

ARMUT KANN IHRE GESUNDHEIT GEFÄHRDEN.

Abbau von Ungleichheit – eine „neue“ Herausforderung der Gesundheitspolitik.

Martin Schenk

1. Psychosozialer Stress und Scham

Leben am Limit macht Stress. 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. Wenn aber Entspannung über einen längeren Zeitraum hinweg ausbleibt, wird es gesundheitlich belastend. Dauerhafter Stress kann zu hohem Blutdruck, Gefäßerkrankungen, Infarktrisiko und generell zu einer Schwächung des Immunsystems führen.

Dazu kommt die Scham, die eigene Armutssituation zu zeigen. Deshalb wird Hilfe auch erst so spät in Anspruch genommen. „Ich schaffe das allein, auch wenn es nicht mehr geht“. Wenn das eigene Ansehen bedroht ist, fühlen wir Scham. Scham ist psychologisch bedrohtes Ansehen. Von finanzieller Not Bedrohte versuchen so lange wie möglich die Normalität aufrechtzuerhalten, das Gesicht vor den anderen zu wahren. Das braucht zusätzlich zu den schwierigen Lebensumständen nochmals viel Energie.

Die Dauerüberbeanspruchung der eigenen Ressourcen macht Menschen verletzlicher, schwächt die Widerstandsfähigkeit, macht anfälliger für Krankheiten. So schwinden die persönlichen als auch die sozialen Ressourcen von außen. Die Vulnerabilität, die Verletzbarkeit, ist höher. Dazu kommt, dass auch das Nichteintreten erwarteter Ereignisse, wie erhoffte Entlastung oder zugesagter Job oder Ausfall finanziellen Zuspruchs, massiv belastend wirkt und Stress chronifiziert (vgl. Wheaton, 1997).

2. Soziale Unterstützung, Situationskontrolle, Anerkennung

Chronische Distresserfahrungen gehen unter die Haut. Sie entfalten ihre Wirkung stets über „Prozesse der Blockierung von Handlungschancen (damit der Möglichkeit von Selbstwirksamkeitserfahrungen), des Vorenthaltens angemessener Belohnungen (damit der Möglichkeit von Selbstbewertungserfahrungen), des Entzugs sozialer Positionen und des Ausschlusses von signifikanten gesellschaftlichen Gruppen (damit der Möglichkeit von Selbsteinbindungserfahrungen).“ (Siegrist 1996, S.94).

Mit zunehmendem sozialem Abstieg schwinden die sozialen Netze, Freunde verabschieden sich, soziale Unterstützung wird geringer. Alle Studien weisen darauf hin, dass Menschen am Rand der Gesellschaft sich tendenziell aus allen öffentlichen und politischen Zusammenhängen zurückziehen. Armut isoliert. 48 Prozent der Armen in Österreich verzichten auf Einladungen zu sich nach Hause, aber nur 7 Prozent der nichtarmen Bevölkerung. Nur 27 Prozent von Armut Betroffener sind Mitglied in irgendwelchen Vereinen, aber 44 Prozent der Restbevölkerung, sagt uns der Sozialbericht des Sozialministeriums. In den unteren Einkommensschichten, dort wo jeder Schilling, der verdient wird, für das Überleben ausgegeben werden muss, dort ist man mit dem Alltag beschäftigt. Da bleibt keine Zeit für politisches Engagement, fürs Zeitungslesen, für Vereine. Kinder müssen gut versorgt werden - auch mit wenig Geld. In verarmten Wohnmilieus ist ein völliger Ausfall der Nachbarschaftshilfe bei gleichzeitiger Distanzierung und Abgrenzung von den übrigen HausbewohnerInnen festzustellen. Wenn es Anknüpfungspunkte für Kontakte gibt, dann sind das Kinder oder gemeinsame ökonomische Entwicklungen wie Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfestatus. Gleichzeitig erfahren die von Armut Betroffenen eine Distanzierung früherer Freunde und distanzieren sich wiederum selbst von Milieus, denen sie nicht angehören wollen, aber es in Wirklichkeit schon längst tun.

Ebenfalls schwächend auf die Widerstandsfähigkeit wirkt sich die Unkontrollierbarkeit der eigenen Lebenssituation aus. Kann man selber noch irgendetwas ausrichten, hat Handeln einen Sinn? Die Erfahrung schwindender Selbstwirksamkeit des eigenen Tuns macht krank. Ein intaktes „Kohärenz-Gefühl“ (Antonovsky 1997) ist eine wichtige Gesundheits-Ressource: Eine „globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein...Gefühl des Vertrauens hat, dass...die Anforderungen...im Lauf des Lebens...vorhersagbar und erklärbar sind, ...und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1997, S.36).

Mit niedrigem sozialem Status geht ein Mangel an Anerkennung und Belohnung einher. Das gemeinsame Auftreten von hoher Verausgabung und niedriger Belohnung macht krank. Der belastende Alltag am finanziellen Limit bringt keine „Belohnungen“ wie besseres Einkommen, Anerkennung, Unterstützung oder sozialen Aufstieg. Eher im Gegenteil, der aktuelle Status droht stets verlustig zu gehen. Diese Distresserfahrung, die in einer solchen „Gratifikationskrise“ (Siegrist 1996) entsteht, wirkt besonders bei Menschen, die arm trotz Erwerbsarbeit (working poor) sind, die in den Randbelegschaften und in prekären Billigjobs arbeiten. Die Folge: besonders hohe Herz-Kreislauf Erkrankungen.

3. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen

Bei Neunjährigen aus armen Familien sind durchschnittlich 5 Zähne gefault (Siegrist 1998).

Bei Kindern von Erwerbslosen und SozialhilfeempfängerInnen treten überproportional asthmatische Erscheinungen und Kopfschmerzen auf. Die Atemwegserkrankungen führen oft von feuchten Wohnungen her. Teilt man die Gesellschaft in drei soziale Schichten, treten bei Kindern in der unteren Schicht mehr Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit auf (Klocke/Hurrelmann 1995).

Diese Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.

Ein Beispiel aus unseren Beratungsstellen: Kinder werden in die Schule geschickt, auch wenn sie krank sind. Alleinerzieherinnen fürchten Arbeitsplatzverlust bei häufigem Fehlen bzw. Pflegeurlaub.

Die „soziale Vererbung“ von Benachteiligungen ist in Österreich relativ hoch. Kinder von Eltern am Rand müssen auch als Erwachsene eher am Rand leben. Das weist auf mangelnde Aufstiegschancen und Aufstiegsleitern hin. Besonders bei Kindern der Zugewanderten ist die Situation vom relativ hohen Anteil an Jugendlichen in Sonderschulen, dem frühen biographischen Eintritt ins Erwerbsleben und dem geringen Anteil am Mittelschul- und Universitätsbesuch gekennzeichnet.

4. Soziale Ungleichheit verkürzt das Leben

Die empirischen Daten scheinen die Volksweisheit zu bestätigen: „Lieber reich und gesund als arm und krank“. Zahlen über die Sterblichkeit in Österreich zeigen uns auf die Spitze getrieben die Ungleichheit vor dem Tod: Wer geringes Einkommen und geringe Bildung hat, stirbt durchschnittlich früher als diejenigen mit höherem Einkommen und höherer Bildung.

Sie haben aber nicht nur eine geringere Lebenserwartung, sie haben im Alter auch weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten. Männer und Frauen „unten“ 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 Männer und Frauen „oben“ im Durchschnitt nur 0,8 bzw. 1,3 Jahre pflegebedürftig sind (Doblhammer/Kytir 1998).

Eine Studie, die am Institut für Sozialpolitik der Universität Linz (Wukounig 2003) verfasst wurde, untersuchte die Lebens- und Gesundheitsumstände von PensionistInnen.

Die Ergebnisse:

1. Je geringer das Einkommen, desto häufiger die Krankheiten. Während im untersten Einkommensbereich (unter 730 €) die Gesunden nur einen geringen Anteil von 58 Prozent ausmachen, steigt die Rate der Gesunden mit dem Ausmaß der Pensionshöhe an und beträgt in der obersten Einkommensschicht (über 1.451 €) bereits 74 Prozent. Der höchste Anteil der Kranken befindet sich bei den „Ärmeren“ (6%), der geringste bei den „Reicheren“ (1%).

2. Obwohl die PensionistInnen mit dem untersten Einkommen am meisten krank sind, nehmen sie am geringsten Gesundheitsdienste in Anspruch. Die Inanspruchnahme von Ambulanz, Vertragsärzten, Heilbehelfen, Zahnbehandlung ist bei den „Ärmeren“ im Vergleich zu höheren Einkommen am geringsten.

3. Ärmere sind am wenigsten selbstbewusst um Unterstützung zu bitten, obwohl sie am stärksten von Krankheit betroffenen sind. Die untersten EinkommensbezieherInnen zeigen das geringste Selbstbewusstsein bei der Frage nach „Anspruch auf Hilfe“.

5. Je geringer das Einkommen, desto höher die Krankheiten

Besonders ausgeprägt sind die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungssystems und des Herz-Kreislaufsystems. In Österreich erkranken 5,1 Prozent der Männer in den untersten 15 Prozent der Haushaltseinkommen (weniger als 726 €) an Asthma, aber nur

0,8 im obersten (mehr als 1890 €). Bei den Frauen 3,5 Prozent zu 1,8 Prozent. Magengeschwür bzw. Gastritis tritt bei 10,2 Prozent der Männer "unten", aber nur bei 5,2 Prozent "oben" auf; bei den Frauen beträgt das Erkrankungsrisiko 9,5 Prozent zu 0,9 Prozent (Freidl/Stronegger/Neuhold 2001).

So konnte in allen Industrieländern festgestellt werden, dass mit fallendem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung die Krankheiten ansteigen, dass in nahezu allen Gesellschaften die untersten Sozialschichten die häufigsten und die schwersten Erkrankungen haben, und dass mit dem Abfall der Einkommen die Lebenserwartung deutlich sinkt.

In einer aktuellen Studie in Wien werden als die zwei stärksten Einflussgrößen für die „Lebenszufriedenheit“ Gesundheit und Einkommen ausgewiesen. Darauf folgen Berufsstatus und soziale Unterstützung (IFES 2003).

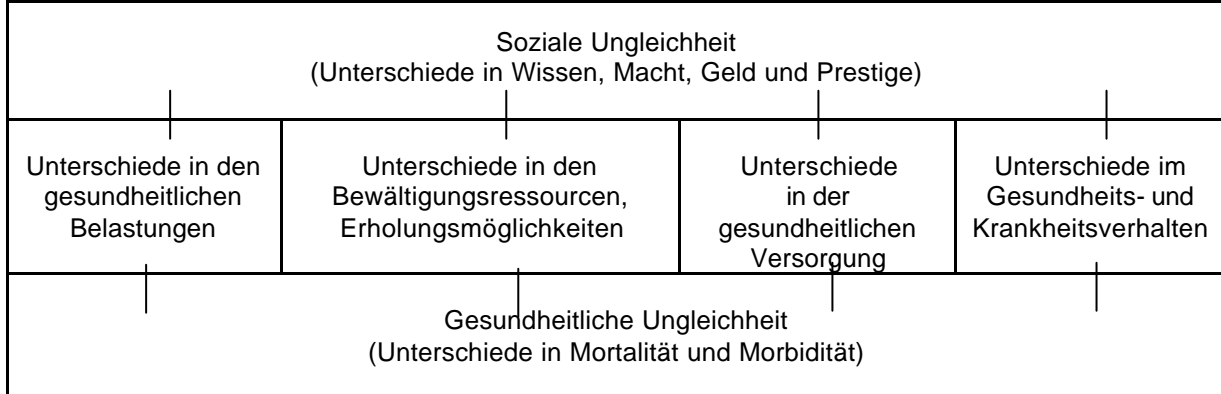
6. Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin

In der Gesundheitspolitik und Prävention muss mehr Augenmerk auf die sozialen Lebensbedingungen gelegt werden. Wer in Kauf nimmt, dass immer mehr Menschen in die Sozialhilfe abrutschen, gefährdet die Gesundheit der Kinder. Jetzt leben bereits 30 000 Kinder und Jugendliche unter Sozialhilfebedingungen. Tendenz steigend. Eine Politik, die die Bedingungen im unteren sozialen Netz verschlechtert, die Arbeitslosigkeit hinnimmt, schlechte Wohnverhältnisse für Einkommensschwache zulässt, vorschulische Bildung für Benachteiligte erschwert, steigende Armut in Kauf nimmt, gefährdet die Gesundheit.

Wie ist das zu erklären? Es sind 4 Faktoren, die zu den gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Einkommensschichten führen:

1. die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen,
2. die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten,
3. die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und
4. die Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

Abbildung 1: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell



(Mielck 2000, S. 173)

Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnissen gehen Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, verbinden sich mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil.

Da bekommt Vorsorge auch einen anderen Klang. Die meist verhaltens-orientierten Gesundheitskampagnen greifen bei Armen nicht. Wenn sich Arme z.B. fett und kohlehydratschwer ernähren, muss man die Funktion dieses Ernährungsverhaltens verstehen: billig satt zu werden. Menschen sind nicht die Summe aus Verhalten, Eigenschaften und Einstellungen, sondern sie handeln und denken als einzelne durch Weltanschauungen und soziale Lagen hindurch. Der „Habitus“ (Bourdieu 1982) des Einzelnen muss in dieser integrierten Wechselwirkung begriffen, das Handeln der Menschen in seinem funktionellen Zusammenhang verstanden werden. Jedenfalls fällt auf, welche dominante Stellung die Verhaltensprävention im Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheiten einnimmt, und welche geringe Anstrengungen in der Verhältnisprävention ergriffen werden. Einen Teil der Energie, die in den Anti-Raucher-Kampagnen gebunden ist, wäre auch in Maßnahmen gegen die steigende Zahl der working poor, leistbaren Wohnraum für Familien an städtischen Hauptverkehrsrouten oder der Reduzierung der hohen „sozialen Vererbung“ im Bildungssystem gut investiert.

Das hohe Erkrankungsrisiko Armer ist vermeidbar. Wenn an den vier Faktoren angesetzt wird:

- (1) Die Gesundheitsdienste müssen den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität unabhängig von Einkommen und Herkunft gewährleisten.
- (2) Die Ärmern müssen in ihren Selbsthilfepotentialen und Ressourcen gestärkt werden,
- (3) was auch Auswirkungen auf einen gesünderen Lebensstil hat.
- (4) Und sozialer Polarisierung können wir entgegenzutreten. Die Daten sprechen für sich: Sozialer Ausgleich und Fairness sind eine gute Medizin.

7. Die Farbe des Gesundseins

160 000 Menschen sind in Österreich nicht krankenversichert, das sind 2,4 Prozent der Wohnbevölkerung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2003). Gemeinsam ist ihnen allen, dass sie geringes Einkommen haben. Zwei Drittel befanden sich zum ersten Mal in dieser Situation, immerhin ein Drittel war schon öfters davon betroffen.

Da ist Frau Kramer mit geringfügiger Beschäftigung, da sind Asylwerber wie Herr Kamiro, da ist Herr Gubitzer Herrgergin einer schweren psychischen Krise, da ist Herr Spanter als Arbeitssuchender ohne Leistungsanspruch, da sind - vormals mit ihrem Ehemann mitversicherte- Frauen nach der Scheidung, da sind Hilfesuchende wie Frau Lamprecht, die ihren Sozialhilfeanspruch aus Scham nicht einlösen. Alle zusammen eben 160 000.

JedeR zweite Anspruchsberechtigte, beantragt keine Sozialhilfe. Die Gründe sind: Scham, Schikanen am Sozialamt, Angst vor Armutsverfestigung. Wer als Mittelloser aber ohne Sozialhilfe lebt, lebt auch ohne Krankenversicherung. Frau Lamprecht darf nichts passieren, sie kann keine Krankenhausrechnung zahlen. Wer trotz allen Widrigkeiten Sozialhilfe bekommt, erhält keinen normalen Krankenschein, sondern einen in einer anderen Farbe. So weiß jeder Arzt gleich, dass da jetzt eine SozialhilfebezieherIn vor ihm steht. Was bestimmt nicht zur Gleichbehandlung beiträgt. Bei solch stigmatisierender Sozialhilfepraxis braucht sich niemand über die hohe Nichtinanspruchnahme wundern.

Frau Kramer hat zwar einen Job, davon leben kann sie eigentlich nicht. Nicht gewusst hat sie, dass sie sich bei McJobs selbst versichern kann („opting in“). Als sie überraschend schwer erkrankte, überfielen sie die Behandlungskosten.

Unfassbar Grausames musste Herr Kamiro in seiner Heimat erleben. Zumindest jetzt hier in Sicherheit quälen ihn die Folgen der schweren Traumatisierungen. Hätte eine Hilfsorganisation nicht die Kosten der Therapie übernommen, Herr Kamiro wäre noch immer von Schlafstörungen und Flashbacks geplagt. Wie sollen sich traumatisierte Flüchtlinge die lebensnotwendige therapeutische Betreuung leisten? Die Krankenkassa übernimmt ja nur die Hälfte der Therapiekosten. Die Wartelisten von Flüchtlingen, die dringend psychologische und medizinische Hilfe brauchen, sind lang. Der notwendige Bedarf weit größer als das finanzierte Angebot.

Herr Gubitzer hat einen depressiven Schub. In solchen Phasen psychischer Krise versagen seine Fähigkeiten zur Selbstorganisation. Er versäumt den Termin am Arbeitsmarktservice und fällt aus der Krankenversicherung. Viele sind in Gefahr ihre Wohnungen zu verlieren und nicht in der Lage ihren Alltag zu bestreiten. Die psychosozialen Stützpunkte außerhalb der Spitäler in Gemeinden und Bezirken sind unzureichend, die Instrumente aktiver Arbeitsmarktpolitik für die Betroffenen nicht ausgereift – viele Projekte überhaupt von Kürzungen bedroht.

Am Beispiel von Menschen in psychischen Krisen wären folgende Maßnahmen hilfreich:

- Ausbau der Delogierungsprävention gerade auch für „schwierige“ Mieter sowie während eines längeren Krankenhausaufenthalts
- Zusätzliche niederschwellige Tageseinrichtungen
- Wohnhäuser, die jederzeit und unbürokratisch von psychisch Kranken ausgesucht werden kann
- ein mobiler Krisendienst, der wie ein Notarzt rund um die Uhr und auch zu den Feiertagen Menschen in Krisen zu Hause aufsucht
- Ausbau Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik für Menschen in psychischen Krisen

Am Beispiel traumatisierter Flüchtlinge:

- Erhöhung des Angebots kostenloser psychotherapeutischer Betreuung für Flüchtlinge mit Traumatisierung.
- Unterstützung der Gesundheitseinrichtungen für Folterüberlebende.
- Keine Schubhaft für Menschen mit Traumatisierung

8. Poor services for poor people?

In der Gesundheitspolitik und Prävention muss mehr Augenmerk auf die sozialen Lebensbedingungen gelegt werden. Der Parameter „Einkommen“ wird in Programmen der Gesundheitsvorsorge ja gerne vergessen.

Ein wichtiger Schritt wäre, Gesundheitsdeterminanten in den anderen Politikfeldern zu implementieren: in der Budgetpolitik, in der Arbeitsmarktpolitik, in der Verkehrsplanung, im Sozialressort.

Armut ist einer der existenziellsten Formen von Freiheitsverlust. Armut ist nicht nur ein Mangel an Gütern. Es geht immer auch um die Fähigkeit, diese Güter in Freiheiten umzuwandeln. Güter sind begehrt, um der Freiheiten willen, die sie einem verschaffen. Zwar benötigt man dazu Güter, aber es ist nicht allein der Umfang der Güter, der bestimmt, ob diese Freiheit vorhanden ist. Die Freiheit zum Beispiel über Raum zu verfügen, aus einem runtergekommenen Bezirk wegziehen zu können oder eben nicht, oder die Verfügbarkeit über Zeit. Frauen mit Kindern in prekären Beschäftigungsverhältnissen wie Leiharbeit, die nicht entscheiden können, wann sie arbeiten und wann nicht.

Die Möglichkeit die eigene Vorstellung von einem guten Leben zu verwirklichen, hängt auch von gesellschaftlichen Strukturen, Lebensgewohnheiten, sozialen Techniken und dem allgemeinen Reichtum ab.

Armut wird deshalb nicht allein durch die Ermöglichung höherer Einkommen reduziert, sondern durch eine bessere Gesundheitsversorgung für Einkommensschwache, durch die Beseitigung feuchter Substandardwohnungen, wenn Zukunft nicht von der Herkunft abhängt, wenn Kinder gleiche Bildungschancen haben, wenn man vom Job, den man hat, auch leben kann, wenn Qualifizierung am Arbeitsmarkt für Benachteiligte möglich ist.

Es geht in der Armutsbekämpfung um die Erhöhung der „Verwirklichungschancen“ Betroffener, wie es der Wirtschaftsnobelpreisträger und Armutsforscher Amartya Sen formuliert. Das trifft sich mit der salutogenetischen Perspektive des Kohärenzgefühls „personale und soziale Ressourcen wahrzunehmen, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.“ (Antonovsky 1997, S.35). Teilhabechancen und Handlungsspielräume zu erhöhen, hat mit dem Gefühl der Bewältigbarkeit einer Lebenssituation, dem „sense of manageability“, zu tun, - und ist gesundheitsfördernd.

Wenn wir uns die Gesellschaft wie ein Haus mit vielen Stockwerken vorstellen, in dem Reichtum und Lebenschancen unterschiedlichst verteilt sind, dann brauchen wir ein Netz nach unten, damit niemand in den dunklen Keller fällt. Das ist Existenzsicherung. Das ist Armutsbekämpfung. Und wir brauchen Aufzüge und offene Stiegenhäuser nach oben, damit nicht ganze Bevölkerungsgruppen im untersten Stockwerk eingeschlossen bleiben. Das ist

soziale Integration. Beides hat mit der Erhöhung von Verwirklichungschancen, von Handlungsspielräumen, von Freiheiten für Benachteiligte zu tun. Bei Armutsbekämpfung geht es also um Existenzsicherung nach unten und Integration nach oben.

Armutsvermeidung bedeutet zu verhindern, dass immer mehr Menschen in unserem Haus abstürzen oder gar im dunklen Keller verschwinden: Öffentliche Dienstleistungen, dazu zählen auch Gesundheitsdienste, beziehen ihre Legitimität und gesellschaftliche Anerkennung daraus, dass sie, von allen finanziert, auch allen in gleicher Qualität und Verfügbarkeit zugänglich sind. Ihre Bereitstellung bildet einen integralen Bestandteil nicht bloß des österreichischen, sondern des europäischen Wohlfahrtsmodells. Öffentliche Güter und Dienstleistungen gehören zum Reichtum einer Gesellschaft. Und sie sind Ausdruck institutionalisierter Solidarität: Einkommensschwache Personen können Dienstleistungen in guter Qualität nicht kaufen. Sie haben keine Wahl. Insofern ist ihre Bereitstellung wesentliches Element einer präventiven Politik gegen Armut.

Die Bedeutung sozialer Dienstleistungen für die Armutsvermeidung wurde bisher unterschätzt, wie die Wiener Ökonomin Karin Heitzmann feststellt. Dienstleistungen, die für alle in gleicher Qualität zugänglich sind, wie Kinderbetreuung, öffentlicher Verkehr oder Schule, vermindern soziale Ungleichheit massiv. Einer Alleinerzieherin aus unseren Beratungsstellen nützt ja ein Einkommen von 700€ gar nichts, wenn gleichzeitig die Miete auf 600€ ansteigt, es keine Kinderbetreuung gibt, beim Arzt stets gezahlt werden muss, Gebühren steigen, die U-Bahn keinen Sozialtarif kennt, die Schule keine kostenlose Nachmittagsförderung für ihr Kind anbietet, die Pensionsversicherung privat gezahlt werden soll.

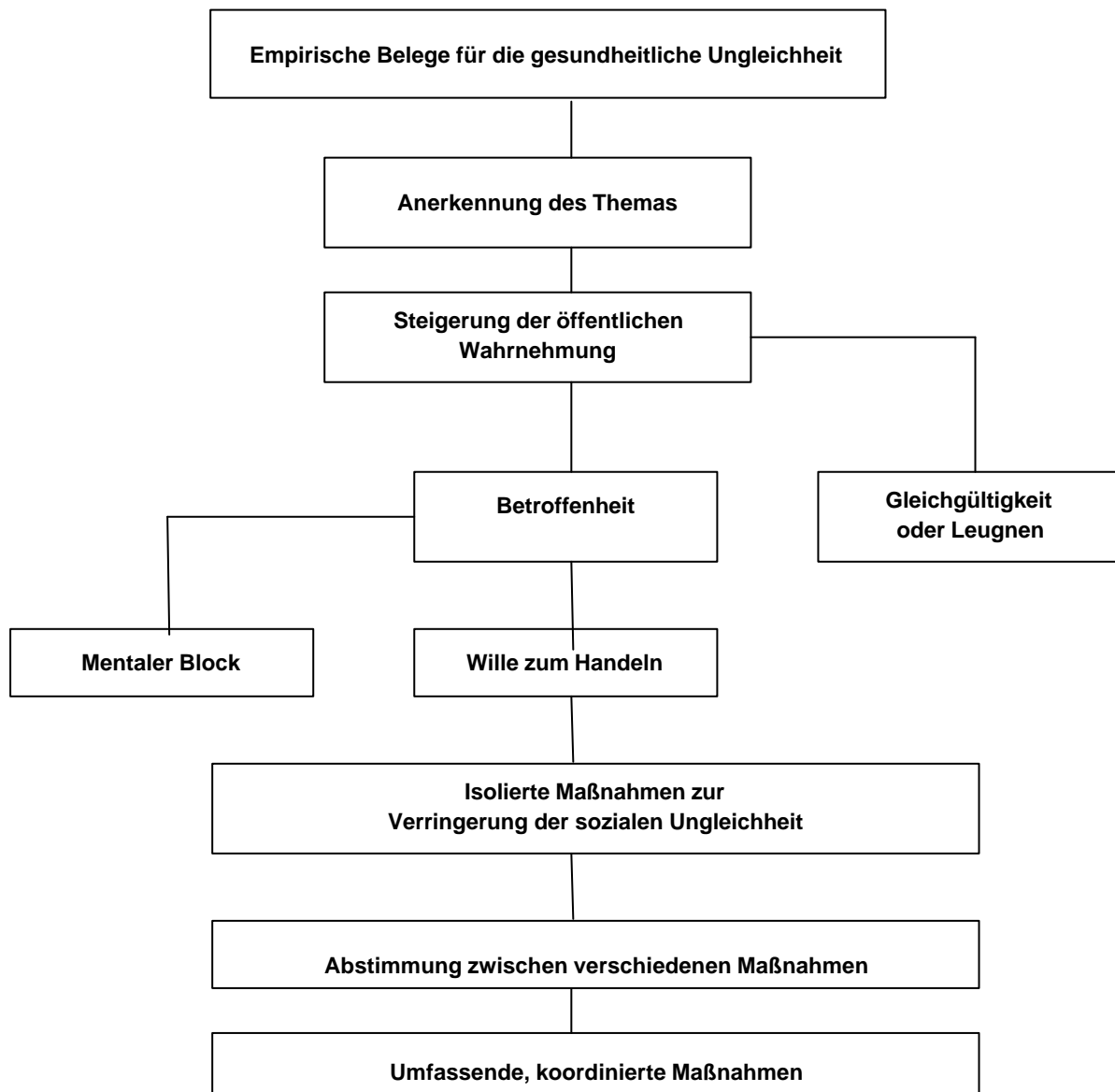
Welche Folgen es für den sozialen Zusammenhalt hat, öffentliche Güter und Dienstleistungen aus dem sozialstaatlichen Aufgabenkatalog auszugliedern, zeigt der Blick auf Länder wie Großbritannien. Dort heißt es: poor services for poor people. Armselige Dienste für arme Leute. Nur allzu schnell verselbständigt sich der Trend weg von universellen sozialen Bürgerrechten hin zur selektiven, unsicheren, almosenhaften Armenfürsorge. Alle Armutsstudien weisen darauf hin: Staaten mit der Absicherung sozialer Risiken für eine breitere Bevölkerung und mit solidarisch finanzierten Dienstleistungssystemen haben die geringsten Armutsquoten. Diese Systeme wirken offensichtlich stark präventiv.

9. Prioritäten

Beim Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, sind wir gesellschaftlich an einem Kreuzungspunkt. In Whiteheads Weg-Diagramm (Abbildung 2) befinden wir uns in Österreich wohl irgendwo zwischen „Steigerung der öffentlichen Wahrnehmung“ und „Isolierte Maßnahmen zur Verringerung der sozialen Ungleichheit“.

Zunehmende „Abstiegskarrieren“ bei gleichzeitig sinkender „Aufstiegsmobilitäten“ sind ein Seismograph für sich ankündigende soziale Verwerfungen. Naturerscheinungen, die wir fassungslos bestaunen dürfen, sind das aber keine. In einem der reichsten Länder der Welt ist Armutsvermeidung alleine eine Frage der politischen Prioritäten.

Abbildung 2: Interventionsmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit



(Whitehead 1998)

Martin Schenk arbeitet als Sozialexperte der Diakonie zu den Schwerpunkten welfare policy, Integration, Menschenrechte; ist Mitbegründer der Armutskonferenz; war über Jahre in der Betreuung Wohnungsloser und in der Jugendarbeit tätig; Vorstandsmitglieder der Folteropfer-Hilfsorganisation Hemayat.

Literatur:

- Antonovsky, Aaron: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997
- Bourdieu, Pierre: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt 1982
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bmgf): Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich, Wien 2003
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen: Bericht über die soziale Lage 2001-2002, Analysen und Ressortaktivitäten, Wien 2002
- Doblhammer, Gabriele und Josef Kytir: Social inequalities in disability-free and healthy life expectancy in Austria, in: Wiener Klinische Wochenschrift 110/11, Wien 1998
- Freidl, Wolfgang, Willibald-Julius Stronegger und Christine Neuhold: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, Wien 2001
- Heitzmann, Karin: Zugang und Qualität sozialer Leistungen für Einkommensschwache. Ein europäischer Vergleich, in: Pflicht zum Risiko? Fünfte Österreichische Armutskonferenz, Wien – Salzburg 2004, S.34-38
- IFES: Leben und Lebensqualität in Wien, Wien 2003
- Klocke, Andreas und Klaus Hurrelmann : Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2.Beiheft, 1995, S. 138-151
- Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000
- Schenk, Martin: Und raus bist du! Die Stärke und die Ohnmacht der Schwachen, in: Hannes Ettlstorfer, Hannes (Red.): Armut. Katalog zur 298. Sonderausstellung des Historischen Museums der Stadt Wien, Wien 2002, S.41-55
- Sen, Amartya: Ausgrenzung und politische Ökonomie, in: Wolfgang Voges und Yuri Kazepov (Hrsg.): Armut in Europa, Wiesbaden 1998, S.234-247
- Siegrist, Johann: Soziale Krisen und Gesundheit, Göttingen 1996
- Siegrist, Johann: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen, Folgerungen für die Praxis aus der Public Health Forschung, in: Gesundheitswesen 60, Düsseldorf 1998, S.614-617
- Wheaton, Blair : The nature of chronic stress, in: B.H.Gottlieb (Hrsg): Coping with chronic stress, New York 1997
- Whitehead, Margaret: Diffusion of ideas on social inequalities in health. A european perspective, in: The Milbank Quarterly 76, 1998, S. 469-492
- Wukounig, Monika: PensionsbezieherInnen und Umgang mit Krankheit, Linz 2003