



Armut macht krank

Fakten, Zusammenhänge,
Empfehlungen

Impressum

Herausgeberin:

Volkshilfe Österreich

Auerspergstraße 4, 1010 Wien

Tel: +43 (0)1 / 402 62 09

Fax: +43 (0)1 / 408 58 01

office@volkshilfe.at

<http://www.volkshilfe.at>

Redaktion: Veronika Richter, BA, Prof. (FH) Dr. Tom Schmid, Mag.^a Verena Fabris, Mag. (FH) Erich Fenninger

Grafik/Layout: Beate Soltész. office@soltesz-grafik.at

Foto Umschlag: Valentina Richter

Inhaltsverzeichnis

Vorwort von Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Präsident der Volkshilfe Österreich und Mag. (FH) Erich Fenninger, Geschäftsführer der Volkshilfe Österreich	4
Vorwort von Mag. Edith Bierbaumer, Fonds Gesundes Österreich	5
Ausgangslage	6
Ursachen	11
Handlungsempfehlungen	17
Gesundheitsförderung	22
Forschungsbedarf und Bildungsziele	28
Adressen.	31

Best practice

„Zukunft für alle“, Kapfenberg	6
Gesundheit kommt nach Hause, NÖ und Wien	8
„Log ins Leben“, Niederösterreich	10
Therapiezentrum OASIS, Oberösterreich	12
Medizinische Versorgung und Zahnarztpraxis des Vereins neunerHAUS, Wien	14
Familienintensivbetreuung, Burgenland	16
Sozialarbeit im AKH Linz, Oberösterreich	18
Bromley by Bow Centre, London	20
Health Trainer Programme, Groß Britannien	22
Haus Emmaus, Bozen	24
Haus Basaglia – Zentrum für psychische Gesundheit, Meran	26
Service Centre For Homeless People, Helsinki	28
TEROKA Datenbank, Finnland	30

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Armut macht krank – das ist leider auch in Österreich eine Tatsache. Internationale Studien und empirische Belege zeigen, dass von Armut bedrohte oder betroffene Menschen nicht nur häufiger und schwerer krank sind, sondern auch erheblich früher sterben.

Das österreichische Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt, etwa 99 Prozent der Bevölkerung sind durch die soziale Krankenversicherung erfasst. Trotzdem finden benachteiligte Personen aufgrund persönlicher Hemmschwellen oder bürokratischer Barrieren nur erschwerten Zugang zu medizinischen Leistungen. Soziale Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind für die Gesundheit ebenso erforderlich wie medizinische Versorgung. Randgruppen und einkommensschwache Personen haben aber auch in dieser Hinsicht mit Benachteiligungen zu kämpfen.

Die Volkshilfe Österreich weist mit dieser Broschüre auf den Zusammenhang von Armut und Krankheit hin. Sie informiert über bestehende wissenschaftliche und empirische Ergebnisse, Ursachen für gesundheitliche Ungleichheiten, Handlungsempfehlungen und Denkansätze, sowie die nähere Betrachtung von Gesundheitsförderung, Bildungsziele und die Formulierung des bestehenden Forschungsbedarfs sollen zur weiteren Bearbeitung der Thematik anregen. Die österreichischen und internationalen Best-Practice-Beispiele zeigen neue Ideen und Handlungsstrategien auf.



Fotos: Spinola

Das Ziel der Broschüre ist es, zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Politik für den Zusammenhang von Armut und Krankheit beizutragen und verstärkte Bemühungen zur Evaluierung und Reduzierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten anzuregen. Zielgruppen dieser Publikation sind neben Gesellschaft und Politik vor allem auch Vereine und Organisationen, die sich mit der Thematik Armut und Gesundheit in ihrer täglichen Arbeit beschäftigen.

Armut zu bekämpfen heißt solidarisch zu handeln! Die Volkshilfe setzt sich seit ihrer Gründung im Jahr 1947 im Kampf gegen Armut und Ausgrenzung aktiv für betroffene Menschen ein und versteht sich als soziale Bewegung und Interessenvertretung jener, die keine eigene Lobby haben.

Herzlichst,

Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer
Präsident der Volkshilfe Österreich

Mag. (FH) Erich Fenninger
Geschäftsführer der Volkshilfe Österreich



Foto: Bruckner

Liebe Leserin, lieber Leser,

Armut führt nicht nur zu Krankheit, sondern Krankheit führt auch zu Armut.

Sie halten eine Broschüre in Händen, die sehr umfassend aufzeigt, welches die wichtigsten sozialen Determinanten von Gesundheit sind und welche Handlungsempfehlungen sich daraus ableiten.

Gesundheitsförderung und Prävention sind die Aufgaben des Fonds Gesundes Österreich. Wir fördern Projekte, entwickeln Aktivitäten und Kampagnen und regen Kooperationen an: All das, um gesunde Lebensweisen und gesunde Lebenswelten für möglichst viele Menschen in Österreich erreichbar zu machen.

Im Einklang mit der WHO Strategie „Gesundheit für alle“ und der Ottawa-Charta ist es eine Strategie des Fonds Gesundes Österreich besonderes Augenmerk auf sozial Benachteiligte zu legen, um gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit zu erreichen.

Dazu braucht es neue Methoden und Strategien. Sehr wertvoll sind daher die Handlungsempfehlungen und Best Practice Beispiele in der Broschüre, welche Strategien und Projekte in diesem Bereich umgesetzt werden können.

Einzelne Projekte und Programme reichen aber nicht aus. Gesundheitliche Ungleichgewichte zu verringern kann und soll nicht Aufgabe eines einzelnen Ressorts sein sondern muss gesamtheitlich verstanden werden: Verantwortlichkeiten reichen von der Gemeinde- über die Landes- bis zur Bundesebene.

In diesem Sinn hoffen wir, dass die Broschüre zur Umsetzung der vorgeschlagenen Handlungsfelder beiträgt und die Best Practice Projekte Nachahmung finden.

Mag. Edith Bierbaumer
Gesundheitsreferentin, Fonds Gesundes Österreich

Best Practice, Steiermark:

„Zukunft für alle“, Gemeinde Kapfenberg

Im Jahr 2006 wurde von Mag. Brigitte Schwarz, der Bürgermeisterin von Kapfenberg, das Projekt „Zukunft für alle“ ins Leben gerufen. Erklärtes Ziel ist es, Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von armutsgefährdeten und von Armut betroffenen Menschen in der Gemeinde zu entwickeln und umzusetzen.

Sechs Arbeitskreise sorgen für die ganzheitliche Ausrichtung des Projekts: rasche Unterstützung für Menschen, die von Armut betroffen sind, Prävention von Armut, Öffentlichkeitsarbeit und Bewusstseinsbildung, Armut und Gesundheit, Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche sowie Armut und Arbeit sind deren Schwerpunkte.

Die AktivCard ist eines der umfassendsten Angebote der Gemeinde. Anspruch darauf haben Personen mit Hauptwohnsitz in Kapfenberg, deren Jahresnettoeinkommen 13.200 Euro nicht übersteigt. Die AktivCard bringt wesentlich Vorteile mit sich, zum Beispiel Preisnachlässe bei kulturellen Veranstaltungen und öffentlichen Verkehrsmitteln, kostenlose Nutzung der Städtischen Bücherei, vergünstigte Eintrittspreise zu Freizeit- und Sporteinrichtungen, Förderung von Kinderkrippe und Angeboten des integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel und bis zu 51 Prozent Ermäßigung im „Einer-für-Alle-Markt“.

Seit April 2007 werden zwei SozialarbeiterInnen von der Gemeinde beschäftigt werden, die KlientInnen mit besonderen Bedürfnissen beraten und betreuen. Im Jahr 2009 konnten insgesamt 755 Kontakte verzeichnet werden.

2010 wurde Kapfenberg die Auszeichnung „Seniorenfreundliche Gemeinde“ verliehen.

Ausgangslage

Lieber arm und glücklich als reich und einsam, so sagt ein Sprichwort. So sehr diesem Sprichwort ein wahrer Kern innewohnen mag, so sehr weisen zahlreiche aktuelle Studien und Untersuchungen in eine andere Richtung: Menschen, die von Armut bedroht oder betroffen sind, sind nicht nur seltener glücklich, sondern leiden häufiger unter Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden. Sie bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter als der Durchschnitt und tendieren zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen wie etwa Tabak- und Alkoholkonsum. Meist kann auch eine starke physische Arbeitsbelastung sozial benachteiligter Gruppen belegt werden.

Wer gilt als arm?

Zur Messung von Einkommensarmut wird in der Europäischen Union das Äquivalenzeinkommen herangezogen. Anhand einer Äquivalenzskala wird das Nettoeinkommen eines Haushaltes nach dessen Größe (Personenzahl) und Zusammensetzung (Alter) gewichtet.

Zur Abgrenzung des Armutsrisikos wird der Schwellenwert bei einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen mit 60 Prozent des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts angesetzt.

Zur genaueren Betrachtung von Ungleichheiten werden häufig vier weitere Einkommensgruppen gebildet: 60 Prozent bis unter 80 Prozent des Medianeinkommens, 80 bis 100 Prozent des Medianeinkommens, 100 bis 150 Prozent des Medianeinkommens sowie 150 Prozent und höher. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Gruppe der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen zwischen

60 und 80 Prozent, da diese sehr schnell in die Armutsgefährdung abrutschen kann. Diese Gruppe kann auch als „prekäre Wohlstandsgruppe“ bezeichnet werden.

Laut Daten der Statistik Austria waren im Jahr 2008 knapp über 12 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet. In diesem Jahr lag die Armutsgefährdungsschwelle bei einem Äquivalenzeinkommen von 11.406 Euro pro Jahr, das sind rund 950 Euro pro Monat.

Die Armutsgefährdungslücke beschreibt die Differenz zwischen dem Einkommen der betroffenen Person und der Armutsgefährdungsschwelle in Prozent. Das mittlere Einkommen armutsgefährdeter Haushalte liegt rund 15 Prozent unter dem Schwellenwert.

40 Prozent der Bevölkerung mit einem sehr niedrigen Einkommen, die daher auch als armutsgefährdet zu bezeichnen sind, konnten sich im Jahr 2008 grundlegende Bedürfnisse wie das angemessene Heizen der Wohnung oder das Ersetzen abgetragener Kleidung nicht leisten. Besondere Risikogruppen sind jene mit einem Einkommen, das deutlich unter der Armutsgefährdungsschwelle liegt.

Trifft niedriges Einkommen mit sichtbar benachteiligten Lebenslagen zusammen, wird von Armut gesprochen. Im Beobachtungsjahr 2008 konnte diese Kombination bei 6 Prozent der Bevölkerung festgestellt werden. Das niedrige Einkommen wirkt sich sichtbar auf die Lebensbedingungen aus, daher wird die Armutslage als manifest bezeichnet. Im Jahr 2008 waren etwa 492.000 Menschen von manifester Armut betroffen.

Auswirkungen auf den Gesundheitszustand

Gesundheitliche Unterschiede zeigen sich bereits in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes. Diese liefert einen guten Indikator für das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung, da ihm sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte von Gesundheit innewohnen.

Bei der Gesundheitsbefragung 2006/2007 wurde der Gesundheitszustand in fünf Stufen von sehr gut bis sehr schlecht abgefragt. Es zeigt sich, dass die subjektive Einschätzung nicht nur von Alter und Geschlecht abhängt, sondern dass vor allem eine starke Korrelation mit dem Äquivalenzeinkommen beobachtet wird. Einkommensschwächere Personen beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als Personen in höheren Einkommensklassen. 70 Prozent aus der Armutsrisikogruppe geben einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, 8 Prozent beurteilen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht. Hingegen empfinden 84 Prozent der einkommensstärksten Gruppe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut, nur 4 Prozent würden ihn als schlecht oder sehr schlecht bezeichnen.

Diese Unterschiede gelten für beide Geschlechter gleichermaßen. Einkommensschwache Frauen stufen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als einkommensschwache Männer. In Gruppen mit höherem Einkommen sind die Unterschiede zwischen Frauen und Männern geringer.

Doch nicht nur der persönlich empfundene Gesundheitszustand von einkommensschwachen Personen

Best Practice, Wien & Niederösterreich:

Gesundheit kommt nach Hause

Dieses niederschwellige, ganzheitliche Gesundheitsförderungsprogramm mit aufsuchender Arbeitsweise zielt darauf ab, das Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenzen in MigrantInnenfamilien zu stärken. Dabei wird bewusst auf das Setting, die Partizipation der Frauen und Mütter und das Empowerment der Teilnehmerinnen und ihrer Familien gesetzt.

Die Zielgruppe sind bildungs- und sozialbenachteiligte Frauen und Mütter mit Migrationshintergrund. Es handelt sich um eine Personengruppe, die von gängigen Medien nur schlecht erreicht wird und die daher Informations- und Gesundheitsförderungsangebote nur in geringem Ausmaß nutzen kann.

Frauen mit vergleichbaren soziokulturellen Hintergründen wie die Zielgruppe werden durch spezielle Schulungen zu Gesundheitstutorinnen und informieren potenzielle Teilnehmerinnen über das Projekt „Gesundheit kommt nach Hause“. Nachdem sich interessierte Frauen angemeldet haben, folgt ein erster Besuch der Gesundheitstutorin in der Wohnung der Teilnehmerin. Nach diesem ersten Gespräch finden in regelmäßigen Abständen Mütter-Treffen statt, bei denen sich 5 bis 6 teilnehmende Mütter und eine Gesundheitstutorin bei jeweils einer anderen Teilnehmerin treffen. Während dieser Zusammenkünfte werden gemeinsam gesundheitsrelevante Themen besprochen. Durch diesen aufsuchenden Ansatz und durch die Sorge der Mütter für eine gesunde Entwicklung ihrer Kinder gelingt es, die Familien, die Kinder und in Folge auch die gesamte Familie und sogar die Community zu erreichen und das Gesundheitsbewusstsein zu stärken.

liegt unter den Werten der einkommensstarken Vergleichsgruppe. Auch die Anzahl der Erkrankungen in den Bereichen Diabetes, chronische Angst und Depression, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in sozial benachteiligten Gruppen höher.

Die Ungleichheiten reichen bis zur Lebenserwartung. Ähnlich wie in vergleichbaren Ländern zeigt sich auch für Österreich ein Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung und dem sozialen Status (gemessen an der höchsten abgeschlossenen Schulbildung). Der Unterschied der Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren betrug bei Männern mit der höchsten, gegenüber Männern mit der niedrigsten Bildungsstufe im Jahr 2001/2002 knapp über sechs Jahre. Bei Frauen betrug die Differenz beinahe drei Jahre. Der Vorsprung in der Lebenserwartung von 35-jährigen Frauen mit Hochschulabschluss gegenüber jener von gleichaltrigen Männern mit Pflichtschulabschluss erreichte sogar neun Jahre.

Bildung und Gesundheit

Bildung ist ein wichtiger Faktor in der Analyse von sozio-ökonomischen Unterschieden. Verschiedene Gesichtspunkte kommen hierbei zum tragen: einerseits steht die Bildung in engem Zusammenhang mit der Position am Arbeitsmarkt. Bildungsdefizite bedeuten demnach schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt und erhöhen so das Risiko der (Langzeit)Arbeitslosigkeit. Aber auch körperliche und psychische Belastungen können mit dem Bildungsstatus variieren. Andererseits ist Bildung auch außerhalb des Arbeitsmarktes eine wertvolle Ressource, da sie sowohl das Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge vermittelt, als auch einen Zugang zu sozialen Netzwerken ermöglicht, die zur Teilnahme am kulturellen und politischen

Leben bemächtigen. Für die Analyse, wie relevant die Ausbildung für den Gesundheitsstatus ist, werden drei Gruppen unterschieden:

- Personen mit Pflichtschulabschluss
- Personen mit Abschluss einer Lehre oder Fachschule
- Personen mit Abschluss einer höheren Schule oder Hochschule

Anhand zweier Beispiele sollen Ungleichheiten aufgezeigt werden: Im ersten Beispiel geht es um die Häufigkeit chronischer Erkrankungen. Neben den bekannten Altersstruktureffekten – erhöhtes Auftreten in höherem Alter – bestehen auch bildungsspezifische Unterschiede. In höheren Bildungsstufen ist ein geringeres Vorkommen von chronischen Krankheiten zu bemerken.

Bei Männern unterscheidet sich die Häufigkeit chronischer Erkrankungen zwischen den einzelnen Bildungsklassen weniger als bei Frauen. Während bei Männern mit Pflichtschul- oder Lehrabschluss bei jeweils etwas mehr als 60 Prozent mindestens eine chronische Erkrankung vorliegt, trifft dies auf nur 56 Prozent der Männer mit höherer Schulbildung zu. Frauen sind nicht nur in allen Bildungsebenen häufiger chronisch krank, sondern auch die Unterschiede zwischen den Ebenen sind größer. 76 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen, 69 Prozent der Absolventinnen einer Lehre oder einer BMS (berufsbildende mittlere Schule) und 61 Prozent der Hochschulabsolventinnen sind von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen.

Das zweite Beispiel bezieht sich auf die Gesundheitsvorsorge. So ist etwa beim Impfverhalten bei beiden Geschlechtern eine steigende Impfbereitschaft bei höherem Bildungsniveau zu erkennen. Auch auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen hat das Bildungsniveau einen günstigen Einfluss.

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Neben den materiellen Folgen der Arbeitslosigkeit sind Betroffene auch mit psychosozialen Belastungen, dem Verlust von Selbstwertgefühl und sozialer Einbindung konfrontiert. Gesundheitsrisiken und -probleme treten bei Arbeitslosen vermehrt auf. In diesem Zusammenhang soll auf die Wechselwirkung von Krankheit und Arbeitslosigkeit hingewiesen werden. Es liegt nahe, dass durch diese einschneidende Veränderung gesundheitliche Beeinträchtigungen wahrscheinlicher werden. Gleichzeitig wird die Chance, wieder einen Arbeitsplatz zu finden, durch den schlechten Gesundheitszustand abnehmen. Um mehr über die Kausalität von Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erfahren, können Längsschnittstudien herangezogen werden, die es jedoch – zumindest in Österreich – nur selten gibt.

Auch hier sollen Beispiele angeführt werden, um die Einflüsse auf den Gesundheitszustand zu zeigen: Menschen ohne Erwerbstätigkeit schätzen ihren subjektiven Gesundheitszustand generell schlechter ein als Erwerbstätige. Während sich in der erwerbstätigen Bevölkerung 88 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen gesundheitlich sehr gut oder gut einschätzen, sind es bei der arbeitslosen Bevölkerung nur noch 69 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen. Erwartungsgemäß sind die Anteile arbeitsloser Männer und

Best Practice, Niederösterreich:

Log ins Leben

„login“ ist ein gemeinnütziger Verein zur Gesundheitsförderung und zur sozialen Integration von Risiko- und Randgruppen.

Dem Problem der sozialen Ausgrenzung stehen im Gesundheits- und Sozialsystem Österreichs unterschiedliche Angebote gegenüber. Allerdings zielen diese Mittel meist auf die (Re)Integration in den Arbeitsmarkt ab. Abseits des Bereichs der Erwerbsarbeit stehen Personen, die von sozialer Ausgrenzung betroffen sind, jedoch nur wenig unterstützende Maßnahmen zur Verfügung. Der Verein „login“ möchte mit seinen Angeboten das Problem der sozialen Ausgrenzung über den Weg der Lebenswelt Freizeit und über soziale Netzwerke bekämpfen.

Da Suchtkranke nach dem Abschluss einer Therapie eine äußerst sensible Phase durchleben, wie sie das schützende Gefüge des Behandlungsbereichs verlassen und oftmals keine oder wenige soziale Ressourcen zur Verfügung stehen, bietet „login“ mit seinen Angeboten stützende Strukturen an. Betroffene werden dabei unterstützt, sich neue soziale Netzwerke aufzubauen, Selbstwertgefühl zu entwickeln und gesundheitsfördernde Freizeitangebote zu besuchen. Begleitend können die TeilnehmerInnen ein an die individuellen Bedürfnisse angepasstes Sozialprogramm nutzen. Durch diese Bereicherungen soll einerseits die Gefahr von Rückfällen reduziert und andererseits die Wiedereingliederung in die Gesellschaft erleichtert werden.

Frauen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht beurteilen, höher (11 Prozent bei Männern, 17 Prozent bei Frauen) als bei erwerbstätigen Männern und Frauen (jeweils etwa zwei Prozent).

Neben allgemeinen Gesundheitsproblemen und chronischen Erkrankungen leiden Arbeitslose außerdem häufiger an erheblichen Schmerzen. Während 31 Prozent der männlichen und 37 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen über Schmerzen klagen, belaufen sich die Anteile arbeitsloser Männer auf 45 Prozent, bei Frauen gar auf 59 Prozent.

Damit stimmt die Tatsache überein, dass arbeitslose Männer und Frauen ihre Lebensqualität in allen Bereichen geringer einstufen und häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Letzteres trifft vor allem auf Frauen in starkem Ausmaß zu.

Migration und Gesundheit

Als MigrantInnen werden Personen bezeichnet, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Man spricht hier von einer ersten und zweiten Einwanderergeneration. Aber auch für die dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund zu einem wesentlichen Einflussfaktor werden – vor allem wenn dieser damit verbunden ist, keine österreichische Staatsbürgerschaft zu haben. So unterscheidet sich ihre rechtliche Situation von der österreichischer StaatsbürgerInnen, auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung.

MigrantInnen sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Viele befinden sich in einer schlechten sozialen Situation, haben nur erschwerten Zugang zu Bildung und sind gezwungen, Arbeiten zu schlechten Bedingungen und mit hohen Belastungen anzunehmen.

Folgen sind sowohl körperliche Beschwerden als auch psychische Belastungssymptome.

Darüber erschweren unter anderem sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung. Besondere Belastungen erleben Flüchtlinge und AsylwerberInnen, wenn sie durch Kriegserlebnisse an zusätzlichen Traumatisierungen leiden. Existenzängste und Ausgrenzungsmechanismen verstärken die unterschiedlichen Belastungen noch mehr.

Conclusio

Die Liste gesundheitlicher Ungleichheiten aufgrund sozialer Benachteiligung könnte noch fortgeführt werden. Ergebnisse verschiedener Länder sind ähnlich, was den Schluss bestätigt, dass es sich bei diesen Beobachtungen nicht um nationale Phänomene handelt, sondern um strukturelle Risiken.

Besonders betroffen sind Gruppen am Rande der Gesellschaft wie Arbeitslose, Wohnungs- und Obdachlose, aber auch MigrantInnen, alleinerziehende Elternteile und hochbetagte Menschen mit geringem Einkommen.

Ursachen

Empirische Belege für den Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit sind in verschiedenen europäischen Ländern in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden. Vor allem in Ländern, die sich schon länger mit der Thematik befassen, sind das keine neue Erkenntnis mehr, sondern bestätigen weitgehend einen bereits bekannten Sachverhalt. Viel stärker ist daher die Frage nach den Ursachen und möglichen Lösungsansätzen in den Mittelpunkt gerückt. Denn das erhöhte Krankheitsrisiko sozial benachteiligter Gruppen kommt nicht von ungefähr.

Es gilt, Mechanismen und Prozesse, die für gesundheitliche Unterschiede und frühere Sterblichkeit verantwortlich sind, zu identifizieren. Oft häufen sich belastende Faktoren materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Art und verstärken einander.

Einen grundlegenden Überblick über mögliche Ursachen und Zusammenhänge bieten die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten sozialen Determinanten von Gesundheit, die von zentralen Aspekten der Lebens- und Arbeitsbedingungen und Lebensweisen handeln. Die Ergebnisse, welche in die Formulierung dieser Determinanten einfließen, kombinieren Erkenntnisse aus den Bereichen Wirtschaftswissenschaft, Soziologie, Psychologie, Neurobiologie und Medizin und deuten darauf hin, dass das Verständnis der Wechselwirkungen essenziell ist. Nicht nur (materielle) Armut an sich macht krank, sondern auch der soziale Status, der Armut, Arbeitslosigkeit und anderen Stigmatisierungen beigemessen wird, erhöht die gesundheitlichen Ungleichheiten.

Best Practice, Oberösterreich:

Therapiezentrum OASIS, Volkshilfe Oberösterreich

Die Flüchtlings- und MigratInnenbetreuung der Volkshilfe Oberösterreich bietet neben niederschwelliger Beratung und Unterstützung auch therapeutische Begleitung im Therapiezentrum OASIS an.

Zur Zielgruppe zählen alle Personen mit Fluchthintergrund – also AsylywerberInnen, Asylberechtigte, Kriegsvertriebene und Personen mit Refoulement-Schutz – die Bedarf an psychologischer oder therapeutischer Unterstützung haben. Nach internationalen Schätzungen ist etwa jede/r vierte der ankommenden Flüchtlinge mit der Aufarbeitung der persönlichen Lebensgeschichte stark belastet und ohne Unterstützung nicht in der Lage, Erlebtes zu verarbeiten. Dies gilt sowohl für Folteropfer, als auch für sonstige Gewalterfahrungen oder posttraumatische Belastungsstörungen.

Die muttersprachliche psychologische und psychotherapeutische Beratung im Therapiezentrum OASIS ermöglicht, ohne Sprachbarrieren über schlimme Erfahrungen zu sprechen. Die PsychologInnen führen Erstgespräche und Kriseninterventionen durch, zusätzlich werden psychologische Testverfahren zur Abklärung posttraumatischer Belastungsstörungen eingesetzt.

Durch mobile Betreuung im Umfeld der KlientInnen wird eine umfassende, zeitnahe Behandlung garantiert. Teilweise finden Betreuungen auch in den Unterbringungseinrichtungen statt.

Die sozialen Determinanten von Gesundheit

Das **soziale Gefälle** ist bezeichnend für die gesundheitlichen Unterschiede in der Bevölkerung. Je weiter unten sich jemand auf der sozialen Rangskala befindet, desto kürzer ist seine/ihre Lebenserwartung und desto höher ist seine/ihre Krankheitsanfälligkeit. Schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände haben während des gesamten Lebens Einfluss auf den Gesundheitszustand. Die Auswirkungen sind jedoch nicht auf die öffentlich als „arm“ empfundenen Personen begrenzt, sondern erstrecken sich über die gesamte Gesellschaft. So sind beispielsweise auch Angestellte des mittleren Dienstes stärker von Krankheiten und früherem Tod betroffen als höher gestellte KollegInnen.

Benachteiligungen können sich in unterschiedlicher Art und Weise zeigen: schwache Familienstrukturen, schlechte Schulbildung, prekäre Arbeitsverhältnisse, Arbeits- oder Wohnungslosigkeit. Generell kann beobachtet werden, dass Benachteiligungen tendenziell die gleichen Menschen treffen und sich dadurch verstärken. Je länger Menschen unter den verschiedenen Benachteiligungen zu leiden haben, umso stärker werden die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, bis ins hohe Lebensalter verhältnismäßig gesund zu leben.

Stress kann Menschen antreiben oder lähmen: in Stress- und Notsituationen bereitet sich der Körper auf die Abwehr einer Bedrohung vor. Die Herzfrequenz steigt, Energiereserven werden aktiviert, der Körper ist in Alarmbereitschaft. Wer aufgrund von sozialen, psychologischen und finanziellen Umständen dauerhaft Stress ausgesetzt ist, hat jedoch mit den physischen Auswirkungen, die Stress verursacht, zu kämpfen. Denn die Energie, die durch den permanen-

ten psychischen Ausnahmezustand verbraucht wird, wäre für die Erhaltung der Gesundheit wichtig. Durch ihr Fehlen werden Betroffene anfälliger für Infektionen, Diabetes, Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall. Da sozial Benachteiligte durch vielschichtige Belastungen immensen Stresssituationen ausgesetzt sind, steigt auch ihr Krankheitsrisiko.

Grundlagen für den späteren Gesundheitszustand werden bereits in **früher Kindheit** gelegt. Während eine sicher gestellte Versorgung und ein harmonisches familiäres Umfeld förderlich sind, erhöhen schlechte Bedingungen das Krankheitsrisiko: Mangelhafte Ernährung, Bewegungsarmut, Überlastung der Eltern oder bereits unzureichende medizinische Betreuung während der Schwangerschaft haben negative Einflüsse auf die gesamte weitere Entwicklung. Die Kleinkindphase ist wegen der Formbarkeit der biologischen Systeme für die spätere gesundheitliche, aber auch soziale Entwicklung von großer Bedeutung. Die Entwicklung kann durch kognitive, emotionale und sensorische Reize gefördert oder bei Vernachlässigung gehemmt werden.

Armutsbetroffene und von Armut bedrohte Menschen erfahren häufig **soziale Ausgrenzung**. Fehlende Lebensqualität wirkt sich lebensverkürzend und krankheitserhöhend aus. Arbeitslose, ethnische Minderheiten, GastarbeiterInnen, Behinderte, Flüchtlinge und Obdachlose werden als Randgruppen oft vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen.

Selbst in reichen europäischen Ländern gibt es Armut. Armut bedeutet: keine angemessene Unterkunft zu haben, mangelhafte Ernährung, schlechteren Zugang zu Ausbildung und anderen Voraussetzungen, die eine vollständige Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen

würden. Durch soziale Ausgrenzung erfahren Betroffene nicht nur Isolation, sie werden auch daran gehindert, Schritte zu setzen, die ihre Situation verbessern könnten. So geraten von Armut betroffenen Menschen noch viel tiefer in einen Kreislauf, der alleine und ohne Unterstützung kaum zu durchbrechen ist.

Arbeit nimmt im Leben der meisten (erwachsenen) Menschen einen wesentlichen Stellenwert ein. Doch nicht nur die Tatsache, ob jemand einen Arbeitsplatz hat, sondern auch die soziale Organisation, der Führungsstil und die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz sind für den Gesundheitszustand verantwortlich. Die Gesundheit leidet, wenn dauerhaft hoher Stress erlebt wird, nur geringe Entscheidungsmöglichkeiten bestehen, Fähigkeiten nicht genutzt werden können oder keine Anerkennung gezeigt wird. Besonders gefährdend ist die Kombination von hohen Anforderungen und wie wenig Raum für selbstbestimmtes Arbeiten. Mögliche Folgen, die sich unter diesen Umständen häufen, sind sowohl Schmerzen des Bewegungsapparates als auch Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Bei **Arbeitslosigkeit** häufen sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zahlen aus mehreren Ländern weisen darauf hin, dass Arbeitslose und deren Angehörige früher sterben und häufiger erkranken. Arbeitslosigkeit ist ein besonders einflussreicher Faktor, weil er sowohl psychologische als auch finanzielle Folgen hat. Die gesundheitlichen Auswirkungen zeigen sich besonders stark, wenn Langzeitarbeitslosigkeit vorliegt. Erste Wirkungen sind jedoch schon bemerkbar, wenn Menschen das Gefühl haben, ihr Arbeitsplatz sei nicht sicher. Die Angst vor dem Arbeitsverlust oder die Betroffenheit von Arbeitslosigkeit führen zu psychischen Beeinträchti-

Best Practice, Wien:

Medizinische Versorgung und Zahnarztpraxis des Vereins neunerHAUS

Der Verein neunerHAUS bietet in drei neunerHÄUSERN und zehn neunerHAUS Startwohnungen über 170 Männern und Frauen ein neues Zuhause.

Neben der Unterstützung in Form eines Wohnplatzes zeichnet sich der Verein jedoch auch durch das umfassende medizinische Angebot für wohnungs- und obdachlose Menschen aus, denn wer arm ist, seine Wohnung und somit auch Sicherheit, Stabilität und persönliche Ressourcen verliert, läuft nicht nur Gefahr, leichter zu erkranken, sondern hat auch weniger Möglichkeiten, den Gesundheitszustand wieder zu verbessern. Während das Krankheitsrisiko von obdachlosen Menschen merklich über dem Durchschnitt liegt, ist der Zugang zu medizinischen Versorgungsangeboten erschwert. Oft fehlt es auch an Wissen über gesetzlich geregelte Ansprüche und Vertrauen in das medizinische Personal.

Der Verein hat deshalb ein Angebot zur medizinischen Allgemeinversorgung geschaffen, das sich an die sozial Schwächsten richtet. Das Team neunerHAUSARZT arbeitet niederschwellig und aufsuchend in den Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe. Durch den einfachen Zugang und die Behandlung in gewohnter Umgebung fällt Betroffenen der Arztbesuch leichter.

Seit 2007 gibt es außerdem den neunerHAUS Zahnarzt, ein Team aus ehrenamtlich arbeitenden ZahnärztInnen. Hier können nahezu alle Leistungen in Anspruch genommen werden, die auch in regulären Zahnarztpraxen angeboten werden.

gungen wie Angst und Depression, aber auch zu vermehrtem Auftreten von Herzkrankheiten. Da ein unsicherer Arbeitsplatz ebenso gesundheitsgefährdend wirken kann wie Arbeitslosigkeit, muss das Hauptaugenmerk auf der Qualität des Arbeitsplatzes liegen.

Gute zwischenmenschliche Beziehungen und umfassende **soziale Unterstützung** geben Menschen emotionalen und praktischen Rückhalt und stellen so einen starken Schutzfaktor dar, der auch der Gesundheit zuträglich ist. Fördernde Beziehungen, die auf individueller und gesellschaftlicher Ebene bestehen können, helfen nicht nur durch ihre Schutzfunktion, sondern können auch zu gesunden Verhaltensweisen animieren. Vereinsamung und Isolation andererseits führen häufig zu Depressionen und dem stärkeren Empfinden von chronischen Krankheiten. Enge zwischenmenschliche Beziehungen, die nicht funktionieren, können der psychischen und physischen Gesundheit ebenso schaden, wie ihr funktionierende helfen können. Ungleichheit verhindert stabile soziale Beziehungen.

Nicht selten sind **Suchterkrankungen** Folge einer Reaktion auf den Zusammenbruch des sozialen Gefüges einer Person. Die Kausalkette läuft in diesem Zusammenhang in zwei Richtungen: Einerseits scheinen Drogengebrauch, Nikotin- und Alkoholkonsum scheinbare Fluchtwege aus unangenehmen Lebensbedingungen zu sein oder dienen der „Selbstmedikation“. Andererseits verstärken sie jedoch in der Realität soziale und gesundheitliche Ausgrenzungen noch mehr. Zwischen sozialer und wirtschaftlicher Benachteiligung zum einen und Suchterkrankungen zum anderen kann bereits seit vielen Jahren eine enge Korrelation nachgewiesen werden.

Gesunde Ernährung und bedarfsgerechte Versorgung mit **Lebensmitteln** sind wesentliche Voraussetzungen für

einen guten Gesundheitszustand. Einseitige Ernährung kann zu Mangelerscheinungen führen, zu viel oder die falsche Lebensmittelzufuhr kann Fehlernährungen mit all ihren Konsequenzen verursachen. So werden die Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes, Krebs, Karies, degenerative Augenerkrankungen und Adipositas begünstigt. Doch auch Unterernährung und Essstörungen dürfen nicht unterschätzt werden. Sie sind in vielen Fällen Ausdruck psychischer Belastungen.

Das Konsumverhalten der Bevölkerung hängt dabei von zwei Aspekten ab. Erstens ist die Kenntnis von gesunder Ernährung ein Erfordernis für die Auswahl von geeigneten Produkten. Zweitens müssen gesunde, nahrhafte Lebensmittel auch ausreichend zugänglich und zu erschwinglichen Preisen erhältlich sein.

Auch der **Verkehr** wird von der WHO als soziale Determinante von Gesundheit genannt. Damit Mobilität der Gesundheit zuträglich ist, muss häufiger auf das Auto verzichtet werden, müssen vermehrt Wege zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurückgelegt werden. Das dient der Gesundheit mehrfach: Bewegung beugt Krankheiten vor und erhöht das Wohlbefinden. Auch der Ausbau öffentlicher Verkehrsmittel wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus: Die Reduktion von Lärm und Schadstoffemissionen verbessert die Umweltbedingungen. Ein weitreichendes Netz an öffentlichen Verkehrsmitteln reduziert die Isolation von Menschen ohne Auto in entlegenen Regionen.

Neben den genannten Determinanten haben auch Wohnbedingungen, Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und gesundheitsrelevantes Verhalten einen beträchtlichen Effekt auf den Gesundheitszustand.

Nachteilige **Wohnverhältnisse** einkommensschwacher Personen äußern sich durch wenig Wohnraum und schlechteren Wohnungsstandard. Für betroffene Personen erschwingliche Wohnungen liegen oft verkehrsun günstig, weisen hohe Schadstoffbelastungen, feuchte Wände, Schimmel oder Zugluft auf. Auch außerhalb der Wohnung finden sich ungünstige Merkmale: Grün- und Freiflächen sind Mangelware, dafür sorgt häufig erhöhtes Verkehrsaufkommen für Lärm und Verschmutzung.

Der **Zugang zu gesundheitlicher Versorgung** ist je nach Land unterschiedlich geregelt. In Österreich ist das Gesundheitssystem in der Regel sehr gut zugänglich – zumindest in der Theorie. Die Praxis zeigt jedoch, dass benachteiligte Personen oder ganze Personengruppen nur erschwert medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen können. Arztpraxen werden von vielen als Ort der Beschämung empfunden oder bieten nicht die passenden Ordinationszeiten. Außerdem besiegt die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren oder etwa die fehlende Möglichkeit der Kinderbetreuung oft den Wunsch, medizinische Einrichtungen aufzusuchen. In vielen Fällen wird erst dann professionelle Hilfe in Anspruch genommen, wenn Krankheiten bereits ein fortgeschrittenes oder chronisches Stadium erreicht haben. Etwa 98 Prozent der Bevölkerung sind laut Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit durch die soziale Krankenversicherung abgedeckt. Das bedeutet allerdings auch, dass zwei Prozent diesen Versicherungsschutz nicht genießen und somit einen besonders schwierigen Zugang zu medizinischer Versorgung bewältigen müssen.

Der Versuch, individuelles Gesundheitsverhalten als Erklärung für gesundheitliche Ungleichheiten heranzu-

Best Practice, Burgenland:

Familienintensivbetreuung, Volkshilfe Burgenland

Seit Sommer 2003 arbeitet das Team der Familienintensivbetreuung der Volkshilfe Burgenland im Bereich der aufsuchenden, begleitenden und unterstützenden Jugendwohlfahrt. Mittlerweile betreuen acht MitarbeiterInnen Familien mit Kindern, die mit erzieherischen, materiellen, psychischen und/oder sozialen Problemen belastet sind.

Grundsätzlich dient die Betreuung der Förderung des Kindeswohles. Durch die zielorientierte Betreuungsarbeit sollen daher die Beziehungen in der Familie zum Wohl des Kindes stabilisiert werden. Betroffene Familienmitglieder lernen durch die umfassende Unterstützung, sich auf ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu konzentrieren sowie selbstbewusst und eigenverantwortlich zu handeln. Sind erst die persönlichen Ressourcen und das soziale Umfeld gestärkt, steigt auch das individuelle Problemlösepotenzial und die analysierten Problemlagen können besser bewältigt werden. Weitere Ziele der Familienintensivbetreuung sind, sofern möglich, stationäre Fremdunterbringung zu vermeiden oder die Rückkehr nach Fremdunterbringung vorzubereiten und zu ermöglichen. Die Stabilisierung der ökonomischen Situation soll erneuten Problemen vorbeugen.

Das Ausmaß der Familienintensivbetreuung wächst jährlich: Während im ersten Betreuungsjahr 2003 durch zwei MitarbeiterInnen acht Familien (1.000 Betreuungsstunden) begleitet werden konnten, wurden im Jahr 2008 bereits 34 Familien von 6 MitarbeiterInnen betreut (5.000 Arbeitsstunden). In den ersten fünf Jahren konnte über 200 Familien mit über 700 Kindern geholfen werden.

ziehen, birgt die Gefahr, Verantwortung vorschnell auf die Einzelperson abzuschieben. Natürlich haben gesundheitsriskante Verhaltensweisen, die in benachteiligten Schichten vermehrt beobachtet werden können sowie die geringe Inanspruchnahme von Präventionsangeboten ungünstige Einflüsse. Trotzdem darf keinesfalls außer Acht gelassen werden, dass Lebensweisen nicht allein durch aktive Entscheidungen der jeweiligen Personen entstehen, sondern in Lebensumstände, Einstellungen und Wahrnehmungen eingebettet und von ihnen abhängig sind.

Conclusio

Einflussfaktoren sind vielseitig und stehen in gegenseitiger Wechselwirkung. Sie dürfen daher nicht isoliert betrachtet werden. Vielmehr muss ein ganzheitliches Verstehen der Lebenswelten von benachteiligten Personen angestrebt werden, um Verbesserungen bewirken zu können. Soziale Integration, bessere Arbeitsbedingungen und Wohnverhältnisse sowie der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung können nur selten durch die Initiative Einzelner erreicht werden, sondern müssen ein gesellschaftliches Anliegen sein.

Handlungsempfehlungen

Bekämpfung der Armut

Wenn es stimmt, dass der Gesundheitszustand ausgegrenzter und ausgrenzungsbedrohter Menschen stark von Armut bestimmt wird – wie die weiter vorne angeführten Argumente zeigen – dann muss es vor allem darum gehen, Armut zu bekämpfen. Dazu braucht es die entsprechende politische Bereitschaft, die weit darüber hinaus gehen muss, arme und armutsbedrohte Menschen materiell mehr oder weniger erfolgreich abzusichern und vor dem totalen Absturz zu retten. Es ist vielmehr notwendig, die Ursachen, die zu Armut und Ausgrenzung führen, zu bekämpfen, etwa Arbeitslosigkeit, Bildungsdefizite oder regionale, kulturelle und ethnische Benachteiligungen sowie Benachteiligungen, die sich aus dem Alter oder dem Geschlecht ergeben. Dies erfordert eine ganzheitliche Betrachtung des Themas und eine umfassende Inklusionspolitik, wie sie zum Beispiel von der Europäischen Union am Gipfel von Lissabon im Jahr 2000 als politische Orientierung der EU beschlossen wurde.

Allerdings muss hier die kritische Frage zulässig sein, ob die Beseitigung von Armut und Armutsgefährdung tatsächlich für alle Beteiligten vorrangiges Ziel ist. So fordert etwa die neoklassische Wirtschaftstheorie mehr oder weniger deutlich das Vorhandensein zumindest eines Sockels armer und ausgegrenzter Menschen, um die Produktivität der Gesellschaft hoch zu halten. Andauernde Vollbeschäftigung führe zu niedriger Produktivität, so die These, weil dann niemand mehr Angst um seinen Arbeitsplatz habe und niemand sich mehr

sonderlich anstrengen würde. Dies wiederum würde dazu führen, dass der gesellschaftliche Wohlstand hinter seinen Möglichkeiten zurückbliebe; am deutlichsten nachzulesen bei Friedrich August von Hayek.

Health-In-All-Policies

Die nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegrenzter und ausgrenzungsbedrohter Menschen kann keine ausschließliche Aufgabe eines Ressorts sein und sich nicht auf einzelne ausgewählte Maßnahmen beschränken, sondern erfordert, dass gesundheitspolitische Ziele zum Mainstream der gesamten Politik werden und alle politischen Entscheidungen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene dahingehend überprüft werden, welche Auswirkungen sie auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, um sie gegebenenfalls dahingehend zu optimieren.

Die Strategien der Weltgesundheitsorganisation finden ihre inhaltliche Grundlage in der „Ottawa Charta for Health Promotion“ von 1986 und gehen vom umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO aus: Gesundheit ist ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Bereits fast 10 Jahre früher wurden im Jahr 1978 in der Deklaration von Alma Ata „Gesundheit für alle“ die Grundlagen für eine Politik festgelegt, die diesem breiten Gesundheitsverständnis gerecht wird. Daraus ergibt sich etwa, dass Gesundheitsförderung so nahe am Menschen wie möglich erbracht werden soll, die Bevölkerung in Entscheidungsprozesse einzubeziehen ist und multidisziplinäre Teams zu fördern sind.

Für Europa wurden hier 38 Einzelziele formuliert, die der Spezifik dieses Kontinentes gerecht werden sollen.

Best Practice, Linz:

Sozialarbeit im AKH Linz

Krankheit oder Unfall treffen die meisten Menschen unerwartet, können jedoch folgenschwere Auswirkungen haben. Die Versorgung von kranken Menschen beschränkt sich nicht nur auf die heilende Behandlung, sondern umfasst auch die Sicherung der Lebensbedingungen.

PatientInnen mit schwerwiegenden oder chronischen Erkrankungen müssen sich erst mit der veränderten Lebenslage arrangieren. Oft können durch solch unerwartete Ereignisse familiäre, berufliche, soziale oder finanzielle Probleme verursacht werden. Der Sozialdienst im AKH Linz unterstützt und berät Betroffene und deren Angehörige in der Verarbeitung und Verbesserung der Krankheitsbewältigung. Sechs Mitarbeiterinnen können vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt von den PatientInnen und ihren Angehörigen kontaktiert werden. Im Gespräch werden Umfeldfaktoren und Einflüsse analysiert und verfügbare Ressourcen und mögliche Barrieren erhoben. Die Beratung soll dabei helfen, dass in relativ kurzer Zeit Informationen über finanzielle, strukturelle und institutionelle Möglichkeiten in Erfahrung gebracht werden, die auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt sind. Im Rahmen der Weiterversorgung werden Anträge und Verfahren für die PatientInnen eingeleitet. Stations- und fallbezogene interdisziplinäre Teamgespräche ermöglichen eine ganzheitliche und nachhaltige Betreuung der PatientInnen.

Die Vorteile der Sozialarbeit im Krankenhaus liegen vor allem darin, dass sie unmittelbar zur Verfügung steht und aufsuchend arbeitet. Denn häufig kann beobachtet werden, dass Sozialberatung von vielen Menschen erst in Anspruch genommen wird, wenn bereits Probleme auftreten oder sie mit Situationen überfordert sind.

Dabei geht es um Chancengleichheit, um die Vermehrung von Lebenszeit, die frei von Krankheit und Behinderung ist, um gesundheitsförderliche Lebensweisen und Umwelthygiene, um die Umgestaltung des Gesundheitssystems zur besseren Verwirklichung dieser Strategie und um Förderungsmaßnahmen, die sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens liegen.

Die aktuelle Strategie „Health-In-All-Policies“ baut auf den eben genannten Zielen, den bisherigen Erfahrungen und der Analyse von Problemen und Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang auf. Mit der finnischen EU-Ratspräsidentschaft im Jahr 2006 wurde die Strategie, Gesundheit in allen Bereichen als Maxime heranzuziehen, nun auch als gemeinsame Inklusionsstrategie der EU und ihrer Mitgliedsstaaten verankert. Hintergrund dieser Strategie ist die Erkenntnis, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur in gemeinsamer Anstrengung aller Ressorts verbessert werden kann, denn das Verhindern von Krankheiten erfolgt nicht nur im medizinischen Bereich, sondern im Wesentlichen in den Settings, in denen die Menschen lernen, arbeiten, spielen und leben. Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesundheit der Menschen finden sich außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems und werden von der Wirtschaftspolitik, der Arbeitsmarktpolitik, der Sozialpolitik, der Regionalpolitik und Raumordnung, der Familienpolitik, der Verkehrspolitik, dem Wohnbau und vielen anderen Bereichspolitiken beeinflusst und geprägt. Die Idee hinter dieser gesundheitsstrategischen Orientierung ergibt sich aus den Zielen der WHO und ihrer Umsetzung in der praktischen Politik: Ausschließlich im Gesundheitsbereich gesetzte Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit greifen zu kurz. Gesundheitsaspekte und -auswirkungen müssen daher in allen Politikbereichen berücksichtigt werden.

„Health-In-All-Policies“ kann auch die Reichweite des Gesundheitsressorts und der Gesundheitsverantwortlichkeit auf allen politischen Ebenen (Bund, Länder und Gemeinden) vergrößern, weil „Gesundheit“ hier nicht mehr allein eine Ressortaufgabe bleibt, sondern zur Aufgabe aller Ressorts und damit zur Führungsaufgabe wird. Das ist die Stärke und gleichzeitig auch die Schwäche dieses Ansatzes, denn Health-In-All-Policies entsteht nicht von selbst, sondern lässt sich nur verwirklichen, wenn die politisch Verantwortlichen in allen Ressorts die notwendigen Maßnahmen setzen und das ebenso notwendige Controlling der gefassten Beschlüsse garantieren.

Health-Impact-Assessment

Die Umsetzung dieser politischen Strategie erfordert entsprechende Instrumente des Controllings und der Steuerung. Eine international bewährte und bereits in die österreichische Politik eingeführte Möglichkeit bietet das Instrument „Health-Impact-Assessment“ (HIA). Es zielt im Sinne einer Politikfolgenabschätzung darauf ab, mögliche (positive wie negative) Effekte und Folgen einer Politik auf die Gesundheit bereits im Planungsstadium zu erfassen und die notwendigen Entscheidungen dahingehend zu beeinflussen. Zusätzlich wird untersucht, wie sich die möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit in den einzelnen Regionen und in den verschiedenen sozialen Schichten und Gruppen verteilen werden. Ziel ist die Verstärkung positiver und die Verringerung negativer Gesundheitsauswirkungen in allen Politikbereichen. HIA räumt der Bevölkerungsbeteiligung im Sinne der Transparenz und Partizipation von Entscheidungsprozessen einen hohen Stellenwert

ein. Die differenzierte Erfassung möglicher Gesundheitsauswirkungen auf einzelne Bevölkerungsgruppen verfolgt das Ziel, gesundheitliche wie auch soziale Ungleichheiten zu reduzieren und kann daher auch als Controlling- und Steuerungsinstrument von Politiken, die auf eine Verringerung gesundheitlicher Benachteiligungen bisher ausgegrenzter Bevölkerungsgruppen gerichtet sind, dienen. HIA versteht sich als nachhaltiges und objektives Instrument.

Herausforderungen für die Gesundheits- und Sozialpolitik

Auf Grund der hier dargestellten Befunde, insbesondere der Erkenntnis, dass Gesundheitsrisiken und Krankheiten nicht zufällig über die gesamte Gesellschaft verteilt sind, sondern entlang der Grenzen sozialer Gruppierungen verlaufen, ergeben sich wesentliche Herausforderungen für die öffentliche Gesundheits- und Sozialpolitik:

- Bestehende Ungleichheiten in der Lebenserwartung und im Gesundheitszustand für unterschiedliche soziale Gruppen sind als gesundheits- und sozialpolitisches Problem zu erkennen und zu bearbeiten.
- Die Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge und Prävention sind in allen Handlungsfeldern zu verstärken.
- Die Fähigkeit der Menschen, mit ihren Gesundheitsproblemen selbstverantwortlich und kompetent umzugehen und ihre persönliche Umwelt gesundheitsgerechter zu gestalten und sich darin gegenseitig und auf politischer Ebene zu unterstützen, muss gefördert werden.

Best Practice, London:

Bromley by Bow Centre

Das Bromley by Bow Centre (BBBC) wird in der nationalen und internationalen Literatur oft als Good Practice Beispiel für die gelungene Integration von wichtigen Services und Projekten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich angeführt.

Bromley by Bow im Osten von Greater London ist nach wie vor eine der depriviertesten Gegenden in England. Das BBBC ist eine in die lokale Gemeinschaft eingebettete Institution, die 1984 in der Gemeinde durch die Initiative der EinwohnerInnen entstanden ist und Schritt für Schritt um Services und Angebote gewachsen ist.

Das BBBC beschäftigt mittlerweile 128 MitarbeiterInnen und beherbergt ein Health Centre mit lokalen AllgemeinmedizinerInnen, sozialökonomische Betriebe, ein Kinderbetreuungszentrum, ein Zentrum für gesunde Lebensführung (Healthy Living Centre) und bietet Erwachsenenbildung, Pflege und medizinische Betreuung für sozial benachteiligte Menschen, sowie Community Outreach Programme und Beratungsleistungen an.

Alle Leistungen werden innerhalb des Zentrums angeboten, wo Menschen unterschiedlicher Berufe und Professionen zusammenarbeiten, um die multidimensionalen Bedürfnisse ihrer KlientInnen bestmöglich ansprechen zu können und ihnen den Zugang zu allen Leistungen zu ermöglichen. Durch die persönliche Begleitung und den Vorteil, dass alle Beratungen unter einem Dach stattfinden können, fällt es betroffenen Personen leichter, die Leistungen in Anspruch zu nehmen.

- Maßnahmen zur nachhaltigen Überwindung von Armut und Arbeitslosigkeit sind zu intensivieren.
- Ebenso zu forcieren sind Maßnahmen gegen Ausgrenzung und Exklusion verschiedener Personengruppen aufgrund ihres Alters, Geschlechts und Bildungsstands, aufgrund ethnischer Zugehörigkeit, Muttersprache oder sozialem Status.
- Materielle und immaterielle Barrieren gegenüber Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Pflege sind zu beseitigen. Insbesondere ist auf das Vorhandensein eines ausreichenden Angebots niederschwelliger und nachfragegerechter Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsprävention zu achten.
- Health-In-All-Policies erfordert vor allem ein Bildungs- und Erziehungswesen, das nicht auf einen allgemeinen Zugang zu Gesundheitsprävention und Gesundheitsversorgung ermöglicht, sondern auf Überwindung sozialer Ungleichheit in allen Lebensbereichen, insbesondere aber am Arbeitsmarkt ausgerichtet ist.
- Bedarfsgerechter Ausbau des Gesundheitswesens und der Gesundheitsprävention bedeutet auch, diesen Wirtschaftszweig für Beschäftigte attraktiver zu machen. Dazu sind vor allem die Ziele des „EU-Grünbuches über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa“ von 2008 umzusetzen.

Gesundheit ist kein Produkt

Erfahrungen aus unterschiedlichen Ländern wie auch aus Österreich zeigen, dass die Vermarktung von Gesundheit und Gesundheitsförderung, die sich in vielen Bereichen ausbreitet, Probleme in sich birgt. Insbesondere ist vor Produkten und Dienstleistungen zu warnen, die keine erkennbaren gesundheitlichen Auswirkungen haben, aber – in der Regel sehr viel – Geld kosten und daher de facto dort, wo sie eingesetzt werden, soziale Ungleichheiten eher vertiefen als vermindern.

Die erwerbswirtschaftliche Strategie, mit Begriffen rund um die Gesundheit das große Geschäft zu machen, sollte durch wirkungsvolle Strategien vor allem im Bereich der Aufklärung und des KonsumentInnenschutzes konkurrenzfähig werden. Untersuchungen aus den und über die USA machen bereits seit zwanzig Jahren deutlich, dass die Vermarktung der Ideen von Gesundheitsförderung und Prävention dazu beigetragen haben, die BürgerInnen glauben zu machen, Gesundheitsförderung sei kein Ziel, sondern ein Produkt oder eine Dienstleistung und daher zu kaufen, die notwendigen liquiden Mittel und die entsprechende Konsumententscheidung vorausgesetzt. Es läge daher einzig in der Verantwortung der Menschen, ob sie dieses Produkt oder diese Dienstleistung kaufen würden oder nicht. Gesundheit und Gesundheitsförderung ist in diesem Bild ein attraktives, gut verkäufliches Paket zur Bereicherung der eigenen Konsumwelt und nicht ein Instrument, um besonders gefährdeten sozialen Gruppen Gesundheitsressourcen verfügbar zu machen. So wird Gesundheit und Gesundheitsförderung letztendlich reduziert auf eine einkommensfördernde Methode für InvestorInnen, auf ein Marktsegment wie jedes andere. Für die Verwirk-

lichung gesundheitsfördernder Ziele, insbesondere für die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten, ist diese Orientierung kontraproduktiv.

Conclusio

Die Ursachen von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sind vielschichtig und wirken ineinander. Ebenso komplex wie die Problemstellungen sind, müssen auch die Lösungsansätze weitreichend angelegt sein.

Ein wesentlicher Schritt ist, das Problem als solches zu erkennen, um es in der Folge bearbeiten zu können. Health-In-All-Policies konsequent zu verfolgen und Armut nachhaltig zu bekämpfen kann auf lange Sicht die besten Veränderungen bewirken. Professionelle Instrumente wie Health-Impact-Assessment dienen nicht nur der Umsetzung von Maßnahmen, sondern ermöglichen auch die notwendige Evaluierung und das Controlling.

Gesundheit ist kein käufliches Gut. Die Vermarktung von Gesundheit muss daher kritisch betrachtet werden. Sinnvoll ist die Vermittlung von Gesundheit als Prozess und Lebensweise, die man nicht erwirbt, sondern lebt.

Best Practice, Großbritannien:

Health Trainer Programme

2004 wurde im britischen Department of Health beschlossen, eine neue Funktion zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten in England ins Leben zu rufen und zwar durch ausgebildete „Health-Trainer“.

Aufbauend auf dem Prinzip „Support from ordinary people to ordinary people“ werden EinwohnerInnen der Region zu Health-Trainern ausgebildet, um Menschen in ihren Gemeinden oder Stadtteilen in Gesundheitsbelangen weiterzuhelfen. Die Rolle des/der Health-TrainerIn geht über Beratung und Information zu gesundheitsrelevanten Themen hinaus: Ziel ist es, die Menschen in ihrer Situation zu stärken, so dass sie ihre selbst gesetzten Ziele erreichen. Sie sollen den KlientInnen Methoden aufzeigen und sie dazu befähigen, ihr Verhalten und ihren Lebensstil im Bedarfsfall zu ändern und ihnen zeigen, dass sie eigenverantwortlich und selbstwirksam Verbesserungen bewirken können.

In eigenen Health-Trainer-Kursen können TeilnehmerInnen zu sogenannten Health-Trainer- Champions werden, um dann ihre eigenen Aktivitäten mit eigenen TeilnehmerInnen durchführen zu können. Beispiele dafür sind etwa aus den Kursen entstandene Walking-Gruppen, die nach Ablauf des Kurses von TeilnehmerInnen in Eigenverantwortung weitergeführt werden. Die Health-Trainer-Champions arbeiten derzeit zum Großteil (94%) auf ehrenamtlicher Basis.

Ein wesentlicher positiver Effekt neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes ist die Vernetzung der beteiligten Personen. Menschen, die von sozialer Ausgrenzung betroffen sind, erfahren wieder Kontakt zu anderen.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung kann als Teilstrategie des Health In-All-Policies – Ansatzes bezeichnet werden. Obwohl der Schwerpunkt auf einer Durchdringung aller Politikfelder mit gesundheitspolitischen Zielen liegen muss, darf die Gesundheitsförderung im engeren Sinn zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten nicht vernachlässigt werden.

Wie entsteht Gesundheit?

Gemäß dem bio-psycho-sozialem Gesundheitsmodell nach Frankenhaeuser sind Menschen verschiedenen Umwelt-Anforderungen ausgesetzt. Mit internen Ressourcen wie der körperlichen Konstitution, Erfahrung, Fähigkeiten und Selbstvertrauen und externen Ressourcen wie sozialer Unterstützung, Anerkennung und materiellen Ressourcen kann diesen Anforderungen entgegen getreten werden. Aus den kognitiven Bewertungen und körperlichen Reaktionen geht, sofern Anforderungen und Ressourcen in ausgewogenem Verhältnis zueinander stehen, Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit hervor.

Die Ursache von Gesundheit daher allein im Gesundheitssystem zu suchen, wäre kurz gegriffen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Karzinome, nicht-entzündliches Rheuma, chronische Bronchitis, viele (z.B. stressbedingte) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der Leber, aber auch Suchterkrankungen und ihre Folgen auf Körper und Psyche, machen einen Großteil der Erkrankungen aus und sind auch für die meisten Todesfälle in entwickelten Industrieländern verantwortlich. Diese Erkrankungen haben eines gemeinsam: sie entstehen durch Lebensbedingungen und Lebensweisen, durch Verhältnisse

und Verhalten. Und sie sind in der Regel, wenn sie einmal ausgebrochen sind, nicht mehr oder kaum heilbar. Das Gesundheitssystem ist hier durch entsprechende Behandlung (nur) in der Lage, Symptome zu vermindern, Schmerzen zu mildern und das Leben zu verlängern. Heilung im Sinne vollständiger Genesung kann bei den genannten Erkrankungen nur selten erreicht werden.

Die in der Regel komplexen Ursachen dieser chronisch-degenerativen Erkrankungen haben in der überwiegenden Zahl der Fälle lange vor dem manifesten Ausbruch der Krankheit bestanden. Sie liegen ganz oder zum entscheidenden Teil außerhalb des Individuums, in den Lebens-, Arbeits- und Umweltbereichen, also in potenziell politisch und gesellschaftlich gestaltbaren Bereichen.

Gesundheitsförderung bedeutet daher die Verbesserung der Voraussetzung zur Bewältigung externer und interner Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen. Ausgehend von den Anforderungen könnte dies bedeuten, Überforderung zu reduzieren, Stressfaktoren abzubauen und Strukturen benutzerfreundlich zu gestalten. Um die Ressourcen zu steigern, wirken der Aufbau sozialer Netzwerke, mehr Gesundheitsinformation, erhöhte Konfliktlösungskompetenz und vielfältige weitere Maßnahmen förderlich.

Durch großangelegte nordamerikanische Studien über die Ursachen von Todesfällen vor dem 75. Lebensjahr (so genanntes „vorzeitiges Sterben“) erkennt man den geringen Spielraum, den das Gesundheitswesen im Sinne von medizinischen Behandlungen bei der Heilung hat. Die Biologie einschließlich der Genetik ist – nach gegenwärtigem Wissenstand durch medizinische Inter-

ventionen nicht beeinflussbar – für etwa 20 Prozent des vorzeitigen Sterbens verantwortlich, durch Medizin und Gesundheitssystem prinzipiell heilbare Erkrankungen, wie etwa Infektionskrankheiten, für weitere 10 Prozent. Aber 70 Prozent der Ursachen für vorzeitiges Sterben müssen auf Faktoren der Umwelt und der Lebensweise zurückgeführt werden, also auf jene Bereiche, die nur durch Präventionspolitik im vormedizinischen Bereich bekämpft werden können. Das gilt vor allem für jene Erkrankungen, die einer sozialen Ungleichheit geschuldet sind bzw. sich durch diese vertiefen werden.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die von der WHO im Jahr 1986 verabschiedet wurde, ist folgendes zu lesen:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...)

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Daraus lässt sich ableiten, dass Gesundheitsförderung in jenen Settings stattfinden muss, in denen Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten.

Best Practice Bozen, Südtirol:

Haus Emmaus

Das Haus Emmaus, eine Einrichtung der Diözese Bozen-Brixen für HIV-positive und aidskranke Menschen, wurde 1997 eröffnet. Die Idee einer von SozialarbeiterInnen betreuten Wohngemeinschaft für HIV-positive und Aidskranke war in Südtirol neuartig und wurde als Pilotprojekt gestartet.

Mittlerweile bietet die Wohngemeinschaft Platz für 12 Frauen und Männer. Pflegebedürftige werden professionell gepflegt und nach Notwendigkeit durch regelmäßige Besuche von Krankenschwestern bzw. Pflegern und ÄrztInnen medizinisch betreut. Auch für psychologische Betreuung ist gesorgt.

Das Haus Emmaus bietet Betroffenen ein geschütztes Lebensumfeld. KlientInnen, die unter der chronischen Krankheit leiden und Betreuung brauchen, da sie sich nicht (mehr) vollständig selbst versorgen können, möglicherweise von Obdachlosigkeit bedroht sind und über kein familiäres oder sonstiges soziales Netz verfügen, das Unterstützung bieten könnte, finden hier eine Anlaufstelle und gegebenenfalls eine Unterkunft. Da die Plätze begrenzt sind, haben Betroffene mit Aids oder in der Endphase der Krankheit Vorrang bei der Aufnahme ins Haus Emmaus. Die BetreuerInnen versuchen, jedem Bewohner/jeder Bewohnerin eine Aufgabe zu übertragen, um alltägliche Routine einzuführen und den BewohnerInnen so Sicherheit zu geben.

Einrichtung und Gemeinde arbeiten stark vernetzt: Ehrenamtliche helfen im Haus Emmaus, die MitarbeiterInnen leisten darüberhinaus Aufklärungsarbeit an Schulen. Auch auf fachlicher Ebene konnte das Haus Emmaus ein gutes Netz aufbauen und arbeitet mit zahlreichen Institutionen zusammen, um das Wohl der BewohnerInnen zu fördern.

Gesundheit und Bedürfnisse

Die österreichische Pionierin der Sozialarbeit und Sozialarbeitsforschung, Ilse Arlt, hat in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts eine ausdifferenzierte Bedürfnistheorie erarbeitet und deutlich gemacht, dass die Bearbeitung sozialer Ungleichheiten nicht allein von Defiziten der betroffenen Menschen ausgehen darf, sondern ihre Bedürfnisse in den Blickwinkel der Interaktionen holen muss.

„Armut ist eine Negation, kann daher nicht als Ausgangspunkt für positive Arbeit dienen, sondern das Positive muss ins Auge gefasst werden, dessen Negation Armut heißt.“

Aus dieser Orientierung auf die Bedürfnisse der Menschen, und nicht primär auf ihre Notlagen, ergeben sich einige relevante Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung von heute, deren Ziel ein Ausgleich unterschiedlicher Zugänge zur Gesundheit ist. Die wesentlichsten Schlüsse, die schon Arlt gezogen hat:

- Not ist kein Zustand, sondern eine Bewegung, ein Prozess.
- Der Kulturzustand eines Landes wird nicht durch seine Höchstleistung bestimmt, sondern durch seine „Grenznot“ – das ist die tiefste geduldete Entbehrung.
- Ist für das Finden neuer Hilfewege der Blick in die Zukunft wichtig, so benötigt die Durchführung der Hilfe vor allem den Blick in die Vergangenheit.
- Die Armutsforschung besteht nicht bloß aus Elendsanalysen, sondern auch aus dem Erkennen positiver Gegenkräfte.
- Sämtliche Faktoren der Armut und der Hilfe unterliegen starkem, oft raschem Wechsel.

- Das Gefährlichste an länger andauernder Armut ist, dass sich eine Art „Harmonie der Unterbefriedigung“ einstellt; das heißt, man hat sich damit abgefunden.
- Manche Menschen fügen sich bewusst in diese „Harmonie des Elends“ ein.
- Den Willen zur Selbsthilfe zu stützen ist eine der vornehmsten Aufgabe der Fürsorge (in unserem Zusammenhang: der Gesundheitsförderung), aber mit äußerster Behutsamkeit anzuwenden.

Gesundheitsförderung, die Verringerung oder Beseitigung von Ungleichheiten im Umgang mit Gesundheit und Vorbeugung wie Behandlung zum Ziel hat, muss mit der gesamten Palette der „Fürsorgewissenschaften“ vertraut sein und nicht (allein) an den Defiziten anknüpfen, sondern sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. In der Regel bilden diese Bedürfnisse, richtig angesprochen, durchaus eine Ressource zur Veränderung.

Verhältnisse und/oder Verhalten

In der Gesundheitsförderungsdiskussion stoßen immer wieder zwei Positionen aufeinander, insbesondere wenn es um arme oder armutsgefährdete Personen als Zielgruppe geht.

Die eine Position konzentriert sich auf die Veränderung jener Verhältnisse, die für die ausgrenzenden Lebenslagen und die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen verantwortlich sind. Die Gegenposition thematisiert das Verhalten der Personen aus der

Zielgruppe, wobei deren nicht gesundheitsförderliches Verhalten als (wesentlicher) Grund für die Marginalisierung ihres gesundheitlichen und sozialen Status gesehen wird.

Mittlerweile sind jedoch die Fachleute davon überzeugt, dass sich Verhalten und Verhältnisse nicht ausschließen, sondern einander bedingen und daher eine Einheit darstellen: Der erwähnte Widerspruch von Verhaltens- und Verhältnisansätzen kann mit Pierre Bourdieus Theorie der drei Kapitale aufgelöst werden. Bourdieu spricht von drei Formen von Kapital, die analytisch zu trennen sind:

- Das ökonomische Kapital ist unmittelbar und direkt in Geld konvertierbar und eignet sich besonders zur Institutionalisierung in der Form des Eigentumsrechtes.
- Das kulturelle Kapital ist unter bestimmten Voraussetzungen in ökonomisches Kapital konvertierbar und eignet sich besonders zur Institutionalisierung in Form von schulischen Titeln.
- Das soziale Kapital bezeichnet das Kapital an sozialen Verpflichtungen oder ‚Beziehungen‘ und ist unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls in ökonomisches Kapital konvertierbar.

Für die Gesundheitsförderung ausgegrenzter oder von Ausgrenzung bedrohter Menschen kann man diese Kapitaltheorie folgendermaßen auflösen: Ökonomisches Kapital meint hier jene Ressourcen, die den Zugang zu Vorsorge und Gesundheitseinrichtungen ermöglichen und deren Fehlen diesen Zugang wesentlich erschweren. Das sind einerseits unterschiedliche materielle

Best Practice, Südtirol:

Haus Basaglia – Zentrum für psychische Gesundheit

Die Versorgung von psychisch erkrankten Personen soll in Südtirol möglichst nahe am Menschen erfolgen. Daher wurde die Struktur sogenannter „Zentren für Psychische Gesundheit“ aufgebaut. Eines davon ist das Haus Basaglia nahe Meran, das eine Wohneinheit für subakute Patienten, ein territoriales Day-Hospital sowie Werkstätten und Arbeitsbereiche beherbergt.

Es ist erste Anlaufstelle bei psychischen bzw. psychiatrischen Problemen. In den meisten Fällen werden PatientInnen vom Hausarzt/von der Hausärztin überwiesen, jedoch haben sie auch die Möglichkeit, sich direkt an das Zentrum zu wenden.

Die Einrichtung verfügt über mehr als 40 Betten und gewährleistet eine 24-Stunden Betreuung, die nicht nur LangzeitpatientInnen zur Verfügung stehen, sondern auch jenen Personen, die nur kurz- oder mittelfristig Hilfe benötigen.

Eine Besonderheit sind die von den FachärztInnen durchgeführten Hausbesuche. Regelmäßig besuchen PsychiaterInnen die PatientInnen in den Sprengeln. Die vertraute Umgebung hilft den meisten PatientInnen, zum anderen entfällt die Anreise zur Ordination des Psychiaters/der Psychiaterin als wesentliche Barriere.

Kontinuität und gute Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Betreuung gelten als wesentliche Handlungsprinzipien des Zentrums.

Lebensbedingungen und individuelle finanzielle Ressourcen und andererseits Aspekte der Angebotsseite wie fehlendes Angebot oder Personalmangel. Kulturelles Kapital meint in diesem Zusammenhang das Wissen, welches gesundheitsförderliches Verhalten und gesundheitsförderlichen Lebensstil ermöglicht. Auch diese Sichtweise richtet sich sowohl an die handelnden Personen wie an das Angebot von Bildung und Ausbildung, mit denen sie konfrontiert sind. Soziales Kapital schließlich meint jene sozialen Netzwerke, in denen die betroffenen Personen leben und durch die sie geprägt werden, etwa die Familie oder Peergroups. Mit dieser Sichtweise kann der konfrontative Blick auf „Verhältnis“ oder „Verhalten“ aufgelöst werden.

Aus diesen Überlegungen kann ein Ansatz der Gesundheitsförderung entwickelt werden, der das Spannungsverhältnis von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention in einen dreidimensionalen Zusammenhang umwandelt. Die Dimensionen werden gebildet durch die Lebensbedingungen, die Versorgungslage und die Lebensführung. Lebensbedingungen und Versorgungslage werden wesentlich vom ökonomischen Kapital, die Lebensführung durch das kulturelle und soziale Kapital geprägt.

Drei Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung



Der Fonds Gesundes Österreich

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ist die zuständige Institution für Gesundheitsförderung. Seine Arbeit beruht auf dem 1998 beschlossenen Gesundheitsförderungsgesetz, dessen Basis die Ottawa-Charta ist. Das Aufgabengebiet des FGÖ umfasst die (finanzielle) Förderung von Gesundheitsförderungsprojekten, sowie Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und verschiedene Einflussfaktoren auf die Gesundheit und die Anregung zu Kooperationen und Vernetzung.

Gesundheitsförderung in Österreich

Laut Ansicht zahlreicher ExpertInnen hat – auch Dank des FGÖ – die Gesundheitsförderung in Österreich in den letzten Jahren zugenommen, auch im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine Datenbank auf der Homepage des FGÖ zeigt die geförderten Projekte der letzten Jahre.

Trotzdem bleibt die kritische Frage bestehen, ob durch einzelne Gesundheitsförderungsprogramme sozial benachteiligte Personen erreicht werden. Unter ExpertInnen herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass für benachteiligte Gruppen besonders niederschwellige und aufsuchende Angebote geschaffen werden müssen.

Conclusio

Gesundheitsförderung ist auf die Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen ausgerichtet und beabsichtigt, Personen und Gruppen zu befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu übernehmen.

Damit Gesundheitsförderung auch zum Abbau von gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten beitragen kann, braucht es spezielle, für eben diese Zielgruppe entwickelte Projekte, Programme und Zugänge.

Gesundheitsförderung ist nicht (nur) Mittel zum Zweck, sondern stellt auch eine Lebensweise dar.

Best Practice, Helsinki:

Service Centre For Homeless People

In Finnland hat man sich bereits vor einigen Jahren dem „Housing-First“-Ansatz verschrieben. Das Ziel ist, Obdachlose in einer Wohnung mit herkömmlichem Mietvertrag unterzubringen und mittels sozialarbeiterischer Betreuung zu begleiten, um ein geregeltes Leben erreichbar zu machen und vor Obdachlosigkeit zu schützen. Das ist auch ein Grund, warum die Zahl der Notschlafstellen für obdachlose Menschen zurückgegangen ist

Das Service Centre For Homeless People in Helsinki wurde im Juni 2009 eröffnet. Das Zentrum, das sowohl sozialarbeiterische Betreuung als auch medizinische Versorgung bietet, ist das einzige dieser Art in Helsinki. Es gliedert sich in Notschlafstelle und kleine Appartements. Wird beobachtet, dass Personen über längere Zeit in der Notschlafstelle Zuflucht suchen, so wird gemeinsam mit den MitarbeiterInnen und den Betroffenen erwogen, ob eine Unterbringung in einem Appartement sinnvoll wäre.

Medizinische Versorgung kann sowohl von BewohnerInnen als auch von einrichtungsfremden Personen in Anspruch genommen werden. Sofern PatientInnen ihren Namen bekannt geben möchten, werden die Untersuchungsergebnisse in dasselbe System eingetragen, das reguläre Gesundheitszentren und Krankenhäuser verwenden, was eine vollständige Krankenakte ermöglicht.

Forschungsbedarf und Bildungsziele

Die im Rahmen der Erstellung dieser Broschüre befragten ExpertInnen sind sich uneins, ob es in Österreich bereits ausreichendes Wissen über gesundheitliche Ungleichheiten und ihre Effekte auf das Zusammenleben der Menschen gibt oder ob noch wesentlicher Forschungsbedarf besteht. Nur ein differenzierender Ansatz auf die (vorhandene) Forschung ermöglicht präzisere Antworten auf die Frage nach dem Forschungsbedarf. Dabei muss zwischen erklärenden, beschreibenden oder reduzierenden Forschungsansätzen unterschieden werden.

Auch in Österreich überwiegen die Ansätze und Untersuchungen, die gesundheitliche Ungleichheiten beschreiben. Diese findet man auch in der vielfältigen Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und mancher Gemeinden.

Ansätze mit Erklärungsabsichten sind demgegenüber deutlich seltener, wissenschaftliche Ansätze, die mit dem Ansatz der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten antreten, sind sehr selten. Wenn also Forschungsbedarf konstituiert wird, dann nicht bei beschreibenden Ansätzen. Notwendig ist Forschung, die gesundheitliche Ungleichheiten aus dem Leben der Betroffenen erklärt und komplexe Ansätze für eine wissenschaftliche Politikberatung liefert, die auf Veränderung, also auf Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten, orientiert ist.

Auch wenn nach 2010 das Europäische Jahr zur Überwindung von Armut und Ausgrenzung abgelaufen ist, besteht weiterer Forschungsbedarf zur Erklärung und Überwindung gesundheitlicher Ungleichheiten und Differenzierungen.

Bildungsziele

Generell wurde und wird in nahezu allen Studien, Berichten und Beschreibungen Bildung als wesentlichste Maßnahme zur Bekämpfung von sozialen Ungleichheiten definiert. Wer über eine gute Bildung und Ausbildung verfügt, ist weniger von gesundheitlichen Belastungen betroffen, seltener krank und darf mit einer längeren Lebenserwartung rechnen. Darüber hinaus trägt Bildung erheblich dazu bei, Probleme aus eigener Kraft zu lösen.

Bildungsziele in Zusammenhang mit einer gesundheitsförderlichen Politik, die Ungleichheiten in Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung überwinden will, müssen sich stark mit dem kulturellen Kapital auseinandersetzen. Dieses existiert nach der Theorie von Bourdieu in drei Formen

- in verinnerlichtem, **inkorporiertem Zustand**, in Form von dauerhaften Dispositionen des Organismus
- in **objektiviertem Zustand**, in Form von kulturellen Gütern, Bildern, Büchern, Lexika, Instrumenten oder Maschinen, in denen bestimmte Theorien und deren Kritiken, Problematiken und dergleichen Spuren hinterlassen oder sich verwirklicht haben
- in **institutionalisiertem Zustand**, einer Form von Objektivierung, die deswegen gesondert behandelt werden muss, weil sie dem kulturellen Kapital, das sie garantieren soll, ganz einmalige Eigenschaften verleiht

Gesundheitsförderliche Bildungsziele für die Bevölkerung sind Ziele, die sich am Bildungsstand der Menschen in seiner Dreigeteiltigkeit – Wissen, Können und Haltung – orientieren, auf den Stand der Wissens- und Kulturproduktion und auf die Institutionen des Wissens- und Bildungswesens. Auch hier handelt es sich also um eine „Querschnittsmaterie“, das gesamte Bildungs- und Wissenssystem ist angesprochen und nicht ausschließlich das Wissen über Gesundheit.

Da der allgemeine Bildungsstand eine wesentliche Weichenstellung bei der Gestaltung von Lebens- und Erwerbsbiografien bedeutet, sind das gesamte Bildungssystem und seine Institutionen wesentlich zu verbessern, wenn man eine Verringerung oder ein Verschwinden der gesundheitlichen Ungleichheiten zum Ziel hat.

Bei der Formulierung gesundheitlicher Bildungsziele ist jedoch zu beachten, dass es auch um einen Beitrag zur Erhöhung der sozialräumlichen Mobilität der Menschen, also der Mobilität in räumlicher und sozialer Richtung, geht. Betrachtet man den weitgehend barrierefreien Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen als Gut, so wird dieses von Gruppen, die ein erhöhtes Krankheits- und Sterberisiko aufweisen, nur unzureichend genutzt. Gruppen, deren Risiko zu erkranken niedriger ist, sind weit kompetenter bei der Nutzung und Inanspruchnahme von Versorgungs- und Präventionsangeboten.

Bildungspolitik, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten vermindern will, muss daher kompensatorisch ausgerichtet sein und auch schichtspezifische Benachteiligungen berücksichtigen. Gesundheitserziehung im weiteren Sinn sollte daher keine ausschließliche Kommunikationsform von Mittelschichtangehörigen

Best Practice, Finnland:

TEROKA Datenbank

Während sich der Gesundheitszustand der Finnen und Finninnen in den letzten Jahren durchschnittlich verbessert hat, konnte gleichzeitig eine wachsende gesundheitliche Ungleichheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen beobachtet werden. Um die Gesundheit aller EinwohnerInnen zu steigern, sollen die Ungleichheiten zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen abgebaut werden. Die Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten ist eines der zentralen Anliegen der finnischen Gesundheitspolitik und stellt ein Hauptziel des nationalen „Health 2015 – Public-Health-Programme“ dar.

Seit 2005 gibt es das Projekt TEROKA: in einer Datenbank werden Wissen, Erfahrungen, Instrumente und Möglichkeiten erfasst, die dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen zu verringern. Die Reduktion der Ungleichheiten soll auch bei der Gestaltung von Gesundheitsförderung auf nationaler aber auch lokaler Ebene einen Schwerpunkt darstellen. Das Netzwerk von TEROKA spannt sich daher von Gemeinden über VertreterInnen der Zentralregierung und Forschungsinstitute bis hin zu einzelnen Organisationen. Die Entwicklung neuer Ideen und das Teilen von Erfahrungen anderer Projekte in diesem Zusammenhang sind die augenscheinlichsten Vorteile für die Beteiligten.

Darüber hinaus soll auch eine öffentliche Debatte zu diesem Thema entstehen und bestehen bleiben, um das nötige öffentliche Gesundheitsbewusstsein am Leben zu erhalten.

über ihre Gesundheit und deren Verbesserung sein, die andere (vor allem benachteiligte) soziale Schichten und Gruppen ausschließt, selbst wenn das nicht in der Absicht der Kommunizierenden liegt. Über die Entwicklung und Gestaltung der persönlichen Kompetenzen und Ressourcen durch Bildung hinaus setzt Gesundheitsförderung an der Mobilisierung der gesellschaftlichen Ressourcen an.

Es ist festzustellen, dass in den Curricula der Gesundheits- und Pflegeberufen der Zusammenhang von Gesundheit und Armut kein oder kaum Thema ist. Für einzelne Berufsgruppen im medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Bereich gibt es daher auch nur unzureichend klar formulierte Bildungsziele. Eine intensivere Auseinandersetzung während der Ausbildung würde ebenfalls dazu beitragen würde, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Jedenfalls sollten Ärzteschaft, Pflegepersonal, aber auch HeimhelferInnen in der Lage sein, von Armut bedrohte oder betroffene Personen und ihre speziellen Bedürfnisse als solche zu erkennen und zu verstehen, um ihnen zielgerichtet weiterhelfen zu können. Dabei sollen nicht nur theoretische Kenntnisse vorliegen, sondern vor allem praktische Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt werden. Oft wissen benachteiligte Personen nicht über ihre Rechte und Ansprüche Bescheid. Medizinisches und pflegerisches Personal sollte in diesem Fall über Chancen und Möglichkeiten informieren können und PatientInnen gegebenenfalls auch direkt an andere Fachstellen vermitteln.

Die Zusammenarbeit zwischen gesundheitlichem und sozialarbeiterischem Personal ist nach Möglichkeit zu erweitern, um benachteiligte Personen ganzheitlich beraten zu können und so ihre Eigenständigkeit zu fördern.

Adressen

Kontaktadressen der Best-Practice-Beispiele

- **Gemeinde Kapfenberg:**
Monika Vukelic-Auer MBA
Referatsleiterin Bürgerbüro und Sozialwesen
Stadtgemeinde Kapfenberg
Schinitzgasse 2
8605 Kapfenberg
Tel. 03862 22501 1220
Fax. 03862 22501 1208
E-Mail: vukelic.sozialwesen@kapfenberg.at
www.kapfenberg.at
- **Gesundheit kommt nach Hause:**
Michaela Krottendorfer
Koordination und Programm-Information
Tel.: 0680 3136 007
michaela.krottendorfer@beratungsgruppe.at
- **Log ins Leben:**
Alfred Auer
Ilse Gstönnenbauer
Hochstraße 5
1230 Wien
T: +43 (0)1 889 76 44
alfred.auer@gmx.at
ilse.gstoettenbauer@loginsleben.at
www.loginsleben.at
- **Therapiezentrum OASIS,
Volkshilfe Oberösterreich:**
Abteilung Dienstleistungen
Volkshilfe Flüchtlings- & MigrantInnenbetreuung
Stockhofstraße 40
4020 Linz
Tel. 0732/603099
www.volkshilfe-ooe.at
- **neunerHAUS:**
Mag.a (FH) Livia Mutsch
Organisatorische Leiterin
Geschäftsbereich Medizinische Versorgung
Verein neunerHAUS
Stumpergasse 60
1060 Wien
Tel: 01 – 713 59 46 – 17
livia.mutsch@neunerhaus.at
www.neunerhaus.at
- **Familienintensivbetreuung,
Volkshilfe Burgenland:**
Yvonne Baer (Burgenland Nord)
yvonne.baer@volkshilfe-bgld.at
Sabine Radosztics (Burgenland Süd)
sabine.radosztics@volkshilfe-bgld.at
- **Sozialarbeit im AKH Linz:**
Maga Drin DGKS Anna Maria Dieplinger
AKH Linz
Krankenhausstraße 9
4021 Linz
Tel: +43 (0)732/7806-73343
anna.dieplinger@akh.linz.at

- **Bromley by Bow Centre**

Helen Goodier
Business Director
St Leonards St
London
E3 3BT
connect@bbbc.org.uk

- **Health Trainer Programme:**

Rachel Carse
National Health Trainer Programme Leader
healthtrainers@dh.gsi.gov.uk

- **Haus Emmaus:**

Diego Vanzan
Leiter Haus Emmaus
Weißensteinerstraße 100
39055 Leifers, Südtirol
Emmaus@caritas.bz.it

- **Haus Basaglia:**

Dr. Lorenzo Toresini
Primar Zentrum für Psychische Gesundheit
Nazario-Sauro-Str. 8
39012 – Meran/Sinich, Südtirol
zpg_csm@asbmeran-o.it

- **TEROKA Datenbank:**

Tuulia Rotko
Forschungsmitarbeiterin TEROKA
National Institute of Health
www.teroka.fi

StudienautorInnen

SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle
Prof. (FH) Dr. Tom Schmid
Veronika Richter
Favoritenstraße 35/5
1040 Wien
tom.schmid@sfs-research.at
veronika.richter@sfs-research.at

Gefördert durch:

Fonds Gesundes Österreich
Aspernbrückengasse 2
1020 Wien
Tel.: +43-(0)1-895 04 00
info@fgoe.org

www.volkshilfe.at

volkshilfe.
solidarität leben



PSK 90.175.000 BLZ 60000

Ihre Spende ist steuerlich absetzbar.



ORF

ÖBB
Zukunft am Zug

PARTYLITE

Bank Austria
united group

MADONNA

urban media

WIENER STÄDTISCHE SOCIAL ACTIVE
Vienna. Not a Group

Quellen und Literatur

- Ahrens, Dieter / Güntert, Bernhard (Hrg.) (2004): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden.
- Antonovski, Aron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Arelt, Ilse (2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Münster (Werkausgabe Band 3).
- Baric, Leo / Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methoden und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg.
- Bauer, Ulrich / Büscher, Andreas (2008): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen, In: Bauer, Ulrich / Büscher, Andreas (Hrg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden. S. 7–48.
- Bauer, Ulrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Mathias (2008): Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In: Bauer, Ulrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Mathias (Hrg.): Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten, Wiesbaden. S. 13–58.
- Bencic, Werner / Dorner, Thomas / Grasser, Gerlinde (Hrg.) (2009): Health In All Policies. Linz.
- Bourdieu, Pierre (2001): Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik. Hamburg.
- Bourdieu, Pierre (2005): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg.
- Engelke, Ernst / Bormann, Stefan / Spatschek, Christian (2009): Theorien der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau.
- Haas, Sabine / Horvath, Ilonka (2010): Gesundheit nachhaltig fördern. Health In All Policies und Health Impact Assessment. In: Soziale Sicherheit. Heft 9/2010. Wien. S. 458–461.
- Habel, Claudia (2009): Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Dimmel, Nikolaus / Heitzann, Karin / Schenk, Martin (Hrg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck. S. 172–183.
- Honneth, Axel (2010): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Berlin.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008): Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. Luxemburg.
- Kronauer, Martin (2002): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hochentwickelten Kapitalismus. Frankfurt/Main; New York.
- Kühn, Hagen (1991): Rationierung im Gesundheitswesen. Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte. Berlin (WZW Paper).
- Lampert, Thomas / Mielck, Andreas (2008) Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: GGW 2008, Jahrgang 8, Heft 2, S. 7–16.
- Mayer, Karl Ulrich (Hrg.) (2001): Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat. Frankfurt/Main; New York.
- Rosenbrock, Ralf (1991): Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe. Berlin (WZB Paper).
- Statistik Austria (2009) Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2008. Wien.
- Statistik Austria (2008) Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Wien.
- Wintersberger, Barbara (1991): „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ und das Gesundheitsförderungskonzept. WHO-Programme aus pädagogischer Sicht. In: Wintersberger, Barbara (Hrg.): Ist Gesundheit erlernbar? Beiträge zur Gesundheitspädagogik. Wien. S. 17–55.
- WHO (2004) Die Fakten – Soziale Determinanten von Gesundheit. Zweite Ausgabe. Kopenhagen.

Mehr als jedeR zehnte ÖsterreicherIn ist armutsgefährdet, beinahe eine halbe Million ist von manifester Armut betroffen. Armut bedeutet nicht nur finanziellen Mangel, sondern auch soziale Ausgrenzung. Und: Armut macht krank.

Nationale und internationale Studien und empirische Belege beweisen einen starken Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit, der sich von der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes bis zur Lebenserwartung nachweisen lässt. Besonders betroffen sind Personen in besonderen Lebenslagen wie Langzeitarbeitslose, Wohnungslose, Personen mit Migrationshintergrund, aber immer häufiger auch Menschen mit schlechter Bildung oder in prekären Arbeitsverhältnissen.

Die Volkshilfe Österreich leistet mit dieser Broschüre einen Beitrag zum Kampf gegen Armut und für den Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten. Dazu gehören die Information über die derzeitige Situation von betroffenen Personen in Österreich, die Formulierung von Handlungsempfehlungen und Denkanstößen und die Darstellung von Best Practice Beispielen aus dem In- und Ausland, die zu innovativen Lösungsansätzen ermutigen.

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Gesundheit Österreich
GmbH ● ● ●



Geschäftsbereich

**Fonds Gesundes
Österreich**