

## Der doppelte Ausschluss – Armut und Krankheit. Über den Zusammenhang von Armutsgefährdung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen<sup>1</sup>

### 1 Einleitung

*Lieber reich und gesund als arm und krank*, so sagt ein Sprichwort. Dass die Kombination arm und krank sich nicht nur auf ein Sprichwort begrenzt, zeigen zahlreiche Studien in vielen westlichen Gesellschaften (z.B. Bauer et al. 2008; Habl 2009; Klee/Weyrer 1986; Mielck 2005; Sting 2008). Menschen, die von Armut bedroht oder betroffen sind, leiden häufiger unter Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden. Sie bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter und tendieren zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen wie etwa Tabakkonsum (Habl 2009: 174). Meist kann auch eine verstärkte physische Arbeitsbelastung sozial benachteiligter Gruppen belegt werden (z.B. Habl 2009; Bauer et al. 2008).

Ziel dieses Beitrags ist es, den Zusammenhang zwischen Armutslagen und Gesundheitsverhalten bzw. schlechtem Gesundheitszustand in Österreich zu diskutieren. Dabei werden unterschiedliche Lebensumstände wie z.B. Arbeitslosigkeit sowie verschiedene sozialstrukturelle Komponenten wie z.B. Alter oder Migrationshintergrund in die Analyse einbezogen. Ausgehend von dieser Analyse entwickeln wir aufbauend auf den Zielen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Strategien zur Gesundheitsförderung für arme und armutsbedrohte Personen und stellen insbesondere die Strategie des „*Health in All Policies*“, wie sie 2006 von der Finnischen Präsidentschaft in die EU eingeführt wurde, dar. Dabei sollte die klassische Gegenüberstellung von Verhaltensprävention und Prävention der Verhältnisse aufgelöst werden. Beispiele guter Umsetzung runden diese Darstellung ab, die mit einem Ausblick auf aktuellen Forschungsbedarf endet.

<sup>1</sup> Dieser Beitrag beruht auf dem vom FGÖ geförderten Projekt „Armut macht krank“, das im Auftrag der Volkshilfe Österreich durchgeführt wurde.

## 2 Armut und Gesundheit

Erste gesundheitliche Unterschiede zeigen sich bereits in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes. Diese liefert einen guten Indikator für das allgemeine Wohlbefinden der Bevölkerung, da ihm sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte von Gesundheit innewohnen.

Bei der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (Sting 2008: 420ff.) wurde der Gesundheitszustand in fünf Stufen von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ abgefragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die subjektive Einschätzung nicht nur vom Alter oder Geschlecht abhängt, sondern auch maßgeblich durch die ökonomische Position bestimmt wird.

Einkommenschwächere Personen beurteilen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als gut verdienende. 70 Prozent der Armutsrisikogruppen geben einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand an, acht Prozent beurteilen ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht.<sup>2</sup> Hingegen empfinden sie 84 Prozent der einkommensstärksten Gruppe als sehr gut oder gut, nur vier Prozent würden ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht bezeichnen. Einkommenschwache Frauen bewerten ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als einkommenschwache Männer (Habl 2009: 174f.). Auch Erkrankungen wie Diabetes, chronische Angst und Depression, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in sozial benachteiligten Gruppen stärker verbreitet (Sting 2008: 421ff.).

Die EU-SILC Daten von 2008 verdeutlichen den Zusammenhang zwischen Armutsgefährdung und schlechtem Gesundheitszustand: „Von den Personen, die in ihrem Alltag durch gesundheitliche Probleme eingeschränkt sind, sind im Erwerbsalter rund die Hälfte von zusätzlichen Benachteiligungen betroffen. 16 Prozent sind manifest arm, 30 Prozent sind von Teilhabemangel betroffen, und sechs Prozent von Einkommensmangel“ (BMASK 2009: 96). Die Angleichung der Gruppen im Pensionsalter kann damit zusammen hängen, dass ältere Menschen aller sozialen Schichten gleichermaßen in erhöhtem Ausmaß von Krankheiten und Multimorbidität betroffen sind.

Starke Ungleichheiten zeigen sich auch bei der Lebenserwartung. Wenn man Bildungsunterschiede als Armutsindikator heranzieht und Hochqualifizierte mit Niedrigqualifizierten vergleicht, betrug der Unterschied der Lebenserwartung im Alter von 35 Jahren bei österreichischen Männern im Jahr 2002 knapp über sechs Jahre, bei Frauen immerhin beinahe drei Jahre. Der „Vorsprung“ in der Lebenserwartung von 35-jährigen Frauen mit Hochschulabschluss gegenüber gleichaltrigen Männern mit Pflichtschulabschluss betrug neun Jahre (siehe Habl 2009: 172ff.).

<sup>2</sup> Verwendet wird hier der Ressourcenansatz. Als armutsgefährdet gelten Personen, die über ein Einkommen von weniger als 60% des nationalen Medianeinkommens verfügen.

B.  
Unter  
mark  
mark  
Armu  
mit d  
les K:  
Zusa  
Teiln  
dung  
merk  
B  
Erkra  
Pflich  
mind  
Männ  
nisch  
zwise  
solvei  
Proze  
Kran.  
Gesu:  
stärkte  
Vorsc  
einen  
I  
schen  
schle  
schäfi

## 3 Ar

Eng r  
sund  
rung  
wusst  
sundl

3 De  
kö.  
dei  
zu  
gel

Bildung ist ein wichtiger Faktor in der Analyse von sozioökonomischen Unterschieden, da sie in engem Zusammenhang mit der Position am Arbeitsmarkt steht. Bildungsdefizite führen zu schlechteren Chancen am Arbeitsmarkt und erhöhen das Risiko der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit und damit der Armutsgefährdung.<sup>3</sup> Auch körperliche und psychische Belastungen können mit dem Bildungsstatus variieren. Zusätzlich vermittelt Bildung (als „kulturelles Kapital“ nach Bourdieu 1983, 2001, 2005) das Wissen über gesundheitliche Zusammenhänge und erleichtert den Zugang zu sozialen Netzwerken, die zur Teilnahme am kulturellen und politischen Leben ermächtigen. In höheren Bildungsstufen ist eine geringere Prävalenz von chronischen Krankheiten zu bemerken.

Bei Männern spielen Bildungsunterschiede für das Auftreten chronischer Erkrankungen eine geringere Rolle als bei Frauen. Während bei Männern mit Pflichtschul- oder Lehraabschluss in jeweils leicht über 60 Prozent der Fälle mindestens eine chronische Erkrankung vorliegt, trifft dies auf 56 Prozent der Männer mit höherer Schulbildung zu. Frauen sind nicht nur häufiger chronisch krank als Männer, die Erkrankungsrisiken variieren zusätzlich stärker zwischen unterschiedlichen Bildungsgruppen: 76 Prozent der Pflichtschulabsolventinnen, 69 Prozent der Absolventinnen einer Lehre oder BMS und 61 Prozent der Hochschulabsolventinnen sind von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen (Klimont et al. 2008: 40). Auch die Partizipation an der Gesundheitsvorsorge ist bei beiden Geschlechtern unter höher Gebildeten stärker verbreitet. So zeigt sich zum Beispiel bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder beim Impfverhalten, dass das Bildungsniveau einen günstigen Einfluss hat (Klimont et al. 2008: 49).

Die Befunde verdeutlichen einen vielschichtigen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit, der über Faktoren wie Bildung, Geschlecht, individuelles Gesundheitsbewusstsein, Arbeitsbedingungen, Beschäftigungssituation und Einkommen vermittelt wird.

### 3 Armut, Ernährung und Gesundheit

Eng mit dem Bildungsgrad ist das Ernährungsverhalten verbunden. Sich gesund zu ernähren erfordert ökonomische Ressourcen, da gesündere Ernährung in der Regel teurer ist als weniger gesunde. Zudem ist ein gewisses Bewusstsein erforderlich (also Bildung, Wissen), um ausreichend Einsicht in gesundheitsbewusste Ernährung zu erreichen (z.B. Barlösius et al. 1995). Be-

<sup>3</sup> Der Zusammenhang ist allerdings mehrdeutig; auch hochqualifizierte ältere Beschäftigte können ein hohes Risiko von Langzeit-Arbeitslosigkeit haben, insbesondere bei umfassenden Strukturveränderungen der Wirtschaft. So hat etwa die Stahlkrise der achtziger Jahre zu massiver Entwertung von Spezialwissen vor allem älterer (technischer) AkademikerInnen geführt.

sonders stark ausgeprägt sind die Zusammenhänge von sozialer Benachteiligung und Ernährung bei Kindern und Jugendlichen (Klocke 1995). „Da die im Kindes- und Jugendalter eingespielten und verfestigten Gesundheitsverhaltensmuster sowie Ernährungsgewohnheiten im weiteren Lebensverlauf häufig beibehalten werden, kommt der Analyse der Einflussfaktoren auf die Ernährungsgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen eine herausragende Bedeutung zu“ (Klocke 1995: 188). Kinder und Jugendliche in sozial ärmeren Gruppen zeigen häufig ein ungünstigeres Ernährungsverhalten als Kinder und Jugendliche in höheren sozialen Schichten. Dies betrifft vor allem die Qualität und Auswahl von Lebensmitteln. Im Kindesalter wird ein Verhalten eingeübt, das oft das ganze Leben beibehalten wird und vielfach nicht nur die Ernährungsgewohnheiten, sondern auch das Suchtverhalten (v.a. Alkohol, Nikotin) prägt.

Die Auswirkungen von Fehl- oder Mangelernährung auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind vielfältig und betreffen vor allem chronische Erkrankungen wie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und reichen von Problemen der Übergewichtigkeit (Adipositas) bis hin zu chronischen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates. Insbesondere hyperkalorische und fettreiche Lebensmittel stehen für eine gesundheitsabträgliche Ernährungsweise (Klocke 1995: 188). Gesundheitliches Fehlverhalten und gesundheitliche Belastungen in Jugendjahren nehmen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität in späteren Lebensaltern. „Die soziale Herkunft eines Menschen prägt damit seine Gesundheitschancen in allen Lebensphasen; zugleich zeichnet sich eine ‚intergenerationelle Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit‘ ab“ (Sting 2008: 424). Gesundheitliche Benachteiligung in jungen Jahren verfestigen Armutslagen durch ihre langfristigen Auswirkungen zu komplexen biografisch nachhaltigen Benachteiligungskonfigurationen (Sting 2008: 424).

#### 4 Arbeitslosigkeit, Migration und Gesundheit

Der Ausschluss aus dem Erwerbsleben ist eines der größten Armutsrisiken in Österreich. Neben den materiellen Folgen der Arbeitslosigkeit sind Betroffene auch mit psychosozialen Belastungen wie dem Verlust von Selbstwertgefühl und der sozialen Einbindung konfrontiert. Gesundheitsrisiken und -probleme treten bei Arbeitslosen vermehrt auf. So hat bereits die Studie von Harvey Brenner Mitte der 1970er Jahre auf die engen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Krankheit, aber auch, wie Brenner deutlich machen konnte, zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid, hingewiesen (siehe Klee/Weyrer 1986).

Lang andauernde und perspektivlose Arbeitslosigkeit verstärkt Erkrankungen. Insbesondere Erkrankungen, die mit Antriebslosigkeit und Apathie zusammenhängen, können eine Folge von langer Arbeitslosigkeit sein, wie

bereits 1933 in der Marienthalstudie gezeigt wurde (Jahoda et al. 2009). Andererseits haben Menschen mit (chronischen) Erkrankungen, wenn sie nicht einem (besonderen) Kündigungsschutz (z.B. durch das Behinderteneinstellungsgesetz) unterliegen, ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden, als gesunde Menschen. Dies hat Ruth Finder bereits Ende der 1990er Jahre besonders für ältere Beschäftigte gezeigt: Bei einer Analyse der Anträge zur Invaliditätspension stellte sie fest, dass die überwiegende Zahl aus dem Status der Arbeitslosigkeit heraus gestellt wurde (siehe BMAGS 1999). Auch neue österreichische Studien machen den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, körperlichen Erkrankungen und psychischen Belastungen deutlich. Während sich in der erwerbstätigen Bevölkerung 88 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen gesundheitlich (sehr) gut einschätzen, sind es bei der arbeitslosen Bevölkerung nur noch 69 Prozent der Männer und 57 Prozent der Frauen. Die Anteile arbeitsloser Männer und Frauen, die ihren Gesundheitszustand (sehr) schlecht beurteilen, sind hier jedoch höher (elf Prozent bei Männern, 17 Prozent bei Frauen) als bei erwerbstätigen Männern und Frauen (jeweils etwa zwei Prozent) (Klimont et al. 2008: 69f.).

Neben allgemeinen Gesundheitsproblemen und chronischen Erkrankungen leiden Arbeitslose außerdem häufiger unter physischen Beschwerden. Während 31 Prozent der männlichen und 37 Prozent der weiblichen Erwerbstätigen z.B. über das Auftreten von (chronischen) Schmerzen berichten, belaufen sich die Werte bei arbeitslosen Männern auf 45 Prozent, bei Frauen gar auf 59 Prozent (Klimont et al. 2008: 72). Damit übereinstimmend steht die Tatsache, dass arbeitslose Männer und Frauen ihre Lebensqualität in allen Bereichen geringer einstufen und häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Letzteres trifft vor allem auf Frauen zu (Habl 2009: 178f.).

MigrantInnen gelten als eine in besonderem Maße von Armut bedrohte Gruppe (vgl. BMASK 2009; siehe den Beitrag von Wiesböck in diesem Band). Sie sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Viele befinden sich in einer benachteiligten sozialen Situation, haben nur erschwerten Zugang zu Bildung und sind gezwungen, Arbeiten zu schlechten Bedingungen mit hohen Belastungen anzunehmen. Als Folgen sind sowohl körperliche Beschwerden als auch psychische Belastungssymptome zu nennen (vgl. Habl 2009: 175f.). Sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis erschweren den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung. Besondere Belastungen erleben Flüchtlinge und AsylwerberInnen, da sie oft an Traumatisierungen leiden. Existenzängste und Ausgrenzungsmechanismen verstärken die unterschiedlichen Belastungen. Darüber hinaus weisen MigrantInnen ein gegenüber der einheimischen Bevölkerung stärker ausgeprägtes Risikoverhalten hinsichtlich Ernährung und Rauchen auf. Kinder mit Migrationshintergrund haben zudem deutlich schlechtere Zähne (Habl 2009: 177).

## 5 Zugangsbarrieren und Exklusionen

Trotz der im internationalen Vergleich hohen und relativ egalitären Gesundheitsversorgung in Österreich (Badelt/Österle 2001) gibt es relevante Zutrittsbarrieren materieller Art. So sind laut Armutskonferenz im Jahr 2010 rund zwei Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung weder selbst- noch mitversichert. Es kann angenommen werden, dass eine Mehrzahl der nicht-Versicherten, etwa 100.000 Personen, an bzw. unter der Armutsgrenze lebt. Durch die Einführung der Mindestsicherung im Herbst 2010 erhalten nun auch Personen ohne eigene Pflichtversicherung mit der E-Card Zugang zum Gesundheitswesen.

Wesentlich relevanter sind aber faktische Zugangsbarrieren, die sich durch unterschiedliches Gesundheitsverhalten und unterschiedliches Gesundheitswissen verschiedener sozialer Schichten, also durch ihr „kulturelles Kapital“ ergeben. Eine Studie des ÖBIG (2002) macht deutlich, dass die „informellen Barrieren“ sozial schwacher Personen zum Teil erheblich sind.<sup>4</sup> Sozial schwächere Personen suchen nicht nur seltener Fachärzte auf als andere Bevölkerungsgruppen, sie erhalten zudem billigere Arzneimittel verordnet. Auch Vorsorgeuntersuchungen nehmen sie – wenn auch nur in einem sehr niedrigen Prozentsatz – in geringerem Ausmaß in Anspruch. Trotzdem verursachen rezeptgebührenbefreite Personen mehr Ausgaben für die Sozialversicherung als nicht befreite Personen (ÖBIG 2002: Abschnitt IV). Und obwohl „rezeptgebührenbefreite Arbeiter deutlich höhere Arztbesuchshäufigkeiten aufwiesen als ihre rezeptpflichtigen Kollegen, sind sowohl die durchschnittliche Krankenstandsdauer als auch die Anzahl der Krankenstände fast identisch. Die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes scheint also höher zu sein als die Angst um die Gesundheit.“ (Habl 2009: 180)

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

---

4 Als „sozial schwach“ werden hier jene Personen bezeichnet, die auf Grund ihres niedrigen Einkommens von der Rezeptgebühr befreit sind.

## 6 Inklusion und Inklusionsstrategien

Wenn es stimmt, dass der Gesundheitszustand ausgegrenzter Menschen stark von ihrer Armut bestimmt wird, dann muss es aus sozialpolitischer Sicht vor allem darum gehen, *Armut zu bekämpfen*. Dazu braucht es die entsprechende politische Bereitschaft, armen und armutsbedrohten Menschen eine solide Grundsicherung zu ermöglichen. Es wäre notwendig, die Ursachen, die zu Armut und Ausgrenzung führen, zu bekämpfen, wie etwa Arbeitslosigkeit, Bildungsdefizite oder regionale, kulturelle bzw. ethnische Benachteiligungen sowie Benachteiligungen, die sich aus dem Alter oder dem Geschlecht ergeben. Dies erfordert eine umfassende Inklusionspolitik (siehe Kronauer 2002). Es geht also darum, die sozialen Ungleichheiten in der Gesellschaft zu verringern, denn es „weisen nicht die reichsten, sondern die sozial ausgewogensten Länder die beste Gesundheit auf“ (Sting 2008: 431).

### 6.1 Health in all Policies

Die Inklusion aller Gesellschaftsmitglieder in eine moderne Gesundheitsversorgung erfordert einen breiten Ansatz, wie ihn beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Strategie „*Health in all Policies*“ vertritt. Denn die nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegrenzter und ausgrenzungsbedrohter Menschen kann keine ausschließliche Aufgabe des Gesundheitsressorts sein und sich nicht auf einzelne ausgewählte Maßnahmen beschränken. Im Gegenteil: alle politischen Entscheidungen auf Bundes-, Landes- und Gemeindeebene sollten dahingehend überprüft werden, welche Auswirkungen sie auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, um sie gegebenenfalls zu optimieren. Allerdings lässt sich *Health in All Policies* nur dann verwirklichen, wenn die politischen Verantwortlichen in allen Ressorts notwendige Maßnahmen ergreifen und das Controlling der gefassten Beschlüsse garantieren (Haas/Horvath 2010).

Die angeführte WHO-Strategie findet ihre inhaltliche Grundlage in der „*Ottawa Charta for Health Promotion*“ von 1986 (z.B. Wintersberger 1991; Baric/Conrad 1999) und geht von einem umfassenden Gesundheitsbegriff aus: Gesundheit ist ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Die Grundlagen für eine Politik, die diesem breiten Gesundheitsverständnis verpflichtet ist, wurden von der WHO in der Deklaration von Alma Ata im Jahre 1978 mit dem Titel „*Gesundheit für Alle*“ festgelegt. Demnach muss Gesundheitsförderung (1) so nah wie möglich am Wohn- und Arbeitsplatz zur Verfügung stehen, (2) die Bevölkerung in Entscheidungsprozesse einbeziehen, (3) mit multidisziplinären Teams arbeiten, (4) als Stelle des Erstkontaktes mit dem Gesundheitswesen fungieren, (5) der Krankheitsverhinderung und Gesundheitsförderung dienen, (6) Aufgaben der Rehabilitation wahrnehmen und (7) Kontakte mit allen Angehörigen der Bevölkerung unter-

halten, in deren Dienst sie tätig ist (Wintersberger 1991). Ziel ist es, alle Lebenswelten in den Blick zu bekommen, in denen Menschen arbeiten, leben, sich erholen und regenerieren, wie z.B. Unternehmen, Schulen und Krankenhäuser (Baric/Conrad 1999). Dabei wird Gesundheitsförderung mit dem Ansatz der Organisationsentwicklung und dem Sozialraumansatz verknüpft (Baric/Conrad 1999: 5).

Hintergrund dieser Strategie ist die Erkenntnis, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur in gemeinsamer Anstrengung aller Ressorts verbessert werden kann, denn Gesundheitsprävention erfolgt im Wesentlichen nicht im medizinischen Bereich, sondern in alltäglichen Settings, in denen Menschen lernen, arbeiten, spielen und leben. Die wichtigsten Einflussfaktoren für die Gesundheit der Menschen finden sich außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems und werden von der Wirtschaftspolitik, der Arbeitsmarktpolitik, der Sozialpolitik, der Regionalpolitik und Raumordnung, der Familienpolitik, der Verkehrspolitik, dem Wohnbau und vielen anderen Bereichspolitiken beeinflusst und geprägt.

## 6.2 Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

Die bisherige Darstellung hat gezeigt, dass Gesundheitsrisiken und Krankheiten nicht zufällig über die gesamte Gesellschaft verteilt sind, sondern nach sozialen Charakteristika sehr stark variieren. Aus diesem Umstand ergeben sich aktuell wesentliche Herausforderungen für die Gesundheitspolitik in Österreich:

1. Bestehende Ungleichheiten in der Lebenserwartung bzw. im Gesundheitszustand für unterschiedliche soziale Gruppen sind als gesundheits- und sozialpolitisches Problem zu erkennen und zu bearbeiten.
2. Die Gesundheitsvorsorge und -prävention ist in allen Handlungsfeldern auszuweiten.
3. Die Fähigkeiten der Menschen, mit ihren Gesundheitsproblemen selbstverantwortlich und kompetent umzugehen und ihre persönliche Umwelt gesundheitsgerechter zu gestalten und sich darin gegenseitig und auf politischer Ebene zu unterstützen, sind zu stärken.
4. Maßnahmen zur nachhaltigen Überwindung von Armut und Arbeitslosigkeit gilt es zu ergreifen. Ebenso zu verstärken sind die Vorkehrungen gegen Ausgrenzung und Exklusion verschiedener Bevölkerungsgruppen, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnie, Muttersprache, Bildungsstand und/oder dem sozialen Status.
5. Materielle und immaterielle Barrieren von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Pflege sind zu beseitigen, insbesondere ist auf das Vorhandensein eines ausreichenden Angebots niedrigschwelliger und nachfragegerechter Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsprävention zu achten.

6. *Health in all Policies* erfordert ein Bildungs- und Erziehungswesen, das nicht nur einen allgemeinen Zugang zu Gesundheitsprävention und Gesundheitsversorgung ermöglicht, sondern auf Überwindung sozialer Ungleichheit in allen Lebensbereichen, insbesondere aber am Arbeitsmarkt, ausgerichtet ist.
7. Bedarfsgerechter Ausbau des Gesundheitswesens und der Gesundheitsprävention bedeutet auch, diesen Wirtschaftszweig für Beschäftigte attraktiver zu machen. Dazu sind vor allem die Ziele des EU-Grünbuches über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa von 2008 umzusetzen.

## 7 Armutsvermindernde Strategien

Die wirksame Reduktion gesundheitlicher Unterschiede erfordert einen salutogenetischen, also nicht an Krankheiten, sondern an Gesundheit ausgerichteten Gesundheitsbegriff. Gesundheitsförderung ist daher nicht an Stabstellen zu delegieren (und damit aus dem Blick der „wirklichen“ Politik verschwinden zu lassen). Dies ist in Hinblick auf gesundheitlich wie sozial benachteiligte Gruppen besonders wichtig. Gerade hier ist eine Orientierung auf (reine) Verhaltensprävention ineffektiv, sondern trägt häufig vielmehr zur Demütigung der Betroffenen bei, die aufgrund ihrer sozialen Situation wenig individuelle Spielräume haben (Haas/Horvath 2010).

Die Ursachen von Gesundheit oder Krankheit liegen in erster Linie nicht im Gesundheitssystem selbst. Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselstörungen, Karzinome, Rheuma, chronische Bronchitis, viele (z.B. stressbedingte) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der Leber, aber auch Suchterkrankungen und ihre Folgen auf Körper und Psyche sind für einen Großteil der Morbidität und auch für die meisten Todesfälle in entwickelten Industrieländern verantwortlich. Diese Erkrankungen entstehen in erster Linie durch Lebensbedingungen und Lebensweisen, durch Verhältnisse und Verhalten. Die komplexen Ursachen dieser chronisch-degenerativen Erkrankungen liegen in der überwiegenden Zahl der Fälle lange vor dem manifesten Ausbruch der Krankheit und ganz oder zum entscheidenden Teil außerhalb des Individuums, in den Lebens-, Arbeits- und Umweltbereichen, also in (potentiell) politisch gestaltbaren Räumen.

Amerikanische Studien über die Ursachen von so genanntem „vorzeitigem Sterben“, also von Todesfällen vor dem 75. Lebensjahr, zeigen den geringen Spielraum, den das Gesundheitssystem hier hat. Denn die biologischen Grundlagen, einschließlich der Genetik, sind für etwa 20% des vorzeitigen Sterbens verantwortlich, durch Medizin und Gesundheitssystem prinzipiell heilbare Erkrankungen (z.B. Infektionskrankheiten wie Lungenentzündung oder Tuberkulose) für weitere zehn Prozent. Aber 70% der Ursachen für vorzeitiges Sterben müssen auf Faktoren der Umwelt und der Lebensweise zurück

geführt werden, also auf jene Bereiche, die nur durch Präventionspolitik im vormedizinischen Bereich verbessert werden können. Das gilt vor allem für jene Erkrankungen, die auf benachteiligte soziale Lebensverhältnisse zurückzuführen sind (Rosenbrock 1991: 3f.).<sup>5</sup>

Die Lebensweise bestimmt die Gesundheit in einem weit höheren Ausmaß als beispielsweise die biologische Disposition. „Durch aktives Gesundheitshandeln könnten daher sozial benachteiligte Personen ihren Gesundheitszustand, trotz schlechterer Voraussetzungen verbessern. Daten aus dem In- und Ausland zeigen jedoch, dass das Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Personen weniger ausgeprägt ist als jenes der Durchschnittsbevölkerung.“ (Habl 2009: 176) Das hat unserer Ansicht nach etwas mit Bedürfnissen zu tun, besser gesagt damit, wie Bedürfnisse der Menschen außer Sicht geraten, sobald diese zu „KlientInnen“ oder „PatientInnen“ geworden sind.

Die österreichische Pionierin der Sozialarbeitsforschung Ilse Arlt hat in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts eine ausdifferenzierte Bedürfnistheorie erarbeitet und deutlich gemacht, dass die Bearbeitung sozialer Ungleichheiten nicht (allein) von Defiziten der betroffenen Menschen ausgehen darf, sondern deren Bedürfnisse in den Blickwinkel der Interaktionen holen muss. „Armut ist eine Negation, kann daher nicht als Ausgangspunkt für positive Arbeit dienen, sondern das Positive muss ins Auge gefasst werden, dessen Negation Armut heißt. Es ist das menschliche Gedeihen.“ (Arlt 2010: 61f.)

Die Bedürfnistheorie Ilse Arlts wird an anderer Stelle in diesem Band ausführlich dargestellt (siehe den Beitrag von Maiss in diesem Band). Aus dieser Orientierung auf die Bedürfnisse der Menschen, nicht auf ihre Notlagen, ergeben sich jedoch relevante Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung, wenn deren Ziel ein Ausgleich unterschiedlicher Zugänge zur Gesundheit ist. Gesundheitsförderung, die die Verringerung oder Beseitigung von Ungleichheiten im Umgang mit Gesundheit sowie Vorbeugung und Behandlung zum Ziel hat, muss mit der gesamten Palette der „Fürsorgewissenschaften“ vertraut sein und sollte nicht (allein) an Defiziten anknüpfen, sondern auch die Bedürfnisse der Betroffenen so gut wie möglich berücksichtigen.

---

5 Hier muss noch einmal auf die engen Wechselwirkungen von sozialer Schicht und Gesundheitsverhalten hingewiesen werden: „Epidemiologische Studien bestätigen, dass in unteren Schichten ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein vorzufinden ist, was zu einer überdurchschnittlichen Ausbreitung von gesundheitsriskanten Verhalten führt. Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht und ein erhöhter Cholesterinspiegel infolge fetter Ernährung sind in sozial niedrigen Schichten deutlich mehr verbreitet als in höheren Schichten. Der Einfluss dieser gesundheitsriskanten Verhaltensweisen auf die Gesundheit ist unbezweifelbar.“ (Sting 2008: 426)

## 8 Verhältnisse und/oder Verhalten?

In der Diskussion um Gesundheitsförderung stoßen immer wieder zwei Positionen aufeinander, insbesondere wenn es um arme oder armutsgefährdete Personen als Zielgruppe geht. Die eine Position orientiert sich an Veränderung jener *Verhältnisse*, die für die ausgrenzenden Lebenslagen und die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen verantwortlich sind. Die Gegenposition thematisiert das *Verhalten* der Personen aus der Zielgruppe, wobei deren nicht gesundheitsförderliches Verhalten als (wesentlicher) Grund für die Marginalisierung ihres gesundheitlichen und sozialen Status gesehen wird (Rosenbrock 1991: 7ff.). Für die Einschätzung von Gesundheitsförderungsstrategien sind aber folgende Überlegungen zu beachten:

„Die Fokussierung auf das Gesundheitsverhalten enthält die Gefahr moralisierender, individualisierender und stigmatisierender Schuldzuweisungen, indem diejenigen, die von einer schlechteren Gesundheit betroffen sind, für ihren Zustand selbst verantwortlich gemacht werden. Diese Strategie des ‚blaming the victim‘ lenkt ... von struktureller Benachteiligung ab ... , und sie verkennt die komplexen Rahmenbedingungen für ‚Verhalten.‘“ (Sting 2008: 427) Das bedeutet, „dass gesundheitsbezogene Verhaltensweisen nicht beliebig gewählt, verändert und kombiniert werden können, sondern dass sie Elemente von komplexen ‚Lebensstilen‘ sind. Der Lebensstil beruht auf schichtspezifischen ‚Mentalitäten‘ bzw. auf einem ‚Habitus‘ der den Ressourcen oder Lebenschancen eines Menschen oder einer sozialen Gruppe entspringt.“ (Sting 2008: 427)

Wir meinen, den (scheinbaren) Widerspruch zwischen „Verhältnissen“ und „Verhalten“ mit Pierre Bourdieus Theorie der drei Kapitale auflösen zu können. Bourdieu bietet uns an, drei Formen von Kapital analytisch zu trennen: „In welcher Gestalt es jeweils erscheint, hängt von dem jeweiligen Anwendungsbereich sowie den mehr oder weniger hohen Transformationskosten ab, die Voraussetzung für sein wirksames Auftreten sind“ (Bourdieu 2005: 52f.): Das *ökonomische Kapital* entspricht den in Geld ausdrückbaren Ressourcen; das *kulturelle Kapital* entspricht den Investitionen in Bildung und Ausbildung, die getätigt (und zertifiziert) wurden und das *soziale Kapital* entspricht den sozialen Verpflichtungen oder Beziehungen der Menschen.

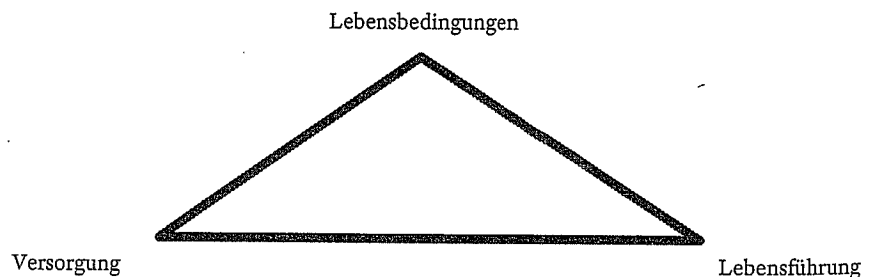
Die Gesundheitsförderung ausgegrenzter oder von Ausgrenzung bedrohter Menschen kann man nach dieser Kapitaltheorie in drei Bereiche auflösen:

1. *Ökonomisches Kapital* meint hier jene Ressourcen, die den Zugang zu Vorsorge und Gesundheitseinrichtungen ermöglichen und deren Fehlen diesen Zugang wesentlich erschweren. Das können unterschiedliche materielle Lebensbedingungen sein, aber auch andere Ressourcen betroffener Personen (z.B. keine Möglichkeit Selbstbehalte zu zahlen).

2. Kulturelles Kapital meint in diesem Zusammenhang jenes Wissen, das gesundheitsförderliches Verhalten und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil ermöglicht. Diese Sichtweise richtet sich sowohl an die handelnden Personen wie an das Angebot von Bildung und Ausbildung, mit denen sie (nicht) konfrontiert sind.
3. Soziales Kapital schließlich meint hier jenes soziale Netzwerk, in dem die betroffene Person lebt und von dem sie (unmittelbar) geprägt wird, etwa die Familie oder Peergroups. Auch dieses Kapital hat (wie jede Beziehung) eine persönliche und eine strukturelle Ebene.

Mit dieser Sichtweise kann der konfrontative Blick auf „Verhältnis“ *oder* „Verhalten“ in Bezug zu den „drei Kapitalien“ von Bourdieu aufgelöst werden. „Somit besteht zumindest innerhalb der Sozial-Epidemiologie weitreichendes Einvernehmen darüber, dass die Varianten gesundheitsförderlicher Verhaltensmuster als ein Bestandteil individueller Lebensstile aufzufassen sind, die wiederum selbst nach den zur Verfügung stehenden Lebensbedingungen und Ressourcen, folglich nach der sozialstrukturellen Positionierung variieren.“ (Bauer et al. 2008: 26)

So kann ein Ansatz der Gesundheitsförderung für arme und armutsgefährdete Personen entwickelt werden, der das Spannungsverhältnis von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention in einen dreidimensionalen Zusammenhang auflöst.



Nicht nur die Veränderung der Lebensbedingungen und Lebenslagen, wie sie in der Strategie *Health in All Policies* am deutlichsten angesprochen werden, sondern auch die Umsetzung der Strategien zur Verringerung oder Überwindung von Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsleistungen müssen sich sowohl mit den betroffenen Personen als auch mit dem Rahmen, in dem sie stehen und sich bewegen, auseinandersetzen. Eine einseitige Orientierung an einem dieser Bereiche wird zu keiner nachhaltigen Veränderung führen.

## 9 Best Practice Beispiele – Es geht auch anders

Im Folgenden wollen wir mit einigen *Best Practice* Beispielen aus unserer aktuellen Forschungstätigkeit (ausführlicher in Richter/Schmid 2010b) deutlich machen, welche Lösungen es für die hier dargestellten Probleme im Wirkungskreis von Armut und Gesundheit unter durchaus vergleichbaren Rahmenbedingungen geben kann. Dadurch können hilfreiche Anregungen zur Veränderungen im eigenen Land entstehen. Freilich sind hier nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch die Grenzen der Übertragbarkeit ausländischer Erfahrungen ins eigene Land zu berücksichtigen.

### 9.1 Bromley by Bow Centre (London, Großbritannien)

Das *Bromley by Bow Centre* (BBBC) ist eine in die lokale Gemeinschaft eingebettete Institution, die 1984 in einem Londoner Stadtteil durch die Initiative der EinwohnerInnen entstanden ist. Das BBBC beschäftigt 128 MitarbeiterInnen und beherbergt ein *Health Centre* mit AllgemeinmedizinerInnen, sozialökonomische Betriebe, Kinderbetreuungszentren, ein Zentrum für gesunde Lebensführung (*healthy living centre*) und bietet Erwachsenenbildung, Pflege und medizinische Betreuung für sozial benachteiligte Menschen sowie *community outreach programmes* und Beratungsleistungen an. Alle Leistungen werden innerhalb des Zentrums angeboten, in dem unterschiedliche Berufsgruppen eng zusammenarbeiten, um den multidimensionalen Bedürfnissen ihrer KlientInnen bestmöglich gerecht zu werden. Durch die persönliche Begleitung und dem interdisziplinären Charakter der Einrichtung wird der Zugang zu den Gesundheitsleistungen vereinfacht.

### 9.2 Haus Basaglia – Zentrum für psychische Gesundheit (Merano/Meran, Italien)

Die Versorgung von psychisch erkrankten Personen soll in Italien seit dem Gesetz von 1978 möglichst nahe am Menschen erfolgen. Daher wurden regionale „Zentren für Psychische Gesundheit“ aufgebaut. Das Haus Basaglia ist eine Wohneinheit für subakute Patienten, das ein Tagesspital sowie Werkstätten und Arbeitsbereiche beherbergt. Es ist erste Anlaufstelle bei psychischen bzw. psychiatrischen Problemen. Die Einrichtung verfügt über mehr als 40 Betten und gewährleistet eine 24-Stunden Betreuung, die nicht nur LangzeitpatientInnen zur Verfügung steht, sondern auch jenen Personen, die nur kurz- oder mittelfristig Hilfe benötigen. Eine Besonderheit sind die von den FachärztInnen durchgeführten Hausbesuche. Die vertraute Umgebung hilft den meisten PatientInnen. Zudem entfällt die Anreise zur Ordination des Psychiaters/der Psychiaterin als wesentliche Barriere. Kontinuität und gute Zusammenarbeit von stationärer und ambulanter Betreuung gelten als wesentliche Handlungsprinzipien des Zentrums.

### 9.3 Service Centre For Homeless People (Helsinki / Finnland)

Die Strategie des finnischen „*Housing First*“ Ansatzes ist es, obdachlose Menschen in einer Wohnung mit Mietvertrag unterzubringen und durch SozialarbeiterInnen zu begleiten. Ziel ist ein geregeltes Leben und der Schutz vor (neuerlicher) Obdachlosigkeit. Dadurch ist in den letzten Jahren in Finnland die Zahl der Notschlafstellen für obdachlose Menschen zurückgegangen. Das *Service Centre For Homeless People*, das sowohl sozialarbeiterische Betreuung als auch medizinische Versorgung bietet, gliedert sich in eine Notschlafstelle und in kleine Appartements. Wenn Personen über längere Zeit in der Notschlafstelle Zuflucht suchen, wird gemeinsam von SozialarbeiterInnen und den Betroffenen erwogen, ob eine Unterbringung in einem Appartement im Haus sinnvoll wäre. Kostenlose medizinische Versorgung kann sowohl von BewohnerInnen als auch von einrichtungsfremden Personen in Anspruch genommen werden. Sofern PatientInnen ihren Namen bekannt geben möchten, werden die Untersuchungsergebnisse in das System der staatlichen Gesundheitsversorgung eingetragen, was eine vollständige Krankenakte ermöglicht.

## 10 Schlussbetrachtung

Im vorliegenden Beitrag wurde versucht, das Phänomen von Armut und Gesundheit auf mehreren Ebenen zu betrachten. Dabei wurde deutlich, dass es systematische Zusammenhänge zwischen Armut bzw. Armutsbedrohung und dem Gesundheitszustand gibt, sowohl hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustands, wie auch bezogen auf bestimmtes gesundheitliches Verhalten (z.B. Ernährung). Auch länger andauernde Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand aus.

Wenn man die damit verbundenen Probleme lösen will, sollte man sich von der klassischen Gegenüberstellung von „Verhaltensprävention“ und „Prävention der Verhältnisse“, jeweils verbunden mit Verantwortlichkeitszuweisungen entweder gegenüber der betroffenen Person oder gegenüber den jeweiligen Arbeits- und Umweltbedingungen, lösen. Wir empfehlen demgegenüber eine auf Bourdieus Kapitalientheorie bezogene Analyse von Lebensweisen, Lebensführung und materiellen Ressourcen. Die damit verbundene Policy wäre die 2006 von der Finnischen Präsidentschaft in die EU eingeführte Strategie *Health in All Policies*. Die konkrete Umsetzung wird anhand einiger *Best Practice* Beispielen illustriert.

Weiterer Forschungsbedarf besteht aus unserer Sicht vor allem aufgrund des Umstands, dass in Österreich Ansätze und Untersuchungen dominieren, die gesundheitliche Ungleichheiten in erster Linie „nur“ beschreiben. Diese findet man in der vielfältigen Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und mancher Gemeinden. Ansätze mit Erklärungsabsichten sind dem-

gegenüber deutlich seltener, wissenschaftliche Analysen, die mit dem Ansatz der Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten antreten, sehr selten. Wenn Forschungsbedarf konstituiert wird, dann weniger bei beschreibenden Ansätzen. Notwendig ist Forschung, die gesundheitliche Ungleichheiten aus dem Leben der Betroffenen erklären und sind komplexe Ansätze für eine wissenschaftliche Politikberatung, die auf Veränderung, also auf Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten orientieren. Der vorliegende Beitrag soll als Impuls für Forschungen dieser Art gesehen werden.

## 11 Literatur

- Ahrens, Dieter / Güntert, Bernhard (Hg.) (2004). Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden: Nomos.
- Antonovski, Aron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt.
- Arlt, Ilse (2010). Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Münster: LIT.
- Badelt, Christoph / Österle, August (2001). Grundzüge der Sozialpolitik. Wien: Manz.
- Baric, Leo / Conrad, Günter (1999). Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methoden und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Werbach-Gamburg: Conrad Verlag für Gesundheitsförderung.
- Barlösius, Eva et al. (Hg.) (1995). Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Edition Sigma.
- Bauer, Ulrich / Büscher, Andreas (2008). Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In Ulrich Bauer / Andreas Büscher (Hg.), Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung (S. 7-48). Wiesbaden: VS.
- Bauer, Ulrich et al. (2008). Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In Ulrich Bauer et al. (Hg.), Health Inequalities, Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten (S. 13-58). Wiesbaden: VS.
- Bencic, Werner et al. (Hg.) (2009). Health in All Policies. Linz: Universität Linz.
- Bourdieu, Pierre (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In Kreckl, Reinhard (Hg.), Soziale Ungleichheiten (S. 183-198). Göttingen: Schwartz.
- Bourdieu, Pierre (2001). Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik. Hamburg: VSA.
- Bourdieu, Pierre (2005). Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA.
- BMAGS (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) (1999). Älter werden in Österreich, Seniorenbericht. Wien: BMAGS.
- BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2009). Armutsgefährdung in Österreich, EU-SILC 2008. Eingliederungsindikatoren. Wien: BMASK.

- Engelke, Ernst et al. (2009). Theorien der Sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Haas, Sabine / Horvath, Ilonka (2010). Gesundheit nachhaltig fördern – Health in All Policies und Health Impact Assessment. Soziale Sicherheit. (9), 458–461.
- Habel, Claudia (2009). Gesundheit und soziale Ungleichheit. In Nikolaus Dimmel et al. (Hg.), Handbuch Armut in Österreich (S. 172-183). Innsbruck: Studienverlag.
- Honneth, Axel (2010). Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Jahoda, Marie et al. (2009). Die Arbeitslosen von Marienthal. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Klee, Bernd / Weyerer, Siegfried (Hg.) (1986). Weg vom Fenster. Arbeitslosigkeit und ihre Folgen. Frankfurt/Main: Nachrichten Verlagsgesellschaft.
- Klimont, Jeannette et al. (2008). Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: Statistik Austria.
- Klocke, Andreas (1995). Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kinder- und Jugendalter. In Eva Barlösius et al. (Hg.), Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland (S. 185-203). Berlin: Edition Sigma.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008). Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. Luxemburg.
- Kronauer, Martin (2002). Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hochentwickelten Kapitalismus. Frankfurt/Main: Campus.
- Kühn, Hagen (1991). Rationierung im Gesundheitswesen. Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte. Berlin: WZB.
- Mayer, Karl Ulrich (Hg.) (2001). Die beste aller Welten? Marktliberalismus versus Wohlfahrtsstaat. Frankfurt/Main: Campus.
- Mielck, Andreas (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2002). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wien: ÖBIG.
- Richter, Veronika / Schmid, Tom (2010a). Armut macht krank. Delphibefragung – verdichtete Ergebnisse. Wien (Projektbericht).
- Richter, Veronika / Schmid, Tom (2010b). Armut macht krank. Projektbericht. Wien, im Erscheinen.
- Rosenbrock, Ralf (1991). Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe. Berlin: WZB.
- Sting, Stephan (2008). Gesundheitliche Ungleichheit. Zum Zusammenhang von Armutsgefährdung, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In Gerald Knapp / Heinz Pichler (Hg.), Armut, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Perspektiven gegen Armut und soziale Ausgrenzung in Österreich (S. 419-439). Klagenfurt: Hermagoras.
- Wintersberger, Barbara (1991). „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ und das Gesundheitsförderungskonzept. WHO-Programme aus pädagogischer Sicht. In Barbara Wintersberger (Hg.), Ist Gesundheit erlernbar? Beiträge zur Gesundheitspädagogik (S.17-55). Wien: WUV.

Roland Verwiebe (Hg.)

# Armut in Österreich

Bestandsaufnahme,  
Trends, Risikogruppen

BRAUMÜLLER



Gedruckt mit Unterstützung  
des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der  
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten  
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Printed in Hungary

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung  
sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner  
Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne  
schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung  
elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet  
werden.

© 2011 by Wilhelm Braumüller  
Universitäts-Verlagsbuchhandlung Ges.m.b.H.  
A-1090 Wien  
<http://www.braumueller.at>

ISSN 1814-5647  
ISBN 978-3-7003-1761-6

Basisdesign für Cover: Lukas Drechsel-Burkhard  
Satz: P. Sachartschenko, Wien  
Druck: Prime Rate