Lücken und Barrieren
im österreichischen Gesundheitssystem
aus Sicht von Armutsbetroffenen

Eine partizipative Erhebung

Erstellt von
Florian Riffer und Martin Schenk
Impressum

Redaktion: Regina Amer, Karl Frank, Claudia Krizmanic, Traude Lehner, Florian Riffer, Martin Schenk, Sonja Taubinger

Herausgeber

Die Armutskonferenz
Österreichisches Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung.
Herklotzgasse 21/3, 1150 Wien,
Mail: office@armutskonferenz.at, Tel: 0043-1-402 69 44
Web: www.armutskonferenz.at


Wien - Graz - Linz 2015

Grafik und Layout: www.hiasl.at
Fotos: © Die Armutskonferenz
Lektorat: Ursula Wagner

Projekt gefördert aus Mittel des Fonds Gesundes Österreich.
Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .................................................................................................................. 1

1. Ausgangslage .................................................................................................................... 2

1.1 Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit ................................................................. 2

1.2 Ursachen und Faktoren .................................................................................................. 4

1.3 Gesundheitsversorgung .................................................................................................. 6

2. Fragestellung .................................................................................................................... 8

3. Erhebungsmethode – Fokusgruppen ............................................................................. 8

3.1 Begründung der Methodenwahl .................................................................................... 8

3.2 Methodische Kriterien ................................................................................................... 9

4. Durchführung .................................................................................................................. 10

4.1 Ablauf .................................................................................................................................. 10

4.2 Auswahl der TeilnehmerInnen ...................................................................................... 11

5. Auswertungsmethode ..................................................................................................... 13

6. Ergebnisse ....................................................................................................................... 15

6.1 Spürbare Zwei-Klassen-Medizin ................................................................................... 16

6.2 Nicht-Leistbarkeit von Gesundheit ................................................................................. 17

6.3 Zugang zu Gesundheitsleistungen ................................................................................. 20

6.4 Pension: Anträge und Begutachtungen ........................................................................ 22

6.5 Ängste und Unsicherheiten .......................................................................................... 23

6.6 Krankenhaus .................................................................................................................. 24

6.7 Niedergelassener Bereich .............................................................................................. 27

6.8 Spezifische Probleme aus Sicht von AsylwerberInnen .................................................. 28

6.9 Weitere Kategorien: Unterschiede zwischen Stadt/Land, Informationsmangel, Transport, Begleitung, Zusammenhang Armut und Krankheit .................................................. 29

7. Erzählungen ..................................................................................................................... 30

Stigmatisierung aufgrund von Drogenproblemen ............................................................ 30

Ängste – Nicht-Leistbarkeit – Zugang ................................................................................ 31

Krankenaus – respektlose Behandlung – Pensionsverfahren ............................................. 31

Unterschiede zwischen großen öffentlichen und kleinen Krankenhäuser ....................... 32

8. Punktuation & Schlussfolgerung ..................................................................................... 33

9. Literatur .............................................................................................................................. 35
1. Ausgangslage

1.1 Armut, soziale Ungleichenheit und Gesundheit

Menschen in Haushalten unter der Armutsquote weisen einen dreimal schlechteren Gesundheitszustand auf als in Haushalten mit hohen Einkommen und sind doppelt so oft krank wie in solchen mit mittlerem Einkommen (Statistik Austria 2014). Die 385.000 Personen in Österreich, die als arm und mehrfach ausgeschlossen bezeichnet werden können, sind von einem sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, von chronischer Krankheit und starken Einschränkung bei Alltagstätigkeiten betroffen – dreimal so stark wie der Rest der Bevölkerung (Abb 1).

*Abbildung 1: Veränderung der Lebensbedingungen von Mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten zwischen 2008 und 2013*

Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2013
Die Ergebnisse zum Einfluss von Armut und sozialem Status auf die Gesundheit in Österreich entsprechen den Forschungsergebnissen, die international vorliegen (vgl. Mackenbach & Bakker, 2002; Van Lenthe, Schrijvers & Mackenbach, 2004; Orpama & Lemyre, 2004; Marmot, 2005; Mielck, 2005; Siegrist & Marmot, 2008;). Das Bild ist überall das gleiche: Mit sinkendem sozialem Status steigen die Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Krankheiten auf und sind gleichzeitig mit der geringsten Lebenserwartung ausgestattet. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit und das Sterbedatum anhebt.


Auffallend stark treten die psychosozialen Auswirkungen hervor. Armut kränkt die Seele. Menschen mit geringem sozioökonomischem Status weisen signifikant mehr Krankenhausaufenthalte aufgrund affektiver Störungen wie Depression auf. Bei arbeitslosen Personen beträgt die Wahrscheinlichkeit noch ein Vielfaches. Ähnliche Unterschiede lassen sich auch für Belastungsstörungen beobachten.

Betrachtet man nicht nur die Armut, also Menschen im untersten Segment, sondern die gesamte Gesellschaft, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen. Die Lebenserwartung sinkt, die Kindersterblichkeit steigt, die Teenager Birth Rate nimmt zu und die Aufstiegschancen für Kinder sinken (Abb 2).
1.2 Ursachen und Faktoren


*Abbildung 3: Zusammenhänge zwischen sozialer & gesundheitl. Ungleichheit (Rosenbrock 2006)*
1.3 Gesundheitsversorgung

Der Versicherungsschutz ist in Österreich sehr gut im Vergleich z.B. zur USA, aber es gibt auch hier Probleme. Für viele ist der mangelnde Krankenversicherungsschutz kurzzeitig, für manche dauerhaft. Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information. Davon betroffen sind Menschen in prekärer Beschäftigung, Personen in schweren psychischen Krise, Arbeitssuchende ohne Leistungsanspruch, vormals mit ihrem Ehemann mitversicherte Frauen nach der Scheidung, Hilfesuchende, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen.

Leistbarkeit


Behandlung und Inanspruchnahme

Einkommensschwächere Personen suchen nicht nur um 20 Prozent seltener Fachärzte auf als vergleichbare rezeptpflichtige Personen, sondern erhalten auch durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet.

Eine weitere Barriere ist immer noch die schlechte räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen. Nach wie vor lässt sich zeigen, „dass sozial benachteiligte Personen, insbesondere aus ländlichen Regionen größere Probleme mit der Erreichbarkeit haben: So gaben rund 41 Prozent der EinwohnerInnen aus Orten unter 5.000 an, dass die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung eher schlecht ist.“ (Habl 2009, 180).

Personen in Haushalten mit niedrigem Einkommen verzichten häufiger als Personen in Haushalten mit mittlerem und hohem Einkommen auf eine zahn- oder sonstige medizinische Behandlung, obwohl sie diese unbedingt benötigen würden. Die aktuell verfügbare Erhebung der Statistik Austria (2015) bestätigt diesen Zusammenhang weiters. 3% der armutsgeschiitzten Personen haben solch einen notwendigen Arztbesuch nicht in Anspruch genommen, gegenüber 1% bei mittlerem und niemandem bei hohem Einkommen (Abb 5). Hat eine Person eine zahnmedizinische Leistung trotz Bedarf nicht in Anspruch genommen, so sind finanzielle Gründe in 44% der Fälle dafür verantwortlich. Bei sonstigen medizinischen Leistungen treffen finanzielle Gründe mit 28% etwas seltener zu (Statistik Austria 2015).

Abbildung 4: Nicht-Inanspruchnahme dringend benötigter medizinischer Leistungen nach Einkommen und Bildung

Abbildung 5: Nichtinanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen nach Einkommensgruppen:

2. Fragestellung

Wo finden sich Barrieren und Lücken im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen?

In den österreichischen Rahmengesundheitszielen ist vermerkt: „Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit“ Und: „Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist“.

Diese Erhebung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt,

a) Armutsbetroffene selbst zu fragen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den Mittelpunkt zu stellen,

b) Themen und Felder mangelnder Barrierefreiheit zu erheben, an denen vertieft weiter gearbeitet werden kann.

Durchgehend wird ein partizipativer Ansatz verfolgt, der Menschen mit Armutserfahrungen in die Reflexion, Ausarbeitung und Präsentation der Ergebnisse miteinbezieht.

3. Erhebungsmethode – Fokusgruppen

3.1 Begründung der Methodenwahl

Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen


3.2 Methodische Kriterien


Konsens herrscht darüber, dass Reliabilität als Gütekriterium in der qualitativen Sozialforschung nicht erreichbar ist und deshalb auch nicht angestrebt wird, beziehungsweise angestrebt werden kann (vgl. Zwick/Schröter 2012: 42f.). Es wird aber davon ausgegangen, dass die Ergebnisse von

4. Durchführung


4.1 Ablauf


4.2 Auswahl der TeilnehmerInnen


Ein Einladungsbrief mit Informationen zum Projekt und dem Ablauf der Fokusgruppen wurde an diverse Vereine, NGOs und Organisationen versandt, von welchen bekannt war, dass sie mit armutsbetroffenen Menschen arbeiten oder von armutsbetroffenen Menschen selbst organisiert sind. Die eingeladenen TeilnehmerInnen zeigten großes Interesse, weshalb die Fokusgruppen schnell besetzt werden konnten.
4.3 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 22 Personen an den Fokusgruppen teil. In Wien nahmen sechs Personen teil, in Linz und Graz jeweils acht. Die Personen waren zwischen 26 und 81 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug ca. 50 Jahre. Insgesamt nahmen 13 Frauen und 9 Männer teil, das Verhältnis war also ca. 60/40 zugunsten der weiblichen TeilnehmerInnen. Alle TeilnehmerInnen lebten zum Zeitpunkt der Interviews in Österreich. Mit ca. 82% war der Großteil der TeilnehmerInnen aus Österreich, circa 18% waren AsylwerberInnen aus anderen Ländern und haben somit einen „Migrationshintergrund“. Bezüglich der Situationen, in welchen sich die TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Interviews befanden, konnte ein breites Spektrum erreicht werden. Es konnten viele Personen aus klassischen Armutsgefährdungsrisikogruppen für die Teilnahme gewonnen werden. Es nahmen Langzeitarbeitslose, Personen mit psychischen Erkrankungen, Wohnungslose, MindestpensionistInnen, MindestsicherungsbezieherInnen, StraßenzeitungsverkäuferInnen und AsylwerberInnen teil. Die genaue Zusammensetzung der Stichprobe ist in den folgenden Tabellen (1-3) für die drei Fokusgruppen getrennt aufgeschlüsselt.

### Tabelle 1: Wien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Alter</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>aktuelle Situation</th>
<th>Herkunft</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>61</td>
<td>M</td>
<td>Straßenzeitungsverkäufer, Mindestsicherungsbezieher</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>67</td>
<td>W</td>
<td>Psychische Erkrankung / arbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>59</td>
<td>W</td>
<td>Langzeitarbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>59</td>
<td>M</td>
<td>Psychische Erkrankung / langzeitarbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>44</td>
<td>W</td>
<td>Erwerbsarbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>55</td>
<td>W</td>
<td>Mindestsicherungsbezieher, 3 Kinder</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen

Tabelle 2: Linz

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Alter</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>aktuelle Situation</th>
<th>Herkunft</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>26</td>
<td>M</td>
<td>Psychische Erkrankung</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>46</td>
<td>W</td>
<td>Erwerbsarbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>63</td>
<td>M</td>
<td>Straßenzeitungsverkäufer, Mindestsicherungsbezieher</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>34</td>
<td>M</td>
<td>Erwerbsarbeitslos, psychische Erkrankung</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>61</td>
<td>M</td>
<td>Mindestsicherungsbezieher</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>36</td>
<td>W</td>
<td>Straßenzeitungsverkäuferin</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>36</td>
<td>W</td>
<td>Wohnungslos, Straßenzeitungsverkäuferin</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>55</td>
<td>W</td>
<td>Psychische Erkrankung / arbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 3: Graz

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nr.</th>
<th>Alter</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>aktuelle Situation</th>
<th>Herkunft</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>43</td>
<td>W</td>
<td>Erwerbsarbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>83</td>
<td>M</td>
<td>Mindestpensionist</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>40</td>
<td>W</td>
<td>Asylwerberin</td>
<td>Russland</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>47</td>
<td>W</td>
<td>Asylwerberin</td>
<td>Russland</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>37</td>
<td>M</td>
<td>Working Poor</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>52</td>
<td>W</td>
<td>Erwerbsarbeitslos</td>
<td>Österreich</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>45</td>
<td>W</td>
<td>Asylwerberin</td>
<td>Ex-Jugoslawien</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>48</td>
<td>M</td>
<td>Asylwerber</td>
<td>Ex-Jugoslawien</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5. Auswertungsmethode

Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen


6. Ergebnisse

Die Kategorien stellten sich in folgender Ordnung dar (Abb 6). Der Kategorienbaum macht die zentralen Themen und Felder sichtbar.

Abbildung 6: Kategorienbaum „Lücken und Barrieren“

Die Auswertungen der Fokusgruppeninterviews zeigen, dass sich gesundheitliche Ungleichheit in konkreten Erfahrungen armutsbetroffener Menschen innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems widerspiegelt. Es zeigt sich, dass das Gesundheitssystem von Armutsbetroffenen als Zwei-Klassen-System erlebt wird, das sich vor allem in der Nicht-Leistbarkeit und dem damit verbundenen erschwerten Zugang zu diversen Gesundheitsleistungen manifestiert. Oft resultiert daraus Angst vor zukünftigen Erkrankungen, Medikamentenbedarf oder der Schließung sozialer Einrichtungen, die außerhalb des...


6.1 Spürbare Zwei-Klassen-Medizin

sein, lässt Ungleichheiten im Gesundheitssystem spürbar werden, wie sich in folgenden beiden Zitaten exemplarisch zeigt.

Ich fühle mich mit vielen anderen Menschen gemeinsam in einer Schublade des Gesundheitssystems, nämlich in der Spaltung, zahlende und nicht zahlende Patienten.

Man kommt sich wirklich als Mensch zweiter Klasse vor.

6.2 Nicht-Leistbarkeit von Gesundheit


Ich habe ein Kind, das Brillen tragen muss, und ich muss ihn ständig beim Augenarzt untersuchen lassen. Also jedes Jahr quasi und dafür muss ich über 150 Euro im Jahr bezahlen und die GKK übernimmt nur 20 Euro davon.

Zahnbehandlung, die meisten Ormen hoben schlechte Zähne und du musst an gewissen Betrog zahlen, aber woher das Geld nehmen dafür?

Also ich habe das gleiche Problem. Ich bin auch knapp über der Mindestsicherungsgrenze und muss auch meine Rezepte selber zahlen. Also dasselbe wie die Dame und ich brauche sehr viele Medikamente.

Medikamente, die vorher funktioniert haben, werden plötzlich auf privat umgestellt und dadurch nicht mehr leistbar.

Als weiterer zentraler Punkt konnte die Nicht-Leistbarkeit von Therapien und Behandlungen ausgemacht werden. Auch hier zeigt sich ebenfalls, dass Behandlungen, die früher bezahlt wurden, aus den Leistungskatalogen der Krankenkassen fallen oder diverse Behandlungen/Ärztinnenbesuche aufgrund hoher Selbstbehalte nicht leistbar sind. Oft müssen Therapien oder Behandlungen selbst vorfinanziert werden, was für einkommensschwache Personen in vielen Fällen nicht möglich ist. Diese finanzielle Barriere führt dazu, dass armutsbetroffene Menschen auf wichtige Behandlungen verzichten müssen, oder ihre prekäre Lage durch diese zusätzlichen Ausgaben noch weiter verschärft wird. Die Möglichkeit, Behandlungen in Anspruch zu nehmen, die nicht in den Leistungskatalogen der Krankenkassen aufscheinen, ist für armutsbetroffene Menschen nur sehr eingeschränkt gegeben. Hierzu kam in den Fokusgruppen zur Sprache, dass hilfreiche Behandlungen wie Akupunktur oder spezielle Fußbehandlungen aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen abgebrochen werden mussten oder erst gar nicht in Anspruch genommen werden können.

Ja, bei einer Frauenärztin hab ich voriges Jahr die Erfahrung gemacht, dass eine Leistung extra zu bezahlen war, die vorher nicht extra zu bezahlen war. Bin ja auch der Meinung, dass MindestsicherungsbezieherInnen und eine gewisse Grenze drüber, die Working Poor, das nicht bezahlen sollten. Ich habs einfach nicht machen lassen.

Also was für mich jetzt vor kurzem eine massivere Barriere war, i hab für eine weiterführende Maßnahme für psychisch Kranke, also ich hab a psychische Krankheit, a ärztliches Attest gebraucht, also an Befund und i hab für das Ding 35 Euro hinlegen müssen. Ich find des is a Frechheit, dass Leut, die die Mindestsicherung haben, für an Befund 35 Euro zahlen müssen.

Und da überlegt ma dann schon stark, wie oft geh ich zum Arzt, was muss wirklich sein und was spar ich mir.

Dadurch, dass man sich den/die Therapeut/in nicht aussuchen kann, ist dieses Vertrauensverhältnis nicht immer gegeben.


Neben konkreten Therapien oder Leistungen zeigt sich auch, dass ein gesunder Lebensstil aufgrund geringer finanzieller Möglichkeiten nicht leistbar ist. Es wurde berichtet, dass vor allem gesunde Ernährung und diverse Sportarten sehr teuer sind.

Also Nordic Walking, des kamma no am ehesten irgendwo finanzieren oder Schwimmen was kan Eintritt gibt. Oba viel Sportarten oder Bewegungsformen verlangen an finanziellen Aufwand. Auch hier gibt es oft Hemmnisse und Schranken, die Viele nicht überhüpfen oder überspringen können.

Generell kann gezeigt werden, dass für Armutsbetroffene viele Leistungen im Gesundheitssystem nicht finanzierbar sind. Oft werden einfachste Gesundheitsleistungen aufgrund finanzieller Barrieren zu großen Problemen. Entweder die Leistungen müssen unter hoher finanzieller Belastung selbst bezahlt werden, oder sie werden gar nicht in Anspruch genommen. Eine Nicht-Inanspruchnahme kann wiederum dazu führen, dass notwendige Behandlungen oder Untersuchungen nicht durchgeführt werden und sich gesundheitliche Probleme dadurch verschärfen. Derartige Hürden und Schwierigkeiten führen oft zu Stress oder psychischen Belastungen oder Ängsten (siehe Kategorie 4).

Obwohl's net so is, dass jeder Kassenpatient automatisch materiell arm sein muss. Nur natürlich für den materiell armen Kassenpatienten, der noch dazu krank ist, ist es noch um vieles mühlsamer, stressiger, auch finanziell belastbarer, so wie immer.

Ja, ma muss sich halt dann durchrechnen was ma brauchen darf, wie und was. Bei uns is schon so, wenn ma größere Sachen haben, orthopädische Schuhe oder was, da kann ma schon was einreichen. Man muss halt so ansehen dann. Ob mas kriegt oder net is a andere Sache. Bei der GKK gibt so ein Sozialding, da probiert mas, und dann muss ma Glück haben.


Finanzielle Barrieren können somit als einer der zentralen Dreh- und Angelpunkte bezüglich Leistungen im Gesundheitssystem identifiziert werden, wie das abschließende Zitat veranschaulicht.

Ja, ich möcht auf des mit wenn ma a Geld hat eingehen. Ich glaub, wenn ma a Geld hat, fühlt ma sich sowieso besser und sicherer als wie wenn ma immer so kann ich ma das leisten oder nicht leisten. Alles wird zum Problem und des Problem wird dann wieder zum Problem. Geld spielt schon eine Rolle.

6.3 Zugang zu Gesundheitsleistungen


Bei einer Psychotherapie kann sich der Kassenpatient den Therapeuten nicht aussuchen, sonst müsste er auch privat bezahlen. Die Wartezeiten auf eine GKK Psychotherapie sind lang.

Ja, ich denk ma nach wie vor, wie ich vorher schon gsagt hab, Gesprächstherapie oder wenn ma wirklich momentan ansteht mit psychischen Problemen, wenn ma Geld hat, dass ma dann schon wo a Möglichkeit hat, dass ma wo anghorcht wird oder wo hingehen kann. Wen ma kein Geld hat, dann kummmst halt einfach auf a Warteliste, kriegst Medikamente und aus.

Auf da GKK bietens auch Gesprächstherapien an, aber da glaub ich warst du zwei oder drei Monate bis du da amal dran kommst. In den zwei oder drei Monaten, ja was sollst da machen, bringst dich um daweil oder was?

Ich habe erfahren, des mit de psychosozialen Dienste. Nur da konnt nur a Jahr lang hingehen und dann schickt er dich zu irgendana Adress. Es is, also ich siech mein derzeitigen Therapeuten, wenn ich Glück hab, einmal im Quarta für 20 Minuten, was a tolle Einrichtung is, aber wennst schwer depressiv bist, wennst alle 3 Monat 20 Minuten, is des zu wenig.

Es zeigt sich also, dass die Kategorie Zugang eng mit den Kategorien Nicht-Leistbarkeit und Zwei-Klassen-Medizin verknüpft ist. Zugang zu adäquaten Therapien oder Behandlungen bekommt man oft nur im privaten Bereich über ausreichende finanzielle Ressourcen. Dieser Zusammenhang wird im folgenden Zitat evident.

Ja, die meisten Therapien, die finanziell abhängig sind, dann steht wieder da wennstas net leisten kannst und musst da Alternative oder was, was nix kostet suchen. Aber des kannst da net leisten, a Physiotherapie musst da heutzutage selber zahlen und von da Krankenkassa kriegst an Bruchteil zurück.


Zum Thema Kur oder Rehaufenthalt muss ich sagen, dass das früher viel leichter war, dass ma des bewilligt kriegt hat. Mir fallt auf die letzten zwe drie Jahre kriegt ma das einfach nimmer, obwohl das Leiden ja jetzt nicht verschwunden is. Nur weil die Wirtschaftskrise jetzt da ist, das is ja der Überhammer, man kriegt einfach nimmer, man muss zwei drie Mal ansuchen.

Erfahrungsberichte zeigten auch, dass es in unterschiedlichen Bundesländern uneinheitliche Regelungen bezüglich des Zugangs zu Therapien gibt. Das Beispiel bezog sich auf den Aufenthalt in einem psychosomatischen Zentrum.

Wir Wiener san privilegiert, wir kriegen diesen Aufenthalt im psychosomatischen Zentrum voll bezahlt. Die Niederösterreicher müssen dazuzahlen. Da frag i ma schon. Es is jedes Bundesland anders geregelt.
6.4 Pension: Anträge und Begutachtungen


Also ich hab das bei diese Gutachter genau so gemacht, weil meiner hat gmant, i kann ja sowas wie Regalbetreuung oder Portier machen. Hab i gesagt, i kann net lang sitzen, lang stehen, lang gehen. Sagt er, naja, beim Portier da könnens ja e abwechseln.

Und mei Feundin, die muss jetzt, also die fangt jetzt an Kurs an. Sie sagt, völlig sinnlos für sie, weils an und für sich e nimmer kann. Die hat zwei oder drei Bandscheibenvorfälle ghabt bis jetzt, hat Brustkrebs ghabt, also e schon einiges hinter ihr und sie sagt warum lassens ihr net die Pension. Was e net zu viel hat damit, aber sie sagen, na, sie sand zjung, und sie könnten ja noch was machen. Sagt sie naja was soll ich, ich kann nicht lang sitzen, ich kann net lang stehen, ich kann also alles nicht allzu lang. Aber das is denen egal, die sagen, naja probieren sies halt mit der Maßnahme und schauma mal weiter auf gut Deutsch gsgat.


Bei mir läuft seit längerem ein Berufsunfähigkeitsfeststellungsverfahren und des hot vor kurzem eine Tatsatzung am Sozialgericht geben. Nach meinem Rehaaufenthalt war eindeutig niedergeschrieben auf sieben Seiten, dass i einfach nimmer in der Lage bin aufgrund meiner gesundheitlichen Verfassung im Berufsleben überhaupt noch mitzumachen. Ganz klar, die Richterin, die mir zugeteilte, hat sich auch der Meinung demnächst angeschlossen. Auch die beiden gerichtlichen Gutachter. Der Psychiater hat das eine Gutachten völlig umgeschrieben, komplett verändert. Jetzt kommt das Ganze nochmal, was auch auf die Gesundheit dann riesengroße Auswirkungen hat net.

In meinem Fall hab i erlebt, dass die PVA mehrfach meine psychische Erkrankung, die seit 10 Jahren nachweislich besteht, aufgrund Behandlung, ich bin ja schon mannigfach fast jeden Tag irgendwo unterwegs, Betreuung Behandlung bla bla bla. War sogar jetzt auf Reha sechs Wochen, das wird totgeschwiegen, da wird net amal reingschrieben leichte Depression. Nichts, gar nichts. Des wird einfach eiskalt totgeschwiegen von der PVA.
Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass die Verfahren für die betroffenen Menschen oft eine enorme Belastung darstellen. Das Verfahren wird als existenzbedrohend und als eine Leidenszeit beschrieben. Im Krankheitsfall ist es oft schwierig, das Verfahren zu führen. Die Verfahren gehen mit einem hohen bürokratischen Aufwand einher, und man muss viel Zeit aufwenden, um alle nötigen Dokumente zeitgerecht zu haben.


Bist weiter in diesem oft sehr sehr zerstörerischen Prozess drinnen und in diesem System, wo du ständig unter Zwang oder unter Druck irgendwas machen musst. Wenn du krank bist, im Regelfall beantragt mas ja dann erst, dann is des auf Dauer gesehen sehr schwierig und auch eine Leidenszeit für die Betroffenen und teilweise verunmöglicht des auch dieses Verfahren weiterzuführen.

Mit folgendem Zitat lässt sich der Zusammenhang zwischen den Pensionsverfahren und gesundheitlicher Ungleichheit gut veranschaulichen. Es wird sichtbar, dass sich etwa mangelnde finanzielle Ressourcen negativ auf das Verfahren auswirken können oder das Verfahren zusätzlich hinauszögern.

Aber bei Wahlärzte auch wenn man von da GKK Geld zurück bekommt, es fallen trotzdem Kosten an, die einem materiell Armen dennoch weh tun, und was Arzttermine anbelangt, sind leider bei Kassenärzten, die die E-Card nehmen, die Wartezeiten manchmal inakzeptabel. Das kann zum Beispiel auch sehr fatal sein, wenn dringend ein Befund fürs Gericht benötigt wird. Nur ganz kurz meine Situation, ich klag zum dritten Mal die PVA, weil mir die Invaliditätsrente einfach verweigert wird auf Biegen und Brechen.

Folgender Erfahrungsbericht bringt die Problematik der Reintegration in den Arbeitsmarkt ohne große Arbeitsmarktchancen noch einmal gut auf den Punkt:


6.5 Ängste und Unsicherheiten

Negative Erfahrungen in Form von Konfrontationen mit Nicht-Leistbarkeit, schwierigem Zugang zu Gesundheitsleistungen, Stigmatisierungen, Abhängigkeit von sozialen Einrichtungen oder dem Bewusstsein der eigenen marginalen Position innerhalb des Gesundheitssystems, können zu Ängsten und Unsicherheiten führen. Es zeigt sich, dass viele Personen diese aufgrund
spezifischer persönlicher Erfahrungen entwickeln. Ängste vor einer zukünftigen Nichtversicherung, vor der Nicht-Leistbarkeit wichtiger Behandlungen in der Zukunft, vor der Schließung sozialer Einrichtungen, vorm „wieder wegeschickt werden“ im Krankenhaus oder vor Medikamenten, bei welchen nicht erklärt wird, wie und warum sie einzunehmen sind, wurden in den Fokusgruppen als negative Erfahrungen genannt.

I hab eben mit Pro Mente und später dann mit Exit was zu tun ghabt, mit betreuten Wohnen und Gesprächstherapie bei Exit. Vor ein paar Jahren ist sogar in den Zeitungen gestanden, dass Exit jedes Jahr um Geld raufen müssen und da wars überhaupt amal, dass ma net gwisst hat wies überhaupt weiter geht vor a paar Jahren. Das heißt wenn ma des dann in der Zeitung liest und so, da kriegt ma schon noch a Angst dann mit. Wer kümmt sich dann noch um dich wennst psychische Probleme hast net?

Ich hab mich bei meiner Mutter mitversichern müssen, was a net unbedingt das schönste ist. Ich geh mal davon aus, dass ich länger leb wie meine Mutter, und i krieg wahrscheinlich Probleme, weil wenn ich nicht mehr arbeitsfähig bin und meiner Mutter was passiert, dann stehe ich auf einmal ohne Versicherung da, krieg keine Medikamente mehr, kann mich nicht mehr operieren lassen wenn irgendwas wäre. Das sind so ziemlich meine Sorgen.

6.6 Krankenhaus


Wenn ma a Pech hat, findns nix und dann wird ma no beschimpft, als wehleidig. „Stöns erna net so an“ und ähnliche Blödheiten. Des is ja, wann ma nachfrogen will weil mit de mit ihrn Fachchinesisch da labern, wenn ma da nochfragt wird ma beschimpft. Wanns ka Vertrauen zu mir haben dann kamma iha net behandeln.


Ein wesentlicher Aspekt der Diskussionen über respektlose und unfreundliche Behandlung war jener der Stigmatisierung. Es zeigt sich, dass Personen aufgrund von Herkunft, Aussehen, Krankheitsgeschichte oder Erwerbsstatus schlecht behandelt werden. Stigmata werden somit auch im Gesundheitsbereich, speziell in Krankenhäusern, sowohl in stationären als auch im

Des fällt ma a immer auf. Sobald ma an Arbeitgeber hat bei dem ma versichert ist, behandelt erm schon die Schwester anders, wirklich, des is so. Des is des erste was gfragt wird, Arbeitgeber und ja.

Auch Krankheitsgeschichten können zum Problem werden. Beispielsweise wurden Personen aufgrund von Alkoholentzügen oder der Teilnahme an Substitutionsprogrammen schlechter behandelt, sobald dies für ÄrztInnen ersichtlich war.

I bin halt in dem Substitutionsprogramm und i war aber dann zwei Jahre draüßen. Ich geb die E-Card her, und wenn ich jetzt 10 Jahre nimmer da drin gwesen wäre, wärs auch egal gewesen, weil die sehn das und die Sache ist erledigt für den Arzt. Also des is ma schon aufgefallen. Es gibt fast keine Ärzte die, also wenns des drinnen stehn hast, dann is sowieso vorbei. I man i reduzier jetzt zwar wieder, es is extrem wenig, i werds a wieder los, aber in den Akten werd ichs net los, weil es gehört zu meiner Gesundheitsgeschichte dazu, das ist das Problem.

Immer wieder werden Personen, welchen Misstrauen entgegengebracht wird oder Vortäuschung von Schmerzen vorgeworfen wird, in Ambulanzen oder im stationären Bereich wieder nach Hause geschickt. Folgende Zitate zeigen, dass Personen trotz Schmerzen wieder nach Hause mussten, oder aus Angst wieder weggeschickt zu werden, gar nicht erst ins Krankenhaus gingen.

Weil die Oberschwester, die mich schon ein paar Jahre kennt, hat mich schon ein paar Mal weggeschickt und die Ärztin. Ich bin dann wieder mit argen Schmerzen mit dem Taxi nach Hause gefahren.


Na gut dann kann ich nur sagen, mir geht es auch allerweil aso, man versteht das nicht oder man googelt sich dann die verschiedenen Ausdrücke runter, oder ich hab mir dann angewöhnt, dass ich dann einfach mit dem Befund vom Krankenhaus zum Hausarzt geh und der deuscht das dann aus.


Des is unmöglich wie ma da behandelt wird, ohne Respekt ma wird net miteinbezogen, da wird über an entschieden wie ma zdeppat war, dass mas versteht, man muass nur richtig erklären, dann versteht mas ja, aba i sich net ein dass i was moch soll wovon i net was des bringt.

Im Zusammenhang mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen sind lange Wartezeiten auf Operationen oder bestimmte Behandlungen und Untersuchungen zu sehen. Auf Vorsorgeuntersuchungen, Routineoperationen aber auch Untersuchungen etwa bei Verdacht auf Hautkrebs muss zum Teil Monate lang gewartet werden.

Jo, natürlich mein nächster Termin bei einem Verdacht auf Hauptkrebs ist am 20. Jänner [Zeitpunkt des Interviews: Anfang November], das is ein gutes Beispiel oder?

Die bis hier angeführten Punkte beziehen sich jeweils auf den stationären und ambulanten Bereich oder wurden ohne Spezifizierung allgemein aufs Krankenhaus bezogen. Für diese beiden Bereiche getrennt, zeigt sich, dass es im stationären Bereich des Öfteren keine freien Betten gibt und Personen deshalb in ein anders Krankenhaus oder wieder nach Hause müssen. Unfreundliche Behandlung schlägt sich auch im stationären Bereiche nieder. Es wurde berichtet, dass Personen nicht beim auf die Toilette gehen unterstützt werden oder vom Pflegepersonal sehr wenig Rücksicht auf die Intimsphäre genommen wird.


6.7 Niedergelassener Bereich

Auch im niedergelassenen Bereich sind die Probleme ähnliche wie im Krankenhaus. *Stigmatisierung, Geringschätzung oder respektloser Umgang* ist auch hier präsent. Ebenso wie im Krankenhaus spielt hier Herkunft, Aussehen, Krankheitsgeschichte oder Erwerbsstatus eine Rolle.

Ja, also mir ist das auch aufgefallen so wie der Kollegin, dass mich eine angesprochen hat beim Arzt, eine Arzthelferin: „Wer sind sie denn, sand sie überhaupt sozialversichert?“ Dann hab ich gesagt ich zahl doppelt, ich zahl gewerbliche, Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft, jedes Jahr ein paar tausend Euro und dann zahl ich noch bei der Gebietskrankenkasse und das nicht wenig und sie soll sich zusammennehmen, weil sonst werd ich das bei der Ärztelkammer melden und seit dem fragt sie nicht mehr.

Und es war auch so, dass ein Arzt mich gefragt hat, warum ich mich so anziehe, und ich finde nicht, dass beim Arzt diese Frage gestellt werden sollte. Also ich finde es diskriminierend, dass überhaupt diese Frage gestellt wird. Also ich finde es diskriminierend, ja, also dass ich danach gefragt werde, das ist meine Entscheidung wie ich mich anziehe. Also ich verstehe auch nicht warum man diese Frage stellt ob man ein Kopftuch trägt oder nicht, das ist sowieso ein Mensch, also ein Körper. Ein Mensch der ein Kopftuch trägt, kann genauso krank sein und ich finde, dass diese Frage beleidigend ist, also für unsere Frauen.

Ähnlich wie im Krankenhaus werden auch bei HausärztInnen *Befunde oder Diagnosen nicht erklärt*. Personen verlassen die Praxen oft mit der Frage: „Was fehlt mir eigentlich?“ Häufiger jedoch wird bei den HausärztInnen nicht erklärt, wie die verschriebenen Medikamente einzunehmen sind, beziehungsweise wozu sie gut sind.

Also ich war vor einiger Zeit krank, war beim Arzt, und hab unterschiedliche Medikamente bekommen. Also drei verschiedene, und mir wurde nicht erklärt wie ich die einnehmen soll. Erst in der Apotheke wurde mir dann gesagt, sie wissen schon dass sie diese beiden nicht zugleich nehmen dürfen. Das wurde mir beim Arzt nicht gesagt, beim praktischen Arzt.

Ein sehr wichtiges Thema in Bezug auf niedergelassene ÄrztInnen war der *Faktor Zeit*. Für HausärztInnen zeigt sich, dass hier nur begrenzte Zeit für die PatientInnen zur Verfügung steht. Die zur Verfügung stehende Zeit unterscheidet sich zwischen den einzelnen HausärztInnen.
Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen


Und sonst auch beim Neurologen hab ich den Eindruck, dass ich schneller wieder draußen bin als drinnen, also er nimmt sich nicht viel Zeit, das ist ein Kassenarzt.

Mein Anliegen ist halt mehr Zeit und weniger Medikamente.

Der letzte wichtige Aspekt in Bezug auf KassenärztInnen war die spezielle Situation für Menschen mit Behinderungen. Sehr viele der Praxen im niedergelassenen Bereich sind nicht barrierefrei zugänglich, was für Menschen mit Behinderung eine massive Einschränkung darstellt. Zudem zeigt sich, dass viele ÄrztInnen den Umgang mit Menschen mit Behinderung nicht gewohnt sind.

6.8 Spezifische Probleme aus Sicht von AsylwerberInnen


Ich hab keine Vorwürfe an die Ärzte, aber an die Krankenschwestern. Ich habe eine sehr gute Operation gehabt, alles ist gut gelaufen. Also das Umgehen von Krankenschwestern mit Patienten war manchmal sehr grob. Also ich hab ein sehr grobes Umgehen mit mir erlebt und meine Kinder erinnern sich immer noch wie eine Krankenschwester mit mir geredet hat. Ich wohne in **** und manchmal wo wir zu Ärzten kommen, also einen Arztbesuch haben, wird sehr grob mit uns umgegangen. Den Kindern wird auch öfters nicht erklärt, was für Medikamente sie brauchen und wofür sie die brauchen.
Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen


Also ein großes Problem ist ein Mangel an DolmetscherInnen. Also wenn man einen Arzttermin hat. Also es kommen Leute mit schwierigen Krankheiten und die Ärzte wissen nicht wo sie einen Dolmetscher einladen oder engagieren können. Es gab auch Fälle wo ich auch mit meinem Bekannten zu einem Arzttermin gegangen bin und ein bisschen gedolmetscht habe. Aber ich hab immer gesagt ich bin keine Dolmetscherin und habe gesagt: „Können sie ein Dolmetscherin engagieren?“ Die Ärzte haben gesagt nein, weil die Kosten muss dann das Krankenhaus tragen dafür.

6.9 Weitere Kategorien: Unterschiede zwischen Stadt/Land, Informationsmangel, Transport, Begleitung, Zusammenhang Armut und Krankheit


Eine Thematik, die in den Fokusgruppen angesprochen wurde, waren die Unterschiede zwischen Stadt und Land. Die Diskussionen hierbei bezogen sich auf zwei Punkte. Zum einen wurde die schlechtere gesundheitliche Versorgung im ländlichen Bereich und der damit erschwerte Zugang zu ÄrztInnen oder Krankenhäuser genannt. Zum anderen wurde die daraus resultierende Unsicherheit und Angst vor gesundheitlichen Problemen oder Notfällen angesprochen. Mit den Unterschieden zwischen Stadt und Land hängt auch die Kategorie Transport zusammen. Oft stellt sich im ländlichen Bereich die Frage, wie man zu weit entfernten ÄrztInnen oder in Krankenhäuser in die nächste Stadt kommt. Im folgenden Zitat werden der Zusammenhang dieser beiden Problematiken und die daraus resultierenden Folgen für armutsbetroffene Menschen evident:

Es passiert oft, dass wenn jemand die Rettung anruft, dass dieser Mensch abgeholt wird und im Krankenhaus untersucht wird. Es passiert auch öfters in der Nacht, dass dieser Patient entlassen wird, so um 12 um Mitternacht oder um ein Uhr in der Nacht und sie müssen nach Hause kommen. **** ist es doch schon eine lange Strecke. Bevor man die Rettung anruft muss man sich überlegen wie man nach der Untersuchung vom Krankenhaus dann wieder nach Hause kommt. Also leider werden Taxikosten nicht übernommen. Vom Krankenhaus nach **** kostet es ungefähr 150 Euro. Das wird keiner übernehmen. Und weil es dieses Problem gibt, sind manche Menschen bereit diese Schmerzen auszuhalten um sich dann nicht mit diesen Problemen zu konfrontieren. Wie es schon früher angesprochen wurde, wegen dieser geringen Kosten die man zur Verfügung hat im Monat, muss man


Ja, generell noch was ich selbst erfahren habe und was ich hier auch so gehört habe und sonst auch, kann ichs nur in einem Satz zusammenfassen: Armut macht krank, und Krankheit macht arm oder umgekehrt. Fragt sich nur, interessierts wen, der nicht betroffen ist?

7. Erzählungen

Stigmatisierung aufgrund von Drogenproblemen

Also ich weiß nur, es war bei dem ersten Orthopäden bei dem ich damals war. Der hat mir gleich gsagt was ich eben alles hab und da hab ich auch grad an Entzug gemacht und hab relativ schlecht ausgeschaut. I habs afoch nur reduziert und sonst nix dazu genommen. Der hat des gesehn. Mit dem hab ich dann im Endeffekt diskutieren müssen, dass ich a Therapie krieg, aber ich habs dann geschafft weil der Fuß war extrem geschwollen. Ich hab dann Ultraschall und Sprungfußbäder kriegt. Aber erst wie ich wirklich, also ich hab dann echt reden müssen mit erm. Hab da grad a Ausbildung gemacht ghabt, im Wifi 15 Monate. Hab a super Zeugnis ghabt, hätt a für die Lab scho den Termin gemacht und alles. Ich habs dann nimmer gemacht, weil ma eben kein Arzt geholfen hat. Dann hab ich erm halt mei Meinung gsagt, dann hatta irgendwie scho a schlechtes Gwissen ghabt is ma vorkommen. Da hab ich ihm vorher meine Zeugnisse hinlegen müssen, dann mein Substitutionsausweis, wo bestätigt is schriftlich, dass i da wirklich reduzier und net so schlecht dreinschau weil i mi immer zu mach den ganzen Tag. I hab zeitweise das Gefühl a zweite Chance gibts e net, man hat sich für was entschieden, und dann soll ma gefälligst so bleiben, so kommt ma des scho langsam vor.
Ängste – Nicht-Leistbarkeit – Zugang

Dass ma net gwusst hat wies überhaupt weiter geht vor a paar Jahren. Das heißt wenn ma des dann in der Zeitung liest und so, da kriegt ma schon noch a Angst dann mit, weil wer kümmert sich dann noch um dich wennst psychische Probleme hast ne? Was weiß ich, wennst wirklich akut wen zu reden brauchst, auf da GKK bietens auch Gesprächstherapien an, aber da, glaub ich, wartest du zwei oder drei Monate bis du da amal dran kommst, und in den zwei oder drei Monaten, ja was sollst da machen, bringst dich um daweil oder was? Man muss warten net? Bei Exit gibts zwei Kriseninterventionszimmer, oder vier, aber die sind auch oft belegt einfach und naja, laust zum Jauregg wirst mit Medikamente vollgestopft. Ich denke mir es sollte mehr Geld ausgegeben werden, dass ma mehr Zeit hat für solche Leute, dass ma sich einfach mehr in Form von Gesprächen anhorcht was is los und so und net einfach. Die Pharmazie, die Konzerne verdienen sich krumm und deppert und zum reden hat keiner Zeit. Aber Medikamente, mit Medikamenten wird ma vollgestopft net.

Krankenaus – respektlose Behandlung – Pensionsverfahren

Also i finds total bescheuert, dass ma, wenn ma zum Beispiel Schmerzen hat, i hab relativ oft sehr starke Schmerzen, ma dann zum Hausarzt geht und der gibt an dann an Überweisungsschein. Mit dem muss man dann in die Ambulanz. Da kriegt ma dann erst drei vier Monate später an Termin. Dann is ma durt, sitzt an holbati Tog durt, dann is ma fünf Minuten drin, kriegt wieder a Überweisung für an Niedergelassenen. MRT, CD was ma da ois braucht. Da muass ma wieder wenn ma ois beindorf hat ins Spital. Wenns dann sagen ok des is net, dann des ganze von furn. Das haßt des kann Jhöre dauern bis ma an Befund hat. Wenn ma a Pech hat, finds nix und dann wird ma no beschimpft, als wehleidig. „Stöns erna net so an“ und ähnliche Blödheiten. Des is ja, wann ma nachfrogen will weil mit de mit ihrn Fachinesisch da labern, wenn ma da nochfragt wird ma beschimpft. Wanns ka Vertrauen zu mir haben dann kamma ihna net behandeln. Ma will wissen was diese Diagnose bedeutet ls des irgende Entzündung oder Infektion oder was. Ma wird bewusst net informiert, und ma soll anfach ho akzeptieren und am bestn no zahlen. Was am da für Unsinn aufgeschwat wird, wenn ma sagt des hab i scho zwa mal gmacht, des hat ma des ganze nur verschlimmert und er wu ma des no amo einreden. Wenn i dann drauf bestanden hab na, des moch i net, dann kriegt er ma so a Gsicht und is eingschnappt. Des is unmöglich wie ma da behandelt wird. Ohne Respekt, ma wird net miteinbezogen, da wird über an entschieden, wie wenn ma zdeppat war dass mas versteht. Man muass nur richtig erklären, dann versteht mas ja, aber i sich net ein dass i was mochn soll wovon i net waß was des bringt. I bin 5 Jhö in Kreis gschickt worden. Die ham ma da wolln alles mögliche verklopfen was ich selber zahn muss. Die ham ma immer einreden wollen ich bild mir die Schmerzen ein. I büd ma des net ein, ich gspia des. Naja, dann tuns halt. Aber ich derf arbeiten, furs arbeiten bin i gsund. Des AMS sagt i bin zu krank, die sagen i bin gsund, was jetzt? Ana von den beiden musas a recht hoben, wer von den zwa? Des is anfach nur bescheuert was da abgeht, und da helfen an selbst Befunde nix, egal wie schwa krank ma is. Die Bestätigung, da braucht ma an Gutachter, den ma dann aber wieder selber zahn muss, dass ma dann, wenn man Glück hat, selber in Pension gehn kann. So kann des net sein. I man i soll ma wenn ich wart, womöglich erhöhs noch zwei mal das Pensionsalter. Da kann i e nimma, da bin i vorher tot und arbeiten kann i nimmer. I kann ab a net in Pension gehen. Also was jetzt?
Unterschiede zwischen großen öffentlichen und kleinen Krankenhäusern

Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen

8. Punktuation & Schlussfolgerung


- **Begleitdienste („Mitgehen“)** für Armutsbetroffene bei Gutachten und Gesundheitsdiensten. Auch bei Ämtern und Behörden.

- **Persönliche Begleitung, Mentoring, Buddies**: Jemanden haben, der/die einfach da ist und Gemeinsames unternimmt, Freizeitaktivitäten etc.

- **Psychotherapie und psychosoziale Notdienste: erleichterter Zugang** zu kostenloser Psychotherapie, Ausbau von Therapie- und Beratungseinrichtungen und psychosozialen Notdiensten außerhalb der Ballungszentren.

- **Prävention und Rehabilitation: erleichterter Zugang zu präventiven Gesundheitsmaßnahmen** wie Kuren etc., uneingeschränkter Zugang zu REHA-Maßnahmen; Personen mit multiplen Beeinträchtigungen sind wegen Betreuungsbedarf von Kuren ausgeschlossen.

- **Finanzielle Unterstützung: Unbürokratische finanzielle Unterstützung bei Behandlungen** mit hohen Selbstbehalten (Zahnersatz, Regulierungen, etc.) sowie bei notwendigen Heilbehelfen (Hörgeräte, orthopädische Hilfen etc.); Selbstbehalte außerhalb der Rezeptgebührenbefreiung sind für Prekarisierte und Einkommensschwache nicht leistbar.

- **Bessere räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen** Menschen mit wenig Geld haben besonders im ländlichen Raum große Probleme, Gesundheitseinrichtungen zu erreichen. Auch kleinere Wege sind ohne Auto kaum machbar. Kommen Armut und Krankheit zusammen ist die Mobilität völlig eingeschränkt.

- **Kein Zwang zu krankmachender Erwerbsarbeit** Die Erfahrung „ganz unten“ ist, dass Arbeit nicht automatisch „integriert“, sondern „sozial exkludieren“ kann, was Fragen rund um Sanktionen, Krankheit, Invaliditätspension und „Arbeit um jeden Preis“ aufwirft. Wenn Arbeit krank macht, prekarisiert, ohne Anerkennung und Wertschätzung, entsteht soziale Ausgrenzung durch die Arbeit selbst. „Arbeit um jeden Preis?“: AMS, Sanktionen und Angst machen krank.
• **Krank und vor dem Nichts? Wiedereinführung des Pensionsvorschusses**

• **Medizinische Gutachten: Mehr Respekt und Beachtung vorliegender Befunde**
Bessere Ausbildung und Sensibilisierung von GutachterInnen. Bereits vorliegende Befunde dürfen nicht missachtet werden.

• **Gleiche Behandlung und gleiche Therapien – egal ob arm oder reich**
Werden Armutsbetroffene gleich behandelt, bekommen sie die gleiche Medizin, die gleiche Therapie? Keine Klassenmedizin – ob bewusst oder unbewusst!

• **Keine Kürzung für soziale Dienste und Einrichtungen**
Sparpakete und Austeritätspolitik verschlechtern die Unterstützung von sozialen Diensten.

• **Rechtshilfe und Anwaltschaft**

• **Krankenversicherung: Schließen der Lücken für Menschen ohne Krankenversicherung**
Für viele ist der mangelnde Krankenversicherungsschutz kurzzeitig, für manche dauerhaft. Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen und mangelnder Information. Davon betroffen sind Menschen in prekärer Beschäftigung, Personen in schweren psychischen Krisen, Arbeitssuchende ohne Leistungsanspruch, Hilfesuchende, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen.

• **Verständlichkeit und Lesbarkeit von Formularen, Diagnosen und Therapien**
Eine angemessener und leichter verständliche Formularsprache. Mehr Zeit für die Erklärung von Diagnosen bzw. Therapien.

• **Dialogforen mit ÄrztInnen, EntscheidungsträgerInnen und anderen Gesundheitsberufen**
Armutsbetroffene kommen ins Gespräch mit AkteurInnen des Gesundheitssystems. Sensibilisierung für Anliegen und Situation Einkommensschwacher, Erfahrungsaustausch am runden Tisch (z.B. mittels „Weltcafé“).
9. Literatur

Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen


Statistik Austria (2014): EU SILC 2013


Wo finden sich Barrieren und Lücken im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen?

In den österreichischen Rahmengesundheitszielen ist vermerkt: „Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit“ Und: „Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist“.

Diese Erhebung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt,

a) Armutsbetroffene selbst zu fragen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den Mittelpunkt zu stellen,

b) Themen und Felder mangelnder Barrierefreiheit zu erheben, an denen vertieft weiter gearbeitet werden kann.

Durchgehend wird ein partizipativer Ansatz verfolgt, der Menschen mit Armutserfahrungen in die Reflexion, Ausarbeitung und Präsentation der Ergebnisse miteinbezieht.