

kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



ARMUT UND GESUNDHEIT
SPEKTRUM
BUCHTIPPS
VERANSTALTUNGEN

6 | Oktober 2012

Armut und Gesundheit	
Armut macht krank	4
Ökonomische Ungleichheit und Gesundheit	5
Mehr Gesundheit durch Verteilungsgerechtigkeit	6
Frauen in Krise, Armut und Krankheit	9
Ist der Alkohol- und Tabakkonsum abhängig von Bildung und Einkommen?	10
Macht Arbeitslosigkeit krank?	12
Sprachbarriere als Versorgungsbarriere	14
Case Management im Krankenhaus als direkte Hilfe gegen Armut	16
Handlungsempfehlungen gegen Energiearmut	18
Spektrum	
Was kommt nach dem Wachstum?	19
Das Evaluierungsprojekt Proqualis	20
Deutschland: Polarisierung von Einkommen destabilisiert die Wirtschaft	25
Steigende Arbeitslosigkeit	27
Buchtipps	28
Veranstaltungen	30

Armut als Dauerstress

Schwer zu sagen, inwieweit das Bild von den „faulen Armen“, die es sich in der „sozialen Hängematte“ gemütlich machen und in ihrer Sozialwohnung ein zwar bescheidenes, aber dem Grunde nach beschauliches Leben führen, noch verbreitet ist – zutreffend ist so ziemlich genau das Gegenteil: Armut ist chronifizierter Stress, so der Sozialexperte Martin Schenk: „Jeden Tag aufs Neue um die Existenz zu kämpfen, ist ein Drahtseilakt, der stark auf die Substanz geht – und die Gruppe der Kämpfenden wächst täglich.“ (vgl. Beitrag S. 6) Das lässt sich auch mit Zahlen belegen: Die Zahl der manifest von Armut Betroffenen ist zwischen 2005 und 2010 von 344.000 auf 511.000 Personen gestiegen, also um knapp 50 Prozent binnen fünf Jahren. Armut ist dabei nicht nur im Zunehmen begriffen, sie verändert auch ihr Gesicht: „Zu den schlecht Ausgebildeten, den Teilzeitkräften und den Migranten kommen die Scheinselbständigen, die Ich-AGs und die Dauerpraktikanten“, umreißt der Journalist Fritz Kalteis das neue Prekariat, das bei den Sozialberatungsstellen durch die größten Zuwachsraten auffalle. Die Betroffenen könnten es sich schlicht nicht leisten, krank zu sein: „Wer sich von Honorar zu Honorar hantelt, steht unter Dauerdruck. Die Folge: Arztbesuche werden aufgeschoben, Erkrankungen oft nicht auskuriert.“ (www.forumgesundheit.at)

Das hat natürlich Auswirkungen, sowohl auf die physische wie auch auf die psychische Gesundheit. Armutsgefährdete weisen im Schnitt einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf als die übrige Bevölkerung. Insbesondere das Risiko für chronische Erkrankungen, etwa für Diabetes, Magen-/Darmbeschwerden oder Atemwegserkrankungen, sowie für gehäufte Infekte aufgrund einer stressbedingten Schwächung des Immunsystems ist sehr hoch. Und chronische Angstzustände oder Depressionen sind etwa in Oberösterreich unter ärmeren Menschen doppelt so häufig anzutreffen wie unter der Bevölkerung mit hohem Einkommen. (vgl. Beitrag S. 4) Dass Ärmere in der Folge eine höhere Mortalität bzw. eine deutlich kürzere Lebenserwartung aufweisen als Wohlhabende – in Deutschland z.B. differiert diese zwischen dem reichsten und dem ärmsten Viertel der Bevölkerung bei Frauen um ca. acht und bei Männern um ca. zwölf Jahre –, kann da nicht wirklich überraschen. (vgl. Beitrag S. 6)

Wie kann man dieser fatalen Tendenz gegensteuern? Hier lässt sich grundsätzlich zwischen individuellen und strukturellen Maßnahmen unterscheiden, die es anzugehen gilt. Erstere zielen in der Regel auf eine Verhaltensänderung ab. Information – z.B. über gesundheitliche Gefährdungslagen und Risiken sowie über bestehende Hilfsangebote und Unterstützungsstrukturen – spielt hier eine wesentliche Rolle; aber auch Empowerment als Vermittlung der Befähigung, eigene Bedürfnisse zu erkennen und vorhandene gesundheitliche Ressourcen und Potenziale zu nutzen.

In struktureller Hinsicht fordert etwa der deutsche Sozialmediziner Gerhard Trabert einerseits einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen ein, sodass auch marginalisierte Personen(gruppen) diese nutzen können, andererseits – über den gesundheitspolitischen Bereich hinaus – mehr Verteilungsgerechtigkeit bei Arbeit und Einkommen sowie gleiche Chancen im Zugang zu Bildung. (vgl. Beitrag S. 6) Dass sich ökonomische Ungleichheit in einem Land negativ auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung auswirkt, ist mittlerweile empirisch belegt. So attestieren sich die im Rahmen einer internationalen Vergleichsstudie Befragten aus Ländern mit größerer ökonomischer Ungleichheit eine deutlich schlechtere Gesundheit: Während in Dänemark und Kanada über 75 Prozent der Befragten die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut bezeichnen, liegt der entsprechende Prozentsatz in Russland nur bei 17 Prozent. (vgl. Beitrag S. 5) Ähnliches gilt für die durchschnittliche Lebenserwartung, wo sozial unausgewogene Länder wie die USA oder Portugal am unteren Ende der OECD-Skala liegen.

Das kommt nicht von ungefähr: Eine an der Universität Harvard durchgeführte Studie erbrachte, dass in den Vereinigten Staaten jede/r vierte Befragte wegen zu hoher Kosten schon einmal nicht zum Arzt gegangen ist, obwohl gravierende Gesundheitsprobleme vorlagen, weiters dass private Zuzahlungen generell das Vertrauen der BürgerInnen in das Gesundheitssystem schwächen. (idw, 19.04.2011) Ein geeignetes Mittel zum „Kurieren“ unseres Gesundheitssystems – wie verschiedentlich angedacht – stellen derartige Zahlungsverpflichtungen somit kaum dar, meint

Ihre
Kontraste-Redaktion

Armut macht Krank

Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Soziale Determinanten der Gesundheit bezeichnen die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Soziale Unterschiede beeinflussen maßgeblich die Chancen, gesund zu bleiben, bzw. erhöhen das Risiko, krank zu werden. Aus den unterschiedlichen Lebensbedingungen ergeben sich vermeidbare und ungerechte Unterschiede im Gesundheitszustand, die auch sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit genannt werden.¹

Armut stellt eine wesentliche Einflussgröße auf die Gesundheitschancen dar. Auf europäischer Ebene geht man davon aus, dass Armut ein Schlüsselfaktor zur Erklärung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen verschiedenen Staaten und Regionen darstellt.² Aber auch innerhalb der Staaten zeigen sich wesentliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen:

- Menschen mit geringerem Einkommen haben ein höheres Sterberisiko als Menschen mit hohem Einkommen. Das höhere Sterberisiko von Personen mit geringem Einkommen hängt vor allem damit zusammen, dass sie stärker von Erkrankungen betroffen sind und in geringerem Ausmaß auch damit, dass sie bei Erkrankung (z.B. durch bessere Versorgung) eine höhere Überlebenschance aufweisen.³ Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf die Lebenserwartung aus. Von Arbeitslosigkeit betroffene Menschen haben ein doppelt so hohes Sterberisiko wie Personen in Beschäftigung.⁴
- Armutsgefährdete Personen weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf. In Österreich stufen 14 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen mit hohem Haushaltseinkommen ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht bis maximal mittelmäßig ein. In der Bevölkerungsgruppe mit niedrigem Haushaltseinkommen beträgt der entsprechende Anteil bei den Männern 31 Prozent und bei den Frauen 25 Prozent.⁵
- Armutsgefährdung ist mit einem erhöhten Risiko für verschiedene chronische Erkrankungen verbunden. Im Vergleich zu Personen mit hohem Einkommen

weisen OberösterreicherInnen mit geringem Einkommen ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Diabetes auf und das Risiko, unter Kopfschmerzen bzw. Migräne zu leiden, ist 1,5-mal so hoch. Chronische Angstzustände oder Depressionen sind in Oberösterreich unter ärmeren Menschen doppelt so häufig anzutreffen wie unter der Bevölkerung mit hohem Einkommen.⁶

Rund eine Million Menschen armutsgefährdet
In Österreich gelten 12 Prozent der Bevölkerung als armutsgefährdet, also rund eine Million Menschen. Besonders häufig betroffen sind MitgrantInnen aus Staaten außerhalb Europas (31%), alleinlebende Frauen in Pension (26%) und Ein-Eltern-Haushalte (26%) sowie Haushalte mit Langzeitarbeitslosen (29%) und Haushalte mit mehr als zwei Kindern (18%).⁷

Rund die Hälfte der Armutsgefährdeten können sich notwendige Mindeststandards (Heizung, Miete, unerwartete Ausgaben, Urlaub etc.) nicht leisten und gelten als manifest arm. Während sich der Anteil der Armutsgefährdeten in Österreich in den letzten Jahren kaum verändert hat, ist die Zahl der manifest von Armut Betroffenen seit 2005 angestiegen (von 344.000 auf 511.000 im Jahr 2010).⁸

*Martin Reif
Institut für Gesundheitsplanung*

Erstabdruck im IGP-Newsletter 2/2012 (geringfügig geänderte Fassung)

Literatur

- Hoffmann, Rasmus (2008): Arm oder reich? – Erst bei Krankheit bedeutungslos. In: Demografische Forschung aus erster Hand 5 (2), S. 3
- Institut für Gesundheitsplanung (2012): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz.
- Gabanyi, Annamaria (2012): Soziale Determinanten der Gesundheit. In: Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010. Linz, S. 166-183.
- Scholz, Rembrandt (2010): Lebenserwartung sinkt durch Arbeitslosigkeit um ein Jahr. In: Demografische Forschung aus erster Hand 7 (3), S. 1-2.
- Statistik Austria: STATISTIK AUSTRIA – Armut und soziale Eingliederung. http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/soziales
- World Health Organization: WHO/Europe | Social determinants. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/social-determinants>.

1 World Health Organization
2 World Health Organization
3 Hoffmann 2008, S. 3
4 Scholz 2010, S. 2
5 Gabanyi 2012, S. 178

6 Gabanyi 2012, S. 179
7 Statistik Austria
8 Statistik Austria

Ökonomische Ungleichheit und Gesundheit

Eine weltweit angelegte Studie zeigt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen auf.

Je größer die ökonomische Ungleichheit in einem Land, desto schlechter ist es um die Gesundheit seiner Bevölkerung bestellt. Das ist das Ergebnis einer Studie des Gesundheitsökonom *Martin Karlsson* von der Technischen Universität Darmstadt in Kooperation mit der Universität Lund (Schweden). Karlssons Arbeit unterscheidet sich von bisherigen ähnlichen Studien durch ihre weltweite Datenbasis: Sie gründet sich auf Umfragen in 21 Ländern.

Darunter sind die bevölkerungsreichsten Länder der Welt wie China und Indien, aber auch europäische Länder wie Deutschland oder Dänemark. „Alle befragten Personen zusammen repräsentieren die Hälfte der Weltbevölkerung“, betont Karlsson. Bisherige Studien seien lediglich innerhalb eines Landes oder unter reichen Ländern durchgeführt worden.

Deutliche Unterschiede

Die vorliegende Studie hingegen erfasst Staaten mit relativ geringer ökonomischer Ungleichheit wie Deutschland bis hin zu solchen mit extrem ungleicher Vermögensverteilung wie Russland oder Südafrika. „Daher ist das Ergebnis sehr robust“, sagt Karlsson. Bislang sei die Korrelation zwischen ökonomischer Ungleichheit und Gesundheit wegen der schmalen Datenbasis bisheriger Studien stark bezweifelt worden. „Doch diese Zweifel werden durch unsere Studie abgeschwächt“, sagt Karlsson. Jeweils über 75 Prozent der befragten KanadierInnen, DänInnen und FranzöslInnen gaben bei der Befragung einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand an.

In Ländern mit größerer ökonomischer Ungleichheit attestierten sich die StudienteilnehmerInnen hingegen in der Regel eine deutlich schlechtere Gesundheit: Nur rund ein Drittel der türkischen und chinesischen Befragten bezeichnete die eigene Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“, beim Schlusslicht Russland waren es sogar nur rund 17 Prozent. Die deutschen StudienteilnehmerInnen lagen mit knapp 70 Prozent „guter“ oder „sehr guter“ Gesundheit im oberen Mittelfeld der 21 Nationen.

Subjektive Gesundheitseinschätzung mit Ungleichheitsmaß in Beziehung gesetzt

Für die der Arbeit zugrundeliegende Umfrage wurde eine repräsentative Gruppe von 1000 Menschen pro Land ausgewählt. Sie stufen ihre Gesundheit subjektiv zwischen den Werten „sehr schlecht“ und „sehr gut“ ein. Außerdem benutzten die ForscherInnen so genannte „Aktivitäten des täglichen Lebens“, um den Grad der Behinderung eines Menschen zu messen.

Den Durchschnittswert der Gesundheit in den verschiedenen Ländern setzten die ForscherInnen mit dem so genannten Gini-Index in Beziehung. Dieser Index ist ein quantitatives Maß für die ökonomische Ungleichheit. Er ist groß für Länder, in denen ein kleiner Teil der Bevölkerung einen Großteil des vorhandenen Vermögens besitzt, und klein für Staaten, deren Vermögen sich weitgehend gleichmäßig auf seine BewohnerInnen verteilt.

Um die gefundene Korrelation zu überprüfen, haben die ForscherInnen weitere Informationen über die Befragten ausgewertet, die bei der Umfrage ebenfalls erhoben worden waren, etwa die Kinderzahl oder die Anzahl der MitbewohnerInnen im Haushalt. „Dabei zeigte sich, dass die beobachtete Korrelation von solchen Faktoren nicht beeinflusst wurde“, sagt Karlsson.

Der Gesundheitsökonom betont, dass die Studie keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen der ökonomischen Ungleichheit und der Gesundheit der Bevölkerung eines Staates herstellt. „Es kann sein, dass beide Größen von einem oder mehreren Faktoren in gleichem Sinne beeinflusst werden“, sagt Karlsson. Das nächste Ziel des Forscherteams ist es, diese Faktoren zu identifizieren.

Quelle: Pressemitteilung der Technischen Universität Darmstadt (Jörg Feuck), 11.01.2010

Webtipp

Die Initiative „Neue Kompetenzen für neue Beschäftigungen“ der EU zielt darauf ab:

- den künftigen Kompetenzbedarf besser zu antizipieren;
- das Kompetenzangebot besser auf die Bedürfnisse des Arbeitsmarkts abzustimmen;
- die Kluft zwischen Bildungs- und Arbeitswelt zu schließen.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=822&langId=de>

Mehr Gesundheit durch Verteilungsgerechtigkeit

Eine Fachtagung in Graz thematisierte den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Einkommenssituation. Dabei wurden Fakten aufgezeigt sowie Überlegungen in Richtung mehr Verteilungsgerechtigkeit angestellt.

Der Konnex zwischen Gesundheitszustand und Einkommenssituation ist eindeutig: Arme Menschen sind öfter krank, können seltener zum Arzt gehen bzw. sich Medikamente leisten und sterben früher. Chronisch kranke Menschen fallen oft aus dem regulären Arbeitsmarkt heraus, haben deshalb weniger Einkommen und sterben ebenfalls früher. Dabei sind Gesundheit und Einkommen kein Ressourcen-, sondern ein Verteilungsproblem, dessen Bewältigung an mangelnder sozialer Solidarität und mangelndem politischem Veränderungswillen scheitert.

„Gerechtigkeit neu denken?!“ war deshalb auch der Untertitel der von der GEFAS Steiermark in Kooperation mit dem Integrationsreferat der Stadt Graz organisierten Fachtagung „Armut und Gesundheit“, die am 6. Oktober des Vorjahres im Grazer Rathaus stattfand. Für die GEFAS begrüßte Vorstandsmitglied *Walter Scheitz* die TeilnehmerInnen. Er stellte dabei gleich die Frage in den Raum: „Wer bestimmt das Maß des Notwendigen in der Gesundheit?“ Scheitz bemängelte, dass Österreich zwar das teuerste Gesundheitssystem in Europa habe, im Vergleich der medizinischen Leistungen pro Anspruchsberechtigtem aber nur an siebenter Stelle liege.

Verhungern – körperlich, geistig, seelisch

„Armut macht krank – und Krankheit macht arm“ war die Hauptaussage des Eröffnungsreferates von *Gerhard Trabert*, Sozialmediziner und Sozialpsychiater an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden, der über „Armut und Gesundheit in Deutschland“ sprach. Er berichtete von einer Entwicklung des Gesundheitssystems hin zu einer Drei-Klassen-Medizin und dass Hartz IV-BezieherInnen monatlich genau 15,55 Euro für Gesundheits-Ausgaben zur Verfügung hätten.

Chronisch Kranke verarmen, arme Menschen werden häufiger krank – beide Gruppen sterben signifikant früher als gut situierte Menschen. Im ersten Fall spricht man von einem Selektionseffekt, d.h. bei

Erwachsenen kommt es im Kontext Krankheit und Armut bzw. bei einer chronisch schlechten Gesundheit häufig zu einer sozialen Selektion; im zweiten Fall von einem Kausationseffekt: Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.

Je größer die soziale Ungleichheit in einem Land ist, desto niedriger ist die Lebenserwartung. Japan und Schweden befinden sich beim diesbzgl. Vergleich der OECD-Staaten am oberen Ende (vergleichsweise wenig Ungleichheit, hohe Lebenserwartung), die USA und Portugal am unteren Ende der Skala. In Deutschland differiert laut Sozioökonomischem Panel (1995 – 2005) die Lebenserwartung zwischen dem reichsten und dem ärmsten Viertel der Bevölkerung bei Frauen um ca. acht und bei Männern um ca. zwölf Jahre – wobei die Differenz im Zunehmen begriffen ist. Eine Studie des Hamburger Instituts für Finanzdienstleistungen aus 2011 erbrachte, dass Krankheiten verstärkt zu Verschuldungen führen und bei jeder zehnten Überschuldung den Hauptauslöser darstellen. Besonders 40- bis 50-Jährige sind davon betroffen.

In Europa verhungern Menschen nicht nur körperlich, sondern auch geistig und seelisch, weil sie diffamiert werden, weil sie keine Anerkennung finden, weil sie das Gefühl haben, dass sie nichts wert sind. Die Folgen sind Depressionen, Burnout und Suizid. So ist bei arbeitslosen Menschen die Mortalität (Sterbequote) 2,6-fach höher als bei Erwerbstätigen und Suizidversuche werden 20-mal häufiger begangen. Das Risiko eines gewaltsamen Todes (suizidal, Unfälle) ist doppelt so hoch wie bei Berufstätigen. Speziell bei MigrantInnen und AsylwerberInnen stellen psychische Folgen von Verfolgung und Traumatisierung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Depressionen und Suizidalität dar. Generell nehmen psychische Probleme und Erkrankungen deutlich zu, zwischen 1998 und 2008 etwa um 60 Prozent.

Vor allem Familien mit mehr als den statistisch durchschnittlichen 1,24 Kindern sind von Armut bedroht: „Es ist ein Skandal, dass Kinder ein Armutrisiko sind!“, wettete Trabert und erläuterte den Teufelskreis von Armut, schlechtem Wohnumfeld, negativen Auswirkungen auf die Schulleistungen, geringerer Bildung – und wieder Armut. Trabert forderte mehr Verteilungsgerechtigkeit von den Reichen zu den Armen, gleiche Chancen im Zugang zu Bildung, Mindestlöhne, einen niedrigschwiligen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen; schlicht: Gleichwürdigkeit. Und: „Jeder sollte sich von staatlichen Transferleistungen ausreichend und gesund ernähren können!“



Armut macht krank – und Krankheit macht arm. Darüber wurde im Grazer Rathaus diskutiert. Foto: Stadt Graz/Fischer

Armut ist chronifizierter Stress

Warum „soziale Ungleichheit, Disqualifizierung und Beschämung unter die Haut gehen“, führte der Wiener Psychologe und Sozialexperte *Martin Schenk* aus. Jeden Tag aufs Neue um die Existenz zu kämpfen, ist ein Drahtseilakt, der stark auf die Substanz geht – und die Gruppe der Kämpfenden wächst täglich. Dauerhafter, schädlicher Stress (Distress) schwächt das Immunsystem; Armut ist chronifizierter Stress. Um gesund zu sein, braucht der Mensch nicht nur Geld, er braucht auch Anerkennung und Wertschätzung. Wird er ständig beschämt – eine soziale Waffe von Statushöheren gegenüber Statusunteren –, schneidet dies symbolisch ins Herz und direkt in die Gesundheit. Weitere „Lebens-Mittel“ neben der Wertschätzung, um stark zu sein: tragfähige Beziehungen und Selbstwirksamkeit, d.h. die Möglichkeit, das Leben selbst steuern zu können. Auch Schenk betonte den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitszustand und forderte „Arbeit, von der man leben kann“ als wichtiges Mittel im Kampf gegen Armut und für bessere Gesundheit.

Gesundheitsrisiken im Alter

Eric Stoiser, ärztlicher Leiter der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz, referierte über „Risiken im Alter“. Erfreulich: Die heute 60- bis 75-Jährigen sind deutlich gesünder, als diese Altersklasse vor 30 Jahren war. Die Pflegenotwendigkeit, Morbidität (Krankheits-

häufigkeit) und Mortalität (Sterblichkeit) verschiebt sich mehr in die Hochaltrigkeit. Bei Menschen über 80 ist Multimorbidität der Regelfall, sie leiden im Durchschnitt an vier bis sechs Krankheiten gleichzeitig. Die Hauptprobleme: Instabilität, Immobilität, Inkontinenz und intellektueller Abbau („die vier Is“).

Die Zahl der Menschen, die ihren Gesundheitszustand mit „gut“ oder „sehr gut“ angeben, ist im Steigen begriffen, parallel dazu hat der Anteil derjenigen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einstufen, tendenziell abgenommen – zuletzt lag er bei sechs Prozent der Wohnbevölkerung. Männer sind laut den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung 2006/07 mit ihrem Gesundheitszustand zufriedener als Frauen, die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind insbesondere bei älteren Personen markant.

Die Krankenhausmorbidität steigt erwartungsgemäß mit zunehmendem Lebensalter an. Während bei den unter 44-Jährigen Krankheiten des Atmungssystems und Verletzungen (neben Schwangerschaftsindikationen) die häufigsten Gründe für Spitalsaufenthalte sind, überwiegen bei den 45- bis 64-Jährigen orthopädische Erkrankungen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Verdauungssystems. Bei der älteren Bevölkerung sind Krankheiten des Kreislaufsystems die häufigste Ursache für Hospitalisierungen.



Forderte mehr Verteilungsgerechtigkeit und einen niedrighschwelligem Zugang zu Gesundheitseinrichtungen: der Wiesbadener Sozialmediziner Gerhard Trabert. Foto: Stadt Graz/Fischer

Von demenziellen Erkrankungen sind derzeit rund 110.000 ÖsterreicherInnen betroffen, insbesondere über 80-jährige Personen und Frauen häufiger als Männer. Ein gravierendes Problem im Alter sind Stürze: 30 Prozent der über 65-Jährigen stürzen jährlich sowie 50 Prozent der über 80-Jährigen. 18 Prozent der Stürze haben ernste Folgen. Von den sturzbedingten Krankenhausaufnahmen sind nach einem Jahr nur noch 50 Prozent am Leben.

Gesundheit sei aber nur ein Faktor für eine gute Lebensqualität, neben sozialen Beziehungen, Aktivitäten und dem sozioökonomischen Status, so Stoiser - und damit kam er abschließend auf die Einkommensverhältnisse Älterer zu sprechen: So leben 62.000 österreichische PensionistInnen von der Mindestpension von derzeit 793,40 Euro.

Gesundheitliche Benachteiligungen von Frauen und MigrantInnen

Nach der Mittagspause ging die Fachtagung mit Referaten von *Felice Gallé* vom Frauengesundheitszentrum Graz zum Thema „Ungleiche Gesundheitschancen

für Frauen“ und *Irene Holzer*, Leiterin der Marienambulanz, über „Benachteiligungen bei MigrantInnen“ weiter.

Gallé nannte Alleinerzieherinnen, Migrantinnen und alte Frauen als besonders benachteiligte Gruppen. Sie haben ein erhöhtes Krankheitsrisiko, einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand und nehmen Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch. Um Chancengleichheit im Gesundheitssystem zu verwirklichen, erachtet Gallé sowohl individuelle (Empowerment, Information) als auch strukturelle Maßnahmen (Health in all Policies, Gleichstellungsmaßnahmen) für erforderlich.

Das Ambulatorium Marienambulanz der Caritas in Graz bietet allgemeinmedizinische Primärversorgung für jene Menschen an, die keine Krankenversicherung haben (In- und AusländerInnen), illegal in Österreich leben, aber auch für versicherte Personen, die aus den unterschiedlichsten Gründen (Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Scham, Wunsch nach Anonymität, schlechte Erfahrungen, fehlendes Wissen, sprachliche Barrieren etc.) die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können. 1,3 Prozent der österreichischen Bevölkerung sind nicht krankenversichert, für Graz wird die Zahl der Betroffenen auf ca. 3.000 geschätzt. Diese Personengruppe setzt sich im Wesentlichen aus AsylwerberInnen außerhalb der Bundesbetreuung, Arbeitslosen ohne Leistungsanspruch, Mitversicherten nach Scheidung oder Tod des Partners, geringfügig Beschäftigten und (neuen) Selbständigen sowie illegal Beschäftigten zusammen. RumänInnen und TschetschenInnen stellen die größten Gruppen der PatientInnen der Marienambulanz dar; letztere sind überwiegend versichert, erstere kaum.

Männer mit Migrationshintergrund haben ein 1,5-fach erhöhtes Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Wenn Einkommen und Bildung jedoch mit berücksichtigt werden, ist der Unterschied nicht signifikant. Frauen mit Migrationshintergrund haben gleichfalls ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, auch wenn Einkommen und Bildung mit berücksichtigt werden.

Die Diabetesprävalenz ist bei migrantischen Männern im Vergleich zu ÖsterreicherInnen 1,39-mal und bei den Frauen 3,4-mal höher. Ursächlich hierfür können fehlendes Wissen über Krankheitszusammenhänge sowie Stress, resultierend aus schlechteren Wohnverhältnissen, unklaren Asylverhältnissen und/oder schlechteren Arbeitsbedingungen sein, weiters „Überfütterung“ als Ausdruck vom „erfolgreich Angekom-

men-Sein". Teilweise hat sich auch der Stoffwechsel von MigrantInnen, die aus Ländern kommen, in denen nicht genügend Nahrung vorhanden ist, noch nicht an das verbesserte Nahrungsangebot angepasst. Ein großes Problem für MigrantInnen stellen erforderliche Zuzahlungen dar – zu Zahnregulierungen bzw. zum Zahnersatz, für Empfängnisverhütung sowie für Psychotherapie.

Frauen in Krise, Armut und Krankheit

Das Thema des diesjährigen Linzer Forums lautet: **Krise – Armut – Krankheit. Dabei werden alle Personen mit einbezogen – unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status oder Ausbildung. Dieser Artikel beschäftigt sich darauf aufbauend mit Frauen im Zusammenhang mit Krise, Armut und Krankheit bzw. Gesundheit. Als Basis dient der aktuelle Frauengesundheitsbericht 2010/2011.**¹

Der Gesundheitszustand eines Menschen ist sehr stark von sozialen und sozioökonomischen Faktoren abhängig. Dass Menschen mit niedrigem Einkommen und niedrigem sozioökonomischen Status einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, als Gruppen mit einem höheren Status, wird bereits seit längerem als bewiesen angesehen. So nehmen zum Beispiel Frauen mit einem niedrigeren Einkommen um 2,1 mal weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch als Frauen mit einem höheren Einkommen. Frauen ohne Matura haben eine kürzere Lebenserwartung und eine höhere Anfälligkeit für Krankheiten als jene mit einer höheren Ausbildung.

Bildung als wesentliche Voraussetzung für Gleichberechtigung

Neben dem Einkommen spielt Bildung in diesem Kontext eine ebenso große Rolle. Es besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen dem höchsten Schulabschluss und der Lebenserwartung. Obwohl sich anhand der Frauengesundheitsberichte deutlich

Zum Abschluss der Tagung wurde das Thema „Gerechtigkeit und Gesundheitsziele gegen Armut bei MigrantInnen, Frauen und SeniorInnen“ in verschiedenen Workshops weiter vertieft.

Quelle: www.graz.at, 06.10.2011

ablesen lässt, dass sich der Anteil der Frauen mit abgeschlossener Hochschulbildung erhöhte und sich der Anteil der Frauen mit Pflichtschulabschluss reduzierte, sind Frauen im Durchschnitt immer noch schlechter ausgebildet als Männer.

Bildung ist jedoch eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Gleichberechtigung am Arbeitsmarkt und zudem bedeutsam für das Bekämpfen von Krisen und den Anstieg der Arbeitslosigkeit. Frauen sind dabei stärker von der Wirtschaftskrise betroffen als Männer, da ihre Stellung am Arbeitsmarkt bereits vorher schlechter war als jener der Männer.

Der Bildungsgrad von Frauen variiert zudem zwischen ländlichem und städtischem Raum massiv. Paradoxerweise sinkt der Anteil der Ausbildungen von Frauen nach der Schulpflicht im städtischen Bereich stärker als im ländlichen Bereich (Gemeinden unter 20.000 Einwohner).

Der Grund für diese Entwicklung wird darin vermutet, dass der Anteil an ausländischen Staatsbürgerinnen, die meist früher aus dem Bildungssystem ausscheiden, in der Stadt höher ist als im Land. Die Stadt punktet dann erst wieder in der Ausbildung von über 18-Jährigen, da Universitäten, Fachhochschulen, Akademien und andere höhere Bildungseinrichtungen eher in den größeren Städten angesiedelt sind. Dazu kommt, dass ländliche Gebiete nur geringe Arbeitsmöglichkeiten für Akademikerinnen und höher Qualifizierte bieten.

Anteil der Raucherinnen steigt

Besonders das Thema Rauchverhalten spielt bei der Gesundheit der Frauen eine große Rolle. Grundsätzlich rauchen Männer anteilmäßig mehr als Frauen – je höher der Bildungsgrad, desto geringer der Anteil an Raucher und Raucherinnen. Nikotin ist jedoch für Frauen ein größerer Risikofaktor als für Männer. Besonders besorgniserregend ist die Entwicklung des Anteils der Raucherinnen: Dieser stieg in den letzten Jahren stetig an, während der Anteil der männlichen Raucher kontinuierlich sinkt. Besonders junge Frau-

¹ Der vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Bericht wurde vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) verfasst.

en und Frauen mit niedrigerer Bildung sind für diesen Anstieg verantwortlich.

Neben dem Rauchverhalten lässt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem Bildungsgrad und Übergewicht (Adipositas) erkennen. Während bei Männern der Anteil an Übergewichtigen bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen annähernd gleich ist, ist bei den Frauen ein massiver Unterschied zu sehen. Frauen mit geringerer Bildung leiden 2,6-mal so häufig an Adipositas wie Akademikerinnen. Arbeitslose Frauen sind 2,3-mal häufiger von Adipositas betroffen als Frauen, die erwerbstätig sind.

Sorge um den eigenen Körper

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung bzw. eine geringere Mortalität – mithin ein Bereich, in dem sie den Männern voraus sind. Trotzdem beurteilen Frauen ihren Gesundheitszustand subjektiv schlechter als Männer. Die Sorge um den eigenen Körper ist

bei Frauen weitaus ausgeprägter als bei Männern – Männer fühlen sich im Vergleich zu Frauen subjektiv gesünder. Frauen suchen im Schnitt öfter Ärzte auf.

Frauen sind allgemein häufiger von Krisen, Krankheiten und Armut betroffen als Männer. Einerseits ist dies eine Folge der oben beschriebenen Entwicklungen in den Bereichen Bildung und Karriere. Andererseits scheint dies teilweise auch „hausgemacht“ zu sein. Wir Frauen sind einfach sensibler und nehmen die Schwingungen unserer Umwelt, seien es positive oder negative, stärker auf.

*Martina Weilguny
Arbeitsgemeinschaft Sozial-
und Gesundheitsforschung*

Ist der Alkohol- und Tabakkonsum abhängig von Bildung und Einkommen?

Je höher der Bildungsstand, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines regelmäßigen Alkoholkonsums. Hingegen ist die Wahrscheinlichkeit, Raucher zu sein, bei einem vergleichsweise hohen Bildungsstand deutlich geringer. Diese und weitere Ergebnisse fördert eine Studie der Universität Bayreuth zum Gesundheitsverhalten in Deutschland zutage.

Alkoholmissbrauch, starkes Rauchen, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel fördern nachweislich eine Vielzahl gesundheitlicher Risiken. Detaillierte Informationen über das Gesundheitsverhalten der Menschen in Deutschland liefert das Sozio-ökonomische Panel (SOEP), eine repräsentative Befragung privater Haushalte, die das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) seit 1984 regelmäßig durchführt.

Udo und Brit Schneider, MitarbeiterInnen am Lehrstuhl

für Finanzwissenschaft der Universität Bayreuth, haben die Daten des Jahres 2006 daraufhin untersucht, ob es erkennbare Zusammenhänge gibt zwischen sozioökonomischen Faktoren, gesundheitlichem Wohlbefinden und Verhaltensweisen, die gesundheitliche Risiken erhöhen. Da Gesundheitsdaten im Rahmen des SOEP nicht in jedem Jahr erhoben werden, waren die Daten des Jahres 2006 bei Studienbeginn die aktuellsten SOEP-Daten, die alle relevanten Faktoren umfassten.

Überraschende Zusammenhänge

Bei der Auswertung der Daten stellte sich heraus, dass das Gesundheitsverhalten der Menschen in Deutschland wesentlich von drei Faktoren beeinflusst wird: Bildungsstand, Erwerbstätigkeit und Einkommen. So verringert sich bei Männern und Frauen mit einem vergleichsweise hohen Bildungsstand deutlich die Wahrscheinlichkeit, Raucher zu sein. Menschen, die keine abgeschlossene Ausbildung haben, neigen hingegen stärker zum Tabakkonsum. Ähnlich verhält es sich mit starkem Übergewicht (Adipositas): Männer und Frauen sind davon seltener betroffen, wenn sie einen Hochschulabschluss haben.

„Vermutlich sind Menschen mit höherer Ausbildung besser über die Gefahren eines starken Tabakkonsums aufgeklärt, sodass sie in dieser Hinsicht risikofreier leben wollen“, meint Brit Schneider. Sie sieht in diesem

Befund eine Chance für die Gesundheitspolitik: „Kampagnen, die in allgemeinverständlicher Form über die möglichen Folgen des Rauchens und der Fettleibigkeit informieren, können geeignet sein, zahlreiche Menschen zu entsprechenden Änderungen ihres täglichen Verhaltens zu bewegen.“

Ganz anders sieht es beim Alkohol aus – und zwar bei Männern wie Frauen. Je höher der Bildungsstand, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines regelmäßigen Alkoholkonsums. „Es erscheint wenig plausibel, dass Menschen mit einer weit überdurchschnittlichen Ausbildung ausgerechnet in puncto Alkohol schlecht informiert sind,“ erklärt Koautor Udo Schneider. „Näher liegt die Annahme, dass das Wissen um die Risiken der ‚Volksdroge Alkohol‘ durch die gesellschaftliche Akzeptanz verdrängt wird. Gerade in sozialen Milieus mit einem relativ hohen Bildungsstand kommt es nicht selten vor, dass Menschen sich wechselseitig zum Alkoholkonsum animieren.“

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Vom Bildungsgrad hängen in Deutschland oft auch der soziale Status und das verfügbare Einkommen ab. Dementsprechend führt die Auswertung der SOEP-Daten zu dem Ergebnis, dass Menschen, die in relativer Armut leben, überdurchschnittlich viel Tabak konsumieren. Hier sehen die Autoren einen Ansatzpunkt für eine staatliche Gesundheitspolitik, die mit dem Ziel, die verhaltensbedingten Krankheitskosten zu senken, Anreize für das Nichtrauchen setzen will. Eine höhere Besteuerung von Tabakwaren könnte dazu beitragen, dass der Anteil der starken Raucher an der Gesamtbevölkerung deutlich sinkt. Dies gilt wiederum nicht für alkoholische Getränke. Denn Männer und Frauen, die in relativem Wohlstand leben, neigen wiederum zu erhöhtem Alkoholkonsum. Mehr noch: Gerade in Bevölkerungsgruppen mit signifikant höherem Einkommen scheint der Alkoholkonsum besonders ausgeprägt – stärker noch als in den mittleren Einkommensgruppen.

Auffallend ist ein Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Fettleibigkeit. Bei Frauen, die über ein höheres Einkommen verfügen, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie unter starkem Über-

gewicht leiden. Bei Männern hingegen ließ sich kein Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und dem Körpergewicht feststellen.

Ebensowenig lässt die Analyse der SOEP-Daten bei Männern Abhängigkeiten zwischen der Intensität ihrer Erwerbstätigkeit (Zahl der Arbeitsstunden) und ihrem Alkohol- oder Tabakkonsum erkennen. Dagegen ist der Anteil der Raucherinnen in der Gruppe der erwerbstätigen Frauen überdurchschnittlich hoch. Zudem kommen die Autoren der Studie zu dem Ergebnis, dass Frauen, die über längere Zeit einem starken beruflichen Stress ausgesetzt sind, verstärkt zum Tabak- und zum Alkoholkonsum neigen. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit unter 42 Stunden sinkt dieses Konsumverhalten, und auch starkes Übergewicht ist dann weniger verbreitet.

Gesundheitsverhalten und gesundheitliches Wohlbefinden

Die beiden Bayreuther Autoren haben in ihrer Studie auch untersucht, wie sich Alkohol- und Tabakkonsum auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirkt. „Dabei haben wir uns darauf stützen müssen, was die Teilnehmer und Teilnehmerinnen an den SOEP-Studien über ihren eigenen Gesundheitszustand berichten“,

berichtet Udo Schneider.

„Es ist wissenschaftlich belegt, dass es dabei – abhängig von Geschlecht, Alter und anderen Faktoren – zu Verzerrungen kommen kann. Diese sind aber mittlerweile in der Forschung so systematisch untersucht, dass wir sie bei der Auswertung der SOEP-Daten weitgehend korrigieren konnten.“

Im Ergebnis zeigt sich wiederum ein geschlechtsspezifischer Unterschied. Häufiges Trinken geht bei Männern in der Regel mit der Erfahrung einher, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Dagegen scheint es bei Frauen einen positiven Effekt auf das gesundheitliche Wohlbefinden zu geben. Wie sind diese abweichenden Selbsteinschätzungen zu erklären? „Ein Grund könnte darin liegen, dass Frauen dazu neigen, schon einen insgesamt moderaten Alkoholkonsum als häufiges Trinken zu bewerten. Ein moderater Konsum aber kann, anders als starkes Trinken, tatsächlich zum subjektiven Wohlbefinden beitragen“, erklärt Brit Schnei-

„Kampagnen, die in allgemeinverständlicher Form über die möglichen Folgen des Rauchens und der Fettleibigkeit informieren, können geeignet sein, zahlreiche Menschen zu entsprechenden Änderungen ihres täglichen Verhaltens zu bewegen.“

Brit Schneider

der. „Dagegen sind Männer möglicherweise geneigt, erst dann von einem häufigen Alkoholkonsum zu sprechen, wenn sie dadurch eine klare Verschlechterung ihres Gesundheitszustands erleben.“

Was das Rauchen betrifft, stimmen Männer und Frauen in der Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen überein. Sie erleben dadurch subjektiv keine signifikanten Beeinträchtigungen. Eine wesentliche Ursache hierfür sehen die Autoren der Studie in der Tatsache, dass gesundheitliche Folgen eines starken

Tabakkonsums oftmals nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Rauchen stehen, sondern sehr viel später auftreten können – manchmal erst dann, wenn die Betroffenen das Rauchen eingeschränkt oder aufgegeben haben.

Quelle: Pressemitteilung der Universität Bayreuth, 05.03.2012

Macht Arbeitslosigkeit krank?

Studien erbrachten signifikante Einflüsse der Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand sowie auf die allgemeine Lebenszufriedenheit.

Nicht selten springen einem in den letzten Wochen Schlagzeilen wie „Arbeitslosigkeit steigt kräftig an“ (ORF); „Jeder zweite befürchtet mehr Arbeitslose“ (der Standard) oder „Sechs Prozent mehr Arbeitslose im August“ (Kurier) ins Auge. Tatsächlich konnte im Sommer 2012 ein Ansteigen der Arbeitslosigkeit beobachtet werden. Dabei ist die Zahl der Arbeitslosen im Vergleich zum August des Vorjahres um 6,1 Prozent gestiegen. Mit Stand August 2012 sind dabei in Österreich 232.661 Personen beim AMS arbeitslos gemeldet. Das sind um 13.414 mehr als im August 2011 (vgl. Arbeitsmarktservice Österreich 2012).

Die ökonomischen Aspekte von Arbeitslosigkeit sind allseits bekannt und viel diskutiert – doch was ist mit den Einflüssen auf die Gesundheit? Definiert sich unsere Gesellschaft doch allzu sehr durch die Berufstätigkeit. Studien ergeben dabei signifikante Einflüsse der Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand und auch auf die allgemeine Lebenszufriedenheit.

Dabei schätzen Arbeitslose ihren Gesundheitszustand generell schlechter ein als Erwerbstätige. Nur 69 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen ohne Arbeit fühlen sich gesundheitlich gut oder sehr gut, verglichen mit 88 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen in Erwerbstätigkeit. Ein beachtenswerter Prozentanteil (Männer 11% bzw. Frauen 17%)

empfinden ihren Gesundheitsstatus sogar als schlecht bzw. sehr schlecht. Besonders hoch ist der Anteil an chronischen Erkrankungen. Das Risiko von chronischen Erkrankungen ist für arbeitslose Männer 1,8 Mal so hoch wie für Erwerbstätige, wobei das Risiko für Frauen mit einem Faktor von 2,5 noch höher ist.

Am häufigsten treten chronische Angstzustände und Depressionen, Wirbelsäulenprobleme, Arthrose, Arthritis und Gelenksrheumatismus, Bluthochdruck, Diabetes sowie Migräne und häufige Kopfschmerzen auf. Dabei ist die Gefahr, als arbeitsloser Mann an einer Depression zu erkranken, 7,1-mal so hoch wie für einen erwerbstätigen Mann, was einen starken Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit indiziert. (vgl. Statistik Austria 2008)

Dauer der Erwerbslosigkeit

Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, umso schwieriger wird es für den Betroffenen, sein Selbstbewusstsein und auch häufig seine Gesundheit zu erhalten. Dabei geht es nicht nur um die eigentliche Arbeitslosigkeit, auch äußere Faktoren spielen eine Rolle. Das Gefühl, eine Last zu sein für andere Menschen, und gleichzeitig auch die teilweise Stigmatisierung wirken sich stark auf das psychische und auch physische Wohlbefinden aus. Dadurch kommt es Weber et al (2007) zufolge nicht selten zu negativen Auswirkungen auf das soziale Leben der Arbeitssuchenden. Festzustellen sind vor allem:

- der Verlust sozialer Kontakte (soziale Isolation)
- eine fehlende Zeit-/Tagesstrukturierung
- finanzielle Probleme, Verschuldung
- ein schlechtes Wohnumfeld (Lärm, Emissionen, „Gettoisierung“ – drohende Obdachlosigkeit)
- die Zunahme familiärer Konflikte (häusliche Ge-

walt, Partnerschafts-/Sexualitätsprobleme)

- Intergenerationeneffekte (verminderter Selbstwert/höhere Suizidraten bei Kindern von Arbeitslosen)

Durch den Verlust der Erwerbstätigkeit und des gewohnten Tagesrhythmus können sich auch der Lebensstil und das eigene Verhalten im Bezug auf die Gesundheit ändern. Es kommt zu vermehrtem Suchtmittelkonsum (Nikotin, Alkohol, Drogen), Fehlernährung mit Folgen wie Übergewicht oder Unterernährung, geringerer körperlicher Aktivität, veränderten Schlafgewohnheiten und einem erhöhten Unfallrisiko. All diese Faktoren beeinflussen die Gesundheit und können zu einer steigenden Morbidität führen.

Arbeitslosigkeit und somatische Erkrankungen

Laut Weber et al (2007) kommt es bei Arbeitslosigkeit überdurchschnittlich häufig zu folgenden somatischen Erkrankungen:

- Adipositas
- Fett-/Kohlenhydratstoffwechselstörungen
- metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ II
- arterielle Hypertonie
- koronare Herzerkrankung (Myokardinfarkt)
- Schlaganfall
- periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Magen-/Darmbeschwerden (zum Beispiel Gastritis, Ulkusleiden, Reizdarm)
- Leberleiden (zum Beispiel Fettleber, Leberzirrhose)
- Immunsuppression (beispielsweise gehäufte Infekte)
- Atemwegserkrankungen (zum Beispiel chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- bösartige Neubildungen

Dabei ist die Datenlage bezüglich der Einflüsse von Arbeitslosigkeit auf die körperliche Gesundheit nicht eindeutig. Gesundheitliche Folgen werden von Determinanten wie Alter, Geschlecht, Dauer der Arbeitslosigkeit, Vorerkrankungen, dem sozioökonomischen Status, Qualifikation/Bildung, Biografie, Persönlichkeit, der sozialen Unterstützung und individuellen Bewältigungsressourcen beeinflusst und können so nur schwer verallgemeinert werden. Gleichzeitig könnte man sich die Frage stellen, ob es die Arbeitslosigkeit ist, die krank macht, oder doch die Krankheit, die

arbeitslos macht. Dies wäre jedoch eine andere und komplexere Fragestellung.

Zusammengefasst kann man sagen, dass sich Arbeitslosigkeit auf die psychosoziale Gesundheit auswirkt, jedoch nicht automatisch mit einer Verschlechterung der körperlichen Gesundheit einhergeht. Die Wahrscheinlichkeit, als Nicht-Erwerbstätiger zu erkranken, ist zwar bei bestimmten Krankheitsbildern häufiger, wird jedoch von individuellen Variablen und Bewältigungsstrategien beeinflusst.

Evelyne Dachgruber

Quellen:

- Andreas Weber, Georg Hörmann, Walther Heipertz (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, H. 43.
- Arbeitsmarktservice Österreich (Hg.) (2012): 2012/08-2012/08 Region Österreich, Gesamtübersicht über die Arbeitslosigkeit (GÜ100). Online verfügbar unter <http://iambweb.ams.or.at/ambweb/>, zuletzt geprüft am 13.09.2012.
- Klimont J., Ihle P., Baldaszi E., Kytir J. (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Statistik Austria. Wien.

Neue Online-Plattform „e-Learning – Finanzkompetenz“

Nachdem der oberösterreichische Finanzführerschein erfolgreich umgesetzt wurde, beschreitet die Schuldnerhilfe OÖ mit der Plattform „e-Learning Finanzkompetenz“ neue Wege in der Präventionsarbeit.

In vorerst sechs Themenbereichen werden online Lernmodule bereitgestellt, deren Inhalte von den SchülerInnen selbstständig am Computer bearbeitet werden. Dabei wechseln sich Informationen, interaktive Elemente, Wissens-Checks und Videosequenzen ab.

„e-Learning Finanzkompetenz“ wurde speziell für den Unterricht in der 10. bis 12. Schulstufe AHS, BMS und BHS entwickelt und ist kostenfrei zugänglich.

www.finanzkompetenz.at

Sprachbarriere als Versorgungsbarriere

Zur Situation von MigrantInnen als PatientInnen im österreichischen Gesundheitswesen

Menschen mit Migrationshintergrund aus Drittstaaten sind nicht nur hinsichtlich ihrer sozialen Chancen benachteiligt, sie weisen auch bei vielen Gesundheitsindikatoren ungünstigere Werte auf. Dabei ist vor allem die zum Teil deutlich höhere Prävalenz von chronischen Erkrankungen besorgniserregend: Zuwanderer aus der Türkei und den Staaten des ehemaligen Jugoslawien leiden häufiger unter Erkrankungen des Stützapparates, unter Bluthochdruck, Diabetes, Migräne und häufigen Kopfschmerzen sowie unter chronischen Angstzuständen und Depressionen (vgl. Statistik Austria 2010: 65, IGP 2005). Bei der Vorsorge weisen Menschen mit Migrationshintergrund nachteilige Ergebnisse auf (vgl. Statistik Austria 2012: 69): Sie nehmen weniger Programme zur Vorsorge und Früherkennung in Anspruch. Auch beim Gesundheits-

verhalten (insb. Rauchen, Bewegung) und bei den Lebensverhältnissen (Beruf, Wohnen) liegen Menschen mit Migrationshintergrund ungünstiger als der österreichische Durchschnitt.

Forschungsbedarf

Zur Situation von MigrantInnen als PatientInnen im österreichischen Gesundheitswesen gibt es noch Forschungsbedarf. Erfahrungsberichte sowie eine häufig zitierte deutsche Untersuchung von Bilgin/Knipper (2009) lassen jedoch auf zahlreiche Probleme schließen: Bilgin/Knipper (2009: 65) unterscheiden diesbezüglich zwei Problemfelder: Zugangshindernisse und Versorgungsmängel.

Unter den Zugangshindernissen subsumieren die beiden Autoren die geringere Teilnahme an Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen sowie eine teilweise geringere, teilweise ungeeignete Nutzung der Versorgungseinrichtungen. Die wenigen verfügbaren Informationen aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 bestätigen dies teilweise auch hierzulande.

Die Versorgungsmängel bezeichnen Bilgin/Knipper (2009: 67) als „außerordentlich besorgniserregend“. Vor allem die Sprachbarriere beeinträchtigt die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen und erhöht das Risiko von Fehldiagnosen, Endlosdiagnostik, Drehtüreffekten, Polypharmazie und Polypragmasie.¹ Besonders folgenschwer sind diese Probleme bei der Diagnostik und Therapie chronischer Erkrankungen, die eine Anpassung des Lebensstils erfordern.

Handlungsbedarf

Während im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention bereits zahlreiche Initiativen für MigrantInnen gesetzt werden, bleibt es bei der Kommunikationsbarriere im Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn derzeit noch bei „Notlösungen“. Große Versorgungsinstitutionen behelfen sich teilweise mit internen Laien-Dolmetschernetzwerken. Vielfach werden – teils noch minderjährige – Angehörige für die Übersetzung hinzugezogen. Eine Qualitätssicherung findet nicht statt. Das wirft rechtliche und ethische Fragen auf, mit denen engagierte BehandlerInnen derzeit noch alleine gelassen werden. Das Pilotprojekt zum

¹ Als Polypragmasie bezeichnet man ein therapeutisches oder diagnostisches Vorgehen, das durch eine große Zahl verschiedener, unkoordinierter und oft sinnloser ärztlicher Maßnahmen gekennzeichnet ist. Die Polypragmasie ist vor allem in der Arzneitherapie verbreitet. Hier führt sie zu einem exponentiell steigenden Risiko für Wechsel- und Nebenwirkungen (Quelle: <http://flexikon.doccheck.com/de/>)

MiA-Award 2013

Mit dem MiA-Award werden bemerkenswerte Frauen mit Migrationshintergrund vor den Vorhang gebeten und für ihre Erfolge in und für Österreich ausgezeichnet. Bewerben können sich Frauen mit Migrationshintergrund, die ihren Lebens- und Tätigkeitsmittelpunkt in Österreich haben und in folgenden Kategorien Herausragendes für bzw. in Österreich geleistet haben: Wissenschaft & Forschung; Wirtschaft; Humanitäres & gesellschaftliches Engagement; Kunst & Kultur; Sport. Sie können sich selbst oder Ihre Favoritin bewerben.

Für die Teilnahme an der MiA bitte das Einreichformular unter www.mia-award.at downloaden und vollständig ausgefüllt (inkl. Beilagen) an das MiA-Office senden:

office@mia-award.at oder an das MiA-Office, 2345 Brunn/Gebirge, Gewerbelagerweg 8a. Die Einreichfrist für die MiA 2013 läuft bis 30.11.2012.



Präsentation des Ausstellungsprojektes „Gesundheit hier und anderswo“ in der OÖ Gebietskrankenkasse durch die Projektgruppe, gemeinsam mit GKK-Direktorin Andrea Wesenauer (links) und den Lehrveranstaltungsleiterinnen Katharina Siegl und Angela Wegscheider (rechts).

Videodolmetschen der Plattform Patientensicherheit (www.plattformpatientensicherheit.at) könnte ein wichtiger Schritt zum Abbau von Versorgungsmängeln für Zuwanderer sein.

Ausstellungsprojekt „Gesundheit hier & anderswo“

Welche Erfahrungen und Kompetenzen bringen Zuwanderer aus ihren Herkunftsländern in Bezug auf die Gesundheitsversorgung mit? Wie geht es ihnen damit im österreichischen Versorgungssystem? Das waren Fragen, die sich eine Gruppe Studierender im Bachelor- bzw. Diplomstudium Sozialwirtschaft an der JKU Linz im Studienjahr 2011/12 im Rahmen eines Forschungsprojektes gestellt haben. Das Ergebnis des Projektes wurde am 18. September in Form einer Wanderausstellung in der OÖ. Gebietskrankenkasse präsentiert. Ziel der Ausstellung ist es, ProfessionistInnen im Gesundheitswesen im Hinblick auf die sozialen und kulturellen Horizonte ihrer Patientinnen und Patienten zu informieren und auf diese Weise das Verständnis füreinander zu fördern. Dafür wurden stellvertretend für vier Herkunftsregionen vier Länder ausgewählt: Bosnien und Herzegowina, Türkei, Iran und Nigeria. Mittels Literaturrecherche haben die Studierenden die Gesundheitssysteme und die

Versorgungssituation in den Ländern untersucht und mit Erkenntnissen aus qualitativen Interviews angereichert. Durch Schwerpunktsetzungen – z.B. Versorgungsstrukturen, Geburtsvorbereitung, Medikamente, transglobale Netzwerke, Gesundheitsvorsorge – entstanden facettenreiche Bilder von Unterschieden, aber auch Gemeinsamkeiten im sozialen Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

Katharina Siegl

Informationen zum Projekt bei katharina.siegl@oegkk.at

Literatur

- Bilgin,Yasar / Knipper, Michael (2009): Migration und Gesundheit. KAS Berlin
- IGP-Institut für Gesundheitsplanung (2005): Erkrankungen bei MigrantInnen und InländerInnen, Sonderauswertung für den PGA, Linz.
- Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07. Wien
- Statistik Austria (2010): Migration & Integration. Zahlen. Fakten. Indikatoren 2010. Wien
- Statistik Austria (2012): Migration & Integration. Zahlen. Fakten. Indikatoren 2012. Wien

Case Management im Krankenhaus als direkte Hilfe gegen Armut

Case Management ist ein Betätigungsfeld, welches in der sozialen Arbeit und in einem Krankenhaus tägliche Herausforderungen bietet. Die interdisziplinäre Vernetzung ist die Hauptaufgabe des Case Managements in einer Klinik. Ressourcenoptimiertes Agieren mit meist vorhandenen Barrieren kann durch eine gute Struktur im Arbeitsfeld Case Management effizient gelöst werden.

Der Sozialdienst des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Linz wurde 2011 in einer Studie der Volkshilfe Österreich als Best Practice Beispiel gegen Armut und soziale Ungleichheit als besondere Innovation hervorgehoben. Die Sozialarbeit im Krankenhaus ist eine Teildisziplin der klinischen Sozialarbeit und definiert sich durch spezifische Aufgaben, die durch den stationären und ambulanten Aufenthalt und das damit verbundene Entlassungsmanagement beschränkt werden. (Bienz, Reinmann, 2004) SozialarbeiterInnen im Krankenhaus beraten und begleiten PatientInnen aller Altersgruppen (und bei Bedarf deren Angehörige), deren Lebenssituation sich aufgrund von Krankheit und Behinderung in physischer, psychischer, sozialer, beruflicher, wirtschaftlicher und/oder in anderer Hinsicht verändert hat. (Göcker, Reen, Nau, 2002)

Der soziale Dienst eines Krankenhauses zeichnet sich durch Interdisziplinarität zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen intra- und extramural, durch eine wertneutrale Position in der Beratung und eine erschöpfende Organisation der möglichen Ressourcen aus. Unabhängig von Religion, Politik, gesellschaftlicher Position oder sonstigen diskriminierenden Faktoren werden die KlientInnen wertneutral und nach ethischen Prinzipien beraten, die weitere Versorgung oder die nächsten Schritte im Sinne des Patienten oder der Patientin mit den Angehörigen oder öffentlichen Institutionen veranlasst. Die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes im Krankenhaus haben den Auftrag, für die PatientInnen die bestmögliche Entscheidung in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, der Pflege und extramuralen Institutionen im Case Management zu fördern.



Anna Maria Dieplinger, Gesundheitssoziologin und Leiterin der Abteilung Sozialdienst am Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz. Foto: privat

Individuelle Ressourcen mobilisieren

Es soll vermieden werden, dass PatientInnen, die nach einem Krankenhausaufenthalt entlassen wurden, schon nach kurzer Zeit wieder eingeliefert werden, weil der oder die PatientIn zu Hause nicht zurechtkommt oder die Medikamente nicht leistbar sind. Die MitarbeiterInnen des Case Managements sollen helfen, KlientInnen auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt vorzubereiten, ihnen praktische Tipps für ihren Alltag zu geben und das soziale Umfeld so zu organisieren, dass es funktioniert. Zusätzlich ist es die Aufgabe eines/r SozialarbeiterIn, individuelle Ressourcen zu mobilisieren, die den Patienten/die Patientin selber, das soziale Umfeld oder extramurale Schnittstellen betreffen.

Besonders bei komplikationsreichen oder langwierigen chronischen Erkrankungen, welche die PatientInnen belasten und bei denen das soziale Befinden den Heilungsverlauf beeinflusst, bietet der Sozialdienst den KlientInnen persönliche Hilfe und Unterstützung. Mit ihren Leistungen trägt die Soziale Arbeit im Case Management zu einer Perspektivenerweiterung im Gesundheitswesen bei und ist vor allem bei chronischen und komplikationsreichen Erkrankungen unabdingbar. (Ansen, Gödecker-Geenen, Nau, 2004, S. 13f)

Die Vermittlung genauer Informationen, möglicher Auswirkungen und Konsequenzen auf die Lebensqualität, auf das soziale Umfeld und das Alltagsleben können den Betroffenen helfen, sich auf die Krankheit und deren Folgen vorzubereiten und ungeplante Überraschungen zu minimieren. Durch Informationen haben die PatientInnen die Möglichkeit, über ihr Verhalten und die Behandlung teilweise selbst zu bestimmen und dadurch die Entwicklung der Krankheit zumindest in eine Richtung lenken zu können. (Ansen, Gödecker-Geenen, Nau, 2004, S. 16-17) Informationen über mobile Dienste, Notrufe und regionale Angebote gehören zu den wesentlichen Bereichen im Case Management im Krankenhaus.

Soziale Netzwerke aktivieren

Netzwerke können den Betroffenen emotionale sowie materielle oder finanzielle Unterstützung bieten. Die SozialarbeiterInnen des sozialen Dienstes eines Krankenhauses aktivieren in erster Linie soziale Netzwerke, vertraute Personen und Angehörige. Damit PatientInnen eine Krankheit gut bewältigen können, ist es wichtig, dass sie ein Kohärenzgefühl entwickeln. Dies kann aufgebaut und erhalten werden, wenn das primäre Netz, also Familie und Freundeskreis, sowie das sekundäre Netz, wie Selbsthilfegruppen und Vereine, einbezogen und genutzt werden. (Antonovsky, 1997, S. 33f).

Sozialarbeit in Krankenhäusern definiert sich unter anderem durch Soziale Beratung, Krisenintervention, sozialanwaltschaftliches Engagement, praktische Hilfen im Alltag, Hilfe bei der Bewältigung sozialer, materieller und persönlicher Probleme und allgemeine Unterstützung und Weiterversorgung von PatientInnen und deren Angehörigen. Um Soziale Arbeit im Krankenhaus umsetzen zu können, bedarf es fundierter methodischer sozialarbeiterischer Kompetenzen im Case Management. Fähigkeiten zur Gesprächsführung, Krisenintervention, Gesundheitsberatung, Vermittlung lebenspraktischer Fähigkeiten, Erschließung von Sozialleistungen und Organisation und Koordination von Nachsorgemaßnahmen zählen zu den Voraussetzungen, um erfolgreiche Soziale Arbeit zu leisten.

Zu den Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit zählen im Krankenhaus unter anderem Auskunft und Beratung über Sozialleistungen, Hilfe bei der Bewältigung häuslicher Probleme, Gespräche mit Angehörigen, Hilfen für eine gesundheitsfördernde Lebensweise, Unterstützung bei der Bewältigung seelischer Konflikte, Beratung über die Folgen chronischer Erkrankungen und Beratung bei krankheitsbedingten

beruflichen Problemen. (Ansen, Gödecker-Geenen & Nau, 2004, S. 16ff)

SozialarbeiterInnen haben die Kompetenz, soziale, familiäre und persönliche Konflikte und Krisen zu erkennen und weitere Schritte in der Versorgung einzuleiten. Überweisungen zu PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen, MedizinerInnen oder die Einbeziehung der Pflege unterstützen die Sozialarbeit im Krankenhaus.

Die Ziele der Sozialarbeit generell gliedern sich nach Jane Addams (1893) in drei große Bereiche: In die solidarische Teilhabe am Leben der Menschen, in die integrale Demokratie als Ausweitung der Demokratie auf alle gesellschaftliche Lebensbereiche bzw. Teilsysteme und in die Erneuerung eines Humanismus – die Hinwendung zum Menschen in seiner individuellen Würde anstelle einer herablassenden Barmherzigkeit. (Adams in Staub-Bernasconi, 2007, S. 62) Die heutige Sozialarbeit im Krankenhaus beinhaltet die Teilhabe am Leben der Menschen – dem sozialen Netz, weiters das demokratische Agieren zwischen den Akteuren und den Systemen und die Mobilisation von individuellen Ressourcen. Eine soziale Intervention ist dann gelungen, wenn KlientInnen in den eigenen Fähigkeiten motiviert und unterstützt werden können und letztlich für die KlientInnen die optimalen Wege in der Versorgung eingeleitet werden.

Weniger „DrehtürpatientInnen“ als Ziel

Wenn Menschen in einer Gesellschaft zwar wieder medizinisch gesunden, diese aber nicht wissen, wo sie wie leben sollen und oftmals die Frage nach dem Geld offen bleibt, erhebt sich die Frage: In welcher Gesellschaft leben wir? „Operation gelungen, Patient unversorgt“, so könnten heutige Reformen überschrieben werden. Besonders im Versorgungsektor ist es wichtig, dass monetäre Ressourcen überdacht und hinterfragt werden, jedoch wäre es in einer sozialen Welt von heute erforderlich, nicht nur Kennzahlen und Messparameter quantitativ zu sehen, sondern qualitative, ganzheitliche Faktoren in die Entscheidungen miteinzubeziehen. Case Management ist eine Form der ganzheitlichen Betrachtung von Problemen, von Ressourcen und Barrieren. Wären in allen Spitälern Menschen, welche wissen, was zu tun ist, wenn Entlassungsprobleme auftreten, dann gäbe es weniger DrehtürpatientInnen – und wesentliche Kosten könnten im Vorhinein vermieden werden.

Anna Maria Dieplinger

Handlungsempfehlungen gegen Energiearmut

Mit der beginnenden Heizperiode rückt das Problem der Energiearmut wieder mehr in die Öffentlichkeit. In einem vom österreichischen Energie- und Klimafonds geförderten Projekt haben die Berater von e7 und ein SozialwissenschaftlerInnen-Team der Katholischen Sozialakademie Österreichs (ksoe) politische Handlungsempfehlungen erarbeitet, die Energiearmut vermeiden bzw. ihre negativen Auswirkungen so gering wie möglich halten sollen. Gleichzeitig wurden Energietipps ausgefeilt, die SozialberaterInnen unterstützen, Energiethemen im Rahmen von KlientInnengesprächen kompetent bearbeiten zu können.

Eine immer größere Zahl an einkommensschwachen Haushalten hat Schwierigkeiten, ihre Energierechnung zu bezahlen bzw. Wohnräume adäquat zu beheizen. Laut Statistik Austria konnten im Jahr 2010 313.000 ÖsterreicherInnen ihre Wohnung nicht „angemessen warm halten“, um ein Drittel mehr als 2009. Steigende Energiepreise verschärfen die Situation zusätzlich. Während in England schon über 20 Jahre an Forschungsarbeit und Entwicklung politischer Rahmenbedingungen zu Energiearmut - Fuel Poverty - besteht, gewinnt das Thema erst jetzt auch in Österreich im Bereich der Forschung, der Sozialeinrichtungen und der Politik an Aufmerksamkeit.

Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit

Im Rahmen eines vom österreichischen Klima- und Energiefonds geförderten Projektes haben das Unternehmen „e7 Energie Markt Analyse GmbH“ und die Katholische Sozialakademie Österreichs (ksoe) unter Einbindung von Sozialeinrichtungen in den letzten zwei Jahren Lösungsbeiträge zur Vermeidung und Minimierung von Energiearmut erarbeitet.

Dazu wurden sowohl mit Sozial- und SchuldenberaterInnen als auch mit KlientInnen von Sozialeinrichtungen umfangreiche Tiefeninterviews zu den Erfahrungen mit Energiearmut geführt. Weitere Daten wurden quantitativ erhoben und ausgewertet. Georg

Benke (e7), Projektverantwortlicher, dazu: „Obwohl der Energieverbrauch in einkommensschwachen Haushalten pro Person um bis zu 30 Prozent geringer ist als im österreichischen Durchschnitt, geben diese Haushalte knapp 10 Prozent des Haushaltsbudgets für Energie aus.“ Wie die Untersuchung zeigte, setzt der interviewte Personenkreis bereits aufgrund der budgetären Situation den Energieverbrauch herab. Margit Appel (ksoe): „Das ist nur durch Einschränkungen möglich, die durchaus Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen haben.“

Katalog mit 33 Handlungsempfehlungen erarbeitet

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurde ein Katalog von 33 Handlungsempfehlungen im Bereich Energiewirtschaft und Energiepolitik erarbeitet. Diese richten sich an die Politik, an Energieversorgungsunternehmen (EVUs), aber auch an Förderstellen und Sozialeinrichtungen. Georg Benke (e7) betont, dass sich die EVUs in diesem Fall „nicht aus der Verantwortung stehlen dürfen“ und „ihren aktiven Beitrag leisten müssen“. Der folgende Auszug zeigt das Spektrum der Empfehlungen auf:

- Definition der „politischen“ Zuständigkeiten, da Energiearmut eine Querschnittsmaterie darstellt;
- Gesetzliche Änderung des ELWOG (Elektrizitätswirtschafts- und -organisationsgesetz);
- Abbau von Zugangshemmnissen bestimmter Kundengruppen zum liberalisierten Strommarkt;
- Nominierung von AnsprechpartnerInnen bei den EVUs;
- Überarbeitung bzw. Implementierung diverser Förderungen.

Bei den fast 50 Energietipps werden unter anderem einfache Energiesparhelfer vorgestellt, die Bewertung des Energieverbrauchs aufgezeigt oder erläutert, wie eine Energierechnung nachvollziehbar wird. Die Energietipps sind nicht nur für SozialberaterInnen interessant, sondern für all jene, die nach umfassenden Einsparmöglichkeiten in ihrem Haushalt suchen. Auf der Webseite www.fuelpoverty.at sind diese Tipps allgemein zugänglich, ebenso wie die politischen Handlungsempfehlungen und die Projektergebnisse.

Quelle: ksoe-Pressemitteilung, 27.09.2012

Was kommt nach dem Wachstum?

Nicht nur die ökologischen Grenzen, sondern auch die realwirtschaftliche Daten legen die Auseinandersetzung mit einer Postwachstumswirtschaft nahe, meint der Nachhaltigkeitsforscher Hans Holzinger und stellt die Frage: Was kommt nach dem Wachstum?

Unser Wohlstand hat uns viele Annehmlichkeiten beschert. Wir können uns vieles leisten, was für unsere Vorfahren unvorstellbar war. Doch dieser Wohlstand wirft Schatten: Die Mehrzahl der Menschen ist nach wie vor von ihm ausgeschlossen, immer mehr drohen hinauszufallen. Und bei denen, die der Wohlstand einschließt, steigt der Stress. Zudem basiert das System auf Schulden. Wir leben auf Pump – ökologisch und finanziell. Eine Postwachstumsperspektive könnte Entlastung bringen und als Befreiungsschlag wirken wider das Beschleunigungskarussell.

Welche ökonomischen Parameter sind zu berücksichtigen?

Zunächst gilt es zu unterscheiden zwischen linearem und prozentuellem Wachstum. Prozentuelles Wachstum bedeutet exponentielles Wachstum: Das „Mehr“ soll immer noch mehr wachsen. Ein Ding der Unmöglichkeit. Vorgegaukelt wird ein falsches Bild. Ein Prozent Wachstum gilt in der Regel bei Wirtschaftsforschern als „schwaches Wachstum“. Doch: Ein Prozent Wirtschaftswachstum in einem reichen Land entspricht etwa 10 Prozent in einem Schwellenland oder 30 bis 50 Prozent in einem armen Land. Reiche Volkswirtschaften brauchen daher nicht mehr oder nur mehr linear wachsen.

Zudem ist wieder nach dem grundsätzlichen Ziel von Wirtschaften zu fragen. Dieses liegt in der Befriedigung des menschlichen Bedarfs an Gütern und Dienstleistungen. Es geht darum, uns ein gutes Leben zu ermöglichen. Nun sagt uns die Zufriedenheitsforschung, dass sich ab einem gewissen materiellen Niveau Lebensqualität und Wirtschaftswachstum entkoppeln – das BIP kann weiter wachsen, doch die Lebenszufriedenheit stagniert. Gründe dafür gibt es mehrere. Die Anspruchsfalle etwa: Je mehr wir haben, umso mehr wollen wir dazu. Oder die Vergleichsfalle: Wir wollen haben, was andere auch haben und trei-



Hans Holzinger. Quelle: JBZ

ben uns in unseren Ansprüchen nach oben, ohne dadurch zufriedener zu werden. Für Lebenszufriedenheit brauchen wir also offensichtlich kein Wirtschaftswachstum mehr.

Aber was ist mit der Finanzierung der Sozialleistungen sowie der Hintanhaltung von Arbeitslosigkeit? In der Tat erfordert Wirtschaften ohne Wachsen ein Umverteilen des Vorhandenen: an Erwerbsarbeit durch kluge Modelle der Arbeitszeitverkürzung; an Produktivitätsfortschritten durch stärkere Heranziehung der Vermögenden zur Finanzierung der Sozialleistungen. Ein zukunftsfähiger Wohlstandskuchen erfordert nicht nur neue, nachhaltige Ingredienzien, sondern auch eine bessere Verteilung der Kuchenstücke. Das hat nichts mit der Ablehnung des Leistungsprinzips zu tun. Im Gegenteil: Es rückt dieses vielmehr ins rechte Licht. Denn niemand kann das 200-fache eines anderen leisten, die Einkommensspreizungen bewegen sich jedoch in diesen Sphären. Überdies sind Gesellschaften mit weniger Ungleichheit auch zufriedener und gesünder. Die Kriminalitätsraten sinken, die Integrationsleistungen steigen, wie die britischen Sozialforscher Kate Pickett und Richard Wilkinson in „Gleichheit ist Glück“ herausgefunden haben.

Was soll weiter wachsen? Kapitalismus ohne Wachstum?

Eine Wirtschaft, die nicht mehr wächst, bedeutet freilich nicht, dass gar nichts mehr wächst. Wachsen sollen Dinge, die wir wirklich brauchen: Energie- und Mobilitätssysteme, die auch nach Peak Oil Bestand haben und dem Klima nicht weiter einheizen, oder lebensdienliche Einrichtungen wie gute Kindergärten, attraktive Schulen und Universitäten, die menschliche Entwicklung fördern. In ökonomischen Begriffen:

Wachsen kann der „öffentliche Konsum“, der „private Konsum“ könnte durchaus schrumpfen – denn nicht alles, was wir kaufen, ist dem Leben zuträglich. Und Wirtschaftsentwicklung heißt immer auch Strukturwandel – überdimensionierte Banken, Dinosaurier-technologien wie Autos mit Verbrennungsmotoren oder Kraftwerke mit Kohle- oder Stromstrom können durchaus verschwinden.

Bleibt die Frage, ob Kapitalismus ohne Wachstum möglich ist – in der Tat die Gretchenfrage. Wirtschaften im Kapitalismus basiert auf einer Rollenteilung: Die einen haben Geld und geben dieses für Investitionen in der Erwartung auf Rendite. Die anderen produzieren damit Werte – als Unternehmer ebenso wie als Arbeitnehmer. Liegen die Zinserwartungen der Gläubiger über den Wachstumsraten, so entsteht ein Problem. Der produzierte Mehrwert reicht nicht mehr aus, um Geldgeber, Unternehmer und Arbeitnehmer befriedigend zu entlohnen. Verschärfend wirkt das Ansteigen der Rohstoffpreise sowie der Defensivkosten – auch die Natur gibt es nicht kostenlos! Der renommierte Ökonom Hans Christoph Binswanger spricht daher von einer „Wachstumsspirale“, geht aber davon aus, dass 1,5 Prozent Wachstum weltweit reichen, um der Deflation, d.h. dass Unternehmen aufhören zu investieren, zu entgehen. Gelenktes Wachstum wäre jenes, das Mittel dorthin leitet, wo tatsächlich Bedarf besteht. Und den gibt es – eine Milliarde Menschen leidet an Hunger, ist ausgeschlossen von funktionierender Wasserversorgung oder Elektrizität. Voraussetzung für dieses gelenkte Wachstum wäre „dienendes Geld in einer vernetzten, solidarischen Weltgesellschaft“. Als Maßnahmen hierfür sind etwa zu nennen:

- die Begrenzung der Finanzmarktgewinne und die

Unterbindung von Finanzspekulation;

- die Finanzierung von nachhaltigen Entwicklungsprojekten durch Weltsteuern auf CO₂, Rüstungs- und Finanzgeschäfte, wie dies die Global Marshall Plan Initiative fordert;
- der weltweite, offene Zugang zu Wissen und Knowhow;
- die Etablierung neuer, weniger auf Fremdkapital und Renditen angewiesener Unternehmensformen nach Stiftungs- und Genossenschaftsrecht;
- die Zurückdrängung der privaten und öffentlichen Verschuldung als falsche Wachstumsmotoren;
- die Verkürzung der Wertschöpfungsketten und damit der Abhängigkeiten von Zwischenfinanzierungen;
- damit zusammenhängend die Ausweitung der Regionalwirtschaft, die unabhängiger von internationalem Kapital macht und der Aufbau von Regionalwährungen
- sowie generell die Zurückdrängung der Geldökonomie durch Konsumbegrenzung in den reichen Ländern, ermöglicht durch Ausweitung des Selbermachens und gemeinschaftlicher Arbeit in Tauschbeziehungen.

Hans Holzinger

Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Robert-Jungk-Bibliothek für Zukunftsfragen in Salzburg. 2012 ist sein Buch „Neuer Wohlstand. Leben und Wirtschaften auf einem begrenzten Planeten“ (JBZ-Verlag) erschienen. <http://neuerwohlstand.wordpress.com>

Das Evaluierungsprojekt Proqualis

Ermittlung der Qualität von Dienstleistungen der oberösterreichischen Behindertenhilfe aus Sicht der NutzerInnen

Proqualis ist ein Projekt des unabhängigen, außer-universitären Forschungsinstitutes KI-I (Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der

Integration von Menschen mit Behinderungen), das es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Lebensqualität von Menschen mit Lernschwierigkeiten¹ in Einrichtungen der oberösterreichischen Behindertenhilfe zu erfassen. Entsprechend dem Leitsatz „Alles okay oder kann

¹ Menschen mit geistiger Beeinträchtigung finden diese Bezeichnung abwertend und nicht wertschätzend und möchten daher nicht als solche bezeichnet werden. Mit der Begründung, sie seien nicht dumm und können alles lernen, wenn sie geeignete Mittel und genügend Zeit zur Verfügung haben, möchten sie ausdrücklich als „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ bezeichnet werden. Diese Bezeichnung hat sich bereits in vielen Bereichen durchgesetzt.

man noch etwas besser machen?“ evaluiert das multiprofessionelle Team von Proqualis die Qualität von Wohn- und Arbeitsdienstleistungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Dies geschieht durch die direkte Befragung der NutzerInnen von Einrichtungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Durch die Beteiligung von NutzerInnen an Evaluierungen soll die Qualität von Dienstleistungen aus Sicht von Betroffenen erfasst und auf Grundlage neu gewonnener Erkenntnisse optimiert werden (vgl. Fröhlich / Konrad 2009: 20). Rein objektive Einschätzungen von Dienstleistungen der Behindertenhilfe zielen auf fachliche Standards ab und beziehen sich auf feststellbare strukturelle, institutionelle und personale Aspekte. (Seifert 2006: 3). Sie sind zwar eine wichtige Bestimmungsgröße, aber alleine noch kein hinreichender Gradmesser für Qualität. Eine NutzerInnenbefragung stellt eine notwendige Ergänzung bzw. Erweiterung zur Konzeption von Qualitätsentwicklungssystemen dar. Ein entscheidendes Kriterium ist die Perspektive von Menschen mit Lernschwierigkeiten, denn, so Heiner Keupp, die Qualität kann am besten vom Dienstleistungsempfänger selbst beurteilt werden. In diesem Sinne postuliert er:

„Wir haben kein Recht für die Betroffenen [...] zu definieren, was gut und qualitativ ist. Dieses [...] Handeln birgt die Gefahr der Bevormundung, der fürsorglichen Belagerung. Notwendig ist vielmehr eine [...] Empowerment-Perspektive und die ist ohne weitestgehende Einbeziehung der Betroffenen nicht vorstellbar.“ (Keupp 1998: 35)

Ziel von Proqualis ist es, authentische Rückmeldungen über die Qualität von Leistungen zu erhalten, und aufzuzeigen, wie sie tatsächlich bei den NutzerInnen ankommt und wahrgenommen wird. Mit diesem nutzerInnen- und ergebnisorientierten Ansatz will Proqualis jene Verfahren und Modelle des Qualitätsmanagements ergänzen, die sich am Outcome orientieren und sich primär auf Prozess- und Strukturqualität konzentrieren (vgl. Fröhlich / Konrad 2009: 13). So ist es nicht nur möglich, den Trägerorganisationen in ihrer Rolle als Dienstleistern detaillierte Informationen über ihre Qualität aus NutzerInnen-sicht zu liefern, sondern auch dem Sozialressort des Landes Oberösterreich als Financier der Leistungen ungefiltert aufzuzeigen, welche Leistungsqualität für das Geld geboten wird.²

Die Prinzipien von Proqualis

Die Prinzipien von Proqualis orientieren sich inhaltlich

² Auch das Projekt Proqualis wird aus Mitteln des Sozialressorts des Landes Oberösterreich unterstützt.

am Konzept des Empowerments und an den Maximen von Integration, Normalisierung, Selbstbestimmung, Partizipation und Inklusion.

Der Fokus von Proqualis liegt auf der NutzerInnen-sicht – denn nur sie können beurteilen, ob sie mit der Qualität des Angebotes zufrieden sind. Proqualis gelingt es damit, objektive Bedingungen (Standards) und subjektive Zufriedenheit (NutzerInnen-sicht) miteinander zu verknüpfen.

Menschen mit Lernschwierigkeiten im Evaluierungsprozess

Menschen mit Lernschwierigkeiten können auf unterschiedliche Weise an einem Evaluierungsprozess beteiligt sein. Einerseits können sie Forschungsobjekte, typischerweise Befragte, sein, andererseits können sie auch als Forschungssubjekte involviert sein und aktiv an der Durchführung einer Evaluation mitwirken. Zarb (1998 nach Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 109) spricht in diesem Kontext von partizipativer und emanzipatorischer Forschung. Partizipativ meint die Beteiligung von Menschen mit Lernschwierigkeiten als befragte Personen und mit emanzipatorisch ist gemeint, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten als ExpertInnen in eigener Sache in den gesamten Forschungsprozess mit einbezogen werden (vgl. Fröhlich / Konrad 2009: 22).

Proqualis integriert Menschen mit Lernschwierigkeiten unter beiden Ansätzen: Zum einen sind sie maßgeblich an der Entwicklung und Handhabung des Fragebogens beteiligt und zum anderen übernehmen sie eine wichtige Rolle als InterviewpartnerInnen bei der Datenerhebung.

Die QualitätsevaluatorInnen von Proqualis verfügen über ein fundiertes und breites Wissensspektrum, wenn es darum geht, Menschen mit Beeinträchtigungen zu befragen. Sie haben einen dreijährigen Lehrgang zum/zur QualitätsevaluatorIn erfolgreich abgeschlossen und ermöglichen den Befragten ein Interview im Austausch mit Gleichgesinnten. Bei Proqualis haben Sie die Möglichkeit, das erste Mal auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten. Um die hohen Qualitätsansprüche von Proqualis dauerhaft zu gewährleisten, erhalten die EvaluatorInnen laufend Weiterbildungen und Schulungen.

Evaluieren nach dem Peer-Ansatz

Proqualis evaluiert nach dem Peer-Ansatz. Das heißt, die EvaluatorInnen sind selbst Menschen mit Lernschwierigkeiten, die unterschiedliche Dienstleistungen der Behindertenhilfe nutzen.



Das Evaluationsteam von Proqualis. Quelle: FAB Organos

Der Begriff Peer beschreibt eine Person, die einer anderen gleich bzw. gleichgestellt ist. Dieser gleiche Sachverhalt kann sich auf verschiedene Merkmale, wie z.B. auf den sozialen Status, das Alter oder auf Können und Fähigkeiten, beziehen (vgl. Breinlinger 2011: 67). Durch diese Symmetrie der beteiligten Personen und durch das daraus resultierende Fehlen positionaler und funktionaler Autorität ergibt sich eine erhöhte soziale Nähe.

In der modernen Forschungsliteratur wird ein positiver Einfluss einer möglichst geringen sozialen Distanz zwischen InterviewerInnen und Befragten häufig betont (Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 113f). Denn wegen des gemeinsamen Erfahrungshintergrundes und ähnlicher habitueller Gewohnheiten, welche soziale Nähe ausmachen, ist es Peer-InterviewerInnen möglich, in der Interviewsituation von Anfang an eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre herzustellen, wodurch die Antworten der Befragten viel ehrlicher ausfallen als bei Menschen, bei denen die soziale Nähe nicht gegeben ist (vgl. Breindlinger 2011: 67). Menschen mit Lernschwierigkeiten, die als ExpertInnen in eigener Sache andere Menschen mit Lernschwierigkeiten befragen, genießen ein anderes Vertrauen als nicht behinderte InterviewerInnen (Vgl. Fröhlich / Konrad 2009: 26).

Entwickelt wurde der Peer-Ansatz von selbstbewussten Behinderten, die sich im Rahmen der amerikanischen „Independent Living Bewegung“ gegen die Bevormundung durch nicht behinderte Menschen, die glaubten zu wissen, was am Besten für sie sei, zu wehren begannen (vgl. Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 115f). Er gilt für Menschen mit Lernschwierigkeiten als ein wesentliches Instrument gegen langjährige Abwertung und Bevormundung durch nicht behinderte ExpertInnen, denen die Expertenschaft in eigener Sache fehlt (vgl. Fröhlich / Konrad 2009: 26).

Die Befragung von NutzerInnen durch Peers hat somit eine mehrdimensionale Relevanz: Zum einen werden Daten über die Qualitätsstandards von Einrichtungen nicht nur aus einer distanzierten Perspektive geliefert, zum anderen leistet diese Vorgehensweise zugleich einen aktiven Beitrag zum Empowermentprozess von Menschen mit Lernschwierigkeiten (vgl. Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 109).

Setting und Ablauf

Grundsätzlich kann eine Interviewsituation als eine künstliche und fremde Situation bewertet werden. Um diese Fremdheit zu verringern, ist es empfehlenswert, Befragungen in der natürlichen Umgebung der InterviewpartnerInnen durchzuführen, bevorzugt in einem

Raum, in dem sich der/die Interviewte wohlfühlt. (vgl. Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 113). Diese Rahmenbedingung ist bei den Qualitätserhebungen von Proqualis gegeben: Die NutzerInnenbefragungen finden stets an einem möglichst ruhigen und für die Befragten angenehmen Ort statt. Zudem gibt es vor jeder Evaluierung einen Kennenlern-Besuch in der Einrichtung. Bei diesem stellen sich die EvaluatorInnen vor, geben einen Überblick über das Projekt Proqualis und präsentieren den Ablauf einer Befragung in Form eines kurzen Rollenspiels. Anschließend können die NutzerInnen selbst entscheiden, ob sie bei der Befragung mitmachen möchten, und sie können sich die InterviewerInnen selbst auswählen.

Die Befragung selbst findet nur zwischen dem Befragten und dem Interviewer statt. Ausschließlich aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf ausdrücklichen Wunsch des Befragten wird das Beisein von Dritten in Betracht gezogen. In der Forschungsliteratur (vgl. Dworschak 2004: 28) wird aufgezeigt, dass Dritte den Interviewverlauf negativ beeinflussen können. Es hat sich herausgestellt, dass MitarbeiterInnen oder Angehörige während einer Befragung die Gesprächsführung an sich nehmen und folglich das Interview nicht „mit“, sondern „über“ Menschen mit Lernschwierigkeiten geführt wird (vgl. Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 113). Die durchschnittliche Interviewdauer liegt üblicherweise bei etwa 30 Mi-

nuten. Erste Erfahrungen haben gezeigt, dass diese Zeitspanne sowohl für die InterviewerInnen als auch für die befragten Personen und ihre Konzentrationsfähigkeit gut passt.

Nach der Evaluierung werden die Daten ausgewertet und dem Auftraggeber (Hauptauftraggeber ist das Land Oberösterreich), der Trägereinrichtung und den NutzerInnen präsentiert. Der dafür angefertigte Ergebnisbericht wird in Leichter Sprache erstellt, um auch den NutzerInnen Zugang zu den Ergebnissen zu ermöglichen.

Methodik und Erhebungsinstrument

Die Qualitätserhebung bei Proqualis ist eine quantitative Befragung mittels standardisiertem Fragebogen. Viele standardisierte Erhebungsinstrumente weisen dahingehend eine Schwäche auf, als sie Antworten auf Fragen verlangen, die mit der alltäglichen Lebenswelt der befragten Personen in keinem oder nur geringem Zusammenhang stehen (vgl. Kannonier-Finster / Ziegler 2008: 111f). Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, haben häufig begrenzte Lebenskontexte. Es ist daher von zentraler Bedeutung, bei Befragungen eine Verbindung zwischen der Lebenswelt des Befragten und dem Sinn der Fragestellung herzustellen.

Aus dieser Motivation heraus orientiert sich der Fragebogen von Proqualis stark an der Lebenswelt von



Herr Morwind und Frau Maurer bei einem Interview-Rollenspiel. Quelle: Proqualis

Betroffenen und beinhaltet deren Bedürfnisse und Vorstellungen von Qualität. Die Entwicklung des Fragebogens basiert auf der aktiv emanzipatorischen Methode. Das heißt, in allen Phasen der Forschung, Entwicklung und Umsetzung sind Menschen mit Lernschwierigkeiten involviert.

Für die Bereiche Wohnen und Arbeit wurde jeweils ein eigener Fragebogen entwickelt. Basis für die Erhebungsbögen von Proqualis ist der Fragebogen von Nueva Graz.³ Dort haben 24 Menschen mit Lernschwierigkeiten unter wissenschaftlicher Begleitung zwei Jahre lang (2001-2002) definiert, was „Qualität“ für sie bedeutet. In diesen zwei Jahren wurden ca. 1.000 Kriterien gesammelt, aus welchen im weiteren Verlauf 100 Fragen definiert wurden. Proqualis hat dieses Instrument gemäß dem entsprechenden oberösterreichischen Gesetz und Vorgaben aus den Rahmenrichtlinien der Leistungs- und Qualitätsstandards für Einrichtungen der Behindertenhilfe adaptiert.

Herausforderungen bei der Befragung von Menschen mit Lernschwierigkeiten

Die Befragung von Menschen mit Lernschwierigkeiten stellt aufgrund des recht unterschiedlichen Sprachverständnisses eine besondere Herausforderung dar und birgt potentielle Fehlerquellen. Proqualis begegnet dieser Herausforderung mit dem Einsatz von Leichter Sprache. Das Kompetenznetzwerk KI-I, dem Proqualis als Projekt zugeordnet ist, beschäftigt sich seit 2007 intensiv mit dem Thema Leichte Sprache und ist auf diesem Bereich führend in OÖ. Das KI-I ist Mitglied des capito-Netzwerkes, welches sich mit barrierefreier Information beschäftigt und offizielle Prüfinstanz zur Vergabe des normierten Gütesiegels für Leichte Sprache ist.

Durch den Einsatz von Leichter Sprache soll Menschen mit geringeren sprachlichen Fähigkeiten die Teilhabe an der Evaluierung ermöglicht werden. Der Fragebogen von Proqualis wurde daher in Leichter Sprache geschrieben und während der Entwicklung von der Zielgruppe auf Inhalt und Verständnis geprüft.

Bei Befragungen von Menschen mit schweren Sprachbeeinträchtigungen haben die EvaluatorInnen die Möglichkeit, Antwortkarten zu verwenden. Auf diesen sind die möglichen Antwortkategorien (ja, nein, teilweise, und weiß ich nicht / keine Antwort) schrift-

lich und grafisch dargestellt. Die befragte Person hat dadurch die Möglichkeit, eine Frage nicht nur verbal, sondern auch durch Anzeigen einer Antwortkarte zu beantworten.

Die Länge des Fragebogens ist der möglicherweise geringeren Konzentrationsfähigkeit von Menschen mit Lernschwierigkeiten angepasst. Es wird zudem versucht, die Befragungen vormittags durchzuführen, da die bisherigen Erfahrungen gezeigt haben, dass in diesem Zeitraum die Konzentrationsfähigkeit besser ist. Auch bieten die EvaluatorInnen während der Befragung mehrmals an, eine Pause zu machen, falls diese erwünscht ist.

Karina Lattner

Kompetenznetzwerk Informationstechnologie zur Förderung der Integration von Menschen mit Behinderungen (KI-I)

Literatur

- Breinlinger, Stefanie (2011): Forschen nicht „über“, sondern „mit“ Menschen mit Behinderung. Peer-Interview als Möglichkeit der Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung – anhand eines Beispiels aus dem Wohnbereich der Lebenshilfe Salzburg. Diplomarbeit. Universität Salzburg
- Dworschak, Wolfgang (2004): Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Theoretische Analyse, empirische Erfassung und grundlegende Aspekte qualitativer Netzwerkanalyse. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt
- Fröhlich, Walburga / Konrad, Martin (2009): Menschen mit Lernschwierigkeiten und Behinderung als Interviewpartnerinnen und Interviewer. Ergebnisse eines Forschungsprojektes mit nueva. Graz: Atempo
- Kannonier-Finster, Waltraud / Ziegler, Meinrad (2008): NUEVA aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. In Bernhart, Josef / Obwexer, Wolfgang / Promberger, Kurt (Hrsg.): Schlüssel zum selbstbestimmten Wohnen. Nutzerorientierte Ansätze zur Evaluation sozialer Dienstleistungen. Innsbruck: Studienverlag. S. 109 - 140
- Keupp, Heiner (1998): Zivilgesellschaft und Soziale Dienste. Vortrag am 26.11.1998 beim 23. Tübinger Sozialpädagogiktag in Tübingen
- Seifert, Monika (2006): Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen. Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse. In: Zeitschrift für Inklusion, Nr 2 (2006) URL:<http://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/viewArticle/7/7> (Stand 16.07.2012)

³ Nueva = „NutzerInnen-evaluieren“. Nueva misst die Qualität von Dienstleistungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten seit 2004. Das KI-I ist mit Nueva in einem Netzwerk von selbstständigen Partnerunternehmen.

Deutschland: Polarisierung von Einkommen destabilisiert die Wirtschaft

Die privaten Vermögen in Deutschland sind zunehmend ungleich verteilt. Das unterstreicht, nach verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen, auch der Entwurf für den neuen Armuts- und Reichtumsbericht der deutschen Bundesregierung. Die Einkommen haben sich ebenfalls stark auseinander entwickelt. Das ist nicht nur ein Gerechtigkeitsproblem, zeigt eine aktuelle Untersuchung: Die zunehmende Ungleichheit in Deutschland und anderen Staaten hat die Finanz- und Wirtschaftskrise mit verursacht, die bis heute nachwirkt.

In einem Punkt sind sich alle einig: Deutschland war in den vergangenen zehn Jahren zu einseitig auf seine Exporterfolge fokussiert, stellen Internationaler Währungsfonds, OECD, EU-Kommission und Internationale Arbeitsorganisation (ILO) unisono in aktuellen Analysen fest. Die Krise im Euroraum zeige die Negativwirkungen dieser Strategie auf - und nötige Alternativen: Eine stärkere Binnennachfrage in der Bundesrepublik würde dabei helfen, in Europa und der Welt die Ungleichgewichte in den Leistungsbilanzen zu verringern - und wäre damit ein wichtiger Beitrag zur Überwindung der Krise.

Dafür müsste Deutschland eines seiner Kernprobleme angehen: die rasant gewachsene Einkommensungleichheit, betonen *Till van Treeck* vom Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung und *Simon Sturn* von der University of Massachusetts in Amherst.

Die beiden Ökonomen haben im Rahmen eines Forschungsprojektes der ILO die Effekte zunehmender Ungleichheit in verschiedenen Ländern analysiert, darunter auch in Deutschland.

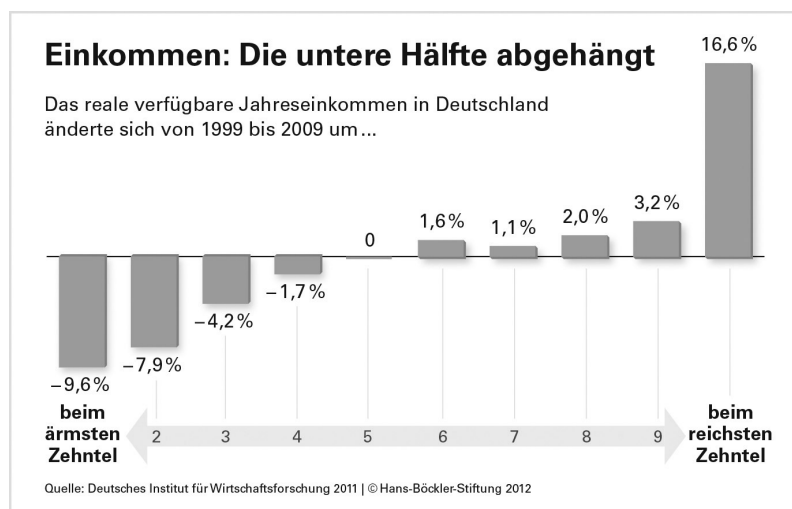
Sie werteten dazu eine Vielzahl wissenschaftlicher Quellen aus.

Hartz-Reformen haben Wachstum des Niedriglohnssektors weiter angetrieben

Bislang konzentrierte sich die Diskussion über Ungleichheit als eine der Ursachen der Finanz- und Wirtschaftskrise vor allem auf die Vereinigten Staaten und die Schwellenländer, allen voran China, erläutern Sturn und van Treeck. Doch zu den Kernproblemen der Eurozone, deren Krise von der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise ausgelöst wurde, zähle auch die wachsende Ungleichheit der Einkommen im größten Mitgliedsland Deutschland.

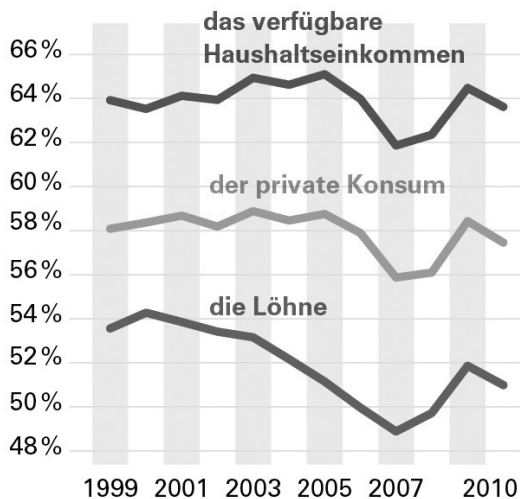
Seit der Jahrtausendwende sind die Löhne deutscher ArbeitnehmerInnen kaum gestiegen, die Schere zwischen großen und kleinen Einkommen hat sich immer weiter geöffnet. Zwischen 2001 und 2007 sank die Lohnquote gemessen am Bruttoinlandsprodukt um mehr als fünf Prozentpunkte. In den Jahren 1999 bis 2009 wuchs das verfügbare Einkommen des reichsten Zehntels um 16,6 Prozent, das des ärmsten Zehntels schrumpfte um 9,6 Prozent (siehe Infografik). Dabei war Deutschland laut Daten der Bundesbank bereits zum Start der Währungsunion 1999 in hohem Maße wettbewerbsfähig, so die Forscher. Aufgrund der im europäischen Vergleich weit unterdurchschnittlichen Lohnentwicklung konnte die deutsche Wirtschaft diesen Vorteil immer weiter ausbauen. Hingegen dämpften die schwache Reallohnentwicklung und die zunehmende Einkommensungleichheit die Binnennachfrage.

Als wesentlichen Faktor identifizieren van Treeck und Sturn dabei die Hartz-Reformen, die den Arbeitsmarkt flexibler machen sollten. Sie haben jedoch vor allem



Weniger Geld für Konsum

In Prozent des BIP betragen
in Deutschland...



Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung
Sturn, van Treeck 2012 | © Hans-Böckler-Stiftung 2012

das Wachstum des Niedriglohnssektors weiter angetrieben. Bis in die Mittelschicht hinein breiteten sich ein Gefühl der Unsicherheit und die Angst vor Jobverlust aus. Auch in den USA nahm die Einkommensungleichheit zu. Dort häuften viele Bürger immer höhere Schulden an – zum Beispiel, um sich trotz niedriger Einkommen ein Eigenheim leisten zu können. Damit stützte der private Konsum zwar die wirtschaftliche Entwicklung, doch das Leistungsbilanzdefizit wuchs, die Hauskreditblase platzte – und die Finanz- und Wirtschaftskrise nahm ihren Lauf.

Sparen als Reaktion auf die Krise

Die Deutschen hingegen verschuldeten sich nicht, um trotz stagnierender Einkommen ihren Lebensstandard zu halten. Im Gegenteil: Sie sparten einen größeren Teil ihres Einkommens. Diese typisch deutsche Reaktion ist auch dem typisch deutschen institutionellen Rahmen geschuldet, stellen die beiden Wissenschaftler fest:

- Deutsche ArbeitnehmerInnen arbeiten vielfach in hoch spezialisierten Industriezweigen und verfügen über betriebsspezifisches Wissen. Beschäftigungsverhältnisse sind stabiler als in den USA. Wenn Arbeitsmarktreformen Entlassungen erleichtern und zugleich die Ungleichheit steigt, befürchten ArbeitnehmerInnen, dass sie im Falle

eines Jobverlusts aufgrund ihrer Spezialisierung nur schwer anderweitig unterkommen und Einkommensverluste hinnehmen müssen. Die Konsequenz: Sie sparen.

- Weitere Reformen des Sozialstaats, wie die Teilprivatisierung der Altersrente, ließen die Beschäftigten ebenfalls mehr Geld auf die hohe Kante legen.
- Erschwerend kommen die relativ niedrige Erwerbsbeteiligung von Frauen und der sehr große Lohnabstand zu den Männern hinzu: Die starke Ausbreitung von Minijobs gerade bei verheirateten Frauen bedeutet auch, dass diese vor allem über ihren Ehemann sozial abgesichert sind. Zugleich macht es das Steuersystem für sie finanziell unattraktiv, mehr zu arbeiten. In dieser Konstellation wäre ein Jobverlust des Mannes umso dramatischer – was die Deutschen in Reaktion auf die steigende Ungleichheit und die Deregulierung des Arbeitsmarkts noch mehr sparen ließ.

All diese Faktoren ließen die Binnennachfrage nicht mehr wachsen, macht die Analyse der Wissenschaftler deutlich. Seit der Jahrtausendwende speiste sich das deutsche Wirtschaftswachstum allein aus dem Export. Starker Export, schwache Inlandsnachfrage und hohe Sparquote verursachten einen dauerhaft hohen Leistungsbilanzüberschuss. Deutschland lebte damit auch von der Überschussnachfrage der europäischen Nachbarn. Diese speiste sich wiederum aus Kreditblasen, die im Zuge der Finanz- und Wirtschaftskrise platzten.

Empfehlung: Einkommensungleichheit reduzieren

In Deutschland sollten Reformen deshalb darauf abzielen, die Einkommensungleichheit wieder zu reduzieren, empfehlen van Treeck und Sturn. Wichtig seien Lohnabschlüsse, die den Verteilungsspielraum ausnutzen, wie in jüngster Zeit geschehen. Die Politik könne dies unterstützen, indem sie die Allgemeinverbindlicherklärung von Tarifabschlüssen erleichtert, die Arbeitsmarktreformen um einen gesetzlichen Mindestlohn ergänzt und die Leiharbeit eindämmt. Damit ließen sich die schwache Konsumnachfrage und die starke Abhängigkeit der Wirtschaft vom Export überwinden – zum Wohle ganz Europas.

Quelle: Pressemitteilung der Hans-Böckler-Stiftung, 18.09.2012.

Steigende Arbeitslosigkeit

Die Wirtschaftskrise macht sich hierzulande weiterhin auf dem Arbeitsmarkt bemerkbar: Gegenüber dem Vorjahr ist die Arbeitslosigkeit im September um fünf Prozent gestiegen.

„Österreich verzeichnet im September 50.000 aktiv Beschäftigte mehr als noch vor einem Jahr – aber auch die Arbeitslosigkeit steigt“, so Sozialminister *Rudolf Hundstorfer* bei der Präsentation der aktuellen Arbeitsmarktdaten. Ende September waren 229.025 Menschen arbeitslos gemeldet, das sind um 10.818 (+5%) mehr als vor einem Jahr. Außerdem wurden 65.897 SchulungsteilnehmerInnen (+6,4%) gezählt. Dies sei zwar der geringste Anstieg der Arbeitslosigkeit seit vier Monaten, eine Trendwende sei jedoch noch nicht zu erwarten, sagte der Arbeitsminister. „Erst wenn die europäische Wirtschaft zu merklichem Wachstum zurückfindet, wird sich der österreichische Arbeitsmarkt erholen“. Auf nationaler Ebene werde man die Anstrengungen im Kampf gegen die Arbeitslosigkeit weiter verstärken. Bis Ende 2012 wird das AMS zusätzlich knapp 20 Millionen Euro zur Reintegration von Langzeitarbeitslosen und gesundheitlich eingeschränkten Menschen investieren, kündigte Hundstorfer an.

Österreich bewältigt die Krise zwar besser als andere Länder in Europa: Die Arbeitslosenquote ist mit 4,5 Prozent nach Eurostat-Definition die geringste in der EU. Nach nationaler Definition beträgt die Quote 6,1 Prozent. Der wirtschaftliche Einbruch in Südeuropa, insbesondere bei Österreichs wichtigem Handelspartner Italien, die schwächere wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland und den anderen wichtigen Handelspartnern wirken sich jedoch negativ in der Arbeitsmarktentwicklung aus.

Überdurchschnittlicher Anstieg in männerdominierten Branchen

In Österreich steigt die Arbeitslosigkeit bei Männern mit +6,7 Prozent stärker als bei Frauen (+3%). Das hängt mit dem überdurchschnittlichen Anstieg der Arbeitslosigkeit in männerdominierten Branchen wie den Arbeitskräfteüberlassern (+11,6%) und der Bauwirtschaft (+6%) zusammen. Im Handel (+2,8%) und im Tourismus (+1,4%) steigt die Arbeitslosigkeit dagegen nur leicht.

Die Alterung der Erwerbsbevölkerung zeigt sich auch in der Arbeitsmarktentwicklung: Um 1,7 Prozent weniger Lehrstellensuchenden stehen um 3,3 Prozent mehr offene Lehrstellen zur Verfügung. Österreich hat mit 9,7 Prozent hinter Deutschland und den Niederlanden die drittniedrigste Jugendarbeitslosenquote in der EU. „Weiterhin erhalten alle Jugendlichen bis 18 Jahre, die keine Lehrstelle finden, im Rahmen der Ausbildungsgarantie eine überbetriebliche Lehrstelle“, bekräftigte Hundstorfer.

Die Arbeitslosigkeit bei unter 25-jährigen steigt um 2,4 Prozent, während die Arbeitslosigkeit der über 50-Jährigen um 9,4 Prozent steigt. „Gleichzeitig steigt die Beschäftigung vor allem bei den Älteren. (...) Das ist die Folge von geburtenstarken Jahrgängen und späteren Pensionsantritten“, erläuterte der Sozialminister.

Die Arbeitslosigkeit steigt mit Ausnahme von Tirol in allen Bundesländern an. Den stärksten Anstieg der Arbeitslosigkeit verzeichnet Oberösterreich, allerdings von niedrigem Niveau ausgehend, vor Niederösterreich, Salzburg und der Steiermark.

Arbeitsmarktferne Personen als Zielgruppe

Der seit Monaten überdurchschnittliche Anstieg der Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderungen hängt laut Sozialministerium mit der systematischen Erfassung dieser Personengruppe durch das AMS zusammen. Und der Anstieg der Langzeitarbeitslosigkeit wird mit der Umstellung der arbeitsmarktpolitischen Ziele im AMS erklärt: Statt der Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit, unter anderem durch Schulungen, wird nun die dauerhafte Integration von sogenannten arbeitsmarktfernen Menschen vorangetrieben. Das sind Menschen die nur geringe Beschäftigungszeiten aufweisen und oft wenig formelle Bildung oder gesundheitliche Probleme aufweisen und infolgedessen in der aktuellen Konjunktur besonders große Probleme bei der Jobsuche haben. Daher wurde Ende September vom AMS-Verwaltungsrat eine Erhöhung des Förderbudgets um 18,9 Mio. Euro noch für 2012 beschlossen. „Mit den Zusatzmitteln wird einerseits Beschäftigung von Langzeitbeschäftigungslosen in sozialökonomischen Betrieben und gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten gefördert und andererseits intensiviert das AMS seine Anstrengungen für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose“, betonte Hundstorfer abschließend.

Quellen: BMASK, 01.10.2012; Der Standard, 01.10.2012

Wer besitzt das Internet?

„Raubkopierer“ gegen „Content-Mafia“ – so lauten die gegenseitigen Bezeichnungen der Parteien im tobenden Copyright-Krieg. ACTA, ein internationales Handelsabkommen gegen „Produktpiraterie“, hat diesem Konflikt neue Schwungkraft verliehen. Der Band „Wer besitzt das Internet?“ versammelt Meinungen und Personen, die in diese Debatte involviert sind. Die einen halten das aktuelle Urheberrecht für längst überflüssig und orten in der zunehmenden Kontrolle der Behörden über das Netz eine viel größere Gefahr als im Tausch von Dateien. Andere Autoren wiederum verteidigen die Rechte der Künstler an ihren Werken (und damit auch deren Existenzgrundlage) gegenüber der Gratis-Kultur im Internet.

Die VerfasserInnen der einzelnen Beiträge beschäftigen sich mit Beispielen der digitalen Verbreitung von Musik, Literatur und journalistischen Texten und bringen anhand dieser Erfahrungen Pro- und Contra-Argumente zur gegenwärtigen Rechtslage sowie zur Tauschmentalität der UserInnen in die Diskussion ein. Sie fragen nach, ob das massive File-Sharing tatsächlich zu hohen Einbußen für die Künstler geführt hat und wie diese in Zukunft vom Internet profitieren könnten.

Sind die Bewegung gegen ACTA und ihre Speerspitzen wie die Piraten-Partei ein Ausdruck einer neuen politischen Generation oder doch nur naive Technologiegläubige, die das Kopieren von Dateien mit Meinungsfreiheit verwechseln? Könnte gar die Diskussion um ACTA zu neuen Eigentumsverhältnissen zumindest im digitalen Raum führen? Die Antworten darauf fallen in der vorliegenden Streitschrift äußerst unterschiedlich aus – und bringen die LeserInnen dazu, selbst Position einzunehmen. Ergänzt werden die kontroversen Beiträge um eine Dokumentation des ACTA-Entwurfs und eine kurze Geschichte des File-Sharing sowie des Urheberrechts von den Anfängen bis zur Gegenwart.

Für diesen Band schrieben u.a. Cory Doctorow, Konrad Becker, Volker Grassmuck, Eckhard Höffner, Thomas Macho, Gerhard Ruiss, Matthias Spielkamp, Peter Tschmuck und Walter Wippersberg. Der Herausgeber, Stefan Kraft, ist Verleger und Publizist in Wien. Er arbeitete jahrelang als Technologie-Journalist für Tageszeitungen und Magazine.

*Stefan Kraft (Hg.): Wer besitzt das Internet?
ACTA, die Freiheit im Netz und das Urheberrecht
Eine Streitschrift
Promedia Verlag, Wien 2012
162 Seiten, EUR 14,90*

Warum Europa in der Krise steckt

Die drastische EU-Sparpolitik in einigen Problemländern verbaut den Weg zur dringend notwendigen Neuorientierung der Wirtschafts- und Sozialmodelle in Europa. Zu diesem Schluss kommt eine aktuelle Publikation aus dem Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) der Universität Duisburg-Essen. „Die Fixierung auf den kurzfristigen Abbau der Staatsverschuldung durch massive Kürzungsprogramme, begleitet vom Abbau der wichtigsten sozialen Schutzrechte, hat katastrophale Folgen. Sie zwingt die Regierungen dazu, in einer Art Verelendungsspirale – wie derzeit in Griechenland – den sinkenden Einnahmen hinterher zu sparen“, so Herausgeber Steffen Lehndorff, Sozialforscher am IAQ und Leiter des europäischen Verbundprojekts über „Dynamics of National Employment Models“.

Wie verschiedene nationale Wirtschafts- und Sozialmodelle in den zurückliegenden ein bis zwei Jahrzehnten verändert wurden, zeigt das Buch in zehn Länderkapiteln, ergänzt durch drei Querschnittsanalysen. Und ebenso, welche Konsequenzen dies für die Art und Weise hatte, wie die gegenwärtige Krise bewältigt – oder eher: nicht bewältigt – wird. Fast alle nationalen Modelle sind in den letzten Jahren deutlich instabiler geworden, wie die Fallstudien belegen. „Weshalb aber Ländern mit völlig unterschiedlichen wirtschaftlichen Problemlagen und unterschiedlichen Niveaus der Staatsverschuldung mithilfe desselben Kürzungs- und Deregulierungs-Programms wieder auf die Beine geholfen werden soll, ist nicht nachvollziehbar“, meint der Arbeitsmarktforscher.

Man müsse das Problem der Einkommensungleichheit gezielt angehen und damit eine der Hauptursachen von wirtschaftlichen Ungleichgewichten und Krisen bekämpfen. Stattdessen werde von der EU mit Unterstützung des IWF und auf maßgebliches Drängen der deutschen Regierung eine Politik betrieben, die in den am stärksten betroffenen Ländern die Ungleichheit weiter vergrößert. Europa drifte auseinander.

Auf europäischer Ebene werde es nur Veränderungen zum Besseren geben, wenn jedes Land seine eigenen „Hausaufgaben“ macht. „Doch die meisten werden die dafür erforderliche Luft zum Atmen nur bekommen, wenn sie nicht länger durch die deutsche Politik bevormundet werden“, kritisiert Lehndorff. Reformen in Deutschland seien deshalb für einen Ausweg aus der Krise ebenso wichtig wie Reformen in den so genannten Problemländern. „Das wirtschaftlich stärkste Land Europas kann zu einem Motor der wirtschaftli-

chen und sozialen Integration werden, wenn es sein eigenes Modell demokratisch, sozial und ökologisch reformiert."

Lehndorff, Steffen (Hg.): Ein Triumph gescheiterter Ideen . Warum Europa tief in der Krise steckt – zehn Länder-Fallstudien
VSA-Verlag, Hamburg 2012
288 Seiten, EUR 20,40

Bildungsaufstieg aus benachteiligten Milieus

Vom Tellerwäscher zum Millionär oder moderner ausgedrückt „vom Ghetto-Kid zum Gangsta-Rapper oder Fußballprofi“ – das sind die medial häufig dargestellten Erfolgsgeschichten. Seltener wird der soziale Aufstieg durch Bildung thematisiert. Der Bochumer Sozialwissenschaftler Aladin El-Mafaalani hat genau diese Bildungsaufstiege analysiert. Er interviewte beruflich erfolgreiche deutsche und türkische AkademikerInnen und fand heraus: Ihr Aufstieg war nicht geplant, sondern erfolgte Schritt für Schritt. Auf dem Weg die soziale Treppe hinauf zählte jeweils nur die nächste Stufe, nicht aber die Treppe als Ganzes. Dabei spielte auch der Zufall eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Für seine Arbeit erhielt El-Mafaalani den Dissertationspreis Kulturwissenschaften 2012, verliehen vom Kulturwissenschaftlichen Institut Essen (KWI). Der Forscher führte insgesamt 19 mehrstündige, narrativ-biografische Interviews. Die Interviewten, deren Eltern bestenfalls einfache Schulabschlüsse besitzen und aus der Arbeiter- bzw. Unterschicht stammen, sind deutscher und türkischer Herkunft und machten Karriere in Wirtschaft, Wissenschaft, Politik, Kunst und Kultur. El-Mafaalani beleuchtet insbesondere den Prozessverlauf des Bildungs- und Berufsaufstiegs und vollzieht damit einen Perspektivwechsel in der Ungleichheitsforschung. Nicht die sozialen Barrieren stehen im Blickpunkt, sondern die Bedingungen ihrer Durchlässigkeit bzw. die Möglichkeiten, sie zu überwinden.

Was sich ergibt, ist ein „typisches Ablaufmuster“, so El-Mafaalani. Ob ausländischer Herkunft oder nicht, die BildungsaufsteigerInnen distanzieren sich sowohl innerlich als auch äußerlich von ihrem ursprünglichen Milieu. Die innere Distanzierung vollzieht sich durch Habitusveränderung bzw. Habustransformation, die äußere durch sozialen bzw. institutionellen Aufstieg über Bildung. Habitusveränderung bedeutet, dass die AufsteigerInnen mehr oder weniger offen ihre eigene Herkunft und damit auch ihre Vergangenheit

ablehnen. Insbesondere die Ablehnung ästhetischer, kognitiver, körperlicher und moralischer Aspekte des Herkunftsmilieus zeigt, dass Bildung immer auch mit einer Veränderung der Persönlichkeit einhergeht. Genau darin sieht El-Mafaalani den Unterschied zu weniger erfolgreichen Kindern und Jugendlichen aus der Unterschicht. „Reich und berühmt werden wollen im Prinzip viele benachteiligte Menschen, was aufgrund der finanziellen Knappheit auch nicht überrascht. Aber für diejenigen, die tatsächlich aufsteigen, spielt weniger das Geld die entscheidende Rolle: Sie wollen sich selbst verändern, sich weiterentwickeln, ihren Handlungsspielraum erweitern.“

Wer an sich selbst arbeiten wolle, der sei auch zugänglich für Bildung, wohingegen Bildung und Geld weniger gut zusammenpassten. „Bushido, Dieter Bohlen oder Mesut Özil bieten für monetäre und andere extrinsische Motive viel attraktivere Angebote, denn diese Vorbilder suggerieren, dass man so bleiben kann, wie man ist, und dennoch reich und angesehen werden kann“, so El-Mafaalani. In der detaillierten Analyse der Aufstiegsbiografien zeigt sich: „Bei keinem der Aufsteiger lag ein solches Aufstiegsmotiv vor. Und wo kein Motiv ist, da kann auch kein Plan sein.“

El-Mafaalani arbeitet heraus, dass langfristige Herausforderungen den gesamten Aufstiegsprozess begleiten – trotz der mitentscheidenden Rolle des Zufalls. Soziale Filter wirken über alle biografischen Passagen: Grundschule, Übergang zur weiterführenden Schule, Erlangung der Hochschulzugangsberechtigung, Aufnahme und Abschluss eines Studiums, berufliche Etablierung. „An jeder dieser Schwellen ist ein Herkunftseffekt messbar“, so der Forscher. Das gilt für Deutsche wie Türken gleichermaßen, dennoch gibt es Unterschiede, denn die Erwartungshaltungen der Eltern sind anders. „Während die einheimischen Eltern geringe Loyalitätserwartungen und geringe Bildungsaspirationen aufweisen, sind beide Erwartungshaltungen bei den türkischstämmigen Eltern stark ausgeprägt. Daraus ergeben sich durchaus unterschiedliche Problemstellungen für den Bildungsaufstieg.“ Hingegen lassen sich aus den biografischen Interviews keinerlei Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen AufsteigerInnen ableiten.

Aladin El-Mafaalani: BildungsaufsteigerInnen aus benachteiligten Milieus
Habustransformation und soziale Mobilität bei Einheimischen und Türkeistämmigen
Springer Verlag, Wiesbaden 2012
345 Seiten, EUR 41,10

Maßvoll im Maßlosen

In einer Konsumwelt, in der alles sofort verfügbar ist, stellt sich die Frage, wie jede/r einzelne in Gegenwart von Überangebot und ständiger Verlockung Maß halten kann, um sich insbesondere finanziell nicht zu übernehmen. Die 2. Fachtagung der Schuldnerhilfe Oberösterreich soll das Problem thematisieren, aber auch Anregungen und Möglichkeiten aufzeigen, wie im Schulalltag, im Familienleben oder im Beratungs- und Erziehungskontext mit der Problematik konstruktiv umgegangen werden kann.

Termin und Ort: 6. November 2012, 10.00 – 16.00 Uhr; FH OÖ, Garnisonstraße 21, 4020 Linz
Anmeldung: Tel. 0732 777734, Mail: linz@schuldner-hilfe.at

Betreutes Wohnen für Menschen mit psychosozialen Problemen

Wie gelingt ein möglichst selbständiges Leben, trotz psychischer Leiden und sozialer Probleme? Was ist hilfreich, um im Wohnalltag Freiheit und Empowerment wachsen zu lassen? Vor allem aber: Was brauchen Menschen, um den Weg zurück in die Eigenständigkeit zu schaffen? Bei der Exit-Sozial-Fachtagung werden sich ExpertInnen, Betroffene und Interessierte mit diesen Fragen auseinandersetzen.

Termin und Ort: 8. November 2012, ab 9.00 Uhr; Wissensturm Linz
Anmeldung: service@exitsozial.at

Generationen gemeinsam in der Arbeitswelt

Die Bevölkerung in Europa wird tendenziell immer älter, gleichzeitig geht die Zahl der jungen Menschen zurück. Gefragt sind angesichts dieser Entwicklung neue Strategien und Maßnahmen für ein konstruktives Miteinander von Alt und Jung in der Arbeitswelt. Wie das funktionieren kann, wird bei der ESF Jahrestagung 2012 diskutiert.

Termin und Ort: 13. November 2012, 9.00 – 16.30 Uhr; Tech Gate Vienna, 1220 Wien
Information, Anmeldung: event@esf.at; www.esf.at/termine

Case Management in Österreich – von der Theorie zur Praxis

Case Management etabliert sich hierzulande zunehmend als praktikabler Lösungsansatz bei komplexen Problemlagen, wobei die Vielfalt der aktuellen Anwendungsbereiche nahezu den gesamten Gesundheits-, Arbeits- und Sozialbereich umfasst. Die 5. ÖGCC-Fachtagung bietet einen Mix aus methodischen Grundlagen und erfolgreichen Anwendungsbeispielen, wobei den Themen Wirkung und Wirksamkeit von Case Management besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Termin: 16. November 2012
Ort: UNIPARK, Erzabt-Klotz-Straße 1, 5020 Salzburg, Thomas Bernhard Hörsaal
Information, Anmeldung: Simone Madlmayr, Tel. 05 7807 102300, Mail: oegcc@oegkk.at

Jeder für Jeden

Im Mittelpunkt der Messe „Jeder für Jeden“ stehen Selbsthilfegruppen und Behindertenorganisationen, die ihre Leistungen und Aktivitäten vorstellen. Die Messestände werden von der Wiener Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt. Neben einem informativen Rahmenprogramm werden auch verschiedene Workshops angeboten.

Termin: 18. November 2012, 10.00 – 17.30 Uhr
Ort: Wiener Rathaus, Festsaal und Wappensaalgruppe

Sozialwirtschaft – Nutzen für die Gesellschaft

In Referaten von VertreterInnen der Sozialwirtschaft, der Politik und der Wissenschaft werden u.a. das Verhältnis von Sozialwirtschaft und Sozialpolitik, die gesellschaftliche Bedeutung der Sozialwirtschaft und die Erwartungs-

haltungen an die Sozialwirtschaft in Österreich behandelt. Den Abschluss der Fachkonferenz bildet eine Podiumsdiskussion zum Thema: Die Rolle der Sozialwirtschaft – Wohin geht die Reise?

Termin und Ort: 19. November 2012, 10.00 – 17.00 Uhr; Studio 44, Rennweg 44, 1038 Wien
Anmeldung: office@sozialwirtschaft-oesterreich.at

Resilienz als neues Paradigma?

Wirtschaftskrise, Technologiewandel, neue Beschäftigungsformen, Restrukturierungen – in Zeiten des Wandels und der Veränderungen wird Resilienz zu einer wichtigen Komponente. Als Resilienz wird jene Stärke bezeichnet, die es Menschen und Organisationen ermöglicht, neue Herausforderungen erfolgreich zu meistern. Bei der Fachtagung wird von ExpertInnen aufgezeigt, wie Krisen mit Resilienz erfolgreich bewältigt werden können.

Termin und Ort: 21. November 2012, 15.00 – 19.00 Uhr; VKB Kundenforum Linz

Interkulturelle Bildung – Brüche und Kontinuitäten

Der Wandel im Feld der Interkulturellen Bildung ist unübersehbar: Früher ging es vorwiegend um Brüche im Leben Einzelner durch die Erfahrung von Fremdheit und kultureller Diversität. Heute ist die allgemeine Brüchigkeit von Lebenskonzepten zu einer globalisierten Erfahrung geworden. Bei der NIC-Konferenz 2012 referieren zu diesem Themenkreis der Wirtschaftsforscher Stephan Schulmeister und die Bildungsforscherin Barbara Herzog-Punzenberger.

Termin: 22. November 2012, 9.30 – 18.00 Uhr
Ort: Donau-Universität Krems, Dr. Karl Dorrek-Str. 50, 3500 Krems
Information, Anmeldung: www.intercultures.at

Umsetzung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung

Vor zwei Jahren hat die Bedarfsorientierte Mindestsicherung die bisherige Sozialhilfe der Länder abgelöst. Die ÖKSA-Jahrestagung 2012 zieht eine erste Bilanz zur Umsetzung. In den Foren wird neben der österreichischen auch die deutsche Situation beleuchtet.

Termin und Ort: 22. November 2012; Redoutensäle, Promenade 39, 4020 Linz
Anmeldung: Tel. 01 548 2922, Mail: office@oeksa.at

Wege zu inklusiven Räumen

Ziel der diesjährigen Lebenshilfe-Tagung ist es, Wege zu inklusiven Räumen gemeinsam mit den AkteurInnen zu beschreiben, Andockpunkte und gemeinsame Interessen zu finden. Es sollen positive Beispiele, aber auch die Unterschiede zwischen ländlichem und städtischem Raum beschrieben werden und die neuen Aufgaben der Behindertenarbeit und der Wege zur Inklusion diskutiert werden.

Termin und Ort: 22. – 23. November 2012; WIFI Dornbirn, Bahnhofstraße 24, 6850 Dornbirn
Information, Anmeldung: Tel. 01 812 2642, Mail: office@lebenshilfe.at

European Employment Forum 2012

Der thematische Schwerpunkt des diesjährigen European Employment Forum liegt auf den Bestrebungen der EU-Kommission wie auch auf lokaler Ebene, Arbeitslosigkeit und soziale Probleme in einer Zeit schwieriger wirtschaftlicher Rahmenbedingungen zu reduzieren.

Termin: 27. – 28. November 2012
Ort: SQUARE Brussels Meeting Centre, Rue Mont des Arts 22, 1000 Brüssel, Belgien
Information: http://www.europeanemploymentforum.eu/cms.php

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 Johannes
Kepler Universität Linz (JKU), Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Erscheinungsweise:

8 Ausgaben pro Jahr

Redaktionsadresse:

kontraste: JKU Linz, Institut für Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz
Tel.: 0732 2468 7168
Mail: hansjoerg.seckauer@jku.at
Web: <http://www.gespol.jku.at/> Menüpunkt Kontraste
Aboservice, Sekretariat: Judith Luckeneder, Tel.: 0732 2468 7161
Fax DW 7172 Mail: judith.luckeneder@jku.at

Redaktionsteam:

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

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

Wissenschaftliche Beratung:

Univ. Prof. Dr. Josef Weidenholzer, MEP
Em. Univ. Prof. Dr. Irene Dyk-Ploss
a.Univ. Prof. Dr. Evelyn Schuster
Dr. Brigitte Kepplinger

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;
Einzelheft EUR 6,70; Referierte Ausgabe EUR 18,70
Alle Preise inklusive Versand.
Gratis Probeabo für drei Monate
Kündigung bis einen Monat vor Ablauf möglich.

Bankverbindung:

Sparkasse OÖ, BLZ 20320, Kontonr. 7500-002453
BIC: ASPKAT2LXXX, IBAN: AT972032007500002453

