanten Pflegedienste müsste mit verschlechterter Lebensqualität für die Betroffenen gerechnet werden^{9,23}. Wie weit eine erhöhte Morbidität aus einer solchen Entwicklung resultieren kann, ist eine Frage, die mit einer Verlaufsstudie untersucht werden könnte.

Bereits aus den vorliegenden Resultaten ergibt sich nach unserer Ansicht ein Handlungsbedarf. Die Ergänzungsleistungen zur AHV wurden mit dem eindeutigen Ziel der Unterstützung der von Armut bedrohten untersten Einkommensklassen eingeführt. Diesen gesetzlichen Auftrag erfüllen sie aufgrund der allzu komplizierten Durchführung und der daraus resultierenden hohen Schwelle der Inanspruchnahme offensichtlich nur bedingt. Eine Änderung der Ausführungsbestimmungen respektive der Verwaltungsroutine scheint uns dringend. Bei ungenügendem Erfolg dieser Massnahmen müsste auch eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen ins Auge gefasst werden. Kurzfristig sind grosse Anstrengungen der Sozialstellen notwendig, um bei den geltenden Regelungen doch eine möglichst grosse Zahl von Unterstützungsbedürftigen erreichen und damit Folgeprobleme verhindern zu können!

Summary

Economic situation of aged people and claims for financial resources

The health-related and social needs of aged people and their fulfillment are studied. Only a very weak relation is found between the financial situation and the claims for possible financial resources. On the other side education is found to have a key position for the drawing of supplementing pensions. The problems resulting for the assignment of financial support to aged people are discussed.

Résumé

Situation économique de personnes âgées et mise à contribution de ressources financières

Les besoins concernant la santé et la situation sociale de personnes âgées sont étudiés. La relation entre la situation financière et la mise à contribution de ressources financières possibles se vérifie très basse. Par contre l'éducation joue une position clé pour la mise à contribution de prestations financières additionnelles. La problématique résultante pour la repartition des subventions financières aux âgés est discutée.

Literaturverzeichnis

- 1 Höpflinger F, Stuckelberger A. Alter und Altersforschung in der Schweiz. Zürich: Seismo, 1992.
- 2 Eschmann P, Koch G, Spescha E, eds. Ambulante Krankenpflege. Spitex-Handbuch. Bern: Huber, 1990.
- 3 Gesundheits- und Wirtschaftsamt der Stadt Zürich. Die spitalexterne Kranken- und Gesundheitspflege in der Stadt Zürich, Spitex Leitbild. Zürich: Stadtverwaltung, 1990.
- 4 Katz S, et al. The Measurement of Long Term Care Needs and Impact. Health Med Care Serv Rev 1979; 2:1ff.
- 5 Abelin Th, Schlettwein-Gsell D. Behinderungen und Bedürfnisse Betagter. Schweiz Med Wochenschr 1986; 116, 44:1524–1542.
- 6 Bösch J. Nachbarschaftshilfe für Gesunde und Kranke. Eine empirische Untersuchung in einem Zürcher Stadtquartier über Zusammenhänge zwischen psychosozialer Belastung, sozialer Unterstützung und Gesundheit sowie über die Mobilisierbarkeit von Nachbarschaftshilfe. Unter Mitarbeit von Peter C. Meyer. Chur: Rüegger, 1991.
- 7 Bundesbeschluss über das Krankenversicherungsgesetz. Bundesblatt BBI Nr. 13 Band II, 1994.
- 8 Brög W, Häberle GF, Mettler-Meibom B, Schellhaas U. Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse. Stuttgart: Kohlhammer, 1980.
- 9 Cohen S, Syme SL, eds. Social Support and Health. New York: Academic Press, 1985.
- 10 Meyer-Fehr PL, Bösch J. Gesundheitseffekte sozialer Unterstützung und sozialer Belastung bei der einheimischen Bevölkerung und bei Immigranten. Medizinsoziol 1988; 2:151–167.

- 11 *Meyer-Fehr PC, Suter C, Willi J.* Längsschnittstudie über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit (LÄNGSOZ). Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 4/1991, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich 1991.
- 12 *Suter C, Meyer-Fehr PC.* Methodenstudie zur Zweitbefragung über soziale Unterstützung und Gesundheit. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 1/1991, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich.
- 13 *Budowski M, Ackermann D, Meyer PC, Suter C, Schmied W.* Randauszählung und Fragebogen der Erstbefragung von Betagten (75jährig und älter), Projekt SUGES. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 1/1993, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich.
- 14 *Budowski M, Schmied W, Ackermann D, Suter C, Meyer-Fehr PC, Niklowitz M.* Zweimalige Betagtenbefragung im Projekt SUGES: Beschreibung der Stichprobe. Forschungsbericht der Abteilung für Psychosoziale Medizin, Nr. 4/1995, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich.
- 15 *Jorm AF, Kosten AE, Henderson AS.* The Prevalence of Dementia: A Quantitative Interpretation of the Literature. *Act Psychiatr Scand* 1987; 76:465–479.
- 16 *Jovic NK, Uchtenhagen A, eds.* Ambulante Psychogeriatric. Zürich: Fachverlag.
- 17 *Wettstein A.* Senile Demenz: Ursache, Diagnose, Therapie, Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Bern: Huber, 1991.
- 18 *Folstein F, et al.* "Mini Mental State". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189–198.
- 19 *Leu RE, Buhmann B, Frey RL.* Die personelle Einkommens- und Vermögensverteilung der Schweiz 1982. *Schweiz Z Volkswirt Stat* 1986; 122:111–141.
- 20 *Suter C, Meyer-Fehr PC.* Operationalisierung von sozialer Schicht: Individualeinkommen, absolutes oder relatives Haushaltseinkommen? *Schweiz Z Soziol* 1989; 15: 525–543.
- 21 *Bornschier V, Aebi D.* Rolle und Expansion der Bildung in der modernen Gesellschaft – von der Pflichtschule bis zur Weiterbildung. *Schweiz Z Soziol* 1992; 18:539–567.
- 22 *Wirth W.* Inanspruchnahme sozialer Dienste: Bedingungen und Barrieren. Frankfurt: Campus, 1982.
- 23 *Meyer-Fehr PC, Suter C.* Soziale Netze und Unterstützung. In: Weiss W, ed. *Gesundheit in der Schweiz.* Zürich: Seismo, 1993:194–209.

Danksagung

Die Arbeit ist ein Ergebnis des Forschungsprojektes SUGES, das finanziell unterstützt wurde vom Schweizerischen Nationalfonds (Gesuchs-Nr. 4029-28180), von der Stadt Zürich (Gesundheits- und Wirtschaftsamt) und von der Stiftung für wissenschaftliche Forschung der Universität Zürich, wofür sich die Autoren bestens bedanken.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Peter C. Meyer
 Abt. für Psychosoziale Medizin
 Psychiatrische Poliklinik
 Culmannstrasse 8
 CH-8091 Zürich