

# kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



GESUNDHEITSPOLITIK

SPEKTRUM

BUCHTIPPS

VERANSTALTUNGEN

10 | Dezember 2006

## **Gesundheitspolitik**

Gesundheit darf nicht vom Einkommen abhängen	4
Soziale Ungleichheit und Gesundheit	6
Armut gefährdet die Gesundheit	10
Sozialdienst im Krankenhaus	12
Der Mythos vom Eigennutz	14
Diskussion um den mündigen Patienten	15
Gesundheitsberichterstattung auf neuen Wegen	16
Oberösterreichischer Gesundheitsbericht 2005	18
Gesundheitsreform in Deutschland	21
Strategien für eine gesunde Zukunft	23

## **Spektrum**

Heimerziehung als sozialhistorisches Thema	25
--------------------------------------------	----

## **Buchtipps**

29

## **Veranstaltungen**

30

## Liebe Leserin, lieber Leser!

*Es gehört zu den gängigen Mythen der österreichischen Politik und Politikberichterstattung, dass es hierzulande eher zuviel als zuwenig Sozialstaat gebe, "notwendige Reformen" daher nur in Richtung mehr Eigenverantwortung und weniger staatliche Vorsorge gehen könnten. Insofern sollte es hellhörig machen, wenn ein Forscher wie Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin bei der österreichischen Gesundheitsversorgung Defizite in puncto Gerechtigkeit feststellt. Der Grund dafür ist der relativ hohe Anteil privater Gesundheitsausgaben, nach IHS-Berechnungen liegt dieser bei ca. 30 Prozent. Die privaten Ausgaben erfolgen primär für Sehbehelfe und Zahnersatz – hier leisten die Kassen in der Regel nur Zuschüsse – sowie für Selbstbehalte bei Medikamenten und Spitalsaufenthalten. Die Selbstbehalte in der Krankenversicherung sind im Übrigen seit dem Jahr 2000 doppelt so stark gestiegen wie die Inflation, NiedrigeinkommensbezieherInnen und ältere Menschen sind hiervon besonders betroffen.*

*Eine höchst problematische Entwicklung, wenn man bedenkt, dass sozial Benachteiligte ohnehin auch in gesundheitlicher Hinsicht das Nachsehen haben. So sind Ärmere von Diabetes ungefähr fünf Mal so häufig betroffen wie Wohlhabende und sogenannte "Managerkrankheiten" wie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems treten bei ihnen häufiger auf als bei ManagerInnen. Ursächlich für die Schlechterstellung ärmerer Bevölkerungsgruppen auch in gesundheitlicher Hinsicht sind der Armutskonferenz zufolge vier Faktoren: Neben schichtspezifischen Unterschieden bei den gesundheitlichen Belastungen gibt es diese auch bei den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, bei der Versorgung im Krankheitsfall sowie im Gesundheits- und Krankheitsverhalten.*

*Man kann davon ausgehen, dass Maßnahmen, die mehr soziale Gerechtigkeit zum Ziel haben und eine Reduktion sozialer Ungleichheit bewirken, tendenziell auch die gesundheitliche Ungleichheit verringern. Darüber hinaus sollte die Politik die aus sozioökonomischen Disparitäten herrührende gesundheitliche Ungleichheit bei der Gesetzgebung, der Formulierung von Gesundheitszielen wie auch bei der Initiierung von Gesundheitsprojekten berücksichtigen (vgl. Beitrag Sebinger).*

*Ein wesentlicher Schritt dabei ist eine Gesundheitsberichterstattung, die sich nicht wie ehemals in den Tätigkeitsberichten der Sanitätsdirektionen erschöpft, sondern neben der klassischen Berichterstattung über Morbidität und Mortalität auf der Basis einschlägiger Statistiken auch die Bereiche Forschung und Politik enthält. Die Forschung sucht hier nach der Begründung für die erhobenen Daten und in der Politik werden die Schlüsse aus den Ergebnissen von Berichterstattung und Forschung gezogen und in konkrete Maßnahmen gegossen.*

*Gemäß Markus Peböck vom Institut für Gesundheitsplanung, dem für seine Mitwirkung und Unterstützung bei der Erstellung des Themenschwerpunkts an dieser Stelle sehr herzlich gedankt sei, erfolgt die Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen idealerweise anhand von realisier- und messbaren Gesundheitszielen. Wie derartige Zielstellungen aussehen können, wird nachstehend am Beispiel der zehn oberösterreichischen Gesundheitsziele gezeigt. Diese sind im vor Kurzem erschienenen Gesundheitsbericht 2005 enthalten und umfassen unter anderem auch die Bereiche psychosoziale Gesundheit und Sucht sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen in Schulen und Betrieben.*

*Nicht vergessen sollte man bei der gesundheitspolitischen Diskussion, dass es in Österreich immer noch Menschen ohne Krankenversicherungsschutz gibt, 2004 waren es 160.000 Personen. Auch hier gilt es, sich entsprechende Maßnahmen zu überlegen, beispielsweise eine Einbindung dieses Personenkreises über die Sozialhilfe oder einen Krankenversicherungsschutz für alle. Hinsichtlich der möglichen Akzeptanz einer derartigen Maßnahme ist eine deutsche Untersuchung sehr aufschlussreich, in der sich die Mehrheit der Befragten für ein grundlegendes Menschenrecht auf Versorgung im Krankheitsfall aussprach. Der Umstand, dass bei dieser Einschätzung die eigene finanzielle und gesundheitliche Situation keine Rolle spielte, wird von den Autorinnen als Indiz für das Vorhandensein eines ausgeprägten Gerechtigkeitsempfindens gewertet; ein Ergebnis, das eigentlich optimistisch stimmen sollte, meint*

Ihre  
Kontraste-Redaktion

## Gesundheit darf nicht vom Einkommen abhängen

Dass Armut krank macht, belegen zahlreiche Studien, aber auch die Zahlen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK). Gesundheit ist somit nicht bloß ein Produkt des individuellen Gesundheitsverhaltens, sondern auch des sozialen Status einer Person sowie der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Wesentliches Element der Gesundheitsversorgung ist aus Sicht der OÖGKK ein weiterhin wirkungsvoller solidarischer Versicherungsschutz unter Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse. Nur wenn der Zugang zu moderner Medizin für alle gerecht geregelt sei, könne die Gesundheitsversorgung in Österreich weiterhin sozial ausgeglichen gestaltet werden.

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand geht beispielsweise deutlich aus dem Mikrozensus der Statistik Austria hervor: Demnach wirkt sich der sozio-demografische Status (Bildung, Berufsstand, Einkommen) sowohl auf das Gesundheitsverhalten (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Vorsorge) wie auch auf den Gesundheitszustand aus: Niedrig Gebildete haben häufiger und durchschnittlich mehr Beschwerden als Personen mit höherer Bildung.

### Von der Gesundheit zur Armut

Für eigene Aufwendungen von Versicherten oder Angehörigen können auf Antrag der Versicherten unter Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse von der OÖGKK Unterstützungen gewährt werden. Der Unterstützungsfonds der OÖGKK ist somit ein sensibler Gradmesser für die soziale Lage im Land. Die wachsende Zahl der Anträge an den Unterstützungsfonds ist insofern ein Indiz für die zunehmende Armuts-Problematik. Diese Zahl stieg von 1.802 Fällen im Jahr 1996 auf 5.855 Fälle im Vorjahr. Das bedeutet einen Zuwachs binnen neun Jahren um 225 Prozent. Die Ausgaben des Unterstützungsfonds

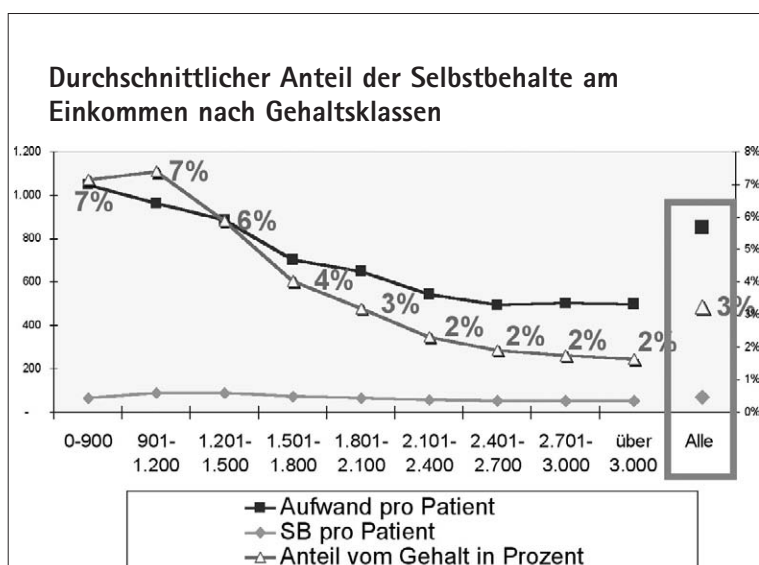
stiegen im selben Zeitraum von gut einer halben Million auf rund 1,5 Millionen Euro. Die dahinter stehende Entwicklung bereitet OÖGKK-Obmann Alois Stöger zunehmend Sorge und er appelliert an die Politik, wirkungsvolle Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

### Mehr Rezeptgebührenbefreiungen

Ein weiteres Indiz für die verschärfte soziale Lage ist die Zahl der Rezeptgebührenbefreiungen bei Versicherten der OÖGKK: Diese nahm seit 2002 von 47.512 auf 70.448 Fälle im Jahr 2005 zu. Diese Zahl beinhaltet lediglich die erwerbstätigen und pensionierten Personen, nicht jedoch die beitragsfrei mitversicherten Angehörigen, die alleine rund 325.000 Personen ausmachen. Von der Rezeptgebühr befreit werden Personen, die infolge Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben aufweisen und deren monatliche Nettoeinkünfte 793,50 Euro (Alleinstehende) bzw. 1.214,39 Euro (Ehepaare) nicht übersteigen.

### Arbeitslosigkeit ist gesundheitsgefährdend

Ein wesentliches Merkmal für Gesundheitsgefährdung ist Arbeitslosigkeit: Während im Jahr 2005 die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer Erwerbstätiger bei elf Tagen lag, kamen Menschen in Arbeitslosigkeit auf über 19 Tage durchschnittliche Krankheitsdauer. Hier kommt eine negative Wechselwirkung zum Tragen: Kranke verlieren häufig ihre Arbeit, Arbeitslosigkeit macht oft krank. Und aufgrund der niedrigen Nettoersatzrate des Einkommens im Fall von Arbeitslosigkeit (55%) ist davon auszugehen, dass Arbeitslose auch bei der Gesundheit sparen (müssen).



### Armut macht krank

Die Umstrukturierungen im Gesundheitssystem beinhalten eine Zunahme der Selbstbeteiligungen (Krankenschein-, Rezeptgebühr, etc.), die für arme Menschen immer größere Hürden zur Teilnahme an einem solidarisch garantierten Gesundheitssystem darstellen oder sie gar ausschließen, betonte Volkshilfe-Präsident Josef Weidenholzer beim Pressegespräch zum Thema Gesundheit und Armut Anfang September in Linz. 13 Prozent der österreichischen Bevölkerung gelten derzeit als armutsgefährdet, d.h. diese Menschen müssen mit 848 Euro oder weniger im Monat auskommen. 460.000 Personen bzw. Prozent gelten als manifest arm.

Schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen führen zunehmend zu Krankheit und Krankheit verstärkt wiederum die Armut. Die Wahrscheinlichkeit, schwer zu erkranken ist für arme Menschen mindestens doppelt so hoch wie für reiche. Zudem wächst jedes zehnte Kind in Österreich in Armut auf. Diese Kinder leiden besonders unter zunehmenden Zugangsbarrieren zu Gesundheitsvorsorge und modernen Therapieformen.

Der Wettbewerbsgedanke im Gesundheitssystem führt Weidenholzer zufolge nicht nur zu einer Dämpfung der Kosten, sondern auch zu einer Minimierung der Leistungen. Vor allem Menschen, die in überdurchschnittlichem Ausmaß von Risiken betroffen sind, trifft der strukturelle Rückzug der Solidargemeinschaft besonders hart.

Alte Menschen gehören in besonderem Maße zum armen oder armutsgefährdeten Personenkreis. Der Volkshilfe-Präsident wies darauf hin, dass gerade der bedürftigste Personenkreis auch den schwierigsten Zugang zu Pflegedienstleistungen besitzt, da bei fehlenden Geldressourcen oder fehlendem Wohnraum auch keine „privaten“ Anbieter (ob nun legal oder illegal) zugekauft werden können.

Ein reiches und produktives Land wie Österreich könne sich Maßnahmen gegen Armut und solidarische Strukturen für bedürftige Menschen leisten, es bedürfe nur des politischen Willens, so Weidenholzer weiter. Die Volkshilfe habe hier schon seit Jahren gefordert, etwa die Vermögensbesteuerung, die in den letzten 20 Jahren immer weiter gesenkt wurde, endlich auf das EU-Durchschnittsniveau zu erhöhen.

### Selbstbehalte stärker gestiegen als Inflation

Ein weiteres Indiz für die finanziellen Belastungen der Kranken durch die Politik ist die kontinuierliche Anhebung der Selbstbehalte in der Sozialversicherung. Der Anstieg der in den Krankenversicherungs-Bilanzen erfassten Selbstbehalte seit dem Jahr 2000 beträgt 19,8 Prozent, die Inflation stieg im gleichen Zeitraum bloß um 10,6 Prozent. „Die Selbstbehalte stiegen also doppelt so stark wie die Inflation,“ so OÖGKK-Obmann Alois Stöger. Hauptursache dafür sind Erhöhungen bei der Rezeptgebühr sowie bei Selbstbeteiligungen an Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen). Die Rezeptgebühr ist im gleichen Zeitraum um 36 Prozent gestiegen. In diesen Zahlen nicht enthalten sind die wieder abgeschaffte Ambulanzgebühr und die Spitalskostenbeiträge. Ebenfalls nicht enthalten sind die vielen privaten Kostenbelastungen, die in den Krankenkassenbilanzen gar nicht aufscheinen, also all jene Versorgungsleistungen, zu denen die Krankenkassen nur Zuschüsse leisten oder die gänzlich privat finanziert werden müssen: Beispiele dafür sind Brillen und Kontaktlinsen, Zahnersatz und

Zahnspangen. Während die „sichtbaren“ Selbstbehalte wie Rezeptgebühr und E-Card-Gebühr rund drei Prozent der Gesamteinnahmen der OÖGKK ausmachen, werden die „nicht sichtbaren“ Kostenbelastungen auf etwa den vierfachen Betrag geschätzt.

### Gesundheit ist Frage des Einkommens und des sozialen Status

Dass sozial schwächere Schichten von Selbsthalten überproportional betroffen sind, weist ein Autorenteam der Kärntner, Wiener und Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse nach: In den unteren Gehaltsklassen ist der durchschnittliche Kassenaufwand mehr als doppelt so hoch als in den oberen (siehe Grafik).<sup>1</sup> Die wesentlichen Untersuchungsergebnisse:

- Der Anteil von Selbsthalten am Einkommen ist in den unteren Gehaltsklassen wesentlich höher als in oberen Einkommensgruppen
- Betroffen sind Personen, die sehr viele Leistungen in Anspruch nehmen (NiedrigeinkommensbezieherInnen und Ältere)

- Selbstbehalte wirken unsozial und beeinträchtigen die Gesundheit der ärmeren Bevölkerungsschichten
- Die Steuerungswirkung von Selbstbehalten ist sehr eingeschränkt
- Verhaltensänderungen erfolgen nur kurzfristig
- Einer Regelung bloß über Ausnahmen für ärmere Bevölkerungsschichten stehen die hierfür anfallenden unverhältnismäßig hohen Administrationskosten entgegen

## Soziale Ungleichheit und Gesundheit

### Vertikale und horizontale Dimensionen

Das Zusammenwirken von sozialer Ungleichheit und Gesundheit, Wohlbefinden oder gar Sterblichkeit kann sehr anschaulich erklärt werden. Man kann sich hierzu einer plakativen Darstellungsweise der Begrifflichkeiten bedienen: Lamprecht hat bei seinem im Vorjahr in Aarau<sup>1</sup> (Schweiz) gehaltenen Vortrag auf den Untergang der Titanic vor beinahe 100 Jahren verwiesen. Von den sich an Bord befindlichen 2.200 Passagieren überlebten in etwa 700. Die Überlebenschancen waren höchst ungleich verteilt. Diese richteten sich nach den beiden Faktoren Klassengrenze (je nachdem, welche Kabine man sich leisten konnte) und einem geschlechtsspezifischen Verhaltenskodex („Frauen und Kinder zuerst“). An diesem Beispiel lassen sich die Chancen zu überleben eindrucksvoll nachvollziehen: Von 100 Passagierinnen der ersten und zweiten Klasse haben 90 überlebt, von den Frauen der dritten Klasse nur mehr in etwa die Hälfte. Im Gegensatz dazu haben von den Männern der zweiten und dritten Klasse nur neun bzw. 14 von 100, von jenen der ersten Klasse immerhin noch 31 von 100 das Unglück überlebt.

Die zentralen Determinanten gegenwärtiger Ungleichheitsforschung können im Wesentlichen auf die Faktoren, wie sie im Fall „Titanic“ augenscheinlich waren, reduziert werden, wenngleich sich die Begrifflichkeiten gewandelt und erweitert haben. Statt Klassenzugehörigkeit rücken so genannte vertikale Ungleichheitsdimensionen in den Vordergrund und der Faktor Geschlecht hat sich in eine Reihe von so genannten horizontalen Ungleichheitsdimensionen eingereiht.

Nicht zuletzt aufgrund dieser Ergebnisse spricht sich ÖÖGKK-Obmann Stöger gegen die Einführung allfälliger weiterer Selbstbehalte im Gesundheitssystem aus, wie dies verschiedentlich angedacht wird.

*Quelle: Unterlagen zum Pressegespräch „Gesundheit und Armut in Oberösterreich“, 6.9.2006, Presseclub Linz*

#### Anmerkung

- 1 Quelle: Ziniel, Said, Mair 2004: „Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung“, ÖBIG-Studie 2002

### Vertikale und horizontale soziale Ungleichheit

Vertikale Dimensionen der sozialen Ungleichheit ordnen Menschen in ein Kontinuum, das von oben nach unten verläuft, ein. Dazu zählen in erster Linie Einkommen, beruflicher Status und Bildung. Darüber hinaus oder in Ergänzung zu diesen Faktoren werden in Theorien zur sozialen Ungleichheit vielfach horizontale Dimensionen berücksichtigt. Darunter fallen beispielsweise das Geschlecht, die Nationalität oder das Alter.

Es existieren mittlerweile zahlreiche empirische Arbeiten, aus denen hervorgeht, dass Personen aus der unteren Statusgruppe (niedriges Einkommen, niedriges Bildungsniveau und/oder niedriger beruflicher Status) in den meisten Fällen einen schlechteren Gesundheitszustand oder eine erhöhte Sterblichkeitsrate aufweisen. Andreas Mielck (2000) liefert hierzu einen umfangreichen Überblick.

Österreichische Studien zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit sind eher dünn gesät, wenngleich anzunehmen ist, dass sich die Ergebnisse kaum von jenen anderer europäischer Staaten unterscheiden. Mielck<sup>2</sup> geht – mit dem Hinweis auf mögliche methodische Vergleichsprobleme – davon aus, dass „die gesundheitliche Ungleichheit in allen westeuropäischen Staaten ungefähr gleich groß ist“<sup>3</sup>.

### Ergebnisse aus Oberösterreich zum Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit

Im Folgenden sollen zwei weitere Aspekte der sozialen Ungleichheit behandelt werden. Arbeitslosigkeit liegt im Querschnittsbereich zur vertikalen und horizontalen Ungleichheit, da zum einen ein Entfall an Einkommen (vertikale Komponente) und zum anderen ein Verlust an psychosozialer Wertschätzung und An-

erkennung mit der Erwerbslosigkeit verbunden ist (horizontale Komponente). Darüber hinaus soll Migration als horizontale Dimension sozialer Ungleichheit betrachtet werden.

Die hierzu verwendeten Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (aus dem Jahr 2004) enthalten Informationen zum Beschäftigtenstatus (erwerbstätig versus arbeitslos<sup>4</sup>) und zur Nationalität als ursächliche Variable sowie zum Krankenhausaufenthalt,<sup>5</sup> gruppiert nach den ICD-10-Symptomgruppen<sup>6</sup> als Zielvariable.

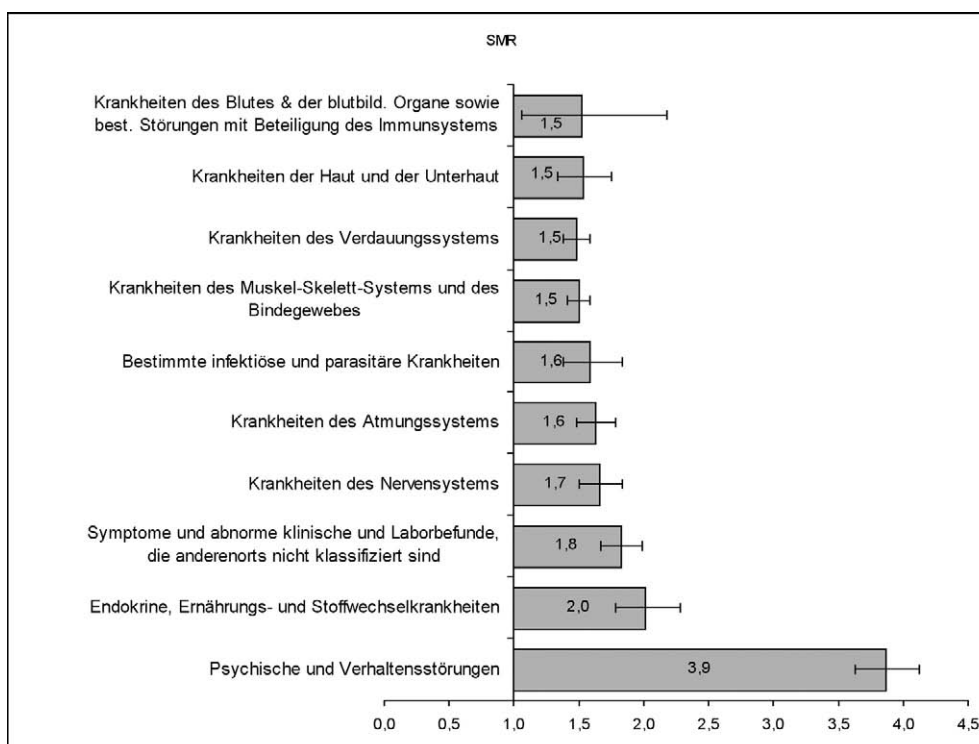
### Beschäftigtenstatus und Gesundheit

Bereits in den 1930er Jahren wurde auf das Problem der Massenarbeitslosigkeit und deren (vor allem) psychosoziale Auswirkungen auf das Individuum aufmerksam gemacht. In der Studie über „Die Arbeitslosen von Marienthal“<sup>7</sup> wird eindrucksvoll geschildert, welche Folgen Arbeitslosigkeit für den Alltag der Menschen und das Leben in einer Gemeinde hat. Obwohl heute noch nicht von einem vergleichbaren Massenphänomen ausgegangen werden kann, hat die

Arbeitslosenquote<sup>8</sup> seit längerem wieder einen Höchststand erreicht (2003: 7,0%; 2004: 7,1% und 2005: 7,2%). Wengleich die Arbeitslosenquote in Oberösterreich<sup>9</sup> vergleichsweise gering ausgeprägt ist (2005: 4,7%), sollte ein allfälliger Zusammenhang mit Gesundheit nicht vernachlässigt werden.

Der Zusammenhang von niedrigem (Äquivalenz-)Einkommen und schlechterem Gesundheitszustand kann als weit reichend bestätigt angesehen werden.<sup>10</sup> Mit der Erwerbslosigkeit ist neben materiellen Einbußen auch ein Verlust an integrativen Prozessen verbunden, da die Erwerbstätigkeit als zentrales Element einer Arbeitsgesellschaft nicht nur für die materielle Reproduktion, sondern auch für die Identität und gesellschaftliche Anerkennung der Individuen sorgt.<sup>11</sup> Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit spielen sich in erster Linie im psychischen oder psychosozialen Bereich ab. „Insbesondere Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen können bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit auch

**Abbildung 1: Krankenhausaufenthalte aufgrund ausgewählter Krankheitsgruppen nach Beschäftigungsstatus**



Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der ÖÖGKK; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR) Erwerbstätige: SMR = 1,014. Fehlerindikator: 95-prozentiges Konfidenzintervall.

Quelle: ÖÖGKK – FOKO; eigene Berechnungen

zu körperlichen Beeinträchtigungen führen.“<sup>12</sup> Empirische Arbeiten weisen durchgängig auf einen schlechten Gesundheitszustand sowie eine tendenziell erhöhte Mortalität hin. „Längsschnittstudien zeigen, dass mit dem Verlust des Arbeitsplatzes eine schlechtere Befindlichkeit und Gesundheit einhergeht und eine Verbesserung nach Wiederbeschäftigung.“<sup>13</sup> Um diese Ergebnisse auch für Oberösterreich zu verdeutlichen, wird auf Abbildung 1 verwiesen (s.o.). Es soll gezeigt werden, inwiefern sich Erwerbstätige von Arbeitslosen hinsichtlich relevanter Krankheitsgruppen unterscheiden. Das „Standardisierte Morbiditäts-Verhältnis“ (SMR) gibt Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß das Risiko einer Teilpopulation (in diesem Fall: Arbeitslose) vom Risiko der Gesamtpopulation (z.B. alle erwerbstätigen GKK-Versicherten) abweicht (bei gleichem Alter und Geschlecht).

Abbildung 1 zeigt, dass sich das Risiko einer Krankenhausbehandlung bei den hier erfassten Krankheitsgruppen deutlich von jenen der Erwerbstätigen (SMR = 1,0) unterscheidet. Kann beispielsweise bei Erkrankungen des Atmungssystems noch von einem 60-prozentig erhöhten Risiko für Arbeitslose ausgegangen werden, so steigert sich dieses bei psychischen Störungen auf das beinahe Vierfache (SMR = 3,9). In einer detaillierteren Analyse<sup>15</sup> psychischer und Verhaltensstörungen konnte nachgewiesen werden, dass Krankenhausaufenthalte beispielsweise aufgrund affektiver Störungen (SMR = 3,6) wie auch Störungen durch psychotrope Substanzen (SMR = 5,3) bei Arbeitslosen verstärkt zu Tage treten. Alles in allem kann davon ausgegangen werden, dass der Umstand, arbeitslos zu sein, vermehrt zu Krankenhausaufenthalten führt.

### Migration und Gesundheit

Empirische Arbeiten<sup>16</sup> belegen, dass der Zusammenhang von Migration und Gesundheit nicht so sehr durch die Faktoren Nationalität oder Besitz einer bestimmten Staatsbürgerschaft bestimmt wird, sondern durch den Umstand, dass immigrierte Personen meist über eine geringere Bildung und ein geringeres Einkommen bei gleichzeitig meist erhöhten beruflichen Belastungen verfügen. In Österreich wohnende MigrantInnen aus Nicht-EU- oder -EFTA-Staaten leben beispielsweise unter deutlich schlechteren Einkommensbedingungen.<sup>17</sup> Eine Einbürgerung ist kaum mit einer Verbesserung der finanziellen Situation verbunden, „was auf einen geringfügigen ökonomischen Aufstieg länger in Österreich lebender Personen ausländischer Herkunft hindeutet.“<sup>18</sup> Abbildung 2 verdeutlicht den Zusammenhang von Nationalität und

Krankenhausaufenthalten aufgrund ausgewählter Krankheitsgruppen. Das „Standardisierte Morbiditäts-Verhältnis“ (SMR) gibt wieder Aufschluss darüber, in welchem Ausmaß das Risiko einer Teilpopulation (in diesem Fall: MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei) vom Risiko der Gesamtpopulation (Oberösterreichische GKK-Versicherte) abweicht (bei gleichem Alter und Geschlecht).

Um einen möglichen Effekt von Arbeitslosigkeit auszuklammern, werden hier nur erwerbstätige Personen berücksichtigt. In Bezug auf die ausgewählten Krankheitsgruppen kann bei MigrantInnen von einem erhöhten Krankheitsrisiko gesprochen werden. Im Vergleich zu Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft ist das Erkrankungsrisiko bei den ausgewählten MigrantInnen deutlich erhöht, wenngleich sich die Differenz bei Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien vergleichsweise gering darstellt. Bei türkischen BürgerInnen verdoppelt sich das Risiko eines Krankenhausaufenthaltes beinahe (SMR = +/-2). Beispielsweise treten Krankheiten des Atmungssystems bei dieser Gruppe beinahe dreimal so häufig auf wie bei Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft. Auch an dieser Stelle finden die für andere europäische Staaten festgestellten Ergebnisse in Oberösterreich Geltung: MigrantInnen sind einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt.

### Schlussfolgerung

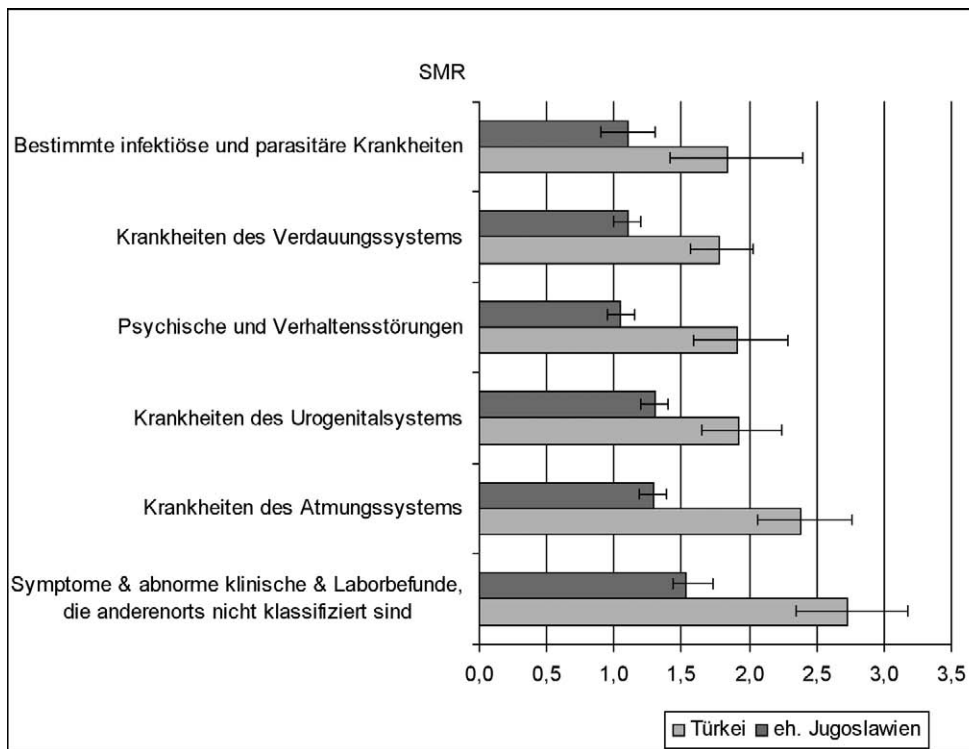
Umfassende Konzepte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit existieren nur in wenigen europäischen Staaten. Im Rahmen eines EU-Projektes<sup>20</sup> konnte gezeigt werden, dass vor allem Großbritannien, die Niederlande und Schweden besonders gut ausgearbeitete (aber auch sehr unterschiedliche) Konzepte vorweisen können. Diese könnten für Österreich, aber auch Oberösterreich wertvolle Anregungen liefern. Es würde den Umfang dieses Artikels sprengen, näher auf diese Herangehensweisen einzugehen. Daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen, um gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, sollen jedoch abschließend erwähnt werden. So soll gesundheitliche Ungleichheit vor allem in folgenden Bereichen berücksichtigt werden:

- im Rahmen der Gesetzgebung (Sozialgesetzgebung oder Präventionsgesetzgebung)
- bei der Ausrichtung von Gesundheitszielen
- bei der Förderung und Initiierung von Gesundheitsprojekten

Sarah Sebingner



**Abbildung 2: Krankenhausaufenthalte aufgrund ausgewählter Krankheitsgruppen nach Nationalität**



Krankenhausaufenthalte 2004 von Versicherten der OÖGKK; nur Beschäftigte; Altersstandardisiertes Morbiditätsverhältnis (SMR). ÖsterreicherInnen: SMR = 1,0)<sup>19</sup> Fehlerindikator: 95-prozentiges Konfidenzintervall.

Quelle: OÖGKK – FOKO; eigene Berechnungen

Die Autorin ist Mitarbeiterin der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Abteilung Gesundheitsförderung und Vorsorgemedizin. Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine überarbeitete Form des Artikels, der im Gesundheitsbericht für Oberösterreich 2005 erschienen ist (online unter: <http://www.gesundheitsplanung.at/index.htm>).

#### Anmerkungen

- 1 Online am 20.04.2005: <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/activities/conference/2006/default.asp>
- 2 2000, S.124f
- 3 Aus Platzgründen kann an dieser Stelle nur auf einen Artikel von Meggeneder/Sebinger (2005) verwiesen werden.
- 4 Es handelt sich dabei um Personen, die im 1. Quartal 2004 als arbeitslos gemeldet waren.
- 5 Mindestens ein Krankenhausaufenthalt mit der jeweiligen Hauptdiagnose im Jahr 2004.
- 6 Eine Übersicht zu diesen Symptomgruppen liefert u.a.: <http://www.medaustria.at/icd10/fr-icd.htm?gf80.htm>
- 7 Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1975
- 8 Quelle: Statistik Austria

9 Quelle: Statistik Austria

10 vgl. u.a. Meggeneder/Sebinger 2005

11 Elkeles 1998, S. 516

12 Elkeles 1998, S. 522

13 Elkeles 1998, S. 522

14 Es werden nur Krankheitsgruppen mit SMR-Wert größer/gleich 1,5 berichtet.

15 Institut für Gesundheitsplanung 2005, S. 94ff

16 z.B.: RKI 2005, S. 127ff

17 Statistik Austria 2005, S. 19

18 Statistik Austria 2005, S. 19

19 Da sich die Population der Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft sehr heterogen gestaltet, wurden einzelne regionale Gruppen ausgewählt, die mit einer gewissen Fallzahl als Versicherte vertreten sind. Es wird unterschieden zwischen: Ehemalige Jugoslawische Staaten: Jugoslawien, Mazedonien, Kroatien und Bosnien (circa 32.000 Personen) und Türkei (circa 9.000 Personen).

20 Mackenbach 2003 oder siehe im Überblick Mielck 2005, S. 90ff

## Literatur

- Elkeles, T.: Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1998, S. 516 – 524.
- Institut für Gesundheitsplanung (Hg.): Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich. Detailbericht. Linz, 2005.
- Jahoda, M./Lazarsfeld, P.F./Zeisel, H.: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Edition Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1975 (urspr. 1933).
- Mackenbach, J./Bakker, M. et al.: Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experience. The Lancet 362, 2003, S. 1409 – 1714.
- Meggeneder, O./Sebinger, S.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Handlungsbedarf der Gesundheitsförderung? In: WISO, Heft 4/2005, S. 79 – 106.
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern, 2000.
- Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern, 2005.
- Statistik Austria (Hg.): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2003 in Österreich. Wien, 2005.

## Armut gefährdet die Gesundheit

**In der Gesundheitspolitik und Prävention wird nach Ansicht der Armutskonferenz zu wenig Augenmerk auf die sozialen Lebensbedingungen gelegt. Armut schwächt die Abwehrkräfte. Armut macht verletzlich. Über 100.000 ÖsterreicherInnen verfügen zudem noch immer über keinen Krankenversicherungsschutz.**

Von Diabetes beispielsweise sind Arme fünfmal so stark betroffen wie Reiche. Im untersten Einkommensfünftel leiden 15,4 Prozent aller Frauen an Diabetes, im obersten Einkommensfünftel bloß 3,3 Prozent, zitiert die Armutskonferenz die aktuellsten Daten für Österreich. Ähnlich ist das Verhältnis bei den Männern: Im untersten Quintil sind 7,6 Prozent, im obersten Quintil 1,7 Prozent Diabetiker.

„In der Gesundheitspolitik und Prävention wird einfach zu wenig Augenmerk auf die sozialen Lebensbedingungen gelegt, obwohl wir wissen, dass mit fallendem Einkommen die Krankheiten steigen und die Lebenserwartung sinkt“, fordert Sozialexperte Martin Schenk die zuständigen Gesundheitsminister/innen zu mehr Engagement in sozialen Fragen auf. „Armut macht verletzlich. Armut macht krank.“

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

Lebenserwartung deutlich sinkt“, analysiert das Anti-Armutnetzwerk.

### Vier Faktoren

Es sind vier Faktoren, die zu den Ungleichheiten vor Krankheit und Tod führen, so Schenk:

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

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

„Wer in Kauf nimmt, dass immer mehr Menschen in sozial prekäre Lebensverhältnisse abrutschen, gefährdet die Gesundheit“, weist Sozialexperte Schenk auf die Auswirkungen hin: „Leben am Limit macht Stress. Leben am Limit schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem. Leben am Limit macht verletzlich.“ „Ein Teil der Energie, die in den Verhaltens-Kampagnen gebunden ist, wäre jedenfalls auch gut investiert in Maßnahmen gegen die steigende Zahl der working poor, die wachsende Einkommensschere oder die Reduzierung der hohen „sozialen Vererbung“ im Bildungssystem. Ein wichtiger Schritt wäre, Gesundheitsdeterminanten in den anderen Politikfeldern zu implementieren: in der Budgetpolitik, in der Arbeitsmarktpolitik, in der Verkehrsplanung, im Sozialressort,“ fordert die Armutskonferenz. Das hohe Erkranken-

kungsrisiko unterer Einkommenschichten sei vermeidbar. "Die Gesundheitsdienste müssen den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität unabhängig von Einkommen und Herkunft gewährleisten. Die Ärmere müssen in ihren Selbsthilfepotenzialen und Ressourcen gestärkt werden. Und sozialer Polarisierung können wir entgegentreten. Die vorliegenden Daten sprechen für sich: Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin," so die Armutskonferenz.

### Nicht versichert

Martin Schenk erinnert zudem an eine Studie des Europäischen Zentrums für Sozialforschung aus dem Jahr 2004, die fehlenden Krankenversicherungsschutz bei 160.000 Menschen bzw. bei 2,4 Prozent der Wohnbevölkerung festgestellt hat. "Gemeinsam ist ihnen allen, dass sie geringes Einkommen haben", fordert das Anti-Armutnetzwerk die politischen Verantwortlichen zum Handeln auf. Zwei Drittel befanden sich zum ersten Mal in dieser Situation, immerhin ein Drittel war schon öfters davon betroffen", zitiert Sozialexperte Schenk die im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellte Studie „Quantitative und qualitative Erfassung und Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich“.

"Da ist Frau K. mit geringfügiger Beschäftigung, da ist Herr G. in einer schweren psychischen Krise, da ist Herr S. als Arbeitssuchender ohne Leistungsanspruch, da sind vormals mit ihrem Ehemann mitversicherte Frauen nach der Scheidung, da sind Hilfesuchende wie Frau L., die ihren Sozialhilfeanspruch aus Scham nicht einlösen, da sind traumatisierte Flüchtlinge", zählt Schenk die betroffenen Bevölkerungsgruppen auf.

### Lücken im Sozialversicherungsschutz schließen

Die Armutskonferenz fordert vor allem Verbesserungen im Sozialhilferecht. Denn jede/r zweite Anspruchsberechtigte beantragt keine Sozialhilfe. Die Gründe sind: Scham, Schikanen am Sozialamt, Angst vor Armutsverfestigung. Wer als Mittelloser aber ohne Sozialhilfe lebt, lebt auch ohne Krankenversicherung. Frau L. darf nichts passieren, sie kann keine Krankenhausrechnung zahlen. Frau K. hat zwar einen Job, davon leben kann sie eigentlich nicht. Nicht gewusst hat sie, dass sie sich bei McJobs selbst versichern kann („opting in“). Als sie überraschend schwer erkrankte, war sie dann mit exorbitant hohen Behandlungskosten konfrontiert. Herr G. hat einen depressiven Schub. In solchen Phasen psychischer Krise versagen seine Fähigkeiten zur Selbstorganisation. Er versäumt den Termin am Arbeitmarktservice und

fällt aus der Krankenversicherung. Viele sind in Gefahr, ihre Wohnungen zu verlieren und nicht in der Lage, ihren Alltag zu bestreiten. Die psychosozialen Stützpunkte außerhalb der Spitäler in Gemeinden und Bezirken sind nach Ansicht der Armutskonferenz unzureichend, die Instrumente aktiver Arbeitsmarktpolitik für die Betroffenen nicht ausgereift – viele Projekte überhaupt von Kürzungen bedroht.

"Die Lücken im Krankenversicherungsschutz könnten durch die Einbindung bedürftiger Nichtversicherter über die Sozialhilfe geschlossen werden – oder gleich durch einen generellen Krankenversicherungsschutz für alle," argumentiert die Armutskonferenz. "Das ist das Modell mit dem größten Erfassungsgrad." Beim Modell der Einbindung Nichtversicherter über die Sozialhilfe müssten nach Ansicht des Anti-Armutnetzwerks sämtliche Nichtversicherte einen Status als Selbstversicherte in der Krankenversicherung erhalten: „In einem Rahmenvertrag zwischen Gebietskrankenkassa und Ländern mit Unterstützung des Bundes könnte so ein sofortiger Versicherungsschutz vorgesehen werden. Die sechsmonatige Wartefrist sollte fallen, um „Krankenversicherung im Bedarfsfall“ möglich zu machen," fordert Martin Schenk.

Die hohe Zahl Nicht-Krankenversicherter zeige, dass der Almosencharakter der Sozialhilfe keine Zukunft hat. Statt Gnadenrecht braucht die Sozialhilfe nach Ansicht der Armutskonferenz eine moderne Orientierung an sozialen Grundrechten, die für alle gelten und Existenzsicherung garantieren.

Quellen: [www.armutskonferenz.at](http://www.armutskonferenz.at) 23.12.04; 13.12.05; 27.04.06

### Webtipp

Die neue Plattform zur Behindertengleichstellung, [www.gleichundgleich.gv.at](http://www.gleichundgleich.gv.at), wurde für vier Interessensbereiche eingerichtet:

- Menschen mit Behinderungen
- ArbeitgeberInnen und Behinderungen
- Diskriminierung durch Barrieren
- Barrierefreiheit im Web

Angeboten werden zudem diverse Antragsformulare, Richtlinien, Informationen zu Förderungen und Links zu Beratungs- und Serviceeinrichtungen.

[www.gleichundgleich.gv.at](http://www.gleichundgleich.gv.at)

## Sozialdienst im Krankenhaus

### Ein spannendes Feld zwischen gesellschaftlichem Auftrag und vorhandenen Ressourcen

Sozialarbeit ist in den unterschiedlichsten Bereichen und Institutionen selbstverständlich. Doch in einem Krankenhaus zählt Sozialarbeit noch immer eher zu den Ausnahmen. Nicht alle Spitäler leisten sich Sozialdienste und professionelle BeraterInnen.

Die weitere Versorgung von PatientInnen nach einem Krankenhausaufenthalt stellt das Hauptaufgabengebiet der Sozialarbeit im Spital dar. Angehörige und PatientInnen sind durch Krankheit oder Unfall direkt mit alltagsunüblichen Fragen konfrontiert und erleben sehr schnell, wie aufgrund von Ressourcenproblemen und Versorgungsdefiziten die Grenzen der „Machbarkeit“ überschritten werden. PatientInnen können nicht mehr in den gewohnten Lebensraum zurück, brauchen finanzielle Unterstützung, benötigen adäquate Rehabilitationsmaßnahmen oder sind schlichtweg mit einem chronischen gesundheitlichen Problem überfordert. Im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz (AKH) gibt es eine spezielle Anlaufstelle für PatientInnen und deren Angehörige zur sozialen Beratung. Seit mehr als 20 Jahren wird bei allen auftretenden sozialen Problemen Unterstützung gratis angeboten. Der Sozialdienst des AKH ist eine interdisziplinäre Einrichtung, die neben Pflege und Medizin mit zu den Versorgungsschwerpunkten zählt.

### Aufgabenbereich

Durch verschiedene gesellschaftliche Faktoren werden Gesundheit und Krankheit von jedem Menschen anders erlebt und mit unterschiedlichen Strategien bewältigt. Sozioökonomische Determinanten von Gesundheit – wie Armut, psychosoziale Faktoren, Beschäftigungssituation, finanzielle Ressourcen – werden von Diplomierten SozialarbeiterInnen erhoben, individuelle Ziele formuliert und Maßnahmen gesetzt.

Sozialarbeit im Krankenhaus unterscheidet sich von extramuralen Langzeitbetreuungen und der Sozialarbeit mit DauerklientInnen. Folgende grobe Einteilung kann im Gesundheitsbereich vorgenommen werden:

- Die *klassische Sozialarbeit* beinhaltet sämtliche Aktivitäten, die mit dem Ziel vorgenommen werden, die Lebensverhältnisse innerhalb des Gemeinwesens für die ihm angehörigen Menschen zu verbessern. (Engelke, 1998)
  - Die *klinische Sozialarbeit* ist eine Teildisziplin der Sozialen Arbeit und bezeichnet die Sozialarbeit im Kontext des Gesundheitswesens. Die Interventionen orientieren sich grundsätzlich am Ansatz der Gesundheitsförderung. Darunter verstehen wir nicht nur die Abwehr oder Beseitigung von Krankheit, sondern vielfach auch die Möglichkeit, mit einer Krankheit oder Behinderung zu leben. Die Begriffe „Clinical Social Workers“ in den USA und „Klinische SozialarbeiterInnen“ im deutschsprachigen Raum können nicht mit Krankenhaussozialarbeit gleichgesetzt werden. Klinische Sozialarbeit meint die Behandlung von Personen im stationären und im ambulanten Setting in der Sucht- arbeit, Psychiatrie, etc. Sie beschäftigt sich mit psychosozialen Störungen und körperlichen Beeinträchtigungen – in ihren Auswirkungen, mit ihren sozialen Gründen und in ihrem sozialen Zusammenhang, wobei mit der professionellen Kompetenz Sozialer Arbeit auf Heilung, Linderung oder Besserung hingewirkt wird. (Wendt, 2000)
  - Hingegen ist die *Krankenhaussozialarbeit* eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit. Sie definiert sich durch spezifische Aufgaben, die durch den stationären Aufenthalt und das Entlassungsmanagement beschränkt sind. (Bienz, Reinmann, 2004) Die Sozialarbeit im Krankenhaus berät und begleitet PatientInnen (und bei Bedarf die Angehörigen) aller Altersgruppen, deren Lebenssituation sich aufgrund von Krankheit und Behinderung in physischer, psychischer, sozialer, beruflicher, wirtschaftlicher und/oder in anderer Hinsicht verändert hat. (Gödecker Reen & Nau, 2002)
- Die Aufgaben der Krankenhaussozialarbeit können in direkte und indirekte Dienstleistungen unterteilt werden (Bienz, Reinmann, 2004):
- Die *indirekten Dienstleistungen* umfassen die Teilnahme an krankenhauses internen Arbeitsgruppen, Weiterbildung für Angehörige anderer Berufsgruppen über das Gebiet der Sozialen Arbeit, Vertretung der fachspezifischen Anliegen der Spitäler nach außen, Praxisausbildung von SozialarbeiterInnen bzw. Unterricht an den Ausbildungsstätten.
  - Die *direkten Dienstleistungen* beinhalten Themen wie Abklärung der sozialen Situation – Sozialanamnese, Sozialdiagnose, Zielformulierung, Evaluierung; Vorbereitung der Krankenhausentlassung, Beziehungshilfe, Unterstützung bei der Organisation finanzieller und materieller Sachhilfe und Vernetzung zu externen Institutionen.

### Psychosoziale Aspekte

Die Versorgung von kranken Menschen beinhaltet nicht nur die kurative Behandlung, sondern auch die Sicherung der Lebensqualität. Die PatientInnen erleben durch eine (chronische) Erkrankung eine Zäsur in der Lebensgeschichte und müssen sich mit der gesundheitlich veränderten Lebenslage arrangieren. Dies ist mit gravierenden körperlichen und seelischen Veränderungen verbunden. Durch weitgehende Veränderungen im Alltag, soziale und berufliche Rollen kann es zu Überforderungen kommen und PatientInnen geraten in eine Abhängigkeit vom Versorgungssystem.

*Die Sozialarbeit im Krankenhaus kann durch psychosoziale Betreuung bei seelischen Belastungen, bei der Krankheitsbewältigung, bei persönlichen und familiären Konflikten und der Erarbeitung einer Zukunftsperspektive unterstützen. (Bienz, Reinmann, 2004)*

### Soziale Beratung

In der sozialen Beratung im Krankenhaussozialdienst dominieren die krankheits- und behandlungsbedingten sozialen, persönlichen und finanziellen Schwierigkeiten eines Patienten. Soweit dies möglich ist, werden andere beratungsrelevante Themen an entsprechende Institutionen delegiert, die nach der Krankenhausentlassung die Beratung und Versorgung übernehmen.

*Die Beratung ist eine problembezogene Kommunikation, in welcher der Berater an den Ratsuchenden Informationen, Empfehlungen und Deutungen in Bezug auf lebenspraktische Probleme weitergibt. (Bienz, Reinmann, 2004)*

### Das Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus

Die Soziale Arbeit garantiert die Vollständigkeit des Behandlungsauftrags eines Krankenhauses. Soziale, materielle und persönliche Probleme der Patienten und Angehörigen werden mit methodischer Kompetenz bearbeitet. Die Fähigkeiten zur Gesprächsführung, Krisenintervention, Analyse und Lösung von Belastungen, Methoden zur Gesundheitserziehung und -beratung, Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten, Erschließung von Sozialleistungen und die Organisation und Koordination von Nachsorgemaßnahmen stellen die Basis für die Beratung dar. (Ansen, 2004)

Sozialberatung wird von vielen Menschen erst dann in Anspruch genommen, wenn weitere Schritte unklar sind, KlientInnen durch Situationen überfordert werden, die Handlungsfelder fehlen oder auch Ressourcenprobleme auftreten. Sozialarbeit in einem Krankenhaus heißt, den gordischen Knoten der Ausweglosigkeit aufzuknüpfen. Menschen in den außergewöhnlichsten Lebenssituationen brauchen rasch Hilfe

### Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

(Abb. nach Ansen, 2004)



und Rat, um selbstständig die nächsten Schritte setzen zu können. Durch Information und Motivation werden die KlientInnen des Sozialdienstes unterstützt und begleitet. Wichtig dabei ist die Aktivierung zur Selbsthilfe, wenn die PatientInnen und Angehörigen dazu in der Lage sind, bis hin zur vollständigen Übernahme der Organisation von Lebensqualität erhaltenden Maßnahmen.

Die Sozialarbeit in einem Krankenhaus ist somit ein spannendes Feld zwischen gesellschaftlichem Auftrag und vorhandenen Ressourcen.

*Anna M. Dieplinger*

## Der Mythos vom Eigennutz

### Psychologische Studie zu Gerechtigkeit im Gesundheitssystem

"In der einen Hälfte des Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben. In der anderen Hälfte opfern wir Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen", soll Voltaire einmal gesagt haben. Seit der Gesundheitsreform 2004 müssen Krankenversicherte in Deutschland mehr finanzielle Eigenleistungen aufbringen, ein Trend, der auch in anderen Ländern feststellbar ist. Bei der Verteilung knapper Mittel im Bereich der Gesundheitsversorgung scheinen harte Kämpfe um die Leistungen und Lasten unausweichlich. Aber wie denken die Bürgerinnen und Bürger über das derzeitige deutsche Gesundheitssystem?

Diese Frage stand im Zentrum eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts von Elisabeth Kals, Professorin für Sozial- und Organisationspsychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, und ihrer wissenschaftlichen Mitarbeiterin Juliane Kärcher. Grundlage der Untersuchung sind Gespräche mit VertreterInnen von Krankenversicherungen, Selbsthilfe- und Patientengruppen sowie ärztlichen Vereinigungen. Hinzu kommt eine Umfrage in der Bevölkerung, für die sich die Psychologinnen ausdrücklich sowohl an gesetzlich als auch privat Versicherte wandten.

#### Wertschätzung des Solidarprinzips

Die Ergebnisse der sozialpsychologischen Untersuchung enthalten wertvolle Hinweise für politische Entscheidungsträger: Insgesamt wird ein auf dem So-

#### Literatur

- Ansen H.: 2001, Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus, In: Reinicke Peter, 2001, Soziale Arbeit im Krankenhaus – Vergangenheit und Zukunft, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
- Bienz B., Reinmann A.: 2004, Sozialarbeit im Krankenhaus, Aufgaben – Methoden – Ziele, Verlag Haupt, Bern, Zürich
- Engelke E. (Hrsg.): 1998, Theorien der Sozialen Arbeit, Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Gödecher-Green N., Nau H.: 2002, Klinische Sozialarbeit, Eine Positionsbestimmung, Münster
- Wendt W. R.: 2000, Zukunftsperspektiven für die Klinische Sozialarbeit an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend, Forum Krankenhaussozialarbeit

lidarprinzip beruhendes Gesundheitssystem von der Mehrheit der rund 500 Befragten akzeptiert und wertgeschätzt. Diese sind durchaus dazu bereit, für ein in ihren Augen gerechtes Gesundheitswesen mehr aufzubringen. Dazu wird aber eine deutlich größere Transparenz gefordert. Bei aller grundsätzlichen Zustimmung wurden außerdem Ineffizienz und fehlende Fairness im System kritisiert. Geht es um die Verteilung von Leistungen und Beitragslasten der Krankenversicherungen, ist die Frage nach der Bedürftigkeit essenziell für die Befragten. Diese wird von ihnen als grundlegendes Menschenrecht auf eine Versorgung im Krankheitsfall beschrieben.

Bei diesen Einschätzungen spielen der eigene Gesundheitszustand oder die individuelle finanzielle Situation keine Rolle, so dass sie nicht als Rhetorik zur Durchsetzung von Eigeninteressen zu sehen sind. "Die Hauptbotschaft unserer Untersuchung ist, dass den Menschen – entgegen dem ökonomischen Verhaltensmodell – nicht nur der Eigennutz treibt. Wir konnten empirisch nachweisen, dass ein ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden vorhanden ist", erklärt Juliane Kärcher. Gerechtigkeitspsychologie befasse sich nicht damit, ob das Gesundheitssystem faktisch gerecht ist, sondern ob es die Menschen als gerecht empfinden. Bei Verteilungskonflikten würden vor allem ökonomische Faktoren untersucht. "Wenn jedoch das subjektive Gerechtigkeitsempfinden missachtet wird, kostet die Durchsetzung mehr Energie und Geld und ist meist mit sozialem Unfrieden verbunden," gibt Kärcher zu Bedenken.

*Quelle: Pressemitteilung der Universität Eichstätt-Ingolstadt (Constantin Schulte Strathaus), 7.7.2005*

## Diskussion um den mündigen Patienten

**Anja Dieterich analysierte in ihrer Magisterarbeit den Diskurs der Ärzte über den "mündigen Patienten". Dabei stellte sie fest: Für die einen stellt dieser die Lösung für die Probleme im Gesundheitswesen, für die anderen hingegen selbst ein Problem dar.**

Er lebt gesundheitsbewusst und vermeidet alles, was seiner Gesundheit schaden könnte. Er raucht also nicht und treibt keine gefährlichen Sportarten. Falls er doch krank wird, informiert er sich über seine Krankheit und mögliche Therapien. Er tritt dem Arzt als kooperierender, mitdenkender, selbstbestimmt handelnder, kostenbewusster Partner gegenüber. Das ist in etwa das, was man sich gemeinhin unter einem "mündigen Patienten" vorstellt.

Seit geraumer Zeit wird dieser Idealtypus immer häufiger in gesundheitspolitischen Debatten ins Feld geführt. Anja Dieterich hat sich in ihrer am Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin verfassten Magisterarbeit "Eigenverantwortlich, informiert und – anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht" diesem Thema gewidmet. "Ich bin der Frage nachgegangen, wie der Begriff des mündigen Patienten derzeit verwendet wird, welche Interessen und Ziele dabei verfolgt werden und welche Zusammenhänge zu aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen auszumachen sind", sagt Anja Dieterich. Konzentriert hat sie sich dabei darauf, wie der Begriff von den deutschen Ärztinnen und Ärzten gebraucht wird. Dafür wertete sie das „Deutsche Ärzteblatt“ von 1996 bis 2005 aus. Ziel ihrer Arbeit war es, den Diskurs der Ärztinnen und Ärzte zu rekonstruieren und den jetzigen Stand zu analysieren. „Mir ging es nicht darum, eine einzig gültige Definition zu erarbeiten oder vermeintlich richtige oder falsche Verwendungsweisen aufzuzeigen.“

### Vier Diskursstränge

Anja Dieterich fand heraus, dass der mündige Patient in vier Zusammenhängen diskutiert wird:

- Recht und Ethik
- Wissen und Information
- Strukturprobleme
- Finanzierungsfragen

Im Diskursstrang Recht und Ethik zum Beispiel wird Mündigkeit als Recht des Patienten verstanden, auf das Gesundheitswesen Einfluss zunehmen, aber auch als verantwortungsbewusstes Verhalten gegenüber dem Gemeinwohl. "Hier drücken sich sozialpolitische Tendenzen aus, die Zuständigkeit für das eigene Wohlergehen auf den Einzelnen zu verlagern", sagt Anja Dieterich.

Im Diskursstrang Wissen und Information geht es um die zunehmende Verfügbarkeit von Fachinformationen und den daraus resultierenden Wissenszuwachs für die Patienten. Als problematisch wird dabei angesehen, dass der sich als mündig verstehende Patient ärztliche Entscheidungen zunehmend in Frage stellt und Behandlungsmethoden einfordert, von denen er glaubt, dass sie für ihn das Richtige sind. Andererseits wird eine angemessene Aufklärung von Patienten und die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen dem Arzt und seinem adäquat informierten Patienten für zunehmend wichtig gehalten.

In den Diskurssträngen Strukturprobleme und Finanzierungsfragen wird der mündige Patient als Argument für Gesundheitsreformen eingeführt oder soll selbststeuernd aktiv werden.

Meist finden sich diese Darstellungsweisen des mündigen Patienten nicht getrennt, sondern in charakteristischen Verknüpfungen. Der mündige Patient erscheint als Schlüssel zur Lösung aktueller Probleme im deutschen Gesundheitssystem. Anja Dieterich: "Indem ihm Verantwortungsbewusstsein, Lernfähigkeit und die Fähigkeit zugeschrieben werden, nach rationalen Entscheidungskriterien zu handeln, scheint er ideal zu sein, die strukturellen und finanziellen Probleme im Gesundheitswesen zu lösen." So solle der mündige Patient durch eigenverantwortliches Verhalten, das heißt durch Risikovermeidung, Gesundheitsprävention betreiben, durch Leistungswahl Versorgungsprozesse mitsteuern und dadurch die Effizienz erhöhen und mithin Kosten sparen.

Anja Dieterich resümiert in ihrer Arbeit, dass der Begriff des mündigen Patienten je nach ärztlichem Selbstverständnis und den daraus resultierenden Interessen und Zielen strategisch eingesetzt wird – als Lösung, um strukturelle oder finanzielle Reformen durchzusetzen, oder als Problemfall, der sich selbst überschätzt und ärztliches Expertentum bedroht.

*Quelle: Medieninformation der Technischen Universität Berlin vom 27. Juni 2006, <http://www.tu-berlin.de>*

## Gesundheitsberichterstattung auf neuen Wegen

Gesundheitsberichterstattung wird häufig gleichgesetzt mit einer Fülle an Statistiken und Zahlen oder mit einer "Leistungsschau" der Sanitätsdirektionen. Gesundheitsberichterstattung hat in einem umfassenden Verständnis aber weiter gesteckte Ziele und ist eingebunden in die gesamte Public Health Politik. In Oberösterreich wird seit längerer Zeit versucht, diesen Weg zu gehen. Diese – neue – Form der Gesundheitsberichterstattung und der oberösterreichische Weg sollen in diesem Artikel beschrieben werden.

### Rahmenbedingungen

Laut dem Reichssanitätsgesetz von 1870 ist Gesundheitsberichterstattung eine Aufgabe der Länder. Lange Zeit wurde in Österreich dieser Auftrag in Form von Tätigkeitsberichten der Sanitätsdirektionen erfüllt, erst um die Jahrtausendwende wurden die ersten Gesundheitsberichte mit Daten über die gesundheitliche Lage veröffentlicht. Oberösterreich nahm in diesem Bereich eine Vorreiterrolle ein, da im Jahr 2001 der erste oberösterreichische Gesundheitsbericht als Resultat der Zusammenarbeit zwischen der OÖ Gebietskrankenkasse, dem Land Oberösterreich und der Stadt Linz veröffentlicht wurde.

Auf europäischer Ebene sieht der Beschluss Nr. 1400/97/EG des Europäischen Rates im Rahmen des "Aktionsprogramms zur Öffentlichen Gesundheit" folgende Ziele vor:

- Festlegung gemeinschaftlicher Gesundheitsindikatoren
- Entwicklung eines gemeinschaftlichen Netzes für die Weitergabe von Gesundheitsdaten
- Analysen und Berichterstattung

Im Bereich der Berichterstattung wird eine Liste von Indikatoren in folgenden Bereichen aufgezählt:

- Gesundheitszustand
- Lebensweise und gesundheitsrelevante Gewohnheiten
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Gesundheitsschutz
- Demographische und soziale Faktoren

### Funktionen

Die drei Funktionen der Gesundheitsberichterstattung können mit den Stichworten Information, Forschung und Politik beschrieben werden.<sup>1</sup>

Informieren soll die Gesundheitsberichterstattung über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und die Gesundheitsversorgung des Bundeslandes. Dabei werden zum Beispiel Daten über Morbidität, Mortalität und Lebenserwartung bzw. Todesursachen herangezogen. Klassische Datenquellen dafür sind die Krankenhausentlassungsstatistik oder die Daten der Sozialversicherungsträger.

Der zweite Bereich, Forschung, ist schon ungleich schwieriger. Hier versucht man eine Begründung für die aus der Informationsbereitstellung erhobenen Daten zu finden, d.h. warum ist die Bevölkerung so gesund / krank?<sup>2</sup>

Die Gesundheitspolitik ist dann jener Bereich, in dem man Schlüsse aus den ersten Ergebnissen von Information und Forschung zieht. Dies sollte idealiter anhand von Gesundheitszielen erfolgen, die – nach der SMART-Regel – spezifisch, messbar, akzeptiert, realisier- und terminisierbar sind. Allein die Ziele zu definieren, ist aber noch zu wenig. Der Gesundheitsbericht sollte auch konkrete Handlungsschritte beinhalten, wie diese Gesundheitsziele umgesetzt werden können und die Evaluierung mitbedenken.

Idealtypischerweise lässt sich die gesamte Vorgehensweise anhand des *Public Health Action Cycles* beschreiben (vgl. Abbildung 1): Dieser Public Health Action Cycle beschreibt eine Lernspirale, die Anwendung in der Gesundheitsberichterstattung finden sollte. Es geht darum:

1. die Probleme in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zu definieren
2. Ziele zu definieren
3. diese Ziele anhand von Maßnahmen umzusetzen
4. die gesetzten Maßnahmen zu evaluieren<sup>3</sup>

Abbildung 1: Public Health Action Cycles

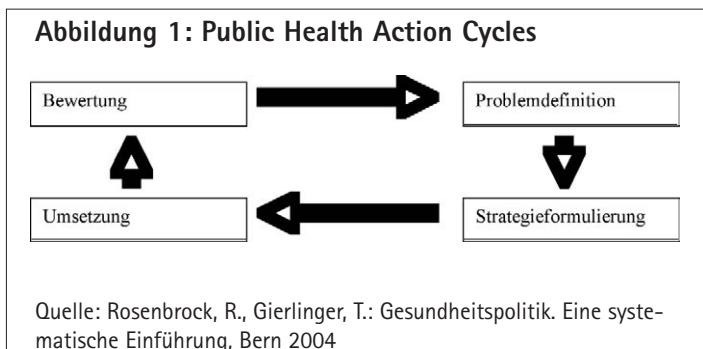
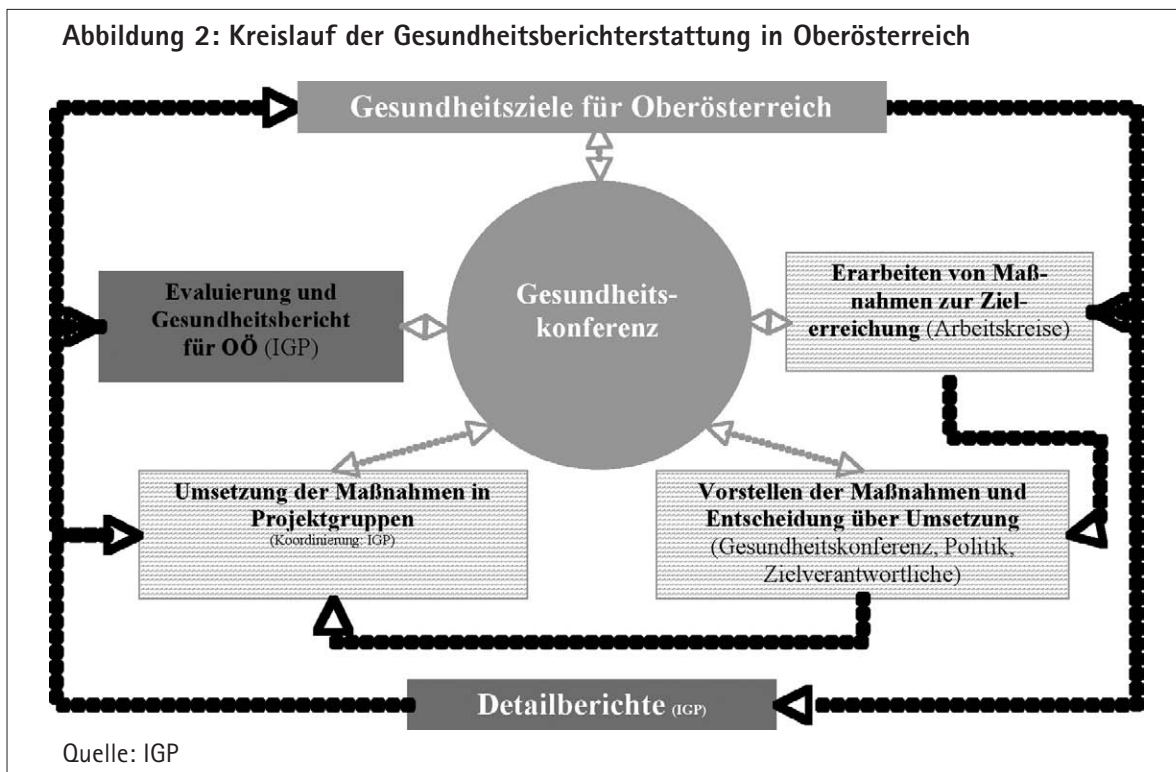




Abbildung 2: Kreislauf der Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich



Dabei sind die Kriterien Partizipation, Commitment, Verantwortung/Leadership, Ressourcen und wissenschaftliche Evidenz zu bedenken: Eine breite Diskussion der Prioritäten der Public Health Politik (bei politischen Parteien, ExpertInnen, Wissenschaft, NGOs,...) verbessert die Chancen auf Erfolg (Partizipation). Damit ein Gesundheitsziel-Programm erfolgreich sein kann, ist starke politische Unterstützung nötig (Commitment). Für jeden Zielbereich ist es von entscheidender Bedeutung, dass eine Organisation die Führung (Leadership) der Umsetzung übernimmt. Da häufig die Zielsetzungen durch sehr unterschiedliche Maßnahmen erreicht werden, sollte die Verantwortung genau verteilt werden. Eine Bereitstellung der notwendigen Ressourcen ist von Anfang an unabdingbar.

Dies ist – wie bereits erwähnt – eine idealtypische Vorgehensweise. In Oberösterreich wird seit längerer Zeit versucht, einen derartigen Weg einzuschlagen und man kann auch schon auf erste Erfolge verweisen.

### Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsziele in Oberösterreich

Vor fünf Jahren wurde der erste Oberösterreichische Gesundheitsbericht von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gemeinsam mit dem Land Ober-

österreich und dem Magistrat Linz veröffentlicht. Dieser Gesundheitsbericht enthielt zehn Gesundheitsziele, die von diesen drei Organisationen und der Stadt Wels beschlossen wurden.

Damit diese Gesundheitsziele erreicht werden können, wurde das Institut für Gesundheitsplanung gegründet, dessen Aufgabe die Gesundheitsberichterstattung und die Koordinierung der Gesundheitsziele ist. Gleichzeitig entstand die Oberösterreichische Gesundheitskonferenz, die Arbeitskreise einsetzte, um Vorschläge für Maßnahmen zur Erreichung der zehn Gesundheitsziele zu entwickeln (vgl. Abbildung 2).

Diese Vorschläge wurden bei den Verantwortlichen diskutiert und viele dieser Maßnahmen befinden sich derzeit in der Umsetzungsphase. Für jedes Gesundheitsziel gibt es eine verantwortliche Organisation und Person, welche die Umsetzung der Maßnahmen begleitet. Das Institut für Gesundheitsplanung koordiniert die Umsetzungsmaßnahmen, stellt Synergien zwischen den Gesundheitszielen her und stellt die Evaluierung sicher.

Um den Ist-Stand bei einem Gesundheitsziel näher betrachten zu können, werden vom Institut für Gesundheitsplanung regelmäßig Detailberichte veröffentlicht, die neben dem besagten Ist-Stand auch Informationen über den medizinischen / sozialen Hin-

tergrund zu einem Thema, dem Angebot bzw. der Versorgung und über Maßnahmen für die Zukunft beinhaltet. Bisher wurden folgende Detailberichte herausgegeben:

- Zahngesundheitsförderung in Oberösterreich
- Atemwegserkrankungen in Oberösterreich
- Evaluierung Projekt DIALA (für das Gesundheitsziel 1 interessant)
- Herz-Kreislaufkrankungen in Oberösterreich
- Psychosoziale Erkrankungen in Oberösterreich
- Betriebliche Gesundheitsförderung in Oberösterreich
- 15 Jahre Gesunde Gemeinde in Oberösterreich – Evaluierung

Mit dem neuen Basisgesundheitsbericht, der kürzlich erschienen ist (Näheres dazu im nachstehenden Beitrag), werden mehrere Ziele verfolgt: Zum ersten ist er ein Zwischenbericht für diejenigen Gesundheitsziele, die bis zum Jahr 2010 erreicht werden sollen. Weiters ist er auch ein Endbericht bei jenen Zielen, die bis zum Jahr 2005 zu erreichen waren. Alle Gesundheitsziele sollten noch einmal auf Erreichbarkeit und Evaluierbarkeit überprüft und allenfalls überar-

beitet werden. Und last but not least soll dieser Gesundheitsbericht auch eine allgemeine Information über Gesundheits- und Krankheitsdaten der Bevölkerung für Entscheidungsträger und die interessierte Öffentlichkeit liefern.

*Markus Peböck  
Institut für Gesundheitsplanung*

#### Anmerkungen

- 1 Birner A.: S. 183f
- 2 ebd.
- 3 Rosenbrock R., Gierlinger T.: S. 25

#### Literatur

- Antes G., Mair A., Stoppacher A.: Entwicklungsmöglichkeiten der Oberösterreichischen Public Health Politik nach dem Vorbild Schwedens (Projektarbeit Public Health Lehrgang Graz), Linz 2006
- Birner A.: Gesundheitsberichterstattung in Österreich in Meggeneder O. (Hrsg.): Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt a. M. 2004
- Institut für Gesundheitsplanung: Gesundheitsbericht 2005, Linz 2006
- Rosenbrock R., Gierlinger T.: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2004

## Oberösterreichischer Gesundheitsbericht 2005

### Die wesentlichen Ergebnisse

Das Institut für Gesundheitsplanung hat im Auftrag des Landes Oberösterreich, der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Städte Linz und Wels den zweiten Oberösterreichischen Gesundheitsbericht herausgegeben. Dieser wurde Anfang November von Landesrätin Sivia Stöger und Gebietskrankenkassen-Obmann Alois Stöger der Öffentlichkeit präsentiert. Der Gesundheitsbericht gibt Aufschluss über die wichtigsten Daten der gesundheitlichen Situation der OberösterreichernInnen und erscheint alle fünf Jahre. Der Bericht wird laufend durch Detailberichte ergänzt, die ebenso wie der aktuelle Gesundheitsbericht von der Website [www.gesundheitsplanung.at](http://www.gesundheitsplanung.at) heruntergeladen werden können.

### Die Lebenserwartung steigt weiter

Die Lebenserwartung in Oberösterreich liegt bei den Männern bei 76,4 Jahren und bei den Frauen bei 82,5

Jahren. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in diesem Bereich noch immer sehr hoch. Ein Grund dürfte dafür sein, dass Männer in jüngeren Jahren "gefährlicher" leben und häufiger infolge von Verletzungen (insbesondere Verkehrsunfälle, Stürze, Selbstmorde) ums Leben kommen.

### Trotz höherer Lebenserwartung – höherer Medikamentenverbrauch bei Frauen

Frauen haben einen höheren Medikamentenverbrauch als Männer, obwohl sie länger leben (siehe Grafik S. 19). Dies hat viele Ursachen, und eine davon liegt genau in dieser höheren Lebenserwartung: Frauen leben länger und im Alter tritt häufiger eine Multimorbidität auf (mehrere Krankheiten gleichzeitig).

Ein zweiter Grund liegt bei den psychischen Erkrankungen: Frauen lassen sich häufiger mit Psychopharmaka behandeln als Männer. Weitere Gründe für die Geschlechtsunterschiede liegen in der sozioökonomischen Situation, einer "Medikalisierung" des weiblichen Lebenslaufes, der höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und der "Arbeitsteilung" in der Familie.

### Krankenstandstage sinken weiter

Weiterhin sinkend ist die Anzahl der Krankenstandstage je Beschäftigtem: Waren dies im Jahr 1996 noch 15,2 Tage, so waren die ArbeitnehmerInnen im Jahr 2005 durchschnittlich nur mehr 13,2 Tage im Krankenstand. Oberösterreich liegt exakt zwei Tage über dem Bundesdurchschnitt (Österreich: 11,2 Tage). Mögliche Gründe dafür sind die höhere Dichte an Industrie, der überdurchschnittliche Anteil an Arbeitern, die bekanntlich ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen und auch Unterschiede in der Erfassung von Krankenständen – hier gibt es Unterschiede zwischen Branchen, Unternehmen und Regionen, ab welchem Tag ein erkrankter Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung braucht.

Die häufigsten Ursachen für Krankenstände sind nach wie vor Krankheiten des Bewegungsapparats, der Muskeln und des Bindegewebes sowie Krankheiten der oberen Atemwegsorgane.

### Krankenhausaufenthalte: die häufigsten Ursachen

Im Gesundheitsbericht findet sich auch ein Artikel zur Krankenhausentlassungsstatistik. Im Jahr 2004 waren die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt sowohl bei Männern als auch bei Frauen Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen.

Während diese beiden Ursachen bei den Frauen in etwa gleichauf liegen, sind die Krankenhausaufenthalte aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems bei den Männern eindeutig auf Platz eins. Auffallend ist auch hier, dass bei den Männern die Krankenhau-

saufenthalte aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen bereits an dritter Stelle liegen.

### Zehn neue Gesundheitsziele für Oberösterreich

In Zusammenarbeit mit ExpertInnen und den Zielverantwortlichen wurde das System der zehn oberösterreichischen Gesundheitsziele erneuert. Diese sind nun noch besser auf die Situation in diesem Bundesland abgestimmt, haben bereits die Maßnahmen eingebunden und ein klares Evaluierungskonzept. Sowohl beim Land Oberösterreich als auch bei der OÖ Gebietskrankenkasse wird bereits an der Erreichung der Gesundheitsziele gearbeitet.

#### Gesundheitsziel 1 – Diabetesspätfolgen

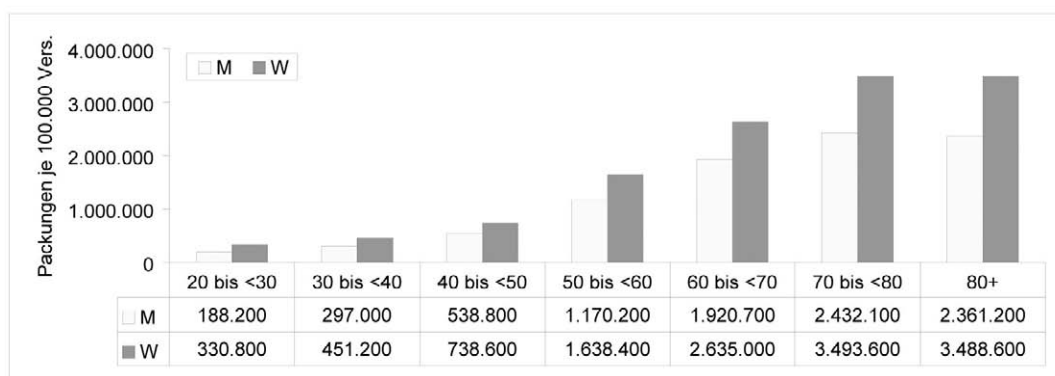
Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen, um 15 Prozent gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden. Das Ziel 1 soll mit der flächendeckenden Umsetzung der strukturierten Diabetesbetreuung erreicht werden, begonnen wurde damit im April dieses Jahres.

#### Gesundheitsziel 2 – Zahngesundheit

Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 Prozent der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-Jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.

Die Zahngesundheitsförderung wird schon seit 1995 vom Verein für Prophylaktische Gesundheitsarbeit abgedeckt und kann als erfolgreiches Beispiel der Zusammenarbeit zwischen dem Land OÖ und der Sozialversicherung angesehen werden.

Gesamtverbrauch nach Alter und Geschlecht



Verrechnete Medikamentenpackungen 2004; nur Hauptversicherte der OÖGKK ab 20 Jahren; gerundet

Quelle: FOKO

### Gesundheitsziel 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung

Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens zehn Prozent aller Unternehmen mit mehr als zehn unselbstständig beschäftigten MitarbeiterInnen die Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung unterzeichnen. Und bis zu diesem Zeitpunkt sollen mindestens 30 Unternehmen Träger des Gütesiegels Betrieblicher Gesundheitsförderung sein.

Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung fungiert die OÖ Gebietskrankenkasse als Koordinationsstelle des Österreichischen Netzwerkes, als Österreichische Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung und ist auch für die Betriebe vor Ort tätig. Bis jetzt haben in Oberösterreich 39 Firmen die Charta für Betriebliche Gesundheitsförderung unterschrieben und zwölf Organisationen das Gütesiegel erreicht.

### Gesundheitsziel 4 – Psychosoziale Gesundheit

Bis zum Jahr 2010 sollte sich die psychische Gesundheit der OberösterreicherInnen nachhaltig verbessert haben. Gemessen wird dies an der Suizidrate, den Diagnose bezogenen Krankenständen und Krankenhausaufenthalten. Landesrätin Silvia Stöger erklärt die Aktivitäten zum Gesundheitsziel 4: "Wir haben mit der Aktion 'Seele im Schatten' rund um den Welttag zur psychischen Gesundheit erstmals im Rahmen des Gesundheitszieles auf dieses Thema hingewiesen. Nächstes Jahr möchten wir uns verstärkt den Publikumsveranstaltungen in den Bezirken widmen und Menschen auf das Thema Suizid hinweisen, die in so genannten Frontline-Berufen tätig sind."

### Gesundheitsziel 5 – Impfen

Bis zum Jahr 2010 sollen sukzessive die Durchimpfungsraten für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (2 Impfungen bis zum 7. Lebensjahr) sowie Pertussis (Keuchhusten) und Hämophilus influenzae Typ B (4 Teilimpfungen bis zum 3. Lebensjahr) auf 90 Prozent ansteigen. Bereits zu Beginn des Jahres 2006 wurde der Arbeitskreis zum Thema Impfen gebildet, der die Steigerung der Durchimpfungsrate und eine bessere Zusammenarbeit aller Akteure zum Ziel hat.

### Gesundheitsziel 6 – Herz-Kreislaufkrankheiten

Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre nachhaltig um mindestens 20 Prozent gegenüber dem Jahr 2000 zurückgehen. Bereits jetzt ist die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen stark gesunken. "Da die bisherigen Verbesserun-

gen aber eher aufgrund einer verbesserten Erstversorgung zustande kamen, wird nun in einem Bezirk ein Pilotprojekt gestartet, das einerseits die Arbeit mit Risikogruppen und andererseits Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung beinhaltet", berichtet Landesrätin Stöger.

### Gesundheitsziel 7 – Rauchfreie Lebensräume

Gesundheit braucht rauchfreie Atemluft und dies wird durch rauchfreie Lebensräume gewährleistet. Deswegen soll sich die Anzahl der rauchfreien Lebensräume für alle OberösterreicherInnen bis 2010 wesentlich erhöhen. In allen als solche deklarierten Gesunden Gemeinden wurde von Seiten des Landes ein Wettbewerb initiiert, um mehr rauchfreie Räume zu bekommen. Dabei sollen die Gemeinden einerseits auflisten, welche Räume bereits rauchfrei sind und in einem zweiten Schritt Maßnahmen zur Schaffung von zusätzlichen rauchfreien Räumen umsetzen.

### Gesundheitsziel 8 – Sucht

Die oberösterreichische Bevölkerung soll bis zum Jahr 2010 bezüglich Sucht, psychoaktive Substanzen und Möglichkeiten der Suchtprävention informiert sein. Die Umsetzung des Gesundheitszieles 8 geht einher mit der Erweiterung der Aktivitäten des Instituts für Suchtprävention.

### Gesundheitsziel 9 – Gesundheitsfördernde Schule

Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe "Gesunde Schule" ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein. Der Arbeitskreis Gesunde Schule hat fünf Checklisten (Rahmenbedingungen und Hardware, Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Suchtprävention) ausgearbeitet, die derzeit erprobt werden. Im Schuljahr 2007/08 sollen diese Checklisten dann an alle Schulen in Oberösterreich ausgegeben werden.

### Gesundheitsziel 10 – Gesunde Gemeinden

Bis zum Jahr 2010 sollte an 25 Prozent der oberösterreichischen Gemeinden ein Qualitätszertifikat für Gesunde Gemeinden verliehen worden sein. Ähnlich dem Gesundheitsziel 9 werden auch die Kriterien für das Qualitätszertifikat zurzeit von einigen Pilotgemeinden erprobt.

*Quelle: Presseunterlage zur Präsentation des zweiten Oberösterreichischen Gesundheitsberichtes, Linz, 6.11.2006*

## Gesundheitsreform in Deutschland

**Überblick über die wesentlichen vorgesehenen Maßnahmen der Reform, die Ende Oktober beschlossen wurde und am 1. April 2007 in Kraft treten soll.**

### Absicherung im Krankheitsfall

Künftig soll jeder Bundesbürger krankenversichert sein. Wer seinen Versicherungsschutz verloren hat, kann in seine letzte Versicherung zurückkehren, egal, ob gesetzlich oder privat. Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden die Betroffenen in dem System versichert, dem sie zuzuordnen sind. Die privaten Krankenversicherungen werden hierfür einen dem Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten – ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Eine Pflicht zur Versicherung gibt es allerdings nicht.

Versicherte in der GKV haben künftig Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Geriatrische Rehabilitationsleistungen, empfohlene Schutzimpfungen sowie Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden von Satzungs- und Ermessensleistungen zu Pflichtleistungen der Krankenkassen.

Von den Versicherten wird in Zukunft mehr Eigenvorsorge verlangt: In Zukunft gilt für chronisch kranke Versicherte nur dann eine reduzierte Zuzahlungs-Belastungsgrenze von maximal einem Prozent, wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Für alle derzeit nach der Chroniker-Regelung begünstigten Versicherten bleibt es bei der reduzierten Belastungsgrenze. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten. Mehr Eigenverantwortung wird vom Gesetzgeber bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe, wie z.B. bei Schönheitsoperationen oder Piercing, eingefordert. Hier kommen die Kassen nicht mehr voll für Behandlungsfehler auf.

Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten künftig Wahltarife anzubieten. Hierzu gehören spezielle Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versorgungsformen oder die Teilnahme an besonderen Versicherungsverträgen. Die Krankenkassen können auch fakultative Selbstbehalttarife in begrenzter Höhe oder einen Kostenerstattungstarif an-

bieten. Dabei bleibt die Teilnahme an entsprechenden Modellen freiwillig. Versicherte können künftig Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die entsprechend zertifiziert sind, eigenständig auswählen.

### Ambulante und Arzneimittel-Versorgung

Die Mediziner erhalten 2009 ein einfacheres und leistungsorientiertes Honorarsystem mit Pauschalpreisen. Die Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung sind künftig an der Morbidität der Versicherten orientiert, d.h. für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, ist von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung zu stellen. Mediziner, die sich in unterversorgten Gebieten niederlassen, erhalten entsprechende finanzielle Anreize.

Arzneimittel-Preise sind künftig keine Fest-, sondern Höchstpreise, die jeweils unterschritten werden können. Krankenkassen und Apotheker sollen direkt über Preise verhandeln. Die Einsparungen hieraus sollen den Kostenträgern und Endverbrauchern zugute kommen. Für neue Arzneimittel sollen die Mehrkosten nicht höher sein als ihr zusätzlicher Nutzen. Daher wird eine Kosten-Nutzen-Bewertung eingeführt. Diese stellt jedoch keine zusätzliche Voraussetzung für die Zulassung dar. Die Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen.

Die Neuregelungen zur Hilfsmittelversorgung sollen einen verstärkten Preiswettbewerb bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität fördern. Den Krankenkassen werden erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Insbesondere durch Ausschreibungen sollten Einsparungen bei den Leistungsausgaben in relevanter Größenordnung erreicht werden können.

### Überwindung der Probleme an Schnittstellen

Patienten soll ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege möglich sein, ohne unnötige Wartezeiten und Pausen der Behandlung. Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

- Die Leistungsangebote werden besser vernetzt.
- Bei Entlassung aus Krankenhäusern ist eine sachgerechte Anschlussversorgung sicherzustellen.
- Es wird sichergestellt, dass Patienten notwendige Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder einer Verschlechterung bei bestehender Pflegebedürftigkeit tatsächlich erhalten.

### Reform und Neuordnung der Institutionen

Jede Kasse soll auch außerhalb ihres Erstreckungsgebietes z.B. durch Kooperationen sicherstellen, dass ihre Versicherten auch über die kollektivvertraglich vereinbarte Regelversorgung hinaus besondere Versorgungsformen in Anspruch nehmen können.

Ab April 2007 werden kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht, um den Prozess der Bildung dauerhaft leistungsfähiger Einheiten der Krankenkassen zu beschleunigen. Die Krankenkassen sollen hierdurch in die Lage versetzt werden, den gestiegenen Anforderungen an die Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden.

Zur Straffung der Entscheidungswege und zur Vermeidung von Handlungsblockaden bilden Krankenkassen künftig auf Bundesebene einen Spitzenverband. Der Spitzenverband vertritt alle Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Um weniger Bürokratie und mehr Transparenz sicherzustellen, sind unter anderem folgende Maßnahmen geplant:

- Schaffung eines neuen Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung (s.o.)
- Verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer
- Verbesserte Transparenz der Entscheidungen in den Selbstverwaltungsgremien
- Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser
- Vereinfachte Wirtschaftlichkeitsprüfungen

### Einrichtung eines Gesundheitsfonds

Ab 1.1.2009 wird ein Gesundheitsfonds eingerichtet, der das Geld an die Krankenkassen neu verteilen soll. Die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen bleibt indes gleich. Auch der Beitragseinzug bleibt bei den Krankenkassen. In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzmitteln gestartet. Vor dem Start des neuen Modells müssen die Kassen entschuldet sein.

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Kassen künftig für ihre Versicherten neben einer Grundpauschale Zuschläge je nach Alter und Gesundheitszustand der Mitglieder. Zum Zweck des Risikostrukturausgleichs wird vor allem die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung der Versicherten berücksichtigt, indem für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankhei-

ten Morbiditätszuschläge ermittelt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben um mindestens 50 Prozent übersteigen. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter sollen dadurch künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr haben.

Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen, in erster Linie durch eine möglichst kostengünstige Versorgung und durch das Angebot von kostensparenden Tarifen für Versicherte. Reicht dies nicht aus, haben Krankenkassen die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Um soziale Härten zu vermeiden, darf dieser Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Mitglieds nicht überschreiten. Davon abweichend kann ein Zusatzbeitrag von maximal acht Euro monatlich ohne Einkommensprüfung erhoben werden, wodurch Personen mit weniger als 800 Euro Einkommen im Monat mehr als ein Prozent davon zahlen müssten. Für Sozialhilfeempfänger und Pensionisten mit einer staatlichen Grundsicherung bezahlen die Sozialträger den Betrag. Bezieher von Arbeitslosengeld II können von einem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen, das auch für alle anderen Versicherten gilt.

Die Kassen müssen ihre Mitglieder rechtzeitig über die geplante Erhebung der Zusatzprämie informieren und auf Wechselmöglichkeiten hinweisen. Das Sonderkündigungsrecht gilt ab Ankündigung der Kasse. Erwirtschaften Kassen hingegen Überschüsse, können sie diese – sofern sie über ausreichende Finanzreserven verfügen – an ihre Versicherten ausschütten.

Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds verbunden sind die Fortführung und der Ausbau der teilweisen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben über Steuermittel. Damit soll die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt werden.

### Wechselmöglichkeit

Das spezifische Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung (PKV), das durch geschlechts- und altersbezogene Beiträge sowie die Bildung einer Altersrückstellung gekennzeichnet ist, bleibt zwar erhalten, aber die Wechselmöglichkeit von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird erleichtert, indem Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung – allerdings nur im Umfang des Basisstarifs – mitgenommen werden können. Weiters

müssen die privaten Versicherungen einen Basistarif anbieten, dessen Leistungsumfang und Höchstbetrag in etwa der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Der Tarif ist vor allem als Rückkehrmöglichkeit für ehemalige PKV-Mitglieder gedacht, die ihren Versicherungsschutz verloren haben.

## Strategien für eine gesunde Zukunft

**Die Erreichung eines hohen Gesundheitsniveaus für die gesamte Bevölkerung, gleicher Zugang zu bedarfsgerechter medizinischer Versorgung und die Sicherstellung fairer und nachhaltiger Finanzierung sind für Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin wesentliche Ziele bei der Gestaltung des Gesundheitswesens der Zukunft. Beim Punkt „Gerechtigkeit“ sieht Busse Österreich jedoch im Hintertreffen. Schuld daran ist der relativ hohe Anteil privater Gesundheitsausgaben, dieser liegt laut IHS bei etwa 30 Prozent. Weitere wesentliche kostenrelevante Trends im Gesundheitswesen sind die Bevölkerungsentwicklung, der technische Fortschritt in der Medizin und die aggressiven Methoden der Pharmawirtschaft.**

Österreich ist im 20. Jahrhundert um zwei Millionen Menschen gewachsen. Diese Zahl setzt sich im Wesentlichen aus den „Baby-Boomern“ der 60er Jahre und aus Zuwanderungsgewinnen seit 1970 zusammen. Österreich war und ist ein Zuwanderungsland (aktuell 30.000 Personen pro Jahr ohne Asylwerber), nicht zuletzt deswegen, weil die Zahl der geborenen Kinder unter dem „demographischen Reproduktionsniveau“ liegt, und das seit 30 Jahren (aktuell 1,4 Kinder pro Frau). Zudem verdoppelte sich die Lebenserwartung zwischen 1870 und 1950, derzeit beträgt sie 82,1 Jahre bei Frauen und 76,4 Jahre bei Männern. Für die Zukunft wird eine Fortsetzung der beobachteten Trends erwartet: Die Baby-Boom-Generation wird älter, die Sterblichkeit sinkt weiter, insbesondere im höheren Erwachsenenalter. Waren 1970 noch 20 Prozent der Menschen über 60 Jahre, waren es 2004 bereits 22 Prozent. Prognosen rechnen mit einem deutlichen Anstieg dieses Prozentsatzes in den nächsten Jahrzehnten. So sie eintreffen, werden 2050 35 Pro-

*Quellen: Bundesministerium für Gesundheit: Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de); Die Gesundheitsreform im Überblick, Frankfurter Rundschau online, 26.10.2006*

zent aller Menschen in Österreich 60 Jahre und älter sein. Für diesen Zeitpunkt errechneten Experten eine Lebenserwartung von fast 90 Jahren für Frauen und von 85 Jahren für Männer. Das hat Auswirkungen auf die Sozialversicherung im Allgemeinen und die Krankenversicherung im Besonderen: „Die Menschen werden immer älter. Die Kosten für das Gesundheitswesen wachsen im günstigsten Fall mit der Inflation, die Beitragseinnahmen hängen aber an der Lohnquote, und die fällt im langjährigen Vergleich,“ zeichnet Alois Stöger, Obmann der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), ein düsteres Bild der Finanzierungsbasis für das Gesundheitswesen.

### Technologieentwicklung erfordert umfangreiche Investitionen

Die Technologieentwicklung in der Medizin nimmt einen rasanten Verlauf. Immer mehr und immer bessere Diagnosegeräte erfordern auch umfangreiche Investitionen in diesem Bereich. Über die Gesamtkosten des medizin-technologischen Fortschritts gibt es allerdings nur sehr spärliche Untersuchungen, wie etwa Ingrid Zechmeister vom Ludwig Boltzmann Institut für HTA (Health Technology Assessment) kritisch anmerkt. Einen der spärlichen Hinweise aus dem deutschen Sprachraum, der in der Fachwelt auch anerkannt wird, liefert Friedrich Breyer vom Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Konstanz. In der Zeitschrift „Krankenversicherung“ der deutschen Innungskrankenkassen, Heft 2/2001, beziffert er den Anteil des medizinischen Fortschritts an den jährlichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen mit einem Prozentpunkt.

In Österreich hat es bisher nur eine vergleichbare Untersuchung gegeben. Diese stammt von der IHS-Mitarbeiterin Maria Hofmarcher-Holzhammer und beruht auf einer Schätzung auf Basis nur eines einzigen Referenz-Parameters, nämlich der Anzahl der RadiologInnen. Darüber hinaus werden in dieser Arbeit die Kosten des medizin-technologischen Fortschritts nicht so konkret quantifiziert wie von Breyer.

Eine amerikanische Studie, die 2001 vorgestellte Berechnung für die Agency for Healthcare Research and

Quality des US-Gesundheitsministeriums (AHRQ), kam zu dem Ergebnis, dass für Anstaltspflege, ärztliche Hilfe und Heilmittelversorgung bis 2010 eine jährliche Kostensteigerung von rund 2,5 Prozent zu veranschlagen ist. Ein Drittel bis die Hälfte davon wird dem medizinisch-technologischen Fortschritt zugeschrieben. Dies entspricht in etwa der Schätzung von Breyer. Beide Berechnungen gehen im Übrigen von „gesteuerten Bedingungen“ aus, das heißt von der Annahme, dass die Kostenträger im Gesundheitswesen eine ausufernde Verbreitung neuer teurer Technologien hintanhaltend. Aus diesen Berechnungen lassen sich für Oberösterreich jährliche Kostensteigerungen „für medizinischen Fortschritt“ in einer Spannbreite zwischen 15 bis 50 Millionen Euro pro Jahr ableiten, so die OÖGKK.

### Disease Mongering

Ein massives Problem stellt für OÖGKK-Obmann Stöger das Verhalten der Pharmawirtschaft am Gesundheitsmarkt dar. Er kritisiert, dass im Pharmabereich Marketing und Werbung wichtiger sind als die Forschung: „Nicht einmal halb soviel wie Mittel für Marketing fließen in Forschung und Entwicklung.“ 80 Prozent der neu zugelassenen Präparate seien so genannte „Me-too-Produkte“, also neue Aufgüsse von altbekannten Arzneien. Diese würden mit geringen Veränderungen, aber unter neuen Namen und zu höheren Preisen auf den Markt gebracht.

Wissenschaftler der Newcastle University in Australien haben in einer der jüngsten Ausgaben des Fachjournals „Public Library of Science Medicine“ vor den Praktiken bestimmter Pharmaunternehmen gewarnt, wonach Krankheiten erfunden werden, um mehr Produkte zu verkaufen. Konkret kritisieren die Experten etwa den Umgang der Pharmahersteller mit der Menopause als gefährlich. Sie warnen davor, dass gesunde Menschen durch Medikamente in ihrer Gesundheit geschädigt werden, indem Zustände als Krankheiten beschrieben werden, die gar keine sind. Dieser Umstand wird als „Disease Mongering“ bezeichnet. Die Pharmaindustrie hingegen winkt ab und bestreitet diese Tatsachen. US-Forscher nennen allerdings konkrete Beispiele, etwa die Behauptung der Pharmahersteller in den USA, wonach 43 Prozent aller Frauen an sexueller Dysfunktion leiden. „Disease Mongering macht aus gesunden Menschen Patienten, verschwendet Ressourcen und führt zu iatrogenen (ärztlich verursachten) Schäden“, schreiben David Henry und Ray Moynihan im anerkannten Fachmagazin „The Lancet“. „Disease Mongering ist das Verkaufen eines Leidens, das die Grenzen des Krankseins ausdehnt und Märkte für diejenigen schafft, die Me-

dikamente herstellen, vertreiben und verkaufen“, so die Experten. „Das Schlimme daran ist, dass diese Leiden von den Herstellern in bezahlten Kampagnen so veranschaulicht werden, um Präparate dagegen zu verkaufen.“ Dabei stehe nicht die Heilung im Vordergrund, sondern der Absatz eines Produkts.

### Für Qualität zu vernünftigen Preisen

Die österreichweite Entwicklung mit einem prognostizierten Kostenwachstum bei Medikamenten von 7,6 Prozent allein im Jahr 2006 macht deutlich, was auf das Gesundheitssystem zukommt. „Wir sind nach einem Jahr des gedämpften Medikamentenkostenwachstums (...) wieder im langjährigen Trend. Dieser Trend ist aber auf Dauer nicht finanzierbar, denn sieben Prozent Steigerung pro Jahr ergibt eine Verdoppelung in nur elf Jahren,“ weist OÖGKK-Direktor Hans Popper auf die Dynamik der Kosten hin.

Die Gebietskrankenkasse setzt vor allem auf den sinnvollen Einsatz von sogenannten Generika, der preiswerten Variante von jahrelang bewährten und erprobten Arzneimitteln. Sie enthalten den gleichen Wirkstoff wie die Ursprungs-Arznei und haben die gleiche Qualität und Wirkung. Lediglich der Patentschutz ist abgelaufen. Die einzigen Unterschiede liegen der OÖGKK zufolge im Namen und im Preis.

### Prävention und Gesundheitsförderung

Als zentraler Schlüssel für die Lösung der anstehenden Probleme wird von OÖGKK-Obmann Stöger die Zusammenarbeit aller Experten im Gesundheitswesen gesehen. Er verweist diesbezüglich auf die eigene Institution, die ein Team von Ärzten, Statistikern, IT-Experten und Gesundheitsökonomen beschäftigt, die sich der Analyse von Behandlungsmethoden und der Wirksamkeit von Medikamenten widmen. Darüber hinaus bekommen die Ärzte von der OÖGKK laufend individuelles Feedback über ihr Ordnungsverhalten.

Aktiv ist die Gebietskrankenkasse auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. „Uns geht es bei der Gesundheitsförderung darum, möglichst viele Gesundheitsressourcen bei den Menschen zu aktivieren. Dass man mit Gesundheitsförderung und Prävention Milliarden einsparen könnte, halte ich in vielen Bereichen aber für einen Mythos. Viel wichtiger ist doch, dass Krankheit und Leid verringert werden – und zwar in allen Bevölkerungsschichten,“ skizziert Obmann Stöger die Strategie für die Zukunft.

*Quelle: OÖGKK, Forum Gesundheit: Info-Service 35/2006*



## Heimerziehung als sozial-historisches Thema

### Wegscheid. Von der Korrekptionsbaracke zum sozialpädagogischen Jugendwohnheim – eine Ausstellung

Im Juni 2006 wurde am südlichen Stadtrand von Linz, in Wegscheid, eine Wanderausstellung zur Geschichte eines Heimes für sog. „verhaltensauffällige“ Jugendliche eröffnet. Was oder wer „verhaltensauffällig“ ist, wird von der Gesellschaft definiert, hat mit den gesellschaftlichen Normen, Erziehungsvorgaben und Erziehungsstilen zu tun, die in dieser Ausstellung diskutiert wurden. Im Mittelpunkt von Ausstellung und Katalog steht die damalige Erziehungsanstalt Wegscheid, heute ist daraus das Sozialpädagogische Jugendwohnheim Wegscheid geworden. Das Heim wurde und wird vom Land Oberösterreich geführt.

#### Zur Entstehung der „Korrekptionsanstalt“

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs befanden sich Österreich und im Besonderen das Bundesland Oberösterreich in einer schwierigen Situation: Nach mehr als sechs Jahren Krieg, sieben Jahren nationalsozialistischer Herrschaft und mehr als elf Jahren ohne demokratisches politisches System galt es neue Strukturen und eine erneuerte Gesellschaft aufzubauen. Die Bedingungen waren ungünstig und günstig zu gleich: Der Aufbruchstimmung, der Erleichterung über das Ende des Krieges standen Zerstörungen und Versorgungsmängel gegenüber.

Vor allem Linz und Oberösterreich waren als Folge der NS-Politik und des Krieges von der enormen Zusammenballung von Menschen gekennzeichnet, hunderttausende „Landfremde“ wurden gezählt. Zehntausende Menschen lebten allein im Großraum Linz in Lagern, in Behelfswohnungen und Barackensiedlungen. Straßenkinder gehörten zum Alltag. Dazu kamen zerstörte oder fragmentierte Familienstrukturen, Väter, die den Krieg überlebt hatten oder im Krieg gefallen waren, Mütter, die neue Beziehungen eingingen, Jugendliche, die man noch in Uniformen steckte, Kinder, die während des NS-Regimes aufgewachsen waren. Die alliierten Ordnungsmächte fielen zwar durch erhebliche Sympathiezuwendungen gegenüber Kindern auf, gegenüber Jugendlichen und jungen Männern traf dies jedoch nicht zu. Für die österreichischen Behörden stellte sich die Situation jedenfalls als schwerwiegendes Problem dar.

Es existierten bislang im Lande diverse Fürsorgeheime und Unterbringungsstätten für Kinder und Jugendliche, u.a. in Gleink (konfessionell, während der NS-Jahre Gauerziehungsanstalt), Guter Hirte in Baumgartenberg (konfessionell) und Schloss Würting. Es mangelte jedoch an Unterbringungsplätzen. Am 25. August 1949 beantragte die Abteilung Fürsorge des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung beim Präsidium der Landesregierung die Errichtung eines behelfsmäßigen Fürsorge-Übergangsheimes für Minderjährige in der ehemaligen Maxkaserne in der Derfflingerstraße 10 in Linz. Im September 1949 wurde die Einrichtung eines Fürsorgeübergangsheimes genehmigt. Mit der Leitung wurde ein Verwalter betraut. Im Oktober 1951 wurde der Ankauf des „Objektes“ Wegscheid (Liegenschaft und Baracke) laut Kaufvertrag getätigt. Der Auszug aus der ehemaligen Maxkaserne erfolgte im Dezember desselben Jahres. Von 1952 bis 1953 beaufsichtigte der Verwalter dort mit einem Erzieher bis zu 45 Jugendliche, die im Wesentlichen mit Bauarbeiten beschäftigt waren. Die Stundenabrechnungen zeigten nicht selten mehr als 60 Stunden pro Woche, das Personal war bewaffnet.

#### Ein streng geführtes Heim

Im Jahre 1957 wurde der Zögling August P. in das Landesfürsorgeheim Wegscheid aufgenommen. Er war 16 Jahre alt, sein Rücken wies laut Fürsorgeakt „die Spuren schwerer Mißhandlungen“ auf: *„Wie ich dort hingekommen bin, nach Wegscheid, da habe ich sofort gesehen, dass man sich dort nicht hat spielen brauchen. Es herrschte ein scharfer Wind ... Einmal wurden wir so bestraft, da hat uns der Heimleiter eigenhändig die Haare abgeschnitten, hat uns eine Glatze geschnitten und dann mussten wir stundenlang in der sengenden Hitze stehen“*, erinnert sich August P. heute.

Die Anstalt Wegscheid galt in den 1950er und 1960er Jahren als sehr „hartes“ Heim, es wurde in dieser Hinsicht von Betroffenen gleich nach Kaiserebersdorf und Eggenburg gereiht. Mitunter war auch noch die Geisteshaltung vergangener Jahrzehnte zu spüren. Nach seiner Einrichtung in den frühen 1950er Jahren arbeiteten dort über Jahrzehnte hinweg ehemalige Soldaten, ehemalige Nationalsozialisten und SS-Männer, aber auch Polizisten, Taxifahrer und Personen aus diversen Berufen, die anderweitig unerwünscht geworden waren. Man dachte, mit dieser Mischung die dissozialen Jugendlichen gut unter Kontrolle halten zu können. Mehr noch, deren Verhalten sollte „korrigiert“ werden, daher der Begriff der „Korrekptionsbaracke“. Neben straffällig gewordenen

Jugendlichen lebten in Wegscheid auch Kinder, die niemand aufnehmen wollte, abgeschobene, missbrauchte, misshandelte Kinder.

Die öffentliche Jugendwohlfahrtspflege, in deren Kontext das Heim Wegscheid einzureihen ist, sollte die „zur körperlichen, geistigen, seelischen und sittlichen Entwicklung der Minderjährigen notwendige Fürsorge“ gewähren. Die Bezirksverwaltungsbehörden konnten so genannte „Erziehungshilfe“ bereitstellen, die entweder auf Antrag der Erziehungsberechtigten oder von Amts wegen einem Minderjährigen unter 18 Jahren, „dem es an der nötigen Erziehung fehlt, ohne dass die Voraussetzungen für die Erziehungsaufsicht oder die Fürsorgeerziehung vorliegen“, gewährt werden. Die Erziehungshilfe umfasste unter anderem die Einweisung in ein Jugendheim, konnte aber auch die Unterbringung in einer Pflegefamilie bedeuten. Zu den Interventionen gehörte die Durchführung der gerichtlichen Erziehungshilfe oder die Durchführung der Erziehungsaufsicht zur Vermeidung von „Verwahrlosung“. Dies zog regelmäßige Hausbesuche nach sich, den Anordnungen der FürsorgerInnen bzw. SozialarbeiterInnen hatten sowohl die Minderjährigen als auch deren Eltern(teile) Folge zu leisten. Es ging letztlich darum, das Geeignete zu tun, um den Jugendlichen aus der „Verwahrlosung herauszuführen.“

### Stacheldraht und „Besinnungsraum“

*„Ich habe geglaubt, jetzt knallt er mich ab“, erinnert sich der langjährige Heimleiter Alois Brandstätter: „Es kam einmal ein Mann zu mir, der hier Zögling war. Er hatte eine immense Wut und ich habe mich schon nach Fluchtmöglichkeiten umgesehen. Plötzlich hat er kehrtgemacht, hat sich umgedreht und weg war er. ... Es kamen öfter ehemalige Zöglinge ins Haus. Es ging dabei um anrechenbare Pensionsversicherungszeiten, aber die Leute waren damals nicht versichert. Sie sagen, Zwangsarbeit war das, wir wurden gezwungen, man hat uns geschlagen und den Kopf geschoren. So ähnliche Sätze habe ich schon mehrfach gehört.“* Tatsächlich galten in Österreich bis 1954/55 Reichsgesetze aus dem nationalsozialistischen Deutschland, 1955 wurde ein oberösterreichisches Landesfürsorgegesetz beschlossen.

Die Jugendlichen der Anfangszeit, die in Baracken untergebracht waren, haben tatsächlich Zwangsarbeit geleistet. Sie waren bei der Sozialversicherung nicht angemeldet, auf Pensionszeiten sind die Jahre oder Monate nicht anrechenbar. Abgesehen von der Jugendfürsorge blieb der Arbeitszwang theoretisch Teil der Fürsorgepraxis. Erst mit dem Oberösterreichischen Sozialhilfegesetz des Jahres 1973

verschwand der Arbeitszwang definitiv aus der Gesetzgebung.

Stacheldraht, Gitter vor den Fenstern und körperliche Züchtigung (Schläge) gehörten zum pädagogischen Repertoire der Anfangszeiten und sind wohl auch Ausdruck dessen, wie man in der Gesellschaft mit Außenseitern umging. Für den Fall der Flucht bzw. bei Renitenz wurde eine spezifische Behandlung durchgeführt: Nach einer misslungenen Flucht kam man üblicherweise in den „Besinnungsraum“, auch Korrektionszelle genannt, der in den 1950er Jahren in fast allen Erziehungsheimen in Deutschland und Österreich existierte. Es handelte sich dabei um eine ausbruchssichere Arrestzelle, die Isolation wurde oftmals als Strafe verhängt, keineswegs nur nach Fluchten. Die Zelle war ungefähr 4 m<sup>2</sup> groß, es herrschte Sprech- und Kontaktverbot. Man konnte bis zu drei, in „schweren“ Fällen bis zu fünf Tage in die Zelle eingesperrt werden.

Es herrschte im Heim ein Klima der Gewalt, physisch ebenso wie strukturell. Ein professionelles Berufsbild des „Erziehers“ oder „Sozialpädagogen“ existierte lange Jahre nicht. Als Reaktion auf die Studenten- und Jugendrebellion von 1968 kann gedeutet werden, dass 1971 unter der Mitwirkung von Günther Nening von Spartakisten und anderen linksgerichteten Aktivisten versucht wurde, das Heim zu besetzen, um auf die problematische Situation hinzuweisen. Mittlerweile hat sich Wegscheid zu einem modernen sozialpädagogischen Jugendwohnheim entwickelt, in dem durch die Kooperation diverser Expertinnen, Experten und erfahrenen Personals Konzepte zur Bewältigung der Lebenssituation männlicher und weiblicher dissozialer Jugendlicher erstellt werden. Die Einweisungsgründe und -ursachen haben sich über die Jahrzehnte nachhaltig verändert, die Zahl der Bewohner und Bewohnerinnen ist dramatisch zurückgegangen, hingegen hat sich die durchschnittliche Verweildauer wesentlich verlängert. Im Jahre 1989 haben sich die rechtlichen Rahmenbedingungen für einen Aufenthalt von Grund auf verändert.

Die Entwicklung war allerdings durchaus nicht linear. Es gab Reformen und Rückschritte. Überdies ist die Grundproblematik der Einrichtung seit den frühen 1950er Jahren gleich geblieben – Integration oder Ausgrenzung in den verschiedensten Schattierungen. „Wannst net brav bist, kommst nach Wegscheid“, bekamen die Kinder im Süden von Linz vor fünfzig Jahren zu hören und mitunter hören sie es auch heute noch. Verändert hat sich mittlerweile der Stellenwert, den die Gesellschaft dieser Thematik zuwendet.



Wegscheid - Bilder einer Ausstellung

### Die Gestaltung der Ausstellung

Vor einigen Jahren entstand die Idee, eine Ausstellung zur Geschichte des Heimes zu erarbeiten. Den Rand ins Zentrum rücken, zumindest ein wenig – gesellschaftlichen Gruppen, die im Alltagsleben nur wenig im Licht der Öffentlichkeit stehen, mehr Aufmerksamkeit schenken – ohne sie jedoch „vorzuführen“ – war die Überlegung des damaligen Heimleiters Brandstätter. Nach Gesprächen mit dem für die Jugendwohlfahrt zuständigen Landesrat Ackerl, der die Bedeutung der historischen Dimension einzuschätzen wusste, wurden die notwendigen Mittel bereitgestellt. Es wurde in der Folge eine Wanderausstellung gestaltet: Bilderfolgen und Texte führen in die Geschichte des Wohnheims ein, spannen den Bogen von der „Korrekptionsbaracke“ der 1950er Jahre bis zur multifunktionalen sozialpädagogischen Einrichtung der Gegenwart. Arbeiten des Malers Othmar Zechy, der „Zögling“ in Wegscheid ebenso wie in Kaiserebersdorf war, geben Einblick in die Befindlichkeit eines Betroffenen. Terminals mit Statistiken und Zusatzinformationen, Videoinstallationen mit Zeitzeugen und Zeitzeuginnen, ein Dokumentarfilm, Modelle eines „idealen“ Jugendwohnheims und Präsentationen der Jugendlichen sind weitere Stationen im Rahmen der Ausstellung.

Der Soundtrack von Christoph Herndler rundet schließlich die Ausstellung ab, verleiht dieser einen entsprechenden emotionalen Ausdruck. Es handelt sich insgesamt in erster Linie um ein kulturwissenschaftlich und sozialhistorisch angelegtes Projekt, das von den Anfängen der Zweiten Republik bis in die jüngste Vergangenheit reicht und die Themen Ordnung, Gesellschaft, Integration und Jugend diskutiert. Die Schau wurde im Auftrag des Jugendwohnheims von einem kleinen Projektteam um Michael John (Wissenschaft) und Manfred Lindorfer (Gestaltung) ausgearbeitet.

In Österreich ist die Ausstellung wohl die erste, die dieses noch nicht lange zurückliegende Kapitel der Zeitgeschichte behandelt. Das Thema erscheint als etwas sperrig, mit entsprechender Aufmachung ist es aber durchaus möglich, das Interesse breiterer Gruppen zu erregen. Insgesamt, etwa wenn man nach Deutschland blickt, liegt das Thema im Trend. In Deutschland wurden nicht nur Ausstellungen über Anhaltelager für Jugendliche oder über Jugendbanden wie die „Edelweißpiraten“ durchgeführt, das Thema ist darüber hinaus populär. Im November 2006 fanden die repressiven Erziehungspraktiken der 50er, 60er und 70er Jahre Eingang in die TV-Kriminal-Serie

„Bella Block“ im Samstags-Hauptabendprogramm und wurden dort als eventuelles Mordmotiv gehandelt. Vor einigen Monaten wurde ferner ein Spiegel-Buch über konfessionelle Erziehungsheime veröffentlicht – „Schläge im Namen des Herrn“ – das eine intensive Diskussion hervorrief. In einer Rezension sprach der Journalist Henryk Broder von „Abgründen, die sich auftaten“ und von einem „dunklen Kapitel der Nachkriegsgeschichte“. Dies trifft gewiss auch auf Österreich zu.

1989 wurde hierzulande das elterliche Züchtigungsrecht abgeschafft, schon vorher durfte man in Schulen und Heimen nicht mehr schlagen: ein Meilenstein. Die Annahme, dass jedoch für alle Zeiten ein pädagogisch geprägter, toleranter und zivilisierter Umgang mit dissozialen Jugendlichen gesichert ist, wäre sehr optimistisch. Ein Blick in die Nachrichten zeigt, dass man nicht unbedingt weit in die Vergangenheit, nicht bis in die Jahre des Nationalsozialismus zurück gehen muss, um zu entdecken, dass es auch heute politische Kräfte gibt, die eine Herabsetzung der Strafmündigkeit fordern – ebenso wie härtere Jugendstrafen und geschlossene Anstalten. In den Niederlanden etwa beträgt die Strafmündigkeit nicht vierzehn Jahre wie in Österreich, sondern zwölf Jahre. In eigenen Jugendgefängnissen sind tausende Halbwüchsige untergebracht. In Großbritannien liegt die Strafmündigkeit bei zehn (!) Jahren. „Zero Tolerance“ ist ein Produkt, das sich weltweit gut verkauft.

*Michael John  
Kurator der Ausstellung, Sozialhistoriker*

### Wanderausstellung zum Thema Heimerziehung

*Die Ausstellung „Wegscheid – von der Korrekptionsbaracke zur sozialpädagogischen Institution“ war im Jugendwohnheim Wegscheid ebenso wie in der Gedenkstätte Schloss Hartheim zu sehen. Ab 20. Dezember 2006 wird sie in der Fachhochschule für soziale Arbeit, Garnisonstraße 21, 4020 Linz, gezeigt.*

*Katalog: Michael John/Wolfgang Reder (Hg.), Wegscheid. Von der Korrekptionsbaracke zur sozialpädagogischen Institution, Linz 2006.  
Erhältlich beim Sozialpädagogischen Jugendwohnheim Wegscheid, Bäckermühlweg 39, 4030 Linz, Tel. 0732/380651*

## Vom Rand ins Zentrum – Integrationspolitik in Österreich und Europa

Gegenwärtig wirft die Integrationspolitik mehr Fragen auf, als sie Antworten geben kann. Jahrzehntlang war das Bild der „Gastarbeiter/innen“ vorherrschend, die am Ende ihrer Beschäftigung wieder in die Herkunftsländer zurückkehren würden. Bis jetzt wird diese Vorstellung noch immer im politischen Alltag transportiert, kongruente Ziele für eine Integrations- und Einwanderungspolitik in Österreich wurden noch keine definiert.

Der vorliegende Sammelband „Die missglückte Integration? Wege und Irrwege in Europa“ umfasst die Vergangenheit ebenso wie gegenwärtige europäische Tendenzen. So schreibt Albert Lichtblau einen historischen Abriss über die (Des-)Integration der jüdischen Bevölkerung in Österreich, während aktuelle Probleme der Integrationspolitik in Frankreich von Nadine E.B. Weibel und Claire Extramiana und in den Niederlanden von Patrick Duval behandelt werden. Darüber hinaus analysiert Bassam Tibi die Schwachstellen des Multikulturalismus und fordert eine Anerkennung der kulturellen Differenz, „ohne dass daraus eine Ontologie der unveränderbaren Kulturen entwickelt wird“ (176).

Am Beginn des Readers wird der Situation von Zugewanderten am Arbeitsmarkt in Salzburg Raum gegeben, zumal Arbeitsmarktintegration als neuralgische Drehscheibe bei allen Integrationsbestrebungen fungiert. Margit Öppmayr vom Verein zur Beratung und Betreuung von AusländerInnen berichtet von den alltäglichen Problemstellungen der Zugewanderten. Auch Peter Weis von der AK Salzburg nimmt sich dieses Themas an. Die allgemeine Entwicklung der Zuwanderung und deren Auswirkung auf den Salzburger Arbeitsmarkt seit dem zweiten Weltkrieg werden von Stefanie Steinlechner beschrieben. Hierbei wird als wesentliches Problem die Integration von Jugendlichen der zweiten und/oder dritten Generation in den Arbeitsmarkt genannt, die einen überproportionalen Anteil in Beschäftigungsmaßnahmen bilden.

Ein weiterer Teil des Sammelbandes ist den institutionellen Rahmenbedingungen der Integration gewidmet. Nebahat Yilmaz-Huber hinterfragt kritisch die Rolle von Migrant/innenvereinen, die einerseits Zugewanderten ein soziales Netzwerk bieten, andererseits Integration durch Segmentation verhindern können. Zwei Aspekte, die von der derzeitigen Integrationspolitik nicht aufgegriffen werden, stellen Gerhard Hetfleisch zufolge ein großes Hindernis bei allen Bestre-

bungen von Vereinen und Politik sowie bei Integrationskonzepten und –leitbildern von Gemeinden, Städten und Ländern dar: Rassismus und soziale Schichtung werden ignoriert und Diskriminierung und sozioökonomische Ungleichheit akzeptiert, so der Autor.

Zuletzt werden noch verschiedene theoretische Perspektiven in der Migrations- und Integrationsforschung behandelt. Wahlrechte jenseits von Staatsgebiet und –angehörigkeit werden ausführlich von Rainer Bauböck besprochen. Heinz Fassmann führt in die Diskussion um den Begriff Integration ein, dieser ist inhaltlich weit gefasst und vielschichtig definierbar. Sozialintegration als Prozess muss auf die persönliche, zwischenmenschliche und institutionelle Handlungsebene ausgerichtet sein, wobei sich diese Ebenen wechselseitig unterstützen. Zudem geht es auch um die Ziele der Integration. Je nachdem, ob Chancengleichheit und/oder soziale Kohäsion verfolgt oder nicht verfolgt werden, kommt es zu Assimilation, Mehrfachintegration oder zur Segmentation einer Gesellschaft.

*Bettina Leibetseder*

*Oberlechner Manfred (Hg.): Die missglückte Integration? Wege und Irrwege in Europa Reihe Sociologica Band 10, herausgegeben von Hilde Weiss und Christoph Reinprecht Wien, Braumüller 2006, 310 Seiten, Euro 26,90*

## Geschichten jugendlicher Strafgefangener

„Wir sagen aus - Biografische Geschichten und Interviews jugendlicher Gefangener“ ist der Titel eines Buches, welches das Ergebnis eines von der Universität Kassel betreuten Medienprojekts in der Justizvollzugsanstalt Wiesbaden darstellt. Es ist das zweite Buch, das jugendliche Strafgefangene in der Justizvollzugsanstalt geschrieben haben. Die Autoren verbüßen dort in der Regel Haftstrafen zwischen drei und zehn Jahren. In 43 Geschichten und Interviews erzählen sie von ihren unterschiedlichen Kindheits- und Jugendbiografien und den damit verbundenen traumatischen Erlebnissen. Sie berichten von ihren Taten, wie es dazu gekommen ist, was sie an jenem Tag gedacht und gefühlt haben. Ein Buch, das dem Leser neue Perspektiven über Familie, Gesellschaft, Erziehung und Kriminalität eröffnen kann.

Die Autoren wollen kein Mitleid erzeugen, sich mit diesem Buch nicht für ihre Taten entschuldigen oder

gar die Tragweite und Schwere ihrer Verbrechen herabmindern. Sie möchten zeigen, dass es "die" Kriminellen nicht gibt, sondern dass jeder "Knacki" seine eigene Vergangenheit, seine individuelle Familien- und Lebensgeschichte hat und dass es Wege gibt, aus der Kriminalität wieder auszusteigen.

Mit erstaunlicher Offenheit und Tiefe haben sich die jugendlichen Gefangenen über viele Monate hinweg mit ihrer eigenen Vergangenheit auseinandergesetzt, sind zurückgegangen in ihre Taten und Alltagserfahrungen. Sie haben sich gegenseitig ihre Geschichten vorgelesen, waren betroffen oder zurückhaltend oder fühlten sich herausgefordert durch die Offenheit der anderen in der Gruppe: Ein erster Schritt, neue Positionen und veränderte Einstellungen zu finden.

*Wir sagen aus - Band 2, Biografische Geschichten und Interviews jugendlicher Gefangener*

*kassel university press, Kassel 2004*

*196 S., EUR 8,90 (D)*

*Bestellung über den Buchhandel oder direkt bei kassel university press: [webmaster@upress.uni-kassel.de](mailto:webmaster@upress.uni-kassel.de) oder <http://www.upress.uni-kassel.de>*

## Alternativen zur gegenwärtigen Form der Globalisierung

Einer der Lieblingsvorwürfe an die globalisierungskritische Bewegung lautet, dass sie nur Probleme aufzeige, aber keine Lösungen biete. In seinem aktuellen Buch "50 Vorschläge für eine gerechtere Welt. Gegen Konzernmacht und Kapitalismus" versucht Christian Felber, dieses Vorurteil zu entkräften. In seinem 336 Seiten umfassenden Werk stellt er konkrete Alternativen zur gegenwärtigen Form der Globalisierung vor: Das Spektrum reicht von der Neugestaltung der Finanzmärkte und des Welthandels über verbindliche Regeln für Konzerne und Standortkooperation bis hin zu sozialer Sicherheit und globaler Steuergerechtigkeit. Im Kapitel "Globale Steuergerechtigkeit" weist Felber beispielsweise nach, dass der durchschnittliche Steuersatz auf Unternehmensgewinne in der EU von 45 auf 29 Prozent gesunken ist. Felber nennt dies eine "Refeudalisierung des Steuersystems" und plädiert für eine steuergerechte Politik mittels einer Regelung auf internationaler Ebene.

Der Autor widersetzt sich generell der Sachzwang-Rhetorik und dem vorherrschenden Standort-Denken. "50 Vorschläge für eine gerechtere Welt" ist, so Frauke Distelrath von Attac Deutschland, „ein leidenschaftliches Plädoyer dafür, die Gestaltung der Zu-

kunft in die eigene Hand zu nehmen und die Spielregeln für die Wirtschaft neu zu schreiben."

Christian Felber studierte Romanische Philologie sowie Politikwissenschaft, Soziologie und Psychologie in Wien und Madrid. Seit 1996 arbeitet er als freier Publizist und Autor. Felber ist Mitbegründer von Attac Österreich. Zu seinen bisherigen Buchveröffentlichungen zählen unter anderem das "Schwarzbuch Privatisierung" (gemeinsam mit Michel Reimon, 2003) und "Das kritische EU-Buch" (Deuticke 2006).

*Christian Felber: 50 Vorschläge für eine gerechtere Welt. Gegen Konzernmacht und Kapitalismus*  
336 Seiten, EUR 19,90 (D), Deuticke Verlag 2006

## Brennpunkt Stadt

Die in der vorliegenden Publikation versammelten Beiträge sind Heinrich Mäding, dem langjährigen Leiter des Deutschen Instituts für Urbanistik, gewidmet. Die Stadt im Brennpunkt: Dies gilt für den Band und für Mädings Lebenswerk. Namhafte Autorinnen und Autoren aus kommunaler Wissenschaft, Praxis und Politik, Wegbegleiter und Mitstreiter für die „kommunale Sache“ werfen Schlaglichter auf wesentliche Themen, mit denen die Städte als Kristallisationspunkte gesellschaftlicher Entwicklungen konfrontiert sind.

Dargestellt, analysiert und in ihren Folgen bewertet werden historische Entwicklungen ebenso wie heute und künftig auf die Städte wirkende Trends mit ihren Herausforderungen für Stadtplanung und Stadtpolitik, ihren Chancen und Risiken für die Menschen. Politische Steuerung, Siedlungsentwicklung und finanzielle Handlungsmöglichkeiten stehen auf dem Prüfstand. In der Zusammenschau der Einzelperspektiven und Handlungsfelder scheint über die Themenbereiche hinweg ein facettenreiches Bild auf: von Stadt als politischem Gemeinwesen, als baulichem Ensemble, als Triebkraft der nationalen und regionalen Wirtschaft.

*Deutsches Institut für Urbanistik (Hg.): Brennpunkt Stadt. Lebens- und Wirtschaftsraum, gebaute Umwelt, politische Einheit*  
*Festschrift für Heinrich Mäding zum 65. Geburtstag*  
2006. 616 S., EUR 48,-  
*Der Titel ist erhältlich im Buchhandel oder beim Deutschen Institut für Urbanistik, Postfach 120321, D-10593 Berlin; [verlag@difu.de](mailto:verlag@difu.de)*

## Integrationsbeispiele

Bei der Veranstaltung im Rahmen der Reihe „Studien zur Arbeiter/innenbewegung, Schwerpunkt: Zuwanderung und Integration“ werden anhand von Beispielen aus Oberösterreich, Vorarlberg und Wien Erfahrungen und Probleme der Integration von Zugewanderten aufgezeigt und diskutiert. Es referieren Kurt Greubing (Dornbirn), Christian Schörkhuber (Linz) und Nurten Yilmaz (Wien).

*Termin:* 9. Jänner 2007, 18.30 Uhr  
*Ort:* Institut für Wissenschaft und Kunst, 1090 Wien, Berggasse 17

## Wo bleibt die europäische Gewerkschaftsbewegung?

Im Rahmen der Vortrags- und Diskussionsreihe „Baustelle Soziales Europa. Zur transnationalen Formierung von Interessen“ stehen diesmal vier Vorträge zur internationalen Dimension gewerkschaftlicher Arbeit auf dem Programm. ReferentInnen sind Georg Adam (Universität Wien), Wolfgang Greif (GPA), Nikolaus Hammer (Universität Leicester) und Sandra Stern (work@flex).

*Termin:* 11. Jänner 2007, 18.30 Uhr  
*Ort:* Institut für Wissenschaft und Kunst, 1090 Wien, Berggasse 17

## Deutsch-österreichische Sozialrechtsgespräche

Zweitägige Kooperationsveranstaltung der Universität Linz mit der Universität Passau und der OÖ Gebietskrankenkasse zum Thema „Krankenbehandlung: Grenzen der Leistungspflicht der Kassen“. In den Vorträgen werden einzelne Aspekte (Krankheitsbegriff, Grenzen für "Lifestyle-Medizin", Grenzen der Wirtschaftlichkeit, ...) im deutschen und österreichischen Sozialversicherungsrecht einander gegenübergestellt.

*Termin:* 25. Jänner 2007, 13.00 - 18.00 Uhr und 26. Jänner 2007, 9.00 - 13.00 Uhr  
*Ort:* Johannes Kepler Universität Linz, Repräsentationsraum C, Uni-Center, 1. Stock  
*Information/Anmeldung:* Institut für Arbeits- und Sozialrecht, Frau Henriette Berger-Merwald,  
 Tel. 0732/2468-8256, Fax DW 8259, e-mail: henriette.berger-merwald@jku.at

## Beratung: Humanistische oder manipulative Dienstleistung?

Fachvorträge von Dr. Christine Resch (Universität Frankfurt /M.) zu "Beratung als soziale Interaktion" und von Dr. Othmar Hill (Hill International Wien) zu "Der internationale Berateralltag: Methodenlehre versus Methodenleere. Humanistische Wirtschaftspsychologie im Betriebsalltag."

*Termin:* 26. Jänner 2007, 14.00 - 17.00 Uhr  
*Ort:* Johannes Kepler Universität Linz, Repräsentationsraum C, Uni-Center, 1. Stock  
*Information/Anmeldung:* Institut für Soziologie, Abteilung für Theoretische Soziologie und Sozialanalysen,  
 Frau Heidi Schütz, Tel. 0732/2468-8244, Fax DW 8243, e-mail: heidi.schuetz@jku.at

## Was verändert ein Grundeinkommen?

Was würde sich durch ein Grundeinkommen für eine Region wie Salzburg verändern? Welche Auswirkungen hätte es auf soziale Integration, Arbeitsmarkt, Gendergerechtigkeit, Ehrenamt? Wer macht z.B. die ungeliebten Arbeiten, wenn es die freie Wahl gibt? Und wie sind sie dann bezahlt? Die Tagung diskutiert diese Fragen vor dem Hintergrund der Annahme eines umgesetzten Grundeinkommens mit regionalem Zugang.

*Veranstalter:* Salzburger Armutskonferenz, Caritas Salzburg, Katholische Aktion Salzburg  
*Termin:* 29. Jänner 2007, 19.30 Uhr bis 30. Jänner 2007, 17.00 Uhr  
*Ort:* Bildungszentrum St. Virgil, Ernst-Grein-Str. 14, 5026 Salzburg  
*Nähere Informationen:* [www.virgil.at/de/bildungszentrum](http://www.virgil.at/de/bildungszentrum)

## **KONTRASTE**

### **Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik**

Erscheinungsort Linz, P.b.b. Verlagspostamt Linz.  
Wenn unzustellbar, zurück an die Redaktion KONTRASTE:  
Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Gesellschafts-  
und Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz

**Herausgeber, Medieninhaber, Verleger:**  
Sozialwissenschaftliche Vereinigung, mit Unterstützung der Universität  
Linz, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

**Erscheinungsweise:**  
10 Ausgaben pro Jahr

**Redaktionsadresse:**  
KONTRASTE: Johannes Kepler Universität Linz, Institut für  
Gesellschafts- und Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz  
Tel.: 0732/2468-7168  
Mail: [hansjoerg.seckauer@jku.at](mailto:hansjoerg.seckauer@jku.at)  
Web: <http://www.gespol.jku.at/> Menüpunkt Kontraste  
Aboservice, Sekretariat: Irene Auinger, Tel.: 0732/2468-7161  
Fax DW 7172 Mail: [irene.auinger@jku.at](mailto:irene.auinger@jku.at)

**Redaktionsteam:**  
Mag. Hansjörg Seckauer, Dr. Christine  
Stelzer-Orthofer, Mag. Susanna Rothmayer,  
Mag. Bettina Leibetseder, Mag. Angela  
Wegscheider

Wir freuen uns über zugesandte Manuskripte,  
die Redaktion behält sich jedoch das Recht  
auf Kürzung und Entscheidung über die Veröf-  
fentlichung vor. Redaktionsschluss ist jeweils  
der 20. des Vormonats. Namentlich gekenn-  
zeichnete Beiträge können, müssen aber nicht  
die Meinung der Redaktion wiedergeben.

**Wissenschaftliche Beratung:**  
Univ. Prof. Dr. Josef Weidenholzer  
Univ. Prof. Dr. Irene Dyk-Ploss  
a.Univ. Prof. Dr. Evelyn Schuster

**Lektorat; Satz:**  
Mag. Hansjörg Seckauer

**Grafisches Konzept:**  
Mag. Gerti Plöchl

Kontraste finanzieren sich fast ausschließlich aus Abonnements und  
Mitgliedsbeiträgen: Jahresabo EUR 65,40; Halbjahresabo EUR 32,70;  
StudentInnen, Arbeitslose und PensionistInnen EUR 36,30;  
Gratis Probeabo für drei Monate  
Alle Preise inklusive Versand. Einzelheft EUR 5,45 exkl. Versand.  
Kündigung bis einen Monat vor Ablauf möglich.

**Bankverbindung:**  
Sparkasse OÖ, BLZ 20320, Kontonr. 7500-002453