

Armut kann Ihre Gesundheit gefährden

LESEHEFT 2



ARMUT!
Es ist genug für alle da

Warnung der Armutskonferenz

Reiche leben länger

Armut macht krank – Statistiken zufolge steigt die Krankheitsrate jener Personen, die über weniger Bildung und folglich auch niedrigere Positionen im Berufsleben verfügen. Daraus resultiert auch eine niedrigere Lebenserwartung dieser Personen.

Klar trägt immer auch das persönliche Gesundheitsverhalten dazu bei, wie gesund oder krank jemand ist – es ist aber nur ein Teil der Gesamtursachen. So zeigt eine Studie, dass bei gleichem Risikoverhalten niedere Beamte mehr als doppelt so häufig an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben wie leitende Beamte.

Wesentlich für unsere Gesundheit sind die Teilhabechance jedes einzelnen Menschen an Wissen, Bildung, Macht, Arbeit, Geld, Prestige. Wem der Zugang zu diesen gesellschaftlichen Gütern

Bildungsabschluss und Sterberisiko

Höchster Bildungsabschluß	Männer		Frauen	
	35-64 J.	65-89 J.	35-64 J.	65-89 J.
Universität/Hochschule	0%	0%	0%	0%
Höhere Schule	+ 25%	+ 7%	+ 22%	+ 25%
Berufsbildende mittl. Schule	+ 44%	+ 16%	+ 32%	+ 28%
Lehrabschluss	+ 79%	+ 40%	+ 37%	+ 41%
Pflichtschule	+ 109%	+ 47%	+ 49%	+ 58%

Zusätzliches Sterberisiko nach Geschlecht, Altersgruppe und höchster abgeschlossener Bildungsgruppe (bezogen auf die höchste Bildungsgruppe - gesamt-österreichische Sterbefälle von 12.5.1981 bis 11.5.1982). Die Daten zeigen, dass im Alter zwischen 35 und 64 Jahren bei Männern mit keiner höheren Ausbildung als Pflichtschulniveau das Sterberisiko um 109% höher ist als bei Akademikern. Bei Frauen mit Pflichtschulausbildung dieser Altersgruppe ist die Sterblichkeit um ca. 50% erhöht. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist primär auf den größeren Einfluß des Berufslebens auf die Männer als auf die Frauen in dieser Altersgruppe zurückzuführen. Quelle: Doblhammer-Reiter 1996

erschwert oder auch unmöglich gemacht wird, dem werden Lebenschancen und Lebensglück und demnach auch ein gesundes Leben vorenthalten.

Wer weniger Bildung hat, hat zumeist auch geringere Chancen am Arbeitsmarkt, ist öfter von Arbeitslosigkeit betroffen, ist am Arbeitsplatz meist auch größeren Belastungen ausgesetzt und bekommt für die geleistete Arbeit weniger Lohn. Dies wiederum bedingt meist eine schlechtere Wohnsituation und auch finanzielle Einschränkungen hinsichtlich gesunder Ernährung, ausgleichender Freizeitgestaltung oder entsprechender Zahnsanierung.

Familie O. hat drei Kinder, elf, neun und zwei Jahre alt, Herr O. leidet seit einigen Jahren an einer seltenen Knochenkrankheit und musste schon viele Operationen über sich ergehen lassen. Seine wiederholten Ansuchen um Invaliditätspension wurden stets abgelehnt. Eine sitzende Tätigkeit ist ihm zuzumuten, nur als Hilfsarbeiter findet er keine. Seit der Geburt des dritten Kindes hat sich die finanzielle Situation der Familie dramatisch verschlechtert. Das Kind ist entwicklungsverzögert und sehr oft krank, der Mann kann wegen seiner eigenen schlechten Gesundheit das Kind nicht versorgen. So muss Frau O. auch nach der Karenz noch zu Hause bleiben. Einkommen hat sie nun keines mehr, die Familie lebt vom Pensionsvorschuss, den Herr O. vom AMS erhält. Damit kommt sie kaum über die Runden, es kommt immer wieder zu Zahlungsschwierigkeiten bei Miete und Strom.

Unsere Therapievorschläge:

- Schaffung von leistbarem Wohnraum für Einkommensschwache
- stärkere Berücksichtigung von Versorgungspflichten in AMS- und Sozialhilfebestimmungen
- Verkürzung der Bearbeitungszeiten von Anträgen auf Wohnbeihilfe, Sozialhilfe, Invaliditätspensionen etc.

Ungleiche Chancen – von Anfang an

In der EU leben 21 Prozent aller unterhaltsberechtigten Kinder unter 18 Jahren in Haushalten mit niedrigem Einkommen. Diese 16,9 Millionen Kinder sind besonders gefährdet, unter den Folgen von Armut und sozialer Ausgrenzung zu leiden, weil sich ihre körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten erst noch entwickeln müssen. Ihre oftmals beeinträchtigte Leistungsfähigkeit und psychische Ausgeglichenheit vermindern ihre Teilhabechancen und berühren den gesamten Prozess des Aufwachsens:

- ❖ Kinder in armen Haushalten neigen zu Übergewicht: Auf den Tisch kommen vorwiegend süße, sättigende Speisen und fettreiche Fertiggerichte.
- ❖ Bei Kindern von Erwerbslosen und Sozialhilfeempfängern treten überproportional asthmatische Erscheinungen auf. Die Ursache sind oft feuchte Wohnungen.
- ❖ Kinder werden vor allem von Alleinerzieherinnen in die Schule geschickt, auch wenn sie krank sind - sie fürchten um ihren Arbeitsplatz bei häufigem Fehlen und Pflegeurlaub.
- ❖ Die Säuglingssterblichkeit ist „unten“ höher als „oben“.

Gesundheitszustand und Schichtzugehörigkeit

Soziale Schicht der Eltern	untere	mittlere	obere
schlechte Gesundheit allgemein	16	8	1
Kopfschmerzen	22	13	9
Rückenschmerzen	16	13	9
Nervosität	22	15	8
Schlechtes Einschlafen	26	18	16
Hilflosigkeit	14	6	3
Einsamkeit	19	9	9

Quelle: Klocke/Hurrelmann 1995

(Angaben in %)

Eine Befragung von 3.328 Schülern (11-15 Jahre) ergab, dass bei Unterschicht-Kindern häufiger Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit auftreten. Untersuchungen in Deutschland berichten von weiteren Benachteiligungen:

- ❖ 16 Prozent der armen Kinder kommen hungrig in die Betreuungseinrichtung (Kindergarten, ...)
- ❖ 15 Prozent werden als ungepflegt und vernachlässigt charakterisiert
- ❖ 15 Prozent sind häufig krank
- ❖ 11 Prozent haben eine chronische Erkrankung und etwa 10 Prozent sind in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben
- ❖ Kinder aus sozial schwachen Elternhäusern haben mehr Sprachstörungen, weisen körperliche und intellektuelle Entwicklungsrückstände, kinderpsychiatrische Störungen (z.B. Einnässen) und ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten (weniger sportliche Aktivitäten, überdurchschnittlicher TV-Konsum, ...) auf.

Armut und soziale Ausgrenzung beeinträchtigen aber nicht nur die Kindheit, sondern auch die zukünftigen Lebens- und Teilhabechancen.

Unsere Therapievorschläge:

- Einführung einer bedarfsorientierten Mindestsicherung (Sozialleistungen zumindest in existenzsichernder Höhe)
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern:
Mehr Betreuungsangebote für Kinder ab 18 Monate
Mehr Angebote für die Nachmittagsbetreuung von Kindern und Jugendlichen
Für Alleinerziehende sind der individuellen Situation angepasste Arbeitszeiten erforderlich
- Förderung der sozialökologischen Lebensbedingungen (Wohnbedingungen, Freizeitangebote...)

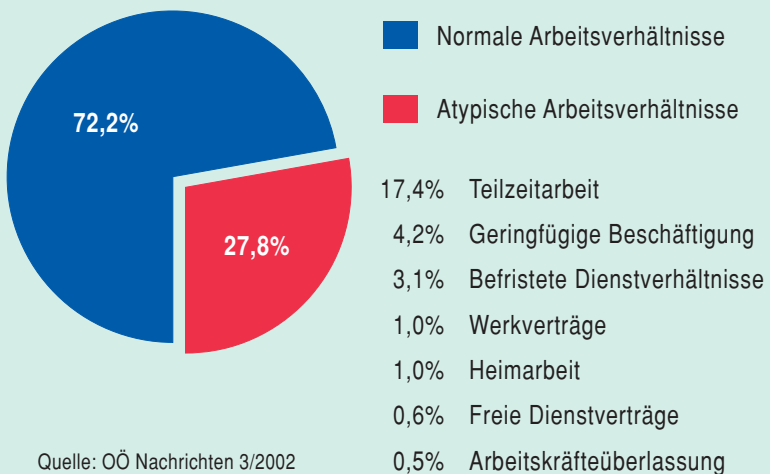
Stress macht krank

An sich ist Stress nichts schlechtes, er gehört sogar zum täglichen Leben. Stress ist nichts weiter als der Versuch des Körpers, sich in anstrengenden Zeiten an die Situation anzupassen. Auf jede Anspannung folgt Entspannung. Wenn aber diese Entspannung über einen längeren Zeitraum hinweg ausbleibt, kann sich dies krankmachend auswirken.

Stressauslösende Faktoren in der Arbeit können sein:

- ❖ Angst vor Arbeitslosigkeit und Stellenabbau
- ❖ Zu hohe Erwartungen an einen selbst
- ❖ Andauernder Leistungsdruck der Umgebung
- ❖ Schwere körperliche Arbeit
- ❖ Lärm, Schmutz, toxische Stoffe
- ❖ Fehlende Anerkennung durch KollegInnen und Vorgesetzte
- ❖ Mobbing
- ❖ Unklare bzw. fehlende Arbeitsplatzbeschreibung
- ❖ Unklare hierarchische Strukturen

»Normale« und »atypische« Arbeitsverhältnisse



Quelle: OÖ Nachrichten 3/2002

Dauerhafter Stress kann z.B. zu hohem Blutdruck, Gefäß-erkrankungen, Rückenproblemen oder psychischen Erkrankungen führen. Besonders zu stressbedingten Erkrankungen neigen Beschäftigte im Baugewerbe, in der Gastronomie sowie im Bildungs-, Sozial- und Pflegebereich.

Stress in der Arbeit zahlt sich nicht aus, weder für den Mitarbeiter noch für den Dienstgeber. Wichtige Maßnahmen, um stressbedingte Erkrankungen und dem Burn-out-Syndrom vorzubeugen, sind klare Arbeitsaufträge, eine gute Kommunikation im Betrieb, Anerkennung der Leistungen, usw.

Hermine S., 28 Jahre, arbeitet als Reinigungskraft im öffentlichen Dienst. Durch die Einsparungsdiskussion geht das Gerücht um, dass Dienststellen gekürzt werden sollen. Das Arbeitsklima verschlechtert sich, gegenseitige Kontrolle ist an der Tagesordnung und der Leistungsdruck steigt. Frau S. - immer schon eine eher ruhige, schüchterne Person – bekommt Schlafstörungen, Panikattacken und psychosomatische Beschwerden. Ihre Krankenstände häufen sich, da sie dem Mobbing und dem Leistungsdruck nicht mehr gewachsen ist. Sie beendet das Dienstverhältnis auf eigenen Wunsch. Nach einem Krankenhausaufenthalt zieht sie wieder zu ihrer Mutter, da sie sich ihre Wohnung mit nur 540 Euro Notstandshilfe nicht mehr leisten kann.

Unsere Therapieansätze:

- Verbesserungen in den sozial- und arbeitsrechtlichen Bestimmungen zur besseren Absicherung der Beschäftigten in prekären Arbeitsverhältnissen
- Initiativen zur Sensibilisierung von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen für dieses Thema sowie staatliche Förderung von stressvorbeugenden Maßnahmen in Betrieben

Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit

Wir leben in einer Arbeitsgesellschaft, in der wir uns sehr wesentlich über unsere berufliche Tätigkeit definieren und daraus auch Lebenssinn und Selbstwert schöpfen.

Ein Jobverlust wird von vielen als persönliche Niederlage erlebt. Zum Frust und Schamgefühl kommt hinzu, dass die persönliche und soziale Identität verloren geht. Das macht unsicher und bei länger andauernder Arbeitslosigkeit oft auch depressiv. Dazu kommen finanzielle Folgewirkungen. Das Einkommen sinkt und wenn es nicht gelingt, schnell wieder Arbeit zu finden, kann der gewohnte Lebensstandard nicht mehr aufrecht erhalten werden. Manchmal ist sogar die Existenzsicherung bedroht, wenn etwa

Arbeitslosigkeit 2002 - Jahresdurchschnitt

	Österreich absolut	Veränd. zum Vorjahr in %
Vorgemerkte Arbeitslose	232.418	+14,0
Davon männlich	134.377	+16,5
Davon weiblich	98.041	+10,7
Davon AusländerInnen	36.131	+18,0
Davon 15-24jährige	36.628	+18,4
Davon über 50jährige	48.368	+12,9
Davon über 6 Monate vorgemerkt	44.729	+29,9
Arbeitslosenquote	6,9	+0,8
Offene Stellen	23.189	-21,8

Quelle: AK OÖ

Miete, Energiekosten oder Kredite nicht mehr bezahlt werden können. In der Folge kommt es zu einem Rückzug der Betroffenen, zum Abnehmen sozialer Kontakte.

All diese Stressfaktoren wirken sich vor allem bei längerer Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit aus: Studien belegen, dass Arbeitslose öfter krank sind und vermehrt an Depressionen wie auch an körperlichen Beschwerden wie Magenbeschwerden, Herzprobleme, Schlafstörungen, Kopfschmerzen etc. leiden. Arbeitslose Zeit ist keine Freizeit, wie mancher oft glaubt, im Gegenteil, meist ist es eine Zeit großer Unsicherheit und Anspannung.

Herr L. ist verheiratet und hat zwei Kinder im Volksschulalter. Seine Frau geht halbtags einem Reinigungsjob nach, er ist die letzten 13 Jahre am Bau als Hilfsarbeiter beschäftigt gewesen. Als Herr L. mit 34 Jahren seinen zweiten Bandscheibenvorfall erleidet, ist klar, dass er die schwere Arbeit am Bau nicht mehr ausüben kann. Nach dem Krankenstand meldet er sich arbeitslos, trotz zahlreicher Bewerbungen für alle möglichen Hilfsarbeiterstellen hat er nach sechs Monaten immer noch keinen neuen Job. Herr L. fühlt sich überflüssig, weil ihn keiner brauchen kann, gegenüber der Familie wird er immer launischer und gereizter. Er zieht sich immer mehr zurück und trifft sich kaum noch mit Freunden. Als er einen Vorstellungstermin bei einer Firma versäumt, stellt das AMS seinen Notstandshilfebezug für sechs Wochen ein, die Familie kommt finanziell ins Schleudern. Auf Drängen seiner Frau sucht Herr L. einen Arzt auf, dieser diagnostiziert eine schwere Depression.

Unsere Therapieansätze:

- Keine weiteren Verschärfungen in der Arbeitsmarktpolitik: Nicht die Arbeitslosen, sondern die Arbeitslosigkeit gehört bekämpft!
- Qualifizierungsoffensive für Beschäftigte und Arbeitslose

Kranke zweiter Klasse

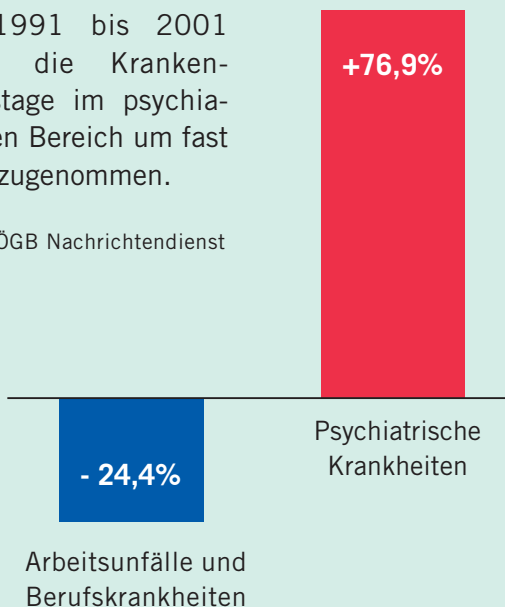
Stress am Arbeitsplatz, Probleme in der Beziehung, Gewalterfahrungen in der Familie, Schulden, finanzielle Nöte, der Verlust des Arbeitsplatzes, die Trennung oder Scheidung vom Partner, ein Schicksalsschlag – all diese Ereignisse können Auslöser von psychischen Krisen und Erkrankungen sein. Oft spielen auch mehrere dieser Ursachen zusammen.

Psychisch Kranke erfahren durch ihre Erkrankung in mehrfacher Weise eine Belastung. Da ist zum einen das Leiden an der Krankheit selbst – der Kontrollverlust, das Entgleiten von Alltagskompetenzen, Schlaflosigkeit, Verwirrung, etc. Dazu kommt dann

Veränderte Krankenstandsursachen 1991-2001

Von 1991 bis 2001 haben die Krankenstandstage im psychiatrischen Bereich um fast 77 % zugenommen.

Quelle: ÖGB Nachrichtendienst



oft die Unsicherheit und Angst der Umgebung. Die Familie oder auch Freunde wissen nicht, wie sie mit psychisch Kranken umgehen sollen und ziehen sich daher oft von ihnen zurück. Auch am Arbeitsplatz gibt es teils massive Vorbehalte gegen psychisch Kranke, es wird ihnen nicht mehr so viel zugetraut.

Nicht selten kommen psychisch Kranke somit in eine Negativ-Spirale von Krankheit und Armut. Einkommenseinbußen nach einem Jobverlust setzten den ohnehin Kranken noch zusätzlich unter Stress und verschlimmern so die psychische Situation. Dies wiederum führt dazu, dass es für die Betroffenen immer schwieriger wird, wieder Fuß zu fassen – sei es am Arbeitsmarkt oder im gesellschaftlichen Leben.

Herr M. hat nach einigen stationären Aufenthalten wegen seiner manisch-depressiven Erkrankung sein Studium abgeschlossen, ist beruflich erfolgreich, macht sich selbstständig. Er ist verheiratet und Vater zweier Söhne. Die Familie lebt in einem großzügigen Reihenhaus in schöner Lage. Nach monatelanger schlechter Auftragslage hat er plötzlich sehr viel Arbeit und ist dem Stress nicht mehr gewachsen. Als Folge trinkt er mehr Alkohol als gewöhnlich. Er gerät in eine etwa sieben Monate andauernde manische Phase, während der es zur Scheidung kommt und zum Zusammenbruch seiner wirtschaftlichen Existenz. Nach der Versteigerung seines Hauses bleibt noch ein Schuldenberg von 100.000 Euro. Derzeit ist Herr M. arbeitslos, wobei er bei seinen Bewerbungen in der Regel als „überqualifiziert“ eingeschätzt und daher abgelehnt wird.

Unsere Therapieansätze:

- erleichterter Zugang zu kostenloser Psychotherapie, zu präventiven Gesundheitsmaßnahmen wie Kuren etc.
- Ausbau von beruflichen Wiedereingliederungshilfen
- Ausbau und finanzielle Absicherung der psychosozialen Beratungs-, Wohn- und Arbeitseinrichtungen

Behinderte Menschen in der Armutsfalle

Trotz Pflegegeldleistungen müssen viele behinderte Menschen auch in Österreich am oder unter dem Existenzminimum leben. Betroffen sind vor allem Menschen, die von Geburt an behindert sind und keine adäquaten Bildungs- und Fördermöglichkeiten hatten sowie Menschen, die durch Erkrankung oder einen Freizeitunfall ihren Arbeitsplatz verloren haben.

Obwohl sich seit dem Bestehen von Arbeitsassistenzen die Arbeitsmarktsituation für Menschen mit Behinderung in Österreich gebessert hat, erfüllen viele Arbeitgeber nicht die Einstellungsquote für behinderte Menschen. Insbesondere bei den Langzeitarbeitslosen ist der Anteil an Menschen mit Behinderung sehr hoch.

PflegegeldbezieherInnen in Österreich

Pflegestufe	Monatsbetrag	BezieherInnen
Stufe 1	145,40 €	52.766
Stufe 2	268,00 €	103.757
Stufe 3	413,50 €	47.231
Stufe 4	620,30 €	40.870
Stufe 5	842,40 €	21.302
Stufe 6	1.148,70 €	5.978
Stufe 7	1.531,50 €	3.824

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger

In den meisten geschützten Werkstätten, die für Menschen mit Behinderung eine Beschäftigung mit entsprechender Betreuung bieten, bekommen die beschäftigten MitarbeiterInnen oft nur ein geringes Taschengeld als Entlohnung für ihre Tätigkeit.

Elisabeth E., alleinerziehende Mutter von drei Kindern, ist aufgrund eines Bandscheibenvorfalles im Halswirbelbereich nicht mehr in der Lage, ihre bisherigen Arbeit weiter auszuführen. Der Arbeitgeber zeigt sich nicht bereit, sie in einem anderen Tätigkeitsbereich einzusetzen. Nach einer schweren Operation folgt ein zweijähriger Krankenstand. Nach eineinhalb Jahren erlischt der Anspruch auf Krankengeld, der 45jährigen bleibt nur mehr die Alternative, einen Antrag auf eine Invaliditäts-Pension zu stellen. Der Antrag wird abgelehnt, auch die Berufung bringt ein negatives Ergebnis. Elisabeth E. erhält nun weder Invaliditätspension noch Krankengeld. Da das Dienstverhältnis aufgrund des laufenden Kündigungsverfahrens noch besteht, ist kein Anspruch auf Arbeitslosengeld gegeben – der letzte Ausweg wäre ein Ansuchen um Sozialhilfe.

Georg H. ist seit seiner Geburt spastisch gelähmt und kann sich nur mit einem Elektrorollstuhl fortbewegen. Bis vor zwei Jahren war er im Sekretariat eines Handelsbetriebes beschäftigt. Als die Firma ihren Sitz nach Deutschland verlegt, kündigt sie ihn. Das Pflegegeld ist nicht ausreichend, um seine Unkosten für persönliche Assistenz und die behinderungsbedingten Mehrkosten zu decken. Potentielle Arbeitgeber, bei denen er sich vorstellt, erklären, ihn nur für die Zeit beschäftigen zu können, solange sein Arbeitsplatz finanziell gefördert wird.

Unsere Therapievorschläge:

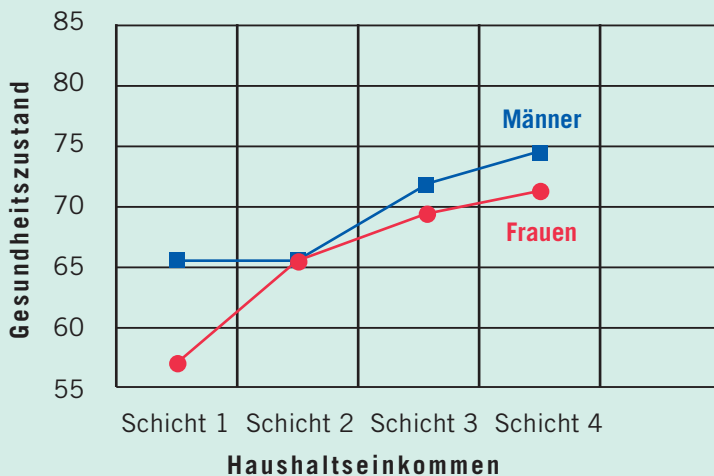
- Keine Benachteiligung am Arbeitsmarkt aufgrund einer Behinderung
- Adäquate Bezahlung für geleistete Arbeit
- „Barrierefreie“ Teilhabechancen am gesamtgesellschaftlichen Leben

Frauen: Mehrfachbelastungen beeinträchtigen die Gesundheit

Gesundheit steht in einem engen Zusammenhang mit sozialen Faktoren. Einerseits verursacht Armut Stress und Unzulänglichkeitsgefühle und zieht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach sich, andererseits stellt die Gesundheit eine wichtige Voraussetzung zur Erzielung eines ausreichenden Einkommens dar.

Besonders deutlich werden die Auswirkungen von armutsgefährdenden Faktoren in Bezug auf die Gesundheit bei den Frauen. Diese verdienen nach wie vor auch bei gleicher Arbeit

Gesundheitszustand nach Geschlecht



Subjektiver Gesundheitszustand (0=sehr schlecht, 100=bestmöglich nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Alter ab 45 Jahren). Schicht 1: bis ÖS 10.000, Schicht 2: bis ÖS 18.000, Schicht 3: bis ÖS 26.000, Schicht 4: über ÖS 26.000

Quelle: Freidl/Stronegger/Neuhold 2001

bedeutend weniger als Männer oder gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach, die meist eine Existenzsicherung nicht garantiert. Frauen sind zusätzlich aus Gründen der Kinderbetreuung und familiären Verpflichtungen Mehrfachbelastungen und Vereinbarkeitsproblemen ausgesetzt. Alleinerzieherinnen befürchten den Verlust des Arbeitsplatzes bei häufigem Fehlen bzw. Inanspruchnahme des Pflegeurlaubs. All diese belastenden Faktoren sind dem körperlichen, seelischen und sozialem Wohlbefinden auf Dauer abträglich. Weiters nimmt das bestehende medizinische Versorgungssystem nur wenig Rücksicht auf weibliche Probleme und Bedürfnisse.

Frau K., eine gebürtige Ungarin, lebt seit der Scheidung vom Vater ihrer beiden älteren Kinder seit sieben Jahren in Österreich. Sie hat in Österreich wieder geheiratet, aus dieser Ehe entstammt das jüngste Kind. Der österreichische Ehemann ist Alkoholiker und bringt die Familie durch seine Sucht an den Rand des Ruins. Die Frau trennte sich von ihm, da sie aber für ihre ersten beiden Kinder keine Alimente bekommt (Vater ist Ungar), ist die finanzielle Situation nun prekär. Frau K. gelingt es, eine Stelle als Haushaltshilfe zu finden. Doch die ständigen Geldsorgen und Mehrfachbelastungen führen schließlich dazu, dass sie einen Kreislaufzusammenbruch erleidet. Die Ärzte diagnostizieren zudem auch eine schwere Magersucht, da die Frau aus Sparsamkeitsgründen zuletzt kaum noch Nahrung zu sich nahm. Die Krankheit ist schließlich auch Anlass, dass die Frau ihre Arbeit verliert. Eine Schuldenregulierung ist für die Betroffene erst möglich, wenn sie wieder einer regelmäßigen Arbeit nachgeht. Wann dies der Fall sein wird, ist aufgrund ihres Gesundheitszustands jedoch fraglich.

Unsere Therapievorschläge:

- Bessere soziale Absicherung von Teilzeitbeschäftigten
- Ausbau von Kinderbetreuungseinrichtungen

Leben in der Fremde

*„Ein Emigrant verliert seine Heimat und gewinnt zwei Fremden“
(Alfred Polgar)*

Das „Leben in der Fremde“ kann mitunter gesundheitliche Folgeschäden mit sich bringen; insbesondere dann, wenn mit der Veränderung soziale Entwurzelung und Orientierungslosigkeit verbunden sind und wenn MigrantInnen keine soziale Bezugsgruppe haben, die sie bei diesem Prozess unterstützt.

MigrantInnen sind somit in mehrfacher Hinsicht besonderen (gesundheitlichen) Belastungen ausgesetzt:

- ❖ Sie sind eine „Minderheit“, sind somit immer wieder negativer Wertschätzung und auch Anfeindungen ausgesetzt, müssen als „Sündenböcke“ für alles Mögliche herhalten. Ständige Rechtfertigungen und Antworten – warum man/frau da ist, woher man/frau denn komme, ... können sehr zermürend sein.
- ❖ Viele MigrantInnen befinden sich in einer schlechten sozialen Situation und leiden auch darunter. Sie sind gezwungen, Arbeiten zu schlechten Bedingungen und hohen Belastungen - geringe Löhne, Lärm und Schmutz – anzunehmen. Die Folge sind sowohl körperliche Beschwerden wie auch psychische Belastungssymptome.
- ❖ Die Ausgrenzung durch sprachliche Barrieren begleitet MigrantInnen in vielen Bereichen und stellt sie immer wieder vor Hürden. Die Folgen können Unmut, Resignation, Unwissenheit und immer wieder auch zusätzliche Kosten sein. „Einfache Angelegenheiten“ werden mitunter zu aufwändigen und kräfteraubenden Ereignissen.
- ❖ Besondere Belastungen erleben Flüchtlinge und AsylwerberInnen, die durch Kriegserlebnisse zusätzlich an Traumatisierungen leiden und diese aufgrund fehlender (muttersprachlicher) Therapiemöglichkeiten nicht verarbeiten können. Hinzu kommen auch bei ihnen existenzielle Ängste und Ausgrenzungsmechanismen.

- ❖ Nicht zuletzt bedeutet das „Faktum Migration“ an sich zusätzlichen Stress. Es bleibt eine ständige Unsicherheit – wo ist „das Zuhause“, wo wird die Zukunft sein? Eine ständige Unbestimmtheit begleitet die Lebensplanung.

Der bewusste Umgang mit der eigenen Gesundheit und das Wissen über das österreichische Gesundheitssystem ist ein wichtiger Bestandteil für Lebensqualität. Gezielte Aufklärung bei MigrantInnen ist hier sicherlich notwendig. Um ein „gesundes Gesamtbild“ schaffen zu können, ist eine Sensibilisierung in allen gesellschaftlichen Bereichen und Ebenen erforderlich. Nicht allein MigrantInnen (als Minderheit) sind für ihre eigene physische und psychische Gesundheit verantwortlich, auch die „Mehrheit“ muss ihren Beitrag leisten.

Man verliert eine Heimat nach der anderen, sage ich mir. Hier sitze ich am Wanderstab. Die Füße sind wund, das Herz ist müde, die Augen sind trocken. Das Elend hockt sich neben mich, wird immer sanfter und größer, der Schmerz bleibt stehen, wird gewaltig und gütig, der Schrecken schmettert heran und kann nicht mehr schrecken. Das ist eben das Trostlose.

Joseph Roth

Gesundheit – ein wertvolles Gut für alle

Österreichs Gesundheitssystem ist weltweit anerkannt. Ein wesentlicher Grund dafür sind die in der österreichischen Sozialversicherung verwirklichten Prinzipien wie:

Das Solidaritätsprinzip

Die Beiträge zur Sozialversicherung richten sich nach dem Einkommen, die Leistungen aber nach dem Bedarf im Krankheitsfall. Dadurch kommt es zu einem gewollten sozialen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Besser- und Schlechterverdienern, usw.

Versicherungsleistungen 2001 in Österreich

Angaben in Millionen Euro

Versicherungsleistungen insgesamt	9.779
Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung	54,6
Fahrtspesen und Transportkosten	146,3
Gesundheitsförderung	77,5
Gesundheitsfestigung	61,7
Rehabilitation	179,4
Mutterschaftsleistungen	427,2
Krankengeld	372,3
Anstaltspflege	2.954,2
Zahnbehandlung, Zahnersatz	684,2
Heilbehelfe und Hilfsmittel	207,1
Heilmittel (Arzneien)	2.061,9
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	2.552,7

Quelle: Statistisches Handbuch der österr. Sozialversicherung 2002

Die Pflichtversicherung

Die gesetzliche Pflichtversicherung begründet sich automatisch bei der Aufnahme einer Beschäftigung. Dadurch gibt es keine Risikoauslese und auch keine Risiko-Zuschläge. Das heißt, die soziale Krankenversicherung kann niemanden als zu hohes finanzielles Risiko ablehnen.

Der größte Teil der jährlichen Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung fließt in die Krankenanstaltenfinanzierung, gefolgt von der ärztlichen Betreuung (inkl. Physiotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten u.a.) und der Versorgung mit Medikamenten.

Die Finanzierungsschere in der Krankenversicherung geht aber immer weiter auf. Während die Kosten für die medizinische Versorgung mindestens im Ausmaß des allgemeinen Wirtschaftswachstums ansteigen, bleibt die Entwicklung der Einkommen und mit ihnen der Beiträge zur Sozialversicherung seit Jahren hinter diesem Wachstum zurück.

Die Antwort auf die wachsende Finanzierungslücke kann aber nicht sein, die Belastungen für die Kranken weiter zu erhöhen. Alternativen sind zum Beispiel:

- die gesamte Wertschöpfung (und nicht nur die Arbeits-einkommen) in die Finanzierung der Krankenversicherung einbeziehen
- die Höchstbeitragsgrundlage anheben (für Einkommensteile über 3.360 Euro im Monat müssen derzeit keine Sozialversicherungsbeiträge bezahlt werden)

Gerade die ohnehin benachteiligten Gruppen in der Gesellschaft haben schlechtere Gesundheits-Chancen. Diese Menschen dürfen nicht auch noch zusätzlich finanziell belastet werden. Eher ist für diese Personen an eine Entlastung, etwa durch die Einführung einer Einschleifregelung bei der Rezeptgebührenbefreiung, zu denken.

Ein Blick über die Grenzen

Ist es anderswo besser? Wird in anderen Staaten besser gewirtschaftet und sparsamer mit den Beiträgen der Krankenversicherten umgegangen?

Nicht unbedingt. Mit einem Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 8,3 Prozent liegt Österreich nur geringfügig über dem Durchschnitt der Industriestaaten. Vergleicht man den Einsatz finanzieller Mittel mit der Lebenserwartung und der Chance eines gerechten Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen, belegt Österreich den neunten Platz unter 191 Nationen – vor der Schweiz (20), Deutschland (25) und den USA (37).

In den USA steigt die Zahl der nicht krankenversicherten Menschen konstant an. 2001 standen bereits 41,2 Millionen Personen oder 15 Prozent der Bevölkerung ohne Krankenversicherung da. Eine öffentliche Krankenversicherung gibt es nicht, und ein Teil der Arbeitgeber kann sich die Versicherung der Beschäftigten aufgrund der steigenden privaten Behandlungskosten nicht mehr leisten.

Österreich: Niedrige Verwaltungskosten

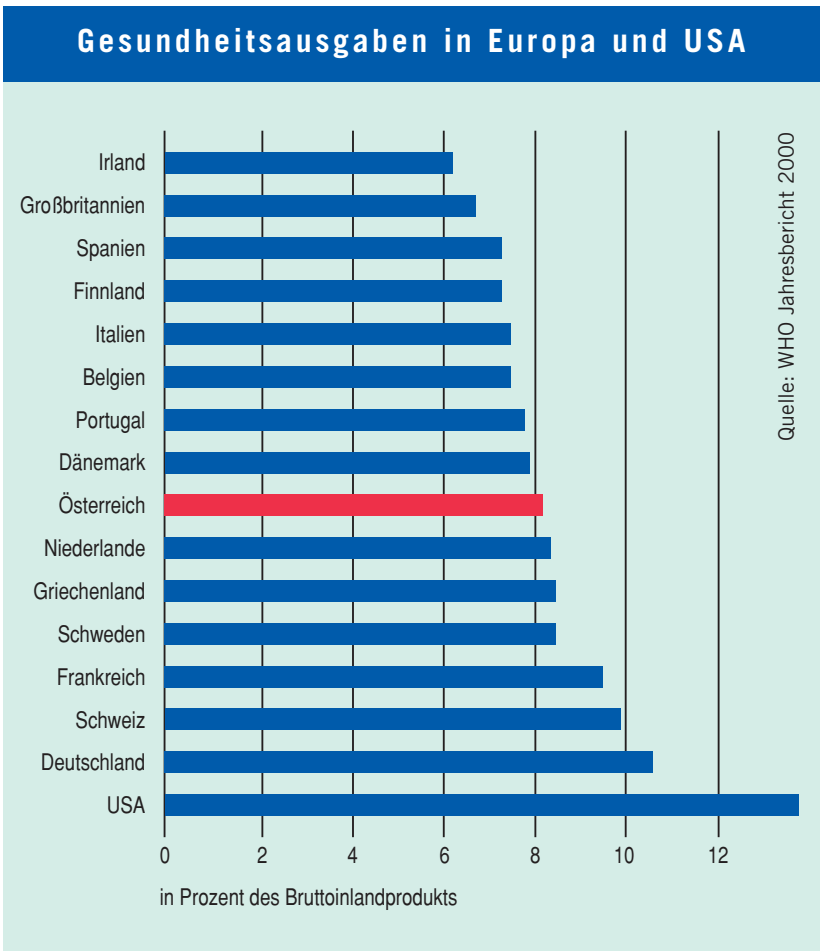
Die Ärztedichte ist in Österreich im EU-Vergleich niedrig. Auf 10.000 Einwohner kommen hierzulande 30 Ärzte, in Italien 59, in Deutschland 36 und in Großbritannien 18. Die Verwaltung der sozialen Krankenversicherung ist in Österreich dagegen vergleichsweise kostengünstig. Es werden nur 3,7 Prozent der Einnahmen für die Verwaltung aufgewendet, während der entsprechende Anteil in den Frankreich, Deutschland, Belgien und Holland zwischen vier und fünf Prozent und in der Schweiz bei neun Prozent liegt.

Vorbild Großbritannien?

Das staatliche „National Health Service“ in Großbritannien, bei seiner Einführung nach dem Zweiten Weltkrieg als Vorbild gerühmt, ist völlig aus den Fugen geraten. Mehr als 40.000

Engländer sterben jedes Jahr im Spital, weil einem überforderten Arzt ein Kunstfehler unterläuft. Jeder 14. Patient wird das Opfer einer falschen Diagnose.

Überall im Land fehlen Krankenhausbetten, weil unrentable Spitäler reihenweise geschlossen wurden. Vor dreißig Jahren gab es noch 550.000 Betten in dreitausend Krankenhäusern. Heute stehen knapp 200.000 Betten zur Verfügung. Die Folge sind lange Wartezeiten auch für dringende Operationen und hoher Stress für das Personal. Briten, die es sich leisten können, weichen in den privaten Sektor der Krankenversorgung aus, wo gegen satte Honorare eine umfassende Betreuung garantiert wird.



Welches Gesundheitssystem wollen wir?

Das wohlfahrtsstaatliche Modell sei überholt, heißt es, private Vorsorge ist „in“. Sie ist allerdings auch um einiges teurer: In der sozialen Krankenversicherung fließen von 100 Euro an Beiträgen 96 wieder in Form von Leistungen an die Versicherten zurück, in der privaten Krankenversicherung dagegen nur 75 von 100 Euro. Der Grund: Private Krankenversicherungen müssen um jeden Kunden werben, Marketing betreiben und haben einen entsprechenden Aufwand. Außerdem erwarten Aktionäre von Versicherungen satte Renditen, die aus Versicherungsprämien bezahlt werden müssen.

Selbstbehalte: keine Lösung

Propagiert wird derzeit die Ausweitung von Selbstbehalten in der Krankenversicherung – eine Maßnahme, die nicht unproblematisch ist, denn:

- ❖ Der kostensenkende Effekt ist zu bezweifeln. Beamte, die bereits jetzt Selbstbehalte leisten (20% pro Arztbesuch), gehen öfter zum Arzt als GKK-Versicherte ohne Selbstbehalt.
- ❖ Die Beitragsaufteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wird verschoben. Die Versicherten müssen immer mehr zur Finanzierung beitragen, die Dienstgeber immer weniger.
- ❖ Der soziale Ausgleich wird aufgehoben. Selbstbehalte nehmen keine Rücksicht auf Einkommen, Familiengröße usw. Resümee der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse: Selbstbehalt = Krankensteuer.

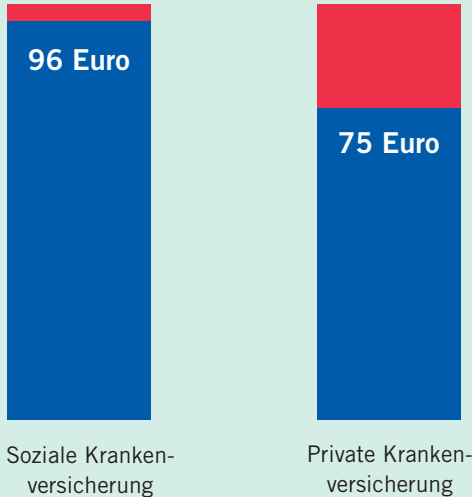
Was notwendig ist

Einsparungen und Qualitätssteigerung im Gesundheitssystem gehen – so der Unfallchirurg Werner Vogt - Hand in Hand, wenn man die richtigen Maßnahmen setzt. Er fordert:

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie zur Rehabilitation gehören ausgebaut. Dass dies mittelfristig kostensenkend ist, zeigen die Erfahrungen der Unfallversicherung.

Private Krankenversicherung?

Von 100 Euro an Beiträgen fließen als Leistungen zurück



Quelle: Oberösterreich Sozial 3/2000

Durch gezielte Gesundheitssicherung am Arbeitsplatz und garantierte Nachbehandlung konnten Anzahl und Höhe der Berentungen stark gesenkt werden.

- Eine regionale Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinerinnen, Fachärztinnen und Spitälern steigert die Heilungschancen, verhindert teure Mehrfachuntersuchungen ebenso wie die unkontrollierte Verschreibung von Medikamenten.
- Die regionale und schichtspezifische Verteilung von Krankheiten und Leiden muss erforscht werden. Die vor allem in ländlichen Regionen herrschende Fehl- und Unterversorgung im ambulanten Bereich (z.B. in der Augen- und in der Frauenheilkunde) muss durch Planung beseitigt werden.
- Das Recht auf optimale Gesundheitssicherung und Versorgung ist ein Menschenrecht und soll daher in der Verfassung verankert werden.



BEINBRUCH FÜR REICHE...



UND FÜR ARME.

Die Krankenversorgung der Zukunft?

... Damit es nicht soweit kommt!

Der Gesundheitsforscherin Claudia Hahl zufolge haben sich insbesondere die Verbesserung des allgemeinen Bildungsniveaus sowie das Schaffen angemessener Lebensbedingungen im Wohnbereich und in der Arbeitswelt als Garanten für einen guten allgemeinen Gesundheitszustand erwiesen.

Ähnlich der britische Wissenschaftler Richard Wilkinson, der zwei Hauptbestimmungsgründe für das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung nennt: die Einkommensverteilung und den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft. In seinen Studien kam Wilkinson zu dem Ergebnis, dass die Menschen in Ländern mit geringeren Einkommensunterschieden (z.B. Schweden) eine im Durchschnitt höhere Lebenserwartung haben als Menschen in Ländern mit größeren sozialen Ungleichheiten (z.B. England und Wales).

Ein Mehr an sozialer Gerechtigkeit und ein intakter Sozialstaat kommen insofern auch unserer Gesundheit zugute. Es gilt daher Tendenzen entgegenzutreten, die eine Verringerung der gesellschaftlichen Teilhabechancen sozial Benachteiligter zur Folge haben. Stattdessen sollte es unser aller Anliegen sein, das soziale Sicherungssystem in Österreich zu erhalten und weiter auszubauen.

„Geringe Einkommensunterschiede und ein großer sozialer Zusammenhalt haben einen positiven Einfluss auf die kulturelle, soziale und wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft, auf ihre Kreativität und Produktivität“.

(Richard Wilkinson)

Ihre Meinung?

Bitte beantworten Sie vorerst die Fragen für sich und vergleichen sie anschließend Ihre Antworten mit den entsprechenden Beiträgen in diesem Leseheft.

Stimmt Ihrer Erfahrung nach die Behauptung, dass bei Menschen mit geringem Einkommen die Krankheitsrate höher und die Lebenserwartung niedriger ist als bei Reichen.

→ **mehr dazu auf Seite 2** ja nein

Können Sie Ihre beruflichen Anforderungen mit Ihren Familien-, Erziehungs- bzw. Beziehungsaufgaben gut vereinbaren?

→ **mehr dazu auf Seite 4** ja nein

Wie empfinden Sie Ihre Arbeits- und Lebensbedingungen als Berufstätige/r oder als Pensionist/in?

optimal	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
stressfrei	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
zufriedenstellend	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
belastend	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
frustrierend	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

→ **mehr dazu auf Seite 6**

Sind Sie dafür, dass die Zumutbarkeitsbestimmungen für Arbeitslose verschärft werden?

→ **mehr dazu auf Seite 8** ja nein

Gibt es in Ihrem Bundesland genügend Beratungs-, Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Problemen?

→ **mehr dazu auf Seite 10** ja nein

Sollten jene Unternehmen, die sich von der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen freikaufen (mtl. 196,22 €), mehr als derzeit bezahlen müssen?

→ **mehr dazu auf Seite 12** ja nein

Gibt es in Ihrem Wohnumfeld genügend Kinderbetreuungseinrichtungen?

für Kinder bis drei Jahre ja nein
 für Kindergartenkinder ja nein

→ **mehr dazu auf Seite 14**

Sollten MigrantInnen nach einer bestimmten Aufenthaltsdauer in Österreich den ÖsterreicherInnen arbeits- und sozialrechtlich gleichgestellt werden?

→ **mehr dazu auf Seite 16** ja nein

Sollten zur Finanzierung unseres Sozialsystems auch Teile der Wertschöpfung – und nicht wie derzeit nur die Arbeitseinkommen – herangezogen werden?

→ **mehr dazu auf Seite 18** ja nein

Ist für Sie das Sozial- und Gesundheitssystem der USA oder Großbritanniens ein Vorbild für Österreich?

→ **mehr dazu auf Seite 20** ja nein

Sind Sie für die Ausweitung von Selbstbehalten in der Krankenversicherung – z.B. generell 20 Prozent?

→ **mehr dazu auf Seite 22** ja nein

Quellen:

AK OÖ: Daten und Fakten, Oktober 2001; Robert Buggler: Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten (Manuskript); Der Standard, 25.3.1999; 14.11.2002; 1./2.2.2002; Doblhammer-Reiter 1996: Soziale Ungleichheit vor dem Tod. Demographische Informationen 1995/96, 71-81; Forum Gesundheit 1/02; Freidl/Stronegger/Neuhold: Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Magistrat Wien 2001; GPA online; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; KONTRASTE 9/2002; 1/2003; Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Oberösterreichische Nachrichten, 14.4.2000; OÖ Sozial 3/2000; ÖGB-Nachrichtendienst Nr. 3141; Planet 17/2000; WHO (Hg.): World Health Report 2000 (WHO); OECD (Hg.): Health Data 2000

Für die fachliche Beratung bedanken wir uns bei: Jürgen Himmelbauer (Institut für Gesundheitsplanung), Dr. Ulli Holzmüller (Kinderärztin), Dr. Silvia Luger (Magistrat Linz), Dr. Gerald Reiter (AK OÖ), Mag. Martin Schenk (Die Armutskonferenz), Prim.Dr. Roman Stadler (AKH Linz), Alfred Strauss (OÖ GKK)

Weiterführendes zum Thema „Armut und Gesundheit“ unter:

www.armutskonferenz.at bzw. **www.armut.at**



Folgende Organisationen haben durch ihren finanziellen Beitrag dieses Leseheft ermöglicht: Arbeiterkammer und ÖGB OÖ, AUGE - Alternative und Grüne GewerkschafterInnen OÖ, Bischöfliche Arbeitslosenstiftung, Caritas der Diözese Linz, Exit-Sozial - Verein für psychosoziale Dienste, OÖ Gebietskrankenkasse, pro mente OÖ, Schuldnerberatung OÖ, Sozialabteilung der OÖ Landesregierung - Landesrat Josef Ackerl, Sozialplattform OÖ, Sozialreferat der Diözese Linz, Volkshilfe OÖ.

Impressum: Herausgeber: OÖ. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung, per Adresse: Sozialplattform OÖ - Mag. Heinz Zauner, Weingartshofstraße 38, 4020 Linz, Tel. 0732/66 75 94 Fax DW 4, e-mail: office@sozialplattform.at; Beiträge von: DSA Veronika Aichinger, Dipl.Soz.Päd. Michael Kreter, Caritas OÖ; DSA Sonja Auer, Vera Lujic-Kresnik, Verein zur Betreuung der AusländerInnen in OÖ; Hans Riedler; Mag. Karin Rumpelsberger, GKK OÖ; Mag. Hansjörg Seckauer, Universität Linz; Mag. Paula Steiner, Gesundheits- und Sozialservice Steyr; Inhaltliche Koordination: Hans Riedler; Redaktion: Mag. Hansjörg Seckauer; Karikatur: Michael Pammesberger, Gestaltung: Walter Hartl; Druck: Gutenberg, März 2003