

Fünf Schlussfolgerungen und Erkenntnisse aus der Studie **„Analyse der nicht-krankenversicherten Personen“**

Von Martin Schenk, Sozialexperte Diakonie Österreich

1. Sozialpolitische Maßnahmen haben starke Wirkung

Eine Erkenntnis aus den Ergebnissen: Wenn die richtigen Interventionen gesetzt werden, kann man viel bewirken. Mit der Einführung der Grundversorgung für Asylwerber 2004, der Ausweitung der Schutzfrist nach Beendigung eines Dienstverhältnisses 2006 und den Einbezug aller Mindestsicherungsbezieher in die Krankenversicherung 2010 wurde die Zahl der Nichtversicherten massiv reduziert. Die Stärken des Sozialstaats müssen wir nutzen, seine Schwächen hingegen korrigieren. Und nicht umgekehrt: Die Stärken des sozialen Netzes schwächen, und die Schwächen verstärken.

2. Spezifische Betroffenengruppen

Da ist Frau Kramer in prekärer Beschäftigung, da ist Herr Gubitzer in einer schweren psychischen Krise, da sind Hilfesuchende wie Frau Lamprecht, die ihren Mindestsicherungsanspruch aus Scham nicht einlösen, da ist Gheorghe, der hier unangemeldet am Bau arbeitet.

Frau Kramer hat zwar einen Job, davon leben kann sie eigentlich nicht. Das prekäre Einkommen ist so gering, dass sie entscheiden muss: zahle ich die Krankenversicherung oder die Miete oder die Hefte zum Schulanfang für die Kinder? Als sie überraschend schwer erkrankte, überfielen sie die Behandlungskosten. Da geht es um prekäre Jobs wie Praktika, Scheinselbständigkeit oder unangemeldete Beschäftigungen. Rechtlich könnten die Betroffenen ihre vorenthaltene Versicherung einklagen. In der Praxis trauen sich jedoch jüngere Betroffene häufig nicht, ihre Rechte durchzusetzen, weil sie später einmal längerfristig im betreffenden Unternehmen arbeiten wollen. Oder es handelt sich z.B. um eine kleine Branche, in der sich eine potentielle Beschwerde bei allen für eine spätere Anstellung in Frage kommenden Unternehmen schnell herumspricht. Von älteren Betroffenen wird häufig aus Angst vor Konsequenzen des Arbeitgebers eine nicht versicherte Beschäftigung gegenüber gar keiner Beschäftigung präferiert. Und wer zugewandert ist, fürchtet den Verlust der Aufenthaltserlaubnis, wenn er seine Rechte gegenüber dem Arbeitgeber einklagt. Herr Gubitzer hat einen depressiven Schub. In solchen Phasen psychischer Krise versagen seine Fähigkeiten zur Selbstorganisation. Er versäumt alle Termine. Viele sind in Gefahr ihre Wohnungen zu verlieren und nicht in der Lage ihren Alltag zu bestreiten. Die psychosozialen Stützpunkte in

Gemeinden und Bezirken sind unzureichend.

Frau Lamprecht beantragt keine Mindestsicherung. Wie viele andere. Die Gründe sind: Scham, Schikanen am Sozialamt, Angst vor Armutsverfestigung, die Beschimpfungen in den Medien. Wer als Mittelloser aber ohne Mindestsicherung lebt, lebt auch ohne Krankenversicherung.

Vereinzelte sind auch Menschen von Nicht-Versicherung betroffen, die nach längerer Zeit aus dem Ausland zurückkehren und in Österreich erst wieder Fuß fassen müssen. Es bedarf häufig einer längeren Klärung, ob z.B. ein Anspruch auf eine AMS- oder BMS-Leistung besteht.

Interessantes Detail: Studierende aus Familien mit höheren Einkommen sind stärker von Nichtversicherung betroffen: Eine Erklärung: Studierende mit geringem Einkommen sind öfter erwerbstätig und arbeiten neben dem Studium.

3. Schlechter Gesundheitszustand: „Mit feuchter Wohnung genauso töten wie mit Axt“

Die häufigsten Diagnosen werden im Bereich Psyche (19%), akute Infekte (12%) sowie Blutdruck/Herz und chronische Schmerzen (jeweils 11%) gestellt (Marienambulanz)

Ähnlich stehen bei den Krankheitsbildern der Klient/Innen der Amber-Med Wien Bluthochdruck, diverse Infekte, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie Diabetes Typ I und Typ II an erster Stelle (Amber-Med).

Im Rahmen der Erhebungsblätter der Studie wurden von den teilweise vorgegebenen Gründen für das Aufsuchen der Ambulanz am häufigsten „chronisches Problem“ (34%), „akutes Problem“ (32%) und „Schwangerschaft“ (13%) genannt. Ein chronisches Problem wurde relativ gesehen am häufigsten von Personen ab 60 Jahren (Anteil 53%), ein akutes Problem von Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft (Anteil 44%) und eine Schwangerschaft von Personen unter 30 Jahren (Anteil 29%) angeführt.

Ist schon für versicherte PatientInnen die Krankheit eine Belastung, so ist der Heilungsprozess für PatientInnen von Amber-Med aufgrund der Lebensumstände besonders schwierig. Neben der Krankheit kommen auch die Unsicherheit des Aufenthaltes, schlechte Wohn- und Lebensbedingungen und mangelnde Sprachkenntnisse bzw. das mangelnde Wissen um etwaige Ansprüche hinzu. Ruhe zur Erholung, entsprechende Ernährung und Wohnbedingungen findet man bei den PatientInnen von Amber-Med so gut wie nie. Die Krankheiten sind vielfältig, es gibt aber einige Symptome, die immer wieder auftauchen: Kopfschmerzen, Probleme mit dem Rücken, der ganze Stützapparat des Körpers leidet. Häufig sind auch Schlafstörungen, Magen-Darm-Probleme, schlechte Zähne, aber auch Diabetes und Bluthochdruck. Wenn die ÄrztInnen eine besondere Diät als Therapie verschreiben, haben die PatientInnen kein Geld, die entsprechenden Lebensmittel zu

kaufen. Ein Großteil der Menschen, die in die Ambulanz kommen, leidet unter extrem hohen Überlebensstress.

Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und dem Auftreten chronischer Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Arthrosen und Rheuma bzw. von akuten Ereignissen wie Herzinfarkt. Je niedriger der Status, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit an einer der genannten Krankheitsbilder zu leiden¹.

Insgesamt gibt es Anhaltspunkte, dass der Gesundheitszustand von nicht-versicherten Personen im Vergleich zu versicherten Personen schlechter ist. Insbesondere psychische Beeinträchtigungen dürften verstärkt auftreten.

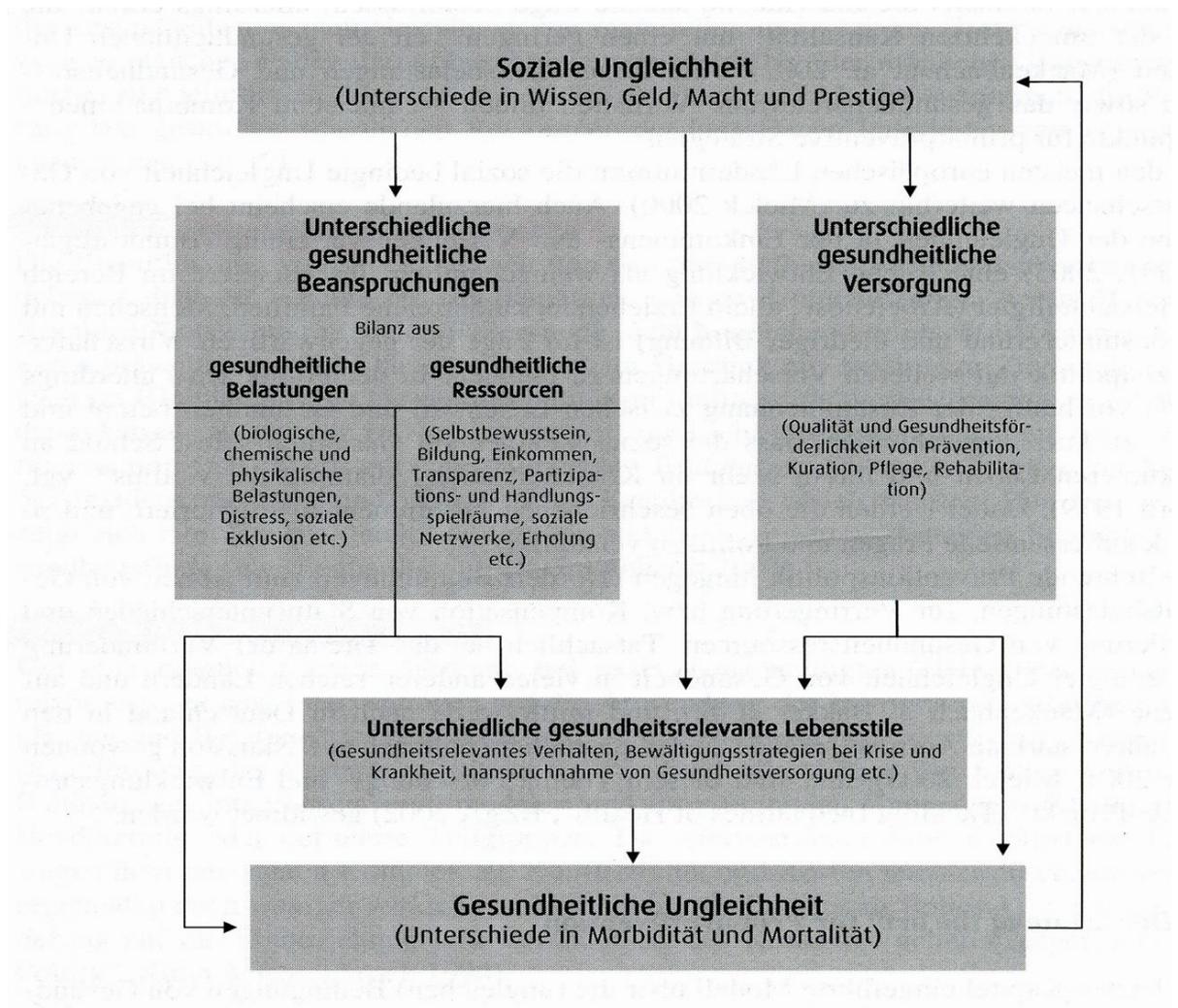
Wie verwoben Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsverhalten sind, zeigt Abbildung 1. Sie weist auch auf den dominanten Weg von den Unterschieden in Wissen, Macht, Geld und Prestige zu den Unterschieden in Morbidität und Mortalität.

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

Abbildung 1:²

¹ Habl, Claudia et al (2014): Armut und Gesundheit. In: Dimmel, N. / Schenk, M. / Stelzer-Orthofer (Hrg.): Handbuch Armut in Österreich, 240-267.

² Rosenbrock, Rolf (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter / K. Hurrelmann (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (S. 371-388). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.



Wenn wir davon ausgehen, dass nicht nur Krankheit in die Armut führen kann, sondern auch Armut in die Krankheit – wofür es eine lange Reihe empirischer Evidenz gibt³ - dann muss es sich für die Gesundheitsförderung lohnen, die sozialen Felder in den Blick zu bekommen, in denen prekäre Lebenslagen und Prozesse sozialer Disqualifikation zu finden sind. Man kann einen Menschen mit einer feuchten Wohnung genauso töten wie mit einer Axt. Wer die Situation von Mindestsicherungsbeziehern weiter verschlechtert, Arbeitslose statt Arbeitslosigkeit bekämpft, die Chancen im Bildungssystem blockiert oder prekäre Niedriglohnjobs fördert, der verschlechtert die Gesundheitssituation im Land.

Die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen (Schimmelige Wohnung, belastende Arbeit, Prekarität, Luft- und Lärmbelastung, Stress) wie auch die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen (Handlungsspielräume, Anerkennung, soziale Netzwerke, Bildung) wiegen

³ Schenk, Martin (2015): Kindergesundheit und Armut. Daten, Zusammenhänge, Ursachen. In: Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich, S. 43-53

schwer mit den Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung (Krankenversicherung, Selbstbehalte, Wartezeiten, Fachärzte) – und sind mit den Unterschieden im Gesundheits/Krankheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Schlaf) tief verwoben. Gesundheitsförderung ohne soziales Feld ist genauso blind wie sozialer Ausgleich ohne den Blick auf das Handeln von Personen. Gesundheitsförderndes Verhalten ist am besten in gesundheitsfördernden Verhältnissen erreichbar.

4. Wer früh hilft, hilft doppelt: größere Probleme wenn nicht rechtzeitig behandelt wird

Wer früh hilft, hilft doppelt. Es kann zu größeren Problemen kommen, wenn nicht rechtzeitig therapeutisch gehandelt wird. Folgewirkungen und Folgekosten sind hoch.⁴ Die Behandlungskosten einer kleinen Verletzung, einer Verbrennung am Finger, kann bei Nichtbehandlung um den Faktor 7,3 explodieren. Also mehr als siebenmal so hohe Kosten verursachen.

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

5. Notambulanzen wichtig für Zugang, Assistenz und Vorbeugung

Die beiden sozialmedizinischen Hauptaufgaben sind die (Wieder)Herstellung von physiologischer, psychischer und sozialer Gesundheit und die (Re)Integration der Patient/Innen in die vorhandenen Sozial- und Gesundheitssysteme durch folgende Maßnahmen:

- Förderung der Eigenkompetenz der Patient/Innen,
- Früherkennung von infektiösen Erkrankungen,
- Vorbeugung vor Chronifizierung und Folgeschäden von Krankheiten,
- Aufklärung über latent vorhandene Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc.),
- pädagogische Interventionen (z.B. Hygiene),
- weiterführender Zugang zu öffentlichen Angeboten und Ressourcen des Gesundheitssystems.

⁴ Ursula Trummer (2014): Health, a human right in Europe? EUPHA's 5th European Conference, Andalusian School of Public Health, Granada, Spain, 10-12.04.2014

Amber-Med bietet an vier Halbtagen pro Woche eine Allgemeinmedizinische Ordination an, die ohne vorhergehende Terminvereinbarung besucht werden kann. Schwerpunkte in der fachärztlichen Behandlung liegen bei Gynäkologie, Schwangerenbegleitung und Pädiatrie. Durch eine Kooperation mit dem Hebammenzentrum gibt es zweimal im Monat die Möglichkeit für Schwangere und ihre Angehörigen, eine Beratung durch eine Hebamme in Anspruch zu nehmen. Weiters gibt es fachärztliche Betreuung in den Bereichen Neurologie, Psychiatrie, Kardiologie, Diabetes, Urologie und Dermatologie.

Ambulanzen, die Patienten ohne Versicherung betreuen, Menschen vor Leid bewahren und Folgekosten für die Gesellschaft verhindern, erfüllen wichtige Aufgabe für das Gemeinwohl.

Moving upstreams!

Ich stehe an einem reißenden Fluss. Da höre ich den Hilferuf eines Ertrinkenden. Ich springe ins Wasser, lege meinen Arm um ihn, ziehe ihn ans Ufer und mache Nasen-Mund Beatmung. Und dann, gerade als er wieder von selbst zu atmen beginnt, höre ich einen neuen Hilferuf. Also wieder rein in den Fluss, festhalten, hinausziehen, beatmen – und noch ein Hilferuf. Und so geht es weiter ohne Ende in Sicht! Ich bin so beschäftigt, Menschen aus dem Wasser zu ziehen und zu beatmen, dass ich keine Zeit habe, herauszufinden, wer zum Teufel diese ganzen Leute ins Wasser wirft! Mit dieser Geschichte des Mediziners Irving Zola entwickelte sich der Ruf: „Moving upstreams!“ Beweg Dich stromaufwärts, wo die Krankheiten entstehen! Schau flussaufwärts zur Quelle, wo die Ursachen liegen.