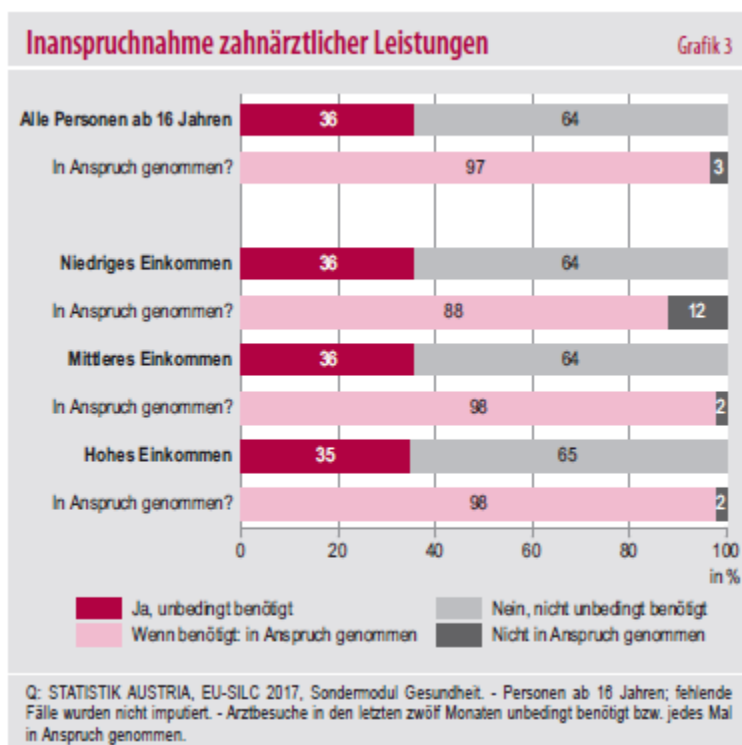


Gesichtsverlust: Barrieren in der Gesundheitsversorgung für Armutsbetroffene

Martin Schenk

Je geringer das Einkommen und der Bildungsabschluss, desto geringer die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Erhebungen der Statistik Austria zeigen die Unterschiede dringend benötigter Behandlungen nach Einkommen und Bildung. 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. 12% der Erwachsenen mit niedrigem Einkommen, die eine zahnärztliche Leistung benötigt hätten, haben sie nicht beansprucht. Zu mehr als drei Viertel werden dafür finanzielle Gründe ins Treffen geführt (Lamei et al 2019).

Abbildung 1: Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen



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).

In einer qualitativen Untersuchung wurden Barrieren und Lücken im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen erhoben (Riffer/Schenk 2015). Die Probleme zeigten sich auf mehreren Ebenen. Zur Sprache kamen Selbstbehalte, die nicht leistbar sind. Oder Rehabilitations-Maßnahmen, die in zu geringem Umfang angeboten werden. Thematisiert wurde der mangelnde Zugang zu Gesundheitsleistungen, die Unterschiede Stadt-Land, Nicht-Leistbarkeit, Unverständlichkeit von Diagnosen & Befunden, Schwierigkeiten bei Gutachten, Beschämung und Ängste. Menschen unter der Armutsgrenze sind mit der Nicht-Leistbarkeit von Gesundheitsleistungen konfrontiert. Durch Selbstbehalte oder fehlenden Kostenersatz seitens der Krankenkassen sind etwa Heilbehelfe, Brillen, Schuheinlagen oder Hörgeräte oft nicht finanzierbar. Selbiges gilt für Zahnersatz und andere notwendige Zahnbehandlungen. Eine kaputte Brille oder ein kaputter Zahn können somit schon große Probleme hervorrufen, weil sie entweder gar nicht, oder nur durch einen enormen finanziellen Aufwand adäquat ersetzt werden können. Getönte Brillengläser, um Kopfschmerzen zu vermeiden, eine Zahnsperre für die Kinder oder ein moderner Rollstuhl, um auch außerhalb der Wohnung mobil zu sein, werden zum unleistbaren Luxus. Leiste ich mir den Selbstbehalt für neue Stützähne oder zahle ich die Miete für meine kleine Wohnung? Es sind Fragen wie diese, mit denen die Linzerin Sonja Taubinger öfters konfrontiert ist. Im Zweifelsfall entscheidet sie gegen ihre Gesundheit. Aus leicht nachvollziehbarem Motiv: "Was helfen mir die schönsten Zähne, wenn ich damit zurück auf die Straße muss?" Sonja Taubinger verkauft in Linz die Straßenzeitung Kupfermuckn. Sie weiß nur zu gut, wie schlimm es ist, obdach- und schutzlos zu sein.

Im Besonderen kam vor allem die Nicht-Finanzierbarkeit von Psychotherapien zur Sprache. Notwendige regelmäßige Einzelpsychotherapie oder aufsuchende Therapien müssen privat finanziert werden. Für die von den Krankenkassen finanzierten Therapien gibt es nur wenige Plätze, die mit langen Wartezeiten verbunden sind. Bei diesen Therapien kann man sich den Therapeuten für gewöhnlich nicht aussuchen. Es kam zur Sprache, dass gerade bei Psychotherapien ein Vertrauensverhältnis zum Therapeuten extrem wichtig ist. Kritisiert wurden weiters die sogenannten Unterstützungsfonds der Krankenkassen. Diese Fonds sollen zur Unterstützung von Personen dienen, die diverse Leistungen aufgrund ökonomischer Notlagen nicht selbst bezahlen können. Es zeigt sich aber, dass Gelder aus diesen Fonds nicht so leicht zu bekommen sind. Personen in prekärer finanzieller Lage können sich auf diese Unterstützungsfonds nicht verlassen. Es gibt keinen Rechtsanspruch darauf und einreichende Personen können nur hoffen und sind von der Gnade der Krankenkassen abhängig. Diese Ungewissheit führt ebenfalls dazu, dass gewisse Untersuchungen gar nicht in Anspruch

genommen werden oder es nach der Untersuchung zu einer Unsicherheit über die Fortführung von Therapien kommt.

Nach den Fokusgruppen wurde mit zwei delegierten Personen aus jeder Gruppe gemeinsame Workshops abgehalten, in denen Armutsbetroffene auf Basis des Kategorienbaumes Möglichkeiten zur Verbesserung der identifizierten Problembereiche diskutierten. Daraus entstanden Wünsche und Vorschläge für einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem für einkommensschwache Personen. Eine zentrale Unterstützung sahen sie in Begleitdiensten („Mitgehen“) für Armutsbetroffene bei Gutachten, Gesundheitsdiensten, Ämtern und Behörden. Gefordert wurde weiters ein erleichteter Zugang zu kostenloser Psychotherapie, Ausbau von Therapie- und Beratungseinrichtungen wie psychosozialen Notdiensten außerhalb der Ballungszentren. Als notwendig erachteten alle die 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. Verbesserungen wünschten sie sich bei der räumlichen 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. Mehr Respekt in der Gutachtersituation war ein weiterer, von Armutsbetroffenen vorgebrachter Punkt. Ausbildung, Sensibilisierung und Kontrolle von GutachterInnen müssen verstärkt, bereits vorliegende Befunde dürfen nicht missachtet werden. Formulare, Diagnosen und Therapien sollten verständlicher und lesbarer sein. Dafür braucht es eine angemessenere und leichter verständliche Formularsprache. Und mehr Zeit für die Erklärung von Diagnosen bzw. Therapien. Als letztes schlugen die TeilnehmerInnen der Studie Dialogforen mit ÄrztInnen, EntscheidungsträgerInnen und anderen Gesundheitsberufen vor. Armutsbetroffene kommen ins Gespräch mit AkteurInnen des Gesundheitssystems, sensibilisieren für Anliegen und Situation Einkommensschwacher.

Nichtversicherung

Obwohl der Krankenversicherungsschutz in Österreich relativ umfassend ausgestaltet ist, fallen an den Rändern des Systems Personen in außergewöhnlichen Lebenslagen und Statusübergängen aus dem Schutzbereich der Versicherung. Es handelt sich dabei um eine fluktuierende Anzahl von Personen, die aus unterschiedlichsten Gründen von der

Krankenversicherung nicht (mehr) erfasst werden. Gemeinsam ist ihnen allen, dass sie geringes Einkommen haben. Rund 27.000 Personen mit Stichtag Dezember 2015 sind in Österreich nicht krankenversichert (Fuchs et al 2018). Da ist Frau K. in prekärer Beschäftigung, da ist Herr G. in einer schweren psychischen Krise, da sind Hilfesuchende wie Frau L., die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen, da ist Herr G., der hier unangemeldet am Bau arbeitet, da ist Frau M., die nach längerem Auslandsaufenthalt zurückkehrt. Frau K. hat zwar einen Job, davon leben kann sie eigentlich nicht. Das prekäre Einkommen ist so gering ist, dass sie entscheiden muss: zahle ich die Krankenversicherung oder die Miete oder die Hefte zum Schulanfang für die Kinder? Als sie überraschend schwer erkrankte, überfielen sie die Behandlungskosten. Da geht es um prekäre Jobs wie Praktika, Scheinselbständigkeit oder unangemeldete Beschäftigungen. Rechtlich könnten die Betroffenen ihre vorenthaltene Versicherung einklagen. In der Praxis trauen sich jedoch jüngere Betroffene häufig nicht, ihre Rechte durchzusetzen, weil sie später einmal längerfristig im betreffenden Unternehmen arbeiten wollen. Oder es handelt sich z.B. um eine kleine Branche, in der sich eine potenzielle Beschwerde bei allen für eine spätere Anstellung in Frage kommenden Unternehmen schnell herumspricht. Von älteren Betroffenen wird häufig aus Angst vor Konsequenzen des Arbeitgebers eine nicht versicherte Beschäftigung gegenüber gar keiner Beschäftigung präferiert. Und wer zugewandert ist, fürchtet den Verlust der Aufenthaltserlaubnis, wenn er seine Rechte gegenüber dem Arbeitgeber einklagt. Herr G. hat einen depressiven Schub. In solchen Phasen psychischer Krise versagen seine Fähigkeiten zur Selbstorganisation. Er versäumt alle Termine. Er ist in Gefahr, seine Wohnung zu verlieren und nicht in der Lage, seinen Alltag zu bestreiten. Die psychosozialen Stützpunkte in Gemeinden und Bezirken sind unzureichend. Frau L. beantragt keine Mindestsicherung. Wie viele andere. Die Gründe sind: Scham, Schikanen am Sozialamt, Angst vor Armutsverfestigung, die stigmatisierende Berichterstattung in viel gelesenen Medien. Wer als Mittelloser aber ohne Mindestsicherung lebt, lebt auch ohne Krankenversicherung. Vereinzelt sind auch Menschen von Nicht-Versicherung betroffen, die nach längerer Zeit aus dem Ausland zurückkehren und in Österreich erst wieder Fuß fassen müssen. Es bedarf häufig einer längeren Klärung, ob z.B. ein Anspruch auf eine AMS- oder Mindestsicherungsleistung besteht.

Personen ohne Krankenversicherung suchen Ambulanzen auf, die sie ohne aktive E-card behandeln. In der Grazer Marienambulanz werden am häufigsten die Diagnosen im Bereich Psyche (19%), akute Infekte (12%) sowie Blutdruck/Herz und chronische Schmerzen (jeweils 11%) gestellt. Ähnlich sehen die Krankheitsbilder bei den PatientInnen von Amber-Med in Wien aus: Bluthochdruck, diverse Infekte, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie Diabetes Typ I

und Typ II stehen an erster Stelle. Im Rahmen der Erhebungsblätter der Studie des Europäischen Zentrums und der Diakonie wurden von den teilweise vorgegebenen Gründen für das Aufsuchen der Ambulanz am häufigsten „chronisches Problem“ (34%), „akutes Problem“ (32%) und „Schwangerschaft“ (13%) genannt. Ein chronisches Problem wurde relativ gesehen am häufigsten von Personen ab 60 Jahren (Anteil 53%), ein akutes Problem von Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (Anteil 44%) und eine Schwangerschaft von Personen unter 30 Jahren (Anteil 29%) angeführt (Fuchs et al 2018).

Ist schon für versicherte PatientInnen die Krankheit eine Belastung, so ist der Heilungsprozess für PatientInnen von Amber-Med aufgrund der Lebensumstände besonders schwierig. Neben der Krankheit kommen auch die Unsicherheit des Aufenthaltes, schlechte Wohn- und Lebensbedingungen und mangelnde Sprachkenntnisse bzw. das mangelnde Wissen um etwaige Ansprüche hinzu. Ruhe zur Erholung, entsprechende Ernährung und Wohnbedingungen findet man bei den PatientInnen von Amber-Med so gut wie nie. Ein Großteil dieser Menschen leidet unter extrem hohen Überlebensstress. „Ich erlebe oft, dass sie wichtige Unterlagen versteckt bei sich tragen, und wenn wir ihnen Kopien davon geben und Klarsichtfolien, weil das Original schon fast zerfällt, stehen sie ratlos da, sie wissen nicht, wie sie das lagern sollten. Sie können bei dem Stress des Überlebens einfach keine geregelte Existenz aufbauen, in der man Dokumente aufbewahrt“, erzählt eine Ärztin von AmberMed.

Die beiden sozialmedizinischen Hauptaufgaben von Ambulanzen für Nichtversicherte sind die Behandlung von Erkrankungen und der Versuch der Integration der PatientInnen in die vorhandenen Sozial- und Gesundheitssysteme. Das geschieht in der Früherkennung von infektiösen Erkrankungen, der Vorbeugung vor Chronifizierung und Folgeschäden von Krankheiten, der Aufklärung über latent vorhandene Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc.), der Unterstützung bei Hygienemaßnahme und dem weiterführenden Zugang zu öffentlichen Angeboten und Ressourcen des Gesundheitssystems. Amber-Med bietet an vier Halbtagen pro Woche eine Allgemeinmedizinische Ordination an, die ohne vorhergehende Terminvereinbarung besucht werden kann. Schwerpunkte in der fachärztlichen Behandlung liegen bei Gynäkologie, Schwangerenbegleitung und Pädiatrie. Durch eine Kooperation mit dem Hebammenzentrum gibt es zweimal im Monat die Möglichkeit für Schwangere und ihre Angehörigen, eine Beratung durch eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Weiters gibt es fachärztliche Betreuung in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie, Kardiologie, Diabetes, Urologie und Dermatologie.

Denn es kann zu größeren Problemen kommen, wenn nicht rechtzeitig therapeutisch gehandelt wird. Folgewirkungen und Folgekosten sind hoch. Die Behandlungskosten einer kleinen

Verletzung, einer Verbrennung am Finger, kann bei Nichtbehandlung um den Faktor 7,3 explodieren. Also mehr als siebenmal so hohe Kosten verursachen (Trummer 2014).

Eine Erkenntnis aus den Ergebnissen der Studie ist weiters: Wenn die richtigen Interventionen gesetzt werden, kann man viel bewirken. Mit der Einführung der Grundversorgung für Asylwerber 2004, der Ausweitung der Schutzfrist nach Beendigung eines Dienstverhältnisses 2006 und den Einbezug aller Mindestsicherungsbezieher in die Krankenversicherung 2010 wurde die Zahl der Nichtversicherten sehr stark reduziert.

Non-Take-Up im unteren sozialen Netz

Jeder dritte Anspruchsberechtigte holt die Mindestsicherung nicht ab. Die Nicht-Inanspruchnahme im untersten sozialen Netz führt gleichzeitig zu einem Ausschluss aus der Krankenversicherung. Das Non-Take-Up-Risiko ist also direkt mit der Gesundheitsversorgung für die ärmsten zehn Prozent der Bevölkerung verbunden. Zehntausende Menschen in Österreich erhalten nicht, was ihnen zusteht und helfen würde. Die Gründe: Soziale Scham, Angst vor Stigmatisierung, Uninformiertheit, bürokratische Hürden und bürgerunfreundlicher Vollzug auf den Ämtern. Wäre die Inanspruchnahme der Mindestsicherung "vollständig", würde die Armutsgefährdung in Österreich um fast 1% sinken, das hieße 60.000 Menschen weniger in Armut (Fuchs et al 2019). Die Inanspruchnahme wird erhöht durch: Rechtssicherheit, Verfahrensqualität, Anonymität, bürgerfreundlicher Vollzug, Verständlichkeit, Information und De-Stigmatisierung der Leistung. Die Einführung der Mindestsicherung hat zu einem deutlichen Rückgang der Nichtinanspruchnahme geführt. So haben 2009 114.000 Haushalte (51%) trotz Berechtigung Sozialhilfe nicht in Anspruch genommen. Mit Einführung der Mindestsicherung sank dieser Wert bis 2015 auf 73.000 (30%) (Fuchs et al 2019).

Was wir auch sehen: Die sozialen Risiken werden in die Städte exportiert. Das zeigt sich besonders deutlich, wenn man die Verteilung der Mindestsicherungsbezieher betrachtet. Die Inanspruchnahme von bedarfsgeprüften Sozialleistungen ist in Großstädten in ganz Europa um ein vielfaches höher. Weil eine große Zahl Einkommensarmer aus Scham vom Land in die anonymere Stadt zieht, weil der Anteil der BesitzerInnen eines Eigenheims unter den Einkommensarmen in Städten deutlich niedriger ist als am Land, weil Informations- und Hilfsstellen dichter vorhanden sind und weil manche einen besonders schikanösen und bürgerunfreundlichen Vollzug aufweisen. Dass in den Städten die Inanspruchnahme höher ist, ist also nicht überraschend.

In der Sozialstaatsliteratur wird meist alles, was nicht Geldleistung ist, unter „Sachleistung“

subsumiert. Ich würde aber vorschlagen, Sach- von Dienstleistungen zu unterscheiden. Das hilft uns bei der Mindestsicherung zu differenzieren. Soziale Dienstleistungen sind Pflegehilfen, Assistenz, Kinderbetreuung, Bildungsangebote, Familienberatung, etc. Sachleistungen hingegen umfassen im eigentlichen Sinne eben „Sachen“ wie Lebensmittel, Wohnung, Wäsche, Hygieneartikel, Schulsachen etc. Das Angebot und der Support durch soziale Dienstleistungen erhöht in der Regel die Handlungsspielräume und Teilhabemöglichkeiten der Betroffenen. Bei Sachleistungen sind die Effekte tendenziell umgekehrt. In bestimmten Fällen kann die direkte Überweisung beispielsweise der Miete sinnvoll sein, z.B bei einer Suchterkrankung oder einer psychischen Krise als zu begründende Ausnahme wie es in der bisherigen Mindestsicherung auch geregelt war. Wenn die „Sachleistungen“ aber pauschal für alle angeordnet werden, daraus Sondersysteme für Arme entstehen und Bedürftigkeitsausweisung steigt, dann folgen Stigmatisierung, weniger Selbstständigkeit und Almosenwirtschaft.

„Mit der Entscheidung, im Armen keine verachtenswerte oder zu bemitleidende Person zu sehen, hat Georg Simmel zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts einen entscheidenden Fortschritt im Reden und Denken über arme Leute erzielt“ (Cremer-Schäfer 2014, S. 836). Simmel brachte die Frage der Bedürftigkeit mit der organisatorischen Ausgestaltung des Fürsorgesystems in Zusammenhang. Armutsdefinitionen bringen ja meist weniger zum Ausdruck, was ein Mensch braucht, als vielmehr, was die Gesellschaft ihm zuzugestehen bereit ist. Auf der Suche nach der Angemessenheit von Hilfe wurde vielerorts ein Arsenal an Kontrollinstrumenten errichtet; für die Umwandlung von Geldleistungen in Sach- bzw Gutscheinsysteme müssen diese Überwachungsschrauben noch weiter angezogen werden. Dazu muss der gesamte Alltag der Betroffenen von früh bis spät „moralisiert“ werden. Was ist erlaubt? Eine oder zwei Zahnbürsten? Was gestehen wir zu? Shampoo oder Seife? Was ist angemessen? Eine Hose für die Tochter? Ist das Geschenk zur Geburtstagsfeier des Sohns noch erlaubt? In Deutschland wurde diese Debatte bereits geführt - mit allen negativen Auswirkungen. So versuchte der damalige deutsche Gesundheitsminister Horst Seehofer „Unterwäschewechselhäufigkeit“ als das Maß der Dinge heranzuziehen. Seehofer wollte damit regeln, wie viele Unterhosen Sozialhilfeempfänger besitzen dürfen, um einen Wäschezuschuss zum Kauf von neuer Unterwäsche bewilligt zu bekommen – ob sie also wirklich als „unterwäschebedürftig“ einzustufen sind.

„Jedes Verteilungssystem, welches Personen voraussetzt, die als arm definiert sind, tendiert dazu, Einfluss auf die Selbstachtung und Fremdeinschätzung der abhängigen Person zu nehmen“, konstatiert Amartya Sen (1998). Wenn das Maß der Bedürftigkeit beherrschend ist, verwandelt es BürgerInnen mit sozialen Rechten in bittstellende Untertanen. LeistungsbezieherInnen zu

rechtlosen, passiven AlmosenempfängerInnen zu stigmatisieren ist jedoch ein Vorgang mit eingebauter Sogwirkung nach unten – eine institutionalisierte Armutsspirale. Soll man erst warten, bis Familien verelendet sind, damit man endlich helfen darf? Die Sozialforschung nennt diesen Wirkmechanismus „Armutsverfestigung“. Je mehr Beschämung und Druck, desto geringer die Ressourcen. Wer hilflos gemacht wird, kann sich auch schwerer helfen. Wem alles genommen wird, der/die kann nichts mehr geben. Beschämung schwächt die Widerstandskräfte und macht verwundbarer. Aus nichts wird nichts. Wer nichts mehr hat, kann auch aus nichts mehr schöpfen. „Es ist auch die ganze existenzielle Bedrohung, nie wissen, was entscheidet die Regierung, mich nicht mehr wehren können, weil ich nicht gesund werde, ich bin da komplett angewiesen“, das erzählt Christine angesichts der aktuellen Sozialhilfekürzungen. „Es fühlt sich alles nur mehr existenziell an“ (Die Armutskonferenz 2019).

Wie wichtig eine gute Mindestsicherung für die Gesundheit wäre, zeigen die Daten der Statistik Austria (2020) über Lebensbedingungen von Frauen, Männern und Kindern im untersten sozialen Netz. Es zeigen sich sehr hohe Raten bei gesundheitlichen Einschränkungen, chronischer Krankheit und Behinderung. Starke negative Effekte werden bei der Wohnsituation sichtbar. Massive negative Auswirkungen hat der Alltag am Limit auf Gesundheit, Chancen und Teilhabe der Kinder. Und viele Familien mit Kindern sind arm trotz Arbeit. Alle Daten stammen von knapp vor den Kürzungen und Einschnitten in der neuen „Sozialhilfe“. Vieles davon ist jetzt im Lockdown zentral geworden wie beengtes Wohnen im Homeoffice, Homeschooling oder Belastungen für Kinder. Eine große Gruppe ist gesundheitlich angeschlagen und verletzlich. 23% der Mindestsicherungsbezieher_innen weisen einen sehr schlechten Gesundheitszustand auf, 22% sind stark beeinträchtigt durch eine Behinderung, 55% chronisch krank (Statistik Austria 2020).

Menschen in der Mindestsicherung sind von ihren Wohnkosten deutlich stärker belastet als der Rest der Bevölkerung. Gleichzeitig können 11 Prozent ihre Wohnung nicht warmhalten. Das ist fünfmal öfters als Haushalte ohne Mindestsicherung. Wenig überraschend wohnen Mindestsicherungsbezieher_innen auch in viel kleineren und schlechteren Wohnungen. Während die durchschnittliche Wohngröße in Österreich bei 90 Quadratmetern liegt, ist sie bei Mindestsicherungsbezieher_innen mit 60 Quadratmetern deutlich kleiner. Haushalte mit Kindern ohne Mindestsicherungsbezug leben durchschnittlich auf 110 Quadratmetern, jene mit Mindestsicherungsbezug dagegen auf 68 Quadratmetern. Ihre Wohnungen sind nicht nur kleiner, sondern auch von schlechterer Qualität, wie die Erhebung zeigt. 21 Prozent geben an, dass in ihren Wohnungen Feuchtigkeit, Fäulnis oder Undichtheit vorhanden ist. Desolates Wohnen wirkt sich besonders hemmend auf Bildungschancen und die Gesundheit der

Kinder aus: 20% der Kinder müssen in feuchten Wohnungen leben, 56% ihrer Wohnungen sind überbelegt, in 25% gibt es Lärmbelästigung. Kinder und Jugendliche, die in Haushalten mit niedrigem Einkommen aufwachsen, haben Nachteile, die in mehreren Bereichen sichtbar werden. Die Gefahr des sozialen Ausschlusses zeigt sich in den geringeren Möglichkeiten, Freunde einzuladen, Feste zu feiern und an kostenpflichtigen Schulaktivitäten teilzunehmen. Kinder in der Mindestsicherung können 15mal weniger an Sport und Freizeitaktivitäten teilnehmen, 10 mal weniger Feste feiern, 6 mal weniger Einladungen an Freunde stellen, 11 mal weniger an Schulaktivitäten teilnehmen (Statistik Austria 2020).

Dabei haben mehr als die Hälfte der Familien mit Kindern (57%) Einkommen aus Erwerbstätigkeit. Das weist auf "working poor" und prekäre Arbeit hin. Working Poor ist das große verschwiegene Thema hinter der Debatte um die Mindestsicherung.

Diese Zahlen sagen einiges. Erstens widerlegen sie die Propaganda der letzten Jahre, die die reale Lebenssituation der Betroffenen mit Füßen getreten hat. Zweitens machen sie die schwierige Lage für die ärmsten zehn Prozent der Bevölkerung jetzt in der Corona Krise deutlich. Und drittens leuchten sie die Richtung aus, in die notwendige Maßnahmen zur Verbesserung gehen müssen.

Soziale Scham, Status und Gesundheit

Bei den Barrieren zur Gesundheitsversorgung und den Non-Take-Up Risiken war die soziale Scham bereits präsent. Beschämung ist eine Bedrohung, die leicht in der Luft, aber schwer auf Körper und Geist liegt. Soziale Scham ist nicht bloß ein harmloses persönliches Gefühl. Beschämung ist eine soziale Waffe. Der jeweils Mächtigeren. Ich werde zum Objekt des Blickes anderer gemacht. Andere bestimmen wie ich mich zu sehen habe. Das ist ein massiver Eingriff in die Integrität einer Person. Betroffene fürchten, in diesen Augenblicken ihr Gesicht zu verlieren und wissen ihr Ansehen bedroht. Man möchte im Erdboden versinken. Unsichtbar sein. Scham ist die große Begleiterin von Armut und mit der Frage des Blickes direkt verbunden. Adam Smith hat das bereits 1776 in seinem Klassiker „Der Reichtum der Nationen“ festgehalten: Arm ist, „being unable to appear in public without shame“. Es geht um die Freiheit, über die eigene Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit verfügen zu können. Beschämung ist eine Frage des Blickes und des Ansehens. Person bedeutet altgriechisch „Angesicht“. Für den Philosophen Philipp Pettit (2017) heißt deswegen auch „gerechte Freiheit“, anderen auf Augenhöhe zu begegnen. Er

schlägt hier den „Blickwechsel Test“ vor: sich ohne Grund zur Angst oder Ergebenheit in die Augen schauen zu können.

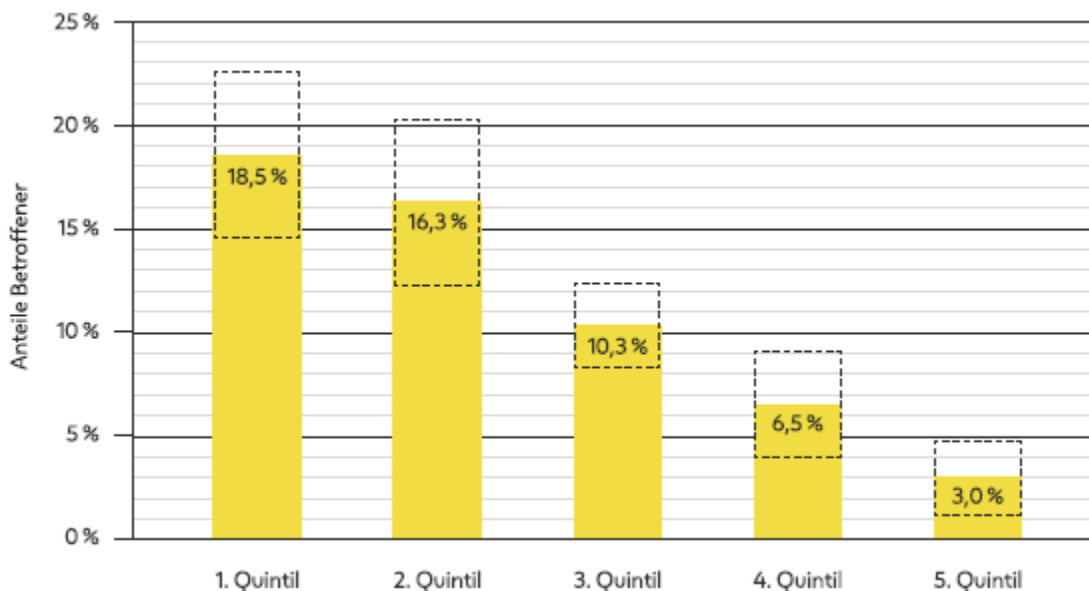
Demütigung geht unter die Haut

Ökonomische Benachteiligung führt zu erhöhtem emotionalen Stressaufkommen. Abwertung kränkt die Seele und den Körper. Demütigung geht unter die Haut: Die stärksten Wirkungen äußern sich in erhöhtem Stress und höheren Raten psychischer Erkrankungen. Die stärksten Zusammenhänge finden sich mit Bluthochdruck und Herzerkrankungen (vgl. Schenk 2018). Beschämung schneidet ins Herz. Je öfter, je länger und je stärker die Verachtung, desto schädlicher für die Gesundheit. Die Bedrohung des eigenen Ansehens ist eine starke negative Stressquelle. Wenn der Verlust des sozialen Status droht oder bereits eingesetzt hat, oder längst passiert ist, kann er – wird er öffentlich – zu einer bedrohlichen Konstellation führen. „Die bloße Furcht vor dem Verlust der Wertschätzung reicht aus, um Besorgnis eigener Art zu wecken“ (Salentin, 2002, S.76). Die Studie Salentins „Armut, Scham und Stressbewältigung“ ging davon aus, dass die soziale Stellung die Ereignislast und die Reaktionen in Belastungssituationen direkt beeinflusst. Bewertungen und Ressourcen wirken auf die Reaktionen, sind aber selbst von der sozialen Stellung abhängig. Die Ergebnisse zeigten, dass ökonomische Benachteiligung zu erhöhtem emotionalen Stressaufkommen führt. Und dass der Scham bei der Verarbeitung ökonomischer Probleme eine zentrale Bedeutung zukommt. Die Befürchtung um das eigene Ansehen wies gemeinsam mit der Sorge um finanzielle Belange die engsten statistischen Zusammenhänge auf. Die emotionale Belastung steigt mit fast allen Anliegen, am stärksten jedoch mit mangelndem Geld und Ansehen. Die sozialpsychologischen Folgeeffekte der Knappheit üben dieselben massiven emotionalen Wirkungen aus wie die Knappheit selbst. Der Gesundheitswissenschaftler Johannes Siegrist (1996, S. 94) formuliert es so: „Soziale Krisen entfalten ihre emotions-intensivierende Wirkung auf die von ihnen betroffenen Individuen stets über die 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).“ Keine Handlungsspielräume haben, weniger Anerkennung bekommen und von Dingen ausgeschlossen zu sein, über die andere sehr wohl verfügen, ist Ausdruck einer sozialen Krise, in der auf Dauer die Selbstwirksamkeit und die Selbstregulation der betroffenen Personen leidet. Je ungleicher Gesellschaften sind, desto defizitärer sind diese

psychosozialen Ressourcen. Es gibt weniger Inklusion, das heißt häufiger das Gefühl ausgeschlossen zu sein. Es gibt weniger Partizipation, also häufiger das Gefühl, nicht eingreifen zu können. Es gibt weniger Reziprozität, also häufiger das Gefühl, sich nicht auf Gegenseitigkeit verlassen zu können. Es sind nicht nur die Belastungen ungleich verteilt, sondern auch die Ressourcen sie zu bewältigen.

Dauert der schlechte Stress an, entgleist der Cortisol- und der Adrenalin-Spiegel. Da gibt es einerseits die schnelle Achse über die Nervenbahnen bis zum Nebennierenmark, das mit dem Hormon Adrenalin verbunden ist. Und dann gibt es die langsamere Bahn über den Hypothalamus im Gehirn bis zur Nebennierenrinde, das mit dem Kortisol verquickt ist. Der entgleiste Kortisolhaushalt schwächt das Immunsystem, erhöht Herz-Kreislauferkrankungen und Depressionen. Gefühle wie Ohnmacht, Scham oder Hilflosigkeit haben unmittelbare körperliche Folgen. Das unterste Fünftel der EinkommensbezieherInnen weist mit 18,5% den höchsten Anteil an Depression Erkrankter auf. Im obersten Fünftel ist der Anteil Betroffener mit 3 % am niedrigsten (Abb 2).

Abbildung 2: Depression, Prävalenz in den letzten 12 Monaten bei ab 15jährigen WienerInnen, Haushaltseinkommen (Stadt Wien 2020, Austrian Health Interview Survey 2014)



Siebzehntausend Beschäftigte in Büros wurden auf Unterschiede in der Sterberate bei Herzerkrankungen untersucht. Die niederen und mittleren Dienstränge hatten eine bis zu viermal höhere Sterberate bei Herzerkrankungen als die oberen Dienstränge. Nimmt man ihnen

Blut ab, finden sich in den unteren Rängen weit höhere Werte des Stresshormons Kortisol als bei den Top-Diensträngen. Diese bahnbrechenden Ergebnisse des Gesundheitsforschers Michael Marmot (2015) haben uns gelehrt: Ausschlaggebend ist nicht nur die Höhe deines Einkommens, sondern wo es dich in der sozialen Hierarchie hinstellt. Im Zentrum stehen die Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und Status. Also wie sich Angst um die eigene soziale Position auswirkt, wie wir um Einfluss ringen und mit Ohnmacht umgehen, wie Dominanz und Unterwerfung vermittelt sind. Je stärker die soziale Schere auseinander geht, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit, andere hinunter zu drücken, um sich selbst zu erhöhen. Narzissmus und Selbstüberschätzung steigen an in ungleicher werdenden Gesellschaften (Wilkinson und Pickett 2019).

Ich stehe an einem reißenden Fluss. Da höre ich den Hilferuf eines Ertrinkenden. Ich springe ins Wasser, lege meinen Arm um ihn, ziehe ihn ans Ufer und mache Nasen-Mund Beatmung. Und dann, gerade als er wieder von selbst zu atmen beginnt, höre ich einen neuen Hilferuf. Also wieder rein in den Fluss, festhalten, hinausziehen, beatmen – und noch ein Hilferuf. Und so geht es weiter ohne Ende in Sicht! Ich bin so beschäftigt, Menschen aus dem Wasser zu ziehen und zu beatmen, dass ich keine Zeit habe, herauszufinden, wer zum Teufel diese ganzen Leute ins Wasser wirft! Mit dieser Geschichte des Mediziners Irving Zola entwickelte sich der Ruf: „Moving upstreams!“ Beweg Dich stromaufwärts, wo die Krankheiten entstehen! Schau flussaufwärts zur Quelle, wo die Ursachen liegen.

Literatur

Die Armutskonferenz (2019): Tu was gegen Beschämung - Strategien zu mehr Anerkennung und besserer Gesundheit, Leitfaden.

Cremer-Schäfer, Helga (2014): Zwischen Propaganda und symbolischer Armutspolitik. Bilder von Armut in Politik, Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit, in: Nikolaus Dimmel/Martin Schenk/Christine Stelzer-Orthofer, Handbuch Armut in Österreich. Zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe, Innsbruck/Wien/Bozen, S.834-844.

Fuchs, Michael; Hollan, Katarina; Schenk, Martin (2018): Analyse der Nicht-Krankenversicherten Personen in Österreich.

Fuchs, M., Hollan, K., Gasiar, K., Premrov, T. & Scoppetta, A. (2019). Falling through the social safety net? The case of non-take-up in Austria, Policy Brief 2019/2. Vienna: European Centre.

In: Beigewum (2021): Gesundheitspolitik zw Ungleichheit und Solidarität, Kurswechsel, Heft 1/2021, S. 20 – 30.

Habl, Claudia (2009): Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Dimmel, Nikolaus / Heitzmann, Karin / Schenk, Martin (Hrg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck. S. 172 – 183.

Lamei, Nadja; Psihoda, Sophie; Skina-Tabue, Magdalena (2019): Gesundheit und Einkommen. Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit, Statistische Nachrichten 3/2019, S.185-197.

Marmot, Michael (2015): The Health Gap. Improving Health in an unequal World.

Pettit, Philip (2017): Gerechte Freiheit. Ein moralischer Kompass für eine komplexe Welt,

Riffer, Florian; Schenk, Martin (2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung. www.armutskonferenz.at

Salentin, Kurt (2002). Armut, Scham und Stressbewältigung. Die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich. Wiesbaden.

Schenk, Martin (2018): Kinderarmut und Gesundheit. Soziale Ungleichheit geht unter die Haut, In: Fürstaller et al: Vielfalt in der Elementarpädagogik. Theorie, Empirie und Professionalisierung.

Sen, Amartya (1998): Ausgrenzung und politische Ökonomie, in Wolfgang Voge/Yuri Kazepov (Hg), Armut in Europa, S.234-247, Wiesbaden

Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen, Hogrefe.

Stadt Wien (2020): Sozialer Status und chronische Erkrankungen in Wien, Gesundheitsberichterstattung MA24.

Statistik Austria (2020): Sonderauswertung zu Lebensbedingungen von Mindestsicherungsbeziehenden und ihren Haushalten, Tabellenband.

Trummer, Ursula (2014): Health, a human right in Europe? EUPHA's 5th European Conference, Andalusian School of Public Health, Granada, Spain, 10-12.04.2014

Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2019): The Inner Level. How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being.