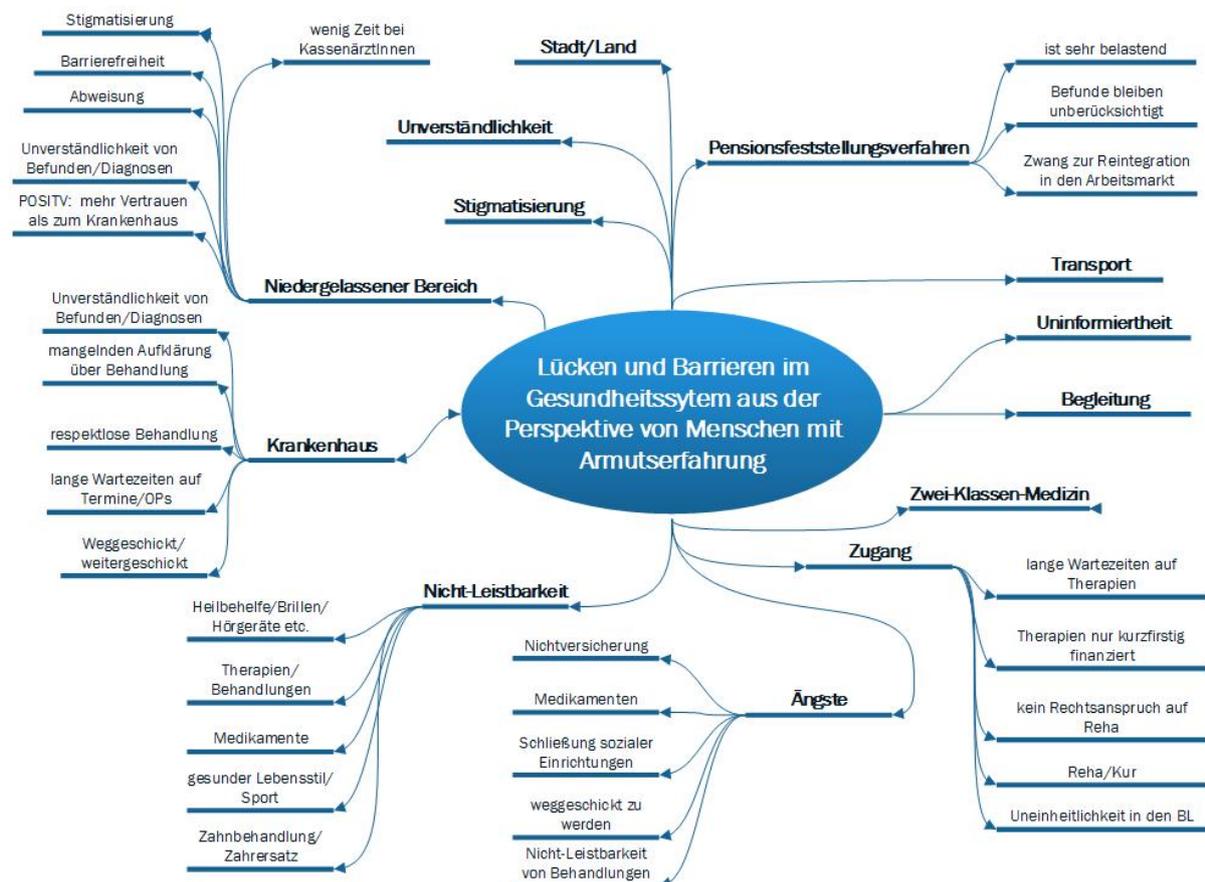


Dringender Verbesserungsbedarf: GESUNDHEIT

Der Wechsel von der alten Sozialhilfe zur jetzigen Mindestsicherung hat Krankenversicherung für all jene BMS-BezieherInnen gebracht, die nicht auf anderem Wege einbezogen sind (z.B. durch Versicherungsleistungs-Bezug, Mitversicherung, etc.). Sie vertröstet jetzt aber Kranke bei Kosten, die von der Krankenversicherung nicht übernommen werden, auf die Sozialfonds der Krankenkassen. Personen in prekärer finanzieller Lage können sich auf diese Unterstützungsfonds nicht verlassen. Es gibt keinen Rechtsanspruch auf deren Hilfe. Sie sind von der `Gnade` der Krankenkassen abhängig, die wiederum von deren budgetärer Ausstattung abhängt. **Diese Fonds helfen manchmal, manchmal auch nicht, die Vergabe ist intransparent und im Einzelfall nicht nachvollziehbar.**

Werden BMS-BezieherInnen über die BMS in die Krankenversicherung einbezogen, müssen sie zwar keine Kostenanteile selbst tragen, sehr wohl aber Selbstbehalte für Heilbehelfe und Hilfsmittel (z.B. Zahnspangen oder Brillen). Auch die Befreiung vom Kostenbeitrag für Anstaltspflege gilt zwar für die regulär Versicherten, nicht aber für mitversicherte Angehörige – und damit in aller Regel nicht für die Kinder in BMS-Haushalten.

Grafik: Lücken und Barrieren im österr. Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen:



Gibt es seitens der Unterstützungsfonds der Krankenkassen keine oder nur bescheidene Unterstützung, sind etwa **Therapien, Brillen, Schuheinlagen oder Hörgeräte oft nicht finanzierbar**. Selbiges gilt für Zahnersatz und andere notwendige Zahnbehandlungen. Getönte Brillengläser um Kopfschmerzen zu vermeiden, eine Zahnspange für die Kinder oder ein moderner Rollstuhl, um auch außerhalb der Wohnung mobil zu sein, werden zum unleistbaren Luxus.

Oft müssen **Therapien oder Behandlungen selbst vorfinanziert werden, was für einkommens-schwache Personen in vielen Fällen nicht möglich ist**. Diese finanzielle Barriere führt dazu, dass sie auf wichtige Behandlungen verzichten müssen, oder ihre prekäre Lage durch diese zusätzlichen Ausgaben noch weiter verschärft wird.

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**.

Reform der 15a Bund-Länder Vereinbarung:

Gesundheitskosten: Unbürokratische finanzielle Unterstützung bei Behandlungen mit hohem Selbstbehalt (Zahnersatz, Regulierungen, etc.) sowie bei notwendigen Heilbehelfen (Hörgeräte, orthopädische Hilfen etc.)

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