

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



ÖBIG

SOZIALE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEIT

Elisabeth Pochobradsky

Claudia Habl

Barbara Schleicher

Unter Mitarbeit von

Anton Hlava

Wien, Oktober 2002

Im Auftrag des
Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen

Impressum:

Herausgeber: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen,
Sektion VII/5 - Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement

Hersteller: Druckerei des BMSG

Verlagsort: Wien

Erscheinungsjahr: 2002

Internetadresse: www.bmsg.gv.at

Bestellservice: ☎ 0800 - 20 20 74

Die in diesem Bericht verwendeten personenbezogenen Ausdrücke wie z. B. „Ärzte“ umfassen Frauen und Männer gleichermaßen.

Kurzfassung

Ausgangslage

Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand sind auch in Gesellschaften mit vergleichsweise hoch entwickeltem Niveau und günstigen Lebensbedingungen vorhanden. Dabei ist als gesichert anzusehen, dass sowohl die Mortalität als auch die Morbidität in Bezug auf verschiedene Krankheiten um so schlechtere Werte aufweisen, je tiefer der soziale Status der betreffenden Gruppe ist.

In Österreich lagen bis dato kaum Informationen über das Ausmaß schichtspezifischer Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risiken, Morbidität und Mortalität vor. Es gab bisher nur wenige gesicherte Befunde zur sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit. Bemerkenswert ist auch, dass diese Unterschiede trotz der Möglichkeit einer relativ einkommensunabhängigen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems bestehen. Hier setzte die Studie an.

Zielsetzung

Es sollte geklärt werden, ob

- auch in Österreich die für andere Staaten beschriebenen sozialschichtabhängigen gesundheitlichen Ungleichheiten bestehen, und zwar durch Feststellen,
- ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede, im Speziellen Einkommensunterschiede, den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung beeinflussen.

Da es nicht möglich war, die Untersuchung auf eine „durchschnittlich sozial schwache Person“ auszulegen, war in der Folge die Konzentration auf die nachfolgenden Zielgruppen nötig:

- Erwerbstätige Armutsgefährdete
- Ältere Personen
- Ausländer bzw. Migrantinnen und Migranten
- Kinder und Jugendliche

Relativierend ist hier zu bemerken, dass die Zugehörigkeit einer Person zu einer der oben angeführten Gruppen nicht zwangsläufig bedeutet, dass sie sozial benachteiligt ist. Dies trifft erst zu, wenn weitere Kriterien wie Armutsgefährdung oder mangelnde Bildung bestehen. In den letzten Jahren hat sich außerdem vermehrt gezeigt, dass auch als völlig ungefährdet geltende Personen durch biographische Brüche (Scheidung, Krankheit) in eine Armutssituation geraten können (vgl. Kapitel 1).

Zur Abgrenzung wurde die im Sozialbericht 1999 verwendete Definition von Armut herangezogen, bei der zwischen Armutsgefährdung und akuter Armut unterschieden wird: Personen gelten dabei als armutsgefährdet, wenn ihr gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter dem Schwellenwert von 60 Prozent des durchschnittlichen österreichischen Pro-Kopf-

Einkommens liegt, was in Österreich bei Einpersonenhaushalten bei einem Monatseinkommen von unter € 727,- bzw. bei einem Haushalt mit zwei Erwachsenen und einem Kind bei einem Monatseinkommen von unter € 1.570,- der Fall ist (vgl. BMSG 2001a).

Akute Armut liegt vor, wenn zu oben beschriebenen beschränkten finanziellen Verhältnissen auch spürbare Einschränkungen bei der Abdeckung grundlegender Lebensbedürfnisse wie Wohnen in einer Substandardwohnung oder Überschuldung treten:

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren können rund 40 Prozent der armutsgefährdeten Menschen, das heißt 340.000 Österreicherinnen und Österreicher, als akut arm bezeichnet werden. Mehr als die Hälfte dieser Personengruppe gibt an, nur einen mäßigen oder schlechten Gesundheitszustand aufzuweisen. In der Gesamtbevölkerung ist dieser Prozentsatz nur halb so hoch (vgl. Kapitel 1).

Methode

Der Schwerpunkt der Erhebungen lag in der Recherche und Analyse von Daten, die geeignet erschienen, die Frage nach den Abweichungen des Gesundheitszustands der oben angeführten Personengruppen von der Durchschnittsbevölkerung zu klären. Dazu wurden qualitative und quantitative Methoden angewendet.

Ein ausführlicher Literaturreviews (Kapitel 2) führte zu dem Ergebnis, dass einige Fragestellungen nur mit Hilfe einer umfassenden Datenanalyse geklärt werden konnten. Nach Abwägung der Vor- und Nachteile aller Datenquellen (vgl. Anhang) und unter Berücksichtigung der Neuartigkeit des Ansatzes wurde das Instrument der Folgekostenrechnung (FOKO) der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) als primäre Datenquelle ausgewählt. In dieser werden seit 1997 u. a. folgende Leistungsdaten - basierend auf den abgerechneten Krankenscheinen - erfasst:

- Verordnete Arzneimittel und Dauerrezepte,
- die Anzahl und die Kosten von ambulanten Behandlungen im niedergelassenen Bereich,
- die Anzahl von stationären Aufnahmen sowie
- die Krankenstandstage der Versicherten.

Die erforderlichen Auswertungen wurden in Zusammenarbeit mit Experten der OÖGKK durchgeführt, wobei als primäres Kriterium für die Einstufung eines Versicherten als sozial benachteiligt die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr (Stand 1999: € 3,20) definiert wurde. Voraussetzung für eine potenzielle Rezeptgebührenbefreiung ist das Unterschreiten einer bestimmten Einkommensgrenze, die beispielsweise für eine alleinstehende Person € 598,52 (Stand 1999) beträgt. Für sogenannte chronisch Kranke, das heißt Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, gelten erhöhte Einkommensgrenzen.

Neben diesem Einkommenskriterium wurden als weitere Abgrenzungsmerkmale das Alter, der berufliche Status und das Geschlecht einer Person berücksichtigt. Diese Kriterien sind von Bedeutung, um einerseits Aussagen über die Gruppe der „working poor“ treffen zu kön-

nen, und andererseits den Aspekt, dass bei jüngeren Personen die Rezeptgebührenbefreiung im Vergleich zu älteren Personen häufig nicht dauerhaft besteht, zu berücksichtigen. Der Grund dafür ist, dass bei rezeptgebührenbefreiten Pensionisten, speziell bei Ausgleichszulagebeziehern, die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sie auch während ihres Erwerbslebens nur über ein geringes Einkommen verfügten und infolge ihr ganzes Leben arm bzw. von Armut bedroht waren (vgl. dazu Abschnitt 3.4).

Im Untersuchungszeitraum 1999 waren im Jahresdurchschnitt knapp unter fünf Prozent aller bei der OÖGKK versicherten Personen (unter Berücksichtigung ihrer Mitversicherten) rezeptgebührenbefreit, wobei die Mehrzahl der Befreiten Pensionisten waren.

Ergebnisse der Literaturanalyse (Kapitel 2)

Der Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheit wird in der sozialepidemiologischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im anglo-amerikanischen Raum seit vielen Jahren untersucht. Die empirischen Ergebnisse sind eindeutig: Personen mit geringem sozioökonomischen Status (mit geringer Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder geringem Einkommen) weisen zumeist eine erheblich höhere Mortalität und Morbidität auf als Mittel- oder Oberschichtangehörige.

Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in Österreich derartige schichtspezifische Unterschiede existieren, Informationen über das Ausmaß und die Ausprägung der Unterschiede liegen jedoch kaum vor. Tatsache ist, dass diese Divergenzen trotz der Möglichkeit einer relativ einkommensunabhängigen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems bestehen.

Einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit ist das Einkommen einer Person, wobei in Österreich rund 900.000 Personen als armutsgefährdet und 40 Prozent davon sogar als arm bezeichnet werden müssen. Primär fallen in diese Gruppe Familien mit mehreren Kindern, Alleinerziehende, Langzeitarbeitslose sowie Migranten. Für Frauen bestehen tendenziell höhere Armutsrisiken als für Männer und eine der am stärksten armutsgefährdeten Gruppen sind Kinder - jedes fünfte Kind ist von Armut bedroht. Hingegen konnte die Altersarmut Anfang der 1990er Jahre durch die überproportionale Anhebung des Ausgleichszulagensatzes zurückgedrängt werden.

Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines schlechten Gesundheitszustandes bei sozial schwächeren älteren Personen im erwerbsfähigen Alter doppelt so hoch wie bei Angehörigen höherer Einkommensgruppen. Diese erhöhte Wahrscheinlichkeit ist eine Folgewirkung der sozialen Stellung, die wiederum eine der Hauptursachen der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bildet. Die wichtigsten Gründe für gesundheitliche Ungleichheiten in Österreich liegen jedoch nicht im Gesundheitssystem per se, sondern sind neben anderen sozialen Faktoren (geringer Stellenwert der eigenen Gesundheit, Bildung, Langzeitarbeitslosigkeit) in niedrigem Einkommen zu sehen. Letzterer Faktor wird durch die Solidaritäts- und Umverteilungsfunktion des Gesundheitssystems (z. B. die Rezeptgebührenbefreiung sozial benachteiligter Personen) jedoch positiv beeinflusst.

Analyseergebnisse (Kapitel 3)

Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung der Hauptversicherten der OÖGKK weisen starke Indizien darauf hin, dass Menschen mit geringem Einkommen unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht mehr gesundheitliche Probleme haben und das Gesundheitssystem infolge öfter in Anspruch nehmen als rezeptgebührenpflichtige Oberösterreicher.

Konkret zeigen die Analyseergebnisse, dass sozial schwache Personen, zumindest bis zum siebzigsten Lebensjahr, kaum auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stoßen, da beispielsweise rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte häufiger niedergelassene Ärzte aufsuchen als nicht-rezeptgebührenbefreite Personen - wobei zu berücksichtigen ist, dass etwas über 44 Prozent dieser Personen aufgrund einer medizinischen Indikation von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind.

Ab dem siebzigsten Lebensjahr verringert sich die Arztbesuchshäufigkeit von sozial schwachen Personen gegenüber Rezeptgebührenpflichtigen wieder. Dies ist deshalb besonders bemerkenswert, da sich mit steigendem Alter die Krankheitsbilder von rezeptgebührenbefreiten und nicht-befreiten Personen angleichen bzw. die meisten Hochbetagten in irgend einer Weise als krank anzusehen sind. Ältere, sozial schwächere Personen suchen weitaus seltener Fachärzte auf als die Vergleichsgruppe. Am stärksten ausgeprägt ist der Unterschied - unter Außerachtlassung des Geschlechts - in der Altersgruppe der 80 bis 90-Jährigen:

Sozial schwächere Personen suchen nicht nur um 20 Prozent seltener Fachärzte auf als vergleichbare rezeptgebührenpflichtige Personen sondern erhalten auch durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet. Auch Vorsorgeuntersuchungen nehmen sie - wenn auch nur um einen sehr niedrigen Prozentsatz - in einem geringeren Ausmaß in Anspruch. Trotzdem verursachen rezeptgebührenbefreite Personen gesamt gesehen mehr Ausgaben für die Sozialversicherung als Nicht-Befreite. Die höchsten jährlichen Ausgaben pro Patient fielen 1999 mit durchschnittlich über € 3.052,- für männliche rezeptgebührenbefreite Pensionisten (das sind Personen, die eine Invaliditätspension beziehen) zwischen 20 und 40 Jahre und wider Erwarten nicht für die Gruppe der Hochbetagten über 90 Jahre an. Die Höhe der Ausgaben ist also in einem geringeren Ausmaß als bisher angenommen vom (hohen) Alter eines Patienten abhängig.

Interessant erscheint auch die Betrachtung der Krankenstände: Obwohl rezeptgebührenbefreite Arbeiter deutlich höhere Arztbesuchshäufigkeiten aufweisen als ihre nicht-rezeptgebührenbefreiten Kollegen, sind sowohl ihre durchschnittliche Krankenstandsdauer als auch die Anzahl der Krankenstände nur minimal höher. Auffällig war auch, dass Angestellte nur unwesentlich seltener krank geschrieben waren wie vergleichbare Arbeiter, besonders wenn man berücksichtigt, dass Arbeiter meist schon für den 1. Krankenstandstag eine ärztliche Bestätigung vorlegen müssen, Angestellte hingegen oft erst ab dem dritten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Schlussfolgerungen

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass arme Personen in Österreich - unter Außerachtlassung von Randgruppen der Gesellschaft wie Obdachlosen - vom Gesundheitssystem nicht schlechter versorgt werden wie andere Personen. Trotzdem fühlen sich sozial benachteiligte Personen subjektiv kränker und weisen zum Teil ein völlig anderes Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf die angebotenen Gesundheitsleistungen auf. Um diese sozial- und armutsbedingten gesundheitlichen Nachteile für die Bevölkerung gering zu halten, soll das Angebot an Gesundheitsleistungen weiterhin möglichst niederschwellig erfolgen und zielgruppenorientiert sein.

Der in vielen Ländern (u. a. Deutschland) nachgewiesene Unterschied in Ausmaß und Form der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen den einzelnen sozialen Schichten konnte durch die vorliegende Studie auch für Österreich bestätigt werden. Diese Unterschiede existieren auch in Gesellschaften mit vergleichsweise hoch entwickeltem Niveau, günstigen Lebensbedingungen und einem für alle Bevölkerungsgruppen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Besonders wichtig ist daher, anhaltende Armut, Langzeitarbeitslosigkeit sowie dauerhafte Überschuldung als bedeutsame krankheitsverursachende Faktoren zu erkennen, und diese ursächlichen Determinanten zu bekämpfen. Daher ist eine sozial- und gesundheitspolitische Aufwertung des Themas Armut und Gesundheit dringend notwendig. Die Vermeidbarkeit von Gesundheitsproblemen muss auch für sozial schwache Menschen nachvollziehbar und transparent gemacht werden.

Von gleichrangiger Bedeutung sind soziale Maßnahmen wie etwa das Beibehalten des allgemeinen Bildungsniveaus oder Verbesserungen der Wohnsituation, da diese das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen. Im Besonderen sind alle Maßnahmen zur Sicherung einer ausgewogenen Einkommensverteilung innerhalb einer Gesellschaft zielführend, da dies immer noch der beste Garant für den guten Gesundheitszustand der Bevölkerung ist. Unter diesen Aspekt fallen somit nicht nur Maßnahmen zur Arbeitsplatzsicherung und Senkung der Arbeitslosenquote, sondern auch einkommenssichernde Maßnahmen im Erwerbs- und Sozialbereich.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Zielsetzung.....	1
1.3 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes.....	2
1.4 Definitionen.....	3
1.5 Methodik.....	5
2 Qualitative Aspekte und Literaturanalyse	8
2.1 Allgemeiner Forschungsstand.....	8
2.2 Sozial schwache Gruppen - Zielgruppen.....	12
2.2.1 Armut und Krankheitsrisiko bei Frauen und Männern.....	13
2.2.2 Arbeitslosigkeit und Krankheitsrisiko.....	20
2.2.3 Armut und Krankheitsrisiko unter älteren Menschen.....	23
2.2.4 Migranten.....	27
2.2.5 Sozialbenachteiligte und gesundheitsgefährdete Kinder.....	32
2.3 Unterschiede und Zugangsbarrieren.....	38
2.3.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.....	39
3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Oberösterreich	42
3.1 Fragestellungen.....	42
3.2 Untersuchungsgegenstand.....	43
3.3 Beschreibung des Sample.....	43
3.3.1 Datenbasis.....	43
3.3.2 Versicherte.....	44
3.3.3 Rezeptgebührenbefreiung.....	46
3.4 Auswertungen und Analyseergebnisse.....	50
3.4.1 Inanspruchnahme von Ärzten.....	51
3.4.2 Arzneimittel.....	53
3.4.3 Krankheitskosten.....	57
3.4.4 Krankenstände.....	59
3.4.5 Vorsorgemaßnahmen.....	61
4 Schlussfolgerungen	63
Literaturverzeichnis.....	69
Anhang	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Methode.....	6
Abbildung 2.1:	Interventions-Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit	10
Abbildung 2.2:	Potenzieller Hilfebedarf von benachteiligten im Vergleich zu nicht benachteiligten alten Menschen in Italien 1994 (in Prozent).....	26
Abbildung 2.3:	Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das kindliche Ernährungsverhalten in Deutschland.....	34
Abbildung 2.4:	Nikotinkonsum nach Schultypen in Österreich 1998.....	36
Abbildung 3.1:	Versichertenstand der OÖGKK 1999	45
Abbildung 3.2:	Anteil der Rezeptgebührenbefreiungen aufgrund von medizinischer Indikation nach Altersgruppen, Stand 3. Quartal 2000	47
Abbildung 3.3:	Rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte der OÖGKK nach Geschlecht und Versicherteneigenschaft 1999	48
Abbildung 3.4:	Rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte der OÖGKK nach Altersstufen und Geschlecht 1999.....	49
Abbildung 3.5:	Rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte der OÖGKK nach Geschlecht und Herkunft 1999	50
Abbildung 3.6:	Inanspruchnahme von Allgemeinärzten und Fachärzten durch rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte im Vergleich zu Nicht-Rezeptgebührenbefreiten 1999	52
Abbildung 3.7:	Inanspruchnahme von Fachärzten durch rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte im Vergleich zu Nicht-Rezeptgebührenbefreiten über 40 Jahre 1999.....	53
Abbildung 3.8:	Durchschnittliche Anzahl der Verordnungen pro Patient nach Rezeptpflichtstatus, Alter und Geschlecht 1999.....	54
Abbildung 3.9:	Durchschnittliche Arzneimittelausgaben der OÖGKK pro Verordnung nach Rezeptpflichtstatus, Alter und Geschlecht 1999.....	55
Abbildung 3.10:	Durchschnittliche Arzneimittelausgaben der OÖGKK nach Rezeptpflichtstatus und Alter 1999	56
Abbildung 3.11:	Durchschnittliche Krankheitskosten von Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus, Erwerbstätigkeit und Geschlecht 1999	58
Abbildung 3.12:	Durchschnittliche Krankheitskosten von Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus, Erwerbstätigkeit und Alter 1999	59
Abbildung 3.13:	Durchschnittliche Anzahl an Krankenständen der Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus und Versichertenkategorie 1999	60
Abbildung 3.14:	Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus und Versichertenkategorie 1999	61
Abbildung 3.15:	Durchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundenuntersuchungen durch Hauptversicherte nach Rezeptpflichtstatus, Geschlecht, Wohnort, Versichertenkategorie und Herkunft 1999	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Gruppen mit erhöhtem Armutsrisiko	3
Tabelle 2.1: Schulbildung und Lebenserwartung	16
Tabelle 2.2: Gesundheit alleinerziehender Mütter - Überblick über holländische Studienergebnisse.....	20
Tabelle 2.3: Überblick über die in der Literatur beschriebenen Zugangsbarrieren bei der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen	41

Abkürzungsverzeichnis

€	Euro
AK	Arbeiterkammer
AKH	Allgemeines Krankenhaus (Wien)
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
AM	Arzneimittel
AMS	Arbeitsmarktservice
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BMAGS	Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland)
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
DMFT	Decayed Missing Filled Teeth (Index des Kariesbefall)
d. h.	das heißt
EU	Europäische Union
F.E.M.	Frauen, Eltern, Mädchen (Frauengesundheitszentrum in Wien)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FOKO	Folgekostenrechnung der OÖGKK
GEK	Gmündner Ersatzkasse (Deutsche Krankenkasse)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IHS	Institut für Höhere Studien
IFS	Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
MA	Magistratsabteilung
MA-L	für Gesundheitsplanung zuständige Magistratsabteilung, mittlerweile Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement (Wien)
MS	Mittelschicht
NAP	Nationaler Aktionsplan gegen Armut und soziale Ausgrenzung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖIF	Österreichisches Institut für Familienforschung
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsbehörde)
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, BMSG, (vormals Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) beauftragte das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) im Oktober 1999 mit der Durchführung der Studie Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Nach der Datenauswertung in Kooperation mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), die erst im ersten Halbjahr 2001 durchgeführt werden konnte, wurde die Studie im August 2001 fertiggestellt.

1.1 Ausgangslage

Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand sind auch in Gesellschaften mit vergleichsweise hoch entwickeltem Niveau und günstigen Lebensbedingungen vorhanden. Dabei ist als gesichert anzusehen, dass sowohl die Mortalität als auch die Morbidität in Bezug auf verschiedene Krankheiten um so schlechtere Werte aufweisen, je tiefer die soziale Position (= der soziale „Status“) der betreffenden Gruppe ist. Dieser sogenannte „Schichtgradient“ von Krankheit bzw. Gesundheit lässt sich mit erstaunlicher Stabilität in vielen Ländern der westlichen Welt und in verschiedenen Zeiträumen nachweisen (Stronegger 1995).

In Österreich liegen bis dato kaum Informationen über das Ausmaß schichtspezifischer Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risiken, Morbidität und Mortalität vor. Es gibt bisher nur wenige gesicherte Befunde hinsichtlich einer sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass diese Unterschiede trotz der Möglichkeit einer relativ einkommensunabhängigen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems bestehen. Hier setzt die Studie an.

1.2 Zielsetzung

Im Rahmen der Studie soll geklärt werden, ob

- es in Österreich die für andere Staaten beschriebenen sozialschichtabhängigen gesundheitlichen Ungleichheiten, also einen „Schichtgradienten der Gesundheit“ gibt, und zwar durch Feststellen,
- ob und in welchem Ausmaß soziale Unterschiede den Gesundheitszustand, das heißt die Morbidität der österreichischen Bevölkerung beeinflussen.

Dazu sollen jeweils Unterschiede im Gesundheitszustand bzw. im Gesundheitsverhalten zwischen der Durchschnittsbevölkerung und jenen Personengruppen (vgl. Zielgruppenauswahl bzw. rezeptgebührenbefreite Menschen in Oberösterreich), die als armutsgefährdet anzusehen sind, analysiert werden.

1.3 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes

In der Expertise „Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen“ (ÖBIG 2000), die im Juni 1999 vom ÖBIG fertiggestellt wurde, erwies es sich als äußerst schwierig, den österreichischen „Durchschnittsarmen“ zu definieren. Dies liegt in der Heterogenität der armutsgefährdeten Personengruppen (einkommensschwache Schichten, Menschen mit niedrigem Bildungsstand, Alleinerziehende, Ältere oder Behinderte, Langzeitarbeitslose etc.) begründet. Es wurden daher die zunächst relevanten Zielgruppen genau festgelegt.

Im Mittelpunkt der oben erwähnten Expertise stand die Frage, ob und in welchem Ausmaß sozial Schwache auf Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem stoßen, und wie sie darauf reagieren. Die wichtigsten Arbeitsschritte und Ergebnisse dieser Expertise waren:

- Darstellung des Zusammenhangs zwischen „relativer“ Armut und dem Gesundheitszustand;
- Definition eines „Durchschnittsarmen“ und Entwicklung eines „Sozialschichtindex“;
- Analyse der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen durch „sozial Schwache“ mittels Sekundäranalysen aus bestehenden Statistiken (Mikrozensus etc.);
- Identifikation von Zugangsbarrieren für sozial Schwache im Rahmen von Experteninterviews;
- Darstellung von Maßnahmen, mit denen der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in positivem Sinne zu beeinflussen wäre.

Zielgruppenauswahl

Da es de facto nicht möglich ist, die Untersuchung auf eine „durchschnittlich sozial schwache Person“ (vgl. Abschnitt 1.4) auszulegen, ist eine Konzentration auf gewisse Zielgruppen nötig. Nachfolgend werden die in die Untersuchung einbezogenen Zielgruppen angeführt, wobei die Auswahl grundsätzlich in Abstimmung mit dem Auftraggeber erfolgte. Für die Auswertung der oberösterreichischen Daten wurde die Gruppe der rezeptgebührenbefreiten Versicherten herangezogen. Die beiden wichtigsten Ausschlusskriterien von der Untersuchung waren eine zu kleine Gruppe an „betroffenen“ Personen und/oder eine bekannt ungenügende Datenlage.

Von besonderem Interesse waren:

- Erwerbstätige Armutsgefährdete (Männer und Frauen);
- Ältere Personen;
- Ausländer bzw. Migrantinnen und Migranten;
- Kinder und Jugendliche.

Der Sozialbericht 1999 (BMSG 2001a+b) weist einige Bevölkerungsgruppen (speziell jene mit Kindern) aus, die eine soziale Randstellung einnehmen. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, ist eine der Hauptursachen für Armut die Langzeitarbeitslosigkeit eines Familienmit-

glieders. Überdies werden Alleinerziehende, deren Zahl in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist, häufig in die Armut gedrängt. Überproportional häufig befinden sich auch kinderreiche Familien in Armutslagen.

Tabelle 1.1: Gruppen mit erhöhtem Armutsrisiko

Bevölkerungsgruppen	Armutsrisiko (Prozent)
Langzeitarbeitslose	22
Bezieher von Transferleistungen	18
Personen in Gastarbeiterhaushalten	12
Personen in Haushalten mit mindestens 3 Kindern	9
Personen in Haushalten von Alleinerziehenden	8
Personen in Haushalten mit Behinderten	8

Quelle: BMSG 2001a

1.4 Definitionen

Zur Untersuchung wird in Absprache mit dem Auftraggeber die im Sozialbericht 1999 (BMSG 2001a) verwendete Definition von Armut gebraucht. Bezüglich der Definition von Armut wird zwischen Armutsgefährdung und akuter Armut unterschieden. Dies ist zunehmend auch Praxis in der nationalen Armutsberichterstattung anderer EU-Mitgliedsländer.

Armutsgefährdung

Personen gelten als armutsgefährdet, wenn ihr gewichtetes Pro-Kopf-Haushaltseinkommen unter dem Schwellenwert von 60 Prozent des durchschnittlichen österreichischen Pro-Kopf-Einkommens liegt, was in Österreich bei Einpersonenhaushalten bei einem Monatseinkommen von unter € 726,73 bzw. bei einem Haushalt mit zwei Erwachsenen und einem Kind bei einem Monatseinkommen von unter € 1.569,73 der Fall ist. Nach Angaben des Sozialberichts 1999 trifft dies für rund 900.000 Österreicherinnen und Österreicher zu (vgl. BMSG 2001a).

Akute Armut

Akute Armut liegt vor, wenn zu jenen oben beschriebenen beschränkten finanziellen Verhältnissen auch spürbare Einschränkungen bei der Abdeckung folgender grundlegender Lebensbedürfnisse treten:

- Substandardwohnung
- Rückstände bei Zahlungen von Mieten und Krediten
- Probleme beim Beheizen der Wohnung
- Unmöglichkeit, abgenutzte Kleidung durch neue Kleidung zu ersetzen
- Unmöglichkeit, zumindest einmal im Monat jemanden nach Hause zum Essen einzuladen.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren können rund 40 Prozent der armutsgefährdeten Menschen, das heißt 340.000 Österreicherinnen und Österreicher, als akut arm bezeichnet werden. Mehr als die Hälfte dieser Personengruppe gibt an, nur einen mäßigen oder schlechten Gesundheitszustand aufzuweisen. In der Gesamtbevölkerung ist dieser Prozentsatz nur halb so hoch (BMSG 2001a). Diese Tatsache wird durch weitere Ergebnisse des Europäischen Haushaltspanels bestätigt: So steigt mit Abnahme des sozioökonomischen Status einer Person ihr Erkrankungs- bzw. Sterblichkeitsrisiko (MA-L Gesundheitsplanung 1999, jetzt Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement).

Sozial Schwache (nach WHO)

In der Literatur findet sich keine eindeutige Definition des Begriffes „sozial Schwache“. Als Annäherung wird das Konzept der WHO über soziale Ausgrenzung, das auch Veränderungen im Zeitverlauf einbezieht, herangezogen. Als besonders gefährdete Gruppen gelten hier auszugsweise:

- Untere Einkommenschichten
- Menschen mit begrenztem Bildungsstand
- Alleinerziehende
- Ältere bzw. Behinderte sowie
- Langzeitarbeitslose

Relativierend ist zu dieser Definition zu bemerken, dass bei einer gesundheitlichen Betrachtungsweise z. B. in Entwicklungsländern bereits 50-Jährige als ältere Personen gelten, während in westlichen Staaten altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen erst zu einem weit späterem Zeitpunkt beginnen. Darüber hinaus bedeutet die Zugehörigkeit einer Person zu einer der oben angeführten Gruppen noch nicht zwangsläufig, dass sie sozial benachteiligt ist (vgl. dazu auch Menke et al. 2000).

Durchschnittsarme

Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppen wurde für die Studie die immer größer werdende Gruppe der „Durchschnittsarmen“ berücksichtigt und eine Einschränkung auf bestimmte Zielgruppen vorgenommen. Die Gruppe der „Durchschnittsarmen“ umfasst Personen, die im Bewusstsein der Öffentlichkeit nicht unbedingt als arm wahrgenommen werden, wie Alleinverdienerhaushalte mit Kindern, Alleinerzieherinnen oder Langzeitarbeitslose. Dabei hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass auch als völlig ungefährdet geltende Personen durch biographische Brüche (Scheidung, Krankheit) in eine Armutssituation geraten können.

Solche Personen werden auch als „neue Arme“ bezeichnet. Von der Öffentlichkeit werden jedoch noch immer primär Obdachlose, Bettler, Flüchtlinge und eventuell Behinderte als „arm“ wahrgenommen (Uhl 1999, Die Armutskonferenz 1995).

Aus den bisherigen Ausführungen folgt, dass die Begriffe „Armut“ und „sozial Schwache“ in mehreren Dimensionen gemessen werden müssen. In den vorhandenen Datenquellen der

amtlichen Gesundheitsstatistik sind jedoch nur in Einzelfällen (z. B. in Mikrozensus-Sondererhebungen) derartige Angaben zum Individuum erfasst.

Kurz- und Langzeitarmut

Bei der Messung von Armut spielt auch der Faktor Zeit eine Rolle. Herkömmliche Untersuchungen sind zumeist Querschnittsanalysen und können daher nicht zeigen, ob ein zum Erhebungszeitpunkt als „normal“ zu bezeichnender Haushalt in Zukunft nicht bereits als sozial schwach einzustufen wäre. Die Realität zeigt, dass viele Menschen irgendwann im Laufe ihres Lebens, z. B. nach Schicksalsschlägen, in eine Armutslage kommen. Nach Untersuchungen in Westdeutschland zeigt sich ein „70/20/10-Schema“. Damit ist gemeint, dass 70 Prozent der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens nie arm sind, 20 Prozent gelegentlich von Armut betroffen und zehn Prozent häufiger arm sind (Leisering 1995). Das bedeutet, dass rund ein Drittel der Bevölkerung irgendwann eine kritische Armutphase durchläuft. Diese Erkenntnis kann nach Expertenansicht auch auf Österreich umgelegt werden, da die sozioökonomischen Rahmenbedingungen in Österreich und in Westdeutschland vergleichbar sind (Wallner-Ewald 1995, Wallner-Ewald 1999a).

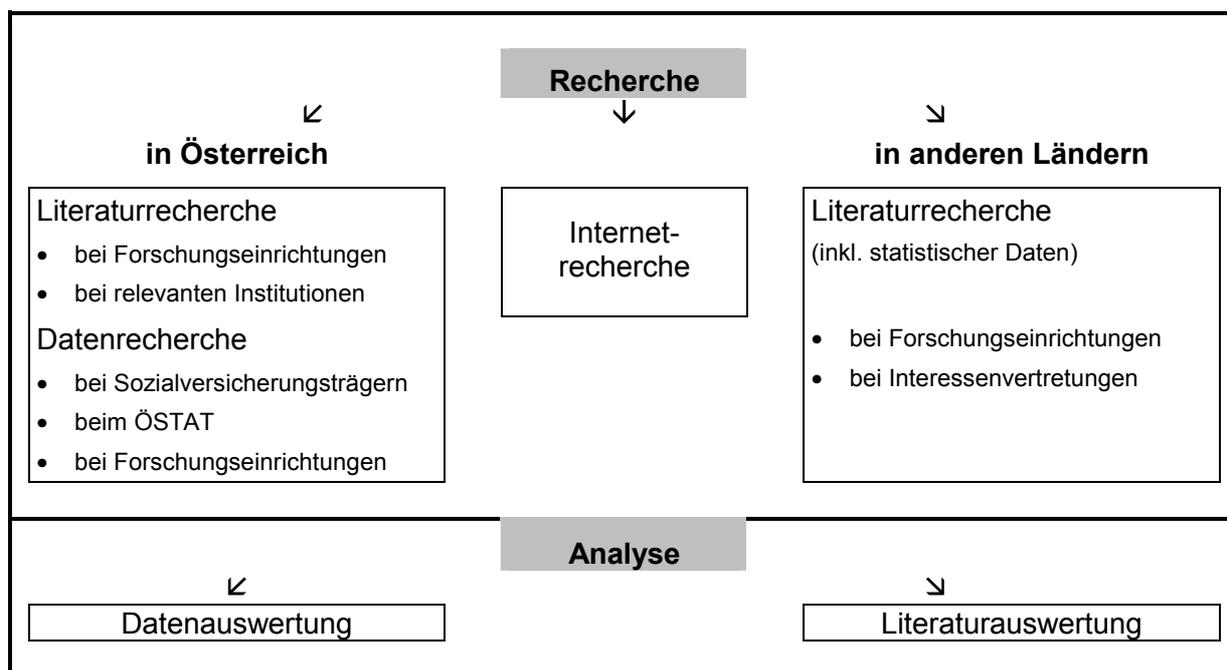
Eine Aufschlüsselung nach der Anzahl der Jahre, die in Armut verbracht wurden, ergibt folgendes Bild: Etwas weniger als die Hälfte aller Personen, die in den Jahren 1994 bis 1997 von akuter Armut betroffen waren, blieb lediglich ein Jahr in dieser Situation. Etwa zehn Prozent waren von Langzeitarmut betroffen. Bei den Armutsgefährdeten sind die Ergebnisse ähnlich, der Anteil jener Personen, die langzeitarmutsgefährdet sind, ist etwas höher. Insgesamt beträgt die durchschnittliche Verweildauer in Armut bzw. in Armutsgefährdung rund zwei Jahre (BMSG 2001a).

Die Charakteristika der Kurzzeitarmlen ähneln viel eher jenen der Gesamtbevölkerung als jenen der Langzeitarmlen. Das bedeutet, dass sich die Bevölkerung, die kurzzeitig von Armut betroffen ist, aus breiteren Schichten der Bevölkerung rekrutiert. Dies lässt sich beispielsweise anhand der Bedeutung des Bildungsstandes veranschaulichen: Während mehr als zwei Drittel der Langzeitarmutsgefährdeten lediglich Pflichtschulabschluss aufweisen, unterscheidet sich die Verteilung der Schulbildung bei Kurzzeitarmutsgefährdeten nicht signifikant von jener der nicht gefährdeten Bevölkerung (BMSG 2001a).

1.5 Methodik

Der Schwerpunkt der Erhebungen lag in der Recherche und Analyse von Daten, die geeignet erschienen, die Frage nach den Abweichungen des Gesundheitszustands der oben definierten Personengruppen von der Durchschnittsbevölkerung zu klären. Dafür wurden qualitative und quantitative Methoden angewendet.

Abbildung 1.1: Methode



Quelle: ÖBIG

Wichtig dafür war die Konzentration auf ausgewählte Zielgruppen.

Untersuchungen von Doblhammer-Reiter in Österreich (1995/1996) und Analysen in anderen Ländern (u. a. Helmert 1998) zeigen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität einhergeht. Diese Behauptung sollte durch eine ausführliche Literaturanalyse und Experteninterviews überprüft bzw. durch eine repräsentative Erhebung in einem Bundesland untermauert werden.

Potenzielle Datenquellen wurden identifiziert und nach den Kriterien

- Relevanz
- Verfügbarkeit und
- Validität

überprüft.

Dabei standen (abgesehen von der Todesursachen-, der Krebs- und der Krankenhausstatistik, die nur indirekte Rückschlüsse auf den sozialen Status einer Person erlauben) folgende Datenquellen im Mittelpunkt:

- das Mikrozensus Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“,
- das europäische Haushaltspanel und
- die Folgekostenrechnung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

Das Mikrozensus Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ wurde von der Statistik Austria (vormals ÖSTAT) zuletzt im Herbst 1999 durchgeführt. Die Stichprobe umfasste rund 60.000 Personen inklusive Kindern. Ergebnisse lagen zum Erhebungszeitraum jedoch noch nicht vor.

Das Europäische Haushaltspanel wird vom Interdisziplinären Forschungszentrum Sozialwissenschaften (IFS) seit 1995 laufend durchgeführt, wobei die Stichprobe rund 7.400 Personen ohne Kinder umfasst. Der Schwerpunkt des EU-weit einheitlichen Programms liegt auf einkommensbezogenen Fragestellungen. Ergebnisse zum Thema Gesundheit und Einkommen lagen im Projektzeitraum noch nicht vor, wurden aber inzwischen zum Teil in den jährlichen Berichten über die soziale Lage Österreichs publiziert (BMAGS 1998, BMAGS 2000, BMSG 2001a+b).

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile aller Datenquellen und unter Berücksichtigung der Neuartigkeit des Ansatzes wurde in Übereinkunft mit dem Auftraggeber die Folgekostenrechnung (FOKO) der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) als primäre Datenquelle ausgewählt. Die erforderlichen Auswertungen wurden in Zusammenarbeit mit Experten der OÖGKK durchgeführt, wobei die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr als Kriterium für die Einstufung eines Versicherten als „sozial benachteiligt“ definiert wurde.

2 Qualitative Aspekte und Literaturanalyse

Soziale Ungleichheiten im täglichen Leben sind in den letzten Jahren wieder stärker ins öffentliche Blickfeld gerückt. Zumeist wird die Thematik Armut auf spezielle Problemlagen wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit oder Behinderung reduziert, obwohl immer mehr Menschen in Phasen ihres Lebens von Armut betroffen werden. Dies geschieht teilweise unbemerkt. Daten über von Armut betroffene Personen sind daher nur spärlich und wenig differenziert vorhanden.

2.1 Allgemeiner Forschungsstand

Es kann davon ausgegangen werden, dass in Österreich schichtspezifische Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Risiken, Morbidität und Mortalität existieren. Informationen über das Ausmaß liegen bisher kaum vor, und es gibt bis dato auch nur wenige gesicherte Befunde hinsichtlich einer sozial ungleichen Verteilung von Gesundheit. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass diese Unterschiede trotz der Möglichkeit einer relativ einkommensunabhängigen Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems bestehen. Durch die bereits bestehenden Zuzahlungen (z. B. Zahnersatz, Rezept- und Ambulanzgebühren sowie Tagsätze beispielsweise für Kuraufenthalte) wird für einkommensschwache Versicherte der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung tendenziell erschwert (Mielck 2000).

Für Österreich bestätigten in den letzten Jahren Auswertungen des Europäischen Haushaltspanels, dass mit Abnahme des sozioökonomischen Status das Erkrankungsrisiko und die Mortalität einer Person steigen (vgl. MA-L Gesundheitsplanung 1999). Als Einflussfaktoren auf gesundheitliche Ungleichheit konnten unter anderem

- Faktoren, die mit wirtschaftlichen Ressourcen sowie mit dem sozialen Umfeld verbunden sind (Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Mangel an Bildung),
- persönliche Risikofaktoren (Behinderung, Geschlecht) bzw. Lebensgewohnheiten (Rauchen etc.) sowie
- mit der Gesundheitsversorgung verbundene Faktoren, wie schlechte Qualität oder Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtungen

identifiziert werden (ÖBIG 2000).

Es gibt in einer Gesellschaft daher ungleiche Chancen, gesund zu bleiben, auch wenn Gesundheitsleistungen für alle annähernd gleich zugänglich sind (vgl. dazu auch Elkeles/Mielck 1993).

Zum Abbau der beschriebenen Ungleichheit wurden von der WHO drei Grundsatzziele zur Förderung der Gesundheit bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen postuliert: (vgl. Dahlgren/Whitehead 1993):

- „Verringerung des Risikofaktoren-Niveaus und anderer gesundheitlicher Gefahren (z. B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Abbau von Arbeitslosigkeit, Unterstützung von Raucherentwöhnprogrammen);
- Hilfe beim Umgang mit gesundheitlichen Risiken (z. B. Verbesserung von Beratung und Unterstützung bei drohender Arbeitslosigkeit);
- Umfang und Qualität der Gesundheitsversorgung sollen den durch Chancengleichheit bewirkten verstärkten Bedarf an Versorgung ausbalancieren können“.

Weiters darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Armut ein wichtiger Stressfaktor ist, und sozial Schwächere häufig das Gefühl haben, einen geringeren Einfluss auf externe Faktoren zu haben. Es müsste daher das Angebot an die Bedürfnisse der sozial Schwachen angepasst werden und nicht umgekehrt.

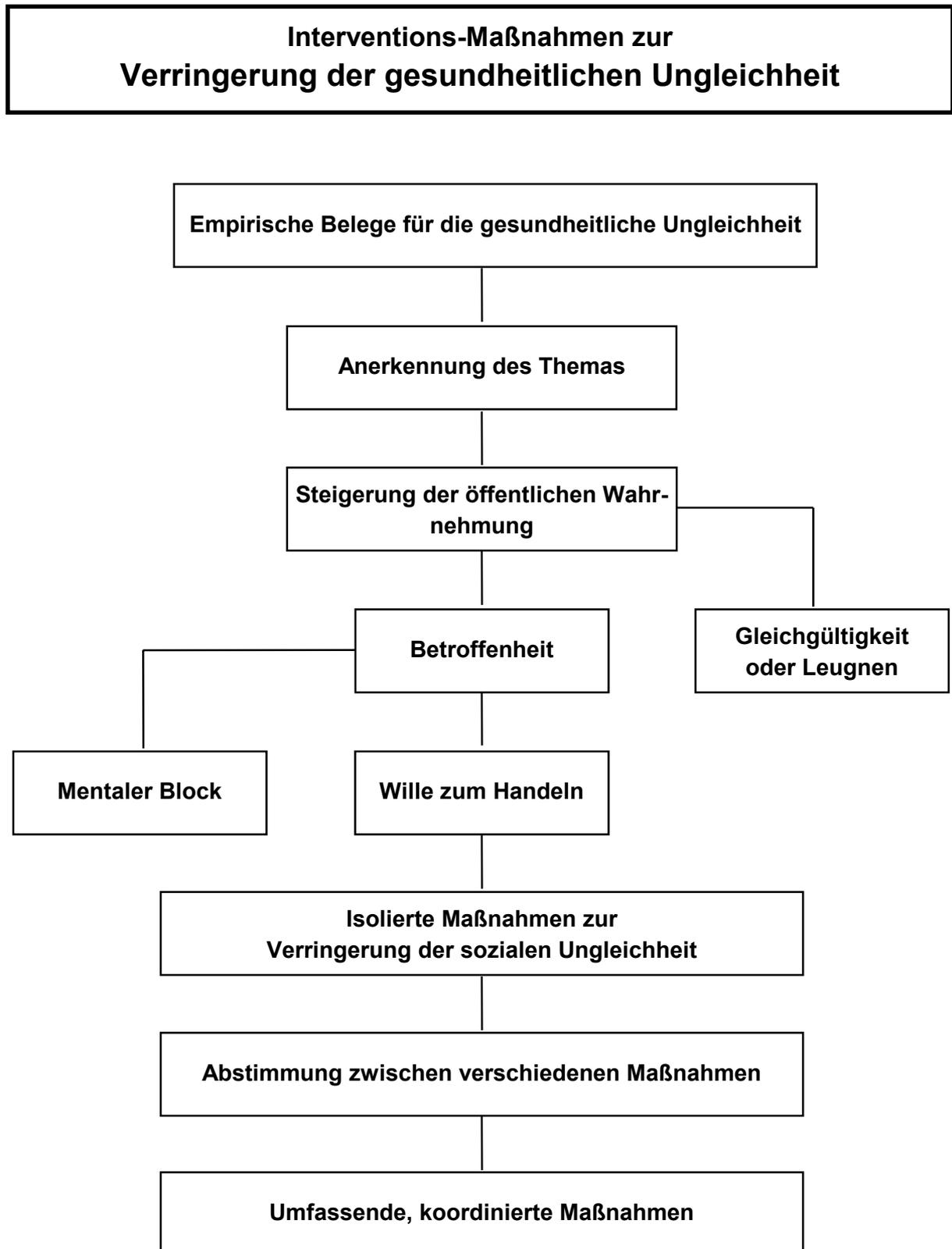
Abbildung 2.1 zeigt die erforderlichen Interventionsschritte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Empirische Belege für die gesundheitliche Ungleichheit bilden den ersten Schritt in einer Aktionskette, die über Anerkennung, Wahrnehmung, Betroffenheit, den Willen zu Handeln, schließlich zu umfassenden, koordinierten Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Ungleichheit führt.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und Gesundheit wird in der sozial-epidemiologischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland seit vielen Jahren untersucht und die empirischen Ergebnisse sind eindeutig: Personen mit geringem sozioökonomischen Status (mit geringer Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder geringem Einkommen) weisen zumeist eine erheblich höhere Mortalität und Morbidität auf als Personen mit höherem Status. Diese Ergebnisse beziehen sich vor allem auf Erwachsene. Studien über Kinder und Jugendliche sind relativ selten und zum Teil schon über 30 Jahre alt. Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist für diese Altersgruppe auch in der Bundesrepublik bisher kaum untersucht worden. Die vorhandenen Ergebnisse lassen jedoch keinen Zweifel daran, dass auch bei Kindern und Jugendlichen ein geringer sozialer Status (in diesem Fall der Eltern) mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden ist (vgl. Mielck 1999).

Im angloamerikanischen Raum und mittlerweile auch in Deutschland hat die sozialwissenschaftliche Beschäftigung mit dem Problem der Armut Tradition und in den letzten Jahren wieder eine stärkere Beachtung erfahren.

Nun lässt sich feststellen, dass (nicht zuletzt aufgrund langjähriger Armutsforschung) in Deutschland bereits die Phase zwischen „Betroffenheit“ und „Wille“ erreicht wurde (vgl. Abb. 2.1). Österreich steht diesbezüglich erst am Anfang, das heißt umfangreichere empirische Belege für die gesundheitliche Ungleichheit müssen noch erarbeitet werden. Dies soll jedoch nicht heißen, dass die Probleme der Armut bzw. der sozialen Ungleichheit für einschlägige Institutionen, Politiker oder Interessengemeinschaften nicht von Belang wären. Das Studie soll dazu beitragen, Interventionsmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit im Sinne von Abbildung 2.1 zu initiieren, indem zunächst empirische Belege für die gesundheitliche Ungleichheit gesammelt werden.

Abbildung 2.1: Interventions-Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit



Quelle: Whitehead 1998

Die Armutsgefährdung wird in Österreich maßgeblich durch den Erwerbsstatus, den Haushaltsstatus, regionale Aspekte, das Alter und die Staatsangehörigkeit bestimmt. Für Frauen bestehen tendenziell höhere Armutsrisiken als für Männer. Der Großteil der armutsgefährdeten Personen steht im erwerbsfähigen Alter. Die nach dem Erwerbsstatus am stärksten betroffenen Gruppen sind Arbeiterinnen und Arbeiter, Bäuerinnen und Bauern sowie Arbeitslose. Die Haushalte von „working poor“ und Arbeitslosen stellen dabei das Gros der sozial schwachen Personen dar. Die Anzahl an Arbeitnehmern, die mit unsicherer und schlecht bezahlter Arbeit auskommen müssen, steigt kontinuierlich an. Das Phänomen der „working poor“, deren Haushaltsausgaben das Netto-Personaleinkommen übersteigen, und die mit ihrem Einkommen nicht mehr das Auslangen finden, nimmt in ganz Europa zu (vgl. Die Grünen Linz 1999, BMAGS 1999).

Mehr als die Hälfte der Arbeitslosen in Österreich ist „einkommensarmutsgefährdet“. Eine der am stärksten armutsgefährdeten Gruppen sind Kinder - jedes fünfte Kind ist von Armut bedroht. Hingegen konnte die Altersarmut Anfang der 90er Jahre durch die überproportionale Anhebung des Ausgleichszulagensatzes zurückgedrängt werden (vgl. Wallner-Ewald 1995, Die Grünen Linz 1999).

Eine stärkere Beachtung des Themas „soziale Ungleichheit“ ist nun auch in Österreich wie auch in Europa zu beobachten. Beispielsweise fand 1996 erstmals eine gesamtösterreichische Armutskonferenz statt, an der Vertreter der Politik, der Gewerkschaften sowie der Kirchen teilnahmen. Zwischenzeitlich ist die Armutskonferenz zu einer wichtigen wiederkehrenden Veranstaltung geworden. Armutsberichterstattung (beispielsweise in Form der Dokumentationen der Armutskonferenz oder der Berichterstattung über die soziale Lage der Haushalte in Österreich im Rahmen des Sozialberichtes) stellt dabei eine Grundvoraussetzung dar, um einerseits das Thema der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, und andererseits um Gegenstrategien zur sozialen Ungleichheit zu entwickeln.

Der Europäische Rat hat in Nizza im Dezember 2000 die Ausarbeitung von nationalen Aktionsplänen gegen Armut und soziale Ausgrenzung (NAP) beschlossen. Österreich versteht diesen NAP als wichtigen Schritt zu einer Weiterentwicklung des Sozialstaates in Richtung einer noch wirksameren Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung. Drei der insgesamt zwölf formulierten Ziele sind: Die Zahl der Personen ohne Pflichtschulabschluss bzw. mit maximal einem Pflichtschulabschluss ist weiter deutlich zu reduzieren; die Sozialpartner sind bestrebt, im Rahmen von Kollektivvertragsvereinbarungen der Anhebung der Mindestlöhne und -gehälter besondere Beachtung zu schenken, was in besonderem Ausmaß Frauen zugute kommt; weiters stehen die Schaffung von Arbeitsplätzen und der Abbau der Arbeitslosigkeit (vor allem der Langzeitarbeitslosigkeit) im Mittelpunkt der Bemühungen.

2.2 Sozial schwache Gruppen - Zielgruppen

Eingangs muss nochmals erwähnt werden, dass eine eindeutige Zuordnung zu den definierten Zielgruppen teilweise nicht möglich ist, und daher Überschneidungen nicht auszuschließen sind. Außerdem handelt es sich bei der nachfolgenden Darstellung nur um einen Auszug relevanter Literaturhinweise. Auch muss in diesem Zusammenhang festgestellt werden, dass in österreichischen Armutspublikationen der Konnex zwischen sozialer Ungleichheit und Morbidität und/oder Mortalität zumeist nicht hergestellt wird.

Grundlegende empirische Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Schichten stellte das damalige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS) fest: Sowohl bei älteren Menschen als auch bei Personen im erwerbsfähigen Alter ist der Anteil an Personen, die einen mäßigen bis schlechten Gesundheitszustand angeben, in den unteren Einkommensgruppen fast doppelt so hoch wie in den oberen Einkommensgruppen. Das höchste Armutsrisiko haben demnach Personen, die in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind oder keine ausreichenden Verdienstmöglichkeiten vorfinden. Dies sind vor allem Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, kinderreiche Familien und Menschen mit Behinderungen (BMAGS 2000).

Neben den Auswertungen des vom Interdisziplinären Forschungszentrums Sozialwissenschaften (IFS) durchgeführten Haushaltspanels und den Mikrozensusserhebungen, welche empirische Belege zum ungleichen Verhalten und zur ungleichen Befindlichkeit zwischen sozialen Gruppen in Bezug auf Gesundheit, Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und subjektiv empfundenem Gesundheitszustand lieferten, wurden 1995/96 erstmals empirische Befunde hinsichtlich der Mortalität präsentiert. Doblhammer-Reiter (1995/1996) veröffentlichte Ergebnisse einer Studie über soziale Unterschiede in der Sterblichkeit der erwachsenen österreichischen Bevölkerung. Die Ergebnisse zeigen, dass mit zunehmender Bildung das Sterberisiko abnimmt. Das Sterberisiko unterscheidet sich dabei nicht nur nach Bildungsgruppen, sondern auch nach Berufsstand, Familienstand sowie zwischen kinderlosen Frauen und Frauen mit Kindern. Die Basis für die Ermittlung dieser Ergebnisse war eine Verknüpfung der Todesursachenstatistik mit den Daten aus der Volkszählung 1991.

Fried (2000) berichtet vom Kongress „Public Health - Entwicklungen und Potentiale“ (Oktober 1999), wo sich die Referenten der Frage nach den Ursachen für die soziale Ungleichheit in der Verteilung von Gesundheit und Krankheit widmeten. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und berufliche Stellung, begrenzt bzw. eröffnet nach wie vor die Chancen für ein längeres Leben mit wenig gesundheitlichen Einschränkungen. Das an diesen drei Indikatoren gemessene unterste Fünftel der Bevölkerung in Deutschland trage in jedem Lebensalter im Durchschnitt ein ungefähr doppelt so hohes Erkrankungs- und Sterberisiko wie das oberste Fünftel. Neuere Untersuchungen belegen nach Angaben des Public-Health-Experten Rosenbrock auch, dass im Gefolge neoliberaler Wirtschafts- und Sozialpolitik die Ungleichheit hinsichtlich Krankheits- und Todesrisiko in den industrialisierten Ländern weiter zunehme. Hier müssten nach Ansicht Rosenbrocks Präventionskonzepte ansetzen. Rosenbrock kritisiert, dass sich die primärpräventiven Angebote der Kassen vor allem an weniger gesundheitsbelastete Angehörige der Mittelschicht gerichtet

haben. Es sollte daher im Gesetz verankert werden, dass Angebote der Prävention einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten sollen, fordert der Gesundheitswissenschaftler.

2.2.1 Armut und Krankheitsrisiko bei Frauen und Männern

Im Jahr 1997 waren in Österreich insgesamt 1.880.187 Männer und 1.449.311 Frauen unselbstständig erwerbstätig. Das Bruttomonatseinkommen betrug im Bundesdurchschnitt bei Frauen € 1.136,02, bei Männern € 1.713,56. 25 Prozent (1. Quartil) der Frauen verdienten monatlich weniger als € 725,42 brutto, bei den Männern waren es weniger als € 1.324,10. Im dritten Quartil verdienten 75 Prozent der Frauen weniger als € 1.640,15 sowie Männer weniger als € 2.360,27 brutto (Statistik Austria 1999/2000).

Alleinerzieherinnen mit einem Kind müssten über ein monatliches Haushaltsbudget von rund € 1.671,24 netto zwölfmal im Jahr verfügen, um sich selbst und ihren Kindern einen mittleren Lebensstandard bieten zu können. Die Haushalte von Alleinerzieherinnen (jene, die tatsächlich über derartige finanzielle Einkommen verfügen), erzielen mit Hilfe von Erwerbsarbeit zirka 60 Prozent davon (= € 1.17,42 netto x 12). Die Sozialtransfers (insbesondere die Familienbeihilfe) decken ca. ein Viertel des Haushaltsbudgets ab. Sonstige Quellen (darunter insbesondere auch Alimentationszahlungen) tragen 14 Prozent zum Haushaltsbudget bei.

Was Literaturhinweise und Einkommensunterschiede betrifft, muss festgestellt werden, dass Frauenarmut im Mittelpunkt der Forschung steht.

Im Linzer Armutsbericht 1999 (Die Grünen 1999) wird die Lohnschere zwischen Männern und Frauen als unverändert auseinanderklaffend beschrieben. Insbesondere Alleinerziehende befinden sich in der Armutsfalle. Aber auch weibliche Pensionisten sind von einer hohen Armutsgefährdung betroffen. Diese typische weibliche Armut im Alter begründet sich vor allem aus folgenden früher entstandenen Faktoren: Teilzeitarbeit, Segregation am Arbeitsplatz, geringere Aufstiegsmöglichkeiten, Zeiten der Arbeitslosigkeit, erschwerte Bedingungen beim Wiedereinstieg nach Jahren der Kinderpause.

Auch die Caritas-Armutsuntersuchung (Hauser/Hübinger 1993) betont die Armutsgefährdung von Frauen. Alleinerziehende sind ungefähr viermal so häufig unter den Klienten der Caritas zu finden wie in der Gesamtbevölkerung, Arbeitslose sind ungefähr dreimal so häufig wie im gesellschaftlichen Durchschnitt, hingegen sind alte Menschen nur etwa halb so häufig wie in der Gesamtbevölkerung vertreten. Das BMAGS stellte 1999 fest, dass neben der Ausbildung das Geschlecht, die unterschiedliche regionale Situation und persönliche Einschränkungen aufgrund von Gesundheitsbeschwerden die Erwerbschancen prägen. Beispielsweise liegt die Erwerbsquote der Frauen deutlich (bis zu 30 Prozent) unter jener der Männer. Arbeitslosigkeit ist sehr ungleich nach Ausbildung, Geschlecht, Nationalität, Alter, körperlicher Fitness, Branche und Region verteilt. Besonders prekär ist die Situation, wenn einige der benachteiligenden Faktoren kumulativ auftreten (BMAGS 1999).

Das Phänomen der „working poor“ greifen mehrere Literaturquellen auf. Unter „working poor“ ist jene Gruppe zu verstehen, die trotz Einkommens aus eigener Erwerbstätigkeit arm oder

armutsgefährdet ist. Frauen sind von dieser Einkommensarmut weit häufiger betroffen als Männer.

Das damalige BMAGS (1999) und das Ludwig Boltzmann-Institut für Frauengesundheitsforschung (LBI 1998) halten fest, dass Alleinerzieherinnen und geschiedene Frauen in der Armutspopulation überrepräsentiert sind. Dies hat zum einen mit deren spezifischen Arbeitsmarktproblemen, zum zweiten bei Scheidung mit den erhöhten Kosten auf Grund der Teilung der Haushalte, zum dritten aber auch mit den bestehenden Unterhaltsregelungen - Unterhaltsansprüche bestehen zumeist für Kinder, selten aber für die Frauen selbst - zu tun. Laut einer vom LBI 1997 durchgeführten Befragung sind Frauen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten nicht nur mit ökonomischen Problemen, sondern auch mit mehr sozialen und psychischen Problemen konfrontiert als Angehörige höherer sozialer Schichten. Frauen mit geringer Bildung und schlechterer beruflicher Position nehmen beispielsweise seltener Angebote zur Gesundheitsvorsorge in Anspruch, geben ein schlechteres psychisches und physisches Wohlbefinden an und sind von deutlich mehr gesundheitlichen Belastungen betroffen. Im Rahmen eines weiteren Projektes des LBI wurden - neben einer Bedarfserhebung - Strategien für zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung von sozial benachteiligten Frauen, Migrantinnen und Schwangeren erarbeitet.

Auch die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes korreliert stark mit dem sozioökonomischen Status: Nach dem subjektiven Gesundheitszustand befragt, geben erwachsene Personen aus einkommensschwächeren Gruppen an, sich wesentlich stärker gesundheitlich beeinträchtigt zu fühlen als die nichtarme Bevölkerung: 25 Prozent der erwachsenen Armen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht, hingegen ist dies nur bei zwölf Prozent der nichtarmen Erwachsenen der Fall (Steiner/Giorgi 1998).

Obwohl die schlechtere Gesundheitsverfassung bei sozial schwächeren Gruppen doppelt so hoch ist wie in der nichtarmen Bevölkerung, besuchen diese beiden Gruppen im Durchschnitt gleich häufig ärztliche Praxen (jeweils vier bis fünf Arztbesuche pro Jahr). Der Anteil der Personen, die im vergangenen Jahr niemals einen Arzt aufsuchten, ist unter den Ärmern mit 13 Prozent um zwei Prozentpunkte geringer als bei den Nichtarmen (Steiner/Giorgi 1998).

Da es in Österreich nur wenige empirische Untersuchungen über den Gesundheitszustand der armen Bevölkerung gibt, wird die Untersuchung von Doblhammer-Reiter (1995/96) näher dargestellt. Zwischen niedrigem sozioökonomischen Status und Armut gibt es – wie bereits erwähnt – eindeutige Zusammenhänge. Dabei wird der sozioökonomische Status oft über die Bildung gemessen. Bildung misst zwar auch nur einen Teilaspekt, hat aber gegenüber den beiden anderen gebräuchlichsten Indikatoren für die Feststellung des sozioökonomischen Status, Einkommen und Berufsstand, den Vorteil, dass sie für alle Individuen festgestellt werden kann.

Bildung ist stark mit dem Sozialstatus-Indikator „Beruf“, weniger deutlich mit dem Indikator „Einkommen“ korreliert, da über die erreichte allgemeine Schulbildung direkt die Qualität der beruflichen Ausbildung bestimmt wird. Trotz der Bildungsexpansion werden die erreichten Bildungsabschlüsse immer noch wesentlich durch den Sozialstatus der Eltern mitbestimmt. Die Einordnung in eine Sozialstatus-Kategorie nach Bildung geschieht während der

Schul- und Berufsausbildung und wird damit frühzeitig im Leben festgelegt. Das erreichte Bildungsniveau beeinflusst, wie Menschen auf ihre Sozillage reagieren, ihr Leben und Lebensfreiräume gestalten können (Stolpe 2001).

In der Untersuchung über die sozioökonomischen Unterschiede in der Sterblichkeit (Doblhammer-Reiter 1995/96) ergab die Analyse der Verknüpfung von Gestorbenenendaten mit den Volkszählungsdaten 1981/82 signifikante Unterschiede in der Sterblichkeit der einzelnen Bildungsgruppen. Für Männer im erwerbstätigen Alter (35-64 Jahre) ist die Sterblichkeit von Pflichtschulabsolventen 2,09 mal höher als von Universitätsabsolventen. Im Alter von 35-49 Jahren ist das relative Sterberisiko von Pflichtschulabsolventen sogar bis zu 4,7 mal höher als bei Angehörigen der höchsten Bildungsstufe. Mit jeder Bildungsstufe (Lehre, Berufsbildende mittlere Schule, AHS oder BHS) sinkt die Sterblichkeit. Mit zunehmendem Alter reduzieren sich die sozioökonomischen Unterschiede in der Sterblichkeit bei Männern bis zu 50 Prozent.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Bildung und Todesursachen bei Männern wurden die Todesursachen unterteilt in: Krebserkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, alle anderen natürlichen Todesursachen, Unfälle und Selbstmorde. In allen fünf Gruppen lassen sich signifikante Unterschiede nach Bildungsgruppen feststellen. Auch hier sind die Unterschiede in den jüngeren Geburtskohorten stärker ausgeprägt. Der stärkste Unterschied ergab sich bei Selbstmorden: es besteht in der Gruppe der 35 bis 64-Jährigen unter den Pflichtschulabsolventen eine 2,98-mal höhere Sterblichkeit als in der höchsten Bildungsstufe.

Die Unterschiede in der bildungsabhängigen Sterblichkeit erweisen sich bei Frauen als viel inhomogener. Generell gilt aber auch hier, dass das Sterberisiko für Frauen mit Universitätsabschluss am geringsten ist und mit abnehmender Bildung ansteigt.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs Bildung und Todesursachen bei Frauen wurden dieselben fünf Gruppen wie bei den Männern gewählt, allerdings wurden in der Gruppe der Krebserkrankungen Brustdrüsenkrebs und Gebärmutterkrebs zusätzlich getrennt untersucht. Das Risiko, an Gebärmutterkrebs zu erkranken, ist bei Frauen mit Pflichtschulabschluss 3,34 mal so hoch wie bei Universitätsabsolventinnen. Beim Brustdrüsenkrebs verhält es sich interessanterweise umgekehrt. Hier gilt: Je niedriger die Schulbildung, desto geringer ist das Risiko, an dieser Krebsart zu erkranken. Für jüngere Frauen mit Pflichtschulabschluss ist das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 26 Prozent geringer als für Frauen der höchsten Bildungsgruppe.

Bei allen Todesursachen reduzieren sich die Bildungsunterschiede bei Frauen mit dem Alter im Durchschnitt um zehn bis 20 Prozent. Die Ausnahme bilden Unfälle als Todesursache - sie vergrößern sich mit dem Alter und betragen bei über 65-Jährigen 77 Prozent.

Personen mit Pflichtschulabschluss haben nicht nur eine geringere Lebenserwartung als Personen mit Universitätsabschluss, sie haben im Alter auch weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten. Männer und Frauen mit keiner über die Pflichtschule hinausgehenden Bildung sind im Durchschnitt 2,2 bzw. 2,8 Jahre gesundheitlich so sehr eingeschränkt, dass sie in ihren lebensnotwendigen Tätigkeiten auf fremde Hilfe angewiesen

sind, wohingegen männliche und weibliche Maturanten im Durchschnitt nur 0,8 bzw. 1,3 Jahre pflegebedürftig sind (Doblhammer/Kytir 1998).

Situation in Europa

Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit bemerkt dabei plakativ zum Thema Gesundheit und Armut „Arme sterben früher“ und nimmt auf eine französische Studie Bezug: Ein 35 Jahre alter Professor hat eine Lebenserwartung von weiteren 43,2 Jahren. Ein ungelerner Arbeiter hat dagegen mit 35 Jahren schon sein halbes Leben verbracht. Ihm bleiben statistisch noch 34,3 Jahren. Das ist ein Unterschied in der Lebenserwartung von knapp neun Jahren. Berechnungen der Medizinischen Hochschule Hannover gehen von rund sieben Jahren aus (BMG 2001).

Arme haben eine nachweislich höhere Belastung am Arbeitsplatz, oftmals ein unsicheres Arbeitsverhältnis, sind häufig arbeitslos, wohnen schlechter und haben schlechtere Erholungsmöglichkeiten. Wie stark sich diese Belastungen auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken, hängt von den verfügbaren Bewältigungsressourcen ab. Diese Ressourcen fehlen bei Menschen in armen Haushalten häufiger als bei Reichen.

Eine Auswertung des „sozioökonomischen Panels“ in Deutschland (Mielck et al. 2000, Datenbasis: 1984 - 1993, Stichprobe mit ca. 12.000 Männern und Frauen ab 16 Jahre aus den alten Bundesländern) zu Unterschieden in der Lebenserwartung nach Schulbildung zeigt, dass Männer ohne Abitur eine um 3,3 Jahre kürzere Lebenserwartung aufweisen als Männer mit Abitur; bei Frauen beträgt der Unterschied sogar 3,9 Jahre.

Tabelle 2.1: Schulbildung und Lebenserwartung

Schulbildung	Lebenserwartung im Alter von 16 Jahren (in Jahren)	
	Männer	Frauen
ohne Abitur	57,0	61,6
mit Abitur	60,3	65,5

Quelle: Mielck et al. 2000

In dem vor kurzem publizierten Gesundheitsbericht in Deutschland wird von einer vergleichbaren Analyse berichtet, die ebenfalls auf den Panel-Daten basiert. Dort wird das Sterblichkeits-Risiko in Abhängigkeit von den Ausbildungsjahren berechnet und die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Sterblichkeit in der unteren Bildungsgruppe (unter neun Ausbildungsjahre) um ca. 50 Prozent höher ist als in der oberen Bildungsgruppe (über 15 Jahre) betrug.

Eines der größten Risiken für die Gesundheit ist die Belastung durch die Erwerbsarbeit (Stolpe 2001). Personen mit schlechterer (Berufs-)Ausbildung leiden häufiger unter größeren körperlichen Belastungen in ihrem Beruf als besser ausgebildete Erwerbstätige. Dagegen kommen psychische Belastungen häufiger an Arbeitsplätzen von besser ausgebildeten Personen vor. In einer Untersuchung in der früheren DDR wiesen Befragte mit weniger als acht

Jahren Schulbildung mehr als zehnmals so oft körperliche Belastungen am Arbeitsplatz auf wie Personen mit mindestens zwölfjähriger Ausbildung. Die Befragten mit der längsten Ausbildung litten fünfmal häufiger unter psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Zugleich war die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, mit den sozialen Beziehungen und mit der familiären Situation bei Personen ohne Schulabschluss am geringsten.

Ähnliche Ergebnisse wurden in einer neuen repräsentativen britischen Untersuchung hinsichtlich der Gesamtmortalität festgestellt, zumindest für Männer. Das relative Risiko, an einer Erkrankung zu sterben, war für mittlere Vorgesetzte um bis zu 3,7-mal höher, für Un- und Angelernte um bis zu fünfmal höher im Vergleich zu Leitungspositionen. Bei Frauen fanden sich keine vergleichbaren Ergebnisse (Peter 2001).

Für Deutschland wurden Sekundäranalysen auf der Basis von prospektiven Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt, und zwar die Zusammenhänge zwischen beruflichem Status und Gesamtmortalität betreffend. Diese Daten decken einen Zeitraum von zehn Jahren ab und umfassen mehr als 100.000 während des Beobachtungszeitraums berufstätige (das heißt hauptversicherte) Männer und Frauen. Die Ergebnisse zeigen die aus anderen Ländern bekannten Risikoverteilungen. Bei beiden Geschlechtern ist das Mortalitätsrisiko für Un- und Angelernte und für Facharbeiter am höchsten, gefolgt von Angestellten. Das niedrigste Risiko weisen mittlere Vorgesetzte und Führungskräfte (die Referenzgruppe der Untersuchung) auf. Diese Ergebnisse sind nicht durch unterschiedliche Alterstverteilungen in den einzelnen Berufsstatusgruppen zu erklären. Die größte Kluft hinsichtlich des Mortalitätsrisikos verläuft nach diesen Befunden zwischen den manuell tätigen und den nicht manuell tätigen Berufsgruppen. Dieser Zusammenhang ist auch aus anderen europäischen Ländern bekannt.

Verschiedene Hypothesen lieferten in den vergangenen Jahrzehnten Erklärungsansätze zu Ursachen für gesundheitsbezogene Schichtgradienten. Die „Drifthythese“ fokussiert den Blick auf den krankheitsbedingten sozialen Abstieg bzw. die Verhinderung sozialen Aufstiegs durch eine Erkrankung; die „Verursachungshypothese“ konzentriert sich dagegen auf die mit der Schichtzugehörigkeit einhergehenden Verteilungen gesundheitsgefährdender Faktoren und Verhaltensweisen als Ursache erhöhter gesundheitlicher Risiken und vorzeitiger Sterblichkeit. Empirische Evidenz für die Drifthythese fand sich vor allem im Hinblick auf psychiatrische Erkrankungen, die häufig einen sozialen Abstieg nach sich zogen.

Die Verursachungshypothese kann einen breiteren Geltungsbereich beanspruchen. Das gehäufte Auftreten gesundheitsgefährdender Bedingungen und Verhaltensweisen in den unteren sozialen Schichten ist nach dieser Annahme eine wesentliche Ursache für das erhöhte Gesundheitsrisiko in diesen Gruppen. Folgende Bedingungen und Verhaltensweisen werden im Besonderen diskutiert:

- Nur begrenzte Verfügbarkeit von Ressourcen (Geld, soziale Vernetzung, Verhaltensweisen zum angemessenen Umgang mit erfahrenen Belastungen etc.) zur Bewältigung erhöhter Belastungshäufigkeit und -intensität.
- höhere Schadstoffbelastungen durch Wohnsituation und Arbeitsplatz;
- vermehrte psychosoziale Belastungen (z. B. berufliche und familiäre Schwierigkeiten);

- erhöhte Prävalenz gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z. B. Zigarettenkonsum, Fehlernährung, Mängel bei Bewegung);
- schlechterer Zugang zu und seltenere Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen.

Menke et al. (2000) konstatieren in einem vergleichenden Bericht über sozioökonomische Unterschiede einzelner Gesundheitsindikatoren in Europa (Europa-Bericht), dass Zusammenhänge zwischen ausgeübtem Beruf und Gesundheit hinlänglich bekannt sind. Berufliche Tätigkeit umfasst psychosoziale, physische sowie ökonomische Komponenten, die sowohl gesundheitsfördernd als auch gesundheitsgefährdend sein können. Ein guter Beruf ermöglicht Selbstachtung sowie soziale Anerkennung - beides gesundheitsfördernde Faktoren. Andererseits beeinflussen viele physische Aspekte wie z. B. Lärm am Arbeitsplatz die Gesundheit im negativen Sinn.

Um die Auswirkungen der Art der beruflichen Tätigkeit auf die Gesundheit zu dokumentieren, wurden vier Gruppen gebildet (Arbeiter, Angestellte, Selbstständige sowie landwirtschaftliche Berufe) und pro Gruppe die Mortalitätsrate berechnet. In allen untersuchten Ländern wurde unter den Arbeitern eine generell höhere Mortalität als in allen anderen Berufsgruppen festgestellt (z. B. Finnland: Arbeitermortalitätsrate von 7,4 pro 1.000 Personen versus 4,7 pro 1.000 Personen Angestelltenmortalitätsrate). Zudem ist die Mortalitätsrate unter den Angestellten im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen generell am niedrigsten.

Insgesamt zeigt sich, dass berufsgruppenbezogenen Ungleichheiten, die sich in unterschiedlichen Mortalitätsraten widerspiegeln in den meisten Staaten der Europäischen Union seit den achtziger Jahren signifikant zugenommen haben.

Darüber hinaus besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und dem Selbsteinschätzungsgrad der befragten Personen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes: Je niedriger das Einkommen, desto schlechter wird der eigene Gesundheitszustand beurteilt. Dieser Zusammenhang gilt für Männer und Frauen bzw. in den 1980er und den 1990er Jahren gleichermaßen. Personen mit niedrigem Einkommen haben weniger Möglichkeiten, einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu führen. Der damit verbundene höhere Bedarf an finanziellen Mitteln (z. B. zur Verbesserung der Wohnsituation, für höherwertige Ernährung sowie für sportliche Freizeitaktivitäten) kann in dieser Gruppe nicht abgedeckt werden.

Nach den Auswertungen des Gesundheits- und Sozialsurveys der Stadt Berlin 1991 sind 40 Prozent der von Einkommensarmut Betroffenen alleinerziehende Menschen. Signifikant häufig anzutreffende Beschwerden bei hauptsächlich alleinerziehenden Frauen sind: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, Kreislaufprobleme, Menstruationsbeschwerden, Magenerkrankungen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane und psychische Verhaltensauffälligkeiten besonders in Form von Depressionen.

Alleinerzieherinnen im Vergleich zu verheirateten Müttern: Gesundheitszufriedenheit 24 Prozent weniger gut bzw. schlecht im Vergleich zu elf Prozent der verheirateten Mütter, sieben Prozent sehr gute Gesundheitszufriedenheit im Vergleich zu neun Prozent der verheirateten Mütter.

Alleinerziehende Frauen würden nach einem Gesundheitsbericht des Landes Berlin gern mehr für ihre Gesundheit tun, was jedoch aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen, fehlender Koordinierung der Gesundheitsangebote und zu hoher Kosten nicht möglich ist. Um gesundheitsbezogenes Handeln zu ermöglichen, müssten die medizinischen Versorgungsstrukturen, entsprechend der besonderen Lebenssituation Alleinerziehender modifiziert werden. So zeigen verschiedene Studien, dass alleinerziehende Frauen Krankheiten nicht rechtzeitig behandeln lassen. Sie nehmen häufiger als Vergleichsgruppen rezeptfreie Medikamente zur Selbstbehandlung ein (insbesondere Schmerz- und Schlaf- sowie stimmungsaufhellende Medikamente, die teilweise ein erhebliches Suchtpotenzial beinhalten (Hermann 1995).

Festzuhalten ist weiters, dass die einkommensbezogenen gesundheitlichen Ungleichheiten weniger stark ausgeprägt sind, als das bei den berufsgruppenbezogenen Ungleichheiten der Fall ist.

Ebenfalls im Europa-Bericht wird über Alleinerziehende und Armut berichtet: 11,2 Millionen Alleinerzieherhaushalte mit einem oder mehreren Kindern wurden in Europa zu Beginn der neunziger Jahre gezählt. Norwegen, Österreich, Irland, Großbritannien, Dänemark und Belgien liegen mit jeweils über 20 Prozent an der Spitze. In südeuropäischen Ländern wie Griechenland, Italien oder Portugal liegt der Anteil zwischen elf und 16 Prozent.

In Großbritannien sind 16 Prozent der alleinerziehenden Mütter zwischen 16 und 24 Jahre. Holland verfügt über den höchsten Anteil alleinerziehender Väter (23,7 Prozent).

Je nach Staat sind Alleinerziehende einem bis zu dreimal höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Transferzahlungen haben einen ganz entscheidenden Einfluss auf in Armut lebende Familien. Aber finanzielle Unterstützungen allein sind nicht ausreichend - darüber hinaus müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es Alleinerziehenden ermöglichen, einen Beruf auszuüben. Die jeweils aktuelle Situation am Arbeitsmarkt stellt in diesem Zusammenhang den limitierenden Faktor dar. Selbst in Staaten mit einem hervorragend ausgebauten Sozialsystem (z. B. Kinderbetreuung) sind alleinerziehende Mütter zunehmend von Arbeitslosigkeit betroffen.

Als drastisches Beispiel kann die Entwicklung in Großbritannien in den letzten 20 Jahren genannt werden. Der Anteil alleinerziehender Mütter hat sich verdoppelt (1979-1983: 12 Prozent; 1992-1995: 21 Prozent) und die Armutsrate hat sich von 57 Prozent (1984-1987) auf 70 Prozent (1992-1995) gesteigert. 90 Prozent der alleinerziehenden und arbeitslosen Mütter leben in Armut, sogar im Falle einer Berufstätigkeit erreichen 35 Prozent der Einkommen nicht das durchschnittliche Nettoeinkommen - und liegen demzufolge unter der Armutsgrenze.

Unter allen alleinerziehenden Müttern, die ohne Partner und überdies in Armut leben, zeigen sich gesundheitliche Schäden. Der schlechte Gesundheitszustand wird oftmals von psychischen Problemen begleitet (Angstzustände, innere Unruhe, Stress, Depression - vgl. Tabelle 2.2)

Tabelle 2.2: Gesundheit alleinerziehender Mütter - Überblick über holländische Studienergebnisse

Gesundheitsproblem	Anteil in Prozent		
	alleinerziehende Mütter	verheiratete Mütter	andere
Einschätzung „schlechter allgemeiner Gesundheitszustand“ (Prozent)	33	14	19
Zwei/mehrere chronische Krankheiten (Prozent)	37	22	29
Durchschnittliche Anzahl physischer Beschwerden (absolut)	1,44	1,66	-
Durchschnittliche Anzahl psychosomatischer Beschwerden (absolut)	4	2	2
Depressionssymptome (Prozent)	26	10	-
Einsamkeitsempfinden (absolut)	4,8	2,4	3,2

Quelle: König et al. 1992

Oftmals führen diese psychologischen Probleme zu gesundheitsgefährdendem Verhalten - beispielsweise starkem Zigarettenkonsum. 55 Prozent der Alleinerzieherinnen in Großbritannien rauchen durchschnittlich fünf Packungen Zigaretten pro Woche. Neben der gesundheitsschädigenden Wirkung führt übermäßiger Zigarettenkonsum auch zu einer Schmälerung des oftmals schon geringen Einkommens. Studien, welche die Kosten für die Aufrechterhaltung eines Mindest(lebens)standards berechnet haben, zeigten, dass die Sicherstellung eines solchen Niveaus - insbesondere im Fall mit im selben Haushalt lebender Kinder - nicht mehr möglich ist. Oftmals verschlechtert sich in einer derartigen Situation auch die Qualität der Ernährung zusehends, was wiederum gesundheitsgefährdende Konsequenzen nach sich zieht.

2.2.2 Arbeitslosigkeit und Krankheitsrisiko

Im Jahr 1998 wurde in Österreich Arbeitslosengeld von insgesamt 509.800 Personen bezogen, davon wiederum von insgesamt 190.704 Frauen (In- und Ausländerinnen) sowie von 319.096 Männern (In- und Ausländer). Im Bundesdurchschnitt betrug die Höhe des Arbeitslosengeldes für Frauen rund € 532,69 und für Männer € 697,66. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass es marginale Unterschiede in der Höhe des Arbeitslosengeldes zwischen In- und Ausländern gibt.

30 Prozent der Arbeitslosengeld beziehenden Frauen bekamen monatlich weniger als rund € 450,57; demgegenüber erhielten Männer mindestens € 643,88 pro Monat. Im 3. Quartil bezogen 70 Prozent der Frauen rund € 614,09 - der Vergleichswert für Männer betrug rund € 799,40 (Statistik Austria 1999/2000).

Talos (2000) sieht die Frauenarmut eng verknüpft mit stetig ansteigenden atypischen Beschäftigungsformen. Einige der Beschäftigungsformen sind in einem sehr hohen Ausmaß bzw. überwiegend „weiblich“. Die größte Verbreitung hat bisher die Teilzeitbeschäftigung (15 Prozent). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bei dieser Beschäftigungsform am stärksten ausgeprägt. Der Anteil der Frauen an den Teilzeitbeschäftigten liegt zur Zeit bei ca. 85 Prozent. Einen Anstieg verzeichnet die Zahl befristeter Beschäftigter. Ihr Anteil an den unselbständig Beschäftigten liegt bei ca. acht Prozent. Zur Zeit sind es annähernd 200.000 Menschen, die zum jeweiligen Stichtag als geringfügig beschäftigt gemeldet sind. Laut BMSG 2001a+b waren von den im Jahr 1999 erfassten geringfügig Beschäftigten beinahe drei Viertel Frauen. Über andere atypische Beschäftigungsformen, wie z. B. Telearbeit oder Jobsharing oder Arbeit auf Abruf gibt es nur spärliche Informationen. Gleiches gilt für die Verbreitung von Scheinselbständigkeit. Atypische Beschäftigung ist vielfach nicht nur mit geringerem und diskontinuierlicherem Einkommen, sondern auch mit nur selektivem sozialen Schutz verbunden.

Insgesamt betrachtet trifft unbestritten zu, dass in Österreich nach wie vor „Normalarbeitsverhältnisse“ den weitaus überwiegenden Teil der Beschäftigungsverhältnisse ausmachen. Unübersehbar allerdings ist, dass davon in Hinblick auf Kontinuität, Vollzeitigkeit, ausreichende materielle und soziale Sicherung abweichende Beschäftigungsformen stetig zunehmen. Geringfügig Beschäftigte und Scheinselbständige sind nur zum Teil in die sozialen Sicherungssysteme integriert. Mit andauernden Arbeitsmarktproblemen, dem Anstieg der Langzeitarbeitslosigkeit und der Verbreitung von atypischen Beschäftigungsformen zeigt sich zudem, dass sozialstaatlich geregelte Leistungen das Verarmungsrisiko nicht ausschließen.

Die verfügbaren Daten über Bezieher von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe belegen, dass bei einem beträchtlichen Teil der Betroffenen - und zwar bei einem großen Teil der Frauen - die Leistungen niedrig sind. Wie wenig tatsächlich von einer „Übersorgung“, beispielsweise von Arbeitslosen bzw. Notstandshilfebeziehern, in Österreich die Rede sein kann, zeigen folgende Daten des AMS: Im Jahr 1999 lag die mittlere Höhe des Arbeitslosengeldes gesamt bei € 659,65 (Männer € 730,36, Frauen € 541,05), jene der Notstandshilfe bei € 541,34 (Männer € 597,66, Frauen € 472,52).

Die Ausweitung atypischer Beschäftigungsformen spitzt bereits bestehende, strukturell in erwerbsbezogenen sozialen Sicherungssystemen angelegte Probleme der Ausgrenzung und der unzureichenden Versorgung noch zu. Der Grund: Von Vollzeit abweichende Arbeitszeiten gehen mit niedrigen Einkommen und (daraus abgeleiteten) noch niedrigeren Sozialleistungen einher.

Für Wallner (1995) konzentrieren sich Verarmungsrisiken vor allem auf Langzeit- und Mehrfacharbeitslose sowie auf Frauen, die aus dem Erwerbsleben eher völlig ausscheiden als im Status der Langzeitarbeitslosigkeit zu verbleiben. Vor allem ältere Arbeitslose sind von dauerhafter Ausgrenzung vom Arbeitsmarkt und damit meist von Armut bedroht. Das damalige BMAGS (1998) belegt aufgrund von Auswertungen aus dem IFS-Haushaltspanel 1996, dass Personen in Langzeitarbeitslosenhaushalten bei allen in der Befragung erhobenen Indikatoren (z. B. Gesundheit, Wohnungskategorie, finanziell bedingte Einschränkungen der Speisenvielfalt, Bildung) schlechter gestellt sind als der Durchschnitt der Bevölkerung.

Situation in Europa

Ein negativer Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist aus zahlreichen Studien belegt (Elkeles 1997, Elkeles 1998, Elkeles/Bormann 1999, Elkeles 2001). Auf der Basis von Individualdaten wurde z. B. eine etwa doppelt so hohe Sterblichkeit finnischer arbeitsloser Männer im Vergleich zur Normalbevölkerung gezeigt. Betrachtet man die Morbidität, so gibt es nicht etwa eine bestimmte „Arbeitslosenkrankheit“, wohl aber Belege für eine höhere Belastung von Arbeitlosen durch ganz verschiedene Symptome und Beschwerden sowie mehr negative Angaben zur subjektiven Gesundheit. Der Rückgang der Zufriedenheit mit dem Leben war bei deutschen Männern, die arbeitslos wurden, weit mehr durch einen nicht-pekuniären Effekt als durch den Einkommensverlust bedingt. Eine Reihe von Längsschnittstudien haben einen negativen Effekt von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit gezeigt. Arbeitlose leiden deutlich häufiger als Erwerbstätige unter psychosomatischen Beschwerden wie Schlaflosigkeit, depressiven Symptomen, Ängsten oder Magen-Darmstörungen. Hinsichtlich des Suchtmittelkonsums weisen Arbeitslose ein deutlich ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf. Außerdem konnte bei der Analyse deutscher Krankenversicherungsdaten festgestellt werden, dass die höhere Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch arbeitslose Männer im Vergleich zu Berufstätigen deutlich überproportional durch Alkoholmissbrauch bedingt war (GEK 1999, Pensola/Valkonen 2000).

Hoefert (1997) stellt fest, dass zukünftig eine neue Herausforderung für dynamische Betrachtungsweisen auf die Gesellschaft zukommt. Der Strukturwandel von Wirtschaft und Beschäftigung scheint darauf hinauszulaufen, dass stabile sogenannte „Normalarbeitsverhältnisse“, die im Lebenslauf nur vorübergehend Unterbrechungen aufweisen, immer seltener werden. Wenn es daher zutrifft, dass Erwerbsverläufe insgesamt diskontinuierlicher werden, müssten die Zusammenhänge von Arbeitslosigkeit und Gesundheit daher nicht nur dynamisch, sondern auch in entsprechend größeren Zeitfenstern untersucht werden. Dies insbesondere im Hinblick auf sogenannte „Labilisierungsspiralen“: Wer häufigen Phasen von Arbeitslosigkeit nicht gewachsen ist, dessen Gesundheitszustand könnte immer mehr dazu beitragen, noch häufiger und noch länger arbeitslos zu werden. Ein entsprechender Forschungsbedarf besteht zur Frage, wie solche Labilisierungsspiralen zu verhindern wären.

Für Elkeles (2001) sind aktive Beschäftigungspolitik, Maßnahmen zur Vermeidung von Entlassungen sowie Interventionen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit zweifellos auch und besonders bei Langzeitarbeitslosen zum Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit sinnvoll. Ein Beispiel bietet ein im deutschen Bundesland Brandenburg entwickeltes Angebot zur Integration gesundheitspolitischer Hilfen einerseits, arbeitsmarktpolitischer Hilfen andererseits. Dieses Programm geht davon aus, dass Langzeitarbeitslose komplexe und integrierte Hilfen benötigen.

Laut einem vom Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen in Deutschland erstellten Bericht für die EU-Kommission (Menke et al. 2000) waren im Jahr 1997 insgesamt 49 Prozent aller europäischen Arbeitslosen länger als ein Jahr nicht mehr berufstätig. In Ländern wie Italien, Belgien, Irland, Spanien und Portugal betrug dieser Anteil zwischenzeitlich bis zu 66 Prozent. Länger als zwei Jahre arbeitslos waren rund 20 Prozent. Insgesamt zeigt sich, dass Staaten mit insgesamt hoher Langzeitarbeitslosenrate auch einen

erheblichen Anteil an Arbeitslosen haben, deren beschäftigungslose Zeit länger als zwei Jahre dauert.

Langzeitarbeitslose stellen eine Gruppe dar, in welcher die Gesundheit im Hinblick auf ausreichende Arbeitsfähigkeit eine entscheidende Rolle spielt. In Dänemark stieg der Anteil derjenigen Langzeitarbeitslosen, die im Zeitraum von 1987 bis 1994 länger als sechs Monate krank waren, von 28 auf 47 Prozent (Menke et al. 2000).

In einer finnischen Studie, die 50- bis 58-jährige Langzeitarbeitslose befragte, gaben zwei Drittel an, unter einer körperlichen Beeinträchtigung oder einer Langzeitkrankheit zu leiden. Darüber hinaus verursacht Langzeitarbeitslosigkeit gesundheitsschädliche Folgen, die bei zunehmender Dauer soziale, psychische sowie ökonomische Konsequenzen haben - z. B. soziale Ausgrenzung, Einkommensverlust, Hoffnungslosigkeit, Depression, Angstzustände, etc. (Kivelä/Lahelma/Valkonen 2000).

Eine Langzeitstudie in England hat in diesem Zusammenhang als Ergebnis eine nahezu doppelt so hohe Mortalität unter Arbeitslosen ergeben: Die Sterblichkeitsrate aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen (inklusive Selbstmord) war besonders unter jungen Männern hoch (Menke et al. 2000, Kunst et al. 2001).

Ähnliche Resultate brachte eine norwegische Studie, welche Langzeitarbeitslose mit Personen verglich, die mittlerweile wieder berufstätig sind. Während 23 Prozent der Langzeitarbeitslosen Symptome von schwerem Alkoholismus zeigten, betrug der Wert für die Gruppe der wieder Berufstätigen nur zwölf Prozent. Hinsichtlich der Absicht zum Selbstmord lag der Wert für die erste Gruppe bei 22 Prozent und für die zweite bei sechs Prozent (Menke et al. 2000).

2.2.3 Armut und Krankheitsrisiko unter älteren Menschen

1999 lagen vier Fünftel aller Pensionsleistungen unter € 1.119,16, nur fünf Prozent zwischen € 1.700,54 und der höchstmöglichen Eigenpension von € 2.130,55. Darüber hinaus bestehen nach wie vor deutliche Unterschiede zwischen den durchschnittlichen Pensionshöhen von Männern und Frauen. Die durchschnittliche Alterspension der Männer betrug im Dezember 1999 € 1.104,36, jene der Frauen € 646,79. 25 Prozent der Frauen bekamen weniger als € 368,96 und 25 Prozent der Männer erhielten weniger als € 767,35, während 75 Prozent der Frauen weniger als € 793,88 bzw. 75 Prozent der Männer weniger als € 1.452,88 erhielten (Statistik Austria 1999/2000).

Eine wichtige Erkenntnis aus gerontologischen Forschungen ist, dass die Lebenssituation im Alter in hohem Maß von der Lebensbiographie bestimmt wird. Das heißt, die gesundheitlichen, psychischen, sozialen und materiellen Kompetenzen und Ressourcen oder Einschränkungen im Alter sind nicht vorrangig ein Phänomen des biologisch-kalendarischen Alters, sondern ein Ergebnis des Lebenslaufes und seiner individuellen und kollektiven Determinanten. Unter den Existenzbedingungen westlicher Industriegesellschaften führt dies besonders im Alter zu einer Vielfalt der Lebenslagen und Lebensformen.

Festzuhalten bleibt: Einkommensarmut im Alter wird vor allem durch eine Verstärkung schon bestehender sozialer Ungleichheit in den Lebensphasen zuvor hervorgerufen, durch Disproportionen in den bestehenden Sicherungssystemen und durch die lebensgeschichtlich verminderten Chancen zur Kompensation in Form von ergänzenden Einkommensquellen. Altersarmut ist vor allem weiblich (Timm 1995).

Wenn auch der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheitssituation für das Seniorenalter nicht spezifisch dokumentiert werden kann, gibt es genügend Hinweise, die nahe legen, dass der inzwischen generell gut belegte Zusammenhang von geringem sozioökonomischen Status und erhöhtem Krankheitsrisiko sich auch im Alter fortsetzt. So war 1988 die Frühinvaliditätsquote aufgrund von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bei den Arbeitern fast doppelt so hoch wie bei den Angestellten und die altersspezifische Mortalität der Rentner in der Arbeiterrentenversicherung übersteigt in allen Altersgruppen die der Rentner in der Angestelltenrentenversicherung.

Alter und gesundheitliche Einschränkungen als Benachteiligungsursachen einerseits, andererseits soziale Benachteiligungen in früheren und aktuellen Lebensphasen als Faktor für gesundheitliche Beeinträchtigungen im Alter - dieser wechselseitige Zusammenhang macht (hohes) Alter zu einer spezifischen Risikosituation, weil soziale Deprivation und gesundheitliche Beeinträchtigungen gekoppelt, aber auch jeweils getrennt auftreten können.

In der St. Gallerer Armutsstudie wird auf eine Untersuchung hingewiesen, die in der Stadt St. Gallen bei den über 70-jährigen Personen durchgeführt wurde. Auch hier zeigt sich: Je besser die finanzielle Lage eingeschätzt wurde, desto gesünder fühlten sich die befragten Senioren (Füglister-Wasmer 1995).

Hoffmeister/Hüttner (1995) weisen besonders auf die fehlenden Datenquellen in Bezug auf ältere Menschen hin: Aus den Daten zu den nationalen Gesundheits-Surveys kann zwar ermittelt werden, wie stark der Einfluss des sozialen Status auf den Gesundheitszustand ist, allerdings nicht für die Bevölkerungsgruppe ab 70 Jahre. Ausländer, Heimbewohner und sehr alte Menschen (>70 Jahre) sind darin also nicht enthalten. Unter diesen Gruppen wird sich ein größerer Teil der armen und sehr armen Bevölkerung befinden. Aus mehreren Studien sei nämlich klar geworden, dass sehr alte Menschen inzwischen eher unterdurchschnittlich von Armut betroffen sind.

Interessant ist, dass nach den Ergebnissen einer Studie von Badelt et al. (1997) bei 32,6 Prozent aller betreuten Personen nach eigenen Angaben die Summe aus monatlicher Nettopension und Pflegegeld weniger als € 727,73 ausmacht. 7,3 Prozent aller befragten Personen haben angegeben, mehr als € 1.450,46 an monatlicher Nettopension und Pflegegeld zu beziehen. Auch eine Berechnung der „Bruttoeinkommen“ (Bruttopension, Pflegegeld, Ausgleichzulage und Kinderzuschuss), die auf den Pensionsdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger beruht, zeigt, dass sich eine deutliche Konzentration der Pflegegeldbezieher in der Kategorie monatlicher Gesamteinkommen bis zu € 908,41 findet. Beinahe 50 Prozent aller Bundespflegegeldbezieher haben im Jahr 1994 ein monatliches Einkommen in dieser Höhe bezogen.

Im Schweizer Gesundheitsbericht wird festgehalten: Sowohl die subjektiv wahrgenommene Gesundheit als auch das Vorhandensein spezifischer körperlicher Beschwerden sind bei geringem Ausbildungshintergrund häufiger, wobei Personen, die nicht mehr als die minimale Schulpflicht erfüllt haben, gegenüber Personen mit höherer Bildung ein um 50 Prozent erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen. Ähnlich hohe Unterschiede zeigen sich für Fettsucht. In Bezug auf das Gesundheitsverhalten zwischen den Ausbildungsgruppen sind die Unterschiede noch ausgeprägter. So weist die niedrigste Ausbildungsklasse gegenüber der höchsten aufgrund unbewusster Ernährung und mangelnder körperlicher Aktivitäten ein mehr als doppelt so hohes Risiko auf. Die Analyse der Behinderungen zeigt, dass bei den Menschen mit der geringsten Ausbildung, Behinderungen (Hör- und Sehbehinderungen, Unfähigkeit zu Interviews, Abhängigkeit von Hilfe) signifikant häufiger sind als bei Personen mit guter Ausbildung. Schließlich zeigt die Analyse von sozialen Beziehungen für die unteren Ausbildungsgruppen eine stärkere soziale Isolation.

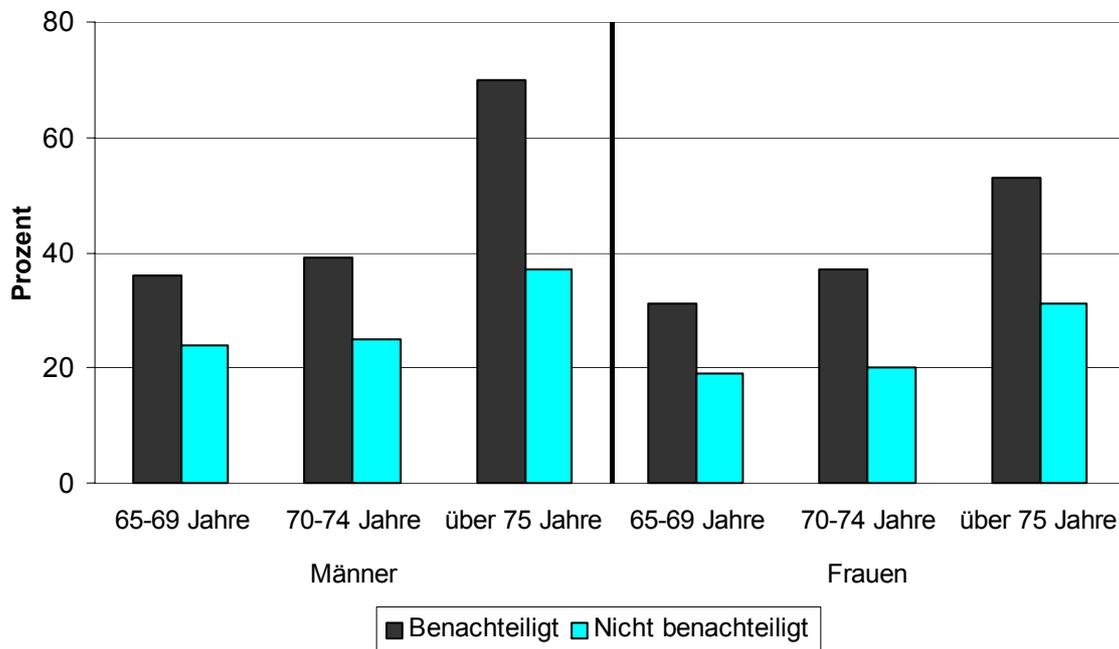
Für den für alle offenen Zugang zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz spricht, dass die Einnahme von Medikamenten zur Behandlung von Blutdruck- und Herzkrankheiten sowie von Schmerz- und Rheumamitteln sich kaum nach Ausbildungsklassen unterscheidet. Dagegen ist der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln - bei denen in der Schweiz insgesamt von einem Überkonsum ausgegangen werden muss - in den unteren Ausbildungsklassen deutlich erhöht.

Gesamt gesehen ist die Lage der älteren Menschen mit geringer Ausbildung - die im Allgemeinen den unteren Sozialschichten angehören - bedeutend erschwert. Sie sorgen sich weniger um ihre Gesundheit und sie weisen häufiger Beschwerden und Behinderungen auf, nehmen aber - zumindest im ambulanten Bereich - nicht entsprechend mehr Dienstleistungen in Anspruch. Zudem sind sie sozial häufiger isoliert, sodass es nicht verwundert, dass Angehörige der sozialen Unterschicht auch häufiger in Heimen leben.

Im Europa-Bericht (Menke et al. 2000) wird festgehalten, dass rund 60 Millionen Menschen in Europa älter als 65 Jahre sind, von diesen wiederum rund 14,5 Millionen älter als 80 Jahre. Der Anteil alter Menschen, die in Armut leben, ist von Land zu Land unterschiedlich. Während in einigen Staaten (z. B. Finnland) die Altersarmut zur Gänze beseitigt werden konnte, beträgt diese in einigen anderen Staaten bis zu 20 Prozent. Im Hinblick auf die Lebenssituation zeigt sich, dass in nordeuropäischen Staaten die von der Altersarmut Betroffenen vorwiegend allein und in den Städten leben, im südlichen Europa auch in größeren Familienverbänden.

Armut hat negativen Einfluss auf die Gesundheit und auf die Lebenserwartung. In Großbritannien beispielsweise haben die 65-Jährigen der Unterschicht eine um zwei bis 2,6 Jahre (Männer/Frauen) kürzere Lebenserwartung als Mitglieder der oberen sozialen Schichten. Armut begünstigt Krankheiten und Beeinträchtigungen, die zum Verlust der Unabhängigkeit/Selbstständigkeit im alltäglichen Leben führen (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: Potenzieller Hilfebedarf¹ von benachteiligten² im Vergleich zu nicht benachteiligten alten Menschen in Italien 1994 (in Prozent)



¹ „Hilfebedarf“ umschreibt die Beeinträchtigung der Unabhängigkeit, verursacht durch chronische Krankheit oder Behinderung oder Bedarf an Hilfestellung bei Arbeiten des täglichen Lebens oder Bedarf an Hilfe durch das Auftreten einer koronaren Herzkrankheit oder von Krebs.

² „Benachteiligt“ sein bedeutet unzulängliches Einkommen/Wohnsituation und/oder Mangel an Familienunterstützung (allein lebend).

Quelle: Antonelli/Paganetto 2000

Folgende Krankheiten und Beschwerden sind bei Personen der unteren sozialen Schicht häufig anzutreffen:

- Chronische Arthritis, Bronchitis, Magen- und Darmkrankheiten;
- andere physische Beeinträchtigungen;
- Geisteskrankheiten;
- vollständiger Zahnverlust;
- koronare Herzkrankheiten und Schlaganfall;
- Verletzungen infolge von Unfällen (Sturz etc.).

In einigen Ländern konnte der Beweis erbracht werden, dass Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Einkommen aufgrund von zu entrichtenden Behandlungskosten unzureichende medizinische und pflegerische Behandlungen erhalten. In Großbritannien beansprucht rund eine Million Pensionisten die ihr aufgrund festgestellter Bedürftigkeit gesetzlich zustehenden Begünstigungen nicht. Die Gründe dafür sind vielfältig: Mangelndes Wissen; Scheu, Begünstigungen anzunehmen; Angst vor anfallenden Behandlungskosten.

2.2.4 Migranten

Wie kaum in einer anderen Bevölkerungsgruppe ist das Armutsrisiko unter Migranten außergewöhnlich hoch, was der Sozialbericht des ehemaligen Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales besonders betont. Demnach bewegen sich 50 Prozent der ausländischen Haushalte im untersten Einkommensviertel, während zwölf Prozent direkt von Armut betroffen sind (BMAGS 2000).

Migrantenspezifische Gesundheitsangebote werden im Anhang dargestellt. Die Beschreibung neuer innovativer Zugangswege umfasst den Dolmetscherdienst im Krankenhaus, Gesundheitszentren für Frauen sowie Ausländer als Gesundheitsmultiplikation (vgl. Anhang).

Beleuchtet wird die Situation von Migranten und deren Familien, die beispielsweise aus Jugoslawien (BR), Kroatien, Bosnien-Herzegowina, der Türkei, Polen, und Ungarn zum Arbeiten oder im Zuge der Familienzusammenführung nach Österreich gekommen sind. Da EU-Bürger die gleichen Arbeits- und Lebensbedingungen wie Österreicher vorfinden, werden sie in den nachfolgenden Ausführungen nicht erwähnt. Bürgerkriegsflüchtlinge und Asylanten, die gänzlich anderen gesetzlichen Rahmenbedingungen unterliegen, sind gleichfalls aus dem Sample ausgenommen.

Arbeitsmigranten sind besonderen Belastungen wie Entwurzelung, Anpassungsdruck, Sprach- und Kommunikationsproblemen, soziale Isolation etc. ausgesetzt. Bezeichnend für migrationspezifische Lebensbedingungen sind körperlich anstrengende und minderbezahlte Arbeitsplätze in konjunkturschwankenden Branchen, hohes Entlassungsrisiko, überdurchschnittlich Arbeitslosenquote, ungünstige Wohnverhältnisse, aufenthaltsrechtliche Bedingungen sowie diskriminierende Alltagserfahrungen, was soziologisch als Unterschichtung der Unterschicht bezeichnet wird (Waller 1997). Auf die Dauer führen Migrationsstress und -belastungen sowie soziale Risiken zu psychosomatischen Störungen und Erkrankungen. Fehlende Deutschkenntnisse und Unkenntnis über gesundheitliche Versorgungsinstanzen sind der Grund dafür, dass sich viele Migranten erst sehr spät in Behandlung begeben, was die Gefahr beinhaltet, dass Krankheiten chronisch werden. Unsichtbare Zugangsbarrieren, wie der Mangel an sprachlichen, interkulturellen und sozialen Kenntnissen in präventiven, kurativen und rehabilitativen Gesundheitseinrichtungen, die Migranten eine angemessene Inanspruchnahme erschweren.

Im Zusammenhang mit einseitiger körperlicher Beanspruchung am Arbeitsplatz, gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen kann es zum frühzeitigem Verschleiß von Wirbelsäule und Gelenken, chronischer Bronchitis und Lungenkrankheiten, zu koronaren Herzerkrankungen, Hepatitis, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, Stoffwechselerkrankungen und psychosomatischen Erkrankungen kommen. Häufig entwickeln Migranten eine Multimorbidität. Nachfolgend werden signifikante deutsche Untersuchungsergebnisse vorgestellt, da repräsentative epidemiologische Studien über Migranten bislang in Österreich fehlen:

- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates zählen zu den häufigsten gestellten Diagnosen in der Altersgruppe der 25- bis 44-jährigen Patienten, wobei 8,5 Prozent Migranten und 6,6 Prozent Deutsche betroffen sind (EVAS-Studie 1989).

- Gastrointestinale Erkrankungen sind bei 44 Prozent türkischen und 28 Prozent deutschen Patienten diagnostiziert worden (Bilgin 1999).
- Die Tuberkulose-Inzidenz ist nach Angaben des Robert Koch-Instituts 1995 unter Migranten dreimal so hoch wie ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung (Wagner/Marreeel 1998).
- Von AIDS sind Migranten in EU-Ländern nicht stärker betroffen als die einheimische Bevölkerung, allerdings steigt der Migrantenanteil unter den AIDS-Neuerkrankungen stetig an. Migranten sind deutlich schlechter über Schutzmaßnahmen, Risikoverhütung etc. informiert (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 1999).

In diesem Zusammenhang soll die Studie „Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien“, erwähnt werden, in der Migranten nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand befragt wurden. Grundsätzlich schätzen die befragten Migranten ihren „Gesundheitszustand besser ein als jenen der österreichischen Staatsbürger“, was im krassen Widerspruch zu den deutschen Untersuchungsergebnissen zu stehen scheint. Seitens der Autoren wird als Erklärungsversuch das durchschnittliche Alter der Arbeitsmigranten, das männliche Übergewicht in der Migrantenpopulation, die laufende Gesundheitsselektion im Rahmen von Anwerbungsverfahren und die denkbare Möglichkeit von kontrolliertem Antwortverhalten aus Angst von negativen Sanktionen angeführt (Csitkovics et al. 1997).

Psychosoziale Krisen und psychosomatische Beschwerden von Frauen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Frauen, die im Rahmen des Familiennachzuges nach Österreich eingereist sind ungünstig, da sie erst nach vier Jahren einen eigenen Aufenthaltstitel erhalten können, was bedeutet, dass der Arbeitsmarkt über Jahre für sie gesperrt bleibt. Migrantinnen werden dadurch in ein Hausfrauendasein und eine aufenthaltsrechtliche und finanzielle Abhängigkeit vom Ehepartner gezwungen. Da sich ihre Erfahrungen ausschließlich auf den Familienkreis beschränken, wird der Umgang außerhalb der Familien und mit gesellschaftlichen Institutionen wesentlich erschwert. Mögliche Arbeit als angelernte Küchenhilfe, Reinigungskraft, Kassiererin oder Industriearbeiterin ist schlecht bezahlt, stark konjunkturabhängig und ohne Aufstiegschancen. Die körperlich einseitige Beanspruchung führt zu frühzeitigen Verschleißerscheinungen sowie psychosomatischen Krankheiten.

Jahrelange Belastungs- und Stressfaktoren auf verschiedensten Ebenen (Entwurzelungsproblematik, Migrationsprozess, benachteiligende Lebensbedingungen, Einkommensarmut) sind die Ursache für bio-psycho-soziale Probleme und Beschwerden ausländischer Frauen. „Die häufigsten psychopathologischen Bewältigungsstrategien in der Migrationsituation sind Depressionen, psychosomatische Störungen, Angst- und Schmerzzustände und Panikattacken“ (Peregrina 1999). Häufig treten erst nach jahrlangem Aufenthalt und scheinbar erfolgreicher Integration bei Frauen depressive Verstimmungen, Schlaflosigkeit, Erschöpfungszustände, Unruhe etc. auf, die von der Psychotherapie als „übergangene Trauer“ bezeichnet werden (Grinberg 1990). Eine psychische Aufarbeitung der migrationsspezifischen Prozesse ist deshalb so schwierig, weil aufgrund der Schichtzugehörigkeit und des niedrigen Bildungsgrades eine Reflexion und Verbalisierung von Problemen für diese Frauen generell sehr schwierig ist. Zudem ist es in südländischen Kulturkreisen eher unüblich über individuelle oder familiä-

re Probleme mit Außenstehenden zu reden, wodurch die Bearbeitung psychischer Probleme sehr einschränkt ist.

Bei psychosomatischen Kopf- und Verspannungsschmerzen im Rücken- und Schulterbereich, Magen- und Darmbeschwerden sowie Atem- und Kreislaufbeschwerden wird medizinische Hilfe beansprucht. Die schwierige Verständigung zwischen Arzt und Patientin begrenzt die Möglichkeiten der Anamnese und Diagnostik, was zu Fehlbehandlungen, zur Verfestigung des Krankheitsbildes oder zur unspezifischen Versorgung mit Medikamenten führen kann. In diesen Fällen bringt die jahrelange medikamentös-apparative Behandlung keine Besserung des Gesundheitszustandes. Vermutlich sind das die Gründe für den häufigen Arztwechsel („doctor shopping“).

Basierend auf den Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin zeigt sich, dass bei einer Schwangerschaft das Vorsorge- und Behandlungsangebot von Migrantinnen (4,9 Arztbesuche) später und seltener in Anspruch genommen wird als von deutschen Frauen (5,5 Arztbesuche), was auf Kommunikations- und Umgangsprobleme von Arzt und Migrantin zurückzuführen ist (Zink/Korporal 1990). Gynäkologen werden von ausländischen Frauen hauptsächlich wegen Infektionen, unspezifischen Beschwerdeangaben wie Rückenschmerzen, Schwangerschaftsbeschwerden sowie psychischen und psychosomatischen Krankheiten konsultiert. Insgesamt liegen die in Anspruch genommenen Leistungen hinsichtlich Labor Diagnostik oder aufbauender Präparate (Eisen, Kalk usw.) unter denen der deutschen Vergleichsgruppe. Insgesamt werden die Schwangerschaftsverläufe von ausländischen Frauen als komplikationsloser eingestuft, „weil fast immer ein Kinderwunsch besteht, und die Schwangerschaft viel stärker als natürlicher Vorgang betrachtet wird“ (Zink/Korporal 1990). Im Gegensatz dazu werden während der Geburt mehr schmerzstillende Medikamente verabreicht, ist die Zahl operativer Entbindungen ungleich höher als bei deutschen Frauen, was auf schwere Geburtsverläufe schließen lässt. „Dies ist nicht weiter verwunderlich angesichts der großen Bedeutung, die dem Vertrauensverhältnis zwischen schwangerer Frau und Hebamme für eine erfolgreiche psychologische Geburtsleitung zukommt, und angesichts der Schwierigkeit einen solchen Kontakt herzustellen, wenn die sprachlichen Voraussetzungen fehlen“ (Zink/Korporal 1990). Diese Untersuchungsergebnisse sind durchaus auf Wiener Verhältnisse übertragbar (Wimmer-Puchinger 1994).

Krankheitshäufigkeit und gesundheitliche Versorgung von Kindern ausländischer Herkunft

Bei den in Österreich lebenden Migranten handelt es sich um eine relativ junge Bevölkerungsgruppe mit immerhin 178.783 Kindern und Jugendlichen. Wie bereits ausführlich beschrieben, sind die Startbedingungen von ausländischen Kindern ungleich schlechter als von inländischen Kindern. Zu den kindlichen Erfahrungen gehören finanzielle Engpässe, schlechte Wohnverhältnisse, mangelhafte Sprachkompetenz ebenso wie die alltägliche Diskriminierung in Kindergarten, Schule, Wohnumfeld etc. Soziale Benachteiligungen und migrationspezifische Entwicklungsbelastungen und -probleme können eine starke psychische Dauerbelastung darstellen, die bei vielen Kindern und Jugendlichen zu psychisch-gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Schäden führen. So haben Kinder von Migranten eine vergleichs-

weise „erhöhte Rate an psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen, Infektionskrankheiten, Unfällen und Behinderungen“ (Körber 2000).

In der deutschen Literatur belegt (Csitkovics 1995), ist bei fremdländischen Kindern die Morbiditätsrate weitaus höher als innerhalb der deutschen Vergleichsgruppe:

- Atemwegserkrankungen waren bei Migrantenkindern (27,2 Prozent) weitaus häufiger anzutreffen (19,4 Prozent).
- Durchfallserkrankungen wurden zu 19,7 Prozent bei ausländischen und bei 14,3 Prozent der inländischen Kinder diagnostiziert.
- Von Tuberkulose waren Migrantenkinder dreimal so häufig betroffen wie deutsche Kinder.
- Die Unfallgefahr lag mit 9,5 Prozent bei ausländischen Kindern deutlich höher. Vergleichsgruppe (6,2 Prozent).
- 21 Prozent aller Unfallverletzungen bei ausländischen Kindern waren auf Verbrühungen und Verbrennungen zurückzuführen, während bei deutschen Kindern der Vergleichswert bei drei Prozent liegt.
- Vergiftungserscheinungen infolge einer Medikamentenvergiftung traten bei 63,3 Prozent der türkischen, aber nur 35 Prozent der deutschen Kinder auf (Csitkovics 1995).

Die erhöhte Infektionsgefahr ist sowohl auf den unzureichenden Impfschutz als auch die mangelhafte Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen zurückzuführen. Überdies sind es die psychosozialen Belastungen, die das kindliche Abwehrsystem schwächen. Was die Unfallhäufigkeit betrifft, so sind es die beengten Wohnungen mit mangelhafter sanitärer Ausstattung, die „auf die Sicherheit von Kleinkindern nicht abgestimmt werden können“ und deshalb dem kindlichen Bewegungsdrang entgegenwirken. Ebenso schwierig ist es toxische Substanzen sicher aufzubewahren (Csitkovics 1995). Bedingt durch die prekäre ökonomische Lage müssen die Eltern häufig länger arbeiten oder zusätzliche „Jobs“ annehmen, weshalb Migrantenkinder oft stundenlang unbeaufsichtigt sind.

Während die gesundheitlichen Risiken ausländischer Kinder größtenteils auf die psychosoziale und ökonomische Situation von Migrantenfamilien zurückzuführen sind, spielen in der gesundheitlichen Versorgung auch kulturelle Faktoren eine nicht zu unterschätzende Rolle. Epidemiologischen Untersuchungen zufolge, tritt bei Migrantenkindern aus der Türkei und dem arabischen Raum eine Häufung von Enuresis (Einnässen) auf. Risikofaktoren für die kindliche Enuresis sind aus medizinischer Sicht; „eine Häufung von einschneidenden Erlebnissen vor dem sechsten Lebensjahr, tiefer Schlaf, akute psychosoziale Probleme in der Familie, gehäufte Harnwegsinfekte, Obstipation (Stuhlverstopfung), angeborene Defekte und eine positive Familienanamnese für Enuresis“ (Petersen 2000).

Allein die Behandlung vorwiegend körperlicher Krankheiten bei ausländischen Kindern stellt die Mediziner bereits vor schwerwiegende Probleme, wobei sich die psychotherapeutische Versorgung von seelischen Störungen als noch weit schwieriger darstellt. Deshalb sind Migrantenkinder auch in stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen unterrepräsentiert. Die meisten ausländischen Eltern sind nicht in der Lage, die - oft erst in der Migrationssituation entstandenen seelischen - Probleme ihrer Kinder, als solche zu erkennen. Bei manifesten psychischen Störungen wird zunächst im familiären Selbstmanagement, unter-

stützt von Verwandten, vertrauten Hodschas oder Priestern versucht eine Heilung herbeizuführen. Die Gründe weshalb psychotherapeutische Betreuungsmöglichkeiten erst sehr spät in Anspruch genommen werden, liegen in der mangelnden Information, in sprachlichen oder kulturellen Barrieren und in der Angst vor sozialen Kontrollmechanismen und Sanktionen. Ein verspäteter Therapiebeginn führt häufig zur Schmerzintensität und Chronifizierung, die wiederum schlechtere Behandlungsergebnisse nach sich zieht (Schepker/Fisek 2000). Nur in akuten Fällen wie dramatischen körperlichen Äußerungen, Aggressivität, gravierenden psychosomatischen Störungen usw. wird eine psychotherapeutische Einrichtung aufgesucht. Im Falle einer drohenden Heimeinweisung, werden schwierige Kinder oftmals von den Eltern in das Herkunftsland zurückgeschickt.

Mit der Zielsetzung psychische Störungen und psychiatrische Erkrankungen von Migrantenkinder verstehen und therapeutisch behandeln zu können, ist in der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters (AKH Wien) die erste Transkulturelle Ambulanz in Österreich eingerichtet worden, deren bisherige Arbeit die Schlussfolgerung zulässt, dass die Betreuung durch sprach- und kulturkompetente Fachleute zu einer Reduktion der Hemmung, die diese Gruppe vor psychiatrische Einrichtungen und deren Betreuung hat, führt. Dadurch wird die sogenannte Compliance (Therapieverhalten) der Immigrantengruppen erheblich erhöht, was wiederum ein „Doktorshopping“ reduziert (Friedrich et al. 1999).

Wie der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst in Berlin aus langjähriger Erfahrung zu berichten weiß, geht mit steigendem Informationsgrad über das muttersprachliche ausländer-spezifische Therapieangebot auch eine steigende Akzeptanz und Bereitschaft zur Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungsangebots einher (Güc 2000). Folglich kann davon ausgegangen werden, dass auch die Transkulturelle Ambulanz in Wien das psychosoziale Versorgungsangebot ausländischer Familien ein Stück weit verändern wird.

Altern in der Fremde

Dass belastende Lebensbedingungen bei einer Verdichtung von Problemlagen zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei älteren Migranten führen können, beweist die empirische Studie von Senior Plus aus dem Jahr 1999. Demnach ist der schlechte Gesundheitszustand weniger auf das Alter als vielmehr auf schlechte Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Ein Indiz dafür ist die hohe Rate von frühzeitiger krankheitsbedingter Alterspensionierung (Senior Plus 1999). Überdies herrscht in Expertenkreisen Einigkeit darüber, dass die Kumulation von gesundheitlichen Belastungen im Arbeitsleben dazu beiträgt, dass Migranten „im Alter ein hohes Pflegebedürftigkeits- und Behinderungsrisiko tragen“, weshalb sich die Frage nach dem zielgruppenorientierten Beratungs- und Betreuungsangebot stellt (Geiger 1999). Aus traditionellen und kulturellen Gründen tendieren Migranten eher dazu familiäre Hilfspotenziale auszuschöpfen, wobei allerdings in der zweiten Einwanderergeneration die Bereitschaft zur Pflege von hilfsbedürftigen Eltern schwindet. In diesen Fällen wird eher auf die ambulanten Dienste wie mobile Krankenschwestern, Essen auf Rädern, Heimhilfe etc. zurückgegriffen. Im Gegensatz dazu findet die stationäre Altenhilfe noch keine große Akzeptanz. Zum Teil mag das geringere Interesse von Migranten an senioren-spezifischen Einrichtungen und sozialmedizinischen Diensten aber auch mit Informati-

onsdefiziten über vorhandene Angebote in Verbindung mit den lückenhaften Sprachkenntnissen zusammenhängen.

Gegenwärtig befinden sich ausländische Pensionisten eher in den jüngeren Altersgruppen, wobei sich aber anhand der soziodemographischen Entwicklung ablesen lässt, dass in naher Zukunft die Migrantenzahlen in den älteren Altersgruppen zunehmen werden. Die empirische Studie von Senior Plus kommt zu dem Ergebnis, dass die seniorenpezifischen Institutionen in Österreich auf die Versorgung älter werdender Ausländer nur unzureichend vorbereitet sind, obwohl in besonderem Maße mit multimorbiden und chronischen Krankheitsmustern gerechnet werden muss, die mit einem hohen Risiko der Pflegebedürftigkeit einhergehen. Ausgehend von dem Konzept einer multikulturell alternden Gesellschaft kommt Senior Plus zu dem Schluss, dass eine entsprechende interkulturelle Personal- und Organisationsentwicklung in den Institutionen forciert werden sollte (Senior Plus 1999).

Zweifellos werden in den nächsten Jahren die Migranten zu einem zentralen Thema der institutionellen Altenarbeit werden, weshalb eine vorausschauende und bedarfsorientierte interkulturelle Personal- und Organisationsentwicklung gefordert ist.

2.2.5 Sozialbenachteiligte und gesundheitsgefährdete Kinder

International sind sozialbenachteiligte Kinder und Jugendliche erst vor wenigen Jahren in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt, was mit strukturellen Veränderung innerhalb der Armutgruppen zusammenhängt. Während früher das Verarmungsrisiko eher bei den weiblichen Pensionisten lag, so sind von der gegenwärtigen Wirtschaftsentwicklung immer häufiger Familien und deren Kinder betroffen. Meistens entstehen familiäre Notlagen infolge von Langzeitarbeitslosigkeit, Kinderreichtum oder durch eine Alleinerziehungssituation. Je länger eine Notlage dauert, um so größer sind die Auswirkungen auf die materielle und psychosoziale Lebensqualität aller Familienmitglieder. Ökonomische Armut, schlechte Ernährung, beengte Wohnverhältnisse, benachteiligtes Wohnumfeld, reduzierte Bildungschancen, kulturelle Ausgrenzung usw. können zu Entwicklungsstörungen, Risikoverhalten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Heranwachsenden führen.

Da epidemiologische Studien, die über den Gesundheitszustand von armutsgefährdeten Kindern informieren könnten, bisher fehlen, beruht dieses Kapitel auf der Extrapolierung von Sozialdaten sowie der Darstellung von verschiedenen Gesundheitsrisiken und der schulischen Gesundheitsförderung.

Ausgehend von einer Gesamtzahl von 1.854.599 in Österreich lebenden Kindern und Jugendlichen (1999) liegt der Anteil der Buben mit 51,2 Prozent deutlich über dem der Mädchen mit 48,8 Prozent (Statistik Austria 1999, 2000).

Absolute Zahlen über armutsgefährdete Kinder in Österreich fehlen bislang. Schätzungen schwanken zwischen zirka 102.300 (BMAGS 2000) und 136.500 armutsbetroffenen Kindern (Wallner-Erwald 1999b).

Fehl- und Mangelernährung

In den westlichen Industrieländern zeichnet sich das allgemeine Ernährungsverhalten durch einen Mangel an vollwertiger Nahrung und optimierter Mischkost sowie einem erhöhten Konsum von Zucker, Fett, Salz, Fleisch und Alkohol aus. Für die Gesundheitspsychologie ist das Ernährungsverhalten von Gewohnheiten abhängig, „die im Laufe des Lebens erworben werden, und die im Entwicklungsverlauf zu einer zunehmenden Stabilisierung tendieren. Hinzu kommt, dass das Ernährungsverhalten in der Regel durch die soziale Umgebung (insbesondere durch die Familie) aufrechterhalten und unterstützt wird“ (Lohaus 1993). Da der Körper direkt von der Ernährung beeinflusst wird, können durch Essverhalten und Fehlernährung verschiedene Krankheiten hervorgerufen werden.

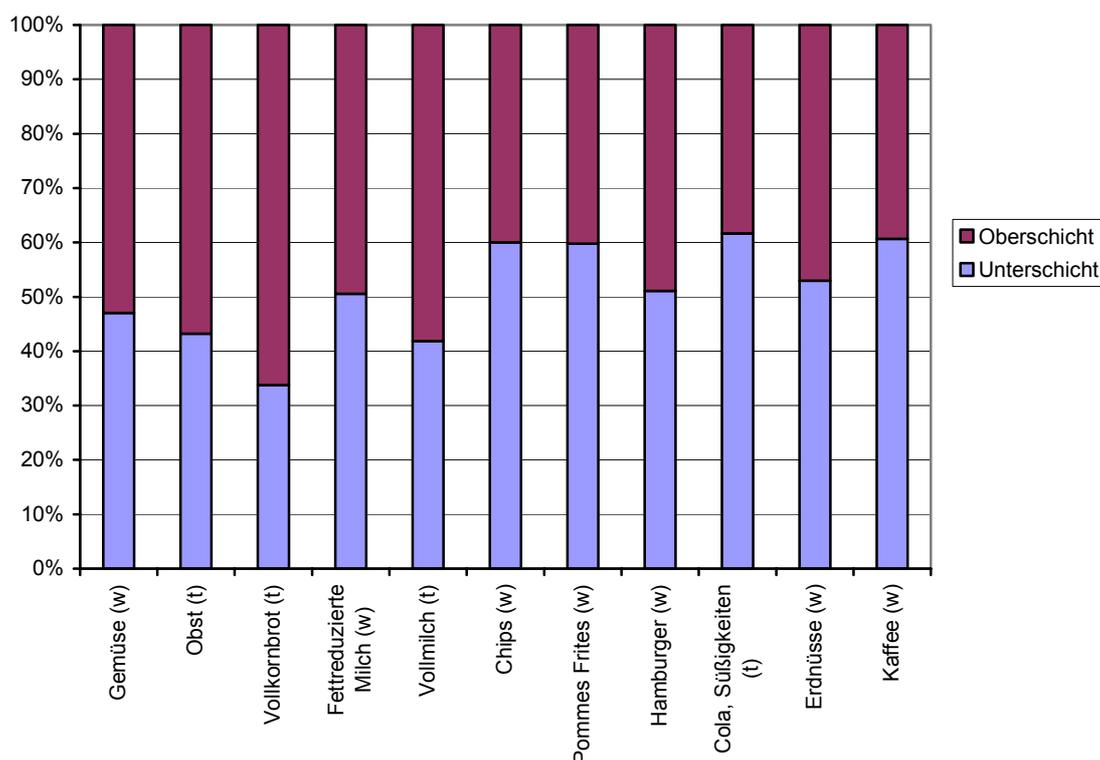
Hervorzuheben ist der „Österreichische Ernährungsbericht 1998“, der ausführliche Informationen über den Ernährungszustand, ernährungsabhängige Krankheiten, Prävention etc. der verschiedenen Bevölkerungsgruppen liefert (Institut für Ernährungswissenschaften 1998). Eine maßgebliche Datenquelle - mit Blick auf die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ - stellen die vom LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie durchgeführten Auswertungen des WHO-Projektes „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ dar, dem Befragungsergebnisse von 4.316 österreichischen Schülern zwischen elf und 15 Jahren zugrunde liegen. Anhand der WHO-Datenbasis können folgende Kernaussagen gemacht werden (WHO-HBSC 2000):

- Mädchen ernähren sich grundsätzlich besser, schließlich steht bei 74 Prozent Obst und bei 23 Prozent Gemüse auf dem täglichen Speiseplan. Unter den Buben liegen diese Vergleichswerte bei 63 Prozent (Obst) und bei 19 Prozent (Gemüse). Obst und Gemüse gelten als Grundnahrungsmittel, die meist von den Eltern eingekauft und ggf. zubereitet werden. Da bei jüngeren Kindern die Familienorientierung noch größer ist, sind ernährungsphysiologisch gute Essgewohnheiten eher bei maximal Elfjährigen zu finden.
- Fast alle Kinder verzehren zuviel Industriezucker. Immerhin geben 38 Prozent der Buben und Mädchen an, täglich Süßigkeiten zu konsumieren, was als gesundheitsabträgliches Ernährungsverhalten gewertet wird.
- Bei Fastfood-Produkten, die nicht Bestandteil der häuslichen Grundernährung sind, liegen die Buben (acht Prozent) vor den Mädchen (drei Prozent). Der Verzehr von Hot dogs, Hamburgern und Würsteln erfolgt meist mit Gleichaltrigen im Freizeitbereich.
- Mit Blick auf soziale Merkmale erfolgt eine Auswertung des Obstkonsums in den unterschiedlichen Schultypen. Aussagekräftig ist, dass nur 57 Prozent der Schüler aus Haupt- und Polytechnischen Schulen im Vergleich zu 70 Prozent der AHS-Schülern täglich frisches Obst essen (Stand 1998). Demnach weisen Schüler der unteren sozialen Schichten ein ungünstigeres Ernährungsverhalten aus.

In Verbindung mit diesen Ergebnissen ist auf die deutsche HBSC-Vergleichsbefragung von 1994 zu verweisen, die Klocke (1995) im Hinblick auf das unterschiedliche kindliche Ernährungsverhalten untersuchte. Ausgehend von der These, dass „insbesondere das soziale Milieu, verstanden als Bündelung von ökonomischen, sozialen und kulturellen Ungleichheiten für Verhaltensmuster der Menschen verantwortlich“ ist, kommt er zu dem Schluss, dass Kinder aus der Unterschicht nicht nur weniger Obst, Gemüse und Vollkornbrot, sondern auch

weniger Vollmilch konsumieren. Hingegen werden gesundheitsabträgliche Produkte wie Chips, Pommes Frites und Coca Cola von sozialschwachen Kindern in weitaus größerem Maße konsumiert (Klocke 1995).

Abbildung 2.3: Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das kindliche Ernährungsverhalten in Deutschland



t = täglich, w= wöchentlich

Quelle: Klocke 1995

In Abbildung 2.3 ist eine Extremgruppenverteilung vorgenommen worden, bei der Mittelschichtkinder ausgeklammert wurden.

Aus ernährungsphysiologischer Sicht wird das in der Unterschicht vorherrschende Ernährungsverhalten als gesundheitsabträglich bewertet. Wie aus epidemiologischen Studien hinreichend bekannt, führt diese Fehl- und Mangelernährung dazu, dass Kinder „aus sozial benachteiligten Familien nicht etwa dünner als der Rest, sondern ehe zu dick“ sind. (Freie und Hansestadt Hamburg 1995). Obwohl kindliches Übergewicht (Adipositas) nicht direkt als Krankheit angesehen wird, geht mit dieser Fehlernährung das Risiko sozialer Isolation und eines negativen Selbstwertgefühls adipöser Kinder und verminderter Chancen auf ein gesundes Erwachsenenalter einher. Erwiesenermaßen bleibt eine Adipositas, „die bereits im Kindesalter auftritt, mit einem Anteil von 60 bis 80 Prozent zeitlebens bestehen“ (Lohaus 1993). Krankheitsfolgen können Herz-Kreislaufbeschwerden, Diabetes, Gicht und Arteriosklerose sein.

In diesem Zusammenhang ist die Hansestadt Hamburg, in der seit zehn Jahren die Kinder und Jugendlichen ein vorrangiger gesundheitspolitischer Themenschwerpunkt sind, interessant. Ausgewertet wurden die Gewichtsmessungen aus schulärztlichen Untersuchungen. Demzufolge ist die Zahl übergewichtiger Kinder in der Altersgruppe der 14-Jährigen, die in Stadtteilen mit „schlechter sozialer Lage“ leben, mit 13 Prozent doppelt so hoch wie die der Kinder, die in „guter sozialer Lage“ wohnen. In Hinblick auf die Schulbesuche der Untersuchungspopulation zeigt sich, „dass Haupt- und Realschüler mehr als doppelt so häufig übergewichtig sind und nur halb so häufig regelmäßigen Sport betreiben“ (Zimmermann et al. 2000). Insgesamt ist die Zahl übergewichtiger Schulanfänger von 3,5 Prozent (1988) auf acht Prozent (1993) gestiegen. Die Autoren der Studie werten „das Übergewicht der Kinder als Symptom einer ganz anderen Krankheit nämlich der (psycho-)sozialen Verhältnisse“ (Freie und Hansestadt Hamburg 1995).

Festzuhalten ist, dass die Lebensbedingungen einen starken Einfluss auf das kindliche Ernährungsverhalten ausüben, wobei soziale Benachteiligung ein Gesundheitsrisiko darstellt.

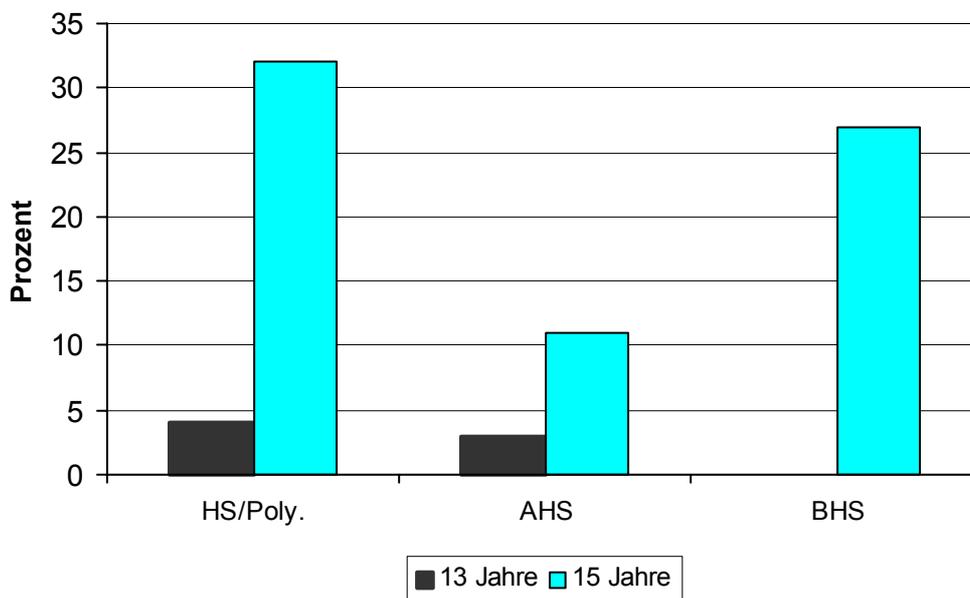
Legale Drogen - Tabak und Alkohol

Der regelmäßige Konsum von Alkohol und Tabak bei Jugendlichen ist eine gesundheits-schädigende Verhaltensweise, die mit einem beträchtlichen Suchtpotenzial einhergeht. Ob es zu einer Verhaltensstabilisierung einmal begonnener Konsumgewohnheiten kommt, hängt insbesondere vom Einstiegsalter ab. In der Initiierungsphase dienen Genussmittel häufig der Steigerung des Selbstwertgefühls und der Akzeptanz in der Peer Group. Nicht zuletzt sind es die Einflüsse des Elternhauses und der Medien, „da sie durch ihre Modellwirkung schon frühzeitig auf die Einstellungen von Kindern und Jugendlichen einwirken und damit anteze-dent zum Suchtmittelkonsum beitragen können“ (Lohaus 1993).

Wie aus der bereits erwähnten WHO-Untersuchung „Health Behaviour in Schoolaged Children“ hervorgeht, beginnt der Zigarettenkonsum meistens mit 13 Jahren. Während der Anteil von Nichtrauchern bei 13-Jährigen noch bei 78 Prozent liegt, sinkt er bis zum 15. Lebensjahr auf 56 Prozent. Folglich steigt in diesen Altersgruppen der Raucheranteil bei Buben von fünf Prozent auf 20 Prozent und bei Mädchen von drei Prozent auf 26 Prozent. Nach der Trendanalyse ist ein zunehmender Nikotinkonsum in den 1990er Jahren zu verzeichnen. „Der Anstieg geht von 14 Prozent im Jahr 1990 auf 23 Prozent für beide Geschlechter, wobei der Trend für die Mädchen noch dramatischer ist“ (WHO-HBSC 2000). Diese Verschiebung in der Geschlechterverteilung bei jugendlichen Rauchern setzt sich im Erwachsenenalter fort.

Da die Repräsentativerhebung auch nach Schultypen (Hauptschule/Polytechnische Schule, AHS und BHS) differenziert, kann aus dem Schulbesuch auf die soziale Schichtung der Schüler geschlossen werden.

Abbildung 2.4: Nikotinkonsum nach Schultypen in Österreich 1998



Quelle: WHO-HBSC 2000

Während in der Altersgruppe der 13-Jährigen etwa genau so viele Hauptschüler rauchen wie Mittelschüler, zeichnen sich bei 15-Jährigen Schülern bereits deutliche Unterschiede ab. Mit 32 Prozent liegt der Anteil der Raucher in der Hauptschule/Polytechnische Schule am höchsten, gefolgt von 27 Prozent, die eine BHS besuchen. Mit elf Prozent weisen die AHS-Schüler die geringste Raucherquote aus. Daraus lässt sich ableiten, dass die Zugehörigkeit zu einer „niedrigeren sozialen Klasse das Rauchverhalten Jugendlicher determiniert“ (Scholz/Kaltenbach 1995). Empirischen Untersuchungen zufolge steigt mit frühem Einstieg die Wahrscheinlichkeit auf regelmäßigen Nikotinkonsum im Erwachsenenalter. So haben 60 Prozent der erwachsenen Raucher bereits als 13-Jährige erste Nikotinerfahrungen gemacht, bzw. liegt bei 90 Prozent der späteren Raucher der Beginn vor dem 20. Lebensjahr (Lohaus 1993).

Da in der HBSC-Erhebung auch nach dem Alkoholkonsum der 11- bis 15-jährigen Schülern gefragt wird, können repräsentative Aussagen über Trinkhäufigkeit und Trinkmenge dieser Altersgruppe getroffen werden. Gesellschaftlich gesehen wird Alkohol als sozial akzeptierte Verhaltensweise eingestuft, wobei der Umgang mit dieser legalen Droge vorwiegend im Jugendalter erlernt wird. Erste Alkoholerfahrungen werden zwischen dem 13. und 15. Lebensjahr gemacht, wobei Buben mehr und öfter Alkohol konsumieren als Mädchen. Getrunken wird in der Gemeinschaft insbesondere im familiären Kreis, mit Freunden, in Gastwirtschaften, aber selten allein. Von den alkoholischen Getränken nimmt Bier vor Wein und Gespritztem den ersten Platz ein. Interessant ist, dass 28 Prozent der 15-jährigen Buben angeben, bereits mehrmals einen Vollrausch gehabt zu haben, während die Vergleichszahl bei den Mädchen 19 Prozent ausmacht.

In der Gruppe der regelmäßigen Trinker dominieren die Hauptschüler. „HauptschülerInnen und SchülerInnen der Polytechnischen Schule waren im Vergleich zu SchülerInnen anderer

Schultypen häufiger betrunken. Jede/r Dritte der 15-jährigen dieser Schultypen (32 Prozent) gibt an, schon viermal und öfter betrunken gewesen zu sein“ (WHO-HBSC 2000). Die Gründe für die Intensität des Alkoholkonsums können sowohl im sozialen Umfeld als auch in der Bewältigung von Entwicklungs- und Selbstwertproblemen liegen. Wie aus einer Berliner Studie bekannt, ist in den unteren Schichten das Bewusstsein über die Suchtgefahren wenig ausgeprägt, weshalb Jugendliche auch einen leichteren Zugang zu dieser legalen Droge haben: „Finanziert wird das Trinken ebenso wie das Rauchen im Wesentlichen durch die Eltern über das Taschengeld. Obwohl Jugendliche mit starkem Alkoholkonsum, unter ihnen besonders viele Hauptschüler, die finanzielle Lage der Familien schlechter einschätzen, verfügen sie aber nach eigenen Angaben über mehr Taschengeld als Gymnasiasten“ (Kahl 1999).

Da einheitlich erfasste Daten aus den letzten zehn Jahren vorliegen, können die Tendenzen beim Trinkverhalten von Jugendlichen charakterisiert werden. In der Auswertung zeigt sich ein Konsumanstieg im Kindes- und Jugendalter. Vor allem der Anteil der 15-jährigen Schüler mit extensivem Alkoholkonsum, der 1990 bei 14 Prozent lag, machte 1998 bereits 23 Prozent aus (WHO-HBSC 2000).

Gefährdete Zahngesundheit

Die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen ist von Ernährungsweise, Mundhygiene und der Versorgung mit Fluoriden abhängig. In besonderem Maße korrelieren diese Faktoren mit Bildungsniveau, Erziehungspraktiken, Familieneinkommen etc. Immerhin nehmen die Eltern eine wichtige Vorbild- und Erziehungsfunktion beim Zähneputzen ein, damit bereits Kleinkinder eine altersgerechte Putztechnik lernen. Darüber hinaus gehören regelmäßige Kontrollbesuche und eine prophylaxeorientierte Betreuung durch den Zahnarzt zur kindlichen Zahnprävention. Unterstützend wirken auch die regelmäßigen Präventionsangebote in Kindergarten und Schule in Form von Zahnputzkursen, Ernährungskursen für Eltern, etc.

Wie die WHO-HBSC Untersuchung anhand von Befragungsergebnissen nachweist, gibt es bereits beim Zähneputzen schichtspezifische Verhaltensdifferenzen. Bei sozialbenachteiligten Schülern, die eher Haupt- und Polytechnische Schulen besuchen, erfolgt die Oralprophylaxe nicht so häufig wie bei Schülern höherer Schulen. So geben die in der Altersgruppe der 11 bis 15-jährigen befragten AHS-Schüler 77 Prozent an, sich „mehrmals täglich“ die Zähne zu putzen, während in der Haupt- und Polytechnischen Schule nur 61 Prozent der Elfjährigen und 55 Prozent der 15-Jährigen regelmäßige Mundhygiene betreiben (WHO-HBSC 2000). Diese Untersuchungsergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass sich bei Kindern aus Mittel- und Oberschicht die zahnmedizinisch-präventive Gesundheitsorientierung als wirkungsvoll erweist, während bei sozialschwachen Kindern ein eher präventions-aversives Gesundheitsverhalten vorliegt, das mit dem Erwachsenwerden sogar weiter zunimmt.

Da sich das Zahnpflegeverhalten direkt auf die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen auswirkt, sind Oralerkrankungen nachweislich in der Unterschicht häufiger anzutreffen als in der Mittel- und Oberschicht. Eine Bestätigung über die soziale Polarisierung hinsichtlich Zahn- und Mundgesundheit liefert die österreichische Zahnstaterhebung aus dem Jahr 1997 (ÖBIG 1998). Wenn auch keine personenbezogenen Informationen über die Untersuchungsgruppe der Zwölfjährigen vorliegen, kann doch der jeweils besuchte Schultyp (Haupt-

schule oder AHS) grobe Hinweis auf den sozialen Hintergrund der Schüler liefern. Insgesamt liegt der Anteil von Jugendlichen, die weder Karies, noch Füllung, noch Zahnverlust aufweisen bei 44 Prozent, was als Indiz für erfolgreiche Prävention und regelmäßige kariesprophylaktische Maßnahmen gewertet werden kann.

- 21 Prozent aller Jugendlichen haben 62 Prozent aller Kariesschäden, wobei der Kariesbefall zwischen vier und 19 geschädigten Zahnflächen liegt.
- Aufgeschlüsselt nach Schultypen liegt der DMFT-Wert (Decayed Missing Filled - Teeth Index zum Kariesbefall) bei Hauptschülern mit 1,98 deutlich höher liegt als der von AHS-Schülern mit 1,09.
- Noch gravierender ist der Unterschied auf der Zahnflächenebene, wo der DMFS-Wert bei Hauptschülern (3,28) doppelt so hoch ist wie bei AHS-Schülern (1,47).
- Der Sanierungsgrad von geschädigten Zähnen beträgt bei Hauptschülern 82 Prozent, was auf eine entsprechende Anzahl behandlungsbedürftiger Zähne von Kindern der Unterschicht hinweist. Bei AHS-Schülern sind 92 Prozent der kariösen Zähne saniert.
- An Parodontalerkrankungen litten 20 Prozent der Hauptschüler im Vergleich zu neun Prozent der AHS-Schüler (ÖBIG 1998).

Obwohl sich die Zahngesundheit bei Zwölfjährigen seit 1993 deutlich verbessert hat, kommt die ÖBIG-Studie zum Schluss, dass „die Polarisierung der Karies auf wenige Kinder weiter zugenommen hat“ (ÖBIG 1998). Dieses Ergebnis, das sich mit epidemiologischen Studien aus Deutschland deckt, weist insbesondere auf die Risikokinder aus sozialen Randgruppen hin.

2.3 Unterschiede und Zugangsbarrieren

Wie einige Untersuchungen (u. a. Abholz 1983, Elkeles/Mielck 1993) gezeigt haben, nehmen Personen aus verschiedenen sozialen Schichten professionelle Gesundheitsleistungen in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch. In der Forschung wurde darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und subjektiver Wahrnehmung von Krankheiten bzw. Beschwerden bestätigt.

Die folgenden Ausführungen basieren im Wesentlichen auf einer Expertise des ÖBIG mit dem Titel „Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen“ (ÖBIG 2000), die im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales erstellt wurde.

Die im Rahmen der Expertise durchgeführten Auswertungen aus dem Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ bestätigten die obige Erkenntnisse. Voraussetzung für die Durchführung der Auswertungen war die Vornahme einer Sozialschichtzuordnung. Diese erfolgte durch eine Verdichtung der Dimensionen „Schulbildung“, „Stellung im Beruf“, „Teilnahme am Erwerbsleben“ sowie „Wohnnutzfläche pro Person“ zu einem *Sozialschichtindex*, wodurch zumindest grobe Rückschlüsse auf die Schichtzugehörigkeit möglich wurden.

In der Folge wurden die befragten Personen fünf sozialen Schichten (Oberschicht, obere Mittelschicht, Mittelschicht, untere Mittelschicht, Unterschicht) zugeordnet, womit tatsächlich Unterschiede in der Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitseinrichtungen sichtbar gemacht werden konnten.

So stellte sich heraus, dass Angehörige der Unterschicht deutlich häufiger einen Allgemein- arzt, jedoch viel seltener einen Facharzt bzw. Zahnmediziner in Anspruch nehmen, als Angehörige höherer sozialer Schichten. Die Frequenzhäufigkeit in Bezug auf Ambulanzen ist hingegen in den sozialen Schichten - abgesehen von der Oberschicht - kaum unterschiedlich. Außerdem zeigte sich, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsangeboten für Angehörige der Unterschicht mit einem deutlich höheren Zeitaufwand verbunden ist als für Angehörige höherer sozialer Schichten - dies gilt gleichermaßen für die Wegzeit zur wie auch für die Wartezeit in der Versorgungseinrichtung.

Außerdem beurteilen Angehörige der Unterschicht ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter, erkranken häufiger und nehmen - offenbar infolge der höheren Morbidität - auch häufiger regelmäßig Medikamente ein als Angehörige höherer sozialer Schichten.

Unterschichtangehörige setzen ferner erheblich weniger eigene Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge (betreffend etwa Ernährung oder Beratungsangebote) und verfügen über einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen (z. B. aus Massenmedien oder in Gesundheitseinrichtungen) als Angehörige höherer sozialer Schichten. Konsequenterweise werden auch Gesundenuntersuchungen von Unterschichtangehörigen deutlich seltener in Anspruch genommen als von Angehörigen der höheren sozialen Schichten.

2.3.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

In vielen Ländern, u. a. auch in Deutschland besteht offensichtlich ein Unterschied in Ausmaß und Form der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen den einzelnen sozialen Schichten. Diese Unterschiede existieren auch in Gesellschaften mit vergleichsweise hoch entwickeltem Niveau, günstigen Lebensbedingungen und einem für alle Bevölkerungsgruppen nahezu gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen (Elkeles/Mielck 1993).

Die Gründe dafür sind vielschichtig, da Gesundheitsverhalten und -empfinden neben der zu Beginn dargestellten monetären Komponente in hohem Ausmaß auch durch folgende Größen (vgl. u. a. Doblhammer-Reiter 1996, Helmert 1998) beeinflusst werden:

- Faktoren, die mit wirtschaftlichen Ressourcen sowie dem sozialen Umfeld verbunden sind (Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Mangel an Bildung);
- persönliche Risikofaktoren (Behinderung, Geschlecht),
- Lebensgewohnheiten (Rauchen, Ernährung etc.) und
- mit der Gesundheitsversorgung verbundene Faktoren wie schlechte Qualität oder Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen (strukturelle Probleme).

Gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensmuster sind die verspätete Inanspruchnahme von medizinischer oder pflegerischer Hilfe, das Nichtbefolgen ärztlicher Anordnungen, die Sorge, bei einer Erkrankung den Arbeitsplatz zu verlieren, Therapieabbrüche und ein unterschwelliges Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem. Letzteres ist nach Meinung von Experten zum Teil auf schlechte Erfahrungen von sozial Schwachen mit einzelnen Akteuren zurückzuführen. So wurde in Gesprächen mit Betroffenen das Gefühl von Hilflosigkeit gegenüber Ärzten thematisiert und auch erwähnt, dass manche Therapieanweisungen schwer zu verstehen waren.

Darüber hinaus sind sozial Schwache eher auf eine Ad hoc-Situationsbewältigung orientiert und neigen daher vermehrt fatalistischen Krankheitstheorien zu. Krankheitssymptome werden länger ignoriert als es in der Mittelschicht der Fall ist und eine präventive, zukunftsorientierte Lebenseinstellung bzw. Lebensplanung sind selten anzutreffen. Professionelle Hilfe wird eher in Form von Reparaturmedizin akzeptiert.

Wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, gibt es keine eindeutigen, eindimensionalen Erklärungen für das unterschiedliche Nutzungsverhalten. Die folgende Tabelle 2.3 soll daher einen knappen Überblick über in der Literatur beschriebene und zum Teil auch empirisch bewiesene Erklärungsansätze geben.

Tabelle 2.3: Überblick über die in der Literatur beschriebenen Zugangsbarrieren bei der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen

Materielle und strukturelle Barrieren	Psychosoziale und soziokulturelle Barrieren
<ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Barrieren (Stichwort: Selbstbehalte) bzw. Nichtversichertenstatus • Angst vor komplexen oder bürokratischen Abläufen (Chefarztpflicht), wie sie in Gesundheitseinrichtungen zu finden sind • Unkenntnis von Leistungsansprüchen (z. B. „Fürsorgekrankenschein“ oder Krankenhilfe) • Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme mit Gesundheitseinrichtungen • Existenzsorgen, die gesundheitliche Probleme überdecken • Problembereich Kinderbetreuung, Zeitmangel und regionale Distanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Schamempfinden, sowie Sprach- und Kulturbarrieren bzw. Angst vor dem Ergebnis von Arztbesuchen • „Mechanistisches“ Körperbild verbunden mit erhöhter Symptomtoleranz führt zur Betrachtung von medizinischen Leistungen als „Reparaturmedizin“ und zu einer späteren Inanspruchnahme von Leistungen • Geringer Stellenwert von Gesundheit verbunden mit einem rein somatischen Krankheitsverständnis, das heißt einer fehlenden Wahrnehmung von gesundheitlichen Defiziten • Mangelhafte Erziehung bzw. Ausbildung hinsichtlich Hygiene oder eines Gesundheitsbewusstseins; teilweise negativ verstärkt durch Vorbildwirkung der Bezugspersonen • Persönliche Lebensumstände („Lifestyle“) bzw. die Wohnumgebung, da oft eine große Distanz zwischen Wohnort und medizinischem Versorgungssystem und seinen Angeboten besteht • Geringschätzung potenzieller Hilfe aus dem Bereich institutioneller Versorgung und geringes Wissen über Krankheit und Behandlung

Quelle: ÖBIG 2000

3 Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Oberösterreich

3.1 Fragestellungen

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln durch eine ausführliche Literaturanalyse und mittels einiger Expertengespräche festgestellt wurde, dass soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Inanspruchnahme von Leistungen in den verschiedensten Gruppen auch in Österreich vorhanden sind, soll nun in diesem Kapitel folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Wie manifestieren sich diese Unterschiede?
- In welchem Ausmaß bestehen sie?
- Welche Schlussfolgerungen können daraus abgeleitet werden?

Als ergänzende theoretische Annahmen zu diesen Fragestellungen werden die Präventions- und die Deprivationshypothese herangezogen (Brennecke/Fuchs 1999). Erstere besagt, dass das Einkommen einer Person zur Sicherung ihres Gesundheitszustandes beiträgt. Dies bedeutet, dass ein geringes Einkommen eine Verschlechterung der Gesundheit nach sich zieht, während ein ausreichend hohes Einkommen zur Erhaltung eines guten bzw. zur Verbesserung eines weniger guten Gesundheitszustandes beiträgt. Salopp formuliert behauptet diese Hypothese, dass Armut krank macht.

Die Deprivationshypothese postuliert hingegen, dass Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für die Erzielung eines ausreichenden Einkommens darstellt, Krankheit also zu Armut führt. Letztere Behauptung wird beispielsweise dadurch untermauert, dass chronisch Kranke unter Umständen nur eine Teilzeitbeschäftigung verrichten können und somit von vornherein erheblich weniger verdienen als Vollzeitbeschäftigte.

Um zu klären, ob und in welchem Ausmaß die beiden Hypothesen zutreffen, wäre im Idealfall eine Längsschnittuntersuchung erforderlich, da sich Einkommen und Gesundheit wechselseitig beeinflussen. Diese Wechselwirkung findet im Spannungsfeld zwischen Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, sozialer Umgebung, Herkunft und Beschäftigungsstatus statt.

Da aber zum Untersuchungszeitpunkt noch keine ausreichenden Ergebnisse aus der - bisher umfassendsten - österreichischen Längsschnitterhebung des vom Interdisziplinären Forschungszentrum Sozialwissenschaften durchgeführten Europäischen Haushaltspanels vorlagen, schied diese Möglichkeit zur Hypothesenüberprüfung aus. Weitere Hindernisse, die Haushaltspaneldata für die gegenständlichen Fragestellungen zu nützen, liegen in der eher geringen Stichprobe von 7.400 Personen und der Tatsache, dass der Schwerpunkt der gesundheitsspezifischen Fragestellungen im Verlauf ihrer Erhebungen geändert wurde.

3.2 Untersuchungsgegenstand

Um obige Fragestellungen zu beantworten, wurde in Absprache mit dem Auftraggeber Oberösterreich, mit einer Bevölkerung von 1.333.480 Personen (Stand 1999) drittgrößtes und flächenmäßig viertgrößtes Bundesland Österreichs, für die empirische Analyse ausgewählt.

Oberösterreich wurde ausgesucht, da es aus mehreren Gründen repräsentativ für alle Bundesländer ist. So gibt es sowohl zentrale Siedlungsgebiete als auch ländlich strukturierte Regionen und der Anteil an Personen über 65 Jahre wie auch der Anteil an Migranten, die Erwerbsquote sowie die Bruttowertschöpfung bewegen sich im Bundesdurchschnitt. Nur die Arbeitslosenrate ist im Vergleich mit allen Bundesländern am niedrigsten.

Der Untersuchungszeitraum umfasst das Jahr 1999 bzw. im Falle von stichtagsbezogenen Daten den Stand vom 31.12.1999.

Ein weiterer Faktor für die Auswahl Oberösterreichs war die Kooperationsbereitschaft der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, die uns freundlicherweise Daten aus der von ihr entwickelten, sogenannten Folgekostenrechnung, FOKO, zur Verfügung stellte. Alle folgenden Auswertungen basieren auf dieser Datenquelle und wurden in Kooperation mit Experten der OÖGKK durchgeführt.

3.3 Beschreibung des Sample

3.3.1 Datenbasis

Die Folgekostenrechnung (FOKO I) ist eine Datenquelle, die ursprünglich als Instrument der Berechnung von „Kosten“ (gemeint sind die Aufwendungen der Sozialversicherung), die ein Vertragspartner durch seine Leistungen (Behandlungen, Verordnungen,...) verursacht, konzipiert wurde. Unter dem Begriff Vertragspartner werden dabei neben den niedergelassenen Ärzten auch Krankenanstalten, Bandagisten, Optiker, das Rote Kreuz und dergleichen verstanden.

Erfasst und regelmäßig aktualisiert werden seit 1997 unter anderem folgende Leistungsdaten (Mair 1999):

- Verordnete Arzneimittel und Dauerrezepte,
- die Anzahl und die Kosten von ambulanten Behandlungen im niedergelassenen Bereich,
- die Anzahl von stationären Aufnahmen sowie
- die Krankenstandstage der Versicherten.

Mit Ausnahme der Krankenanstaltsdaten ist die Ausgangsbasis jeder Datenerfassung ein Krankenschein.

Mit der Weiterentwicklung FOKO II ist seit Herbst 1999 eine Verknüpfung der angeführten Leistungsdaten mit den Patientenstammdaten (Geburtsdatum, Staatszugehörigkeit, Versicherungskategorien, sozialrechtliche Stellung, Wohnregion, Wirtschaftsklasse des beschäftigten Unternehmens usw.) möglich.

Alle Daten sind Primärdaten der einzelnen Versicherten und werden laufend aktualisiert. Da die Daten zum Teil jedoch noch händisch eingegeben werden müssen, stehen nicht alle Informationen tagesaktuell zur Verfügung. Es ist daher nicht auszuschließen, dass einige der mit Stichtag 31. Dezember 1999 enthaltenen Daten falsch bzw. unvollständig sind.

Eine der größten Unschärfen ergibt sich aus der Tatsache, dass Leistungen, die in Ambulatorien bzw. Ambulanzen und im außertariflichen Bereich (Wahlärzte, Selbstmedikation usw.) erbracht werden, nicht erfasst sind. Nicht durch die FOKO abgebildet sind des Weiteren Leistungen, die außerhalb des Bundeslandes erbracht wurden, was im Besonderen bei sehr komplizierten Erkrankungen (diese werden zum Teil nach Wien überwiesen) und bei in Grenzregionen wohnhaften Personen der Fall ist. Zu berücksichtigen ist auch, dass codierte Diagnosen nur aus dem stationären Bereich zur Verfügung stehen. Aus dem niedergelassenen Bereich werden nur Wortlautdiagnosen gemeldet, die zur statistischen Erfassung ungeeignet sind. Deshalb können keine Aussagen über Krankheitsbilder getroffen werden.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass die FOKO Daten aufgrund der beschriebenen Schwächen keine absolut signifikanten Aussagen zulassen, sehr wohl aber gute Indikatoren liefern und damit Tendenzen bzw. Trends aufzeigen können.

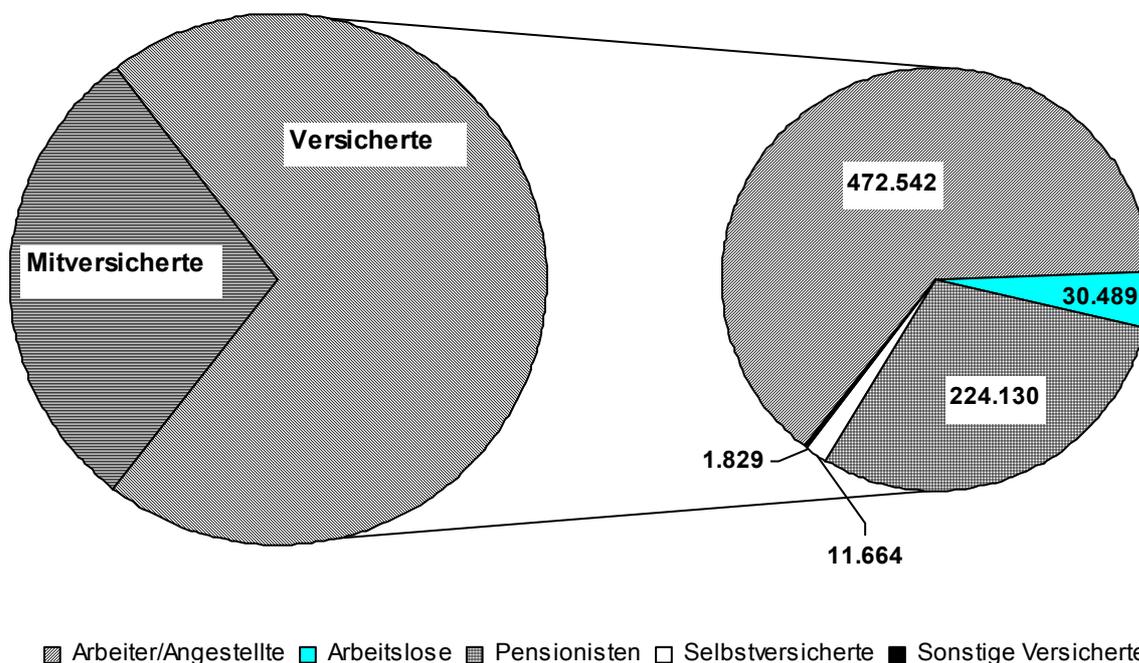
3.3.2 Versicherte

1999 waren im Jahresdurchschnitt bei der Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 740.654 Personen (inklusive Pensionisten, Karenz- und Arbeitslosenentgeltbezieher) sowie deren Angehörige - 304.528 Personen - versichert (vgl. Abbildung 3.1). In Summe waren es 1.045.182 Versicherte, was über 78 Prozent aller Oberösterreicher entspricht.

Der Anteil der Pensionisten an allen Versicherten beträgt 21,5 Prozent, und der Anteil der mitversicherten Familienangehörigen beläuft sich auf rund 30 Prozent. Sozialhilfebezieher sind im Stammdatenverzeichnis, sofern sie versichert sind, enthalten. Wenn der zuständige Sozialhilfeverband optiert, sie bei der OÖGKK zu versichern, werden sie dort als Selbstversicherte angeführt. Zu beachten ist des Weiteren, dass das FOKO II System nicht zwischen den Beziehern von Arbeitslosentgelt und Notstandshilfe unterscheidet.

In die FOKO fließen alle Versicherten ein, die in mindestens einem Quartal des Jahres 1999 wenigstens eine Leistung, die von der OÖGKK vergütet wurde, in Anspruch genommen haben. Das heißt, dass die Stichprobe insofern verzerrt ist, als völlig gesunde Personen nicht enthalten sind. Es wird vermutet, dass dieser Anteil bei den nicht-rezeptgebührenbefreiten Personen höher ist als bei den Rezeptgebührenbefreiten.

Abbildung 3.1: Versichertenstand der OÖGKK 1999



Quelle: OÖGKK 2000, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Aus der Stichprobe wurden nun anhand der Postleitzahl jene Personen ausgeschieden, deren Wohnort nicht im Bundesland Oberösterreich liegt, da in deren Fall eine etwaige Inanspruchnahme von Leistungen mit einiger Wahrscheinlichkeit ebenfalls nicht in Oberösterreich erfolgen wird, und in der FOKO II nur Vertragspartner mit Sitz in Oberösterreich erfasst sind.

Darüber hinaus wurden bei den Auswertungen Personen mit unbekannter oder „sonstiger“ Versicherteneigenschaft nicht berücksichtigt. Sonstige Versicherte sind Personen, die bereits einmal Leistungen der Oberösterreichische Gebietskrankenkasse in Anspruch genommen haben und daher im Versichertenstamm vorhanden sind, deren Status zum Stichtag bzw. im Jahresverlauf jedoch unklar ist. Gründe dafür sind z. B., dass der Versicherte ins Ausland umgezogen ist, oder es zu Meldeverzögerungen bei der Ummeldung auf eine andere Versicherung gekommen ist. Im Jahr 1999 betraf dies 0,17 Prozent aller Versicherten.

Aufgrund der Größe der Stichprobe können nicht alle Zielgruppen - wie Migranten - in gleichem Ausmaß berücksichtigt werden, obwohl letztere eine der sozial schwächsten Gruppen darstellen. Es kann nur zwischen österreichischen und nicht-österreichischen Staatsbürgern unterschieden werden.

3.3.3 Rezeptgebührenbefreiung

Als entscheidendes Kriterium für die Einschätzung eines Versicherten als armutsgefährdet bzw. sozial benachteiligt wurde nach Absprache mit den Experten der OÖGKK die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr festgelegt.

Die diesbezüglichen Einkommensgrenzen - bezogen auf das Haushaltseinkommen - betragen im Jahr 1999:

- € 598,52 für Alleinstehende (2002: € 630,92)
- € 841,12 für Ehepaare bzw. Lebensgefährten in einem gemeinsamen Haushalt (2002: € 900,13)

Für sogenannte chronisch Kranke, das heißt Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, gelten erhöhte Einkommensgrenzen:

- € 677,96 für Alleinstehende (2002: € 725,56)
- € 967,28 für Ehepaare bzw. Lebensgefährten (2002: € 1.035,15)

Für jedes im Haushalt lebende Kind erhöht sich der Grenzbetrag zusätzlich um € 64,32,- (2002: € 67,15).

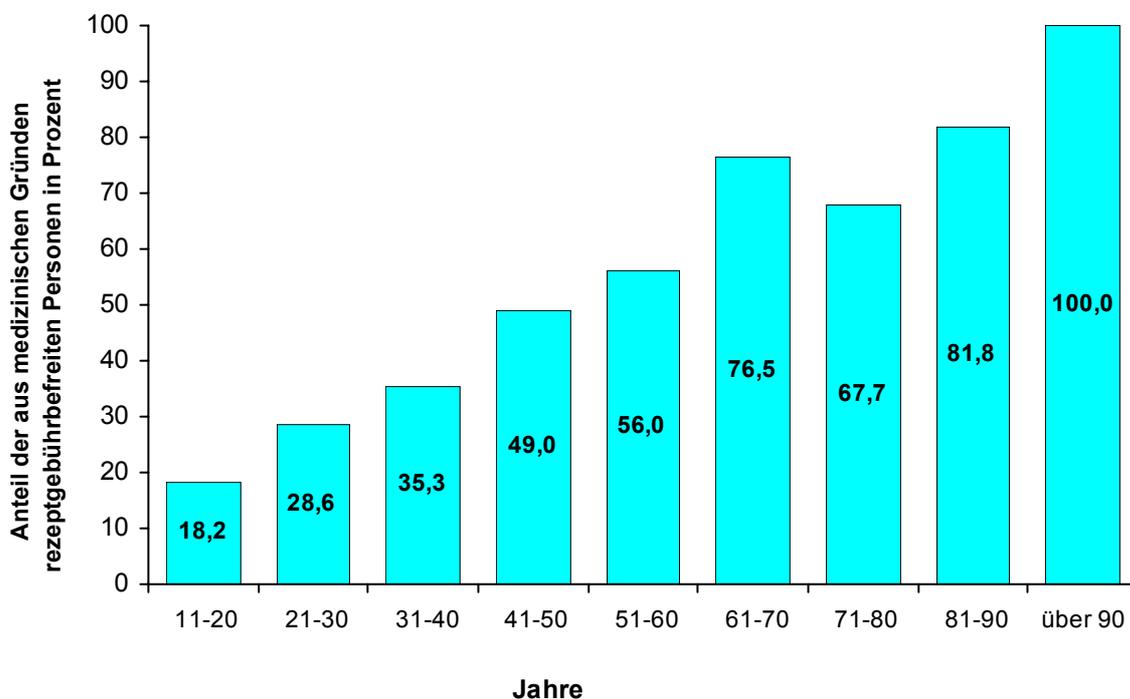
Personen, die die genannten Nettoeinkommen (ohne Berücksichtigung z. B. von Pflegegeld) nicht überschreiten, sind auf Antrag von der Entrichtung der Rezeptgebühr zu befreien (Hauptverband der Sozialversicherungsträger 1997).

Rezeptgebührenbefreite Personen sind neben der Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühr von € 3,20 (2002: € 4,14) für eine Arzneimittelpackung auch von Zahlung des Selbstbetrags bei Heilbehelfen (Gehhilfen,..), Kuren und Genesungsaufenthalten - sowie, seit dessen Einführung im April 2001, von der Entrichtung des Behandlungsbeitrags - Ambulanz („Ambulanzgebühr“) - befreit. Auch müssen sie bei stationären Aufenthalten den sogenannten Kostenbeitrag in der Höhe von rund € 5,09 (2002: zirka € 7,27) per Tag nicht entrichten.

Über die positive Behandlung eines Antrages entscheidet - innerhalb eines gewissen Ermessensspielraums - die Leistungsstelle der jeweils zuständigen Krankenkasse. Für die Berücksichtigung der erhöhten Einkommensgrenze ist dabei das Vorliegen einer medizinischen Indikation, die durch eine Bestätigung des behandelnden Arztes nachgewiesen wird, erforderlich.

Wie Abbildung 3.2 zeigt, nimmt der Anteil der chronisch kranken Personen mit steigendem Alter zu. In der Altersgruppe der über 90-Jährigen werden sogar 100 Prozent der Antragsteller aus medizinischen Gründen von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit. Bei den unter 70-Jährigen sind im Schnitt 44,2 Prozent auf Grund einer medizinischen Indikation, z. B. einer chronischen Erkrankung, befreit.

Abbildung 3.2: Anteil der Rezeptgebührenbefreiungen aufgrund von medizinischer Indikation nach Altersgruppen, Stand 3. Quartal 2000



Quelle: OÖGKK 2000, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

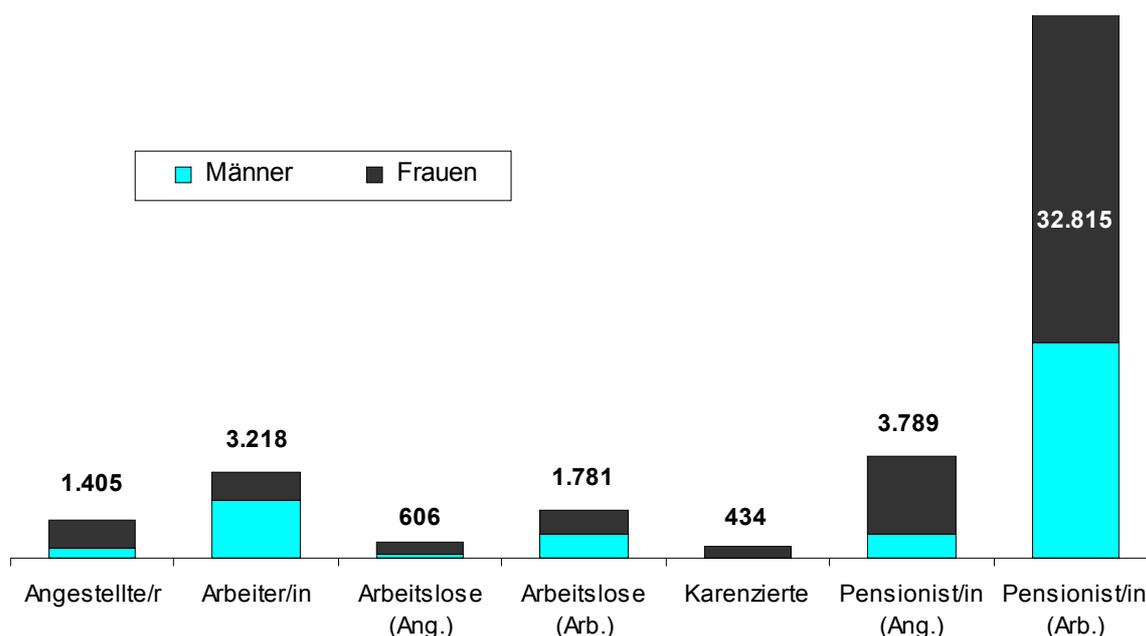
Nicht enthalten sind in der Abbildung 3.2 Personen, die automatisch - das heißt ohne Antragstellung von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind, wie Ausgleichszulagenbezieher, Patienten mit anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheiten sowie Zivildienstler und deren Angehörige (Soziale Sicherheit 9/2000).

Ausgleichszulagenbezieher sind Personen mit einer Pensionshöhe von weniger als € 589,52 im Falle von Alleinstehenden oder von unter € 841,12 bei Ehepaaren bzw. Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt (Stand 1999). Sie stellen im Normalfall keine Befreiungsanträge, da dies von den Pensionsversicherungsanstalten übernommen wird. Am 31. Dezember 1999 waren 23.538 Personen, das heißt 15,9 Prozent der Pensionsbezieher der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter in Oberösterreich, Ausgleichszulagenbezieher. Die Zahl der pensionierten oberösterreichischen Angestellten, die mit 31. Dezember 1999 eine Ausgleichszulage bezogen, betrug 2.111, davon waren 78,5 Prozent Frauen. Von den pensionierten Arbeitern, die eine Ausgleichszulage beziehen waren ebenfalls rund 76 Prozent weiblich.

Trotz dieses eindeutigen Trends muss einschränkend bemerkt werden, dass im Einzelfall nicht bekannt ist, ob die Person nur aufgrund ihres geringen Einkommens oder auch aufgrund einer chronischen Erkrankung gebührenbefreit ist. Man kann aber davon ausgehen, dass bis zur Erreichung des Pensions- bzw. Frühpensionsalters der Hauptgrund für eine Befreiung eher in einer prekären Einkommenssituation zu sehen ist.

Im Jahresdurchschnitt 1999 waren knapp unter fünf Prozent aller Krankenversicherten (unter Berücksichtigung ihrer Mitversicherten) rezeptgebührenbefreit, wobei die Mehrzahl der Befreiten - das sind rund 80 Prozent - Pensionisten waren (vgl. Abbildung 3.3). Dies ist aber nicht überraschend, da allein die Ausgleichszulagenbezieher 70 Prozent aller rezeptgebührenbefreiten Pensionisten ausmachen. Bezogen auf die Hauptversicherten waren rund sechs Prozent aller Versicherten rezeptgebührenbefreit.

Abbildung 3.3: Rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte der OÖGKK nach Geschlecht und Versicherteneigenschaft 1999



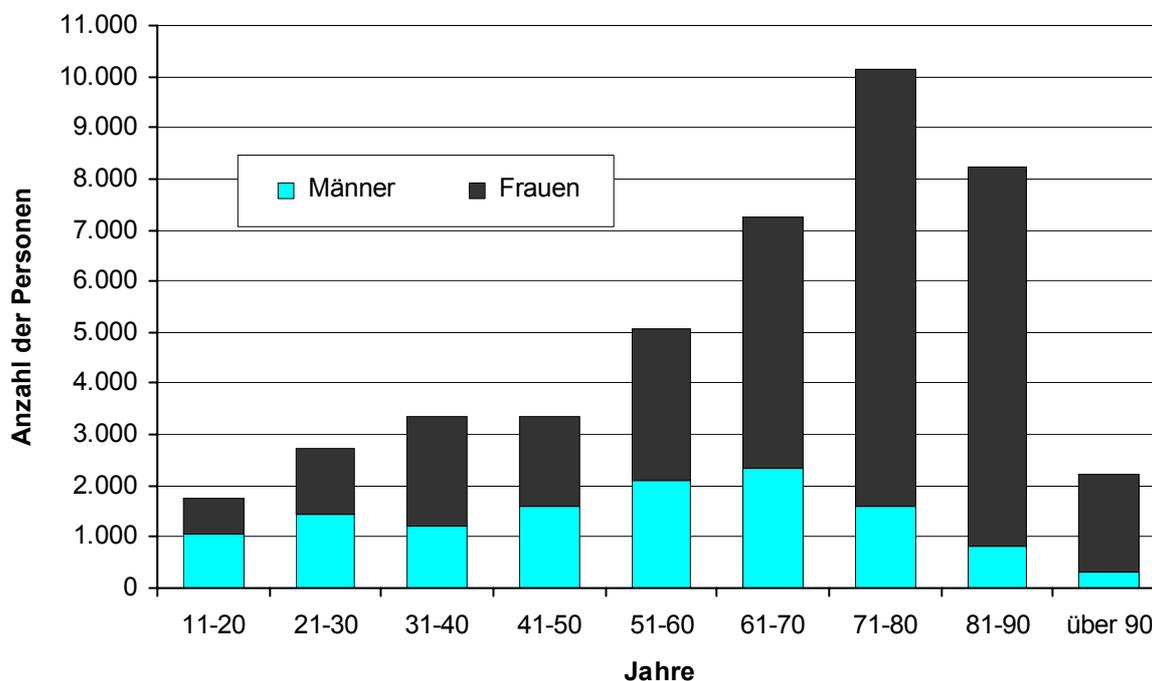
Ang. = Angestellte/r, Arb. = Arbeiter/in

Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Die Gruppe der rezeptgebührenbefreiten Erwerbstätigen, die einen Teil der sogenannten „working poor“ verkörpern, umfasst 10,5 Prozent aller rezeptgebührenbefreiten Hauptversicherten der Oösterreichische Gebietskrankenkasse. Unter Einbeziehung von Karenzgeld- und Arbeitslosenentgeltbeziehern beträgt der Anteil sogar 17 Prozent.

Die Anzahl rezeptgebührenbefreiter Erwerbstätiger könnte in Wirklichkeit noch höher sein, da diese Personengruppe eher jüngere Personen umfasst, die im Schnitt gesünder sind als ältere Menschen. Infolge stellen sicherlich einige jüngere Personen, die aufgrund ihres geringen Einkommens einen Anspruch auf Befreiung hätten, keinen Antrag dafür, da sie de facto keine Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen.

Abbildung 3.4: Rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte der OÖGKK nach Altersstufen und Geschlecht 1999

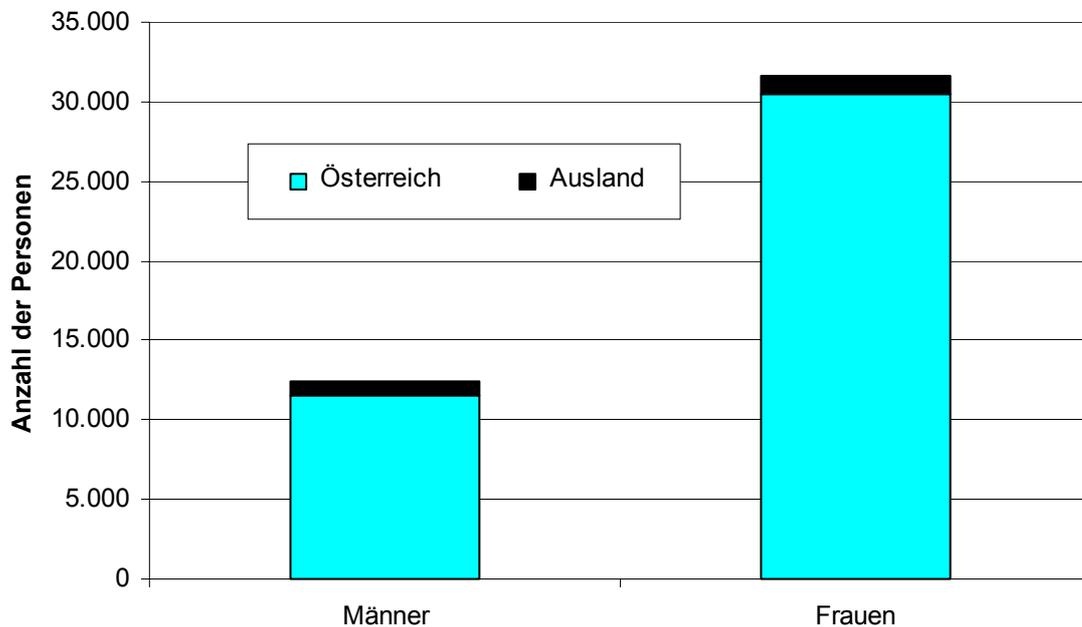


Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Die Abbildungen 3.4 und 3.5 bieten einen Überblick über die Anzahl der rezeptgebührenbefreiten Hauptversicherten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 1999 ohne Berücksichtigung der mitversicherten Angehörigen, aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht. Von den insgesamt 44.054 rezeptgebührenbefreiten Hauptversicherten waren 2.088 Personen, das sind knapp fünf Prozent, nicht österreichische Staatsbürger (vgl. Abbildung 3.5).

Besonders interessant ist das Verhältnis zwischen Frauen und Männern: Rund 72 Prozent aller rezeptgebührenbefreiten Hauptversicherten waren 1999 weiblichen Geschlechts. Der Grund dafür ist offenbar, dass das durchschnittliche Erwerbseinkommen von Frauen nach wie vor geringer ist als jenes von Männern.

Abbildung 3.5: Rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte der OÖGKK nach Geschlecht und Herkunft 1999



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

3.4 Auswertungen und Analyseergebnisse

Ziel der Auswertungen war es durch eine Analyse der Parameter Arztbesuchshäufigkeit, verordnete Arzneimittel und durchschnittliche „Krankheitskosten“ etwaige Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen deutlich zu machen. Darüber hinaus wurden die Anzahl der Krankenstandstage und das Vorsorgeverhalten der erwerbstätigen Versicherten analysiert.

Wie bereits erwähnt, liegt der Schwerpunkt der folgenden Auswertungen auf älteren Personen. Dies wird damit begründet,

- dass die überwiegende Mehrheit der älteren Personen, die Anspruch auf Rezeptgebührenbefreiung haben, diese in Anspruch nimmt, da sie deutlich häufiger Gesundheitsleistungen benötigt als jüngere Personen;
- dass sich die Gruppe der rezeptgebührenbefreiten und der nicht-rezeptgebührenbefreiten Pensionisten hinsichtlich ihrer Morbidität und ihrer Krankheitshäufigkeit ähnelt;
- dass der soziale Status von älteren Personen bereits gefestigt ist, und
- dass das Einkommen älterer Personen - meist ein Pensionsbezug - im Gegensatz zu dem Einkommen jüngerer Personen relativ konstant ist.

Letzterer Punkt drückt aus, dass beispielsweise Ausgleichszulagenbezieher mit hoher Wahrscheinlichkeit auch während ihres Erwerbslebens ein geringes Einkommen bezogen haben und infolge ihr ganzes Leben arm bzw. von Armut bedroht waren. Im Unterschied dazu kann es sich bei jüngeren rezeptgebührenbefreiten Personen auch nur um einen kurzen Lebensabschnitt handeln, in dem sie ein geringes Einkommen beziehen und/oder gesundheitlich beeinträchtigt sind.

3.4.1 Inanspruchnahme von Ärzten

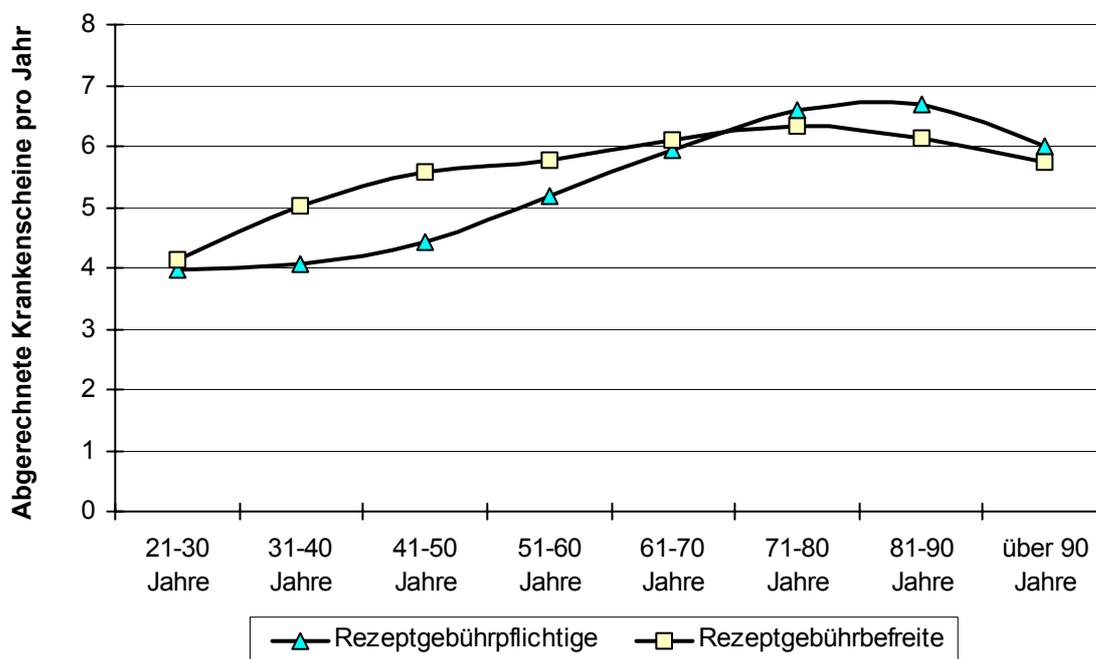
Hier war die konkrete Fragestellung, ob es - alters- und geschlechtsbereinigt - Unterschiede in der Arztbesuchshäufigkeit von sozial schwachen Pensionisten und anderen gibt. Als Ausgangsbasis dienten abgerechnete Krankenscheine (ohne Sonderkrankenscheine) von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten (ohne Zahnärzte und Dentisten). Die exakte Anzahl der Arztkontakte, das heißt, wie oft ein Arzt im Quartal von einer bestimmten Person mit einem Krankenschein aufgesucht wurde, kann mit Hilfe der FOKO-Daten jedoch nicht festgestellt werden.

Im Schnitt wurden der Oberösterreichische Gebietskrankenkasse 1999 pro Versicherten, der zumindest einmal im Jahr 1999 einen Arzt aufgesucht hat, von allen niedergelassenen Ärzten 4,6 Krankenscheine in Rechnung gestellt, davon 2,4 von Allgemeinärzten. Grundsätzlich wurden für Frauen mehr Krankenscheine verrechnet als für Männer, bei den über 70-Jährigen verwenden Männer mehr Krankenscheine. Die meisten Krankenscheine aller Hauptversicherten benötigen im Durchschnitt österreichische Männer zwischen 80 und 90 Jahre (Oberösterreichische Landesregierung et al. 2001).

Zusammenfassend steigt die Arztbesuchshäufigkeit mit zunehmendem Alter und sinkt ab dem neunzigsten Lebensjahr wieder ab. Der Grund für Letzteres ist vermutlich, dass hochbetagte Menschen im Krankheitsfall eher stationär aufgenommen werden und daher keinen Krankenschein benötigen.

Vergleicht man nun die Arztbesuchshäufigkeit innerhalb der Altersgruppen, so stellt sich heraus, dass rezeptgebührenbefreite Personen bis zum siebzigsten Lebensjahr jährlich mehr Krankenscheine in Anspruch nehmen als gleichaltrige Rezeptgebührenpflichtige (vgl. Abbildung 3.6). Am ausgeprägtesten ist der Unterschied dabei in der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahre, wo rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte um rund 26 Prozent häufiger zum Arzt gehen als Rezeptgebührenpflichtige. Ab dem 71. Lebensjahr gehen hingegen sozial schwächere Versicherte seltener zum Arzt als die gleichaltrigen Nicht-Befreiten.

Abbildung 3.6: Inanspruchnahme von Allgemeinärzten und Fachärzten durch rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte im Vergleich zu Nicht-Rezeptgebührenbefreiten 1999



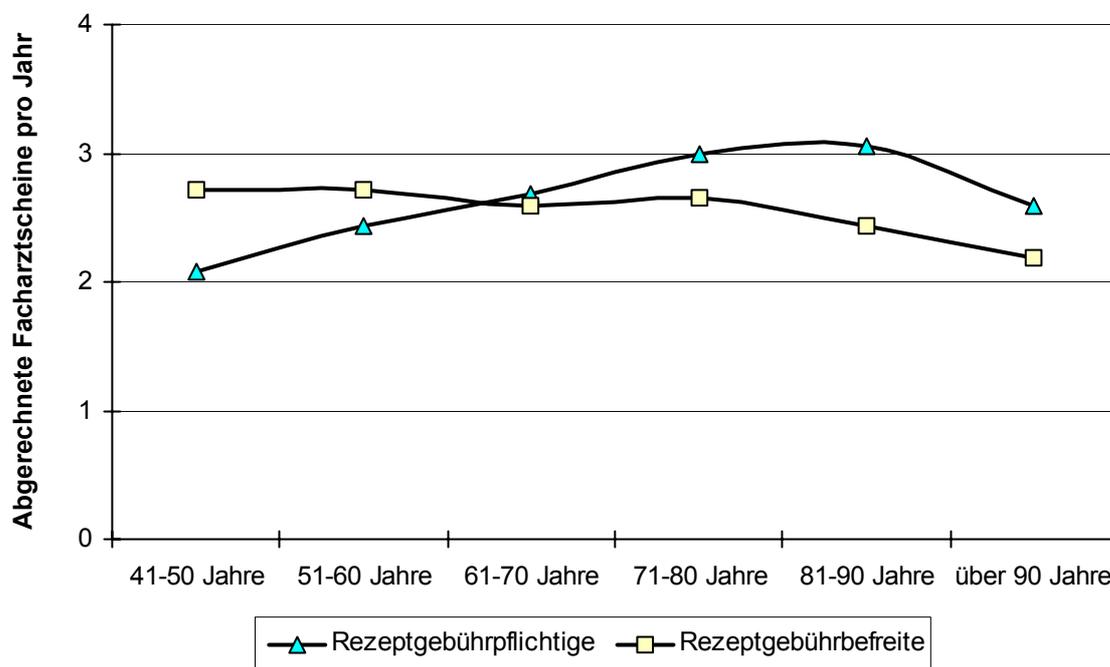
Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Darüber hinaus wurde im Zuge der Auswertungen auch festgestellt, dass rezeptgebührenbefreite Angestellte über 60 Jahre um rund 26 Prozent weniger häufig zum Arzt gehen als Rezeptgebührenpflichtige.

In Abbildung 3.7 ist der Unterschied in der Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten zwischen rezeptgebührenbefreiten und nicht-rezeptgebührenbefreiten Personen noch deutlicher zu erkennen: Ältere, sozial schwächere Personen suchen weitaus seltener Fachärzte auf als die Vergleichsgruppe. Am stärksten ausgeprägt ist der Unterschied - unter Außerachtlassung des Geschlechts - in der Altersgruppe der 80 bis 90-Jährigen: Rezeptgebührenbefreite konsultieren Fachärzte im Schnitt um ein Fünftel seltener als Rezeptgebührenpflichtige.

Bei dieser Fragestellung wurde der Wohnort (Stadt oder Land) des Versicherten mitberücksichtigt, da am Land - aufgrund der im Vergleich zu urbanen Gebieten geringeren Facharzt-dichte - generell weniger Fachärzte aufgesucht werden. Es zeigte sich jedoch, dass die geringere Inanspruchnahme von Fachärzten durch sozial Schwache kaum durch den Wohnort beeinflusst wird.

Abbildung 3.7: Inanspruchnahme von Fachärzten durch rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte im Vergleich zu Nicht-Rezeptgebührenbefreiten über 40 Jahre 1999



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

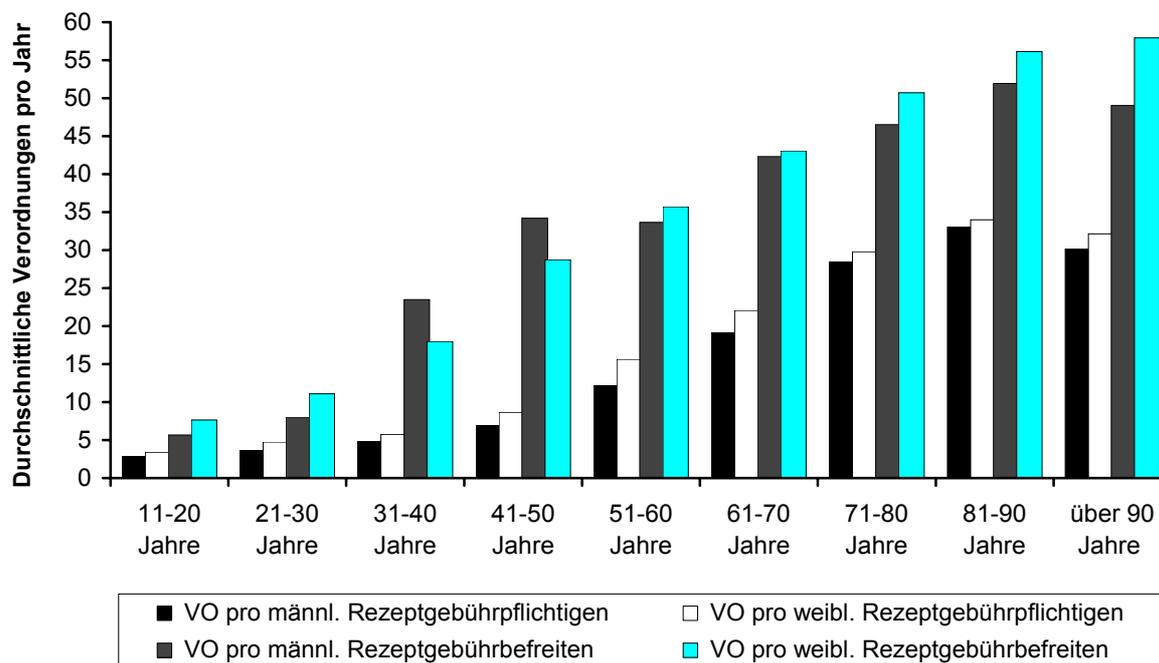
Die Analysen ergaben generell, dass Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten mit steigendem Alter geringer werden. Der Grund dafür ist vermutlich, dass sich mit steigendem Alter die Krankheitsbilder von rezeptgebührenbefreiten und nicht-befreiten Personen angleichen bzw. alle über 90-Jährigen in irgend einer Weise als krank anzusehen sind.

Diese Vermutung wird durch Ergebnisse des Mikrozensus-Sonderprogramms Fragen zur Gesundheit 1991 unterstützt, wo ältere Menschen ihren Gesundheitszustand meist als schlecht oder sehr schlecht beschreiben. Ein weiteres Indiz für diese Tatsache bilden die Ursachen für die Stellung eines Antrags auf Rezeptgebührenbefreiung (vgl. Abbildung 3.2). Deutlich ist zu sehen, dass medizinische Ursachen mit steigendem Alter zunehmen. Bei den über 90-Jährigen sind sogar 100 Prozent als chronisch krank anzusehen.

3.4.2 Arzneimittel

Die Anzahl der Verordnungen im niedergelassenen Bereich kann als Indiz für die Morbidität einer Person genommen werden. Wenn sozial schwächere Personen wirklich kränker sind als Rezeptgebührenpflichtige, müssten sie auch mehr Arzneimittel verordnet bekommen. Die jeweilige Packungsgröße konnte bei den Auswertungen jedoch nicht berücksichtigt werden.

Abbildung 3.8: Durchschnittliche Anzahl der Verordnungen pro Patient nach Rezeptpflichtstatus, Alter und Geschlecht 1999



VO = Anzahl der Verordnungen

Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Es zeigte sich, dass rezeptgebührenbefreite Personen - in jeder Altersgruppe, unabhängig von ihrem Geschlecht und dem Wohnort - mindestens doppelt so viele Medikamente verordnet erhielten wie die Vergleichsgruppe (vgl. Abbildung 3.8). Absolut gesehen bekommen weibliche rezeptgebührenbefreite Patienten über 90 Jahre mit durchschnittlich rund fünf Verordnungen pro Monat (57 Verordnungen pro Jahr) die meisten Medikamente verschrieben. In der Vergleichsgruppe der nicht-rezeptgebührenbefreiten Frauen über 90 Jahre waren es nur ungefähr drei Verordnungen pro Monat (jährlich 32). Allgemein nimmt der Arzneimittelverbrauch mit steigendem Alter kontinuierlich zu.

Am stärksten sind die Unterschiede bei Männern zwischen 30 und 50 Jahre, die am Land leben, ausgeprägt, wo sozial Schwächere gegenüber nicht-rezeptgebührenbefreiten Patienten mehr als fünfmal so viele Arzneimittelpackungen verschrieben bekamen.

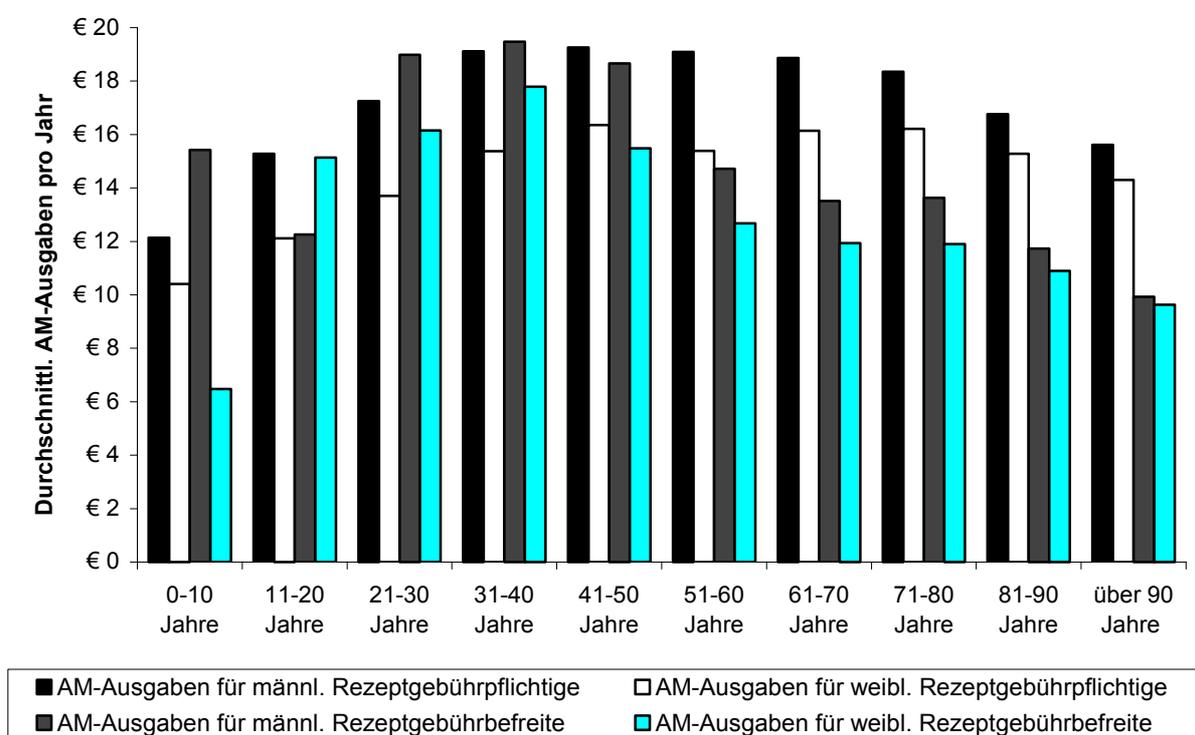
Die Ursachen für diese Mehrverordnungen liegen einerseits darin, dass rezeptgebührenbefreite Personen häufiger Verordnungen für Arzneimittel mit Preisen unter der Rezeptgebühr von € 3,20 (Stand 1999) erhalten bzw. derartige Rezepte - im Gegensatz zu Nicht-Befreiten - auch einlösen. Andererseits ist es ein Indiz dafür, dass rezeptgebührenbefreite Personen jeder Altersstufe und jeden Geschlechts - unabhängig von Herkunft, Wohnort und Beschäftigungsstatus - mehr Arzneimittel verordnet bekommen, weil sie auch kränker sind.

Betrachtet man nun die durchschnittlichen Aufwendungen der OÖGKK für eine Verordnung (vgl. Abbildung 3.9), so zeigt sich, dass diese bei rezeptgebührenbefreiten Personen ab 40 Jahre durchwegs geringer sind als in der Vergleichsgruppe der nicht-befreiten Patienten.

Partiell ist dies auf die erwähnte Tatsache zurückzuführen, dass bei rezeptgebührenbefreiten Personen auch Arzneimittel mit Preisen unter der Rezeptgebühr berücksichtigt und somit die durchschnittlichen Kosten einer Verordnung gedrückt werden. Demnach weisen die Ergebnisse darauf hin, dass mit steigendem Alter der Patienten sozial schwächere Personen eher billigere Arzneimittel verordnet bekommen.

Tendenziell werden mit steigendem Alter der Patienten die durchschnittlichen Kosten einer Verordnung ebenfalls geringer.

Abbildung 3.9: Durchschnittliche Arzneimittelausgaben der OÖGKK pro Verordnung nach Rezeptpflichtstatus, Alter und Geschlecht 1999



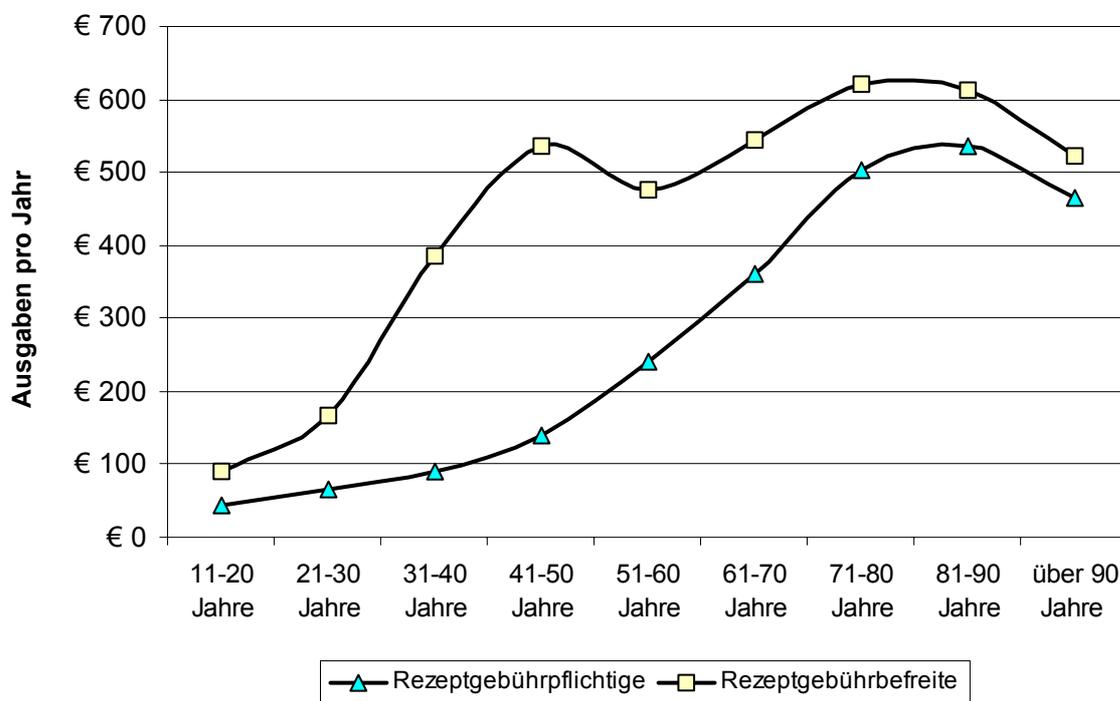
AM-Ausgaben = Arzneimittelausgaben

Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Obwohl nun, wie Abbildung 3.9 zeigt, die Ausgaben pro Verordnung für rezeptgebührenbefreite Patienten geringer sind, übertreffen die Ausgaben für diese Patienten insgesamt jene für Nicht-Befreite.

Bei einer Betrachtung (vgl. Abbildung 3.10) der durchschnittlichen jährlichen Gesamtaufwendungen der OÖGKK für Arzneimittel zeigte sich, dass rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte in jeder Altersstufe mehr Ausgaben verursachen als nicht-rezeptgebührenbefreite Patienten. Insgesamt beliefen sich die Ausgaben der OÖGKK für Arzneimittel im niedergelassenen Bereich - der sogenannte Kassenumsatz - im Jahr 1999 auf über € 130,8 Millionen.

Abbildung 3.10: Durchschnittliche Arzneimittelausgaben der OÖGKK nach Rezeptpflichtstatus und Alter 1999



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Am stärksten sind die Ausgabenunterschiede zwischen rezeptgebührenbefreiten und nicht-befreiten Personen mit etwas unter € 400,- bei den 40- bis 50-Jährigen ausgeprägt. Mit steigendem Alter der Versicherten gleichen sich die Ausgaben jedoch wieder an.

Interessant ist, dass die Ausgaben pro Hauptversicherten bis zum achtzigsten (bei sozial Schwachen) bzw. bis zum neunzigsten Lebensjahr (bei rezeptgebührenpflichtigen Personen) kontinuierlich zunehmen, danach aber wieder deutlich zurückgehen.

Diese Analyse bestätigt Ergebnisse der internen Rezeptanalyse der Österreichischen Apothekerkammer mit einer Stichprobe von rund 100.000 Verordnungen. Auch im Zuge dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass rezeptgebührenbefreiten Personen im Schnitt billigere Medikamente verordnet werden. Des Weiteren erhalten sie weniger magistrale Zubereitungen, das heißt, Arzneimittel die in einer Apotheke für einen bestimmten Patienten extra zubereitet und an ihn abgegeben werden. Der Grund dafür liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit in dem unter Punkt 3.4.1 beschriebenen Faktum, dass sozial Schwache eher einen Allgemeinarzt als einen Facharzt konsultieren, und magistrale Zubereitungen hauptsächlich von Fachärzten verordnet werden.

Einen starken Hinweis, dass rezeptgebührenbefreite Personen kränker sind als Nicht-Befreite, liefert auch die Tatsache, dass sie dreimal so viele Verordnungen von morphinhaltigen Arzneimitteln erhalten wie Personen der Vergleichsgruppe.

3.4.3 Krankheitskosten

Unter Krankheitskosten werden im Folgenden die von der Sozialversicherung durchschnittlich aufgewendeten Summen für die Basisversorgung eines Hauptversicherten verstanden. Konkret wurden die Aufwendungen der OÖGKK für Heil- und Hilfsmittel, Heilbehelfe, ärztliche Hilfe (ohne Zahnärzte und Dentisten), Transportkosten, Krankengeld sowie stationäre Aufenthalte im Jahr 1999 berücksichtigt. Letztere werden - unter Berücksichtigung der jeweiligen Verweildauer - in Form eines fixen Durchschnittssatzes (Gesamtaufwand dividiert durch alle Belegstage) aufgeschlagen.

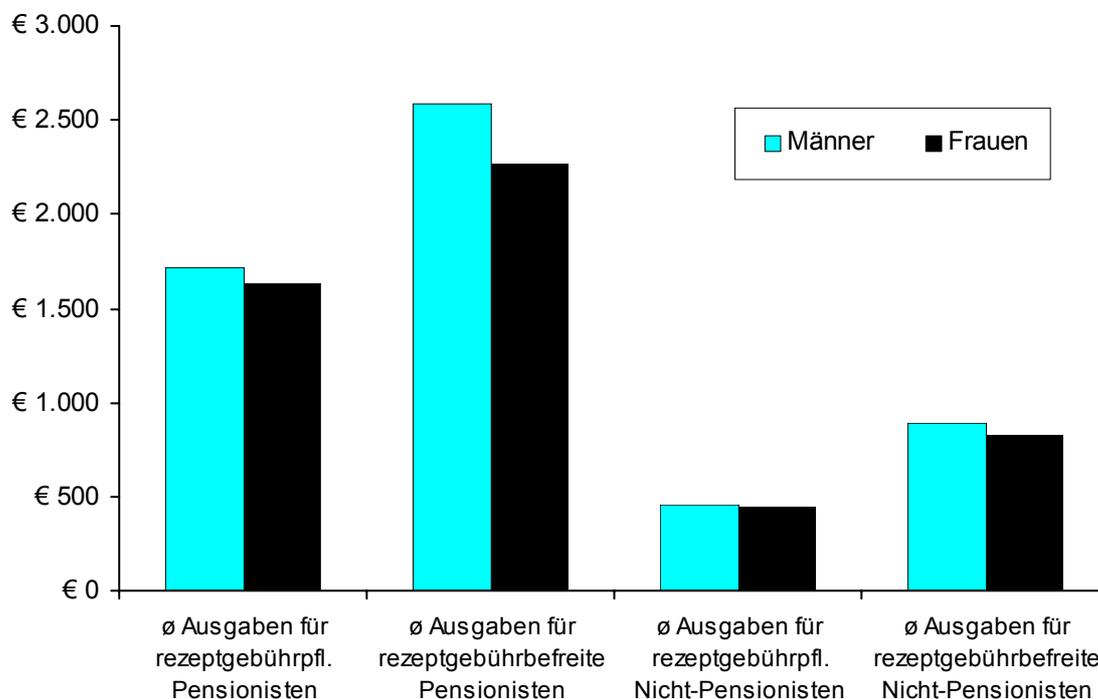
Nicht einbezogen werden konnten Leistungen, die durch Krankenhausambulanzen oder -ambulatorien erbracht wurden. Insgesamt gab die OÖGKK 1999 etwas über € 872,07 Millionen, davon zirka € 290,7 Millionen für stationäre Behandlungen aus.

Im Jahr 1999 nahmen rezeptgebührenbefreite Hauptversicherte im Schnitt Leistungen im Ausmaß von € 1.944,80 in Anspruch und rezeptpflichtige Personen im Ausmaß von € 713,28. Erstere verursachen also jährlich über 2,5-mal so viele Aufwendungen wie nicht-rezeptgebührenbefreiten Personen.

Aufgesplittet nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit ergab sich folgendes Bild (vgl. Abbildung 3.11): Wie erwartet sind relativ unabhängig vom Geschlecht die Aufwendungen der OÖGKK für Pensionisten deutlich höher als für Nicht-Pensionisten (Arbeiter, Angestellte, Arbeitslose, Karenzierte). Die jährlichen Ausgaben der Kasse für arme Pensionisten liegen dabei um rund 14 Prozent über jenen von Rezeptgebührenpflichtigen.

Für jeden rezeptgebührenbefreiten männlichen Pensionisten fielen im Jahr 1999 durchschnittlich Behandlungskosten in der Höhe von € 2.583,- an, um 14 Prozent mehr als für eine vergleichbare befreite Pensionistin. Die höchsten durchschnittlichen jährlichen Kosten mit knapp € 3.127,- verursachten 1999 - unter Außerachtlassung des Alters - rezeptgebührenbefreite, männliche Pensionisten, die in der Stadt leben.

Abbildung 3.11: Durchschnittliche Krankheitskosten von Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus, Erwerbstätigkeit und Geschlecht 1999

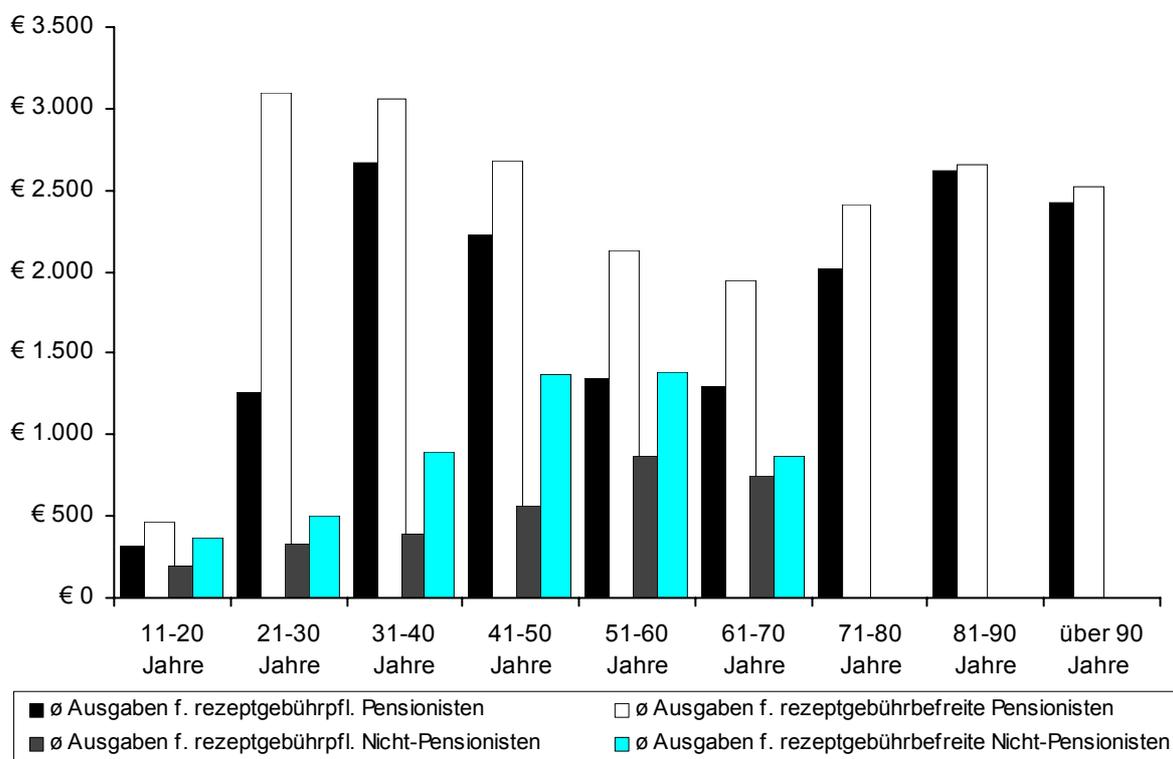


Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Interessant ist auch die Abbildung 3.12, in der zusätzlich zur vorangegangenen Abbildung 3.11 auch der Parameter Alter mitberücksichtigt wurde. Hier zeigt sich - entgegen der oft geäußerten Vermutung, dass mit zunehmendem Alter die Krankheitskosten automatisch steigen -, dass mit über € 3.052,26 männliche rezeptgebührenbefreite Pensionisten (das sind Personen, die eine Invaliditätspension beziehen) zwischen 20 und 40 Jahre die höchsten durchschnittlichen jährlichen Ausgaben verursachen. Rezeptpflichtige 30- bis 40-jährige Pensionisten verursachen der Kasse sogar höhere Kosten als Versicherte über 90 Jahre. Die Höhe der Ausgaben ist also in einem geringeren Ausmaß als bisher angenommen vom (hohen) Alter des Patienten abhängig.

Gut ist in der Abbildung 3.12 des Weiteren zu sehen, dass rezeptgebührenbefreite Erwerbstätige auch in jungen Jahren höhere Krankheitskosten ausweisen als Rezeptpflichtige. Auch dieses Ergebnis vermag die Hypothese zu unterstützen, dass arme Menschen zugleich kränkere Menschen sind. Konsequenterweise klafft die Schere im Verlauf des Erwerbslebens immer weiter auseinander, da sich - wie in der Literatur beschrieben - einmal erworbene gesundheitliche Defizite (z. B. aufgrund schwerer körperlicher Arbeit) immer stärker manifestieren.

Abbildung 3.12: Durchschnittliche Krankheitskosten von Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus, Erwerbstätigkeit und Alter 1999



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Mit zunehmendem Alter werden die Unterschiede in den Krankheitskosten wieder geringer, da Altersleiden die offensichtlich sozial bedingten Unterschiede relativieren. Speziell bei Hochbetagten spielt die soziale Schicht in Bezug auf die Krankheitskosten keine Rolle mehr.

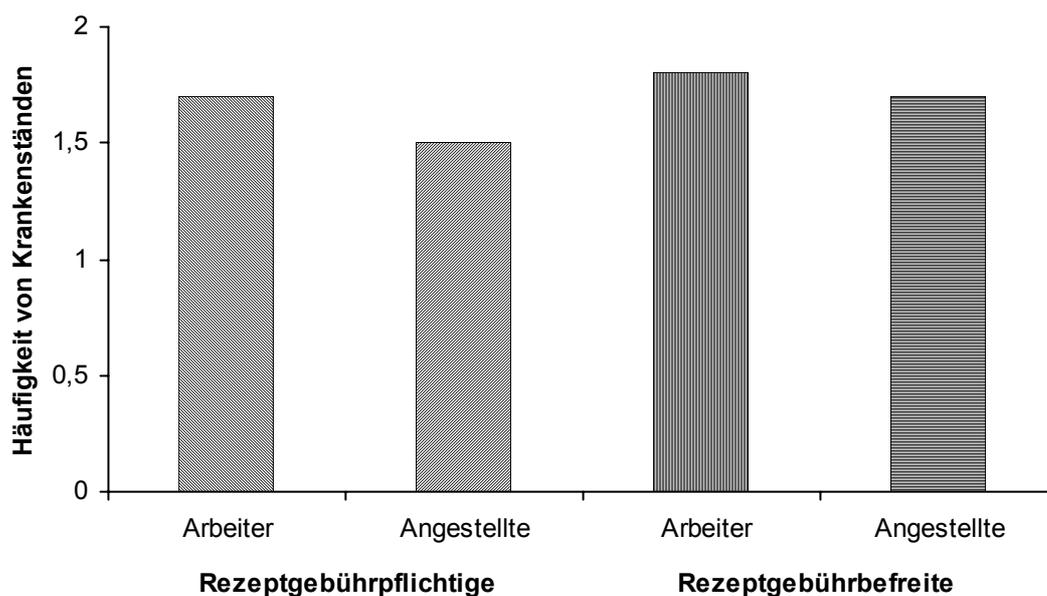
3.4.4 Krankenstände

Im Folgenden wird das Ausmaß der „Arbeitsunfähigkeit“ (Krankenstände) von rezeptgebührefreien jenem von rezeptgebühpflichtigen Personen gegenübergestellt. Konkret werden die durchschnittliche Dauer und die Häufigkeit der Krankenstände von rezeptgebührefreien und rezeptgebühpflichtigen Arbeitern einerseits und Angestellten andererseits verglichen. Ein Vergleich der beiden Beschäftigungsverhältnisse ist nur eingeschränkt möglich, da aufgrund der unterschiedlichen kollektivvertraglichen oder tariflichen Bestimmungen die jeweilige Krankmeldung zu verschiedenen Zeitpunkten vorgeschrieben ist.

Arbeiter und Bezieher von Arbeitslosenentgelt müssen meist schon für den 1. Krankenstandstag eine ärztliche Bestätigung vorlegen, Angestellte hingegen oft erst ab dem dritten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Trotz dieser unterschiedlichen Bestimmungen zeigte sich, dass die durchschnittliche Anzahl der Krankenstände in beiden Gruppen beinahe identisch ist (vgl. Abbildung 3.13). Auch die Unterschiede zwischen rezeptgebührenbefreiten Arbeitern und Angestellten und ihren rezeptpflichtigen Kollegen waren minimal. Beispielsweise gehen rezeptgebührenbefreite Arbeiter nur um vier Prozent häufiger in den Krankenstand als Rezeptpflichtige, obwohl sie durchwegs höhere Arztbesuchsraten aufweisen.

Abbildung 3.13: Durchschnittliche Anzahl an Krankenständen der Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus und Versichertenkategorie 1999

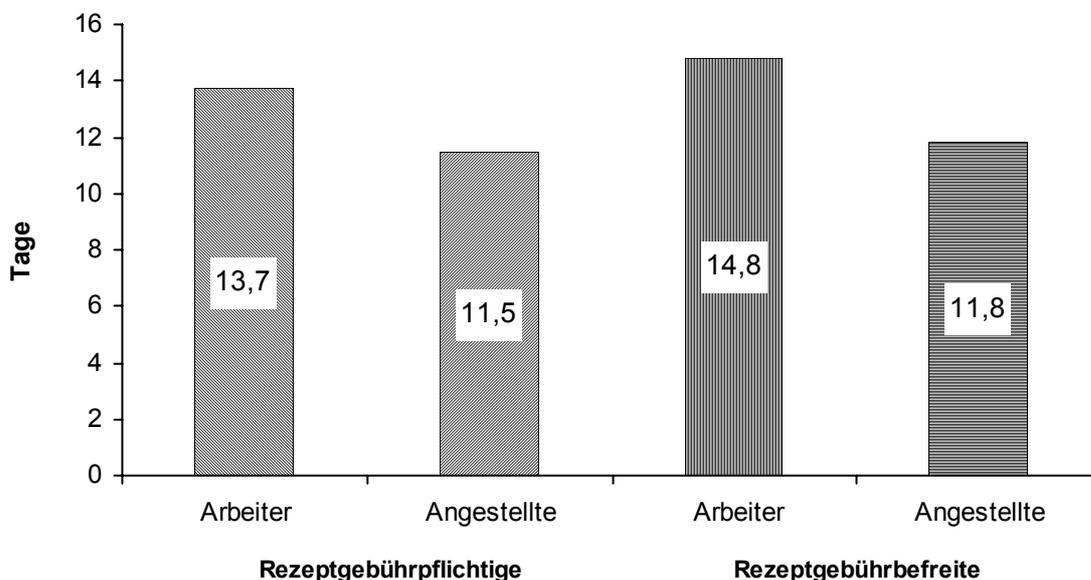


Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Auch in der durchschnittlichen Krankheitsdauer zeigten sich - unter Berücksichtigung der Anzahl an Krankentagen - nur geringe Unterschiede (vgl. Abbildung 3.14). Im Schnitt war ein der Gruppe der „working poor“ zuzurechnender Arbeiter im Schnitt um nur um 1,1 Tage länger krank geschrieben als sein rezeptgebührenpflichtiger Arbeitskollege.

Rezeptgebührenbefreite Angestellte waren mit 0,3 Tagen mehr hingegen nur unwesentlich länger im Krankenstand als ihre rezeptgebührenpflichtigen Kollegen.

Abbildung 3.14: Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Hauptversicherten nach Rezeptpflichtstatus und Versichertenkategorie 1999



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

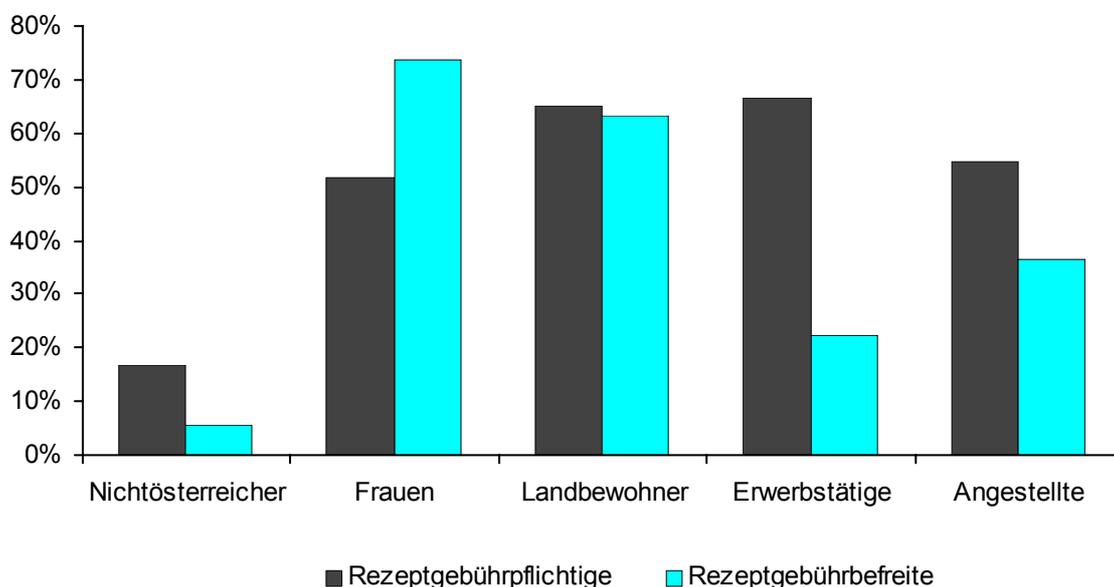
3.4.5 Vorsorgemaßnahmen

Unter diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, ob sozial Schwache das kostenlose Angebot einer Vorsorgeuntersuchung, die sogenannte Gesundenuntersuchung im selben Ausmaß in Anspruch nehmen wie nicht-rezeptgebührenbefreite Personen. Gesundenuntersuchungen sind im Wesentlichen Screeninguntersuchungen, die dazu beitragen sollen, durch Früherkennung und -behandlung die Heilungschancen zu verbessern bzw. Erkrankungen zu verhüten. Insofern bilden sie einen der Eckpfeiler von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich.

Jeder Österreicher über 19 Jahre kann einmal jährlich eine Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen, auch wenn er nicht krankenversichert ist. Von den rund 741.000 Hauptversicherten der OÖGKK nahmen im Jahr 1999 10,9 Prozent dieses Angebot in Anspruch, 52 Prozent davon waren Frauen. Demgegenüber unterziehen sich sozial schwache Frauen um 43 Prozent häufiger einer Gesundenuntersuchung als ihre rezeptgebührenpflichtigen Geschlechtsgenossinnen.

Anders zeigt sich das Ergebnis bei rezeptgebührenbefreiten Männern: Hier nehmen befreite Versicherte der verschiedensten Gruppen im Schnitt um neun Prozentpunkte weniger oft an Gesundenuntersuchungen teil als rezeptpflichtige Personen.

Abbildung 3.15: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundenuntersuchungen durch Hauptversicherte nach Rezeptpflichtstatus, Geschlecht, Wohnort, Versicherungskategorie und Herkunft 1999



Quelle: OÖGKK 2001, ÖBIG-eigene Erhebungen und Berechnungen

Dieses Ergebnis wird durch Auswertungen aus dem Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“ 1991 (ÖBIG 2000) unterstützt. Diese ergaben ebenfalls, dass Gesundenuntersuchungen von sozial Schwachen deutlich seltener in Anspruch genommen werden als von Angehörigen höherer sozialer Schichten.

Konsequenterweise setzen sozial benachteiligte Personen auch erheblich weniger eigene Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge (betreffend etwa Ernährung oder Beratungsangebote) und verfügen über einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen (z. B. aus Massenmedien oder in Gesundheitseinrichtungen).

4 Schlussfolgerungen

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Morbidität/Mortalität von gesellschaftlichen Gruppen. Ebenso besteht Konsens darüber, diesen Zusammenhang zu erforschen und die Disparitäten hinsichtlich Gesundheit zu beseitigen. Einmal, weil Gesundheit für jeden Bürger ein grundlegendes Recht ist, und der Staat daher jedem Bürger helfen sollte, so gesund wie möglich zu sein. Zum anderen trägt der Abbau von Ungleichheit dazu bei, den Gesundheitszustand in den unteren sozialen Gesellschaftsgruppen zu verbessern und hebt gleichzeitig den allgemeinen Gesundheitszustand in der Bevölkerung. Um eine Umsetzung dieses Konsenses in Maßnahmen zu ermöglichen, ist eine Konkretisierung des Ziels erforderlich. Hierzu müssen die Ursachen von gesundheitlichen Unterschieden analysiert werden.

In der deutschen Diskussion werden dazu vor allem primäre und sekundäre Effekte der Arbeitswelt, wie z. B. die physischen Belastungen am Arbeitsplatz und die durch den Arbeitslohn bestimmten Wohnbedingungen, angeführt. Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, langfristige Gesundheitsorientierung, Beachtung frühzeitiger Symptome, präventives Verhalten und das Vorhandensein eines sozialen Netzes zählen ebenfalls zu den allgemein anerkannten gesundheitsbeeinflussenden Faktoren.

Im Zentrum vieler weiterer Erklärungsansätze steht die Arbeitswelt, wie auch die Erkenntnis, dass es nicht nur um die objektiven Belastungen eines Menschen geht, sondern um seine Möglichkeit, mit diesen Belastungen umzugehen. Besonders wichtig ist die Feststellung, dass zumeist die Verhältnisse im Mittelpunkt stehen, und nicht das Verhalten gesundheitliche Unterschiede nach sich zieht.

Maßnahmen

Um die gravierendsten gesundheitlichen Folgen der Armut zu vermindern, sind zielgruppen- bzw. schichtspezifische und niederschwellige Angebote erforderlich. Diese sollten vor allem darauf abzielen, die soziale Ausgrenzung der von Armut Betroffenen abzubauen, denn die wichtigsten Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten in Österreich liegen nicht im Gesundheitssystem per se, sondern sind Langzeitarbeitslosigkeit und geringes Einkommen. Jedenfalls sollen alle Maßnahmen, die wie bisher die Solidaritäts- und Umverteilungsfunktion des Gesundheitssystems gewährleisten (z. B. die Rezeptgebührenbefreiung sozial benachteiligter Personen) weiterhin beibehalten werden.

Neben konkreten praktischen Veränderungen und Maßnahmen ist aber auch eine sozial- und gesundheitspolitische Aufwertung des Themas Armut und Gesundheit in Österreich dringend notwendig. Die Vermeidbarkeit von Gesundheitsproblemen armer Menschen muss für die Öffentlichkeit nachvollziehbar und transparent gemacht werden.

Weitgehend ungeklärt ist noch, warum der Gesundheitszustand mit abnehmendem sozio-ökonomischem Status in der Regel schlechter wird. Auch in sozialepidemiologischen Publikationen bleibt dieses Problem weitgehend ausgespart. Was die Forschung betrifft, sei auf

den Mangel an Studien über Ausmaß, Vermeidbarkeit und Ursachen der Beziehung zwischen Armut und Gesundheit hingewiesen. Speziell über den Gesundheitszustand von Personengruppen, die besonders häufig durch Armut betroffen sind, wurde noch kaum geforscht. In Österreich wird diesem Problem vom Gesundheitsressort aktiv begegnet: So wurden bereits einige zielgruppenspezifische Studien, z. B. zur Situation armutsbetroffener Alleinerzieherinnen, in Auftrag gegeben.

Zu intensivieren wäre des Weiteren die begleitende Forschung mittels Daten über die Bevölkerungsgesundheit: Entwicklung geeigneter Indikatoren für soziale Gesundheitsprobleme; regelmäßige Erfassung und Auswertung aussagekräftiger statistischer Daten (Surveys, Gesundheitsberichterstattung); Beginn eines Surveys über Kindergesundheit (Mikrozensus-Erhebungen erfassen oft nur Personen im Alter ab 15 Jahren); Evaluierung des Mutter-Kind-Passes und der schulärztlichen Untersuchungen.

Besonders wichtig und gleichermaßen schwierig zu beantworten ist die Frage, welche gesundheitspolitischen Akteure für welche Aufgaben bei der Lösung des Problems sozialer Disparitäten zuständig sein sollen. Vorbedingung ist, dass der Sachverhalt mehr ins Bewusstsein der gesundheitspolitischen Akteure rückt. Wenn einmal das Problem als brisant anerkannt ist, müsste es auch gelingen, für dessen Behandlung eine effektive Kompetenzverteilung zu finden.

Gesundheitliche Versorgung von sozial schwachen Gruppen

Viel stärker als derzeit müssen auch ambulante und mobile Dienste (wie beispielsweise der Louisebus der Caritas der Erzdiözese Wien) eingesetzt werden, denn es gehört zu den Charakteristiken der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen, dass sie die Leistungen des Versorgungssystems nur schwer aktiv auswählen können. Die Konsequenz ist, dass die Angebote zu den armen Bevölkerungsgruppen hin orientiert werden müssen. Dabei soll die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit von vorhandenen bzw. zu schaffenden Versorgungsstrukturen im Vordergrund stehen. Der Verbindung von Medizin und Sozialarbeit soll dabei großes Gewicht beigemessen werden.

Interdisziplinär angelegte Versorgungszentren bzw. Ambulanzen sollten innerhalb eines Gebäudekomplexes verschiedene Betreuungsmodule beherbergen. Entsprechende Versorgungselemente könnten folgende Einrichtungen und Betreuungsstellen sein: Ärzte/Fachärzte, Krankenpflege, Hebammen, Krankengymnastik, Gesundheitsberatung, Schuldnerberatung, Rechtsberatung, Eheberatung, Erziehungsberatungsstellen. In diesen Versorgungszentren/-ambulanzen sollte eine Kurzzeitbetreuungsmöglichkeit für Kinder eingerichtet sein, damit z. B. alleinerziehende Mütter oder die Eltern in kinderreichen Familien ungestört Arzttermine oder auch Termine in Beratungsstellen wahrnehmen können.

Auch das stationäre Angebot, d. h. die Krankenhäuser, müssten intensiver auf die Bedürfnisse sozial schwacher Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden. Das bedeutet zum einen die Stärkung der innerbetrieblichen Sozialarbeit (z. B. in personeller Hinsicht), zum anderen spezifische Fort- und Weiterbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals, eine vermehrte Bereitstellung von Dolmetschdiensten sowie die Erstellung von Handlungsschemata bei Aufnahme von armen Menschen, damit sofort eine Versorgungs- und Betreuungskette in Gang gesetzt bzw. initiiert werden kann.

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Die Änderung der sozialen Umwelt ist effektiver als die Änderung des individuellen Verhaltens: Versuche, durch Beeinflussung des Verhaltens den gesundheitlichen Zustand zu verbessern, waren gemessen an den Zielvorgaben meist weitgehend erfolglos (vgl. z. B. MRFIT-Studie in den USA, Resultate der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie). Der Versuch etwa, durch Gesundheitserziehung, Screeningaktionen oder Arztüberweisungen eine Reduktion der Hypertonie herbeizuführen, schlug fehl und führte zu einer Reduktion der Gesamtprävalenz um lediglich 2,2 bzw. 3,3 Prozent (vgl. Stronegger 1996).

Hingegen dürfte eine effektive Förderung der Gesundheit vor allem durch die Verhältnis-Intervention möglich sein - z. B. durch die Organisationsentwicklung am Arbeitsplatz, wie sie in einem Projekt bei Busfahrern (vgl. Greiner/Syme 1994) erfolgreich durchgeführt wurde. Verbesserte organisatorische Abläufe und die Einbeziehung individueller Kompetenzen und Wünsche in die Arbeitsplatzgestaltung führten zu einer erheblichen Reduktion der Krankenstandstage und der Personalfuktuation.

Umfangreiche Diskussionen möglicher politischer Reaktionsweisen auf das soziale und ökonomische Problem der gesundheitlichen Ungleichheit finden sich im 1980 erschienen britischen Black Report (Townsend/Davidson 1982) und einem zehn Jahre später erschienen Buch von Whitehead (1991). Die im Black Report vorgeschlagene Politik weist die höchste Priorität der Beseitigung der Armut von Kindern und der materiellen Ungleichheit generell zu.

Situation in Österreich

Die vorliegende Arbeit zeigt einmal mehr die Bedeutung von nicht unmittelbar gesundheits-spezifischen Maßnahmen auf. Verbesserungen des allgemeinen Bildungsniveaus und das Schaffen angemessener Lebensbedingungen (gut ausgestattete Wohnungen, sichere Arbeitsplätze, usw.), die infolge auch zu einem höheren Einkommen führen, begünstigen jedenfalls die Gesundheitssituation einer Gesellschaft.

In den Statistischen Mitteilungen zur Gesundheit in Wien werden Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Lebensumstände sozial schwacher Gruppen und auf eine Stärkung der Selbsthilfe im wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben abzielen, vorgeschlagen (MA-L Gesundheitsplanung 1999). Bezogen auf Wien sollen unter anderem folgende Maßnahmen forciert werden:

- Betriebliche Gesundheitsförderung (vermehrtes Mitspracherecht, Aufgabenvielfalt und Aufstiegschancen);
- Senkung der Arbeitslosenquote bzw. Verbesserung der materiellen Lage sozial Schwacher;
- Hebung des Bildungsniveaus der Bevölkerung.

Diese Maßnahmen zielen ebenfalls indirekt auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch eine Verbesserung der sozioökonomischen Rahmenbedingungen ab.

Der Einfluss und die Bedeutung von nicht unmittelbar gesundheitspezifischen Maßnahmen (wie etwa das Anheben des allgemeinen Bildungsniveaus) dürfen nicht unterschätzt werden. Es erscheint zweckmäßig, Bestrebungen zur allgemeinen Hebung des Bildungsniveaus weiter zu verfolgen, da höhere Bildung das Gesundheitsverhalten tendenziell positiv beeinflusst. Investitionen im Bildungssektor können mittelbar dazu beitragen, die Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit deutlich zu erhöhen. So konnte z. B. in den Niederlanden in einer Modellrechnung gezeigt werden, dass die aufgrund der Alterung der Bevölkerung zu erwartende allgemein ansteigende Morbidität für 1996 bis 2000 zum größten Teil durch die für diesen Zeitraum ebenfalls prognostizierte Steigerung des Bildungsniveaus hintangehalten werden kann (Helmert 1998).

Da aber das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen neben bildungs- auch einkommensabhängig ist, sind auch alle Maßnahmen zur Sicherung des regelmäßigen Einkommens zielführend. Unter diesen Aspekt fallen somit nicht nur Maßnahmen zur Arbeitsplatzsicherung und Senkung der Arbeitslosenquote, sondern auch einkommenssichernde Maßnahmen im Erwerbs- und Sozialbereich. Auch eine bundeseinheitliche Reform der Sozialhilfe, um die Rechtssicherheit zu erhöhen und „Sozialtourismus“ zu eliminieren (wie von Wallner-Ewald u. a. gefordert), kann dazu dienen.

Einige Untersuchungen zeigten, dass monetäre Anreize die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen verbessern könnten. Daher wäre eventuell die Anhebung der Geldprämie bei der Absolvierung aller Untersuchungen des Mutter-Kind-Passes auf die ursprüngliche Höhe vorstellbar (Wallner-Ewald 1999, Die Grünen 1998).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Menschen mit geringem Einkommen (rezeptgebührenbefreite Personen) unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht

- mehr gesundheitliche Probleme haben und
- das Gesundheitssystem daher öfter in Anspruch nehmen

als Durchschnittsösterreicher.

Die Ergebnisse der Analyse der FOKO Daten der OÖGKK weisen jedenfalls stark darauf hin, dass die gesundheitlichen Probleme einer Person in einem hohen Ausmaß auf ihr geringes Einkommen zurückzuführen ist. Eindeutige, signifikante Beweise, die diese sogenannte Präventionshypothese untermauern, kann diese Studie jedoch nicht erbringen.

Um eine endgültige Klärung der Frage zu ermöglichen, wären Langzeitbeobachtungen von Patientenkarrerien erforderlich. Dies könnte jedoch nur mit hohem Ressourcenaufwand und durch eine lückenlose Dokumentation aller Kontakte einer Person mit dem Gesundheitssystem erfolgen. Es wäre eine uneingeschränkte Kooperation aller potenziellen Datenlieferanten - der Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträger, des Bundes, der Krankenanstalten, der Apotheken, der privaten Versicherungen sowie der Statistik Austria - erforderlich. Vielleicht bietet längerfristig die Chip-Karte der Sozialversicherung, die voraussichtlich ab dem Jahr 2003 den Krankenschein ersetzen soll, eine Chance, dies umzusetzen.

Bis dahin sollte sinnvoller Weise die von Doblhammer-Reiter begonnene Verknüpfung von Volkszählungsdaten mit der Todesursachenstatistik und den Ergebnissen der Volkszählung von 2001 fortgesetzt werden (Doblhammer-Reiter 1996).

Literaturverzeichnis

Abholz, H. H. 1983

Soziale Unterschiede im Zugang zu Institutionen gesundheitlicher Versorgung. In: Forschungsbericht: Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Bonn

Antonelli, G.; Paganetto, L. 2000

Country Report Italy 1999. In: Menke, R., Streich, W., Rössler, G. (Hrsg.): Europa-Bericht - Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe. Bielefeld 2000

Badelt, C.; Holzmann-Jenkins, A.; Matul, C.; Österle, A. 1997

Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Forschungsbericht im Auftrag des BMAGS. Wien

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) 1999

Gesundheit und Migration. Bonn

Beauftragter der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) 2000

Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt. Bonn-Berlin

Bilgin, Y. 1999

Spezielle Gesundheitsgefährdung und frühzeitige Alterungsprozesse bei Migranten. In: Col-latz, J., Hackhausen, W., Salman, R. (Hrsg.): Begutachtung im interkulturellen Feld. Berlin 1999

BMAGS (Hrsg.) 1998

Bericht über die soziale Lage 1997 (Analysen und Ressortaktivitäten). Wien

BMAGS (Hrsg.) 1999

Einbinden statt Ausgrenzen. Neue Strategien gegen Armut. Bericht einer ExpertInnengruppe. Wien

BMAGS (Hrsg.) 2000

Bericht über die soziale Lage 1998 (Analysen und Ressortaktivitäten). Wien

BMG 2001

Armut und Gesundheit 2001. Zit. in online: www.bmgesundheit.de

BMSG (Hrsg.) 2001a

Bericht über die soziale Lage 1999 (Analysen und Ressortaktivitäten) - Einkommen, soziale Sicherung, Generationen, Gesundheit. Wien

BMSG (Hrsg.) 2001b

Bericht über die soziale Lage 1999 (Datenband) - Soziale Sicherung, Einkommen, Gesundheit. Wien 2001b

BMSG (Hrsg.) 2001c

Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung in Österreich. Wien

Brennecke, R.; Fuchs, J. 1999

Einkommen und Gesundheit - welche Zusammenhänge gibt es? In: Public-Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public Health (Hrsg.): Public-Health-Forschung in Deutschland. Göttingen/Toronto/Seattle 1999. S. 365-369

Csitkovics, M.; Eder, A.; Matuschek, H. 1997

Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen in Wien (MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung). Wien

Csitkovics, M. 1995

Wunschloses Unglück? Objektiver Gesundheitszustand und subjektive Krankheitseinschätzung ausländischer Kinder(unveröffentlichte Diplomarbeit). Wien

Dahlgren, G.; Whitehead, M.: Konzepte und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich. Diskussionspapier des WHO-Regionalpapiers für Europa. Kopenhagen 1993

Die Armutskonferenz (Hrsg.) 1995

Dokumentation zur 1. Österreichischen Armutskonferenz. Salzburg

Die Grünen Linz (Hrsg.) 1999

Armut verhindern, Reichtum fairteilen. 3. Linzer Armutsbericht. Linz

Doblhammer, G., Kytir, J. 1998

Social inequalities in disability - free and healthy life expectancy in Austria. In: Wiener Klinische Wochenschrift 110/11. Wien

Doblhammer-Reiter, G. 1995/1996

Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Zum Ausmaß sozioökonomischer Unterschiede der Sterblichkeit in Österreich. In: Demographische Informationen 1995/1996

Elkeles, T. 1997

Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Unterschiede. In: Gesundheitswesen 59/1997

Elkeles, T. 1998

Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, H. (Hrsg.): Das Public Health-Buch. München/Wien/Baltimore

Elkeles, T.; Bormann, C. 1999

Arbeitslose. In: Bundesvereinigung Gesundheit e.V. (Hrsg.): Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied

Elkeles, T. 2001

Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, A.; Bloomfield, K.: Sozialepidemiologie. München

Elkeles, T.; Mielck, A. 1993

Soziale & gesundheitliche Ungleichheit - Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. In: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Berlin

EVAS-Studie 1989

Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln

Flüglister-Wasmer, P. 1995

Die kantonalen Armutsstudien in der Schweiz und ihre Aussagen zur Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Armut und Gesundheit, 2. Beiheft

Freie und Hansestadt Hamburg - Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) 1995
Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Hamburg

Fried, A. 2000

Macht Armut krank? In: Soziale Sicherheit 1/2000

Friedrich, M.; Turkan, A.; Dervic, K. 1999

Schwierigkeiten bei der Betreuung von Migrantenkindern und -jugendlichen. Eine empirische Studie mit in Österreich lebenden aus der Türkei und Ex-Jugoslawien stammenden Familien im Zeitraum 1998-1998. Wien

Geiger, I. 1999

Altern in der Fremde- Zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: Matthias, D., Borde, T., Kentenich, H.: Migration und Gesundheit. Frankfurt/M.

GEK 1999

GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der Gmündner Ersatzkasse - Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkte: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Asgard Verlag. St. Augustin

Greiner, B.; Syme, L. 1994

Individuen- oder verhaltensbezogene Risikofaktoren? Epidemiologische Perspektive und Beispiel aus einem Präventionsprojekt mit Busfahrern in San Francisco. In: Rosenbrock, R.; Kühn, H.; Köhler, B. M. (Hrsg.): Präventionspolitik. Berlin

Grinberg, L.; Grinberg, R. 1990

Psychoanalyse der Migration und des Exils. München

Güc F. 2000

Bikulturelle und multiprofessionelle Arbeit des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Berlin in Kreuzberg. In: Handbuch zum interkulturellen Arbeiten im Gesundheitsamt, herausgegeben von der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen. Berlin

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.) 1997

Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr gemäß §31 Abs., 5 Z. 16 ASVG idFd. 1. Änderung. Wien 3/1997

Hauser, R.; Hübinger, W. 1993

Arme unter uns, Teil I: Ergebnisse und Konsequenzen der Caritas-Armutsuntersuchung, Dt. Caritasverband. Freiburg 1993

Hellbernd, H. 1996

Zum Umgang mit Verständigungsproblemen in der stationären Versorgung von Migranten und Migrantinnen. Berlin

Helmert, U. 1998

Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Ergebnisse aus Gesundheitssurveys in Deutschland, In: Marstedt, G.: Müller, R. (Hrsg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven

Hermann, S. 1995

Daten zur Gesundheit alleinerziehender Frauen. Ergebnisse aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin. In: Dokumentation zum Kongress „Armut und Gesundheit“ Ärztekammer Berlin, Berlin

Hoefert, H. W. 1997

Arbeitslosigkeit und Gesundheit - eine kritische Zwischenbilanz. In: Psychomed Nr. 9, 1997

Hoffmeister, H.; Hüttner, H. 1995

Die Entwicklung sozialer Gradienten in den Nationalen Gesundheits-Surveys 1985 - 1992. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Armut und Gesundheit 1995

Institut für Ernährungswissenschaften (Hrsg.) 1998

Österreichischer Ernährungsbericht 1998. Wien

Kahl, H. 1999

Alkoholkonsum unter Berliner Schülern. In: Franke, F., Geene, R., Luber, E.: Armut und Gesundheit, Berlin

Kivelä, K.; Lahelma, E.; Valkonen, T. 2000

Finnish country Report - The health of disadvantaged groups in Finland. In: Europa-Bericht: Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe. Bielefeld 2000

Klocke, A. 1995

Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter. In: Barlösius, E., Feichtinger, E., Köhler, B., M.: Ernährung in der Armut. Berlin

- König, C.; Bogerd, I. van de; Walenbergh, M. 1992
The health of the underclass in the Netherlands. Catholic University Nijmegen. Nijmegen
- Körber, J. M. 2000
Migrationspezifische Ansätze in der Schulgesundheitspflege: Schulsprechstunde als niederschwelliges Angebot, insbesondere für Kinder aus Migrantenfamilien. In: Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) 2000
- Kunst, A.; Bos, V.; Mackenbach, J.; EU-Working Group on Socio-economic Inequalities in Health 2001
Monitoring socio-economic differences in health in the European Union: guidelines and illustrations. A report for the Health Monitoring Program of the European Commission. Department of Health of the Erasmus University Rotterdam
- LBI für Frauengesundheitsforschung (Hrsg.) 1998
Die Lebens- und Gesundheitssituation von Frauen im 10. Wiener Gemeindebezirk. Wien
- LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.) 2000
Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 5.WHO-HBSC-Surveys 1998 und die Trends für die 90er Jahre. Schriftenreihe „Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte“ des BMSG 2/2000. Wien
- Leisering, L. 1995
Armutspolitik und Lebenslauf. Zur politisch-administrativen Relevanz von lebenslauftheoretischer Armutforschung. In: Hanesch, W. (Hrsg.): Sozialpolitische Strategien gegen Armut. Opladen
- Lohaus, A. 1993
Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Bern, Toronto
- Mair, A. 1999
Aggregierte Patientendaten zur Darstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit Gesundheitsgütern. Linz
- MA-L Gesundheitsplanung (Hrsg.) 1999
Statistische Mitteilungen zur Gesundheit in Wien 1/1999. Sozioökonomische Lage und Gesundheit in Wien. Wien
- Menke, R.; Streich, W.; Rössler, G. 2001
Europa-Bericht: Report on Socio-Economic Differences in Health Indicators in Europe. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen. Bielefeld 2000
- Mielck, A., do Rosário Giraldes, M. (Hrsg.) 1993
Inequalities in Health and Health Care. München/New York

Mielck, A.; Satzinger, W.; Helmert, U. 1995

Gesundheitspolitische Reaktionen in der Bundesrepublik Deutschland auf das Problem Armut und Gesundheit“. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Armut und Gesundheit

Mielck, A. 1999

Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit. In: Vortrag beim Symposium „Lieber reich & gesund als arm & krank“, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau. Graz

Mielck, A. 2000

Sozial benachteiligte Gruppen - MultiplikatorInnen-schulung: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Erfahrungen aus Deutschland. In: Vortrag 2. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz. Innsbruck

Mielck, A.; Laaser, U.; Gebhardt K.; Kemper P. (Hrsg.) 2000

Gesundheit und soziale Benachteiligung, Informationssysteme - Bedarfsanalysen - Interventionen. Bielefeld

Mielck, A.; Bloomfield, K. 2001

Sozialepidemiologie. München

Oberösterreichische Landesregierung, Magistrat der Stadt Linz, OÖGKK (Hrsg.) 2001

Gesundheitsbericht Oberösterreich 2000. Linz

ÖBIG 1998

Zahnstatus-erhebung 1997 bei Zwölfjährigen in Österreich. Wien

ÖBIG 2000

Nutzung von Gesundheitsleistungen durch sozial schwächere Gruppen, Expertise, Schriftenreihe „Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte“ des BMAGS 2/99. Wien

Pensola, T.; Valkonen, T. 2000

Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood. In: Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 54, Nr. 7/2000, S. 525 ff.

Peregrina (Hrsg.) 1999

Tätigkeitsbericht 1999. o. O.

Peter, R. 2001

Berufsstand und Gesundheit. In: Mielck, A., Bloomfield, K.: Sozialepidemiologie. München

Petersen, A. 2000

Enuresie bei türkischen Kindern – Ethnologische Überlegungen zur Epidemiologie. In: Koch, E., Schepker, R., Taneli, S.: Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft, Freiburg/B.

Schepker, R., Fisek, G., O. 2000

Der familiäre Umgang mit psychosozialen Krisen Jugendlicher: Eine transkulturelle Untersu-

chung zur Frage der Effekte von Minoritätsstatus und Kulturhintergründe, In: Koch, E. et al.: Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft, Freiburg

Scholz, M., Kaltenbach, M. 1995

Zigaretten-, Alkohol- und Drogenkonsum bei 12- bis 13jährigen Jugendlichen - eine anonyme Befragung bei 2.979 Schülern. In: Das Gesundheitswesen, 57/1995

Senior Plus 1999

Ältere MigrantInnen in Wien. Empirische Studie zu Lebensplanung, sozialer Integration und Altersplanung. Wien 1999

Soziale Sicherheit (Hrsg.) 2000

Hilfe im Krankheitsfall. In: Soziale Sicherheit Nr. 9/2000. S. 808 - 810

Stangl-Mähnen, K. 1995

Vom Türkinnenprojekt zum Verein Miteinander Lernen - Birlikte Ögrenelim. In: Miteinander Lernen (Hrsg.): Frauen im Fremdland. Wien

Statistik Austria (Hrsg.) 1999/2000:

Statistisches Jahrbuch für die Republik Österreich 1997. Wien

Steiner, H., Giorgi, L. 1998

Armutgefährdung in Österreich. In: BMSG (Hrsg.): Bericht über die soziale Lage 1997. Analysen und Ressortaktivitäten. Wien, S. 119 - 125

Stolpe, S. 2001

Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: Mielck, A., Bloomfield, K.: Sozialepidemiologie. München

Stronegger, W. J. 1995

Armut und Krankheit: armutspolitische Maßnahmen (Exposé). In: Österreichische Armutskonferenz, Salzburg

Stronegger, W. J., Rasky, E., Freidl, W. 1996

Soziale Lage und Gesundheit - Von Beziehungen zwischen Armut und Krankheit. In: Psychologie der Medizin 2/1996

Talos, E. 2000

Wo steht Österreich sozialpolitisch heute ? In: Dokumentation: Vierte Österreichische Armutskonferenz: „Soziale und räumliche Ausgrenzung - inmitten einer reichen Gesellschaft“ „Und raus bist Du ...!“, Armutskonferenz (Hrsg.), Salzburg

Thielenhaus, M. 1999

Grußwort. Netzwerktagung Migrantinnen dolmetschen Migrantinnen. Bonn

Timm, W. 1995

Benachteiligung im Alter. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Armut und Gesundheit, 2. Beiheft

Townsend, P.; Davidson, N. 1982
The Black Report. Harmondsworth, Penguin

Trabert, G. 2000
Interventive Potentiale der medizinischen Versorgung von sozial benachteiligten (armen) Menschen in unserer Gesellschaft. In: Mielck et al. (Hrsg.) Gesundheit und soziale Benachteiligung, Informationssysteme - Bedarfsanalysen - Interventionen. Bielefeld

Trommer, H. 2000
Altersarmut und höheres Gesundheitsrisiko, Gesundheit Berlin. Zit. in online:
www.gesundheitsberlin.de

Uhl, M. 1999
Gesundheitsrisiko Armut. In: Ärztemagazin 4/99

Verein Zebra (Hrsg.) 2000
Ausländer und Ausländerinnen als Gesundheitsmultiplikatorinnen. Graz

Wagner, M.; Marreel, I. 1998
Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von Migranten in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen Ärzte. (unveröffentl. Magisterarbeit). Berlin

Waller, H. 1997
Sozialmedizin Grundlagen und Praxis, Stuttgart

Wallner, S. 1995
Verarmungsrisiken im Wohlfahrtsstaat. Wien

Wallner-Ewald, S. 1999a
Verarmungsrisiken im Wohlfahrtsstaat II - Leben am Rande des Sozialsystems. Wien

Wallner-Ewald, S. 1999b
Kinder und Armut (Tagungsunterlagen). Salzburg

Whitehead, M. 1991
The concepts and principles of equity and health. WHO/Euro. Copenhagen 1991

Whitehead, M. 1998
Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. The Milbank Quarterly 16/1998

Whitehead, M. 2000
Sozial benachteiligte Gruppen - MultiplikatorInnenschulung: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Erfahrungen aus Deutschland. In: Vortrag Mielck, A.: 2. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz. Innsbruck

WHO-HBSC 2000

Health Behaviour in School-aged Children 1998. In: LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich. Aufbereitung der Daten des 5.WHO-HBSC-Surveys 1998 und die Trends für die 90er Jahre. Schriftenreihe „Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte“ des BMSG 2/2000. Wien

Wimmer-Puchinger, B. 1994

Erwartungen an die Geburtshilfe aus der Sicht der Frau. In: Gynäkologische und geburts-
hilfliche Rundschau. 34/1994

Winkelhake, O. et al. 1997

Einkommen, Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Deutschland 1992. In: Sozial- und Präventivmedizin 47/1997

Zimmermann, I.; Korte, W., Freigang, M. 2000

Kinder, Gesundheit und Armut aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung in Hamburg. In: Altgeld, T.; Hofrichter, P.: Reiches Land - Kranke Kinder?. Frankfurt/Main

Zink, A.; Korporal, J. 1990

Soziale Epidemiologie der Erkrankungen von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kentenich, H.; Reeg, P.; Wehkamp, K. H.: Zwischen zwei Kulturen. Frankfurt/Main

ANHANG

- **Kontakte**
- **Konferenzen, Tagungen**
- **Datenquellen**
- **Migrantenspezifische Gesundheitsangebote**
- **Informationsblatt der OÖ. Gebietskrankenkasse**

Kontakte

Die nachfolgende Tabelle gibt - in alphabetischer Reihung - einen Überblick über die Teilnehmer an den geführten Gesprächen. Dabei zeigten sich die kontaktierten Institutionen und Personen ein hohes Interesse an einem weiteren Informations- und Datenaustausch. Ein regelmäßiges Treffen in Form einer Expertenrunde, bei dem über die Themen der Österreichischen Armutskonferenz hinausgehende Problemfelder - wie der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit - behandelt werden, wäre für viele Gesprächspartner sehr wünschenswert.

Generell wurde von den Kontaktpersonen auch die mangelhafte Datenlage und die derzeit noch zu geringe Nutzung der zu Verfügung stehenden Daten und die fehlende Vernetzung der einzelnen Quellen thematisiert.

Liste der kontaktierten Institutionen

Institution	Ansprechperson
<i>Daten(beschaffung)</i>	
Arbeitsmarktservice, Öffentlichkeitsarbeit, Wien	Fr. Springer
Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Wien	Hr. Mag. Tinhofer Hr. Mag. Choholka Fr. Mag. Plank
Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften (IFS), Wien	Hr. Dr. Till
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz	Hr. Dir. Dr. Meggeneder Hr. AL Mair Hr. GR Himmelbauer
Österreichische Apothekerkammer	Hr. Präsident Cabanna Hr. Mag. Traxler
Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, Statistikabteilung, Wien	Fr. Brunner
Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, Außenstelle Oberösterreich, Linz	Hr. Feilmeier
Statistik Austria	Hr. Dr. Bauer Hr. Dr. Kytir
Wiener Gebietskrankenkasse	Hr. Dir. Bittner Hr. Mag. Pazourek
<i>Qualitative Gespräche bzw. Unterlagen</i>	
Beauftragte der deutschen Regierung für Ausländerfragen, Berlin	Dr. Grieger
Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg	Fr. Zimmermann
Beratungszentrum für MigrantInnen, Wien	Fr. Kloimwieder
Caritas Österreich, Wien	Hr. Mag. Landau Hr. Dir. Küberl Hr. Dr. Wallner-Ewald
Evangelische Diakonie (Österreichische Armutskonferenz), Wien	Hr. Mag. Schenk

Institution	Ansprechperson
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld	Hr. Prof. Laaser
Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)	Hr. Dr. Raffetseder
Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GSF-medis, Oberschleißheim	Hr. Prof. Dr. Mielck
Frauenbüro der Stadt Wien	Fr. Dr. Akbal
Gesundheit auf dem Weg in die Schule, Symposium, Wien	Fr. Dr. Pleyer
Institut für Höhere Studien (IHS), Wien	Hr. Dr. Gächter Fr. Dr. Riedl
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität Graz	Hr. Dr. Stronegger Hr. Prof. Dr. Noack
Institut für Stadt- und Regionalforschung, Technische Universität Wien	Hr. Prof. Dr. Dangschat
LBI für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien	Hr. Mag. Dr. Dür
LBI für Frauengesundheitsforschung, F. E. M., Wien	Fr. Mag. Wolf
MA 15/Dezernat für Gesundheitsplanung, Wien	Fr. Mag. Csitkovics
Miteinander Lernen Beratungs- Bildungs- und Psychotherapiezentrum für Frauen, Kinder und Familien, Wien	Fr. Sözer
Peregrina Rechts- und Sozialberatung, psychologische Therapie und Deutschkurse für Migranten, Wien	Fr. Dr. Kaiser Fr. Mag. Schmidjell
Sozialmedizinisches Zentrum Graz-Liebenau	Fr. Dr. Hackhofer
Wiener Integrationsfonds	Hr. Mag. Zuser Fr. DSA Holler
Zentrum zur sozialmedizinischen, rechtlichen und kulturellen Betreuung von Ausländern in Österreich (Verein Zebra), Graz	Fr. Mag. Zipper Hr. Gulis

Quelle: ÖBIG

Konferenzen und Tagungen

Im Zuge des Projekts nahm das Projektteam auch an folgenden Konferenzen bzw. Tagungen teil:

- Kongress Armut und Gesundheit (Dezember 1999) in Berlin:

Diskutiert wurde in sechs parallel tagenden Foren zu folgenden Themen:

1. Die gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser
2. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche kennen keine Chancengleichheit
3. Frauen in Armut
4. Armut im Alter
5. Gesundheit und Migration
6. Armutsberichterstattung

Wo liegen die Probleme und welche Strategien können angewandt werden? Dies waren die Kernfragen in allen Foren. Das Fazit dieses Kongresses war, dass das große öffentliche Interesse, das dieser Kongress fand, nicht darüber hinwegtäuschen sollte, dass die Herstellung gleicher und gerechter Gesundheitschancen auch in der Bundesrepublik eher Anspruch als Realität ist. Die Versorgung von sozial Schwachen wird dabei oft vom Engagement Einzelner getragen und ist zu wenig in Strukturen eingebunden. Eine Forderung bestand darin, solche Versorgungsansätze zu regulären Strukturen auszubauen und sie wenn möglich in bestehende zu integrieren.

Ad 3: Obwohl das Alter der Frauen, die unter die Armutsgrenze fallen, sinkt, ist insgesamt die Anzahl der von Armut betroffenen Frauen geringer geworden. Trotzdem besteht für Frauen ein höheres Risiko, arm zu werden und es dann auch zu bleiben, als für Männer. Ausschlaggebend dabei ist die Familienlage: Alleinerziehende sind besonders betroffen. Auch serielle Arbeitslosigkeiten spielen dabei eine große Rolle: Durch die Zuständigkeit der Frauen für das Familienleben können sie keine geradlinigen Berufsbiographien entwickeln und werden somit bei der Altersversorgung benachteiligt. Auch das gesundheitliche und psychische Wohlergehen wird beeinträchtigt.

Ad 4: Steigende Lebenshaltungskosten und sinkendes Rentenniveau führen für viele Pensionisten zu materieller Not. Zur Armut kommt zumeist die soziale Vereinsamung hinzu. Eine neue Studie aus Mecklenburg-Vorpommern ergab, dass eine alte Menschen in ihrem Alltag unterstützende Infrastruktur fehlt oder nur unzureichend vorhanden ist. Dadurch wird es schwierig, die für sie so wichtigen sozialen Kontakte zu pflegen. Eine Forderung war, die Erfahrungen alter Menschen in eine Wissensbörse einfließen zu lassen, die von Wirtschaft und Politik unterstützt wird und von der Allgemeinheit genutzt werden kann.

- 2. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz (Mai 2000): In der vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) organisierten, in Innsbruck stattfindenden Tagung wurde von Experten festgestellt, dass in Österreich der Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Morbidität/Mortalität einer Personengruppe erst in Ansätzen erforscht ist. Allgemein wurde auch beklagt, dass der Informationsaustausch zwischen den in- und ausländischen Experten zu gering ist. Konstatiert wurde auch noch, dass in Österreich zwar einige richtige Akzente gesetzt werden, diese jedoch erstens häufig lokal begrenzt sind und zweitens ohne vorhandene theoretische (Daten)Basis auskommen müssen. Der Schwerpunkt der Tagung lag im Bereich der „Peer Education“ und ihrer Auswirkungen auf Primär- und Sekundärprävention.
- Symposium Gesundheit auf dem Weg in die Schule (Mai 2000): Schuldirektoren und -ärzte sowie Schüler berichteten über die Erfahrungen, die in elf vernetzten Wiener Schulen seit 1997 in puncto „Gesundheitsförderung“ gemacht worden sind. Dem Konzept liegt ein sogenannter Settingansatz zugrund, der die soziokulturell geprägten Lebensweisen von Schülern und Lehrkräften in den Mittelpunkt stellt und damit die sozial ungleich verteilten Ressourcen und Gefährdungen hinsichtlich Gesundheitsrisiken mit einbezieht. Allgemeiner Konsens ist, dass die seelische und soziale Gesundheit der Schüler positiv beeinflusst und gefördert werden kann. Die Akteure planten mit der Auftaktveranstaltung das Wiener Netzwerk zu festigen und Kontakte zu allen an Gesundheitsförderung interessierten Menschen zu ermöglichen.
- 5. Tagung der Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health "Reform des Gesundheitssystems. Wer profitiert? - Wer verliert?" in Linz (Juni 2001): Vortrag zum Thema "Zugang zu gesundheitlichen Versorgung - Sozioökonomische Determinanten". Die anwesenden Experten meinen übereinstimmend, dass es in Österreich zwar bereits schon lobenswerte lokale und regionale Initiativen und Modelle zur Verbesserung des Zugangs von sozial benachteiligten Personengruppen zum Gesundheitssystem gibt, aber eine koordinierte, überregionale Vorgehensweise wünschenswert wäre. Darüber hinaus wurde auf nochmals auf die Bedeutung von nicht unmittelbar gesundheitsspezifischen Maßnahmen, wie die Verbesserung des allgemeinen Bildungsniveaus und das Schaffen angemessener Lebensbedingungen (gut ausgestattete Wohnungen, sichere Arbeitsplätze, ausgewogene Einkommen, usw.) hingewiesen, da dies immer noch der beste Garant für den guten Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist.

Beschreibung der Datenquellen

Beschreibung	Mikrozensus	FOKO II	Haushaltspanel
Vollständige Bezeichnung:	Mikrozensus Sonderprogramm Fragen zur Gesundheit	Folgekostenrechnung	ECHP - Europäisches Haushaltspanel
Datenlieferant:	Statistik Austria	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)	Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften (IFS)
Kurzbeschreibung:	Der Mikrozensus bietet personenbezogene Einzeldatensätze an, wobei im Sonderprogramm Fragen zu gesundheitlichen Beschwerden und gesundheitlichen Rahmenbedingungen abgehandelt werden.	Ursprünglich Kontrollmöglichkeit der Kosten, die ein Arzt verursacht. Im zentralen Interesse sind Leistungsdaten auf Basis des abgerechneten Krankenscheins (FOKO I). In der Weiterführung FOKO II erfolgt eine Verknüpfung der Leistungsdaten mit den Personenstämmen.	Erhebung und Auswertung einer Vielzahl sozialer Faktoren auf individueller und Haushaltsebene in Form einer Längsschnittuntersuchung, die u. a. eine exakte Einkommenserhebung beinhaltet.
Datenumfang:	56.002 Personen, davon 11.723 unter 16jährige.	Alle Versicherten der ÖÖGKK, ca. 2.000 Messstellen (Kassenarztpraxen,...).	Ca. 3.400 Haushalte mit rund 7.400 befragten Erwachsenen ab 15 Jahren.
Erhebungszeiträume:	1973, 1983, 1991, 1999.	Laufend, bis 2 Jahre zurück	Ab 1995 jährlich, vollständig bisher 1. und 2. Welle ('94 und '95).
Datenverfügbarkeit:	Laufende Publikationen, ÖGIS (Einzeldatensätze).	Für interne Zwecke konzipiert.	Erst einige Teilbereiche ausgewertet + publiziert.
Positive Aspekte:	<ul style="list-style-type: none"> • Daten leicht verfügbar; • Mit früheren Jahren vergleichbar → Entwicklung könnte transparent gemacht werden; 	<ul style="list-style-type: none"> • Primärdaten, große Stichprobe; • Heimbewohner etc. erfasst; • relativ aktuelle Daten; • Verfügbarkeit gegeben • Niedrig-Einkommenbezieher leicht erkennbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Daten sehr umfassend; • direkter Bezug zwischen Einkommen und Gesundheit möglich • Längsschnittuntersuchung • Zukünftige Vergleiche auf europäischer Ebene sind denkbar;
Negative Aspekte:	<ul style="list-style-type: none"> • Daten eher unaktuell (Ergebnisse von 1999 stehen noch nicht zur Verfügung); • Stichprobe relativ klein; • direkter Bezug zwischen Einkommen und Gesundheit nicht möglich; • Heimbewohner, etc. nicht erfasst; • Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nicht besonders aussagekräftig; 	<ul style="list-style-type: none"> • Außertariflicher Bereich (Wahlärzte, Selbstmedikation,...) und Ambulanzen nicht integriert; • Messpunkte primär im urbanen Raum • Familienverbandsbetrachtung schwierig; 	<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobe relativ klein; • Heimbewohner, Obdachlose etc. nicht erfasst; • Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes nicht besonders aussagekräftig;

Migrantenspezifische Gesundheitsangebote

Wie bereits ausführlich dargestellt hat Österreich einen Ausländeranteil von etwa 9,3 Prozent, deren Zugang zum Gesundheitssystem erschwert ist. Überdies kommt es in der Praxis häufig zu kulturellen und sprachlichen Missverständnissen, die gravierende Fehldiagnosen nach sich ziehen können. Neue Zugangsmöglichkeiten bieten spezielle Zentren, in denen Migranten und Flüchtlinge sozialmedizinisch, rechtlich und kulturell betreut werden. Nachfolgend sollen zwei Anwendungsbeispiele aus Wien und Graz vorgestellt werden, denen unterschiedliche gesundheitlich-kulturelle Praktiken zugrunde liegen. Einleitend wird der muttersprachliche Übersetzerdienst in den Wiener Krankenanstalten dargestellt.

Dolmetscherdienst im Krankenhaus

Da über die Sprache (verbal und nonverbal) Befindlichkeiten, körperliche Beschwerden und Leiden ausgedrückt werden, verhindern die vorhandenen Sprachbarrieren bei Migranten den Zugang zum Gesundheitswesen und erschweren eine adäquate Gesundheitsvorsorge. Beim Krankenhausaufenthalt gehen Verständigungsprobleme mit Unsicherheiten, Ängsten, Hemmschwellen und Misstrauen gegenüber fremdartigen Behandlungsmethoden einher. „Nicht die medizinische Fachsprache, in der eine mitunter unbekannte Diagnostik, komplizierte Untersuchungsmethoden und Therapiebeschreibung dargestellt werden, erschweren die Kommunikation; auch im Krankenhausalltag ist vielfach ein besonderer Wortschatz vonnöten“ (Hellbernd 1996). Trotzdem wird häufig bei mangelnden Deutschkenntnissen des Patienten ein nicht-professioneller Dolmetscher – entweder ein Verwandter oder eine krankenhauserne Reinigungskräfte – eingeschaltet, was zu Missverständnissen und Fehlbehandlungen führen kann. Diese gravierenden Verständigungsprobleme finden in der Forderung nach qualifizierten Dolmetschern im stationären Bereich, wo der höchste Bedarf an muttersprachlichen Fachkräften besteht, ihren Niederschlag.

In Wien kam es im Jahre 1989 - im Rahmen eines WHO-Projektes - erstmals zum Einsatz von muttersprachlichen Übersetzern für türkischsprachige Patienten. Heute sind im Allgemeinen Krankenhaus (AKH), Wilhelminenspital, Kaiser-Franz-Josef-Spital, Sozialmedizinischen Zentrum Ost und in der Rudolfstiftung Fachdolmetscher, insbesondere in der Gynäkologie und Kinderheilkunde tätig. Auf Anfrage von Patient und Personal können muttersprachliche Dolmetscher auch in anderen medizinischen und therapeutischen Fachabteilungen zum Einsatz kommen.

Für die muttersprachliche Beratung und Betreuung von Spitalspatienten stehen in Wien sechs türkischsprachige Dolmetscher als Teilzeitbeschäftigte zur Verfügung. Da ihr Aufgabenbereich weit über die direkte Übersetzungstätigkeit hinausgeht, bringen sie neben Fremdsprachenkenntnissen, Kulturkompetenz, auch Fachwissen aus dem medizinischen und sozialen Bereich und eine fachgerechte Bewusstseinsbildung mit. Damit üben sie eine wichtige Brückenfunktion bei der Vermittlung medizinischer Inhalte sowie der Gesundheitsförderung aus.

Zum Aufgabenspektrum der muttersprachlichen Beratung gehören

- Übersetzungstätigkeit bei Arzt-Patienten-Gespräch, Anamnesen, Diätplänen, Medikationen etc.
- Interkulturelle Kommunikation z. B. in der Vermittlung von kulturspezifischen Syndromen (culture-bound disorders) und medizinischen Inhalten und Behandlungsmethoden
- Beratung in sozialrechtlichen Belangen, wie Schulproblemen, offizieller Schriftverkehr, Behördenwege etc. (Schmid et al. 1992).

Das institutsübergreifende Dolmetscher-Projekt zielt nicht nur auf eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung sondern auch auf die sozialer Integration von Migranten. Damit geht dieses Angebot, das auch in anderen EU-Staaten angeboten wird „weit über den Anspruch einer verbesserten medizinischen und psychosozialen Versorgung hinaus“ (Thielenhaus 1999).

Seit November 2000 wird erstmalig ein Ausbildungskurs zum Krankenhausdolmetscher für die Mitarbeiter der Wiener Gesundheitseinrichtungen angeboten. Vorausgesetzt wird eine Fachausbildung im Gesundheitswesen, psychosoziale Kompetenz, ausgezeichnete Deutschkenntnisse sowie die Beherrschung einer weiteren Fremdsprache (türkisch oder bosnisch/kroatisch/serbisch) und entsprechende Kulturerfahrungen. Angesprochen sind zweisprachige Mitarbeiter im Pflege- und MTD-Bereich sowie Ärzte. Gelehrt werden Grundbegriffe und Techniken des Dolmetschens, kommunikations-psychologische und migrationssoziologische Grundlagen, kulturelle Selbsterfahrung, Umgang mit Fachtermini, Berufsethik des Dolmetschens und praktische Dolmetschübungen. Seit Januar 2001 verbessern die 20 neuen Krankenhausdolmetscher in Wiener Krankenanstalten die Qualität der medizinischen Betreuung durch optimal vermittelte Verständigung.

Gesundheitszentren für MigrantInnen

Vor etwa 15 Jahren begannen gemeinnützige Vereine mit dem Aufbau von migrationsspezifischen Einrichtungen, um beratungs- und therapiebedürftigen Migrantengruppen, die keinen oder einen erschwerten Zugang zum bestehenden Gesundheitssystem haben, zu helfen. Mittlerweile konnten sich im Rahmen von Modellprojekten mehrere Beratungs- und Therapiezentren vornehmlich in den Ballungsräumen etablieren, von einer flächendeckenden ortsnahen Versorgung allerdings keine Rede sein kann.

Die Problemlagen und psychischen Störungen von Migranten sind vielschichtig. Da die Übergänge von materieller Sicherung, Sozialberatung- und -betreuung und juristischer Unterstützung zur psychologischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung dieser Zielgruppen fließend sind, ist eine komplexe Betreuung erforderlich. Mit qualifizierten Spezialisten, wie Ärzte, Pädagogen, Psychotherapeuten, Supervisoren, Sozialarbeiter und Rechtsanwälte wird den Klienten ein ganzheitliches Angebot unterbreitet, das die Möglichkeit einer umfassenden Problemlösung bietet.

Migranten stellen keine homogene Gruppe dar, sondern sind durch sprachliche, ethnische, religiöse und politische Vielfalt geprägt. Überdies unterscheiden sich die Probleme von Frauen in wesentlichen Aspekten von denen der Männer. Das ist auch der Grund, weshalb Ein-

richtungen wie Peregrina (Wien) und Miteinander Lernen (Wien) zielgruppenorientiert arbeiten. Aus ihrem Selbstverständnis heraus verstehen sich beide als feministisch und bikulturell orientierte Beratungs-, Bildungs- und Psychotherapieeinrichtung, wobei Peregrina eher auf orientierte Frauen aus Ex-Jugoslawien, Miteinander-Lernen auf Türkinnen ausgerichtet ist. Aber auch Bürgerkriegsflüchtlinge, Asylanten und Migranten aus anderen Herkunftsländern nehmen das Angebot in Anspruch. Die Beratungsgespräche erfolgen in deutscher, im Bedarfsfall auch in englischer, türkischer oder bosnischer-kroatischer-serbischer Sprache.

Im Wesentlichen ähneln sich die Konzeptionen der beiden Einrichtungen für ausländische Frauen:

Gesundheitsberatung und frauenspezifische Beratung

Psychologische Beratung und Psychotherapie (systemische Familientherapie)

Deutsch- und Alphabetisierungskurse

Soziale und rechtliche Beratung

Selbsterfahrungsgruppen

Lern- und Freizeitbetreuung für Kinder

Informationsveranstaltungen und Workshops.

Die Bandbreite der Angebotspalette geht mit den Bedürfnissen der Klienten konform, die mit Fragen des Verbraucherschutzes, Verwaltungs-, Miet- und Arbeitsrechts, aber auch mit ihren gesundheitlichen Fragen zu Familienplanung, Sexualität etc. zu somatischen und psychischen Beschwerden, wie Angstzustände, Depressionen etc., in die Beratungsstellen kommen. Die Beratung kann in Workshops und Kursen, Einzelberatung, Psycho- und Sozialtherapie, die kostenlos bzw. –günstig sind, erfolgen. Speziell der psychologische Ansatz berücksichtigt und „modifiziert die besondere Realität von Migrantinnen, die durch Migrationserfahrungen, eine komplizierte Ausländergesetzgebung und oftmals von latentem bis manifestem Rassismus geprägt ist. Der Migration bzw. Flucht als möglichen krankheitsauslösenden Faktoren wird große Aufmerksamkeit geschenkt“ (Peregrina 1999). Überdies werden in mehrsprachigen Broschüren verschiedene Informationen über das österreichische Gesundheitssystem, dessen Leistungsspektrum und die Zugangswege bereitgestellt. Der starke Zulauf in beiden Einrichtungen bestätigt das „Arbeitskonzept der ganzheitlichen Betreuung“ (Stangl-Mähnen 1995).

Ausländer als Gesundheitsmultiplikatoren

Der Verein ZEBRA in Graz wurde 1986 als unabhängiger und privater Verein gegründet. Der assoziative Vereinsname „ZEBRA“ ist die Abkürzung für Zentrum zur sozialmedizinisch, rechtlich und kulturelle Betreuung von Ausländern und Ausländerinnen in Österreich. Heute verfügt der Verein über ein breitgefächertes Gesundheitsnetzwerk, das auf die speziellen Bedürfnisse von Migranten und Flüchtlingen zugeschnitten ist. Die Angebotspalette umfasst die ärztliche Beratung und die Vermittlung von medizinischer Behandlung ebenso wie die psychotherapeutische Unterstützung. Alle Leistungen sind kostenlos und anonym und können in den Fremdsprachen Englisch, Französisch, Bosnisch-Serbisch-Kroatisch, Rumänisch, Albanisch, Arabisch, Türkisch und Spanisch erfolgen.

Aus der beruflichen Alltagspraxis wissen die ZEBRA-Mitarbeiter, dass viele leidende“ in Anspruch nehmen, wobei das Verhalten auf Unwissenheit, Verständigungsprobleme, Isolation, kulturelle Tabus, Schwellenängste aber auch auf Furcht vor aufenthaltsbeendenden Maßnahmen des Ausländeramtes zurückgeführt wird. Die Erkenntnis, dass seelische und soziale Probleme, aus denen oftmals das organische Leid resultiert, bei ausländischen Patienten sehr ähnlich gelagert sind, führte zum Entschluss, für Einzelfall- und systemorientierte Veränderungsmaßnahmen eigene Gesundheitsmultiplikatorinnen auszubilden, die spezielle Fach- und Sachinformationen an ihre ethnische Gruppe weitergeben können. Damit verlässt das ZEBRA-Team althergebrachte Wege: „Diversity als Chance der Zukunft zu sehen, die Vielfalt der Kulturen und der verschiedenen Sprachen und Gedankenwelten, als kreatives Potential zu begreifen, hat in Österreich noch sehr wenig Anhängerinnen und schlägt auch insofern ein neues Kapitel der Diskussion um Migration auf“ (Verein Zebra 2000).

Nachdem die Finanzierung des Pilotprojektes vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Österreichische Gesellschaft für Politische Bildung und dem Fond Gesundes Österreich gestartet worden war, begann im November 1998 der fünfmonatige Kurs. Nach einem speziellen Auswahlverfahren wurden 14 Frauen und Männer aus verschiedenen ethnischen, religiösen und sprachlichen Gruppen ausgewählt, die in ihrer Ethnie hohes Ansehen genießen. Der Frage nach Deutschkenntnissen wurde eine hohe Priorität eingeräumt. Die Ausbildung in der präventiven Gesundheitsarbeit erfolgte für Frauen und Männer getrennt an zwei Kursabenden pro Woche, wobei in dieser Zeit eine Kinderbetreuungsmöglichkeit bereitgestellt wurde. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Teilnehmer insgesamt etwa € 436,-. Die Kursinhalte wurden von Ärzten, Ernährungsberatern, Therapeuten, Supervisoren; Familienplanungsberaterin u. a., die in verschiedenen Einrichtungen tätig sind, bestritten. Im Einführungsmodul wurden Informationen über das österreichische Gesundheitssystem gegeben und medizinische Begrifflichkeiten geklärt. Daran schlossen die Themenblöcke Ansteckende Krankheiten, Familienplanung, Verhütung, Schwangerschaft, Psychosomatische Erkrankungen (Trauma, Folterforschung) sowie Ernährung an.

Darüber hinaus wurden auch Methodik und Didaktik gelehrt und in Peer groups die praxisbezogene Weitergabe geübt. Jeder Teilnehmer war am Kursende angehalten, eine Abschlussarbeit abzuliefern und im Reflexionsgespräch sein erlerntes Wissen zu präsentieren, ehe das Zertifikat ausgehändigt wurde.

Mittlerweile wurde der zweite Multiplikatorenkurs abgeschlossen. Erfahrungen zeigen, dass die ausgebildeten Gesundheitsmultiplikatoren ihr erlerntes Wissen z. B. über Cholesterin, Übergewicht, Aids usw. im Familien- oder Bekanntenkreis einbringen können. Ein schönes Ergebnis für dieses Pilotprojekt, das im Juni 2000 mit dem zweiten Europäischen Gesundheitspreis belohnt wurde. Im ZEBRA-Team ist man sich einig, dass „die Kurse als multi- und interkulturelles pädagogisches und politisches Partizipationsprojekt mit Migrantinnen gar nicht hoch genug eingeschätzt werden“ können. Zur Zeit wird das Augenmerk von ZEBRA auf eine möglichst umfassende Evaluierung der Ergebnisse und eine konzeptionelle Weiterentwicklung der eigenen Arbeit gelegt. Erklärtes Ziel ist es, die eingeschulten Mitarbeiter durch ein abgestimmtes Aufbaumodul weiterzuqualifizieren und die Anbindung an das ZEBRA-Büro zu intensivieren.

Befreiung von der Rezept- und Krankenscheingebühr gültig ab 1. Jänner 2000

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

unter bestimmten Voraussetzungen brauchen Anspruchsberechtigte keine Rezeptgebühr bezahlen. Die Befreiung muss - mit Ausnahme der bereits gesetzlich geregelten Fälle - bei der Gebietskrankenkasse beantragt werden.

Ohne Antrag sind befreit

Bezieher von Geldleistungen, bei denen schon anlässlich der Zuerkennung dieser Leistung die besondere soziale Schutzbedürftigkeit festgestellt wurde (zB Pension mit Ausgleichszulage – für Ausgleichszulagenbezieher mit einem Ausgedinge gelten Sonderbestimmungen);

Patienten mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten.

Zivildienstleistende und deren anspruchsberechtigte Angehörige.

Auf Antrag bei der Krankenkasse werden befreit

Personen, deren monatliche Nettoeinkünfte folgende Grenzbeträge nicht übersteigen:

S 8.312,- (€ 604,06) für Alleinstehende

S 11.859,- (€ 861,83) für Ehepaare;

Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen und deren monatliche Nettoeinkünfte folgende Grenzbeträge nicht übersteigen:

S 9.559,- (€ 694,68) für Alleinstehende

S 13.638,- (€ 991,11) für Ehepaare;

Die angeführten Beträge erhöhen sich für jedes unversorgte Kind um **S 885,- (€ 64,32)**.

- Für Pensionsbezieher mit einem Ausgedinge gilt eine Sonderregelung (abweichende Grenzbeträge).
- Leben im Familienverband des Versicherten Personen mit eigenem Einkommen, müssen wir dieses ebenfalls berücksichtigen.
- Wird Ihr Antrag bewilligt, erhalten Sie Behandlungsscheine, die mit dem Vermerk „rezeptgebührenfrei“ versehen sind. Dieser Hinweis bedeutet für den behandelnden Arzt, dass auch die notwendigen Heilmittelverordnungen (Rezepte) als „rezeptgebührenfrei“ zu kennzeichnen sind.

Rufen Sie uns bitte an, wenn noch Unklarheiten bestehen oder Sie weitere Auskünfte haben möchten. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0732/78 07-22 14 oder 23 00 DW.

Mit freundlichen Grüßen
OÖ GEBIETSKRANKENKASSE

- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und schließen Sie die erforderlichen Nachweise bei.
— Zutreffendes bitte ankreuzen

Daten der / des Versicherten

Familienname(n), Vorname(n)	Versicherungsnummer
Anschrift	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getrennt

Verzeichnis aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

Familienname(n), Vorname(n)	Geburtsdatum	Fam.-Stand	Verw.-Verh.z. Versicherten	Beruf	monatliches Nettoeinkommen

Ich leide - einer meiner anspruchsberechtigten Angehörigen leidet - an einer Krankheit (einem Gebrechen). Dadurch erwachsen mir besondere Kosten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art der Erkrankung (des Gebrechens):	Nebenstehende Angaben werden vom Arzt/der Ärztin bestätigt Datum, Stempel, Unterschrift
---	--

Angaben zum Einkommen

<input type="checkbox"/> Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen (z.B.: Pension, Rente, Unfallrente, ausländische Rente, Lohn, Gehalt, Leistung aus der Arbeitslosenversicherung) ohne Familienbeihilfe, ohne Bundespflegegeld Name und Anschrift der auszahlenden Stelle:	S
<input type="checkbox"/> Höhe des gebührenden bzw. tatsächlich erhaltenen Unterhalts (bei geschiedener Ehe, bzw. bei getrennt lebenden Ehepartnern)	S
<input type="checkbox"/> Sonstige Einnahmen (aus Vermietung u.ä.)	S
<input type="checkbox"/> Sachbezüge (z.B.: freie Wohnung, freie Kost, freie Station, Ausgedinge)	S

- **Sonstige finanzielle Verpflichtungen:**
(z.B.: zu leistende Unterhaltszahlungen) S
- **Bewirtschaften Sie eine Landwirtschaft ?** ja nein
- **Haben Sie einen landwirtschaftlichen Nutzgrund verpachtet ?** ja nein
- **Haben Sie einen landwirtschaftlichen Nutzgrund zugepachtet ?** ja nein
- **Haben Sie einen landwirtschaftlichen Betrieb übergeben ?** ja nein
Datum der Übergabe:

Weiters liegen noch folgende, besonders erschwerende Umstände vor:

Als Nachweis für die gemachten Angaben gelten z.B. folgende Belege:

- **Lohn- oder Gehaltszettel (**Keine Gehaltsbestätigung**) der letzten drei Monate;**
- **Verständigung der Pensionsversicherungsanstalt, des Bundessozialamtes usw. über die Höhe und Zusammensetzung der derzeit ausgezahlten Leistung;**
- **Mitteilung des Arbeitsmarktservice;**
- **Gerichtsbeschluß - Vergleichsausfertigung;**
- **letzter Einheitswertbescheid vom landwirtschaftlichen Nutzgrund;**
- **Pachtvertrag;**
- **Übergabevertrag.**

Ich nehme zur Kenntnis, daß

- **die Kasse meine Angaben überprüfen und amtliche Bestätigungen verlangen kann;**
- **ich verpflichtet bin, jede Änderung in den Einkommens- und Familienverhältnissen sofort zu melden.**

.....
Datum

.....
Unterschrift

wird von der OÖGKK ausgefüllt

Anrechenbares Einkommen S

Maßgeblicher Grenzbetrag S

Differenz bei Ablehnung oder Befreiung gemäß § 5 der Richtlinien S

Textbaustein-Nr.:
Befreiung gilt
vorläufig bis:

.....
Stempel der Sachbearbeiterin / des Sachbearbeiters