

Kinderarmut und Gesundheit

Soziale Ungleichheit geht unter die Haut

Von Martin Schenk

Dieser Beitrag möchte einen Überblick von Kinderarmut und Gesundheit in Österreich geben. Dazu werden die vorhandenen empirischen Statistiken zu Rate gezogen. Wo es keine Daten zu Österreich gibt, wird auf die internationale Forschung zurückgegriffen. Einen Schwerpunkt bildet die Darstellung der Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Lebensverhältnissen, Bewältigungsressourcen, Gesundheitsversorgung und Gesundheitshandeln.

1. Kinderarmut: Je früher, je schutzloser, je länger

„Meine Mutter mag keine Trinkpäckchen. Nicht nur weil sie umweltschädlich und teuer, zudem mit nur wenig und außerdem noch ungesunden Inhalt versehen sind.“ Undine Zimmer (2013) erzählt von ihrer Kindheit, aufgewachsen in einer Berliner Hartz IV Familie. Meine Mutter mag keine Trinkpäckchen, „weil Trinkpäckchen arme Mütter demütigen können“. So sagte sie. „Wenn eine befreundete Mutter die kleinen Dinger aus ihrer Tasche holte, um sie ihren Kindern und vielleicht auch mir eins anzubieten, dann bekam meine Mutter noch einmal vorgeführt, dass sie solche Sachen nicht kaufen konnte, die Kinder so viel Spaß machen.“

Es sei wie ein „Hamsterrad im Kopf“, sagt Maria Novotny¹ aus Wien, die mit ihren drei Kindern über zwei Jahre am sozialen Limit leben musste. Den ganzen Tag quälen die Sorgen und das Getöse im Kopf: Miete, Heizkosten, Lebensmittel. Jetzt nur keinen Schulausflug, der was kostet! Und nichts was kaputt wird! Und ja nicht krank werden! Und bitte nicht noch ein Problem im Betrieb! „Ich lebte von einem Tag in den andern“, erzählt Maria. „Ich war ziemlich allein mit all den Gedanken, Sorgen und Befürchtungen“.

Armut setzt sich stets ins Verhältnis, egal wo. Sie manifestiert sich in reichen Ländern anders als in Kalkutta. Menschen, die in Österreich von 700 € im Monat leben müssen, hilft es wenig, dass sie mit diesem Geld in Kalkutta gut auskommen könnten. Die Miete ist hier zu zahlen, die Heizkosten hier zu begleichen und die Kinder gehen hier zur Schule. Deshalb macht es Sinn, Lebensverhältnisse in den konkreten Kontext zu setzen. Armut ist weniger ein Eigenschafts- als ein Verhältniswort.

Für Familien unter der Armutsgrenze sind Wohnen, Energie und Ernährung die drei Hauptposten im Haushaltsbudget, die zusammen bereits den größten Anteil der Gesamtausgaben ausmachen. Bei Haushalten, die weniger als 900 Euro im Monat zur Verfügung haben, steigt der Anteil von Wohnen und Energie auf 36%, Ernährung macht weitere 20% aus. Je weniger Einkommen, desto höher wird dieser Anteil. In Armutshaushalten werden besonders bei länger andauernden Einkommenseinbußen

¹ Zitat aus der sozialen Arbeit

anteilige Ausgaben für Bildung, Kultur, Erholung zugunsten der Ausgaben für Ernährung und Wohnung/Energie verringert. Am Ende des Geldes ist zu viel Monat übrig. Zahle ich die Krankenversicherung oder die Miete oder die Hefte zum Schulanfang für die Kinder? Wenn es eng wird, dann gibt es nur einen Posten, der verfügbar ist: Essen. Sparen geht nur dort. „Dann hat es nur mehr Nudeln gegeben“, erzählt Maria. Jetzt geht es ihr und ihren drei Kindern wieder besser, rückblickend sagt sie: „Das Essen macht jetzt wieder Freude, kann wieder etwas Schönes sein statt dem kraftraubenden Stress zwischen Arbeit und Schlafengehen“. An Einkaufengehen im Supermarkt denkt sie besonders ungern zurück. „Ich bin da blind durchgegangen, damit ich nur das Billigste und Notwendigste mitnehme.“ Einkauf bedeutet „Zwang und schlechte Stimmung“.

„Arm sein ist, sich durch dieses überfüllige Warenangebot hindurchschwitzen zu müssen, wenn man einfach nur etwa einkaufen gehen will“ Das hat meine Mama immer gesagt, erzählt Undine Zimmer. „Heute redet alles über Hartz IV Die Menschen glauben dank Supernanny das Leben am Existenzminimum zu kennen – und haben doch keine Ahnung. So wie der Entwicklungshelfer nur zu Gast in der Dritten Welt ist, so haben auch sie das Rückfahrticket immer in der Tasche.“

Das mit dem Rückfahrticket ist wohl die zentrale Sache. Es gibt die freiwillig gewählte Armut wie sie zum Beispiel von Mönchen oder Asketen praktiziert wird. Es gibt aber auch die Armut als Leben, mit dem niemand tauschen will. Freiwillig gewählte Armut braucht einen Status, der den Verzicht zur Entscheidung erhebt. Unfreiwillige Armut sieht anders aus. Armutsbetroffene Kinder haben Eltern mit den schlechtesten Jobs, den geringsten Einkommen, den krank machendsten Tätigkeiten, leben in den kleinsten und feuchtesten Wohnungen, wohnen in den schlechtesten Vierteln, gehen in die am geringsten ausgestatteten Schulen, müssen fast überall länger warten – außer beim Tod, der ereilt sie um sieben Jahre früher als Angehöriger der höchsten Einkommensschicht. Fasten ist nur dann Fasten, wenn die Möglichkeit etwas zu essen offen steht, sonst sind wir beim Hungern. Der Zustand der Unterernährung mag der gleiche sein, aber die Möglichkeiten, die die Personen haben, unterscheiden sich. Den Unterschied zwischen Hungern und Fasten macht die Freiheit.

Undine erinnert sich an die Trinkpäckchen, die sie gerne als Jause in die Schule mit gehabt hätte: „Es ist ein Unterschied, ob man sich aus verschiedenen Gründen dafür entscheidet, gewisse Dinge nicht zu kaufen, wenn man weiß, man könnte es, oder etwas nicht kauft, weil man es nicht kann.“

289.000 Kinder & Jugendliche müssen in Österreich in Haushalten unter der Einkommensarmutsgrenze leben (Statistik Austria 2017). Neben einem geringen Einkommen des Haushalts, in dem die Kinder leben, treten schwierigste Lebensbedingungen auf, wie: die Wohnung nicht warm halten können, keine unerwarteten Ausgaben wie kaputte Waschmaschine oder Boiler tätigen können, mehr Einsamkeit, gesundheitliche Probleme oder feuchte schimmelige Wände. Insgesamt leben 52.000 Kinder in Haushalten, die die Wohnung nicht angemessen warm halten können. 171.000 Kinder sind nicht in der Lage, einmal im Monat Freunde zu sich nach Hause einzuladen. 234.000 Kinder müssen in überbelegten Wohnungen leben, 223.000 Kinder wohnen in feuchten und schimmigen Zimmern. Ihre Eltern sind erwerbslos, alleinerziehend, psychisch bzw. physisch beeinträchtigt, oder haben Jobs, von denen sie nicht leben können.

Kinder und Jugendliche, die in Haushalten mit niedrigem Einkommen aufwachsen, haben Nachteile, die sich in mehreren Bereichen zeigen. 57% der Kinder, die in Haushalten mit niedrigem Einkommen leben, aber 90% der Kinder aus der höheren Einkommensgruppe, üben regelmäßig Freizeitaktivitäten aus, die mit Kosten verbunden sind. Nur die Hälfte der Kinder in Niedrigeinkommenshaushalten kann ein Mal pro Jahr auf Urlaub fahren. Die Gefahr des sozialen Ausschlusses zeigt sich auch in den geringeren Möglichkeiten Freunde einzuladen (22% der Kinder in Niedrigeinkommenshaushalten können das nicht), Feste zu feiern (10%) und an kostenpflichtigen Schulaktivitäten teilzunehmen (10%). Diese sozialen Teilhabemöglichkeiten sind erst ab einem mittlerem Einkommen für fast alle Kinder leistbar.

Abb 1: Nicht-Verfügbarkeit von sozialer Teilhabe für Kinder und Jugendliche nach Einkommensgruppen (Statistik Austria 2015)

Nicht Verfügbarkeit sozialer Teilhabe	Einkommensgruppe		
	niedrig in %	mittel in %	hoch in %
Regelmäßiges Ausüben von mit Kosten verbundenen Freizeitaktivitäten	43	22	(10)
Feste feiern zu besonderen Anlässen (z.B. Geburtstage, religiöse Anlässe)	10	4	(0)
Freunde zum Spielen und Essen einladen	22	10	(5)
Eine Woche Urlaub pro Jahr	49	19	(9)
Teilnahme an mit Kosten verbundenen Schulaktivitäten und Schulfahrten	10	3	(3)

Die Chance aus der Armut herauszukommen, steht in enger Wechselbeziehung zu gesellschaftlicher Ungleichheit insgesamt. Je sozial gespaltener eine Gesellschaft ist, desto mehr Dauerarmut existiert. Je mehr Dauerarmut existiert, desto stärker beeinträchtigt sind die Zukunftschancen sozial benachteiligter Kinder. Je früher, je schutzloser und je länger Kinder der Armutssituation ausgesetzt sind, desto stärker die Auswirkungen.

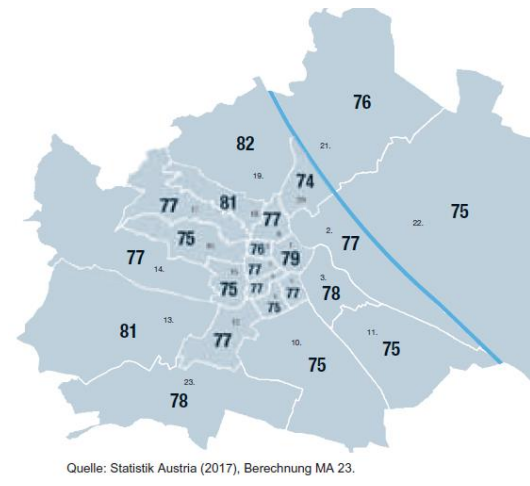
In äußerst beengten Verhältnissen und überbelegten Wohnungen ist es für Kinder schwieriger, Aufgaben zu fokussieren. Aber es muss gehen. Die älteste Tochter von Frau Kellner, Petra, passt auch an vier Nachmittagen auf die kleineren Geschwister auf. Da ist die Mutter bei der Arbeit. Und wenn die Mutter nicht mehr kann, springt sie ein. „Im letzten Winter haben sie uns den Strom abgedreht“, erinnert sich Bettina Kellner.² Es war bitter kalt in der Wohnung. „Die Kinder haben geweint.“ Und wochenlang nicht gelernt. „Petra, jetzt 14, fühlt alles akut mit, sieht, dass wir mit den täglichen Aufgaben allein dastehen. Nahe Verwandte in der Nähe gibt es nicht und meine Mutter ist selbst bettlägerig.“ Das Mädchen ist mit der Schule und den Herausforderungen der Pubertät eigentlich überfordert, knickt immer wieder ein, wird krank und von lähmender Müdigkeit befallen. Viele Jugendliche reagieren mit depressiven Verstimmungen auf belastende und überfordernde Situationen.

² Zitat aus der sozialen Arbeit

2. Kindergesundheit

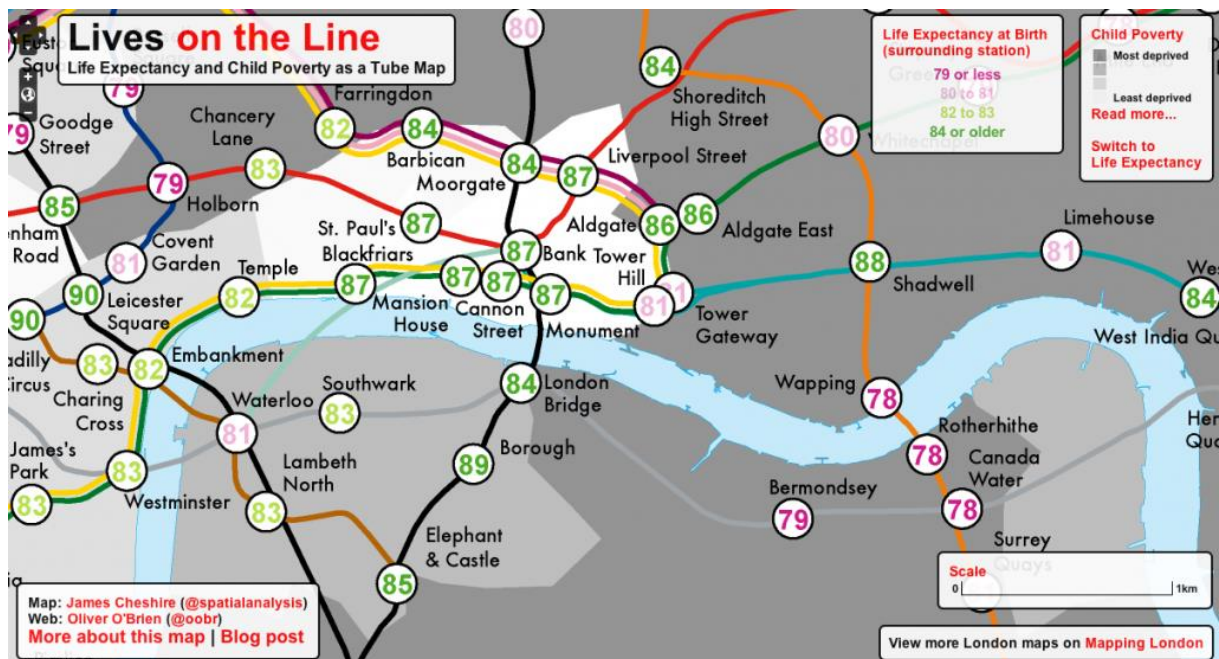
Wenn ich mit der Straßenbahn vom ärmsten Wiener Gemeindebezirk, Fünfhaus, in den reichsten - nach Hietzing - fahre, dann liegen dazwischen einige Minuten an Fahrzeit, aber auch sechs Jahre an Lebenserwartung der jeweiligen Wohnbevölkerung.

Abb 2: Durchschnittliches Sterbealter Wien



Sowohl die Mortalität und Morbidität als auch die sozialen Aufstiegschancen für Kinder sind hier unterschiedlichst verteilt. Sag mir wo du wohnst und ich sag dir wann du stirbst. Eine ausführliche Studie liegt für London in Form der mit den jeweiligen Sterbezahlen umbenannten Underground-Stationen vor (Abb 3).

Abb 3: Lebenserwartung und Kinderarmut als U-Bahn Plan.



Bei Kindern von Erwerbslosen und SozialhilfeempfängerInnen treten überproportional asthmatische Erscheinungen und Kopfschmerzen auf. Teilt man die Gesellschaft in drei soziale Schichten, finden sich bei Kindern in der unteren Schicht mehr Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit (Klocke/Hurrelmann 1995). Wo Sicherheit fehlt, wird die kritische Phase des Einschlafens doppelt schwierig. Und der stressige Alltag unter finanziellem Dauerdruck erreicht auch die Kinder und zwingt sie, sich den Kopf zu „zerbrechen“.

Umgekehrt schätzen Schüler/innen mit höherem Familienwohlstand ihren Gesundheitszustand besser ein und berichten häufiger über hohe Lebenszufriedenheit (WHO 2012b).

Der Gesundheitsstatus einkommensarmer Kinder ist gekennzeichnet durch eine deutlich erhöhte Unfallgefahr. Kinder aus einem sozial benachteiligten Elternhaus verunfallen bis zu 70% häufiger. Außerdem häufen sich Komplikationen und die Krankheitsdauer bei akuten und chronischen Erkrankungen ist länger (Damm 2009).

Weiters gibt es einen sozialen Gradienten der Körpergröße. Je höher die soziale Position einer Gruppe ist, desto größer ist ihre durchschnittliche Körpergröße. Bei einer Stichprobe in der Steiermark konnte der Gesundheitswissenschaftler Willibald-Julius Stronegger (1996) dieses Größengefälle mit abnehmender Bildung bestätigen.

Die sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten, die in der Kindheit auftreten, haben eine hohe Prognosewirkung für die Morbidität im Erwachsenenalter. Diese Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.

So werden Kinder in die Schule geschickt, auch wenn sie krank sind. Alleinerzieherinnen fürchten Arbeitsplatzverlust bei häufigem Fehlen bzw. wiederholten Bitten um Pflegeurlaub. „Obwohl rezeptgebührenbefreite Arbeiter deutlich höhere Arztbesuchshäufigkeiten aufwiesen als ihre rezeptpflichtigen Kollegen, sind sowohl die durchschnittliche Krankenstandsdauer als auch die Anzahl der Krankenstände fast identisch. Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes scheint also höher zu sein als die Angst um die Gesundheit“ (Habl 2009, 180).

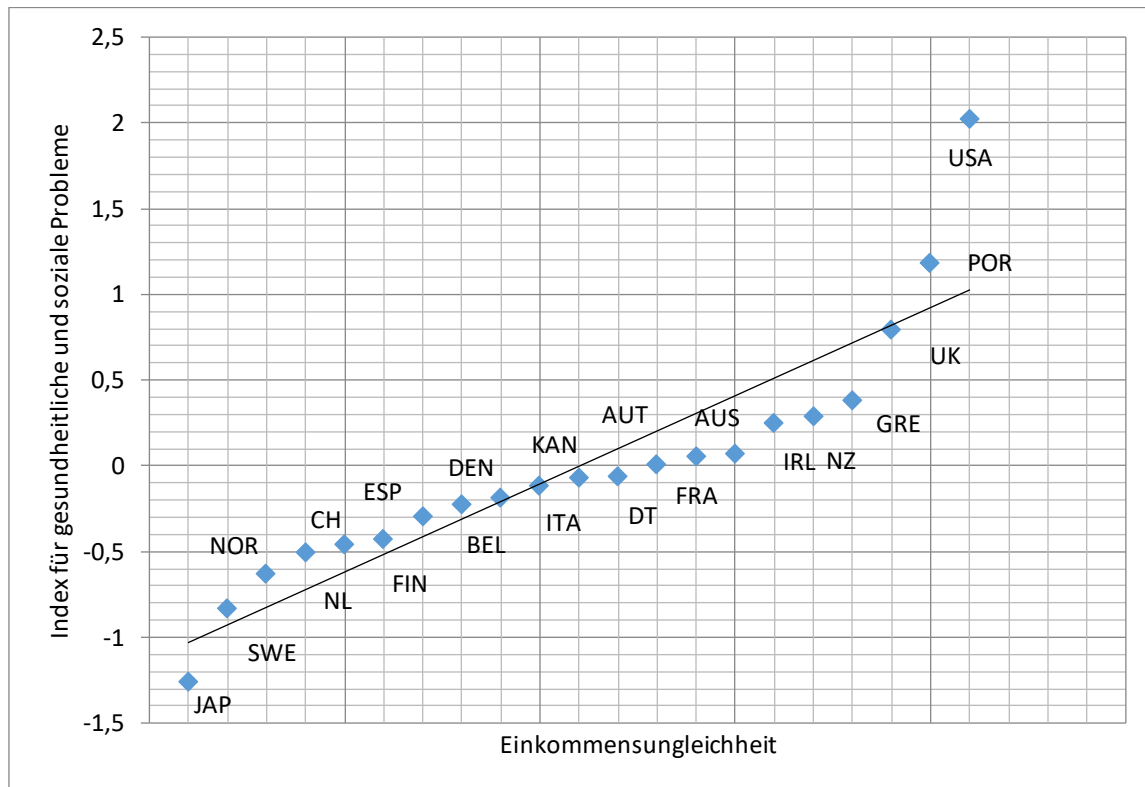
Familien aus dem unteren Einkommenssegment gehen erst bei extremer Not zum Arzt. Dieser muss die Krankheit möglichst rasch beseitigen, damit der Körper wieder funktioniert. Der Körper wird zur Arbeitsmaschine zur Bewältigung des stressbelasteten und prekären Alltags.

Die gleiche Schmerzintensität – bei gleichen betroffenen Körperteilen – wurde von Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status als zwei- bis dreimal beeinträchtigender empfunden als von Personen mit dem höchsten (Dorner et.al. 2011). Diese Erkenntnisse sind im Verständnis und in der Behandlung von Kindern, die in Armut leben, mehr als relevant.

Betrachtet man nicht nur die Armut, also die Kinder im untersten Segment, sondern die gesamte Gesellschaft, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen. Die Lebenserwartung sinkt,

Kindersterblichkeit steigt, Teenager Birth Rate nimmt zu und die Aufstiegschancen für Kinder sinken (Abb 4).

Abbildung 4: Soziale Ungleichheit wirkt sich negativ auf gesundheitliche und soziale Entwicklung von Kindern aus.



Quelle: Wilkinson/Pickett 2010; der Index inkludiert: Lebenserwartung, Analphabetismus & mathematische Fähigkeiten, Kindersterblichkeit, Mordraten, Anzahl an Häftlingen, Schwangerschaften von Jugendlichen, Vertrauen, Fettleibigkeit, Ausmaß an psychischen Erkrankungen (inkl. Drogen- und Alkoholmissbrauch) & soziale Mobilität.

Maria hat drei Kinder, eines ist krank und braucht eine spezielle Therapie. Das geht sich dann nicht aus, sagt sie. Kleinigkeiten? Nein, das sind die wichtigen Faktoren für die Entwicklung von Kindern: Gesundheit, Anerkennung, Förderung – keine Beschämung und keine Existenzangst. Die Streichungen bei der Wohnbeihilfe in England führten zu einem 10 prozentigen Anstieg von psychischen Problemen bei Personen aus Niedrigeinkommenshaushalten, wie Studien der Universität Oxford (Reeves et al 2016) zeigen.

Laut GÖG-eigenen Auswertungen aus dem ATHIS 2006/2007 gibt es einen starken Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Auftreten chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Arthrosen und Rheuma bzw. von akuten Ereignissen wie Herzinfarkt. Je niedriger der Bildungsstand, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit an einer der genannten Krankheitsbilder zu leiden.

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

Weltweit ist Suizid die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Als Einflussfaktoren gelten u.a. Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status und geringeres Bildungsniveau (Hawton et.al. 2012). Das bedeutet, dass Burschen in Haushalten mit geringerem sozialen Status am meisten gefährdet sind. Mit der Finanzkrise stieg die Suizidrate wieder europaweit, besonders die von den sozialen Folgen von Krise und Austeritätspolitik³ betroffenen Länder verzeichneten einen Anstieg.

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

3. Ursachen und Faktoren

Die im so genannten „Black-Report“ zu Beginn der 80er Jahre in Großbritannien publizierten Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten sind bis heute Ausgangspunkt von empirischen wie theoretischen Überlegungen (vgl. Townsend & Davidson, 1982).

Die soziale Selektionshypothese argumentiert, dass Krankheit und schlechte Gesundheit zu sozialen Problemen führen. Krankheit macht arm. Wer krank ist, steigt ab, wer gesund ist, steigt auf. Der Gesundheitszustand bestimmt den sozioökonomischen Status. „Armut macht krank“ beschreibt den Zusammenhang in die andere Richtung. Über das Einkommen, den Beruf und Bildungsabschlüsse vermitteln sich unterschiedliche Lebensbedingungen mit unterschiedlichen Wohnverhältnissen, Arbeitsplätzen und Erholungsräumen. Die Alltagsbelastungen sind ungleich verteilt und führen dort, wo sie überproportional auftreten, zu höheren gesundheitlichen Risiken. Belastungen können physisch wie auch psychisch verstanden werden. Schlechte Luft für Ärmere in Wohnungen an den Autorouten der Großstädte belastet den Organismus, genauso wie chronischer Stress unter einem prekären und unsicheren Alltag.

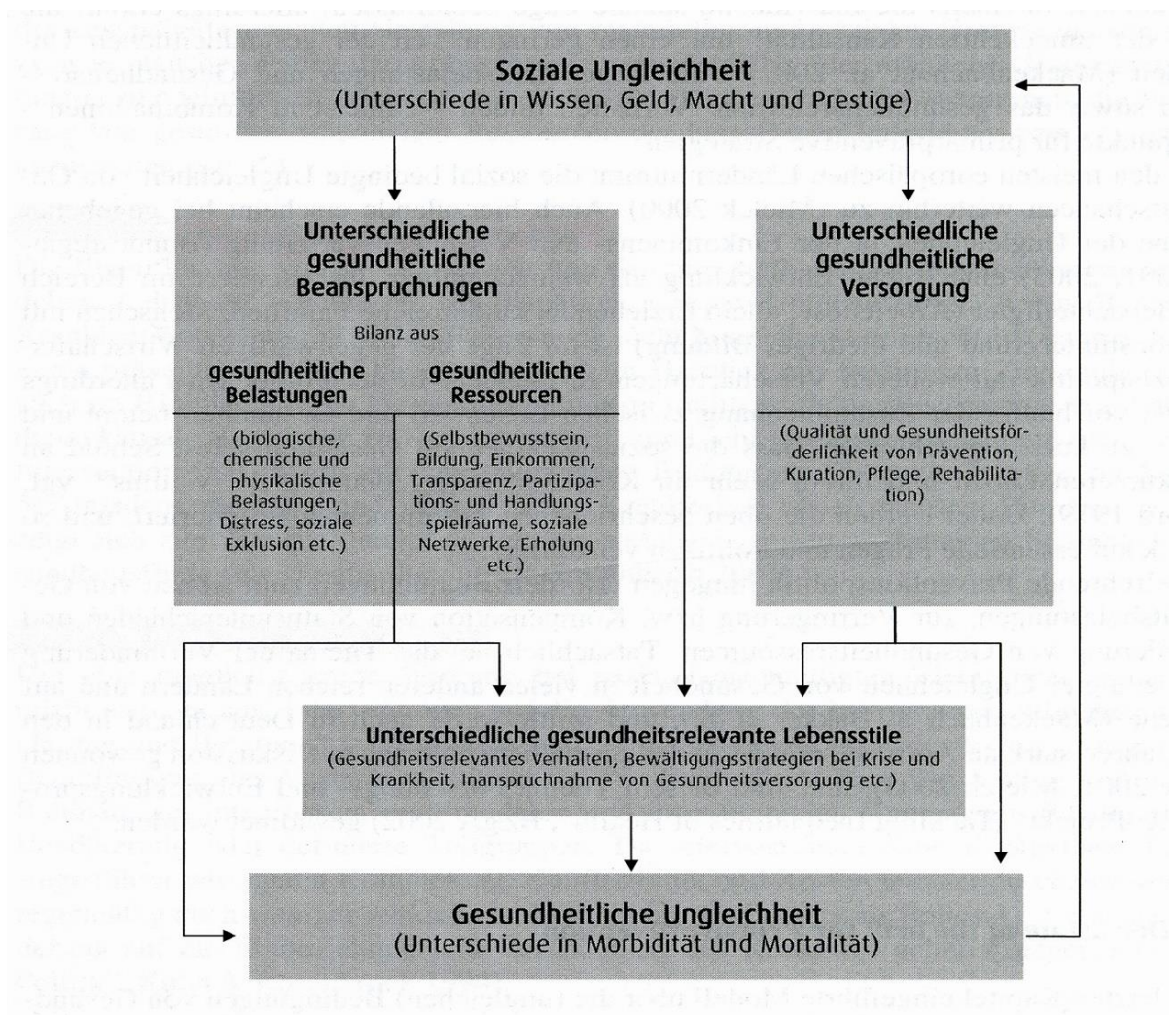
Die bisher genannten Erklärungsansätze schließen einander nicht aus, im Gegenteil: sie setzen an verschiedenen Seiten und Enden der Wirkmechanismen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten an. Wie verwoben Belastungen, Ressourcen und

³ Bezeichnung für Kürzungen im Staatshaushalt, bei Sozialleistungen und Investitionen

Gesundheitsverhalten sind, zeigt Abbildung 5. Sie weist auch auf den dominanten Weg von den Unterschieden in Wissen, Macht, Geld und Prestige zu den Unterschieden in Morbidität und Mortalität.

Was führt nun zum höheren Krankheits- und Sterberisiko Ärmerer? Es sind die (1) Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den (2) Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, in der (3) gesundheitlichen Versorgung und die Unterschiede im (4) Gesundheits- und Krankheitshandeln. Das eine bedingt das andere. Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnisse geht Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, und hängt unmittelbar mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil zusammen.

Abbildung 5 : Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit (Rosenbrock 2006)



3.1. Gesundheitliche Belastungen

Für Kinder sind die Umweltbelastungen nicht gleich verteilt. Einkommensschwächere leben an den Hauptstraßen des motorisierten Verkehrs mit mehr Lärm und mehr Schadstoffbelastung. Armutsbetroffene leben überproportional an den Ausfallsrouten des Schwerverkehrs. Was auf Dauer messbare Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung der betroffenen Bewohner bewirkt. Feuchtigkeit und Schimmel gehören bei immerhin einem Zehntel der Bevölkerung in Österreich zum Wohnungsalltag und genauso viele klagen über Luftverschmutzung in ihrer Wohnumgebung. Wer Geld hat, zieht weg.

Die Gründe für das hohe Erkrankungsrisiko Ärmere sind also vielschichtig: Leben am Limit macht Stress. Leben am Limit schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem. Leben am Limit macht verletzlich. Finanzielle Not, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse machen krank.

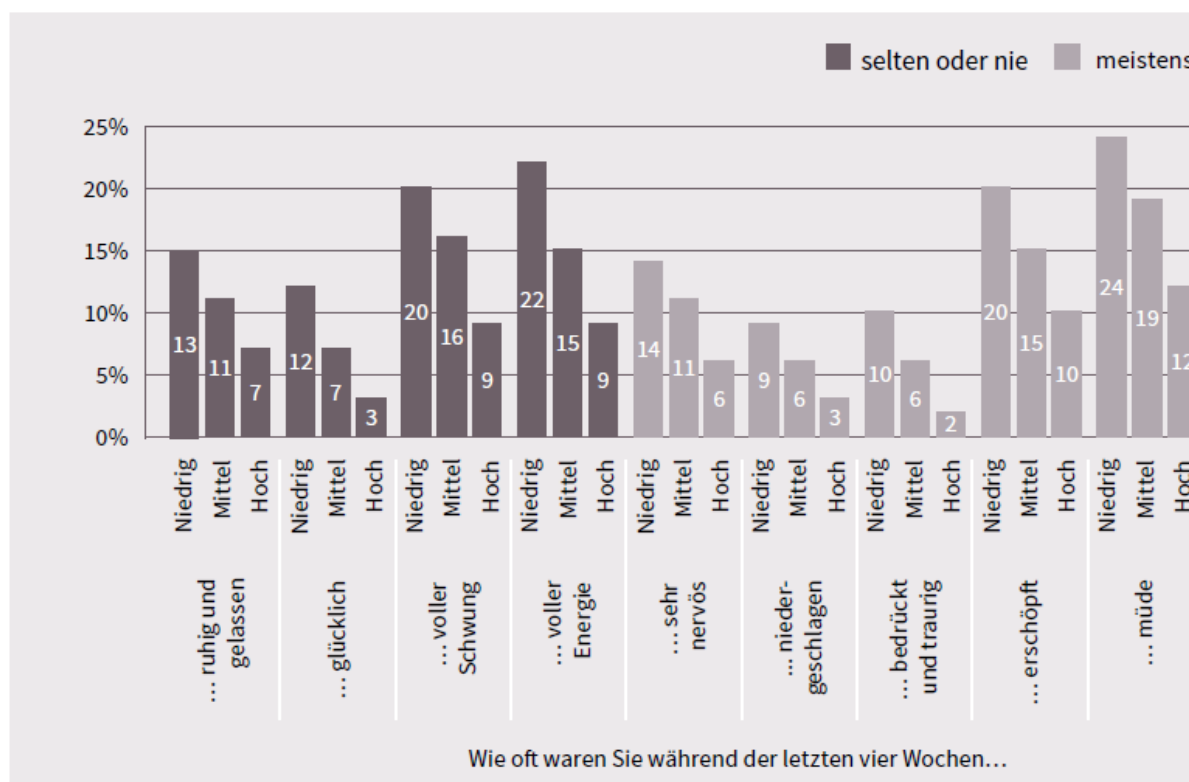
3.2 Bewältigungsressourcen

Die Verschärfung sozialer Unterschiede hat konkrete lebensweltliche Auswirkungen. Kein Geld zu haben, macht ja nicht krank. Sondern die Alltagssituationen, die mit dem sozialen Status und mit allen damit einhergehenden Prozessen verbunden sind. Die Bedrohung des eigenen Ansehens, Demütigung, Stigmatisierung, die Verweigerung von Anerkennung, soziale Disqualifikation.

Für Kinder und ihr gesundes Aufwachsen bedeutet das: Lerne ich den Geschmack vom zukünftigen Leben als Konkurrenz, Misstrauen, Verlassensein, Gewalt? Oder habe ich die Erfahrung qualitätsvoller Beziehungen, Vertrauen und Empathie gemacht? Werde ich schlecht gemacht und beschämt oder geschätzt und erfahre Anerkennung? Ist mein Leben von großer Unsicherheit, Angst und Stress geprägt, oder von Vertrauen und Planbarkeit? Je ungleicher Gesellschaften sind, desto defizitärer sind die 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 (Schenk 2017).

In den Auswertungen der Statistik Austria (2014) wird die Abhängigkeit des Wohlbefindens vom sozialen Status ersichtlich (Abb 6).

Abbildung 6: Psychisches Wohlbefinden nach Einkommensgruppen



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2013, Modul Wohlbefinden

3.3. Gesundheitliche Versorgung

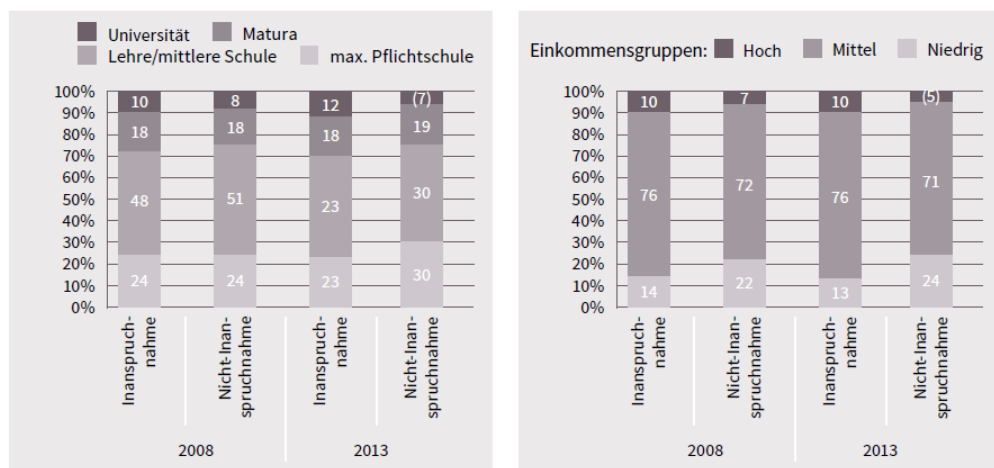
Der Versicherungsschutz ist in Österreich sehr gut im Vergleich z.B. zur USA, aber es gibt auch hier neue Probleme. Für viele ist der mangelnde Krankenversicherungsschutz kurzzeitig, für manche dauerhaft. Es ist ein Mix aus strukturellen Lücken, sozialen Benachteiligungen, fehlenden persönlichen Ressourcen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

Versichert sein bedeutet nicht, gut versorgt zu sein: Menschen, die unter der Armutsgrenze leben, können krankenversichert und trotzdem nicht gut versorgt sein. Besonders wenn es um Selbstbehalte geht, die nicht leistbar sind. Oder Rehabilitations-Maßnahmen, die in zu geringem Umfang angeboten werden (Riffer, Schenk 2015).

Einkommenschwächere Personen suchen nicht nur um 20 Prozent seltener Fachärzte auf als vergleichbare rezeptpflichtige Personen, sondern erhalten auch durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet. Eine weitere wichtige 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).

Die aktuellen Erhebungen der Statistik Austria (2014) zeigen die Unterschiede dringend benötigter Behandlungen nach Einkommen und Bildung. Je geringer das Einkommen und der Bildungsabschluss desto geringer die Inanspruchnahme. Zwischen 2008 und 2013 haben sich diese Unterschiede noch verstärkt (Abb 7).

Abbildung 7: Nicht-Inanspruchnahme dringend benötigter medizinischer Leistungen nach Einkommen und Bildung



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2008, 2013

4. Conclusio

Erstens für die Verbesserung der Kindergesundheit: Wenn wir davon ausgehen, dass nicht nur Krankheit in die Armut führen kann, sondern auch Armut in die Krankheit – wofür es eine lange Reihe empirischer Evidenz gibt – dann muss es sich für die Gesundheitsförderung lohnen, die sozialen Felder in den Blick zu bekommen, in denen prekäre Lebenslagen und Prozesse sozialer Disqualifikation zu finden sind. Man kann einen Menschen mit einer feuchten Wohnung genauso töten wie mit einer Axt. Wer die Situation von Mindestsicherungsbeziehern weiter verschlechtert, Arbeitslose statt Arbeitslosigkeit bekämpft, die Chancen im Bildungssystem blockiert oder prekäre Niedriglohnjobs fördert, der verschlechtert die Gesundheitssituation im Land.

Die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen (Schimmelige Wohnung, belastende Arbeit, Prekarität, Luft- und Lärmbelastung, Stress) wie auch die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen (Handlungsspielräume, Anerkennung, soziale Netzwerke, Bildung) wiegen schwerer als die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (Krankenversicherung, Selbstbehalte, Wartezeiten, Fachärzte) – und sind mit den Unterschieden im Gesundheits-/Krankheitsverhalten (Ernährung, Bewegung) tief verwoben. Gesundheitsförderung ohne soziales Feld ist genauso blind wie sozialer Ausgleich ohne den Blick auf das Handeln von Personen. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Verhältnissen erreichbar.

Wenn aber Vorschläge zur Gesundheitsförderung kommen, dann meist einzig beim Lebensstil. Da sollte man eine Regel einführen: Für jeden Vorschlag, den jemand beim Verhalten macht, muss er einen zur Reduzierung schlechter Wohnungen und

krankmachender Arbeit machen, einen zum Abbau von Barrieren im Gesundheitssystem und einen zur Stärkung der persönlichen Ressourcen.

Zweitens für die Bekämpfung von Kinderarmut: Kinder, die in Armutsverhältnissen leben, haben arme Eltern. Jede Strategie gegen Kinderarmut muss deshalb auch eine Strategie für ein existenzsicherndes Einkommen der Eltern sein. Kinder, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, sind geschwächt. Jede Strategie gegen Kinderarmut muss deshalb auch Kinder stärken und in ihre Ressourcen investieren. Kinder, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, haben ein hohes Risiko als Erwachsener wieder arm zu werden. Jede Strategie gegen Kinderarmut muss deshalb diesen Kreislauf durchbrechen; z. B. Bildungs- wie Lebensbedingungen zur Verfügung stellen, die integrieren, nicht selektieren. Damit es für sozial benachteiligte Kinder Zukunft gibt – trotz Herkunft.

Quellen:

ATHIS (2006/2007): BMGFJ/Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007

Damm, Lilly (2009): Kinder, die stillen Verlierer? Soziale Benachteiligung und Gesundheitsleistungen bei Kindern und Jugendlichen, Kurzfassung des Beitrags auf der Fair Health Tagung 2. März 2009.

Dimmel, Nikolaus/ Hofmann, Julia/ Schenk Martin / Schürz, Martin (2017): Handbuch Reichtum. Neue Erkenntnisse aus der Ungleichheitsforschung. Studienverlag.

Dimmel, Nikolaus /Schenk, Martin /Stelzer-Orthofer (2014): Handbuch Armut in Österreich. Bozen – Innsbruck – Wien: Studienverlag

Dorner et.al. (2011): The impact of socio-economic status on pain and the perception of disability due to pain; in: EUROPEAN JOURNAL OF PAIN, Nr. 15, S. 103 ff.

Habl, Claudia et al (2014): Armut und Gesundheit. In: Dimmel, N. / Schenk, M. / Stelzer-Orthofer (Hrg.): Handbuch Armut in Österreich, 240-267.

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

Hawton, K. / Saunders K. /O'Connor, R. (2012): Self-harm and suicide in adolescents, Lancet, 379, S. 2373 ff; URL: <http://press.thelancet.com/suicide1.pdf>, dl. zuletzt am 25.11.12.

Klocke, A. / Hurrelmann, K. (1995). Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 138-151.

Reeves, Aaron/ Clair, Amy/ McKee, Martin /Stuckler, David (2016): Reductions in the United Kingdom's Government Housing Benefit and Symptoms of Depression in Low-Income Households. In: American Journal for Epidemiology, Volume 184, Issue 6, Pp. 421-429

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

http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015_1.pdf
(Zugriff 27.12.2017)

Rosenbrock, Rolf (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter / K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 371-388). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Schenk, Martin / Rümmele, Martin (2017): *Genug gejammert! Warum wir gerade jetzt ein starkes, soziales Netz brauchen. Mit Karikaturen von Gerhard Haderer*, AmPuls Verlag.

Schenk, Martin (2015): *Kindergesundheit und Armut. Daten, Zusammenhänge, Ursachen*. In: *Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich*, S. 43-53

Statistik Austria (2017): *Einkommen, Arbeit und Lebensbedingungen*. EU Silc 2016.

Statistik Austria (2015): *Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzungsgefährdete*, EU Silc 2014.

Statistik Austria (2014): *EU Silc 2013*

Stronegger, Wolfgang (1996): *Soziale Lage und Gesundheit. Von den Beziehungen zwischen Armut und Krankheit*, *Psychologie in der Medizin*, 7. Jahrgang, Nummer 2, 28-34.

Townsend, P. /Davidson, N. (Eds.).(1982). *Inequalities in health. The Black Report and the health divide*. Harmondsworth: Penguin Books.

WHO (2012b): *Soziale Determinanten der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen. Zentrale Ergebnisse der Studie „Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter“ (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC)*

Wilkinson, Richard / Pickett, Kate (2009): *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*.

Zimmer, Undine (2013): *Nicht von schlechten Eltern. Meine Hartz IV Familie*, Fischer Verlag.