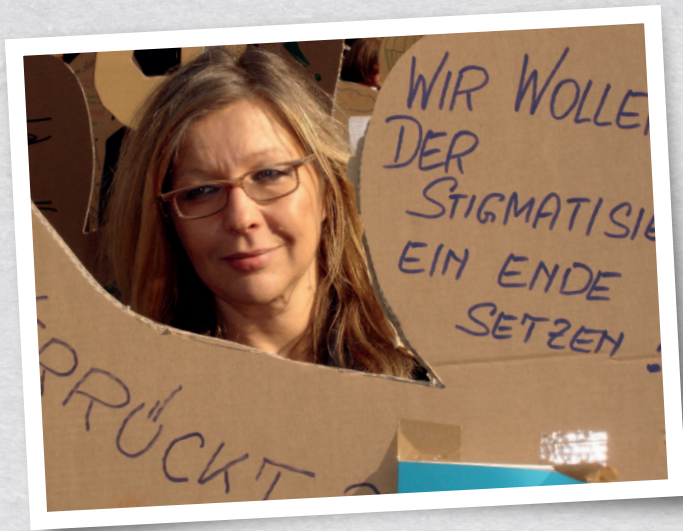


Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen

Eine partizipative Erhebung



DIE ARMUTSKONFERENZ.

Erstellt von
Florian Riffer und Martin Schenk



Impressum

Redaktion: Regina Amer, Karl Frank, Claudia Krizmanic, Traude Lehner, Florian Riffer, Martin Schenk, Sonja Taubinger

Herausgeber

Die Armutskonferenz

Österreichisches Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung.

Herklotzgasse 21/3, 1150 Wien,

Mail: office@armutskonferenz.at, Tel: 0043-1-402 69 44

Web: www.armutskonferenz.at

Die Armutskonferenz ist seit 1995 als Netzwerk von über 40 sozialen Organisationen, sowie Bildungs- und Forschungseinrichtungen aktiv. Sie thematisiert Hintergründe und Ursachen, Daten und Fakten, Strategien und Maßnahmen gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich. Gemeinsam mit Armutsbetroffenen engagiert sie sich für eine Verbesserung deren Lebenssituationen.

Wien - Graz -Linz 2015

Grafik und Layout: www.hiasl.at

Fotos: © Die Armutskonferenz

Lektorat: Ursula Wagner

Projekt gefördert aus Mittel des Fonds Gesundes Österreich.



Inhaltsverzeichnis

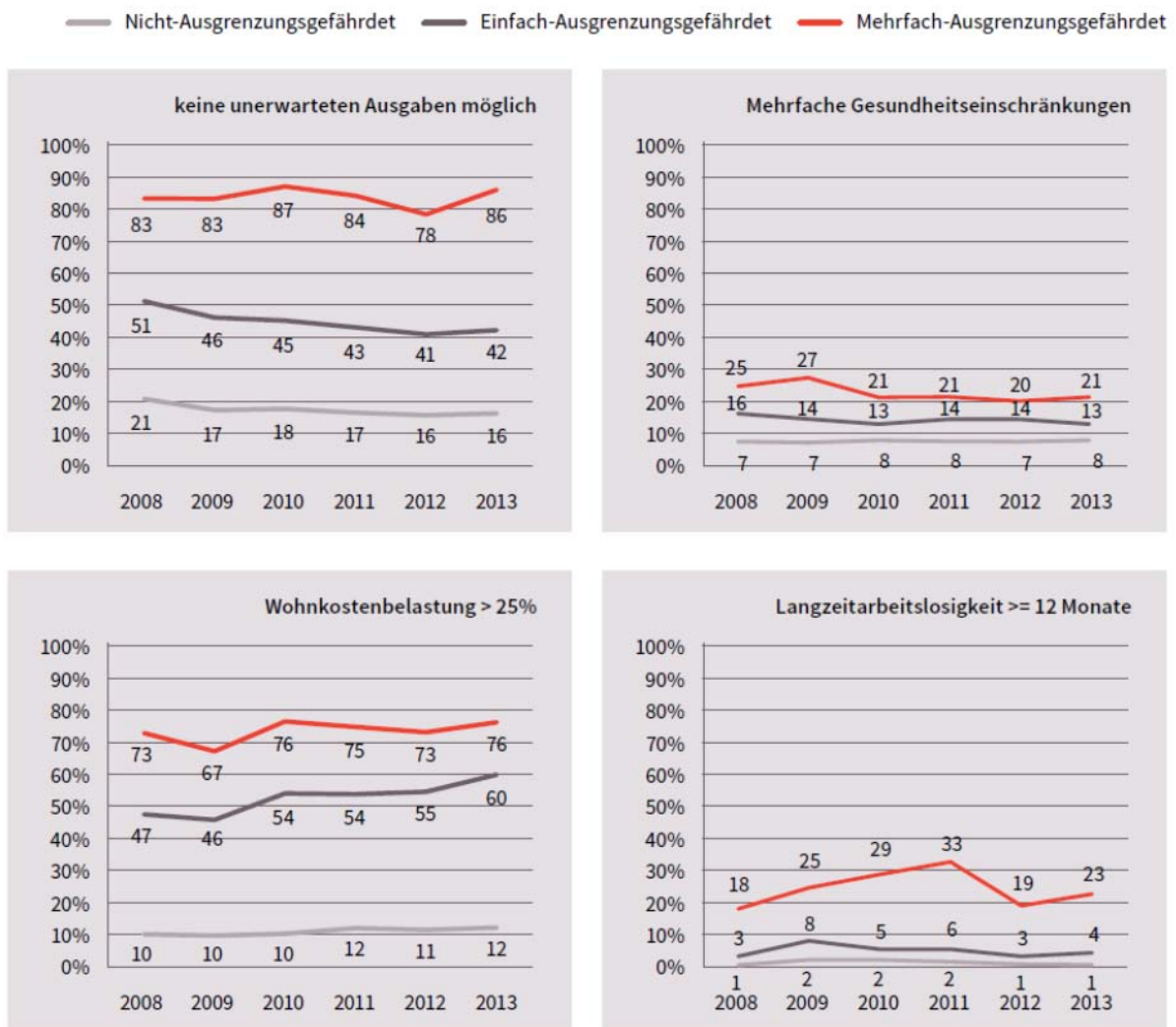
Inhaltsverzeichnis	1
1. Ausgangslage	2
1.1 Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit	2
1.2 Ursachen und Faktoren.....	4
1.3 Gesundheitsversorgung.....	6
2. Fragestellung	8
3. Erhebungsmethode – Fokusgruppen	8
3.1 Begründung der Methodenwahl.....	8
3.2 Methodische Kriterien	9
4. Durchführung	10
4.1 Ablauf.....	10
4.2 Auswahl der TeilnehmerInnen.....	11
5. Auswertungsmethode	13
6. Ergebnisse	15
6.1 Spürbare Zwei-Klassen-Medizin.....	16
6.2 Nicht-Leistbarkeit von Gesundheit	17
6.3 Zugang zu Gesundheitsleistungen	20
6.4 Pension: Anträge und Begutachtungen	22
6.5 Ängste und Unsicherheiten	23
6.6 Krankenhaus	24
6.7 Niedergelassener Bereich	27
6.8 Spezifische Probleme aus Sicht von AsylwerberInnen.....	28
6.9 Weitere Kategorien: Unterschiede zwischen Stadt/Land, Informationsmangel, Transport, Begleitung, Zusammenhang Armut und Krankheit.....	29
7. Erzählungen	30
Stigmatisierung aufgrund von Drogenproblemen	30
Ängste – Nicht-Leistbarkeit – Zugang	31
Krankenhaus – respektlose Behandlung – Pensionsverfahren	31
Unterschiede zwischen großen öffentlichen und kleinen Krankenhäuser	32
8. Punctuation & Schlussfolgerung	33
9. Literatur	35

1. Ausgangslage

1.1 Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit

Menschen in Haushalten unter der Armutsgrenze weisen einen dreimal schlechteren Gesundheitszustand auf als in Haushalten mit hohem Einkommen und sind doppelt so oft krank wie in solchen mit mittlerem Einkommen (Statistik Austria 2014). Die 385.000 Personen in Österreich, die als arm und mehrfach ausgegrenzt bezeichnet werden können, sind von einem sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand, von chronischer Krankheit und starken Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten betroffen – dreimal so stark wie der Rest der Bevölkerung (Abb 1).

Abbildung 1: Veränderung der Lebensbedingungen von Mehrfach Ausgrenzungsgefährdeten zwischen 2008 und 2013



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2013

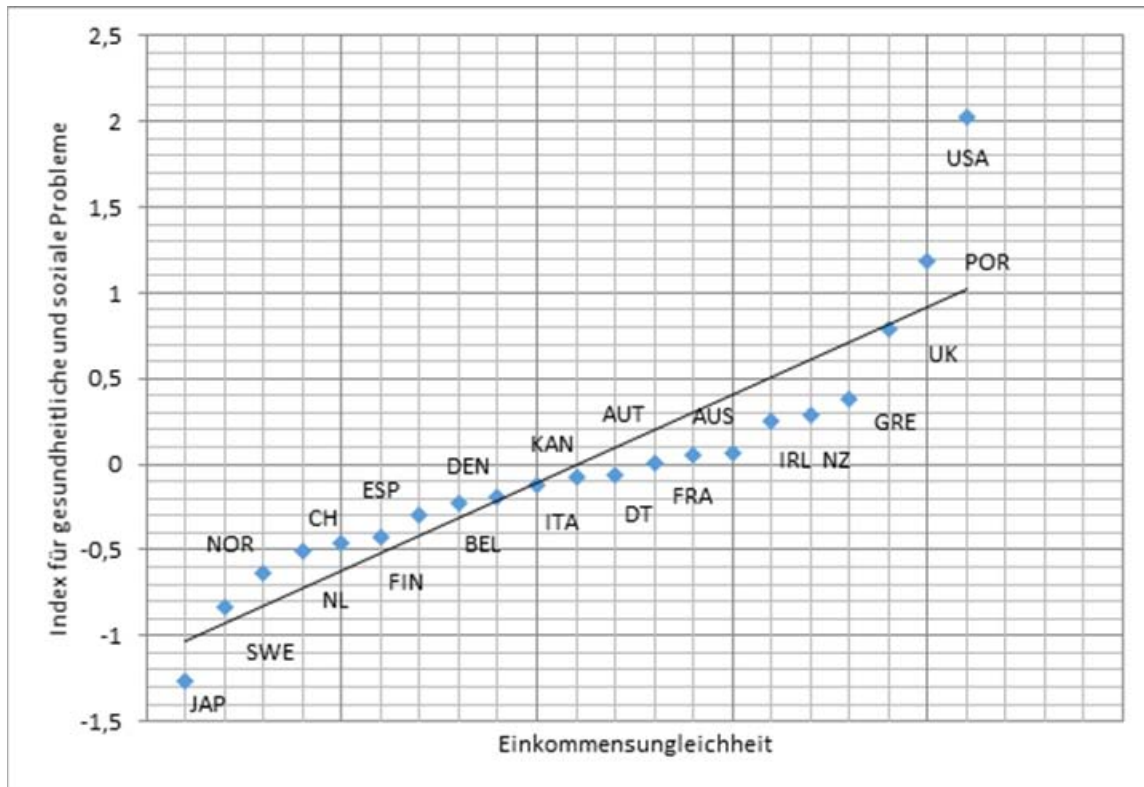
Die Ergebnisse zum Einfluss von Armut und sozialem Status auf die Gesundheit in Österreich entsprechen den Forschungsergebnissen, die international vorliegen (vgl. Mackenbach & Bakker, 2002; Van Lenthe, Schrijvers & Mackenbach, 2004; Orpama & Lemyre, 2004; Marmot, 2005; Mielck, 2005; Siegrist & Marmot, 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.

Laut GÖG-eigenen Auswertungen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung (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 Krankheiten 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.

Betrachtet man nicht nur die Armut, also Menschen im untersten Segment, sondern die gesamte Gesellschaft, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen. Die Lebenserwartung sinkt, die Kindersterblichkeit steigt, die Teenager Birth Rate nimmt zu und die Aufstiegschancen für Kinder sinken (Abb 2).

Abbildung 2: Soziale Ungleichheit wirkt sich negativ auf gesundheitl. & soziale Entwicklung aus



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

1.2 Ursachen und Faktoren

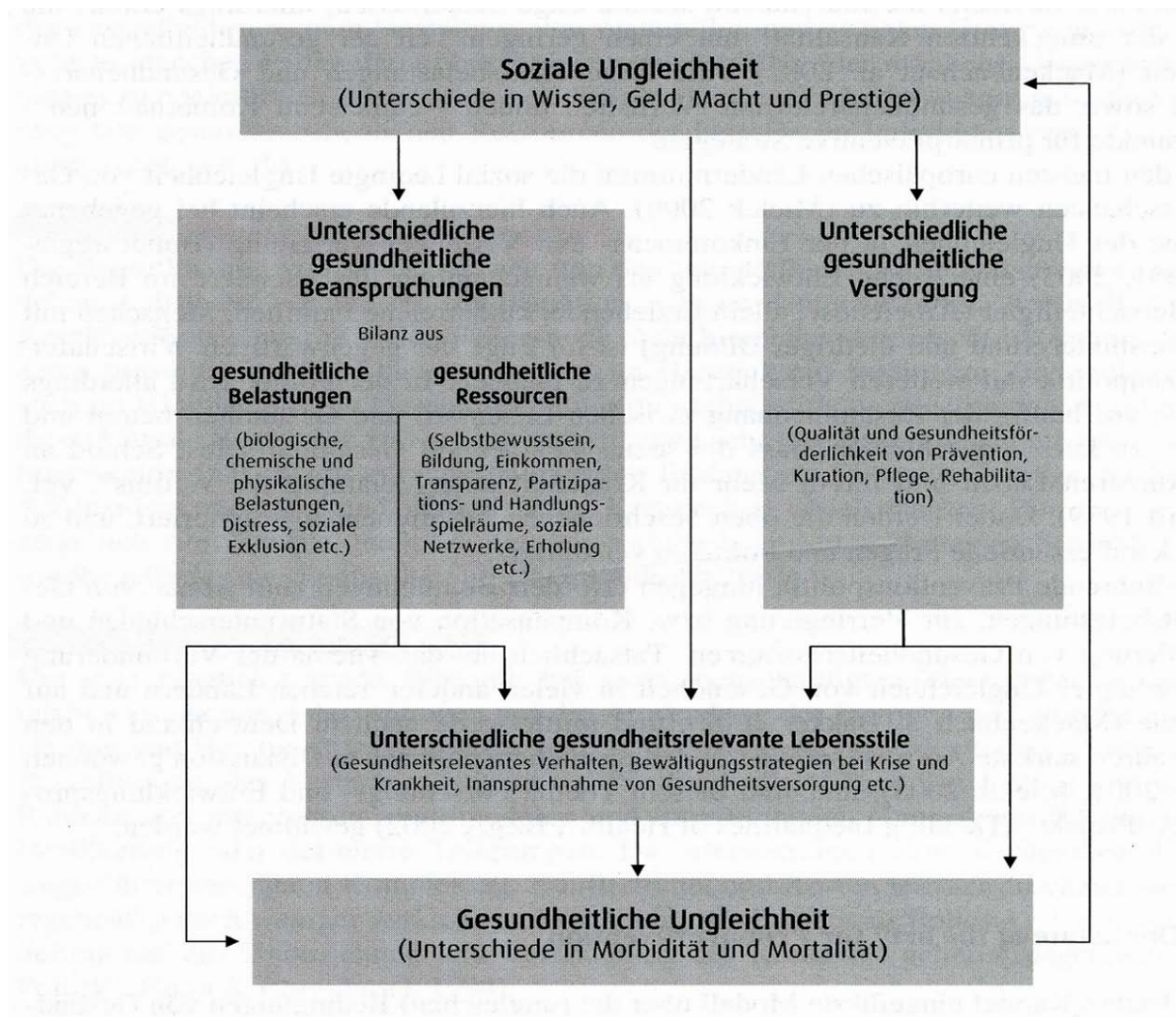
Die im so genannten „Black-Report“ zu Beginn der 80er Jahre in Großbritannien publizierten Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten sind bis heute Ausgangspunkt von empirischen wie theoretischen Überlegungen (vgl. Townsend & Davidson, 1982).

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 Einkommen, 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 in 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 Gesundheitsverhalten sind, zeigt Abbildung 3. 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 von Armut betroffener Menschen? Es sind die Unterschiede erstens in den gesundheitlichen Belastungen, zweitens in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, drittens in der gesundheitlichen Versorgung und viertens im 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 3 : Zusammenhänge zwischen sozialer & gesundheitl. Ungleichheit (Rosenbrock 2006)



1.3 Gesundheitsversorgung

Der Versicherungsschutz ist in Österreich sehr gut im Vergleich z.B. zur USA, aber es gibt auch hier 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.

Leistbarkeit

Versichert aber nicht gut versorgt: 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. „4% der Mehrfach-Ausgrenzungsgefährdeten hatten in ihrem Haushalt in den letzten 12 Monaten den Fall, dass zahn- oder sonstige medizinische Leistungen auf Grund der Kosten nicht in Anspruch genommen wurden. Bei Einfach-Ausgrenzungsgefährdeten bejahen dies 2%, während die Nicht-Inanspruchnahme aus finanziellen Gründen für nicht-ausgrenzungsgefährdete keine Rolle spielt“ (Statistik Austria 1015).

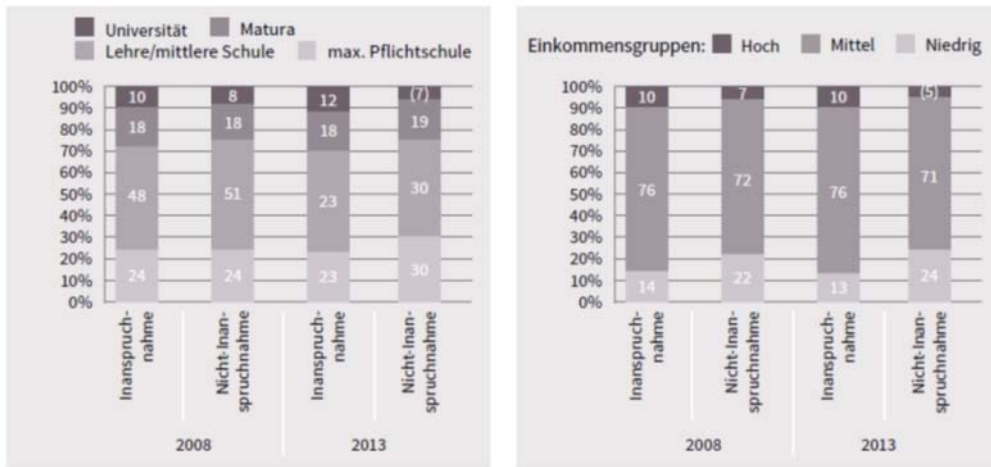
Behandlung und Inanspruchnahme

Einkommensschwächere Personen suchen nicht nur um 20 Prozent seltener Fachärzte auf als vergleichbare rezeptpflichtige Personen, sondern erhalten auch durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet.

Eine weitere Barriere ist immer noch die schlechte räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen. Nach wie vor lässt sich zeigen, „dass sozial benachteiligte Personen, insbesondere aus ländlichen Regionen größere Probleme mit der Erreichbarkeit haben: So gaben rund 41 Prozent der EinwohnerInnen aus Orten unter 5.000 an, dass die Erreichbarkeit medizinischer Versorgung eher schlecht ist.“ (Habl 2009, 180).

Die 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 4).

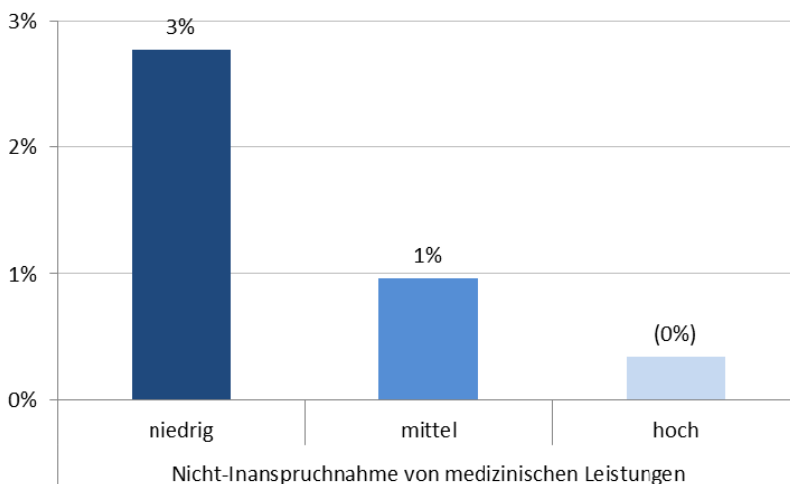
Abbildung 4: Nicht-Inanspruchnahme dringend benötigter medizinischer Leistungen nach Einkommen und Bildung



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2008, 2013

Personen in Haushalten mit niedrigem Einkommen verzichten häufiger als Personen in Haushalten mit mittlerem und hohem Einkommen auf eine zahn- oder sonstige medizinische Behandlung, obwohl sie diese unbedingt benötigen würden. Die aktuell verfügbare Erhebung der Statistik Austria (2015) bestätigt diesen Zusammenhang weiters. 3% der armutsgefährdeten Personen haben solch einen notwendigen Arztbesuch nicht in Anspruch genommen, gegenüber 1% bei mittlerem und niemandem bei hohem Einkommen (Abb 5). Hat eine Person eine zahnmedizinische Leistung trotz Bedarf nicht in Anspruch genommen, so sind finanzielle Gründe in 44% der Fälle dafür verantwortlich. Bei sonstigen medizinischen Leistungen treffen finanzielle Gründe mit 28% etwas seltener zu (Statistik Austria 2015).

Abbildung 5: Nichtinanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen nach Einkommensgruppen:



Quelle: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2014, Personen ab 16 Jahren. Gerundete Werte. Einkommensgruppen in % des Medians des Äquivalenzeinkommens: Niedrig <60%, Mittel 60% bis <180%, Hoch ≥180%. Sind in der Randverteilung weniger als 50 oder in der Zelle weniger als 20 Fälle vorhanden, wird geklammert.

2. Fragestellung

Wo finden sich Barrieren und Lücken im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen?

In den österreichischen Rahmengesundheitszielen ist vermerkt: „Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit“ Und: „Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist“.

Diese Erhebung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt,

- a) Armutsbetroffene selbst zu fragen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den Mittelpunkt zu stellen,
- b) Themen und Felder mangelnder Barrierefreiheit zu erheben, an denen vertieft weiter gearbeitet werden kann.

Durchgehend wird ein partizipativer Ansatz verfolgt, der Menschen mit Armutserfahrungen in die Reflexion, Ausarbeitung und Präsentation der Ergebnisse miteinbezieht.

3. Erhebungsmethode – Fokusgruppen

3.1 Begründung der Methodenwahl

Das Projekt wurde methodisch in Form von Fokusgruppen umgesetzt. Die Wahl der Methode kann damit begründet werden, dass Fokusgruppen häufig als Partizipationsverfahren eingesetzt werden, um beispielsweise BürgerInnen in politische Entscheidungsprozesse einzubinden oder über die bloße Darstellung der Meinungsvielfalt hinausgehende Problemlösungsstrategien zu bestimmten Themenbereichen zu finden (vgl. Schulz 2012: 9, Littig/Wallace 1997: 1, Zwick/Schröter 2012: 25). Da es sich beim durchgeführten Projekt um ein partizipatives Projekt handelt, und die Ergebnisse nach einer systematischen Auswertung von den TeilnehmerInnen selbst politisch weiterverarbeitet werden, bietet sich die Fokusgruppe als Methode an. Die Methode wurde außerdem gewählt, da das Ziel von Fokusgruppen auch darin besteht, durch mehrere TeilnehmerInnen möglichst viele Facetten eines bestimmten Themas zur Sprache zu bringen und nicht ausschließlich die Meinung von Einzelpersonen zu berücksichtigen

(vgl. Littig/Wallace 1997: 2). Was den Forschungsgegenstand anbelangt, wurden Fokusgruppen in der Vergangenheit bereits für Analysen besonders heikler Aspekte aus dem Gesundheitsbereich erfolgreich eingesetzt (vgl. Dürrenberger/Behringer 1999). Fokusgruppen eignen sich zudem gut, um Informationen von Personen mit ähnlichem Erfahrungshintergrund zu gewinnen. „Sie [Fokusgruppen] sind prädestiniert für Fragestellungen, zu deren Beantwortung man sich von bestimmten Bevölkerungsgruppen besonders aufschlussreiche Information erwartet.“ (vgl. Zwick/Schröter 2012: 25) Fokusgruppen liegt zudem die Annahme zugrunde, dass durch eine im Laufe der Diskussion entstehende Gruppendynamik positive Effekte auf die Auskunftsbereitschaft der TeilnehmerInnen entstehen und die Interviewsituation eine „natürlichere“ Umgebung bietet als ein Einzelinterview (vgl. Littig/Wallace 1997: 3). Für die Zusammensetzung von Fokusgruppen gilt, dass es sich um eine möglichst homogene Gruppe handeln soll. „Die TeilnehmerInnen [sollten] ein vergleichbares Vorverständnis und einen vergleichbaren Erfahrungshintergrund in Bezug auf das zu verhandelnde Thema haben.“ (Littig/Wallace 1997: 4) Auch eine Homogenität hinsichtlich sozialem Status, Alter oder beruflichem Status ist wünschenswert, da dies eine bessere Diskussion erwarten lässt. Da all die genannten Aspekte wichtig für die Erreichung des Projektziels waren, erschien die Fokusgruppe als geeignete Methode.

3.2 Methodische Kriterien

Hinsichtlich methodischer Kriterien zur Durchführung von Fokusgruppen wurde auf vorhandene Literatur zu dieser Methode zurückgegriffen. Fokusgruppen sind im Paradigma der qualitativen Sozialforschung zu verorten. Ziel ist es, Hypothesen beziehungsweise ein spezifisches Wissen zu generieren, weshalb die Relevanzsetzungen der DiskussionsteilnehmerInnen Vorrang gegenüber dem theoretischen Interesse des/der Forschers/in haben. Trotz dieses Primats ist die Fokusgruppe keine völlig offene Methode. Thematisch wird die Diskussion im Vorfeld vom Moderator/von der Moderatorin durch einen kleinen Input abgesteckt und anschließend werden mit Hilfe eines Leitfadens die aus dem Vorwissen für relevant erachteten Aspekte zur Diskussion gestellt (vgl. Schulz 2012: 9, Zwick/Schröter 2012: 27). Um verwertbare Ergebnisse zu bekommen, sollten 3 – 5 Fokusgruppen zu je 6 – 10 TeilnehmerInnen durchgeführt werden (vgl. Morgen 1997).

Konsens herrscht darüber, dass *Reliabilität* als Gütekriterium in der qualitativen Sozialforschung nicht erreichbar ist und deshalb auch nicht angestrebt wird, beziehungsweise angestrebt werden kann (vgl. Zwick/Schröter 2012: 42f.). Es wird aber davon ausgegangen, dass die Ergebnisse von

Fokusgruppen eine gewisse *Validität* erreichen. Beispielsweise „interpretieren Bohnsack (2003: 493ff.), Przyborski und Riegler (2010: 439) in Fokusgruppen erzeugte Sprechakte als kollektive Wissensbestände, die sich aufgrund gemeinsamer Erfahrung und Lebenslagen – z.B. Milieu, sozioökonomischer Status oder Geschlecht – als ‚konjunktive Erfahrungsräume‘ herausgebildet und verfestigt haben.“ (Zwick/Schröter 2012: 43)

4. Durchführung

Es wurden insgesamt drei Fokusgruppen unter der Einhaltung aller oben genannten methodischen Kriterien durchgeführt. Jeweils eine Fokusgruppe fand in den Städten Wien, Graz und Linz statt. Anschließend wurden die Fokusgruppen inhaltsanalytisch ausgewertet.

Pro Fokusgruppe wurden zwei bis drei Leute delegiert, um in einem Workshop die Ergebnisse der Fokusgruppen zu diskutieren und konkrete Forderungen und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Sowohl Ergebnisse als auch Forderungen und Verbesserungsvorschläge finden sich in diesem Bericht. Die Ergebnisse des Projekts wurden auf der 10. Armutskonferenz im Forum „Was wurde eigentlich aus der Gesundheitsförderung?“ von TeilnehmerInnen der Fokusgruppen präsentiert.

4.1 Ablauf

Alle drei Fokusgruppen dauerten ungefähr zwei Stunden mit einer 10 – 15 minütigen Pause nach einer Stunde. Es wurden im Vorfeld jeweils ruhige Räume organisiert. Die Fokusgruppeninterviews wurden jeweils mit zwei Aufnahmegeräten und zwei zusätzlichen Mikrofonen aufgezeichnet. Nach dem Eintreffen tranken die TeilnehmerInnen in einer „Aufwärmphase“ Kaffee, um die Stimmung vor der Fokusgruppe etwas aufzulockern. Vor der eigentlichen Diskussion wurde den TeilnehmerInnen das Projekt noch einmal kurz vorgestellt und ein kurzer Input zum Thema gegeben. Dies sowie die Moderation wurden von einem erfahrenen Moderator übernommen. Zusätzlich war ein Assistent anwesend, der die Technik organisierte und während des Interviews mitschrieb. Um möglichst viel Raum für die Relevanzen der TeilnehmerInnen zu lassen, wurden alle Fokusgruppen mit einer offenen Einstiegsfrage eröffnet. Dies zog in allen Gruppen eine längere Diskussion nach sich, die bis zur Pause ging. Im zweiten Teil wurden die Fragen aus dem Leitfaden zur Diskussion gestellt. Der Leitfaden wurde auf Basis von theoretischen Annahmen aus der wissenschaftlichen Literatur und Ergebnissen ähnlicher Projekte erstellt. Nachdem die Interviews nach circa zwei Stunden beendet wurden,

wurde die gesamte Gruppe zu einem Mittagessen eingeladen, wo die TeilnehmerInnen „ihre“ Delegierten für den weiterführenden Workshop wählten. Beim Interview in Graz nahmen vier Personen teil, deren Deutschkenntnisse für die volle Partizipation am Interview nicht ausreichend waren. Um voll am Gespräch teilnehmen zu können, wurden insgesamt drei Dolmetscherinnen engagiert. Eine Person sprach serbisch, eine Person bosnisch. Für diese beiden Personen gab es jeweils eine eigene Dolmetscherin. Zwei Personen sprachen russisch. Für diese Personen übersetzte eine Dolmetscherin gemeinsam. Die Übersetzungen wurden geflüstert. Im Gegensatz zu den anderen beiden Fokusgruppen wurde der Interviewverlauf etwas verzögert, der Dynamik des Interviews schadete es aber nicht.

4.2 Auswahl der TeilnehmerInnen

Die Rekrutierung der TeilnehmerInnen erweist sich für Fokusgruppen oft als schwierig. Daher wird ein gezieltes Auswahlverfahren angewendet. Dabei wird versucht, aufgrund bestimmter Kriterien die Auswahl der TeilnehmerInnen so zu treffen, dass die Abdeckung möglichst vieler unterschiedlicher relevanter Aspekte in Bezug auf die Fragestellung zu erwarten ist. Bei diesem Auswahlverfahren geht es demnach nicht um die Erreichung von „Repräsentativität“ sondern darum die „Reichhaltigkeit von relevanten Information“ (Flick 2006: 109ff.) zu gewährleisten.

Für dieses Projekt war das wichtigste Teilnahmekriterium, dass sich die teilnehmenden Personen selbst als „Menschen mit Armutserfahrung“ definieren. Um ein möglichst vielfältiges Spektrum an Informationen zu bekommen, wurde versucht, Personen aus den Armutsgefährdungsrisikogruppen zu gewinnen (siehe EU SILC 2013). Ziel war es, die Fokusgruppen mit jeweils 6 – 10 Personen zu besetzen. Die konkreten TeilnehmerInnen konnten sehr schnell gefunden werden, da auf das etablierte Netzwerk der Armutskonferenz zurückgegriffen werden konnte.

Ein Einladungsbrief mit Informationen zum Projekt und dem Ablauf der Fokusgruppen wurde an diverse Vereine, NGOs und Organisationen versandt, von welchen bekannt war, dass sie mit armutsbetroffenen Menschen arbeiten oder von armutsbetroffenen Menschen selbst organisiert sind. Die eingeladenen TeilnehmerInnen zeigten großes Interesse, weshalb die Fokusgruppen schnell besetzt werden konnten.

4.3 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 22 Personen an den Fokusgruppen teil. In Wien nahmen sechs Personen teil, in Linz und Graz jeweils acht. Die Personen waren zwischen 26 und 81 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug ca. 50 Jahre. Insgesamt nahmen 13 Frauen und 9 Männer teil, das Verhältnis war also ca. 60/40 zugunsten der weiblichen TeilnehmerInnen. Alle TeilnehmerInnen lebten zum Zeitpunkt der Interviews in Österreich. Mit ca. 82% war der Großteil der TeilnehmerInnen aus Österreich, circa 18% waren AsylwerberInnen aus anderen Ländern und haben somit einen „Migrationshintergrund“. Bezüglich der Situationen, in welchen sich die TeilnehmerInnen zum Zeitpunkt der Interviews befanden, konnte ein breites Spektrum erreicht werden. Es konnten viele Personen aus klassischen Armutsgefährdungsrisikogruppen für die Teilnahme gewonnen werden. Es nahmen Langzeitarbeitslose, Personen mit psychischen Erkrankungen, Wohnungslose, MindestpensionistInnen, MindestsicherungsbezieherInnen, StraßenzeitungsverkäuferInnen und AsylwerberInnen teil. Die genaue Zusammensetzung der Stichprobe ist in den folgenden Tabellen (1-3) für die drei Fokusgruppen getrennt aufgeschlüsselt.

Tabelle 1: Wien

Nr.	Alter	Geschlecht	aktuelle Situation	Herkunft
1	61	M	Straßenzeitungsverkäufer, Mindestsicherungsbezieher	Österreich
2	67	W	Psychische Erkrankung / arbeitslos	Österreich
3	59	W	Langzeitarbeitslos	Österreich
4	59	M	Psychische Erkrankung / langzeitarbeitslos	Österreich
5	44	W	Erwerbsarbeitslos	Österreich
6	55	W	Mindestsicherungsbezieherin, 3 Kinder	Österreich

Tabelle 2: Linz

Nr.	Alter	Geschlecht	aktuelle Situation	Herkunft
1	26	M	Psychische Erkrankung	Österreich
2	46	W	Erwerbsarbeitslos	Österreich
3	63	M	Straßenzeitungsverkäufer, Mindestsicherungsbezieher	Österreich
4	34	M	Erwerbsarbeitslos, psychische Erkrankung	Österreich
5	61	M	Mindestsicherungsbezieher	Österreich
6	36	W	Straßenzeitungsverkäuferin	Österreich
7	36	W	Wohnungslos, Straßenzeitungsverkäuferin	Österreich
8	55	W	Psychische Erkrankung / arbeitslos	Österreich

Tabelle 3: Graz

Nr.	Alter	Geschlecht	aktuelle Situation	Herkunft
1	43	W	Erwerbsarbeitslos	Österreich
2	83	M	Mindestpensionist	Österreich
3	40	W	Asylwerberin	Russland
4	47	W	Asylwerberin	Russland
5	37	M	Working Poor	Österreich
6	52	W	Erwerbsarbeitslos	Österreich
7	45	W	Asylwerberin	Ex-Jugoslawien
8	48	M	Asylwerber	Ex-Jugoslawien

5. Auswertungsmethode

Die Fokusgruppen wurden qualitativ und computerunterstützt mit Hilfe des Programmes Atlas.ti ausgewertet. Als Basis für die Auswertung dienten wörtliche Transkripte der Fokusgruppen, die anhand der Audioaufnahmen mit Hilfe des Transkriptionsprogrammes F4 angefertigt wurden. Die Auswertung von Fokusgruppen kann grundsätzlich auf zwei verschiedenen Ebenen passieren. Die erste Möglichkeit ist die Auswertung auf Beziehungsebene, wobei der Prozess der Meinungsbildung und die Art und Weise, wie die Aussagen der TeilnehmerInnen zu einander in Beziehung stehen, im Vordergrund steht (vgl. Schulz 2012: 17). In dieser Studie wurde auf diesen

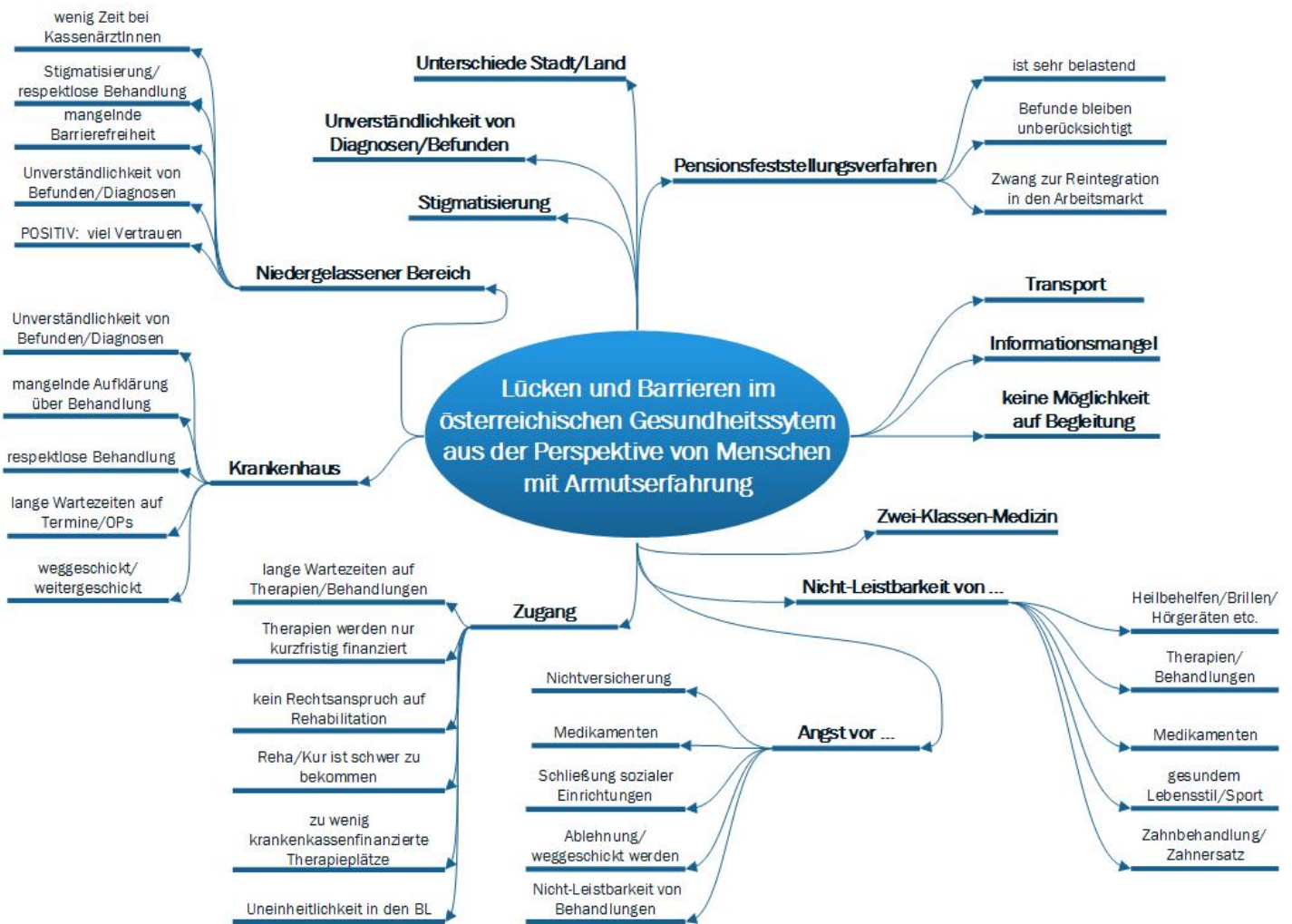
Aspekt verzichtet und ausschließlich auf der Inhaltsebene ausgewertet. Diese Methode zielt darauf ab, den Gruppenoutput mittels Identifikation zentraler Themen und Meinungen innerhalb der Fokusgruppe darzustellen. Diese Ebene wird laut Schulze (vgl. 2012: 17) oft in der Auftragsforschung, wo Zeit- und Ressourcenmangel herrscht, angewandt. Es besteht dabei die Gefahr, theoretisch interessante Aspekte zu vernachlässigen. Für dieses Projekt waren aber auch methodische Gründe für die Entscheidung wichtig. Nicht der Meinungsbildungsprozess, sondern die systematische Darstellung und Auswertung nach Themenbereichen und Inhalten standen im Mittelpunkt des Interesses. Das kann damit begründet werden, dass es Ziel war, möglichst nahe an den Aussagen und Relevanzen der TeilnehmerInnen zu bleiben. Das Abstraktionsniveau der gebildeten Kategorien wurde somit bewusst niedrig gehalten.

Qualitative Auswertungsstrategien unterscheiden sich je nach Forschungsfrage beziehungsweise Ziel des Projekts erheblich. Auch Mischformen und das Abweichen von formulierten Regeln sind in der qualitativen Forschung gängig. Für diese Forschung wurde vor allem auf das thematische Kodieren von Hopf und Schmidt (1995) sowie die von Mayring (2010) konzipierte und Kuckartz (2014) erweiterte qualitative Inhaltsanalyse zurückgegriffen. Sie orientierte sich im Kern an Mayrings und Kuckartz Technik der Zusammenfassung. Es wurde mittels *deduktiv-induktiver* Kategorienbildung gearbeitet (vgl. Kuckartz 2014: 69, 63ff). Konkret wurde der aufgrund von Vorwissen und Literatur erstellte Leitfaden als Basis für ein erstes Kategoriensystem herangezogen. Mit diesem ersten Kategoriensystem wurde an das Material herangegangen. Die einzelnen Codes wurden den Kategorien und Unterkategorien zugeordnet. Um neue Aspekte nicht zu verlieren, war von Beginn an eingeplant, das Kategoriensystem bei Bedarf induktiv zu erweitern beziehungsweise zu modifizieren. Nach der Analyse von circa 50% des Datenmaterials wurde das Kategoriensystem noch einmal genau überprüft und vorläufig fixiert. Der Rest des Materials wurde mit diesem Kategoriensystem, mit der Möglichkeit einer weiteren Modifikation, analysiert. Auch nach der vorläufigen Fixierung waren Modifikationen und Erweiterung notwendig.

6. Ergebnisse

Die Kategorien stellten sich in folgender Ordnung dar (Abb 6). Der Kategorienbaum macht die zentralen Themen und Felder sichtbar.

Abbildung 6: Kategorienbaum „Lücken und Barrieren“



Die Auswertungen der Fokusgruppeninterviews zeigen, dass sich gesundheitliche Ungleichheit in konkreten Erfahrungen armutsbetroffener Menschen innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems widerspiegelt. Es zeigt sich, dass das Gesundheitssystem von Armutsbetroffenen als Zwei-Klassen-System erlebt wird, das sich vor allem in der Nicht-Leistbarkeit und dem damit verbundenen erschwerten Zugang zu diversen Gesundheitsleistungen manifestiert. Oft resultiert daraus Angst vor zukünftigen Erkrankungen, Medikamentenbedarf oder der Schließung sozialer Einrichtungen, die außerhalb des

Gesundheitssystem unterstützen. Weiters zeigt sich, dass sich armutsbetroffene Menschen im Gesundheitssystem mit massiven Stigmatisierungen, Geringschätzungen oder mangelndem Respekt konfrontiert sehen. Dies ist vor allem in Krankenhäusern, teilweise aber auch im niedergelassenen Bereich der Fall. Als weiterer zentraler Punkt können Probleme rund um das Pensionsverfahren festgemacht werden. In den oft langwierigen und belastenden Verfahren herrscht trotz schwerer gesundheitlicher Probleme massiver Druck zur Reintegration in den Arbeitsmarkt. Zudem werden bei den Gutachten Befunde oft ignoriert. Weitere wichtige in den Fokusgruppen angesprochene Themen sind Unterschiede in der Gesundheitsversorgung zwischen Stadt und Land, Transport, mangelnde Information zu Gesundheitsleistungen, Begleitung, Unverständlichkeit von Diagnosen, lange Wartezeiten auf Therapien oder Behandlungen und Sprachprobleme. Weiters zeigt sich, dass vor allem die Gruppe der AsylwerberInnen mit speziellen Problemen konfrontiert ist.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse und Auswertungskategorien detailliert beschrieben und mit Zitaten aus den Interviews belegt. In den Auswertungen konnten die Kategorien Zwei-Klassen-Medizin, Nicht-Leistbarkeit, Zugang, Ängste, Krankenhaus, Niedergelassener Bereich, Stigmatisierung, Stadt/Land, Informationsmangel, Invaliditätspension, Transport, Armut-Krankheit und Begleitung identifiziert werden. Trotz des Anspruches, die Kategorien möglichst trennscharf zu formulieren, stehen sie alle in Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit und der Fragestellung nach Lücken und Barrieren für armutsbetroffene Menschen im österreichischen Gesundheitssystem, weshalb die Kategorien eng miteinander zusammenhängen.

6.1 Spürbare Zwei-Klassen-Medizin

Diese Kategorie zeigt, dass armutsbetroffene Menschen die vorherrschenden Ungleichheitsverhältnisse und die damit verbundenen Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem auch subjektiv also solche erleben. In den Interviews wurde sichtbar, dass armutsbetroffene Menschen sich ihrer Position im Gesundheitssystem bewusst sind. Dieses Bewusstsein, am unteren Rand des Systems zu stehen, resultiert aus konkreten Erfahrungen, vor allem von Nicht-Leistbarkeit verschiedenster Gesundheitsleistungen und dem damit verbunden erschwerten Zugang. Auch lange Wartezeiten auf Therapien und Behandlungen, wenig Zeit für die PatientInnen während der Behandlungen, Stigmatisierungen und Ängste sind Ausdruck einer „Zwei-Klassen-Medizin“. Die Tatsache „immer nur das Billigste“ zu bekommen und in den eben genannten Bereichen aufgrund geringer finanzieller Ressourcen oder Stigmata benachteiligt zu

sein, lässt Ungleichheiten im Gesundheitssystem spürbar werden, wie sich in folgenden beiden Zitate exemplarisch zeigt.

Ich fühle mich mit vielen anderen Menschen gemeinsam in einer Schublade des Gesundheitssystems, nämlich in der Spaltung, zahlende und nicht zahlende Patienten.

Man kommt sich wirklich als Mensch zweiter Klasse vor.

6.2 Nicht-Leistbarkeit von Gesundheit

In dieser Kategorie zeigt sich, dass armutsbetroffene Menschen übermäßig mit Nicht-Leistbarkeit von Gesundheitsleistungen konfrontiert sind. Durch Selbstbehalte oder fehlenden Kostenersatz seitens der Krankenkassen sind etwa *Heilbehelfe, Brillen, Schuheinlagen oder Hörgeräte* oft nicht finanzierbar. Selbiges gilt für *Zahnersatz* und andere notwendige *Zahnbehandlungen*. Es gibt viele Erfahrungsberichte zu Kürzungen von Leistungen in diesem Bereich. Eine kaputte Brille oder ein kaputter Zahn können somit schon große Probleme hervorrufen, weil sie entweder gar nicht, oder nur durch einen enormen finanziellen Aufwand adäquat ersetzt werden können. Getönte Brillengläser um Kopfschmerzen zu vermeiden, eine Zahnspange für die Kinder oder ein moderner Rollstuhl, um auch außerhalb der Wohnung mobil zu sein, werden zum unleistbaren Luxus, wie sich in folgenden beiden Zitaten zeigt.

Ich habe ein Kind, das Brillen tragen muss, und ich muss ihn ständig beim Augenarzt untersuchen lassen. Also jedes Jahr quasi und dafür muss ich über 150 Euro im Jahr bezahlen und die GKK übernimmt nur 20 Euro davon.

Zahnbehandlung, die meisten Ormen hoben schlechte Zähne und du musst an gewissen Betrag zahlen, aber woher das Geld nehmen dafür?

Ebenfalls große Probleme gibt es bei der *Finanzierbarkeit von Medikamenten*. Vor allem Einsparungsmaßnahmen fallen hier ins Gewicht. Medikamente, die oft jahrelang erfolgreich verschrieben wurden, werden von den Krankenkassen plötzlich nicht mehr finanziert. Diese Medikamente privat zu finanzieren ist für armutsbetroffene Menschen in der Regel nicht möglich. Auch dadurch wird das Gefühl einer marginalen Position präsent. Viele Menschen berichteten in den Interviews, dass sie nur die billigsten Medikamente bekommen und bessere nicht leistbar sind. Weiters wurde berichtet, dass es für Menschen, deren Einkommen knapp über der Mindestsicherungsgrenze liegt, keine Rezeptgebührenbefreiung gibt. Braucht man viele Medikamente, bedeutet dies einen erheblichen finanziellen Aufwand. Exemplarisch können hierfür folgende Zitate aus den Fokusgruppen herangezogen werden.

Also ich habe das gleiche Problem. Ich bin auch knapp über der Mindestsicherungsgrenze und muss auch meine Rezepte selber zahlen. Also dasselbe wie die Dame und ich brauche sehr viele Medikamente.

Medikamente, die vorher funktioniert haben, werden plötzlich auf privat umgestellt und dadurch nicht mehr leistbar.

Als weiterer zentraler Punkt konnte die *Nicht-Leistbarkeit von Therapien und Behandlungen* ausgemacht werden. Auch hier zeigt sich ebenfalls, dass Behandlungen, die früher bezahlt wurden, aus den Leistungskatalogen der Krankenkassen fallen oder diverse Behandlungen/ÄrztInnenbesuche aufgrund hoher Selbstbehalte nicht leistbar sind. Oft müssen Therapien oder Behandlungen selbst vorfinanziert werden, was für einkommensschwache Personen in vielen Fällen nicht möglich ist. Diese finanzielle Barriere führt dazu, dass armutsbetroffene Menschen auf wichtige Behandlungen verzichten müssen, oder ihre prekäre Lage durch diese zusätzlichen Ausgaben noch weiter verschärft wird. Die Möglichkeit, Behandlungen in Anspruch zu nehmen, die nicht in den Leistungskatalogen der Krankenkassen aufscheinen, ist für armutsbetroffene Menschen nur sehr eingeschränkt gegeben. Hierzu kam in den Fokusgruppen zur Sprache, dass hilfreiche Behandlungen wie Akupunktur oder spezielle Fußbehandlungen aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen abgebrochen werden mussten oder erst gar nicht in Anspruch genommen werden können.

Ja, bei einer Frauenärztin hab ich voriges Jahr die Erfahrung gemacht, dass eine Leistung extra zu bezahlen war, die vorher nicht extra zu bezahlen war. Bin ja auch der Meinung, dass MindestsicherungsbezieherInnen und eine gewisse Grenze drüber, die Working Poor, das nicht bezahlen sollten. Ich habs einfach nicht machen lassen.

Also was für mich jetzt vor kurzem eine massivere Barriere war, i hab für eine weiterführende Maßnahme für psychisch Kranke, also ich hab a psychische Krankheit, a ärztliches Attest gebraucht, also an Befund und i hab für das Ding 35 Euro hinlegen müssen. Ich find des is a Frechheit, dass Leut, die die Mindestsicherung haben, für an Befund 35 Euro zahlen müssen.

Und da überlegt ma dann schon stark, wie oft geh ich zum Arzt, was muss wirklich sein und was spar ich mir.

Speziell kam vor allem die *Nicht-Finanzierbarkeit von Psychotherapien* zur Sprache. Notwendige regelmäßige Einzelpsychotherapie oder aufsuchende Psychotherapie müssen privat finanziert werden. Für die von den Krankenkassen finanzierten Therapien gibt es nur wenige Plätze, die mit langen Wartezeiten verbunden sind. Bei diesen Therapien kann man sich den/die Therapeuten/in für gewöhnlich nicht aussuchen. Es kam zur Sprache, dass gerade bei Psychotherapien ein Vertrauensverhältnis zum/r Therapeuten/in aber extrem wichtig ist.

Dadurch, dass man sich den/die Therapeut/in nicht aussuchen kann, ist dieses Vertrauensverhältnis nicht immer gegeben.

In meinem speziellen Fall hab i wieda ghört a bei da Reha anlässlich der Reha in Rust. Es wäre sehr sehr wichtig, dass ich regemäßig a Einzeltherapie hätte. Jetzt is das Problem natürlich, bei 800 Euro 12 mal im Johr konnst du dir des unmöglich leisten. A Stund kostet bis zu 100 Euro. Die mickrigen 20 Euro die retten des net, ich müsste praktisch ohne Miete leben können.

Neben konkreten Therapien oder Leistungen zeigt sich auch, dass ein *gesunder Lebensstil* aufgrund geringer finanzieller Möglichkeiten nicht leistbar ist. Es wurde berichtet, dass vor allem gesunde Ernährung und diverse Sportarten sehr teuer sind.

Also Nordic Walking, des kamma no am ehesten irgendwo finanzieren oder Schwimmen was kan Eintritt gibt. Oba viel Sportarten oder Bewegungsformen verlangen an finanziellen Aufwand. Auch hier gibt es oft Hemmnisse und Schranken, die Viele nicht überhüpfen oder überspringen können.

Generell kann gezeigt werden, dass für Armutsbetroffene viele Leistungen im Gesundheitssystem nicht finanzierbar sind. Oft werden einfachste Gesundheitsleistungen aufgrund finanzieller Barrieren zu großen Problemen. Entweder die Leistungen müssen unter hoher finanzieller Belastung selbst bezahlt werden, oder sie werden gar nicht in Anspruch genommen. Eine Nicht-Inanspruchnahme kann wiederum dazu führen, dass notwendige Behandlungen oder Untersuchungen nicht durchgeführt werden und sich gesundheitliche Probleme dadurch verschärfen. Derartige Hürden und Schwierigkeiten führen oft zu Stress oder psychischen Belastungen oder Ängsten (siehe Kategorie 4).

Obwohls net so is, dass jeder Kassenpatient automatisch materiell arm sein muss. Nur natürlich für den materiell armen Kassenpatienten, der noch dazu krank ist, ist es noch um vieles mühsamer, stressiger, auch finanziell belastbarer, so wie immer.

Kritisiert wurden ebenfalls die Unterstützungsfonds diverser Krankenkassen. Diese Fonds dienen zur Unterstützung von Personen, die diverse Leistungen aufgrund ökonomischer Notlagen nicht selbst bezahlen können. Es zeigt sich aber, dass Gelder aus diesen Fonds nicht so leicht zu bekommen sind. Personen in prekärer finanzieller Lage können sich auf diese Unterstützungsfonds nicht verlassen. Es gibt keinen Rechtsanspruch darauf und einreichende Personen können nur hoffen und sind von der ‚Güte‘ der Krankenkassen abhängig. Diese Ungewissheit führt ebenfalls dazu, dass gewisse Untersuchungen gar nicht in Anspruch genommen werden oder es nach der Untersuchung zu einer Unsicherheit und einem Hoffen auf Kostenersatz kommt, wie folgende Zitate belegen.

Ja, ma muss sich halt dann durchrechnen was ma brauchen darf, wie und was. Bei uns is schon so, wenn ma größere Sachen haben, orthopädische Schuhe oder was, da kann ma schon was einreichen. Man muss halt so ansuchen dann. Ob mas kriegt oder net is a andere Sache. Bei der GKK gibts so ein Sozialding, da probiert mas, und dann muss ma Glück haben.

Ich lass mir jetzt neue Zähne machen, weil die sind jetzt nur Provisorium. Streiten sa sich grad darum. Ich hätt an Selbstbehalt von gut 400 Euro, den kann ich ma mit der Mindestsicherung net leisten. Jetzt streiten sie sich grad wers zahlt. Zahlt die GKK, also der Sozialfond von der GKK beziehungsweise das Magistrat bei mir. Jetzt streiten sie sich voll. Ich hoff net, dass ich auf den Kosten sitzen bleibe, weil i kann ma das ehrlich gsagt net leisten. Ich brauch andere Zähne, weil mit denen kann ich net wirklich beißen, und ja, ist halt wirklich Scheisse.

Finanzielle Barrieren können somit als einer der zentralen Dreh- und Angelpunkte bezüglich Leistungen im Gesundheitssystem identifiziert werden, wie das abschließende Zitat veranschaulicht.

Ja, ich möcht auf des mit wenn ma a Geld hat eingehen. Ich glaub, wenn ma a Geld hat, fühlt ma sich sowieso besser und sicherer als wie wenn ma immer so kann ich ma das leisten oder nicht leisten. Alles wird zum Problem und des Problem wird dann wieder zum Problem. Geld spielt schon eine Rolle.

6.3 Zugang zu Gesundheitsleistungen

Eng verknüpft mit der Nicht-Leistbarkeit von Therapien und Behandlungen ist der *Zugang* zu selbigen. Kann man sich private Therapien oder Behandlungen nicht leisten, ist man auf krankenkassenfinanzierte Leistungen angewiesen. Wie die Ergebnisse der Fokusgruppen zeigen, ist dies oft mit sehr langen Wartezeiten und beschränkten Plätzen verbunden. Auch hier wurden Psychotherapien besonders häufig angesprochen. Hierfür gibt es einerseits begrenzte krankenkassenfinanzierte Plätze. Andererseits sind diese Therapien oft mit Monate langen Wartezeiten verbunden und entsprechen, aufgrund von kurzen Therapiezeiten oder der fehlenden Möglichkeit, sich den Therapeuten/die Therapeutin auszusuchen, nicht der Qualität von privaten Behandlungen.

Bei einer Psychotherapie kann sich der Kassenpatient den Therapeuten nicht aussuchen, sonst müsste er auch privat bezahlen. Die Wartezeiten auf eine GKK Psychotherapie sind lang.

Ja, ich denk ma nach wie vor, wie ich vorher schon gsagt hab, Gesprächstherapie oder wenn ma wirklich momentan ansteht mit psychischen Problemen, wenn ma Geld hat, dass ma dann schon wo a Möglichkeit hat, dass ma wo anhorcht wird oder wo hingehen kann. Wen ma kein Geld hat, dann kummst halt einfach auf a Warteliste, kriegst Medikamente und aus.

Auf da GKK bietens auch Gesprächstherapien an, aber da glaub ich wartest du zwei oder drei Monate bis du da amal dran kommst. In den zwei oder drei Monaten, ja was sollst da machen, bringst dich um daweil oder was?

Die Erfahrung, dass es außerhalb des privaten Bereichs sehr lange Wartezeiten gibt, bezieht sich nicht nur auf Psychotherapien. Auch auf Operationstermine oder physikalische Termine gibt es zeitweise sehr lange Wartezeiten. Die Erfahrungsberichte zeigen, dass oft soziale Einrichtungen einspringen, um Menschen Therapien zu ermöglichen. Armutsbetroffenen Menschen sind deshalb oft von sozialen Einrichtungen abhängig. Nicht zuletzt aufgrund der unsicheren finanziellen Lage vieler sozialer Einrichtungen sind diese Therapiemöglichkeiten aber oft zeitlich begrenzt und können nicht immer eine entsprechende Sicherheit bieten.

I hab erfohrn, des mit de psychosozialen Dienste. Nur da konnst nur a Jahr lang hingehen und dann schickt er dich zu irgendana Adress. Es is, also ich siech mein derzeitigen Therapeuten, wenn ich Glück hab, einmal im Quartal für 20 Minuten, was a tolle Einrichtung is, aber wennst schwer depressiv bist, wennst alle 3 Monat 20 Minuten, is des zu wenig.

Es zeigt sich also, dass die Kategorie Zugang eng mit den Kategorien Nicht-Leistbarkeit und Zwei-Klassen-Medizin verknüpft ist. Zugang zu adäquaten Therapien oder Behandlungen bekommt man oft nur im privaten Bereich über ausreichende finanzielle Ressourcen. Dieser Zusammenhang wird im folgenden Zitat evident.

Ja, die meisten Therapien, die finanziell abhängig sind, dann steht wieder da wennstas net leisten kannst und musst da Alternative oder was, was nix kostet suchen. Aber des kannst da net leisten, a Physiotherapie musst da heutzutage selber zahlen und von da Krankenkassa kriegst an Bruchteil zruck.

Im krankenkassenfinanzierten Bereich zeigt sich, dass es speziell bei Rehabilitationen und Kuren schwierig ist, Plätze zu bekommen. Weiters wurde kritisiert, dass es auf Kuren und Rehabilitationsaufenthalte keinen Rechtsanspruch gibt und Kur- und Rehabilitationszentren PatientInnen ablehnen können. Dies führt dazu, dass „schwierige“ PatientInnen mit multiplen Erkrankungen oder stigmatisierte PatientInnen abgelehnt werden.

Zum Thema Kur oder Rehaufenthalt muss ich sagen, dass das früher viel leichter war, dass ma des bewilligt kriegt hat. Mir fällt auf die letzten zwei drei Jahre kriegt ma das einfach nimmer, obwohl das Leiden ja jetzt nicht verschwunden ist. Nur weil die Wirtschaftskrise jetzt da ist, das is ja der Überhammer, man kriegt einfach nimmer, man muss zwei drei Mal ansuchen.

Erfahrungsberichte zeigten auch, dass es in unterschiedlichen Bundesländern uneinheitliche Regelungen bezüglich des Zugangs zu Therapien gibt. Das Beispiel bezog sich auf den Aufenthalt in einem psychosomatischen Zentrum.

Wir Wiener san privilegiert, wir kriegen diesen Aufenthalt im psychosomatischen Zentrum voll bezahlt. Die Niederösterreicher müssen dazuzahlen. Da frag i ma schon. Es is jedes Bundesland anders geregelt.

6.4 Pension: Anträge und Begutachtungen

Als weiterer zentraler Aspekt wurden Probleme bei den Pensionen in den Fokusgruppen diskutiert. Ein sehr wichtiger Aspekt war der starke *Druck zur Reintegration in den Arbeitsmarkt*. Primäres Ziel, so der Tenor in den Fokusgruppen, ist nicht die angemessene Entscheidung über den Erhalt einer Frühpension, sondern die Reintegration in den Arbeitsmarkt unter allen Umständen. Trotz langer und schwieriger Krankheitsgeschichten oder aktuellen gesundheitlichen Problemen wird Personen die Pension verweigert. Wie sehr sich dieser Druck in konkreten Erfahrung widerspiegelt, zeigen folgende Zitate.

Also ich hab das bei diese Gutachter genau so gmacht, weil meiner hat gmant, i kann ja sowas wie Regalbetreuung oder Portier machen. Hab i gsagt, i kann net lang sitzen, lang stehen, lang gehen. Sagt er, naja, beim Portier da könnens ja e abwechseln.

Und mei Feundin, die muss jetzt, also die fangt jetzt an Kurs an. Sie sagt, völlig sinnlos für sie, weils an und für sich e nimmer kann. Die hat zwei oder drei Bandscheibenvorfälle ghabt bis jetzt, hat Brustkrebs ghabt, also e schon einiges hinter ihr und sie sagt warum lassens ihr net die Pension. Wos e net zu viel hat damit, aber sie sagen, na, sie sand zjung, und sie könnten ja noch was machen. Sagt sie naja was soll ich, ich kann nicht lang sitzen, ich kann net lang stehen, ich kann also alles nicht allzu lang. Aber das is denen egal, die sagen, naja probieren sies halt mit der Maßnahme und schau mal weiter auf gut Deutsch gsagt.

Du wirst sogar schon vor Gericht unter Druck gesetzt, natürlich sowieso schon und dann sag ich ja, welchen Job soll ich denn bitte in meiner Situation annehmen. Sagt sie wie wärs denn mit Parkplatzwächter.

Erfahrungsberichte zeigen außerdem, dass bei den *Begutachtungen Befunde* aus Krankenhäusern oder von anderen ÄrztInnen *nicht berücksichtigt* werden. Aktuelle Erkrankungen oder Krankengeschichten werden in den Gutachten nicht berücksichtigt. Zudem gibt es lange Wartezeiten auf die Untersuchungen, die dann in manchen Fällen nur wenige Minuten dauern. Auf Grundlage dieser nur wenige Minuten dauernden Untersuchungen werden Gutachten erstellt, die als Basis für die Zuerkennung der Pension herangezogen werden. Nicht mehr arbeitsfähige Personen pendeln so oft jahrelang zwischen Arbeitslosigkeit, Rehabilitationen und Pensionsantrag hin und her.

Bei mir läuft seit längerem ein Berufsunfähigkeitsfeststellungsverfahren und des hot vor kurzem eine Tagsatzung am Sozialgericht geben. Nach meinem Rehaaufenthalt war eindeutig niedergeschrieben auf sieben Seiten, dass i einfach nimmer in der Lage bin aufgrund meiner gesundheitlichen Verfassung im Berufsleben überhaupt noch mitzumachen. Ganz klar, die Richterin, die mir zugeteilte, hat sich auch der Meinung demnächst angeschlossen. Auch die beiden gerichtlichen Gutachter. Der Psychiater hat das eine Gutachten völlig umgeschrieben, komplett verändert. Jetzt kommt das Ganze nochmal, was auch auf die Gesundheit dann riesengroße Auswirkungen hat net.

In meinem Fall hab i erlebt, dass die PVA mehrfach meine psychische Erkrankung, die seit 10 Jahren nachweislich besteht, aufgrund Behandlung, ich bin ja schon mannigfach fast jeden Tag irgendwo unterwegs, Betreuung Behandlung bla bla bla. War sogar jetzt auf Reha sechs Wochen, das wird totgeschwiegen, da wird net amal reingschrieben leichte Depression. Nichts, gar nichts. Des wird einfach eiskalt totgeschwiegen von der PVA.

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass die Verfahren für die betroffenen Menschen oft eine enorme Belastung darstellen. Das Verfahren wird als existenzbedrohend und als eine Leidenszeit beschrieben. Im Krankheitsfall ist es oft schwierig, das Verfahren zu führen. Die Verfahren gehen mit einem hohen bürokratischen Aufwand einher, und man muss viel Zeit aufwenden, um alle nötigen Dokumente zeitgerecht zu haben.

Also ich hab auch ähnliche Erfahrungen gemacht mit Attesten und Befunden und so weiter. Das ist für mich auch eine psychische Belastung, ist mit der Zeit Zermürbung. Immer wieder muss man Neues bringen, immer wieder Anträge. Man braucht immer wieder neue Atteste, neue Befunde, dass man mit der Zeit eben psychisch auch Probleme bekommt.

Bist weiter in diesem oft sehr sehr zerstörerischen Prozess drinnen und in diesem System, wo du ständig unter Zwang oder unter Druck irgendwas machen musst. Wenn du krank bist, im Regelfall beantragst man ja dann erst, dann ist es auf Dauer gesehen sehr schwierig und auch eine Leidenszeit für die Betroffenen und teilweise verunmöglicht das auch dieses Verfahren weiterzuführen.

Mit folgendem Zitat lässt sich der Zusammenhang zwischen den Pensionsverfahren und gesundheitlicher Ungleichheit gut veranschaulichen. Es wird sichtbar, dass sich etwa mangelnde finanzielle Ressourcen negativ auf das Verfahren auswirken können oder das Verfahren zusätzlich hinauszögern.

Aber bei Wahlärzten auch wenn man von da GKK Geld zurück bekommt, es fallen trotzdem Kosten an, die einem materiell Armen dennoch weh tun, und was Arzttermine anbelangt, sind leider bei Kassenärzten, die die E-Card nehmen, die Wartezeiten manchmal inakzeptabel. Das kann zum Beispiel auch sehr fatal sein, wenn dringend ein Befund fürs Gericht benötigt wird. Nur ganz kurz meine Situation, ich klag zum dritten Mal die PVA, weil mir die Invaliditätsrente einfach verweigert wird auf Biegen und Brechen.

Folgender Erfahrungsbericht bringt die Problematik der Reintegration in den Arbeitsmarkt ohne große Arbeitsmarktchancen noch einmal gut auf den Punkt:

Und ich wurde dann in Frühpension geschickt. Jedoch nach sechs Jahren hat man mir das jetzt wieder aberkannt und ich soll in Rehabilitation und dann wieder arbeiten gehen. Nur wer nimmt mich dann mit 50? Oder was oder wohin soll ich dann arbeiten gehen ist die Frage. Das war alles nach über 11 Jahren lang in Österreich. Auf jeden Fall Rehabilitation jetzt wieder, nach sechs Jahren Pension. Da ist es fast unmöglich wieder eine Arbeit zu finden. Das war von der PVA, ich hab immer zwei Jahre Verlängerung bekommen, und jetzt auf einmal nicht mehr.

6.5 Ängste und Unsicherheiten

Negative Erfahrungen in Form von Konfrontationen mit Nicht-Leistbarkeit, schwierigem Zugang zu Gesundheitsleistungen, Stigmatisierungen, Abhängigkeit von sozialen Einrichtungen oder dem Bewusstsein der eigenen marginalen Position innerhalb des Gesundheitssystems, können zu Ängsten und Unsicherheiten führen. Es zeigt sich, dass viele Personen diese aufgrund

spezifischer persönlicher Erfahrungen entwickeln. Ängste vor einer zukünftigen Nichtversicherung, vor der Nicht-Leistbarkeit wichtiger Behandlungen in der Zukunft, vor der Schließung sozialer Einrichtungen, vorm „wieder weggeschickt werden“ im Krankenhaus oder vor Medikamenten, bei welchen nicht erklärt wird, wie und warum sie einzunehmen sind, wurden in den Fokusgruppen als negative Erfahrungen genannt.

I hab eben mit Pro Mente und später dann mit Exit was zu tun ghabt, mit betreuten Wohnen und Gesprächstherapie bei Exit. Vor ein paar Jahren ist sogar in den Zeitungen gstanden, dass Exit jedes Jahr um Geld raufen müssen und da wars überhaupt amal, dass ma net gwusst hat wies überhaupt weiter geht vor a paar Jahren. Das heißt wenn ma des dann in der Zeitung liest und so, da kriegt ma schon noch a Angst dann mit. Wer kümmert sich dann noch um dich wennst psychische Probleme hast net?

Ich hab mich bei meiner Mutter mitversichern müssen, was a net unbedingt das schönste ist. Ich geh mal davon aus, dass ich länger leb wie meine Mutter, und i krieg wahrscheinlich Probleme, weil wenn ich nicht mehr arbeitsfähig bin und meiner Mutter was passiert, dann steh ich auf einmal ohne Versicherung da, krieg keine Medikamente mehr, kann mich nicht mehr operieren lassen wenn irgendwas wäre. Das sind so ziemlich meine Sorgen.

6.6 Krankenhaus

Ebenfalls diskutiert wurden in den Fokusgruppen spezifische Erfahrungen in Krankenhäusern. Ein zentraler Aspekt hierbei war die *respektlose und unfreundliche Behandlung* seitens des Pflegepersonals und der ÄrztInnen. Es wurden beispielsweise Situationen geschildert, in denen Personen vorgeworfen wurde, dass sie ihre Schmerzen nur vortäuschen oder Ärztehopping betreiben. Weitere Erfahrungsberichte zeigen, dass Personen im Krankenhaus beschimpft oder ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. Manchen Personen wurde schon bei der Aufnahme am Schalter misstrauisch entgegengetreten.

Wenn ma a Pech hat, findns nix und dann wird ma no beschimpft, als wehleidig. „Stöns erna net so an“ und ähnliche Blödheiten. Des is ja, wann ma nachfrogen will weil mit de mit ihrn Fachchinesisch da labern, wenn ma da nochfragt wird ma beschimpft. Wanns ka Vertrauen zu mir haben dann kamma ihna net behandeln.

Noch etwas zum Krankenhaus, ich bin ins Krankenhaus gekommen, weil ich hatte Kopfschmerzen und Übelkeit, also ich hab mich übergeben und alles und bin ins Krankenhaus, und dort wurde mir gesagt, das ist nur von der Sonne, weshalb kommen sie deswegen überhaupt zu uns. Obwohl ich mich eben übergeben hab und alles, und ich hab sowieso schon Herzprobleme und hatte Angst, dass das irgendwelche anderen Konsequenzen hat, wens mir so schlecht geht. Aber ich wurde eben so behandelt, von wegen warum kommen sie wegen Übelkeit zu uns.

Ein wesentlicher Aspekt der Diskussionen über respektlose und unfreundliche Behandlung war jener der *Stigmatisierung*. Es zeigt sich, dass Personen aufgrund von Herkunft, Aussehen, Krankheitsgeschichte oder Erwerbsstatus schlecht behandelt werden. Stigmata werden somit auch im Gesundheitsbereich, speziell in Krankenhäusern, sowohl in stationären als auch im

ambulanten Bereich zum Problem für armutsbetroffene Menschen. Sie wirken sich vor allem in Form von respektloser Behandlung, Misstrauen, Demütigungen und Nicht-Ernst genommen werden aus. Viele Menschen, die solchen Behandlungen ausgesetzt sind, verlieren das Vertrauen in ÄrztInnen oder das Krankenhaus. Gesellschaftliche Stigmata bleiben auch im Krankenhaus präsent.

Des fällt ma a immer auf. Sobald ma an Arbeitgeber hat bei dem ma versichert ist, behandelt erm schon die Schwester anders, wirklich, des is so. Des is des erste was gfragt wird, Arbeitgeber und ja.

Auch Krankheitsgeschichten können zum Problem werden. Beispielsweise wurden Personen aufgrund von Alkoholentzügen oder der Teilnahme an Substitutionsprogrammen schlechter behandelt, sobald dies für ÄrztInnen ersichtlich war.

I bin halt in dem Substitutionsprogramm und i war aber dann zwei Jahre draußen. Ich geb die E-Card her, und wenn ich jetzt 10 Jahre nimmer da drin gwesen wäre, wärs auch egal gewesen, weil die sehn das und die Sache ist erledigt für den Arzt. Also des is ma schon aufgefallen. Es gibt fast keine Ärzte die, also wenns des drinnen stehn hast, dann is sowieso vorbei. I man i reduzier jetzt zwar wieder, es is extrem wenig, i werds a wieder los, aber in den Akten werd ichs net los, weil es gehört zu meiner Gesundheitsgeschichte dazu, das ist das Problem.

Immer wieder werden Personen, welchen Misstrauen entgegengebracht wird oder Vortäuschung von Schmerzen vorgeworfen wird, in Ambulanzen oder im stationären Bereich wieder nach Hause geschickt. Folgende Zitate zeigen, dass Personen trotz Schmerzen wieder nach Hause mussten, oder aus Angst wieder weggeschickt zu werden, gar nicht erst ins Krankenhaus gingen.

Weil die Oberschwester, die mich schon ein paar Jahre kennt, hat mich schon ein paar Mal weggeschickt und die Ärztin. Ich bin dann wieder mit argen Schmerzen mit dem Taxi nach Hause gefahren.

Gott sei Dank hab ich mir das leisten können, ich hab mich dann immer gefragt, wenn ich da im ersten Bezirk auf der Ringstraßenallee gegangen bin, wer kann sich das leisten dorthin zu gehen? Ich habe sehr viele Promis in dieser Arztpraxis erlebt. Aber ich hab gedacht ich muss das machen, weil sonst bekomm ich keinen Platz im Krankenhause wenn ich wieder Schmerzattacken habe. Ich bin ein paar Mal weggeschickt worden obwohl ich Morphine genommen habe, schwere Morphintabletten.

Es zeigt sich, dass respektlose unfreundliche Behandlung keine Ausnahme ist. Zwar gibt es auch positive Erfahrungsberichte aus Krankenhäusern, der Tenor war aber, dass respektvolle Behandlung nicht die Regel ist und man eher Glück haben muss, damit gut mit einem umgegangen wird. Die geschilderten Probleme beziehen sich jedoch in allen Berichten auf große öffentliche Spitäler. Vor allem kleinere, meist kirchliche Spitäler wurden in den Fokusgruppen in Bezug auf respektvollen Umgang durchwegs positiv erwähnt. Verbunden mit respektloser Behandlung ist der mangelnde Wille seitens der ÄrztInnen beschrieben, Diagnosen oder Befunde

verständlich zu erklären. Für viele Personen bleiben die Diagnosen aufgrund lateinischer Ausdrücke unverständlich. Auf Nachfragen wird oft unfreundlich oder ignorant reagiert. Um Diagnosen oder Befunde trotzdem zu verstehen, versuchen viele Personen diese mit Hilfe von Lexika, dem Internet oder dem Hausarzt/der HausärztIn zu übersetzen.

Na gut dann kann ich nur sagen, mir gehts auch allerweil aso, man versteht das nicht oder man googelt sich dann die verschiedenen Ausdrücke runter, oder ich hab mir dann angewohnt, dass ich dann einfach mit dem Befund vom Krankenhaus zum Hausarzt geh und der deuscht das dann aus.

Dasselbe gilt auch für Behandlungen. Diese werden einem oft nicht erklärt, oder es fehlt die Möglichkeit, bei mehreren alternativen Behandlungsmöglichkeiten mitzuentcheiden. Diese Befunde zeigen deutlich die Asymmetrie in der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung zugunsten der ÄrztInnen. Diese Asymmetrie kann durch die soziokulturellen Merkmale der PatientInnen zusätzlich verschärft werden. (vgl. Siegrist 2005: 252)

Des is unmöglich wie ma da behandelt wird, ohne Respekt ma wird net miteinbezogen, da wird über an entschieden wie ma zdeppat war, dass mas versteht, man muass nur richtig erklären, dann versteht mas ja, aba i sich net ein dass i was moch soll wovon i net was des bringt.

Im Zusammenhang mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen sind lange *Wartezeiten auf Operationen oder bestimmte Behandlungen* und Untersuchungen zu sehen. Auf Vorsorgeuntersuchungen, Routineoperationen aber auch Untersuchungen etwa bei Verdacht auf Hautkrebs muss zum Teil Monate lang gewartet werden.

Jo, natürlich mein nächster Termin bei einem Verdacht auf Hauptkrebs ist am 20. Jänner [Zeitpunkt des Interviews: Anfang November], das is ein gutes Beispiel oder?

Die bis hier angeführten Punkte beziehen sich jeweils auf den stationären und ambulanten Bereich oder wurden ohne Spezifizierung allgemein aufs Krankenhaus bezogen. Für diese beiden Bereiche getrennt, zeigt sich, dass es im *stationären Bereich* des Öfteren keine freien Betten gibt und Personen deshalb in ein anders Krankenhaus oder wieder nach Hause müssen. Unfreundliche Behandlung schlägt sich auch im stationären Bereiche nieder. Es wurde berichtet, dass Personen nicht beim auf die Toilette gehen unterstützt werden oder vom Pflegepersonal sehr wenig Rücksicht auf die Intimsphäre genommen wird.

Sie ham mich aus dem Bett heben müssen, sie ham sich eigentlich geweigert mich aus dem Bett zu heben. Den ganzen Tag bin ich im Rollstuhl gesessen, außer zu Mittag, da ham sie mich kurz reingehoben ins Bett und auf die Toilette musst ich selber gehen. Da hab ich oft 1,5 Stunden verbracht, dass ich mich irgendwie wieder in den Rollstuhl setzen konnte.

Im *ambulanten Bereich* wurden vor allem extrem *lange Wartezeiten* und sehr *kurze Öffnungszeiten* angesprochen. Zudem fühlen sich viele Personen „wie eine Nummer“ und es zeigt sich, dass die respektlose und unfreundliche Behandlung im ambulanten Bereich besonders gravierend ist. In den Fokusgruppen wurde respektlose und unfreundliche Behandlung mit Stigmatisierung in Verbindung gebracht. Aufgrund von Herkunft, Aussehen, Krankheitsgeschichte oder Erwerbsstatus kommt es im Krankenhaus merkbar zu unfreundlicher und geringschätziger Behandlung.

6.7 Niedergelassener Bereich

Auch im niedergelassenen Bereich sind die Probleme ähnliche wie im Krankenhaus. *Stigmatisierung, Geringschätzung oder respektloser Umgang* ist auch hier präsent. Ebenso wie im Krankenhaus spielt hier Herkunft, Aussehen, Krankheitsgeschichte oder Erwerbstatus eine Rolle.

Ja, also mir ist das auch aufgefallen so wie der Kollegin, dass mich eine angesprochen hat beim Arzt, eine Arzthelferin: „Wer sind sie denn, sind sie überhaupt sozialversichert?“ Dann hab ich gesagt ich zahl doppelt, ich zahl gewerbliche, Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft, jedes Jahr ein paar tausend Euro und dann zahl ich noch bei der Gebietskrankenkasse und das nicht wenig und sie soll sich zusammennehmen, weil sonst werd ich das bei der Ärztekammer melden und seit dem fragt sie nicht mehr.

Und es war auch so, dass ein Arzt mich gefragt hat, warum ich mich so anziehe, und ich finde nicht, dass beim Arzt diese Frage gestellt werden sollte. Also ich finde es diskriminierend, dass überhaupt diese Frage gestellt wird. Also ich finde es diskriminierend, ja, also dass ich danach gefragt werde, das ist meine Entscheidung wie ich mich anziehe. Also ich verstehe auch nicht warum man diese Frage stellt ob man ein Kopftuch trägt oder nicht, das ist sowieso ein Mensch, also ein Körper. Ein Mensch der ein Kopftuch trägt, kann genauso krank sein und ich finde, dass diese Frage beleidigend ist, also für unsere Frauen.

Ähnlich wie im Krankenhaus werden auch bei HausärztInnen *Befunde oder Diagnosen nicht erklärt*. Personen verlassen die Praxen oft mit der Frage: „Was fehlt mir eigentlich?“ Häufiger jedoch wird bei den HausärztInnen nicht erklärt, wie die verschriebenen Medikamente einzunehmen sind, beziehungsweise wozu sie gut sind.

Also ich war vor einiger Zeit krank, war beim Arzt, und hab unterschiedliche Medikamente bekommen. Also drei verschiedene, und mir wurde nicht erklärt wie ich die einnehmen soll. Erst in der Apotheke wurde mir dann gesagt, sie wissen schon dass sie diese beiden nicht zugleich nehmen dürfen. Das wurde mir beim Arzt nicht gesagt, beim praktischen Arzt.

Ein sehr wichtiges Thema in Bezug auf niedergelassene ÄrztInnen war der *Faktor Zeit*. Für HausärztInnen zeigt sich, dass hier nur begrenzte Zeit für die PatientInnen zur Verfügung steht. Die zur Verfügung stehende Zeit unterscheidet sich zwischen den einzelnen HausärztInnen

erheblich. Generell zeigt sich jedoch, dass bei HausärztInnen hohe Zufriedenheit herrscht. Durchwegs alle Personen berichten, dass sie ein gutes Vertrauensverhältnis mit ihrer/m HausärztIn haben und HausärztInnen auf jeden Fall dem Krankenhaus vorziehen. Der Faktor Zeit wurde vor allem in Verbindung mit der Zwei-Klassen-Medizin diskutiert. Speziell bei KassenärztInnen und hier noch einmal besonders bei FachärztInnen ist ein eklatanter Mangel an Zeit für die Untersuchungen festzustellen. Es zeigt sich, dass für armutsbetroffene Menschen Zeit bei ÄrztInnen auch subjektiv immer in Verbindung mit Geld steht.

Und sonst auch beim Neurologen hab ich den Eindruck, dass ich schneller wieder draußen bin als drinnen, also er nimmt sich nicht viel Zeit, das ist ein Kassenarzt.

Mein Anliegen ist halt mehr Zeit und weniger Medikamente.

Der letzte wichtige Aspekt in Bezug auf KassenärztInnen war die spezielle Situation für Menschen mit Behinderungen. Sehr viele der Praxen im niedergelassen Bereich sind nicht barrierefrei zugänglich, was für Menschen mit Behinderung eine massive Einschränkung darstellt. Zudem zeigt sich, dass viele ÄrztInnen den Umgang mit Menschen mit Behinderung nicht gewohnt sind.

6.8 Spezifische Probleme aus Sicht von AsylwerberInnen

Für die Gruppe der *AsylwerberInnen* zeigt sich, dass sie mit ähnlichen Problemlagen wie österreichische StaatsbürgerInnen konfrontiert sind. Aufgrund mangelnder Rechte und der durch die niedrige Grundversorgung verursachten finanziell prekären Lage, verschärfen sich viele der oben genannten Problembereiche wie Nicht-Leistbarkeit oder Zugang zu Gesundheitsleistungen für AsylwerberInnen jedoch zusätzlich. Vor allem im Bereich Nicht-Leistbarkeit zeigt sich, dass jegliche selbst zu bezahlenden Leistungen nicht finanziert werden können. Zusätzlich zeigt sich, dass Stigmatisierungen und vor allem rassistische Diskriminierungen aufgrund von Herkunft, Aussehen oder Kleidung auch innerhalb des Gesundheitssystems passieren. Erfahrungsberichte hierzu gibt es sowohl aus Krankenhäusern als auch aus dem niedergelassenen Bereich. Vor allem der bereits oben zitierte Fall ist exemplarisch hierfür: Eine Asylwerberin wurde von einem Arzt gefragt, warum sie ein Kopftuch trägt.

Ich hab keine Vorwürfe an die Ärzte, aber an die Krankenschwestern. Ich habe eine sehr gute Operation gehabt, alles ist gut gelaufen. Also das Umgehen von Krankenschwestern mit Patienten war manchmal sehr grob. Also ich hab ein sehr grobes Umgehen mit mir erlebt und meine Kinder erinnern sich immer noch wie eine Krankenschwester mit mir geredet hat. Ich wohne in **** und manchmal wo wir zu Ärzten kommen, also einen Arztbesuch haben, wird sehr grob mit uns umgegangen. Den Kindern wird auch öfters nicht erklärt, was für Medikamente sie brauchen und wofür sie die brauchen.

Das Fehlen von DolmetscherInnen wurde von den teilnehmenden AsylwerberInnen ebenfalls kritisiert. Sowohl in Krankenhäusern als auch bei praktischen ÄrztInnen wird immer wieder von Verständigungsproblemen berichtet. Einerseits werden dadurch Fragen, Anweisungen, Befunde oder Erklärungen von ÄrztInnen nicht verstanden, andererseits sind auch die betreffenden Personen oft nicht in der Lage, Fragen zu stellen oder in bestimmten Situationen zu intervenieren.

Also ein großes Problem ist ein Mangel an DolmetscherInnen. Also wenn man einen Arzttermin hat. Also es kommen Leute mit schwierigen Krankheiten und die Ärzte wissen nicht wo sie einen Dolmetscher einladen oder engagieren können. Es gab auch Fälle wo ich auch mit meinem Bekannten zu einem Arzttermin gegangen bin und ein bisschen gedolmetscht habe. Aber ich hab immer gesagt ich bin keine Dolmetscherin und habe gesagt: „Können sie ein Dolmetscherin engagieren?“ Die Ärzte haben gesagt nein, weil die Kosten muss dann das Krankenhaus tragen dafür.

6.9 Weitere Kategorien: Unterschiede zwischen Stadt/Land, Informationsmangel, Transport, Begleitung, Zusammenhang Armut und Krankheit

Die in diesem Abschnitt beschriebenen Kategorien wurden in den Fokusgruppen nicht in der Intensität wie die bereits genannten diskutiert. Die Kategorien sind aufgrund der vergleichsweise wenigen Erfahrungsberichte und zeitlich vergleichsweise kurz diskutierten Themen nicht so umfangreich. Sie werden aus diesem Grund im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

Eine Thematik, die in den Fokusgruppen angesprochen wurde, waren die Unterschiede zwischen Stadt und Land. Die Diskussionen hierbei bezogen sich auf zwei Punkte. Zum einen wurde die schlechtere gesundheitliche Versorgung im ländlichen Bereich und der damit erschwerte Zugang zu ÄrztInnen oder Krankenhäuser genannt. Zum anderen wurde die daraus resultierende Unsicherheit und Angst vor gesundheitlichen Problemen oder Notfällen angesprochen. Mit den Unterschieden zwischen Stadt und Land hängt auch die Kategorie *Transport* zusammen. Oft stellt sich im ländlichen Bereich die Frage, wie man zu weit entfernten ÄrztInnen oder in Krankenhäuser in die nächste Stadt kommt. Im folgenden Zitat werden der Zusammenhang dieser beiden Problematiken und die daraus resultierenden Folgen für armutsbetroffene Menschen evident:

Es passiert oft, dass wenn jemand die Rettung anruft, dass dieser Mensch abgeholt wird und im Krankenhaus untersucht wird. Es passiert auch öfters in der Nacht, dass dieser Patient entlassen wird, so um 12 um Mitternacht oder um ein Uhr in der Nacht und sie müssen nach Hause kommen. **** ist es doch schon eine lange Strecke. Bevor man die Rettung anruft muss man sich überlegen wie man nach der Untersuchung vom Krankenhaus dann wieder nach Hause kommt. Also leider werden Taxikosten nicht übernommen. Vom Krankenhaus nach **** kostet es ungefähr 150 Euro. Das wird keiner übernehmen. Und weil es dieses Problem gibt, sind manche Menschen bereit diese Schmerzen auszuhalten um sich dann nicht mit diesen Problemen zu konfrontieren. Wie es schon früher angesprochen wurde, wegen dieser geringen Kosten die man zur Verfügung hat im Monat, muss man

sich schon vorher überlegen wie man sich das Geld sparen könnte, damit man nach einer Untersuchung, weil sie nötig ist im Krankenhaus, wieder nach Hause kommt. Dass man dieses Geld zur Verfügung hat, dass man nach Hause kommt, deshalb ist man auch bereit manchmal zu Hause zu bleiben, um das Geld danach nicht auszugeben. Wie ich es weiß, die halten es bis zum letzten überhaupt aus, bis es nicht mehr geht und erst dann rufen sie die Rettung an. Also das kann auch schlecht enden. Es kann auch zu einem Schlaganfall kommen, deshalb möchte ich auch dieses Thema ansprechen.

Aufgrund von Stigmatisierungen, Orientierungslosigkeit, Unverständlichkeit und daraus resultierenden Unsicherheiten wurde in den Fokusgruppen kritisiert, dass es im Gesundheitssystem *keine Möglichkeit auf Begleitung* gibt. Dies wurde besonders in Bezug auf Gutachten und sonstigen behördlichen Kontakten im Rahmen des Pensionsverfahrens betont. Weiters kam zur Sprache, dass armutsbetroffene Menschen durch mangelnden Zugang zu Gesundheitsleistungen oft auf alternative Angebote wie zum Beispiel soziale Einrichtungen oder private Unterstützung angewiesen sind. Das Angebot an Hilfsmöglichkeiten ist aber nicht allen bekannt. Es herrscht in diesem Bereich ein Informationsmangel, der dazu führen kann, dass Leistungen nicht in Anspruch genommen oder Hilfsangebote aus Unwissenheit nicht wahrgenommen werden. Die letzte Kategorie bezieht sich auf den Zusammenhang von *Armut und Krankheit*. Wie armutsbetroffene Menschen selbst diesen Zusammenhang wahrnehmen und erleben, zeigt folgendes Zitat:

Ja, generell noch was ich selbst erfahren habe und was ich hier auch so gehört habe und sonst auch, kann ichs nur in einem Satz zusammenfassen: Armut macht krank, und Krankheit macht arm oder umgekehrt. Fragt sich nur, interessiert wen, der nicht betroffen ist?

7. Erzählungen

Stigmatisierung aufgrund von Drogenproblemen

Also ich weiß nur, es war bei dem ersten Orthopäden bei dem ich damals war. Der hat mir gleich gesagt was ich eben alles hab und da hab ich auch grad an Entzug gemacht und hab relativ schlecht ausgeschaut. I hab's afoch nur reduziert und sonst nix dazu genommen. Der hat des gesehn. Mit dem hab ich dann im Endeffekt diskutieren müssen, dass ich a Therapie krieg, aber ich hab's dann geschafft weil der Fuß war extrem geschwollen. Ich hab dann Ultraschall und Sprungfußbäder kriegt. Aber erst wie ich wirklich, also ich hab dann echt reden müssen mit ihm. Hab da grad a Ausbildung gemacht ghabt, im Wafi 15 Monate. Hab a super Zeugnis ghabt, hätt a für die Lab scho den Termin gemacht und alles. Ich hab's dann nimmer gemacht, weil ma eben kein Arzt geholfen hat. Dann hab ich ihm halt mei Meinung gesagt, dann hatta irgendwie scho a schlechtes Gwissen ghabt is ma vorkommen. Da hab ich ihm vorher meine Zeugnisse hinlegen müssen, dann mein Substitutionsausweis, wo bestätigt is schriftlich, dass i da wirklich reduziert und net so schlecht dreinschau weil i mi immer zu mach den ganzen Tag. I hab zeitweise das Gefühl a zweite Chance gibts e net, man hat sich für was entschieden, und dann soll ma gefälligt so bleiben, so kommt ma des scho langsam vor.

Ängste – Nicht-Leistbarkeit – Zugang

Dass ma net gwusst hat wies überhaupt weiter geht vor a paar Jahren. Das heißt wenn ma des dann in der Zeitung liest und so, da kriegt ma schon noch a Angst dann mit, weil wer kümmert sich dann noch um dich wennst psychische Probleme hast ne? Was weiß ich, wennst wirklich akut wen zu reden brauchst, auf da GKK bietens auch Gesprächstherapien an, aber da, glaub ich, wartest du zwei oder drei Monate bis du da amal dran kommst, und in den zwei oder drei Monaten, ja was sollst da machen, bringst dich um daweil oder was? Man muss warten net? Bei Exit gibts zwei Kriseninterventionszimmer, oder vier, aber die sind auch oft belegt einfach und naja, laufst zum Jauregg wirst mit Medikamente vollgestopft. Ich denke mir es sollte mehr Geld ausgegeben werden, dass ma mehr Zeit hat für solche Leute, dass ma sich einfach mehr in Form von Gesprächen anhorcht was is los und so und net einfach. Die Pharmazie, die Konzerne verdienen sich krumm und deppert und zum reden hat keiner Zeit. Aber Medikamente, mit Medikamenten wird ma vollgestopft net.

Krankenaus – respektlose Behandlung – Pensionsverfahren

Also i finds total bescheuert, dass ma, wenn ma zum Beispiel Schmerzen hat, i hab relativ oft sehr starke Schmerzen, ma dann zum Hausarzt geht und der gibt an dann an Überweisungsschein. Mit dem muss man dann in die Ambulanz. Da kriegt ma dann erst drei vier Monate später an Termin. Dann is ma durt, sitzt an holbatn Tog durtn, dann is ma fünf Minuten drin, kriegt wieder a Überweisung für an Niedergelassenen. MRT, CD was ma da ois braucht. Da muass ma wieder wenn ma ois beinond hat ins Spital. Wenns dann sagen ok des is net, dann des ganze von furn. Das haßt des kann Johre dauern bis ma an Befund hat. Wenn ma a Pech hat, findns nix und dann wird ma no beschimpft, als wehleidig. „Stöns erna net so an“ und ähnliche Blötheiten. Des is ja, wann ma nachfrogen will weil mit de mit ihrn Fachchinesisch da labern, wenn ma da nochfragt wird ma beschimpft. Wanns ka Vertrauen zu mir haben dann kamma ihna net behandeln. Ma will wissen was diese Diagnose bedeutet Is des irgenda Entzündung oder Infektion oder was. Ma wird bewusst net informiert, und ma soll anfoch no akzeptieren und am bestn no zahln. Was am da für Unsinn aufgeschwazt wird, wenn ma sogt des hob i scho zwa mal gmacht, des hat ma des ganze nur verschlimmert und er wü ma des no amoi einreden. Wenn i dann drauf bestanden hab na, des moch i net, dann kriegt er ma so a Gsicht und is einschnappt. Des is unmöglich wie ma da behandelt wird. Ohne Respekt, ma wird net miteinbezogen, da wird über an entschieden, wie wenn ma zdeppat war dass mas versteht. Man muass nur richtig erklären, dann versteht mas ja, aber i sich net ein dass i was mochn soll wovon i net waß was des bringt. I bin 5 Jahr in Kreis gschickt wordn. Die ham ma da wolln alles mögliche verklopfen was ich selber zahln muss. Die ham ma immer einreden wollen ich bild mir die Schmerzen ein. I büd ma des net ein, ich gspia des. Naja, dann tuns halt. Aber ich derf arbeiten, fürs arbeiten bin i gsund. Des AMS sagt i bin zu krank, die sagen i bin gsund, was jetz? Ana von den beiden muas a recht hoben, wer von den zwa? Des is anfoch nur bescheuert was da abgeht, und da helfen an selbst Befunde nix, egal wie schwa krank ma is. Die Bestätigung, da braucht ma an Gutachter, den ma dann aber wieder selber zahln muss, dass ma dann, wenn man Glück hat, selber in Pension gehn kann. So kann des net sein. I man i soll ma wenn ich wart, womöglich erhöns noch zwei mal das Pensionsalter. Da kann i e nimma, da bin i vorher tot und arbeiten kann i nimmer. I kann aba a net in Pension gehen. Also was jetzt?

Unterschiede zwischen großen öffentlichen und kleinen Krankenhäuser

Also des mit de Befunde. Mir is, 2010 glaub ich war das, is mir so ähnlich auch gangen. I sag im AKH die ganze Zeit, i hab beim Kiefer an größeren Lymphknoten. Also dadurch, dass ich Lymphdrüsenkrebs ghabt hab is ma natürlich vorsichtig. Des wird scho wieder werden, sag ich ma momentan amal. Der is schon über ein Jahr so groß. Na tuns ihna nix an und außerdem sag ma ihnen das auch noch, sie sind austherapiert. Sie brauchen auch nicht mehr zu Kontrolle zu uns kommen. Ich war schockiert, das war zwei Jahre gut nach meiner Erkrankung. Ich bin dann zum Hausarzt, hab ihm das erzählt. Meinem Hausarzt hats die Haare aufgestellt. Er hat gsagt, das kann aber net sein. Sag ich ja steht am Befund vom AKH so drinnen. Sagta: „Wartens, holen wir uns eine zweite Meinung ein, gehn auf zu den Schwestern.“ Sag ich ja, bei de Schwestern hams sofort geschrien, sofort a genauere Untersuchung speziell für Krebserkrankungen. Da Arzt hat zwar zu mir dann gmeint Frau ****, es wird zwar nur chronisch entzunden sein, aber wir nehmen ihn raus sicherheitshalber. Gott sei Dank war e nur chronisch entzunden. Er hat aber zu mir gsagt, wenn man den vielleicht a halbes Jahr länger drinnen lassen hätte, hätt er wieder bösartig werden können der Knoten. Das heißt, ich hätt die ganze Tortur, Chemotherapie, Bestrahlungen nomal über mich ergehen lassen müssen und muss eines sagen, ich hätt's nimmer tan. Das ganze nochamal, 25 Kilo abnehmen und das Ganze, i hätt des nimmer dapackt, das war das erste mal scho a Tortur und a zweites mal tu ichs mir nimmer an.

8. Puntuation & Schlussfolgerung

Nach den drei Fokusgruppen wurde mit zwei delegierten Personen aus jeder Gruppe gemeinsam ein Workshop abgehalten. Auf Basis des Kategorienbaumes wurden Möglichkeiten zur Verbesserung der identifizierten Problembereiche diskutiert. Da das Projekt nicht lediglich die Benennung von Problembereichen, sondern auch Forderungen und konkrete Verbesserungsvorschläge aus der Sicht von armutsbetroffenen Menschen zum Ziel hatte, bildet die im Workshop erarbeitete Puntuation den Abschluss dieses Berichts.

- **Begleitdienste („Mitgehen“)** für Armutsbetroffene bei Gutachten und Gesundheitsdiensten. Auch bei Ämtern und Behörden.
- **Persönliche Begleitung, Mentoring, Buddies:** Jemanden haben, der/die einfach da ist und Gemeinsames unternimmt, Freizeitaktivitäten etc.
- **Psychotherapie und psychosoziale Notdienste: erleichterter Zugang** zu kostenloser Psychotherapie, Ausbau von Therapie- und Beratungseinrichtungen und psychosozialen Notdiensten außerhalb der Ballungszentren.
- **Prävention und Rehabilitation: erleichterter Zugang zu präventiven Gesundheitsmaßnahmen** wie Kuren etc., uneingeschränkter Zugang zu REHA-Maßnahmen; Personen mit multiplen Beeinträchtigungen sind wegen Betreuungsbedarf von Kuren ausgeschlossen.
- **Finanzielle Unterstützung: Unbürokratische finanzielle Unterstützung bei Behandlungen** mit hohem Selbstbehalten (Zahnersatz, Regulierungen, etc.) sowie bei notwendigen Heilbehelfen (Hörgeräte, orthopädische Hilfen etc.); Selbstbehalte außerhalb der Rezeptgebührenbefreiung sind für Prekarierte und Einkommensschwache nicht leistbar.
- **Bessere räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen**
Menschen mit wenig Geld haben besonders im ländlichen Raum große Probleme, Gesundheitseinrichtungen zu erreichen. Auch kleinere Wege sind ohne Auto kaum machbar. Kommen Armut und Krankheit zusammen ist die Mobilität völlig eingeschränkt.
- **Kein Zwang zu krankmachender Erwerbsarbeit**
Die Erfahrung „ganz unten“ ist, dass Arbeit nicht automatisch „integriert“, sondern „sozial exkludieren“ kann, was Fragen rund um Sanktionen, Krankheit, Invaliditätspension und „Arbeit um jeden Preis“ aufwirft. Wenn Arbeit krank macht, prekariert, ohne Anerkennung und Wertschätzung, entsteht soziale Ausgrenzung durch die Arbeit selbst. „Arbeit um jeden Preis?": AMS, Sanktionen und Angst machen krank.

- **Krank und vor dem Nichts? Wiedereinführung des Pensionsvorschusses**
 Der Pensionsvorschuss war bisher eine finanzielle Absicherung für Menschen, deren Anspruch auf Krankengeld nach einem Jahr Bezug ausgeschöpft war. Gerade schwere Unfälle, langwierige Krebserkrankungen oder die zunehmenden psychischen Erkrankungen bringen eine längere Arbeitsunfähigkeit mit sich. Jetzt stehen die Betroffenen vor dem Nichts.
- **Medizinische Gutachten: Mehr Respekt und Beachtung vorliegender Befunde**
 Bessere Ausbildung und Sensibilisierung von GutachterInnen. Bereits vorliegende Befunde dürfen nicht missachtet werden.
- **Gleiche Behandlung und gleiche Therapien – egal ob arm oder reich**
 Werden Armutsbetroffene gleich behandelt, bekommen sie die gleiche Medizin, die gleiche Therapie? Keine Klassenmedizin – ob bewusst oder unbewusst!
- **Keine Kürzung für soziale Dienste und Einrichtungen**
 Sparpakete und Austeritätspolitik verschlechtern die Unterstützung von sozialen Diensten.
- **Rechtshilfe und Anwaltschaft**
 Gleicher Zugang zum Recht für alle – egal ob arm oder reich. Vertretung von Betroffenen bei Krankenkasse, Pensionsversicherung, AMS und Sozialamt. Rechtsberatung, Rechtshilfe und Rechtsdurchsetzung.
- **Krankenversicherung: Schließen der Lücken für Menschen ohne Krankenversicherung**
 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 Krisen, Arbeitssuchende ohne Leistungsanspruch, Hilfesuchende, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen.
- **Verständlichkeit und Lesbarkeit von Formularen, Diagnosen und Therapien**
 Eine angemessenere und leichter verständliche Formularsprache. Mehr Zeit für die Erklärung von Diagnosen bzw. Therapien.
- **Dialogforen mit ÄrztInnen, EntscheidungsträgerInnen und anderen Gesundheitsberufen**
 Armutsbetroffene kommen ins Gespräch mit AkteurInnen des Gesundheitssystems. Sensibilisierung für Anliegen und Situation Einkommensschwacher, Erfahrungsaustausch am runden Tisch (z.B. mittels „Weltcafé“).

9. Literatur

- ATHIS (2006/2007): BMGFJ/Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007
- Bohnsack, Ralf (2003): Gruppendiskussionsverfahren und Milieuforschung. In: Friebertshäuser, Barbara (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa, 492-502.
- Dürrenberger, Gregor / Behringer, Janette (1999): Die Fokusgruppe in Theorie und Anwendung. Stuttgart: Akad. für Technikfolgenabschätzung.
- Flick, Uwe (2006): Qualitative Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt.
- Dimmel, Nikolaus / Fuchs, Michael (2014): Im toten Winkel des Wohlfahrtsstaates. Am Beispiel der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen. In: Dimmel, Nikolaus / Schenk, Martin / Stelzer-Orthofer, Christine (Hg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck: Studienverlag, 406-423.
- Habl, Claudia [u.a] (2014): Armut und Gesundheit. In: Dimmel, N. / Schenk, M. / Stelzer-Orthofer (Hg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck: Studienverlag, 240-267.
- Habl, Claudia (2009): Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Dimmel, Nikolaus / Heitzmann, Karin / Schenk, Martin (Hg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck: Studienverlag, 172-183.
- Hilpert, Jorg [u.a] (2012): Auswertung von Fokusgruppen MAXQDA am Beispiel des Projekts „Wahrnehmung der Fusionsenergie bei ausgewählten Bevölkerungsteilen. In: Schulz, Marlen [u.a] (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 170-195.
- Hopf, Christel (1995): Familiäre Sozialisation und rechtsextreme Orientierungen junger Männer. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2010): Einführung in die Computergestützte Analyse Qualitativer Daten. 3., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflagen. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Littig, Beate / Wallace, Claire (1997): Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppeninterviews für die sozialwissenschaftliche Forschung. Reihe Soziologie / Institut für Höhere Studien, Abt. Soziologie, No. 21, <https://www.ihs.ac.at/publications/soc/rs21.pdf>, Zugriff: 04.02.2015.

- Mackenbach, J.P. / Bakker, M (Hg.) (2002). Reducing inequalities in health. A European perspective. London: Routledge.
- Marmot, Michael (2005): Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365, 1099-104.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Morgan, David L. (1997): Focus groups as qualitative research, 2. Auflage. Thousand Oaks, Calif. [u.a.]: Sage Publications.
- Moser, Michaela / Schenk, Martin (2010): Es reicht. Für alle. Wege aus der Armut.
- Moser, Michaela / Schenk, Martin (2014): Armutsbetroffene als Akteure – Partizipation und Selbstorganisation von Menschen mit Armutserfahrungen. In: Dimmel, Nikolaus / Schenk, Martin / Stelzer-Orthofer, Christine (Hg.): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck: Studienverlag, 554-567.
- Orpana, H.M. / Lemyre L. (2004): Explaining the social gradient in health in Canada: using the national population health survey to examine the role of stress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 143-151.
- Przyborski, Aglaja / Riegler, Julia (2010): Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In: Mey, Günter / Mruck, Katja (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in Dder Psychologie. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 436 – 448.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie; München/Jena: Verlag Urban & Fischer.
- Rosenbrock, Rolf (2006): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven . Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 371-388.
- Schenk, Martin (2015): Kindergesundheit und Armut – Daten, Zusammenhänge, Ursachen. In: Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit. Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2015. Wien, 43-53.
- Statistik Austria (2015): Lebensbedingungen in Österreich – ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-)Ausgrenzunggefährdete. EU SILC 2014.
- Statistik Austria (2014): EU SILC 2013
- Schulz, Marlen (2012): Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialforschung. In: Schulz, Marlen [u.a] (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft.

Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-24.

Siegrist, Johannes / Marmot, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Hans Huber

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

Van Lenthe, FJ. / Schrijvers, Ct. / Mackenbach, JP (2004): Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. The Dutch Globe Study. European Journal of Public Health, 14, 63-70.

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

WÜST (2011): Projekt Würde statt Stress (WÜST) – Solidarische Gesundheitsförderung durch kompetente Erwerbsarbeitslose;

<http://www.alterskompetenzen.info/gesundheitsprojekt-wuest-wuerde-statt-stress/>,

Zugriff 02.07.2015.

Zwick, Michaela M. / Schröter, Regina (2012): Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In: Schulz, Marlen [u.a] (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 24-49.

Wo finden sich Barrieren und Lücken im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen?

In den österreichischen Rahmengesundheitszielen ist vermerkt: „Alle Bevölkerungsgruppen sollen über gerechte Chancen verfügen, ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Bildung ist neben Sozialstatus und Einkommen ein zentraler Einflussfaktor auf die Gesundheit“ Und: „Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist“.

Diese Erhebung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt,

- a) Armutsbetroffene selbst zu fragen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den Mittelpunkt zu stellen,
- b) Themen und Felder mangelnder Barrierefreiheit zu erheben, an denen vertieft weiter gearbeitet werden kann.

Durchgehend wird ein partizipativer Ansatz verfolgt, der Menschen mit Armutserfahrungen in die Reflexion, Ausarbeitung und Präsentation der Ergebnisse miteinbezieht.



DIE ARMUTSKONFERENZ.