

Bericht an den Gemeinderat

Bearbeiter: Dr. Ulf Zeder

GZ: A7-518/2001-525

BerichterstatteIn:

Graz, 23.12.2011

Gesundheitsbericht für Graz.

Betreff: Information an den Gemeinderat.

Schon Thomas von Aquin stellte fest, dass Gesundheit weniger ein Zustand als eine Haltung sei, die mit der Freude am Leben gedeihe.

Defizitärorientierte Zugänge wie „Krankheitsprävention“ verhindern teilweise die Auseinandersetzung mit der Frage wie Gesundheit entsteht und was dabei als förderlich zu betrachten ist.

Letztlich geht es um die Definition, Planung und Steuerung der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Rahmenbedingungen und Verhältnissen in der Stadt Graz unter Bedachtnahme auf alle in Frage kommenden Partner und Partnerinnen.

Es geht demnach auch um zwei einander diametral gegenüberstehende Menschenbilder.

Das „emanzipatorisch-partizipative“ Menschenbild der Gesundheitsförderung baut auf der Überzeugung auf, dass die meisten Menschen in der Lage sind, für sich und ihr Umfeld autonom richtige Entscheidungen zu treffen, wenn man sie darin unterstützt, Lebenskompetenz zu entwickeln, wenn man sie umfassend, ausgewogen und adressatInnengerecht informiert, wenn man sie ermutigt, Entscheidungen zu treffen, und wenn man sie anleitet, ein glücklicheres Leben anzustreben sowie mit Risiken sinnvoll umzugehen.

Die Menschen werden in ihrer konkreten Lebenslage akzeptiert, ihre persönliche Autonomie wird nicht in Frage gestellt und Entscheidungen werden ihnen letztlich weitgehend selbst überlassen. Sie werden dabei als Subjekte wahrgenommen, im Sinne von InteraktionspartnerInnen, bei denen man die Fähigkeit fördern will, Lebensbedingungen selbst aktiv zu verändern und zu verbessern, um damit die Wahrscheinlichkeit des Flüchtens in abweichendes und selbstschädigendes Verhalten zu verringern. Hierzu besteht natürlich ein hohes Maß an Bringschuld seitens der VerantwortungsträgerInnen.

Diesem steht das „kontrollierend-paternalistische Menschenbild“ gegenüber, welches von der Überzeugung geprägt ist, dass die Mehrzahl der Menschen nur dann richtige

Entscheidungen die Gesundheit betreffend wählen wird, wenn man gewisse Informationen zensiert, sie bevormundet, sie kontrolliert und Risikoverringerung durch Fügsamkeit nahe legt.

Die Verantwortung einer Gesundheitsförderung liegt davon unabhängig darin, die Umweltkorrelate so zu beeinflussen, dass ein gesünderer Lebensstil möglich wird und auch gelebt werden kann, weswegen Gesundheit zu einer Querschnittsmaterie wird.

Die Gesundheit der Bevölkerung wird vom Zusammenwirken zahlreicher Faktoren wie unter anderem Bildung, Einkommen, soziale Unterstützung, gesellschaftliche Teilhabe, Infrastruktur, Umwelt und anderer Gruppenspezifika beeinflusst.

Die meisten dieser genannten Gesundheitsdeterminanten liegen nicht allein im Einflussbereich des Gesundheitsressorts, sondern (auch) in einer Vielzahl von anderen Ressorts und bei anderen potentiellen PartnerInnen.

Es stellen sich daher drei wichtige Fragen:

1. Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit von Individuen und Bevölkerungsgruppen erreichen bzw. der aktuelle Status im Kontext der demografischen, sozioökonomischen und epidemiologischen Veränderungen verbessern und absichern?
2. Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz, Effektivität und Gerechtigkeit in der Verwendung der zur Verfügung stehenden und zu optimierenden Ressourcen erreichen?
3. Wie lässt sich gemäß „health in all policies“ (Gesundheit in allen Politikbereichen) eine intersektorale gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bewerkstelligen?

Um die ersten beiden Fragen beantworten zu können, sollten vor allem jene Bevölkerungsgruppen beachtet werden, die unter besonders belastenden Umständen leben und speziellen Bedürfnissen unterliegen. Der dritte Punkt lässt sich aus mehreren Chartas der WHO ableiten und mit den Ergebnissen der ersteren in Einklang bringen.

Der nun vorliegende Bericht unterscheidet sich daher von vielen anderen, da hier auf reine Zahlenlistungen und Krankheitsanalysen zugunsten des Zielgruppenbetrachtungswinkels verzichtet wurde.

Die Zugangsweise von Herrn Dr. Peter Stoppacher und seinem Team ähnelt daher auch jener, die dem erfolgreichen Projekt „Gesunder Bezirk Gries“ zu Grunde liegt, und fokussiert daher auf besondere Aspekte der psychosozialen und physischen Gesundheit der definierten Zielgruppen benachteiligter Kinder und Jugendlicher, arbeitsmarktferner Menschen, sozial benachteiligter Frauen, älterer Menschen, MigrantInnen und Suchterkrankter.

Der Bericht ist weder ein Maßnahmenplan noch ein verbindliches Strategiekonzept, sondern dient dazu, künftige Diskussionen und Entscheidungsfindungen zu unterstützen.

Die Vorberatung und Antragstellung an den Gemeinderat fällt gemäß dem Statut der Landeshauptstadt Graz in die Kompetenz des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und SeniorInnen.

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit und SeniorInnen stellt daher den

A n t r a g,

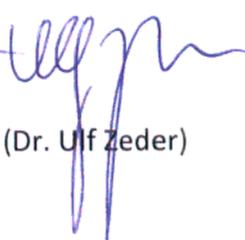
der Gemeinderat wolle den vorliegenden „Gesundheitsbericht für Graz“ zur Kenntnis nehmen.

Der Stadtrat:



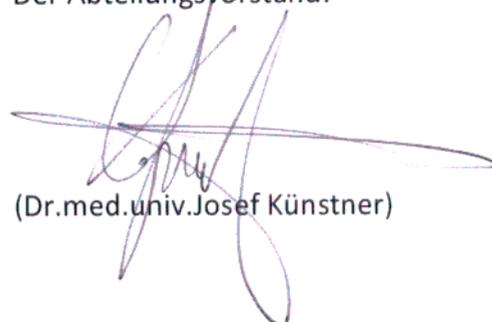
(Michael Grossmann)

Der Bearbeiter:



(Dr. Ulf Zeder)

Der Abteilungsvorstand:



(Dr.med.univ.Josef Künstner)

Vorberaten und angenommen in der
Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit und SeniorInnen
am.....

Der/die Vorsitzende:



GESUNDHEITSBERICHT FÜR GRAZ

Möglichkeiten einer kommunalen Gesundheitsförderung
für sozial benachteiligte Gruppen

Erstellt von
Peter Stoppacher
unter Mitarbeit von Katrin Maierhofer, Karin Reinbacher und Stefanie Gerstmann



Impressum:

Gesundheitsbericht für Graz. Möglichkeiten einer kommunalen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen.

Im Auftrag des Gesundheitsamtes der Stadt Graz.

Inhalt: Institut für Arbeitsmarktbetreuung und –forschung Steiermark, Sozialwissenschaftliche Forschung und Entwicklung. Pflanzengasse 16/2, 8020 Graz. Oktober 2011.

stoppacher@ifa-steiermark.at

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger: Gesundheitsamt der Stadt Graz, Schmiedgasse 26, 8010 Graz.

Produktion: REHA Druck, Viktor-Franz-Straße 9, 8051 Graz.

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT MAG. EDMUND MÜLLER, GESUNDHEITSSADTRAT	5
VORWORT DR. JOSEF KÜNSTNER, ABTEILUNGSLEITER DES GESUNDHEITSSAMTS DER STADT GRAZ.....	6
1 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG	7
1.1 ZIELE UND AUFGABEN DES GRAZER GESUNDHEITSBERICHTS.....	8
1.2 VORGANGSWEISE UND ARBEITSSCHRITTE	10
1.3 AUFBAU DES BERICHTS	12
2 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT ALS SOZIALES PHÄNOMEN	13
2.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM KOMMUNALEN KONTEXT	16
3 BEVÖLKERUNG UND SOZIOÖKONOMISCHE BENACHTEILIGUNG.....	18
3.1 STRUKTUR DER BEVÖLKERUNG IN GRAZ.....	18
3.1.1 Regionale Verteilung nach Alter und Staatsbürgerschaft	21
3.2 ARBEITSMARKT – BESCHÄFTIGUNG UND ARBEITSLOSIGKEIT.....	22
3.2.1 Verteilung der Erwerbseinkommen	23
3.2.2 Verteilung der Pensionen	25
3.2.3 Arbeitslosigkeit	27
3.2.4 Sozialhilfe/Mindestsicherung	30
3.2.5 Armutgefährdung in Graz	32
3.3 SOZIALRÄUMLICHE UNTERSCHIEDE IN DER STADT GRAZ.....	35
3.3.1 Die Verteilung von Arbeitslosigkeit	37
3.3.2 Regionale Verteilung des Sozialhilfebezugs in Graz	37
3.3.3 Räumliche Unterschiede in der Lebensqualität	38
3.3.4 Luft- und Lärmbelastungen	41
4 GESUNDHEITZUSTAND UND KRANKHEITEN.....	43
4.1 SUBJEKTIV EINGESCHÄTZTER GESUNDHEITZUSTAND.....	44
4.2 LEBENSBEDINGUNGEN UND UNGLEICHE GESUNDHEITSLAGEN	46
4.2.1 Lebenserwartung	47
4.2.2 Vorzeitige Mortalität und Haupttodesursachen	47
4.2.3 Erkrankungen und Unfälle	48
4.2.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten	51
4.2.5 Berufskrankheiten	52
5 GESUNDHEITSPOLITIK IN DER STADT GRAZ	55
5.1 KOOPERATIONEN IN DER GESUNDHEITSPOLITIK.....	55
5.2 QUERSCHNITTMATERIE GESUNDHEIT	56
5.3 GESUNDHEITSRELEVANTE HANDLUNGSFELDER IM POLITISCHEN DISKURS	57
5.4 VERNETZUNG UND KOORDINATION	58
5.5 KOMMUNALE HANDLUNGSERFORDERNISSE	59
6 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT UND RISIKOGRUPPEN	60
6.1 LEBENSBEDINGUNGEN UND GESUNDHEITLICHE SITUATION VON BENACHTEILIGTEN IM BEZIRK GRIES.....	62
6.2 BENACHTEILIGTE KINDER UND JUGENDLICHE.....	68

6.2.1	<i>Allgemeine Befunde</i>	68
6.2.2	<i>Erfahrungen in Graz</i>	70
6.2.3	<i>Kommunale Handlungsmöglichkeiten</i>	72
6.2.4	<i>Gastbeitrag Ärztlicher Dienst / Amt für Jugend und Familie</i>	75
6.3	ARBEITSMARKTFERNE UND SOZIAL BENACHTEILIGTE	76
6.3.1	<i>Armutsgefährdung, Arbeitslosigkeit und Gesundheit</i>	76
6.3.2	<i>Gesundheitliche Einschränkungen bei einem Leben in Armut</i>	78
6.3.3	<i>Kommunale Handlungsmöglichkeiten</i>	80
6.3.4	<i>Gastbeitrag „Gesunder Bezirk Gries – Ein Bezirk zum Wohlfühlen“</i>	81
6.4	SOZIAL BENACHTEILIGTE FRAUEN	83
6.4.1	<i>Lebenslagen und frauenspezifische Gesundheitsrisiken</i>	83
6.4.2	<i>Erfahrungen in Graz</i>	85
6.4.3	<i>Kommunale Handlungsmöglichkeiten</i>	87
6.4.4	<i>Gastbeitrag Grazer Frauengesundheitszentrum</i>	88
6.5	ÄLTERE MENSCHEN	90
6.5.1	<i>Lebensqualität und Gesundheit im Alter</i>	90
6.5.2	<i>Erfahrungen in Graz</i>	91
6.5.3	<i>Kommunale Handlungsmöglichkeiten</i>	92
6.5.4	<i>Gastbeitrag Neue Lebensräume</i>	94
6.6	MIGRANTINNEN	96
6.6.1	<i>Zuwanderung als Bereicherung oder Belastung?</i>	96
6.6.2	<i>Ausgrenzung, Armut und kulturelle Barrieren als Gesundheitsrisiken</i>	97
6.6.3	<i>Erfahrungen in Graz</i>	99
6.6.4	<i>Kommunale Handlungsmöglichkeiten</i>	100
6.6.5	<i>Gastbeitrag OMEGA</i>	102
6.7	SUCHTERKRANKTE	104
6.7.1	<i>Sucht und gesellschaftliche Normen</i>	104
6.7.2	<i>Sucht und soziale Benachteiligung</i>	105
6.7.3	<i>Suchtarten</i>	106
6.7.4	<i>Erfahrungen in Graz</i>	108
6.7.5	<i>Kommunale Handlungsmöglichkeiten</i>	111
6.7.6	<i>Gastbeitrag b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen</i>	113
7	ZUSAMMENFASSUNG UND ABLEITUNGEN	114
8	LITERATURVERZEICHNIS	120
9	ANHANG	123

VORWORT

MAG. EDMUND MÜLLER, GESUNDHEITSSTADTRAT



Sehr geehrte LeserInnen des Gesundheitsberichts!

Graz ist eine Stadt mit einer hervorragenden Gesundheitsinfrastruktur. Diese Qualität muss erhalten bleiben und vor allem kontinuierlich verbessert, an wachsende Anforderungen angepasst und ausgebaut werden. Um Grazerinnen und Grazer noch „gesünder“ zu machen, bedarf es vorab einiger Grundlagen: Daten und Fakten zur Gesundheit und zu den Unterschieden zwischen einzelnen Zielgruppen. Dem gerecht wird der erste „Gesundheitsbericht für Graz“, als Wegweiser für künftige Gestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik. Der gelungene Bericht folgert aus einer Sammlung medizinischer und soziologischer Daten das städtische „Krankheitsbild“ und setzt sich erstmals spezifisch mit der gesundheitsrelevanten Situation dieser sozial benachteiligten Gruppen auseinander. Er lässt erkennen, welche Folgehandlungen für verschiedene Bereiche der Politik abgeleitet werden können.

Es freut mich, dass dieser Bericht rechtzeitig zu einem wichtigen Jubiläum fertig geworden ist: 2012 ist es 20 Jahre her, dass sich Graz als eine der Gründungsstädte des „Gesunde Städte-Netzwerks“ öffentlich für die systematische Realisierung kommunaler Gesundheitsförderungskonzepte engagiert hat. Was damals bereits, fußend auf der Erkenntnis von Zusammenhängen zwischen wirtschaftlich-sozialen Lebensbedingungen und Gesundheit, als Zielvorstellung formuliert war, hat mittlerweile zusätzliche Aktualität erlangt. Die Unterschiede in den individuellen Lebensumständen der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Stadt sind in dieser Zeit noch deutlicher geworden – und, daraus resultierend, auch die Unterschiede im Bereich der Gesundheit. Erwerbsarbeitslose, Kleinkinder, ältere Menschen, Bürgerinnen und Bürger mit Migrationshintergrund sind, so zeigt der Bericht sehr deutlich, häufiger mit Krankheit konfrontiert als Grazerinnen und Grazer in weniger prekären Umständen. Und diese Schicht ist es auch, die mit Präventionsmaßnahmen schwer zu erreichen ist.

Graz hat zahlreiche Spitäler, eine Universitätsklinik von Weltruf, eine flächendeckende ärztliche Versorgung, ein dichtes Netz an Apotheken sowie zahlreiche medizinische Forschungseinrichtungen und Initiativen, die mit sich unterschiedlichen Aspekten der Gesundheit, der Fitness, der Wellness befassen. Die infrastrukturellen Voraussetzungen für ein „gesundes Graz“ sind also gegeben. Gesundheitsförderung und Prävention muss sozial Benachteiligte als zentrale Zielgruppe begreifen und vermehrt das soziale Umfeld der Betroffenen - also ihre Arbeits-, Wohn- und Bildungssituation – berücksichtigen. Nicht nur, um ein „gesundes Graz“ zu erreichen, sondern letztlich auch einen Abbau sozialer Ungleichheiten. Ein hohes Ziel, für das der vorliegende Bericht einen wichtigen Ausgangspunkt bildet.

Ich danke allen, die an der Erstellung des ersten Grazer Gesundheitsberichtes mitgewirkt haben. Und nun gilt es, die für jedes Kapitel aufgezeigten vielfältigen Handlungsmöglichkeiten zu zukunftsorientierten Konzepten und zu konkreten Projekten zu entwickeln.

Mag. Edmund Müller

VORWORT

**DR. JOSEF KÜNSTNER,
ABTEILUNGSLEITER DES GESUNDHEITSAMTS DER STADT GRAZ**

Sehr geehrte LeserInnen des Gesundheitsberichts!

Wir freuen uns über Ihr Interesse an dem vorliegenden Gesundheitsbericht für die Stadt Graz.

Gesundheitsberichte folgen in der Regel dem Ziel, den Gesundheitszustand einer Bevölkerung zu beschreiben. Dass die Grundbedingungen und daraus resultierende Befähigungen, Gesundheit zu erlangen und zu erhalten, in unserer Gesellschaft ungleich verteilt sind, mag nicht weiter verwundern und Graz unterscheidet sich darin nicht wesentlich von Städten vergleichbarer Größenordnung. Dieser Umstand leitet aber auch dazu an, die besonderen Belastungsfaktoren und sich daraus ergebenden Lösungsansätze im Sinne einer breiter gefassten Gesundheitsförderung zu fokussieren und sich dieser Querschnittmaterie partizipativ anzunehmen. Im Prinzip geht es dabei um ein Grundbedürfnis aller Menschen – nämlich wahr- und ernst genommen zu werden. Differenziert nach gesellschaftlichen Subgruppen - bei denen davon ausgegangen werden kann, dass die jeweiligen Konglomerate aus psychologischen, lebensumweltlichen, biographischen, körperlichen und kulturellen Faktoren gesundheitsförderliche Benachteiligungen mitbedingen - wie z.B. bei sozial Schwächeren, Armutsgefährdeten, MigrantInnen, MindestpensionistInnen entstehen unterschiedliche Handlungsansätze und Kooperationsnotwendigkeiten.

Die Idee hinter dem nun vorliegenden Gesundheitsbericht war es nicht allein, soweit überhaupt vorhanden, Datenmaterial zu verarbeiten und vergleichend gegenüber zu stellen, sondern vielmehr, die Expertisen jener Partner/Partnerinnen miteinzubeziehen, die mit den definierten Zielgruppen arbeiten, und so in der Folge die Möglichkeiten einer kommunalen Gesundheitsförderung unter Miteinbindung der verschiedenen Systempartner/innen darzustellen, als Basis für weiterführendes strategisches und politisches Handeln.

Viel Freude und Nachdenklichkeit beim Lesen dieses Berichtes.

Dr. Josef Künstner

1 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT UND GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

Mit „Erbkrankheit Armut“¹ ist eine Besprechung einer soziologischen Studie zur Gesundheit von Volksschulkindern in Graz² betitelt. „Wir arbeiten bis zum Umfallen“³ heißt ein Artikel über krank machende Faktoren in der Arbeit, wobei vor allem auf zunehmende psychische Belastungen durch zu hohe Anforderungen verwiesen wird. Mit „Angst treibt Kranke in die Arbeit“⁴ wird über besonders hohen Druck bei Menschen mit niedriger Bildung, die daher leicht ersetzbar sind, aber auch bei Arbeitskräften in mittleren Führungsebenen in sogenannten „Sandwichpositionen“ berichtet.

Schlagzeilen wie diese signalisieren, dass der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit im öffentlichen Diskurs wieder vermehrt wahrgenommen wird – ein Vorreiter in dieser Hinsicht waren zweifellos die sozialmedizinischen und reformpädagogischen Bestrebungen im Wien der Zwischenkriegszeit.⁵ Politische Bestrebungen wie beispielsweise das „Netzwerk gesunder Städte“ oder das EU-Projekt „Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe“⁶ tragen dem zunehmenden Wissen über diese Zusammenhänge Rechnung. Eine Zielsetzung auch der EU-Politik ist es, vermehrt „Initiativen zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen für schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen“⁷ zu initiieren. Unterschiede im Gesundheitsstatus und in der Lebenserwartung zwischen und innerhalb von EU-Staaten werden zum Großteil auf soziale und wirtschaftliche Lebensbedingungen, den sogenannten „sozialen Determinanten“ der Gesundheit, zurückgeführt. Sozioökonomische Benachteiligung ist zumeist mit unzureichender Ausbildung, Arbeitslosigkeit und geringer Arbeitsplatzsicherheit, schlechten Arbeits- und Wohnbedingungen etc. gekoppelt.

Eine Antwort, um auf diese Determinanten einzuwirken, war das Healthy City-Konzept der WHO, das im Gefolge der Ottawa Charta 1986 entwickelt wurde. Die intendierte kommunale und regionale Gesundheitsförderung im Interventionsdreieck von Wissenschaft, Politik und praktischer Arbeit wurde bislang aber kaum systematisch umgesetzt, dies wohl auch aufgrund der Komplexität der kommunalen und regionalen Lebenswelten. Im Vergleich zu den Lebenswelten Schule oder Betrieb kann eine Partizipation der

¹ G7. Die Stadtzeitung. Sonntag, 12. Juni 2011, S. 6ff.

² Ene mene mu – wie gesund bist du? Eine soziologische Studie zur Gesundheit von Grazer Volksschulkindern. Ergebnisse des Forschungspraktikums 2010/2011: Urbane Problemlagen. Institut für Soziologie Karl-Franzens-Universität. Graz 2011.

³ Kleine Zeitung vom 1. Dezember 2010, S. 14.

⁴ Vgl.: Die Woche vom 2. Februar 2011, S. 2f.

⁵ Vgl.: dazu: Eva Novotny: Mit den Ohren eines anderen. In: Die Presse vom 2. Juli 2011, Spectrum, S. V f. anlässlich 100 Jahre Individualpsychologie mit dem „Aufbruch der sozialen Vernunft“. Aber auch die sozialpsychiatrischen Bestrebungen seit den 70-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts rekurrierten auf diese Zusammenhänge.

⁶ Vgl.: www.health-inequalities.eu bzw. www.closing-the-gap.org

⁷ Siehe dazu: Sozialagenda, Nr. 23, April 2010, S. 23. Magazin der europäischen Kommission für Beschäftigung und Soziales, S.23. Nach diesem Artikel hat ein Mann in einem bestimmten ärmeren Viertel der Stadt Glasgow eine Lebenserwartung von 54 Jahren, in einem anderen, „besseren“ Viertel eine von 82 Jahren.

Zielgruppen nicht von oben „verordnet“ werden, sondern nur durch eine umfassende und politikfeldübergreifende Vorgehensweise erreicht werden. Die schwierige Umsetzung wird auch am Beispiel Graz, das 1992 eine der Gründungsstädte im „Gesunden Städtenetzwerk“ war, deutlich. Die Gesundheit als bereichs- und ressortübergreifende Querschnittmaterie ist noch immer ein Wunschziel vieler gesundheitspolitisch tätigen AkteurInnen in Graz, wie bei der Fokusgruppe zum Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“ oder den ExpertInneninterviews im Rahmen der Erstellung des Gesundheitsberichts ersichtlich wurde. Einen größeren Stellenwert erreichte die Gesundheit vor allem in den Bereichen Umwelt, Soziales und Jugend- und Familie, wie der Leiter des Gesundheitsamtes erläutert. Einige wenige stadtteilbezogene „Gesundheitsförderungsprojekte“ wie das als Pionierprojekt 1988 gegründete Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) in Liebenau, welches in der Bezirksstudie „Wie gesund ist Liebenau“ bereits im Jahr 2001 dem Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit nachging, das Sozial- und Begegnungszentrum (SBZ), das seinen Ausgangspunkt in St. Leonhard hatte, oder das Beratungszentrum Granatengasse, das 1978 mit dem Anliegen, in zwei Risikobezirken eine gemeindenahere psychosoziale Versorgung inklusive einer ambulanten Psychosebehandlung (als erste Einrichtung in Österreich) mit ursprünglich starkem Stadtteilbezug eröffnet wurde, bestehen seit langer Zeit. Dazu kamen in den letzten Jahren das Projekt „Gesunder Bezirk Gries“ oder „sta:ges“ (ein Projekt in der Schönausiedlung ebenfalls vom SMZ). Allerdings handelt es sich dabei um noch immer punktuelle Initiativen, die von der Stadt mehr oder minder unterstützt werden.

Erst in jüngerer Zeit gerieten die Lebenswelten Gemeinde, Region, Stadtteil wieder stärker in den Fokus der Gesundheitsförderung. Begründet ist diese neue Hinwendung wohl in der Bedeutung des Settings für einige gesundheitspolitisch zentrale Zielgruppen wie ältere und alte Menschen, Erwerbsarbeitslose, Kleinkinder und sozial benachteiligte Menschen, die nur oder besser über regionale Settings zu erreichen sind. Diese Rückbesinnung auf die Möglichkeiten spezifischer gesundheitspolitischer Maßnahmen für sozial Benachteiligte bildet auch den Hintergrund für den gegenständlichen Gesundheitsbericht für die Stadt Graz.

1.1 Ziele und Aufgaben des Grazer Gesundheitsberichts

Im letzten Jahrzehnt sind in einigen Städten und Bundesländern Österreichs Gesundheitsberichte⁸ erstellt worden. Die Sammlung grundlegender Daten zur Gesundheitsfragen, der Abgleich mit vorhandenen gesundheitspolitischen Zielsetzungen sowie die umfassende Information über die gesundheitlichen Rahmenbedingungen soll im idealtypischen Fall dazu beitragen, Entscheidungshilfen und Impulse für eine Gesundheitspolitik zu liefern und eine evidenzbasierte Ableitung von Strategien und Maßnahmen zu erlauben. Die Gesundheitsberichterstattung wird als Grundlage und Ausgangspunkt eines

⁸ Vgl. Gesundheitsberichte in Städten wie Wien oder Linz, in den Bundesländern Steiermark, Salzburg, Niederösterreich, Kärnten etc. In diesem Zusammenhang wurde auch ein umfassender Themenkatalog für die Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Dieser folgt den Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung, die von der im Jahr 2003 eingerichteten Plattform Gesundheitsberichterstattung formuliert wurden. Den Rahmen dafür bilden die Gesundheitsziele der WHO bzw. die sogenannte Ottawa-Charta.

gesundheitspolitischen Regelkreises unter Einbezug aller gesundheitsrelevanten Politikbereiche gesehen.⁹

Der vorliegende Gesundheitsbericht unterscheidet sich aus unterschiedlichen Gründen von diesen idealtypischen und umfassenden Vorgaben. Zugunsten einer Konzentration auf auch gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen wird gemäß der Intention des Auftraggebers bewusst auf eine umfassende Darstellung aller zur Verfügung stehenden Daten und Indikatoren¹⁰ bzw. auf eine detaillierte „Krankheitsberichterstattung“ verzichtet. Der gegenständliche Gesundheitsbericht sammelt über eine deskriptive Beschreibung medizinischer Daten hinausgehend zielgerichtet und bedarfsorientiert Informationen und Anregungen für ein gesundheitspolitisches Agieren unter dem Blickwinkel sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Letzten Endes soll mit dem Schwerpunkt einer Gesundheitsförderung und Prävention, die nicht nur auf der individuellen Verhaltens-, sondern auch auf der Verhältnisebene (Arbeit, Wohnen, Wohnumfeld, Bildung) ansetzt, auch ein Abbau sozialer Ungleichheit einhergehen. Damit sind AkteurInnen in vielen Politikbereichen tangiert. Gesundheit wird als mehrdimensionales Konzept und als Querschnittmaterie begriffen, die mit Lebenslagen (Erwerbssituation, Bildung, Geschlecht, Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsverhalten, Ressourcen etc.) ebenso wie mit lokalen und regionalen Gegebenheiten (Wohnen, Umweltbelastungen, Naherholungsmöglichkeiten, Infrastruktur etc.) sowie mit Bemühungen um eine Gesundheitsförderung in Kommunen, Schulen, Betrieben, Institutionen etc. in Zusammenhang steht.

Zahlreiche Untersuchungen haben sich mit Folgen sozialer Ungleichheit für die Gesundheit beschäftigt. Diese reichen von mangelhaften Informationen über fehlende Ressourcen für ein „gesundes“ Verhalten, spezifische Belastungsfaktoren oder Bewältigungsstrategien bis hin zur unterschiedlichen Gesundheitsversorgung. Gesellschaftliche, materielle und soziale Bedingungen der Lebenswelt bilden den Kontext für die Alltagskultur und (gesundheitsrelevante) Lebensstile. Besonders der Bildungsstatus übt großen Einfluss aus.

Im gegenständlichen Gesundheitsbericht steht die Situation von Risikogruppen im Zentrum. Benachteiligte Menschen, z.B. solche mit geringer Bildung, sind deutlich häufiger mit Krankheit und Behinderung konfrontiert und mit Angeboten der Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention schwer zu erreichen. Eine „health literacy“ oder „settingorientierte“ Gesundheitsförderung mit Bring- statt Holstrategien zu entwickeln scheint daher angebracht. Besonders ihre gesundheitliche Situation, die von sozialen, körperlichen und psychischen Faktoren sowie Lebensumwelten etc. beeinflusst ist, wird unter Verwendung empirischer Daten und Expertisen so dargestellt, dass Handlungsableitungen für verschiedene Politikfelder abgeleitet werden können. Im Brennpunkt stehen gesellschaftliche benachteiligte Gruppen¹¹ mit einem besonders hohen gesundheit-

⁹ Vgl. dazu Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung, erstellt von der Plattform Gesundheitsberichterstattung. Stand 4.11.2010, S.1.

¹⁰ Vgl. dazu auch die Kernindikatoren in der Steiermark, die im steirischen Gesundheitsbericht verwendet werden. Siehe: Gerlinde Grasser, Elisabeth Wieseneder: Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen. Graz 2010.

¹¹ Nicht berücksichtigt sind Gruppen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, für die es eigene institutionelle Zuständigkeiten gibt, z.B. Menschen mit Behinderung, für die das Bundessozialamt Verbesserungen an-

lichen Risiko wie (langzeit-) beschäftigungslose Personen (Arbeitslose, SozialhilfebezieherInnen), bei denen ein *circulus vitiosus* aus prekärer Lage und mangelhafter (psychosomatischer) Gesundheit erhöhte und längere Krankenstände oder eine niedrige Lebenserwartung bewirkt, prekär Beschäftigte sowie Arbeitende in Hilfs- und angelernten Tätigkeiten mit erhöhten Arbeitsbelastungen und Arbeitsdruck, BewohnerInnen belasteter Stadtteile bzw. von sozialen Brennpunkten (Gemeindebauten, Einrichtungen für Wohnungslose), MigrantInnen mit besonderen sozialen und kulturellen Hintergründen und Barrieren, z.B. bei der Betreuung während der Schwangerschaft und der Geburt, in der Pflege, in der allgemeinmedizinischen Betreuung, MindestpensionistInnen, alleinstehende, isolierte Personen („living poor“) oder Betagte mit geringem Einkommen, Armutsgefährdete in Mehrkindfamilien, Alleinerziehende, betreute Familien in der Jugendwohlfahrt, sozial deklassierte Kinder und Jugendliche mit langfristig drohenden gesundheitliche Folgen oder Suchtkranke nach Therapien etc.

Zentrale Ziele des Gesundheitsberichts für Graz mit Orientierung an einem salutogenetischen Anforderungs-Ressourcenansatz¹², der sowohl medizinische Krankheitsbilder, subjektiv wahrgenommene Befindlichkeiten und Handlungsfähigkeit als auch strukturell belastende bzw. stärkende Umweltfaktoren umfasst, sind zusammengefasst:

- ein praxisrelevanter Bericht als Kombination von objektiven Daten, sozialräumlichen Gegebenheiten und qualitativen Befunden zur Gesundheitssituation in Graz als Basis für strategisches und politisches Handeln
- ein besonderer Fokus auf Risikogruppen, um gesundheitliche Ungleichheiten aufzuzeigen sowie gezielte Maßnahmen skizzieren zu können
- die Integration von Expertisen aus Grazer Institutionen und Initiativen, um eine möglichst hohe Praxisrelevanz zu gewährleisten

1.2 Vorgangsweise und Arbeitsschritte

Ausgangspunkt des gegenständlichen Berichts ist die Auswertung sekundärstatistischer Daten zur Gesundheitssituation unter dem in der Einleitung skizzierten Blickwinkel. Verfügbare Daten wurden gesammelt und aufbereitet, wobei vor allem Zusammenhänge mit sozialen Determinanten der Gesundheit wie Bildung, Einkommen, berufliche Tätigkeit, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund, Familiensituation, Alter und geschlechtsspezifischen Lebenslagen von Interesse sind. Zum Teil war es notwendig, die Ergebnisse regionaler oder nationaler Befunde auf die kommunale Ebene „herunter zu brechen“, um sich den Problemgruppen und dem Handlungsbedarf anzunähern. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass vorliegende Daten von unterschiedlicher Qualität sind – wobei vor allem unterschiedliche Erfassungsmodi, gesellschaftliche Tabuisierungen und unterschiedliche Wahrnehmungsmuster eine Rolle spielen. Aus den Daten (und den Interviews) wurden Handlungsvorschläge abgeleitet.

strebt, Menschen mit psychischen Problemen, welche die Klientel sozialpsychiatrischer Institutionen bilden oder auch Menschen, die in Anstalten leben und betreut werden.

¹² Vgl.: Willibald J. Stronegger, Wolfgang Freidl: Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Analysen aus Graz. In: Die Armut und die Kommune: Am Beispiel Graz. Grazer Sozialpolitische Hefte. Band 1, Jänner 2010, S. 38 ff.

Eine geschlechtsspezifische Differenzierung im Bericht war weitgehend möglich. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind sowohl kulturell, sozial und biologisch bedingt. Frauen haben eine höhere Lebenserwartung, jedoch auch eine häufig höhere Morbidität aufgrund von Doppel- und Dreifachbelastungen (Arbeit, Haushalt, Betreuungspflichten). Männer nehmen weniger Vorsorgeleistungen in Anspruch und leben tendenziell weniger gesundheitsbewusst. Im Sinne einer traditionellen Arbeitsteilung wird die Verantwortung für Fragen der Gesundheit noch immer Frauen zugeschrieben, die sie auch übernehmen. Eine altersmäßige Differenzierung ist hingegen bei den meisten Daten kaum möglich, obwohl das Alter bzw. eine Vielzahl von Ereignissen und Lebensphasen nebst den biologischen Veränderungen großen Einfluss auf die Gesundheit hat. Als Indikator für die soziale Situationen und zur Messung sozialökonomischer Einflüsse auf die Gesundheit wird in vorhandenen Untersuchungen zumeist das Bildungsniveau, das mit der Arbeitsmarktposition und dem Einkommen korreliert, herangezogen. Insgesamt aber können Indikatoren wie Berufsstatus und Einkommen ebenso wie der Bildungsstatus nur bei manchen Fragen berücksichtigt werden.¹³

Ein besonderer Mehrwert des gegenständlichen Gesundheitsberichts gegenüber herkömmlicher Gesundheitsberichte liegt darin, dass es in Zusammenarbeit zwischen dem IFA Steiermark und dem Projekt „Gesunder Bezirk Gries“ gelungen ist, auch die Zielgruppe sozial benachteiligter Menschen zu gesundheitsrelevanten Themenstellungen zu befragen. Der Fragebogen wurde vom IFA Steiermark erstellt, für die Erhebung wurden unterschiedliche Institutionen und Vereine, die im Bezirk Gries angesiedelt sind, als MultiplikatorInnen herangezogen, etwa das Stadtteilzentrum Gries, der Verein ERfA, das Männerwohnheim, der MigrantInnenbeirat, der Verein Isop, eine PensionistInnengruppe, eine Lehrlingsausbildungsinitiative etc. Die vorliegenden 135 Erhebungsbögen geben einen explorativen Einblick in Lebenslagen und die gesundheitliche Situation der Zielgruppe. Im Männerwohnheim der Stadt Graz wurden im Rahmen der Vorstellung der Erhebung zusätzliche Eindrücke gewonnen.

Einen Überblick über den Stellenwert der Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Stadt Graz lieferte eine inhaltsanalytische Dokumentenanalyse von Programmen politischer Parteien, von Gesetzesanträgen und Beschlüssen im Gemeinderat sowie von kommunalen Informationsmedien.

Um einen möglichst praktischen Einblick über die gesundheitliche Situation sozial benachteiligter Gruppen in Graz bzw. Möglichkeiten der kommunalen Gesundheitsförderung zu erhalten, wurden 18 qualitative Interviews mit VertreterInnen zuständiger Stellen in der Stadt Graz sowie weiteren ExpertInnen aus dem Gesundheitsbereich, Gesundheitsförderungsinitiativen, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen, die mit benachteiligten Gruppen zu tun haben, durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Fokusgruppe zum Thema „Gesundheitssituation von sozial benachteiligten Gruppen in Graz“ durchgeführt. Sie bot 18 Personen aus kommunalen Ämtern und Stellen, Institutionen wie dem AMS oder der AK und aus Gesundheitsinitiativen anschließend an das ehemalige „Gesundheitsforum“ Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Vernetzung. Im Gesund-

¹³ Vgl. dazu Angaben zu Methoden und Datenquellen im Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark, S. 10ff.

heitsbericht werden die Daten detailliert aufbereitet und mit Erkenntnissen aus vorliegenden Analysen und ExpertInneninterviews kombiniert.

1.3 Aufbau des Berichts

Eingeleitet wird der Bericht im zweiten Kapitel mit einem theoretischen Aufriss über „Gesundheitliche Ungleichheit als soziales Phänomen“. Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext werden darin als mehrdimensionales Konzept erörtert.

Das dritte Kapitel setzt sich mit der Bevölkerungsstruktur und sozioökonomischer Benachteiligung in Graz als Basis für Überlegungen zur Gesundheitsförderung auseinander. Die Bevölkerung wird nach Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund skizziert. Als entscheidend für soziale Benachteiligung wird der Arbeitsmarkt bzw. Beschäftigung und Arbeitslosigkeit begriffen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Verteilung der Erwerbs- und Pensionseinkommen, Arbeitslosigkeit in verschiedenen Facetten, die Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung, die für arbeitsmarktferne Gruppen wichtig ist, sowie die Armutsgefährdung in Graz. Weiters wird sozialräumlichen Unterschieden in der Stadt, welche für Maßnahmen einer zielgerichteten Gesundheitsförderung eine Planungsgrundlage bilden, nachgegangen. Neben der Konzentration von Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe in bestimmten Grazer Stadtteilen werden vor allem Ergebnisse der Lebensqualitätsindikatoren in Graz skizziert. Schließlich wird noch auf Umweltbelastungen mit möglichen Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität eingegangen.

Im vierten Kapitel wird auf engere gesundheitsbezogene Themen wie dem subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand, der Lebenswartung, vorzeitiger Mortalität sowie auf häufige Erkrankungen und Gesundheitsgefährdungen eingegangen. Auch in diesem Kapitel bilden Verbindungen zu sozialen Determinanten eine zentrale Perspektive. Hier ist die Datenlage speziell für Graz am schlechtesten, allerdings ist davon auszugehen, dass steirische Ergebnisse in hohem Ausmaß allein durch die quantitative Bedeutung von Graz geprägt sind.

Das fünfte Kapitel enthält einen Exkurs zur „Gesundheitspolitik in Graz“, im sechsten Kapitel werden gesundheitliche Ungleichheit und Möglichkeiten der Gegensteuerung bzw. der Gesundheitsförderung anhand von sechs benachteiligten Risikogruppen (Kinder und Jugendliche, Ältere, sozial benachteiligte Frauen, arbeitsmarktferne Personen, MigrantInnen und Suchterkrankte) erörtert. Mit Bezug auf die spezielle Situation in der Stadt Graz werden die Ergebnisse jeweils nach dem Schema allgemeiner Erkenntnisstand, spezielle Situation in Graz (quantitativ und qualitativ) sowie Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten dargestellt. Ein „Gastbeitrag“ einer Institution bzw. Initiative zu jeder einzelnen Risikogruppe rundet die Kapitel mit Schilderungen aus der Praxis ab.

Abschließend werden im siebten Kapitel die wichtigsten Ergebnisse sowie ein Vorschlagskatalog „verdichtet“ präsentiert.

Betont werden muss, dass bei einem so umfassenden Thema ein Gesundheitsbericht notwendigerweise lückenhaft bleibt. Im Sinne der Kürze und Verständlichkeit werden wichtigste Ergebnisse und Zusammenhänge dargestellt. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass im qualitativen Teil GesundheitsexpertInnen aus Graz zu Wort kommen, wobei ihre

Aussagen durchaus subjektiv gefärbt sind und – wie in vielen komplexen gesellschafts-politischen Wissensbereichen – sicherlich nicht immer von allen geteilt werden.

An dieser Stelle sei auch allen VerfasserInnen der Gastbeiträge, aber auch allen Personen, die sich für Interviews zur Verfügung stellten, an der Fokusgruppe teilnahmen oder Daten zur Verfügung stellten, sowie dem Gesundheitsamt der Stadt Graz für die Unterstützung herzlichst gedankt.

2 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT ALS SOZIALES PHÄNOMEN

„Gesundheit ist kein medizinisches, sondern ein soziales Phänomen!“ Oder: „Armut macht krank!“ Aussagen wie diese werden von der gesundheitswissenschaftlichen Forschung bestätigt. So haben Angehörige des unteren Einkommensfünftel der Gesellschaft statistisch in jedem Lebensalter ein mindestens doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben wie Angehörige des oberen Fünftels.¹⁴ Als zentrale Einflussfaktoren auf Gesundheit oder Krankheit gelten neben genetischen Veranlagungen vor allem die konkreten Lebensverhältnisse (Wohnen, Arbeit, gesellschaftliche Partizipation), das individuelle Verhalten (Ernährung, Bewegung, Bewältigung von Gesundheitsrisiken), das in engem Zusammenhang mit den Lebensverhältnissen steht, sowie das Vorhandensein und der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems. Viele sozial-epidemiologische Befunde belegen, dass *„Männer und Frauen umso häufiger von Krankheit und beeinträchtigtem Wohlbefinden betroffen [sind], je niedriger ihre soziale Position und ihr Einkommen ist. (...) In Armut lebende Personen sind daher in einem besonders hohen Ausmaß von gesundheitlichen Risiken und Krankheiten betroffen. Umgekehrt erschweren infolge der Armut aufgetretene Erkrankungen den Ausstieg aus der Armut.“*¹⁵

In elaborierten wissenschaftlichen Modellen zur Erklärung des Schichtgradienten von Gesundheit, Morbidität und Mortalität fließen materielle Ungleichheit ebenso ein wie sozial ungleich verteilte Arbeits- und Wohnbedingungen, kulturelles Kapital (Sozialisati-on, gesundheitsrelevantes Wissen) und Lebensstile (gesundheitsrelevantes Verhalten), psychosoziale Umstände (Stressoren und Ressourcen) sowie biologische und genetische Faktoren mit zahlreichen Interaktionen.¹⁶

Das Spektrum potentieller Zusammenhänge und Einflüsse ist vielfältig und komplex und kann beispielhaft verdeutlicht werden: Eine ökonomische Schlechterstellung wird mitverantwortlich gemacht für eine gesundheitliche Schlechterstellung – trotz prinzipiell in Österreich bestehender gleicher Leistungsansprüche für alle Versicherten. Zusatzversicherungen und Unfallversicherungen haben eine wichtige Rolle für eine ambulante oder stationäre Versorgung bzw. für den Genuss innovativer und immer erfolgreicherer Behandlungs- und Heilmethoden. Eine hochwertige prothetische und implantologische Versorgung und Ausstattung mit Hilfsmittel ist mit der Einführung von Selbstbeteiligun-

¹⁴ Vgl.: Andreas Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber 2005.

¹⁵ Vgl. dazu: Stronegger, Freidl: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, S.39.

¹⁶ Vgl.: dazu und im Folgenden: Sven Schneider: Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität. Vorschlag für ein theoretisches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit. In: ÖZS - Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 1/08. Hrsg. von der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, S. 43 – 66.

gen (z.B. in der zahnmedizinischen Versorgung) zunehmend eine Frage des Geldes, ebenso wie bei teils kostenpflichtigen Gesundheitsuntersuchungen. Aber auch die Qualität von Ver- und Gebrauchsgütern wie Nahrungsmitteln, die Sicherheitsausstattung von Kraftfahrzeugen, Ressourcen für die Erholung oder Hilfsmittel bei Bedarf (Treppen- und Wannenslifte, Gehhilfen, Hörgeräte) ist schicht- und einkommensabhängig. Eine gesunde Lebensweise steht darüberhinaus mit gesundheitsrelevantem Wissen und Lebensstilen in Verbindung. Auch die Arzt-Patient-Kommunikation unterliegt dem Einfluss von vorhandenem kulturellen und ökonomischen Kapital. Lebensstilfaktoren wie Fehlernährung, Tabak-, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie wenig Bewegung und die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen, Impfungen und Vorsorgeangeboten gelten ebenso als schichtspezifisch sozialisiert.

Hinzu kommt, dass bei Besserverdienenden die negativen Auswirkungen von Krankheiten wie Arbeitsplatzverlust und ökonomische Einbußen subjektiv nicht so belastend erlebt werden. Im psychosozialen Bereich wirken sich vor allem Dauerbelastungen, z.B. der ständige Kampf um das „Überleben“, ein Missverhältnis zwischen hoher beruflicher Verausgabung und geringer Entlohnung oder hohen Arbeitsanforderungen und geringen Bewältigungsressourcen, sowie kritische Lebensereignisse (Tod von Angehörigen, Scheidung, Arbeitsplatzverlust) gesundheitsgefährdend aus, in Abhängigkeit auch von individuell entlastenden Ressourcenlagen bzw. Copingoptionen und Eigenschaften wie Optimismus, Fatalismus etc. Wichtig in diesem Zusammenhang sind auch vorhandene psychische, emotionale und instrumentelle Unterstützungen durch soziale Netzwerke. Die höhere Gesundheitsgefährdung durch kritische Lebensereignisse und/oder andauernde Alltagsbelastungen in sozioökonomisch niedrigen Schichten ist vielfach nachgewiesen, zu einer höheren Stressexposition kommen vielfach defizitäre Ressourcenlagen.

Auch belastende Wohnbedingungen wirken sich auf die Gesundheit aus. Neben den Wohnbedingungen in den „eigenen vier Wänden“ (Ausstattung, Raumklima, Licht, Feuchtigkeit, Schimmel etc.) sind auch physische und soziale Umgebungsfaktoren (Luftqualität, Verkehr, Sport- und Erholungsstätten, soziales Klima, Nachbarschaft, Kriminalität und Unsicherheitsgefühl) als Stressoren oder Ressourcen von Relevanz. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen wirken tätigkeitsbedingte körperliche (Über- und Fehl-) Beanspruchung, Unfallrisiken, Kälte, Lärm, Belastungen der Atemluft, Nacht-, Schicht- und Akkordarbeit und berufliche Stressexpositionen (u.a. die Furcht vor dem Arbeitsplatzverlust) auf den Gesundheitszustand. Das kulturelle Kapital umfasst schließlich kognitive Zugangschancen und Barrieren zur medizinischen Versorgung sowie die Befähigung zur Selbstdisziplinierung und Handlungskompetenz bei belastenden Faktoren und steht in engem Zusammenhang mit subjektiven und strukturellen Lebensstilen. Schließlich und endlich führen auch genetische Faktoren zu einer ungleichen Verteilung gesundheitlicher Startchancen bereits zu Beginn des Lebens. Aber auch bei der genetischen Disposition, bei vererbten Risikofaktoren und Erkrankungsrisiken sind soziale Faktoren zu berücksichtigen. Der Umstand, dass krankhaft übergewichtige (adipöse) Eltern wiederum Kinder mit hohem Adipositasrisiko haben, hängt sowohl mit genetischen, aber auch sozialen Faktoren – Stichwort Statusvererbung – zusammen. Aber auch das prä- und perinatale Verhalten von Müttern prägen die gesundheitlichen Startchancen von Neugeborenen, häufig wird in diesem Zusammenhang auf Substanzmissbrauch verwiesen.

Die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ der Statistik Austria¹⁷ belegte den negativen Einfluss von geringer Bildung oder Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten. Gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen oder extremes Übergewicht sind bei sozial benachteiligten Gruppen häufiger anzutreffen, präventives Verhalten bzw. Vorsorgeuntersuchungen seltener. Hauterkrankungen, Infekte, Schmerzen des Bewegungsapparats und Atemwegkrankungen lassen sich oft unmittelbar auf defizitäre Lebensverhältnisse (schlecht beheizte Wohnungen etc.) zurückführen.

Mit dem sozioökonomischen Status gehen nicht nur bestimmte gesundheitliche Risiken einher, sondern er wirkt sich auch auf den Zugang zu materiellen und sozialen Gesundheitsleistungen aus. Besonders benachteiligt sind jene knapp 1,3% der Bevölkerung, die trotz eines engmaschigen sozialen Netzes nicht krankenversichert sind.¹⁸ Dazu zählen beispielsweise Arbeitslose ohne Anspruch auf Arbeitslosenversicherungsleistungen oder Personen, welche die Mitversicherung aufgrund von Scheidung oder Tod verloren haben. Nicht krankenversichert sind aber auch geringfügig Beschäftigte oder (neue) Selbständige, die sich Versicherungsbeiträge nicht leisten können, AsylwerberInnen außerhalb der Bundesbetreuung, illegal Beschäftigte etc. Männer und jüngere Personen, die zwischen der Mitversicherung bei Eltern und einer Pflichtversicherung über eine Erwerbstätigkeit wechseln, sind bei den Nichtversicherten überdurchschnittlich vertreten.¹⁹

Die sozialen und damit auch gesundheitlichen Ungleichheiten zeigen sich auch in Graz deutlich. Eine Auswertung der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ ergab, dass in armutsgefährdeten Grazer Haushalten jede zweite erwachsene Person (ab 20 Jahren) an einer chronischen Krankheit oder an Einschränkungen aufgrund eines gesundheitlichen Problems leidet. In einkommensreichen Haushalten betrifft dies nur jede fünfte Person. Auch bei den vier erfassten Lebensqualitätsindikatoren – physische Befindlichkeit, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen sowie Umwelt – ergaben sich umso schlechtere Werte, je geringer das Haushaltseinkommen war.²⁰

Die vielfältigen Einflussfaktoren auf die Gesundheit als eine zentrale Ressource für die Bewältigung des Lebens erfordern auch ein dementsprechendes Vorgehen auf der Interventionsebene, um Gesundheit zu erhalten, zu erreichen oder zu verbessern. Die Medizin allein reicht als Interventionsstrategie nicht aus, um die Gesundheitschancen von Menschen zu erhöhen, sondern es sind auch Interventionen auf der Verhaltens- und noch mehr der Verhältnisebene notwendig.²¹ Die in der Ottawa-Charta der WHO 1986 entwickelte Strategie „Gesundheitsförderung“ zielt darauf ab, Menschen ein höheres

¹⁷ Vgl.: www.statistik.at/Gesundheit/Publikationen

¹⁸ Vgl. dazu: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009. Hrsg. vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Wien Oktober 2009. Weiters: Silvia Paiarl, Peter Stoppacher: Erster Armutsbericht der Stadt Graz. Studie im Auftrag des Sozialamtes der Stadt Graz: IFA Steiermark 2010; S. 57 f.

¹⁹ Vgl.: Armutsbericht Oberösterreich 2005. Krankheit Armut. Erarbeitet von Studierenden der Lehrveranstaltung „Armut und Soziale Ausgrenzung“. Hrsg. vom Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, JKU Linz, in Zusammenarbeit mit der Sozialwissenschaftlichen Vereinigung. Linz 2005, S. 21 ff.

²⁰ Vgl.: Stronegger, Freidl, a.a.O., S.42.

²¹ Vgl.: Schneider, a.a.O., S. 58 ff.

Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Das impliziert eine Fokussierung auf gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen, soziale und strukturelle Lebensbedingungen (strukturelle und organisatorische Aspekte von Lebenswelten, soziale Netzwerke), welche die individuellen Verhaltensweisen wiederum maßgeblich beeinflussen.²² In diesem Zusammenhang rückt auch die Gesundheitsförderung im kommunalen Setting in den Mittelpunkt strategischer und praktischer Überlegungen.

2.1 Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext

Ein umfassender Gesundheitsförderungsansatz, zu dessen konstituierenden Säulen die Partizipation der Zielgruppen und Organisationen sowie eine starke Orientierung auf die Verhältnisebene gehört, wurde mit der WHO-Charta programmatisch formuliert. In der Praxis allerdings gestaltet sich die Umsetzung dieser Eckpunkte am schwierigsten – sowohl bei einzelnen Zielgruppen (wo ein aufsuchender Ansatz notwendig wäre) als auch auf der Verhältnisebene von Schulen, Betrieben und Kommunen mit Interventionen, die über den häufig zitierten „klassischen gesunden Apfel“²³ oder Bewegungsübungen hinausgehen. Ein struktureller Ansatz erfordert Handeln auf unterschiedlichen Ebenen, die Einbindung unterschiedlicher Abteilungen, Ressorts und nicht zuletzt das freiwillige Mit-tun von Personen, denen das Handeln auch zugute kommen soll – seien dies nun BewohnerInnen benachteiligter Stadtviertel, einkommens- und bildungsmäßig benachteiligte Personen, geringqualifizierte ArbeitnehmerInnen oder etwa Eltern von benachteiligten Kindern in „Problemschulen“. In Schulen, Gemeinden und Betrieben findet dieser strukturelle Ansatz nach Erfahrung von Institutionen, die in die Gesundheitsförderung involviert sind, immer mehr Akzeptanz, auch weil damit eine höhere Nachhaltigkeit gegenüber Einzelmaßnahmen wie „Bewegungskursen“ oder einer punktuellen Kariesvorbeugung wahrscheinlich sei.

Der Nutzen einer systematischen und strukturellen kommunalen Gesundheitsförderung ist manifest, allerdings stoßen und stießen viele Initiativen an Grenzen der ressortübergreifenden Zusammenarbeit, der Zuständigkeiten für die Finanzierung, der fehlenden Verantwortlichkeit und Koordination, schlicht an Rahmenbedingungen, die komplexen Programmen nicht oder kaum entgegenkommen. Das Gesundheitsforum in Graz, das als Vorreiter der Gesundheitsplattform Steiermark gilt, habe zumindest eine Zusammenschau ermöglicht, ein großer Vorteil habe in einer gewissen übergreifenden Abstimmung und Steuerung gelegen. Manche Initiativen z.B. im Sucht- oder Umweltbereich hätten hier ihren Ursprung gehabt. Das „*stille Auslaufen*“ dieser Vernetzungs- und Steuerungsplattform wird von vielen bedauert, seither sei ein koordiniertes Agieren noch erschwerter. So bliebe viel Bemühen zwangsweise Stückwerk. Das sei daran zu sehen, dass z.B. das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau oder Projekte wie der „Gesunde Bezirk Gries“ von Seite der Kommune wenig finanzielle Unterstützung bekämen, Gesundheitsförderungsprojekte sind hauptsächlich auf andere Finanzierungsmöglichkeiten (Land, Fonds Gesundes Österreich) angewiesen.

²² Vgl.: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO 1986.

²³ Wörtliche Zitate sind im Bericht kursiv wiedergegeben.

Aktuell ist wieder eine verstärkte Hinwendung zu einer zielgruppenspezifischen kommunalen Gesundheitsförderung zu beobachten, wohl auch aufgrund zunehmender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit und einer potentiellen Kostenersparnis durch frühzeitige Interventionen. Bildung, Einkommen und die soziale Position haben als sozioökonomische Determinanten starken Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung von Menschen, mit Ungleichgewichten sind auch höhere und vermeidbare gesellschaftliche Kosten verbunden: „Although health has improved for many people, there are major inequalities in health – within and between countries – across the WHO European Region. Evidence shows that these inequalities should be mostly avoidable and has significant human and economic costs.“²⁴

Mit Blick auf die soziale Bedingtheit der Gesundheit bzw. auf Gesundheit als Resultat einer Interaktion von Chancen und Potenzialen, die Lebenswelten bieten bzw. Menschen eigen sind, können Erfolge in der Gesundheitspolitik nur in Kooperation und in konzertierten Aktionen unterschiedlicher (politischer) Sektoren erzielt werden. Im Zentrum eines Determinantenmodells²⁵ der Gesundheit stehen Menschen mit einem bestimmten Alter, Geschlecht und genetischen Ausstattung, individuellen Verhaltens- und Lebensweisen, Arbeits- und Lebensbedingungen sowie ihre Einbindung in soziale Netze. Gesundheitsfördernde Interventionen im weitesten Sinne sollten sowohl auf der Ebene unterschiedlicher sozialer Settings sowie der Ebene der sozioökonomischen Rahmenbedingungen ansetzen. Eine direkte Einflussnahme von Gesundheitsförderung auf Arbeits- und Lebensbedingungen oder auf die Quantität und Qualität sozialer Netze gilt zwar als schwierig, zumindest aber müssten diese Settings in der strategischen Ausrichtung mitgedacht werden. Gelingt es gesundheitsfördernden Interventionen, strategisch und in ihren konkreten Maßnahmen auf den beschriebenen unterschiedlichen Ebenen anzusetzen und positiv auf Determinanten einzuwirken, sind mittel- bis langfristig Erfolge bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit, Beschwerden und Beeinträchtigungen, Morbidität und Mortalität zu erwarten.²⁶

Eine Hürde für eine kommunale und zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung liegt allen Erfahrungen nach im Zugang zu jenen, die besonders benachteiligt sind. Gesundheitsfördernde Angebote nutzen zumeist ohnehin „bereite“ Personen und Organisationen. Herkömmliche „mittelschichtorientierte“ Instrumente wie Vorträge, Seminare, Veranstaltungen sind für Benachteiligte aus unterschiedlichen Gründen wenig attraktiv, existentielle Probleme sind vorrangig zu lösen. Eine settingorientierte kommunale Gesundheitsförderung, die den Handlungsstrategien von Ottawa folgend, Partizipation und Empowerment als zentrale Prinzipien anerkennt, steht vor der Schwierigkeit, weniger Bereite bzw. besonders vulnerable Zielgruppen zu erreichen, was zwar als keine einfache, aber mit entsprechenden Zeitressourcen und Expertisen bewältigbare Herausforderung gilt. Für die Intervention bedeutet dies, angemessene Ziele und Strategien zu wäh-

²⁴ Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Executive summary. Report prepared by Sir Michael Marmot and his team. Abstract. WHO 2010.

²⁵ Vgl.: Göran Dahlgren, Margaret Whitehead: Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies 1991.

²⁶ Vgl. dazu: Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. WHO 2005. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf

len, sozial benachteiligte Menschen nicht als Gruppe zu adressieren, sondern in Subgruppen der Benachteiligung nach Kriterien wie geringer Bildung, wenig Einkommen oder Sozialprestige in bestimmten Lebensphasen zu differenzieren, den Zugang über Personen, Organisationen und Treffpunkte dieser Subgruppen zu suchen und anstatt Hol- stärker Bringstrategien zu überlegen.

Beispielhaft dafür steht das größte settingorientierte Gesundheitsförderungsvorhaben im urbanen Raum in Österreich, nämlich das Schwerpunktprojekt „Gesunde Bezirke bzw. Grätzel“ in Wien, mit dem die Stadt und die Wiener Gesundheitsförderung, in der alle Felder der Gesundheitsförderung des Gesundheits- und Sozialressorts der Stadt Wien gebündelt sind, neue Wege beschreitet. Basierend auf einem Gesundheitskonzept, das sich am Settingansatz der Ottawa-Charta der WHO orientiert, wird das Ziel verfolgt, in sozial schwachen Grätzeln Gesundheitsförderungsaktivitäten zu initiieren, umzusetzen und nachhaltig zu verankern. Damit sollen Beiträge zur Erhöhung der sozialen Chancengleichheit hinsichtlich umfassender Gesundheit geleistet und Gruppen erreicht werden, die mit herkömmlichen (Hol-)Strategien kaum angesprochen werden. Wichtig dabei ist eine Aktivierung durch geeignete Strategien und MultiplikatorInnen.

Die Innovationen im Schwerpunktprojekt reichen von strukturellen Elementen wie der engen Kooperation zwischen Auftraggeber und AuftragnehmerInnen über regelmäßige Vernetzungstreffen der Projektteams von fünf Bezirken bis zu zentralen Vorgaben („Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte“) und koordinierten Steuerungselementen wie den Gesundheitsplattformen, wo Institutionen und AkteurInnen auf der jeweiligen Bezirksebene eingebunden und vernetzt werden. In der Entwicklungsarbeit sind Aspekte wie der Aufbau aktiver Vernetzungsstrukturen mit den relevanten AkteurInnen des Bezirks im Bereich der Gesundheitsförderung, die Umsetzung konkreter breiten- und tiefenwirksamer gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte und die Orientierung an sozial schwachen Gruppen unter starker Beachtung von Gender und Diversity besonders wichtig. Eine „mentale Landkarte“ bietet das salutogene Modell von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung mit den Prinzipien von Vernetzung, Empowerment und Chancengerechtigkeit sowie der Integration von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen. Interventionen im öffentlichen Raum, die sich an erfolgreichen Beispielen wie Gesundheitsspaziergänge, Gesundheitssonntage im Park oder Gesundheitsimpulse für Jugendliche etc. anlehnen, sollen zugleich breitenwirksam und aufsuchend wirken, andere, stärker bottom-up orientierte tiefenwirksame Maßnahmen werden gemeinsam mit den Zielgruppen erarbeitet.

3 BEVÖLKERUNG UND SOZIOÖKONOMISCHE BENACHTEILIGUNG

3.1 Struktur der Bevölkerung in Graz

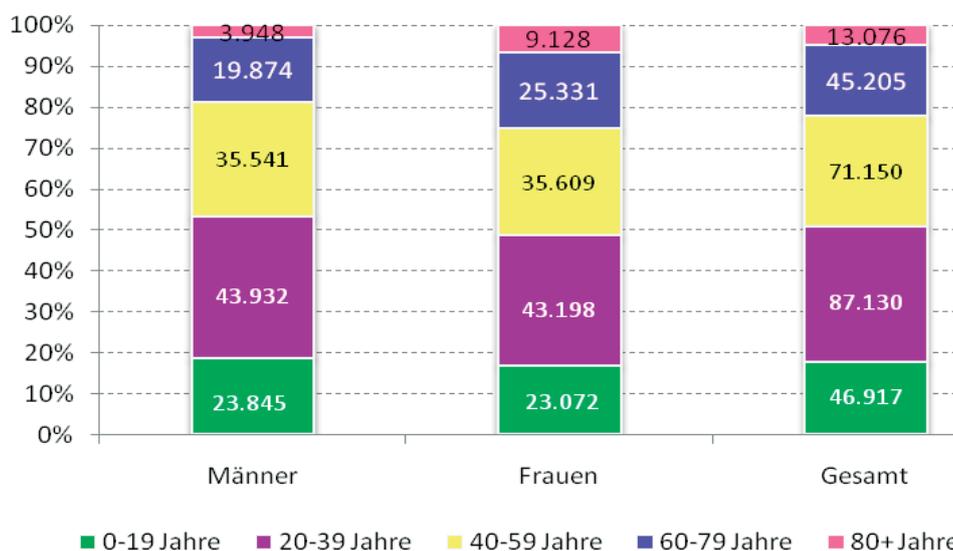
Bevölkerungsdaten sind eine wesentliche Grundlage für die Gesundheitsberichtserstattung und die Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Der (objektive) Gesundheitszustand differiert zwischen Männern und Frauen und nach verschiedenen Altersgruppen, ebenso - in Zusammenhang mit unterschiedlichen Lebensphasen und Arbeitssituationen - wie Belastungen und Risiken. Strukturelle Änderungen in der Bevöl-

kerung wie der Trend zur Überalterung oder zunehmende Migration lassen auch Rückschlüsse auf gesundheitspolitisch notwendige Aktivitäten und Ausgaben zu.

Im Zentralraum Graz, den politischen Bezirken Graz und Graz-Umgebung, leben derzeit etwa 400.000 Menschen. In der Stadt haben zu Beginn des zweiten Jahresquartals 2011 263.478 Personen (136.338 Frauen und 127.140 Männer) den Hauptwohnsitz.²⁷ Frauen stellen knapp 52% der Wohnbevölkerung. Die „anwesende“ Bevölkerung, inklusive jener beinahe 31.000 Menschen, die einen Nebenwohnsitz gemeldet haben, betrug zu diesem Zeitpunkt 294.281 Menschen.²⁸

Unter dem Aspekt der generationenspezifischen Gesundheitsversorgung und -förderung sind vor allem die Anteile an Kindern und Jugendlichen bzw. an Älteren und sogenannten Hochbetagten von Interesse. Am Ende des ersten Quartals 2011 betrug der Anteil von Kindern und Jugendlichen bis zu 19 Jahren 18% oder 46.917 Personen (23.845 Männer, 23.072 Frauen) und von Menschen ab 60 Jahre 22% bzw. 58.281 Personen (23.822 Männer, 34.459 Frauen). Ca. 5% oder 13.076 Personen (3.948 Männer, 9.128 Frauen) sind älter. Während in den Altersgruppen bis 60 Jahre Männer leicht überwiegen, dreht sich das Verhältnis ab 60 Jahren um. Bei den über 80-Jährigen stellen Frauen knapp 70% (bei einem Gesamtanteil von 52%). Die Bevölkerungspyramide zeigt in den jüngeren und mittleren Altersstufen zumeist einen leichten Männerüberschuss, in den Altersstufen ab 60 aber insgesamt einen deutlichen Frauenüberschuss.

Abbildung 1: Wohnbevölkerung Graz nach Geschlecht und Alter



Quelle: Magistrat Graz, BürgerInnenamt, Stand 01.04.2011; Seite 2; Eigenberechnung IFA Steiermark

²⁷ Siehe dazu Tabelle 7 im Anhang.

²⁸ 169 Personen, überwiegend Männer, sind zu diesem Zeitpunkt obdachlos registriert. Sie sind gesundheitlich besonders gefährdet. Die Zahl der verdeckt Obdachlosen bzw. der nicht oder ungenügend Wohnversorgten ist aber weit höher und wird in Graz auf ca. 800 Menschen geschätzt. Vgl. Armutsbericht, S. 68 ff.

Bevölkerungsprognosen²⁹ für den Zentralraum Graz gehen von einer weiteren Alterung der Bevölkerung aus – für die Gruppe im Alter ab 60 Jahren wird mit der höchsten Zunahme gerechnet. In den nächsten zwei Jahrzehnten wird in Graz von einem Zuwachs von 26% in der Altersgruppe 60+ zwischen 2011 und 2031 sowie von 14% bei Jugendlichen bis 15 Jahren ausgegangen.³⁰

Ein wichtiger Aspekt bei Fragen der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitsförderung betrifft die Menschen mit Migrationshintergrund. Die offizielle Bevölkerungsstatistik erfasst Staatsbürgerschaften und unterschätzt damit die Anzahl an MigrantInnen. Mittlerweile eingebürgerte Personen oder die zweite Generation werden nicht berücksichtigt. Adäquate Informationen über das Gesundheitssystem und die Schaffung eines Zugangs sind aber auch für Personen der zweiten Generation oder Familienangehörige, die zwar die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, aber unter Umständen nach wie vor an kultur- und sprachbedingten Hürden scheitern, bedeutsam. Insgesamt ist in Graz – wie in anderen Ballungsräumen auch – der Anteil ausländischer StaatsbürgerInnen mit 16% überdurchschnittlich hoch. 41.842 Personen oder 16% der Bevölkerung hatten eine andere Staatsbürgerschaft, 26.567 oder 10% eine solche von Nicht-EU-Staaten, 15.275 oder 6% sind StaatsbürgerInnen von EU-Staaten.

Von den 30.803 Menschen mit Nebenwohnsitz in Graz sind 22.830 ÖsterreicherInnen (11.955 Männer, 10.875 Frauen), 5.930 EU-StaatsbürgerInnen (2.568 Männer, 3.362 Frauen) und 2.043 Nicht-EU-StaatsbürgerInnen (1.167 Männer, 876 Frauen). Bei ersteren und letzteren überwiegen Männer. Dabei ist davon auszugehen, daß vor allem die Personen mit Nebenwohnsitz aus anderen Ländern hier auch auf die medizinischen Dienstleistungen zurückgreifen.

Insgesamt leben damit beinahe 50.000 fremde StaatsbürgerInnen mit Haupt- und Nebenwohnsitz in Graz, 28.601 aus einem Drittstaat, 21.206 aus einem EU-Land. Die zahlenmäßig wichtigsten Herkunftsländer nach dem Hauptwohnsitz sind Bosnien und Herzegowina (4848), Deutschland (4604), Kroatien (4433), Türkei (4184), Rumänien (3369) sowie – mit jeweils noch über 1000

FACTBOX BEVÖLKERUNG IN GRAZ

Gesundheitsförderung richtet sich an Männer und Frauen unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Lebensphasen sowie verschiedener Herkunft

263.478 EinwohnerInnen mit Hauptwohnsitz in Graz (Ende März 2011)

Geschlecht:

- Frauenanteil: 52%
- Männeranteil: 48%

Altersstruktur:

- Anteil 19 Jahre od. jünger: 19%
- Anteil zw. 20 u. 39 Jahren: 35%
- Anteil zw. 40 u. 59 Jahren: 28%
- Anteil 60 Jahre od. älter: 19%

Staatsangehörigkeit:

- Österreich: 84%
- EU: 6%
- Nicht-EU: 10%

Hohe Anteile an Älteren gibt es in den Innenstadtbezirken St. Leonhard und Geidorf sowie in den Außenbezirken; Migrantinnen leben vor allem in den Bezirken Gries, Lend, Gösting und Jakomini

²⁹ Regionale Bevölkerungsprognosen Steiermark 2007. Hrsg. vom Amt der Steiermärkische Landesregierung, Fachabteilung 1C, Landesstatistik. Vgl. Tabelle 8, Anhang.

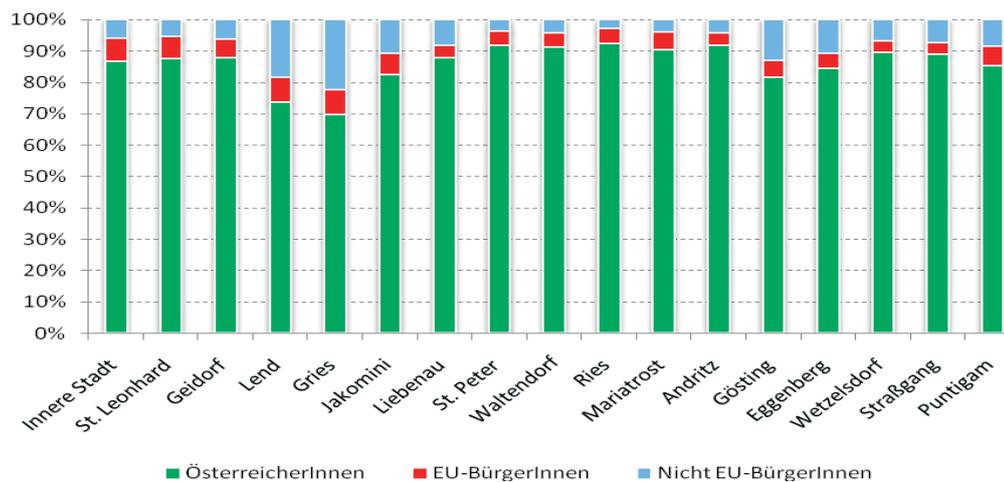
³⁰ In Graz wird insgesamt eine Bevölkerungszunahme erwartet. Vor allem die südlichen Grazer Randgebiete haben in den letzten Jahren sowohl als Wohn- als auch Arbeitsraum an Bedeutung gewonnen.

Personen – die Russische Föderation, Slowenien, Ungarn und Serbien.³¹ Unter den Top-20 der Herkunftsländer finden sich an Nicht-EU-Staaten weiters Nigeria, Ägypten, Kosovo, Mazedonien und China. Dieses „Ranking“ zeigt sich auch bei der anwesenden Bevölkerung.³²

3.1.1 Regionale Verteilung nach Alter und Staatsbürgerschaft

Innerhalb der 17 Bezirke variiert der Anteil an MigrantInnen an der Wohnbevölkerung. Die höchsten Anteile an BewohnerInnen mit ausländischer Staatsbürgerschaft finden sich in den Bezirken Gries (30%), Lend (26%), Gösting (18%) und Jakomini (17%)³³. Eine stärkere Konzentration von MigrantInnen ist insbesondere dort gegeben, wo sich im Vergleich billigere Wohnungen, zumeist in verkehrsreichen Straßen oder andersartig belasteten Gebieten, Gemeindefohnbauten und sogenannte Übertragungswohnbauten befinden. Für neu zugewanderte Personen ist für die Wohnungswahl auch entscheidend, ob sie ein vertrautes Umfeld vorfinden, wo sich bereits Menschen aus ihren Communities angesiedelt haben.

Abbildung 2: Staatsbürgerschaft der Wohnbevölkerung nach Bezirken



Quelle: Magistrat Graz: Bevölkerung der Landeshauptstadt Graz, Stand 01.01.2011, Seite 43.

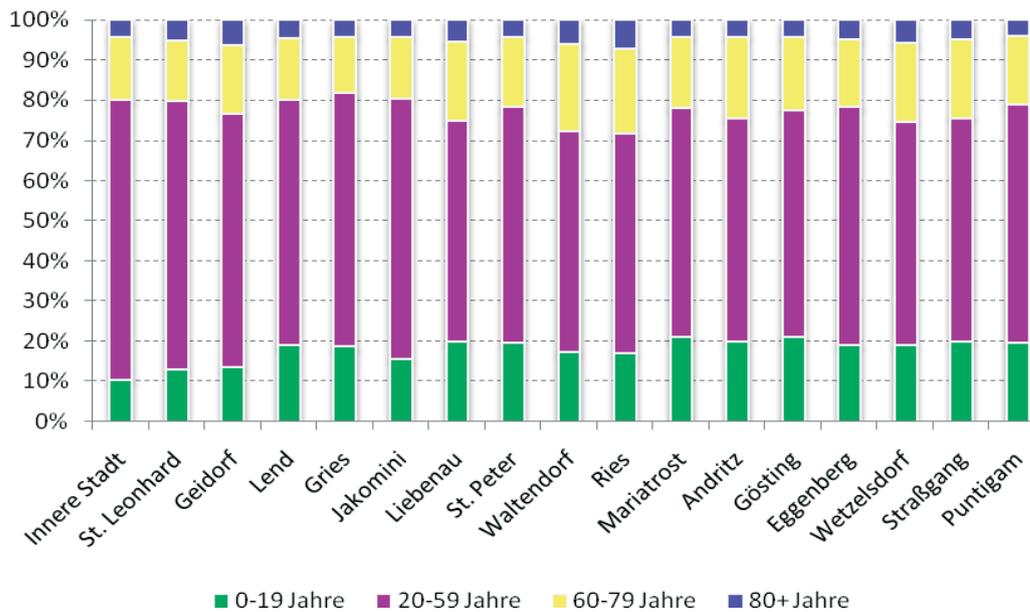
Die Zuwanderung wirkt sich auch auf die Altersstruktur der Bevölkerung aus, die Bezirke mit den meisten MigrantInnen gehören zumeist auch zu jenen mit den höchsten Anteilen an Kindern und Jugendlichen und den geringsten an älteren BewohnerInnen. Eine relativ junge Bevölkerung haben auch die Gebiete mit viel Wohnungsneubau wie Mariatrost, Andritz etc. Überdurchschnittlich viele ältere Menschen (60-79 Jahre und 80+) wohnen in Bezirken wie Waltendorf, Ries, Andritz bzw. bei den Betagteren auch die Innenstadtbezirke Geidorf und St. Leonhard oder die Randbezirke Wetzelsdorf und Liebenau. Insgesamt ist eine „Überalterung“ vor allem in den Außenbezirken gegeben.

³¹ Wobei hier noch zusätzlich etwa 880 Personen unter „Serbien und Montenegro“ vermerkt sind.

³² Vgl. dazu: Bevölkerung der Landeshauptstadt Graz. Stand 1.1.2011. Hrsg. vom Magistrat Graz, Präsidialabteilung, Referat für Statistik. März 2011; S. 35 und 38.

³³ Vgl. ebda, S. 43.

Abbildung 3: Altersstruktur der Wohnbevölkerung nach Bezirken



Quelle: Magistrat Graz, BürgerInnenamt; Stand 01.04.2011, S. 2; Eigenberechnung IFA Steiermark

3.2 Arbeitsmarkt – Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ist entscheidend für gesellschaftliche In- oder Exklusion und soziale Ungleichheit. Die soziale Absicherung erfolgt zu allererst direkt durch eine Erwerbstätigkeit. Aber auch für viele Personen, die Transferleistungen beziehen, ist die Teilhabe am Arbeitsmarkt existenziell bedeutend, da diese über das Versicherungs- und Äquivalenzprinzip von der früheren Erwerbstätigkeit abhängen.³⁴

Die Bedingungen am Arbeitsmarkt haben sich in den letzten Jahrzehnten nachhaltig geändert: Arbeitslosigkeit wurde zu einem Phänomen, das immer breitere Bevölkerungsschichten betrifft. Zugleich verlor das idealtypische Modell einer durchgängigen vollzeiterwerbstätigen Erwerbsbiografie zunehmend an Bedeutung. Spätestens seit den 1980er Jahren sind die Arbeitsmärkte auch von einer zunehmenden Heterogenisierung der Arbeitsbedingungen – vermittelt über sogenannte „atypische Beschäftigungsverhältnisse“ – gekennzeichnet, was mit einer wachsenden Umverteilung von Chancen und Risiken am Arbeitsmarkt verbunden war. Immer deutlicher bilden sich „neue soziale Risiken“ heraus, die durch traditionelle sozialstaatliche Sicherungsmodelle nur mehr unzulänglich abgedeckt sind.³⁵ Die zunehmende Verbreitung von Teilzeitbeschäftigung und geringfügiger Beschäftigung, die wachsende Zahl „Neuer Selbständiger“ in Niedriglohndienstleistungen wie Zustelldiensten, Reinigung etc. führen dazu, dass die existenzielle Absicherung über die Erwerbsarbeit allein immer schwieriger wird. Die Anzahl der sogenannten „working poor“, also jener Personen, die trotz Ausübung einer Erwerbstä-

³⁴ Vgl. Marcel Fink: Erwerbslosigkeit, Prekarität (Working Poor) und soziale Ungleichheit/Armut. In: Handbuch Armut in Österreich. Hrsg. von Nikolaus Dimmel, Karin Heitzmann, Martin Schenk: Studienverlag: Innsbruck-Wien-Bozen 2009, S. 198 – 210, hier S. 198.

³⁵ Ebda, S. 198 f.

tigkeit von Armut bedroht sind, ist im Steigen begriffen.³⁶ Teilzeitarbeit und prekäre – niedrig entlohnte und/oder unregelmäßige - Beschäftigungsverhältnisse sind häufig mit Einkommen verbunden, die ohne weitere staatliche und familiäre Unterstützungsleistungen kaum zur Sicherung des Lebensunterhalts ausreichen.

Im Juni 2011 wurden im Zentralraum Graz, der die Bezirke Graz und Graz-Umgebung umfasst, knapp über 160.000 unselbstständige Beschäftigungsverhältnisse gezählt.³⁷ Diese verteilten sich auf ca. 84.000 Männer und 76.000 Frauen. Der überwiegende Teil der Frauen (90%) ist im Dienstleistungssektor beschäftigt, während bei den Männern der Produktionssektor (40%) einen im Steiermarkschnitt liegenden Wert aufweist. Allerdings geht auch bei den Männern die Verschiebung in Richtung Dienstleistungsberufe weiter, wofür neben technologischen Entwicklungen auch betriebliche Strategien der Auslagerung und der Beschäftigung über Arbeitskräfteüberlasser wirksam sind. Die Ausweitung der Frauenarbeitsplätze geht vor allem auf vermehrte Teilzeitarbeit in Dienstleistungsberufen zurück. Stark gestiegen ist mit 3,5% auch die Zahl der geringfügig Beschäftigten (inklusive geringfügiger und sogenannter freier Dienstverträge). 13.015 Frauen und 8.702 Männer sind wohnortbezogen geringfügig beschäftigt, sie gehören mit zu den von Armutsgefährdung am meisten betroffenen Gruppen, wenn sie lange in diesem Status verbleiben.

Die Teilhabe am Arbeitsmarkt und das daraus erzielte Einkommen stehen in engem Zusammenhang auch mit gesundheitlicher Ungleichheit in Bezug auf den Gesundheitszustand, Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien. Die Einkommenssituation der Grazer Bevölkerung – differenziert nach Erwerbseinkommen, Pensionen, Bezügen aus der Arbeitslosenversicherung – erlaubt eine Annäherung an das Ausmaß jener Gruppen, bei denen aufgrund der finanziellen Möglichkeiten vermehrte gesundheitliche Belastungen und Abstriche bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und – prävention (darunter fällt beispielsweise auch die Möglichkeit eines Urlaubs etc.) wahrscheinlich sind. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die zur Verfügung stehenden Daten sonstiges vorhandenes Einkommen (Unterhalt, Transferleistungen) bzw. Vermögen sowie im Falle nicht durchgehender oder geringfügiger Beschäftigung allfällige Bezüge aus der Arbeitslosenversicherung etc. nicht enthalten.³⁸

3.2.1 Verteilung der Erwerbseinkommen

Die Einbindung in den Arbeitsmarkt und die Erwerbseinkommen sind zentral für die soziale Absicherung. Einkommen, die am Arbeitsmarkt erzielt werden, bestimmen nicht nur zu einem hohen Anteil das Haushaltseinkommen und die Kaufkraft Einzelner oder ganzer Familien, sondern auch die Höhe von Transferleistungen, die wie die Arbeitslosenunterstützung oder Pensionen auf dem Versicherungsprinzip basieren.

³⁶ Vgl. Armutsbericht Graz, S. 45 f.

³⁷ Im Folgenden bilden vor allem Daten des AMS, beruhend auf wohnortbezogenen Meldungen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Basis, abrufbar auf der Homepage des AMS.

³⁸ Erwerbseinkommen bzw. Pensionen dürfen nicht unmittelbar mit Armutsgefährdung in Verbindung gesetzt werden, da es sich um Individual- und nicht um Haushaltseinkommen handelt.

Die Daten der Lohnsteuerstatistik³⁹ umfassen Angaben über die Einkommenshöhen sämtlicher unselbständig Beschäftigten - Lehrlinge, ArbeiterInnen, Angestellte, BeamtInnen, aber auch von geringfügig Beschäftigten. Im Jahr 2009 waren 117.302 Personen mit Wohnsitz in Graz unselbständig beschäftigt. Etwa 56.500 Frauen waren am Arbeitsmarkt aktiv, davon ein großer Teil (43%) im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung. Der Großteil der Beschäftigten (75% der Frauen bzw. 70% der Männer) ging einer ganzjährigen Beschäftigung⁴⁰ nach und erzielte monatlich ein Einkommen aus unselbständiger Arbeit. Für die ganzjährig Beschäftigten kann auch sinnvollerweise ein monatlicher Nettobezug errechnet werden.⁴¹

Von den Frauen sind lediglich 54% vollzeitbeschäftigt und 43% in Teilzeit (der Rest ist unbekannt), bei den Männern arbeiten 78% Vollzeit und 19% Teilzeit. Die Teilzeitquote ist seit 2007 sowohl bei Männern als auch bei Frauen gestiegen.

Tabelle 1: Unselbständige Beschäftigte mit Wohnort in Graz | 2009

ArbeitnehmerInnen in Graz 2009	
Insgesamt: 117 303	
davon Frauen: 56 497 (48%)	davon Männer: 60 805 (52%)
davon Vollzeit: 30 649 (54%)	davon Vollzeit: 47 280 (78%)
davon Teilzeit: 24 378 (43%)	davon Teilzeit: 11 787 (19%)
davon unbekannt: 1 470 (3%)	davon unbekannt: 1 738 (3%)
davon ganzjährig Beschäftigte: 42 350 (75%)	davon ganzjährig Beschäftigte: 42 552 (70%)
davon nicht ganzjährig Beschäftigte: 14 147 (25%)	davon nicht ganzjährig Beschäftigte: 18 253 (30%)

Quelle: Statistik Austria. Lohnsteuerstatistik 2009/ Landesstatistik Steiermark, IFA Eigenberechnung.

37.733 unselbständig beschäftigte GrazerInnen oder 32% erzielten ein Erwerbseinkommen, das unter 12.000 € brutto/Jahr lag. Bei den Männern betrug der Anteil mit 17.510 Personen 30%, bei den Frauen mit 20.223 Personen sogar 40%. Der durchschnittliche Nettomonatsgehalt bei ganzjährig unselbständig Beschäftigten in dieser untersten Einkommensgruppe betrug bei vollzeitbeschäftigten Männern 655 €, bei vollzeitbeschäftigten Frauen 651 €. Ganzjährig teilzeitbeschäftigte Männer verdienten 446 €, Frauen mit 478 € geringfügig mehr.⁴² Geschlechtsspezifische Gehaltsunterschiede in den niederen Einkommensklassen sind gering, bei den Teilzeitbeschäftigten verdienen Frauen mehr.

³⁹ Die Daten wurden von der Landesstatistik Steiermark zur Verfügung gestellt, wobei die letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2009 stammen. Zwischen den publizierten Angaben der Statistik Austria und den Extraauswertungen für die Stadt Graz bestehen geringfügige Unterschiede.

⁴⁰ Dazu zählen Personen, die mindestens 334 Tage im Jahr ein Einkommen aus unselbständiger Beschäftigung bezogen haben. Vollzeit bedeutet 35 Wochenstunden und mehr, Teilzeit weniger als 35 Stunden.

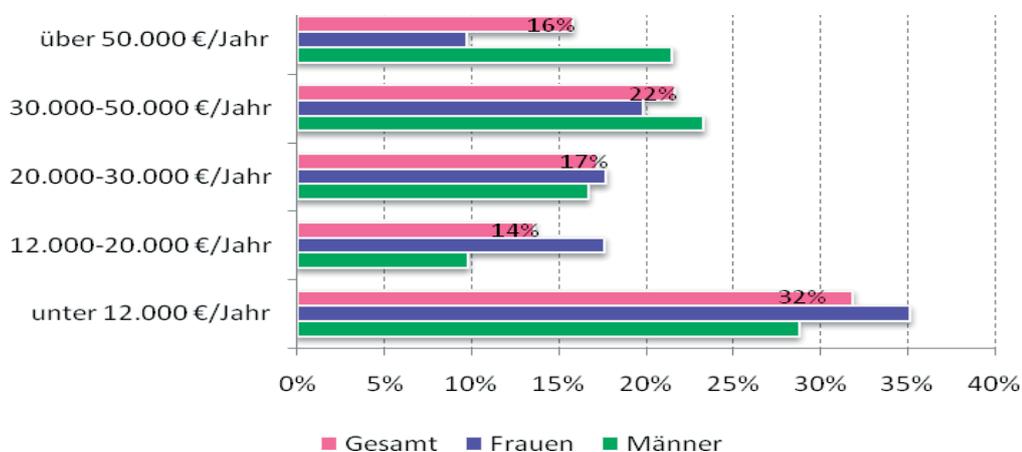
⁴¹ Hier könnten Verzerrungen durch ganzjährig geringfügige Beschäftigte vorhanden sein, die zum Arbeitslosengeld oder zur Notstandshilfe dazuverdienen.

⁴² Der geringe Nettomonatsverdienst von 661 € bei allen ganzjährig im unbekanntem Ausmaß beschäftigten Männern bzw. 623 € bei allen ganzjährig im unbekanntem Ausmaß beschäftigten Frauen legt nahe, dass es sich dabei überwiegend um prekäre Beschäftigungsverhältnisse handelt.

Das durchschnittliche Nettomonatsgehalt aller ganzjährig unselbstständig vollzeitbeschäftigten Männer lag 2009 bei 2.720 €, bei teilzeitbeschäftigten Männern bei 987 €. Die entsprechenden Nettoeinkommen bei Frauen betragen 2.151 € sowie 1.116 €. Das bedeutet, vorliegende Ungleichheiten ergeben sich vor allem durch überdurchschnittlich hohe Einkommen der Männer in den oberen Gehaltsklassen.

Die Verteilung der Erwerbseinkommen der GrazerInnen spiegelt damit geschlechtsspezifische Ungleichheiten am Arbeitsmarkt wider. Frauen sind in den unteren Einkommenschichten stärker vertreten, während Männer zu wesentlich höheren Anteilen den oberen Einkommensklassen zuzurechnen sind. Dies ist einerseits mit der hohen Teilzeitquote von Frauen in Verbindung zu bringen, andererseits aber auch darauf zurückzuführen, dass Frauen nach wie vor häufig in Beschäftigungsbereichen mit geringer Entlohnung und geringen Aufstiegschancen tätig sind. Klar ersichtlich wird aber auch, dass knapp ein Drittel der GrazerInnen (32%) mit einem geringen Jahreseinkommen von unter 12.000 € brutto aus unselbständiger Beschäftigung ohne weitere familiäre Unterstützung und/oder sozialstaatliche Transferleistungen sich kaum einen als normal geltenden Lebensstandard leisten kann. Diese fast 38.000 Personen können auch zu einer Risikogruppe für gesundheitliche Ungleichheit gezählt werden.

Abbildung 4: Verteilung der Erwerbseinkommen (Bruttojahresbezüge **nach Einkommensklassen**) in der Grazer **Wohnbevölkerung nach Frauen und Männern** | 2009



Quelle: Statistik Austria. Lohnsteuerstatistik 2009/Landesstatistik Steiermark, IFA Eigenberechnung.

3.2.2 Verteilung der Pensionen

Die Daten der Lohnsteuerstatistik umfassen neben Angaben über die Einkommenshöhen sämtlicher unselbständig Beschäftigten auch jene der knapp 60.500 PensionistInnen. Ca. 95% von ihnen bezogen die Pension das ganze Jahr, 5% oder 2.920 Personen sind Neuzugänge während des Jahres.

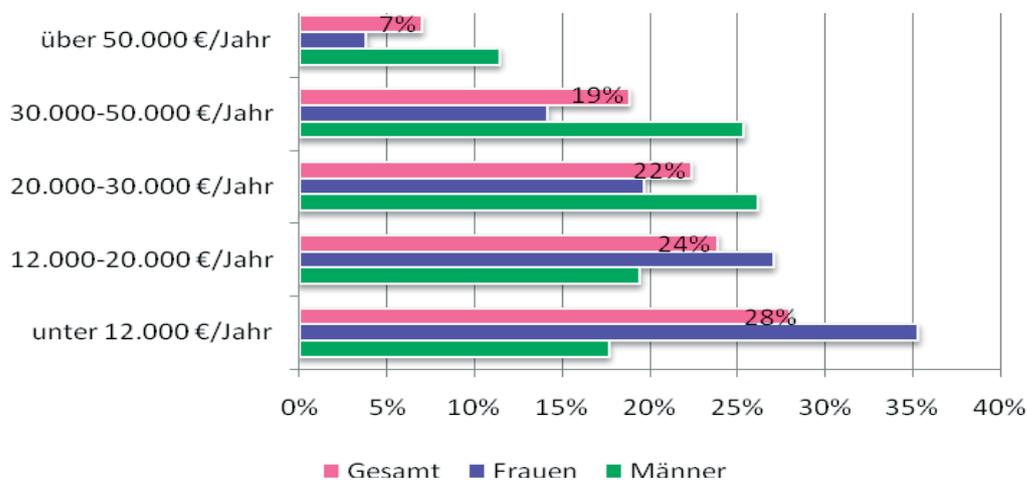
Tabelle 2: PensionistInnen mit Wohnort in Graz | 2009

PensionistInnen in Graz 2009	
Insgesamt: 60 532	
davon Frauen: 35 300 (58%)	davon Männer: 25 232 (42%)
davon ganzjährig: 33 759 (96%)	davon ganzjährig: 23 853 (95%)
davon nicht ganzjährig: 1 541 (4%)	davon nicht ganzjährig: 1 379 (5%)

Quelle: Statistik Austria. Lohnsteuerstatistik 2009/ Landesstatistik Steiermark, IFA Eigenberechnung.

Im Jahr 2009 bezogen 16.928 GrazerInnen (4.459 Männer und 12.469 Frauen) oder 28% aller PensionistInnen eine Brutto-Jahrespension unter 12.000 €. 15% der (ganzjährig beziehenden) Pensionisten und 33% der (ganzjährig beziehenden) Pensionistinnen sind der untersten Bezugsgruppe zuzuordnen. Der durchschnittliche monatliche Nettobezug der ganzjährigen Pensionsbezieher in dieser untersten Einkommensgruppe lag bei 685 €, jener der ganzjährigen Pensionsbezieherinnen bei 675 €. ⁴³ 74% der BezieherInnen der untersten Bezugsgruppe sind weiblich, was vor allem darauf zurückzuführen ist, dass Frauen aufgrund der bestehenden geschlechtsspezifischen Ungleichheiten am Arbeitsmarkt auch geringere Pensionsansprüche erwerben.

Abbildung 5: Verteilung der Einkommen aus Pensionsleistungen (Bruttojahresbezüge nach Einkommensklassen) in der Grazer Wohnbevölkerung nach Geschlecht | 2009



Quelle: Statistik Austria. Lohnsteuerstatistik 2009/ Landesstatistik Steiermark, IFA Eigenberechnung.

Die prekäre finanzielle Situation von Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, lässt sich auch anhand der Anzahl der sogenannten AusgleichszulagenbezieherInnen ablesen. Liegt das Einkommen von PensionistInnen unter einem gesetzlichen Mindestbetrag (der Richtsatz im Jahr 2009 für alleinstehende PensionistInnen betrug 772,40 €), dann erhalten sie eine Ausgleichszulage zur Absicherung ihrer finanziellen Situation. In Graz bezogen im September 2009 4.295 Versicherte der Pensionsversi-

⁴³ Auch hier sind Unterschiede insgesamt deutlicher. Das Monatsnettoeinkommen von Pensionisten mit Ganzjahresbezug betrug 1.938 €, jenes von Pensionistinnen 1.405 €.

cherungsanstalt⁴⁴ eine derartige Leistung - dies entspricht ca. 25% aller PensionsbezieherInnen in der untersten Einkommensgruppe unter 12.000 Euro brutto. Die Anzahl der AusgleichszulagenbezieherInnen ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Deutlich werden wiederum geschlechtsspezifische Unterschiede: Im September 2009 waren 63% von ihnen Frauen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich in diesem Ergebnis wiederum geschlechtsspezifische Ungleichheiten aus den früheren Erwerbsverläufen von Frauen und Männern widerspiegeln.

3.2.3 Arbeitslosigkeit

Im Juni 2011 waren knapp über 10.400 Personen im AMS-Bezirk arbeitslos gemeldet, ca. 5.800 Männer und 4.600 Frauen.⁴⁵ Die Frauenarbeitslosigkeit steigt vor allem in den Sommermonaten, die Männerarbeitslosigkeit hingegen im Winter. Knapp 20% der Vorgemerkten oder 2.100 Personen sind über 50 Jahre alt. Im Gegenteil zu den meisten anderen Gruppen von Arbeitslosen war bei ihnen eine Zunahme von 2,6% gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Die Anzahl der Arbeitslosen insgesamt ist hingegen um 8,6% zurückgegangen. Von der Altersarbeitslosigkeit sind Männer überproportional betroffen, zu vermuten ist, dass sich Frauen eher in die verdeckte Arbeitslosigkeit zurückziehen. Ca. 14% oder 1.400 Personen waren unter 25 Jahre. Personen, die nur einen Pflichtschulabschluss aufweisen, haben einen Anteil von 44% an der Gesamtarbeitslosigkeit, weitere 28% verfügen über einen Lehrabschluss. Eine geringe Ausbildung stellt weiterhin den größten Risikofaktor für Arbeitslosigkeit dar. Von den Männern verfügen über 77% nur über einen Pflichtschul- oder einen Lehrabschluss, bei den Frauen sind es 65%. Bei ihnen sind andere Vermittlungsbarrieren wirksam, wie Betreuungspflichten oder eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Der Anteil der Vorgemerkten mit Migrationshintergrund betrug im Juni 20%, insgesamt konzentrieren sich im Ballungsraum Graz knapp 60% der AusländerInnenarbeitslosigkeit in der Steiermark.

In den letzten Jahren sind vor allem junge Erwachsene zwischen 20 und 24 Jahren zu einer (statistischen) Problemgruppe geworden, während die Arbeitslosigkeit der bis 19-Jährigen auch Dank der zahlreichen Maßnahmen für Jugendlichen vergleichsweise gering ist. Allerdings konstatiert das AMS das Problem, dass viele Jugendliche mit nur geringer Formalqualifikation ohne Bezug durch unterschiedliche Gründe bedingt aus der Vormerkung „*abgehen*“ und dadurch Zukunftschancen einbüßen. Sie bilden nach Meinung etlicher Befragter ohne Gegensteuerung (etwa niederschwellige Maßnahmen in der Wohn- und Lebensumgebung) „*den sozialen Brennstoff*“ der nächsten Jahre. Es gebe immer mehr Jugendliche, häufig mit Migrationshintergrund, die aus der AMS-Betreuung herausfallen und mit den bestehenden Instrumentarien nicht erreicht werden könnten. Häufig nehmen sie Abstand von einer weiteren Vormerkung und scheinen damit auch nicht mehr in der Arbeitslosenstatistik auf. Wenn sie Jahre später beim AMS wieder um

⁴⁴ Nicht berücksichtigt sind Versicherte der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau. Laut Auskunft der PVA deckt sie rund 82% aller Pensionen ab.

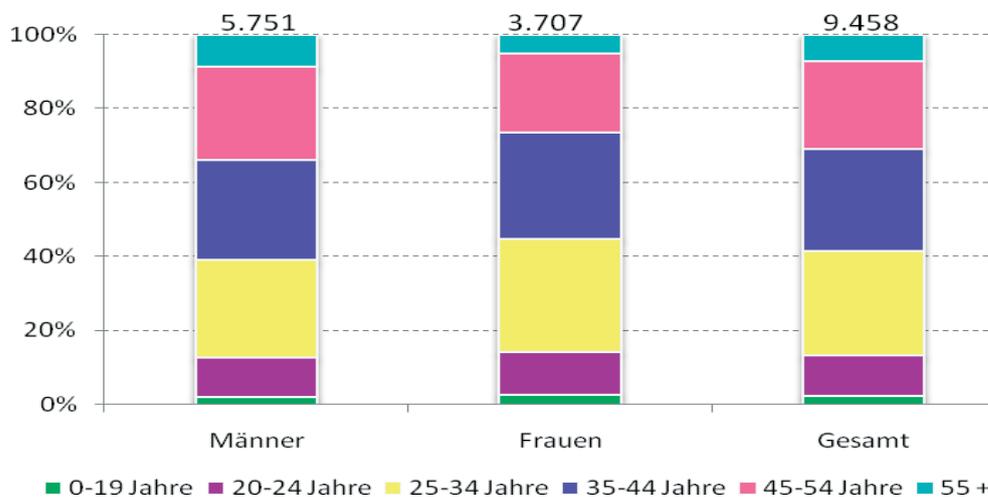
⁴⁵ Vgl. dazu: Arbeitsmarktdaten – Gesamtübersicht. Datum: 06/2011, Region: Graz. Tabellenabfrage auf der AMS-Homepage.

Unterstützung bei der Arbeitsmarktintegration ansuchen, seien ihre Chancen auf eine erfolgreiche Vermittlung äußerst gering.

Weitere rund 3.000 Personen befanden sich im Juni 2011 in einer Maßnahme des AMS, was einem Rückgang von fast 14% gegenüber dem Vorjahr entsprach. Insgesamt waren damit im Juni etwa 13.400 GrazerInnen ohne Beschäftigung beim AMS vorgemerkt.

Eine differenzierte Analyse der Bestandszahlen des Jahres 2010 unterstreicht den punktuellen Befund aus dem Juni 2011 (einem Zeitpunkt mit traditionell niedriger Arbeitslosigkeit): Personen unter 25 Jahren stellen im Jahresdurchschnitt 13% aller vorgemerkten Arbeitslosen, Personen ab dem 45. Lebensjahr 31%. Vor allem bei den Männern fallen überproportional viele in diese arbeitsmarktpolitische Problemgruppe.

Abbildung 6: Gemeldete Arbeitslosigkeit im Jahresdurchschnitt 2010 in Graz



Quelle: Jahresdurchschnittsdaten des AMS, RGS Graz 2010; Eigenberechnung IFA Steiermark.

Fast die Hälfte (49%) der gemeldeten Arbeitslosen verfügte höchstens über einen Pflichtschulabschluss, weitere 26% hatten eine Lehre abgeschlossen. Männer sind in beiden Gruppen überproportional vertreten. Ca. ein Viertel der gemeldeten Arbeitslosen (24%) waren nicht österreichische StaatsbürgerInnen, der Großteil davon kam aus Nicht-EU-Ländern. Die zahlenmäßig größten Gruppen stellen (in Reihenfolge) Personen aus der Türkei, Bosnien, Kroatien, Deutschland, Russland und Rumänien.⁴⁶

Kennzeichnend für die schwierige Arbeitsmarktlage ist, dass 1.413 Männer (25%) und 789 Frauen (21%) im Jahresdurchschnitt langzeitbeschäftigungslos⁴⁷ waren. Langzeitbe-

⁴⁶ Siehe dazu Tabelle 10 im Anhang.

⁴⁷ Die Langzeitbeschäftigungslosigkeit wird beim AMS zusätzlich zum Indikator Langzeitarbeitslosigkeit verwendet, um schwerwiegende Wiedereingliederungsprobleme zu erfassen. Im Gegensatz zur Langzeitarbeitslosigkeit, die nach einer Unterbrechung der Vormerkdauer über 28 Tagen (beispielsweise durch Schulungen, Krankenstände oder auch Sperren) statistisch endet, wirken sich bei der Langzeitbeschäftigungslosigkeit Unterbrechungen der Arbeitslosigkeit erst ab 62 Tagen aus. Für die Berechnung der Langzeitbeschäftigungslosigkeit werden nicht nur Personen mit dem Status „arbeitslos“ sondern auch mit „Schulung“ oder „Lehrstellensuche“ berücksichtigt. Als langzeitbeschäftigungslos wird eine Person dann registriert, wenn die Summe von registrierter Arbeitslosigkeit, Lehrstellensuche, Schulung oder kurzer Beschäftigung 365 Tage überschreitet.

schäftigungslose Personen zählen zur Gruppe mit dem höchsten Armutsgefährdungsrisiko. Männer stellten mit einem Anteil von beinahe zwei Drittel (64%) den Großteil der Langzeitbeschäftigungslosen. Diese Überrepräsentanz von Männern kann damit in Zusammenhang stehen, dass sich Frauen schneller in die „stille Reserve“ zurückziehen, sobald sie keine Chancen am Arbeitsmarkt sehen.

Arbeitslosigkeit kann vor allem für GeringverdienerInnen mit zunehmender Dauer existenzgefährdend werden. Die Leistungen gemäß Arbeitslosenversicherungsrecht (Arbeitslosengeld und Notstandshilfe) stellen das „erste Netz“ sozialer Absicherung dar, das aufgrund von Prekarisierungstendenzen am Arbeitsmarkt aber immer löchriger wird. Zu den besonders armutsgefährdeten Gruppen zählen Personen ohne oder mit nur geringen Leistungsansprüchen. Erfahrungsgemäß zählen dazu neben Langzeitbeschäftigungslosen vor allem Frauen, besonders Wiedereinsteigerinnen, die längere Zeit nicht mehr am Arbeitsmarkt aktiv waren, aber auch ältere ArbeitnehmerInnen.

Zur Existenzsicherung von Arbeitslosen dient vor allem das Arbeitslosengeld und die Notstandshilfe. Allerdings sind die Leistungsansprüche oft so gering, dass immer mehr Menschen gleichzeitig auch eine Leistung beim Sozialamt beantragen müssen (siehe Kap. 3.2.4). Der durchschnittliche monatliche Bezug von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe auf einer Basis von 30 Berechnungstagen betrug 2010 in Graz für Männer durchschnittlich € 766, für Frauen € 643.⁴⁸ Da die Berechnungsgrundlage für die Tagessatzhöhe das bezogene Bruttogehalt ist, sind Frauen stark benachteiligt, die Armutsgefährdung tritt speziell bei arbeitslosen Frauen schneller ein.

Eine Auswertung im September 2009⁴⁹ ergab, dass insgesamt 38% aller LeistungsbezieherInnen einen Beitrag erhielten, der monatlich 600 Euro nicht überschritt. Der Anteil der NiedrigleistungsbezieherInnen war vor allem unter den Frauen sehr hoch: 11% bezogen Leistungen unter 300 Euro monatlich, weitere 41% erhielten zwischen 300 Euro und 600 Euro monatlich. Neben bestehenden geschlechtsspezifischen Ungleichheiten am Arbeitsmarkt muss berücksichtigt werden, dass beim Notstandshilfebezug das Einkommen des Partners mit eingerechnet wird. Da Männer meist höhere Einkommen erzielen als ihre Partnerinnen/Ehefrauen, hat dies zur Folge, dass Frauen nur geringe Notstandshilfeleistungen beziehen oder gar keinen Anspruch haben.

Gesundheitliche Risikogruppen sind somit vor allem ältere Arbeitslose, die große Schwierigkeiten haben, wieder eine Beschäftigung zu finden, jüngere, die noch nicht bzw. nicht stabil in den Arbeitsmarkt Zugang finden konnten, langzeitbeschäftigungslose Menschen mit geringen Bezügen sowie Personen mit geringer Ausbildung, darunter viele Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft.

⁴⁸ Bei den Leistungs- und Förderdaten für das Stadtgebiet Graz, die von der RGS Graz zur Verfügung gestellt wurden, handelt es sich um hochgerechnete Daten ausgehend von der Verteilung der Gesamtvorgemerkten. Daher ist eine geringe Fehlerquote anzunehmen.

⁴⁹ Vgl. dazu: Armutsbericht, S. 30 f.

3.2.4 Sozialhilfe/Mindestsicherung

Der Gang zum Sozialamt ist ein deutliches Zeichen, dass Personen ohne Hilfe von außen nicht mehr über die Runden kommen können. Die Anzahl der SozialhilfebezieherInnen widerspiegelt am sichtbarsten das Ausmaß der vorhandenen Hilfsbedürftigkeit. Allerdings muss betont werden, dass die Sozialhilfe von 49% bis 61% der Haushalte, die potenziell rechtlichen Anspruch auf diese Leistungen hätten, aus unterschiedlichen Gründen wie fehlender Information, Scham und Angst vor Stigmatisierung gar nicht beantragt wird.⁵⁰ Ob die seit März 2011 auch in der Steiermark eingeführte bedarfsorientierte Mindestsicherung mit der teilweisen Wiedereinführung der Regresspflicht⁵¹ die Non-Take-Up-Rate verringert hat, um Armut effektiver zu entgegnen, kann noch nicht beantwortet werden.

Die Sozialhilfe⁵² bzw. die bedarfsorientierte Mindestsicherung ist das „zweite Netz“ der sozialen Sicherung unterhalb der primären Existenzsicherung durch Berufstätigkeit mit regelmäßigem Einkommen und dazugehöriger Sozial- und Arbeitslosenversicherung. Ihr Bezug soll die Führung eines menschenwürdigen Lebens ermöglichen und zielt auf die Wiedererlangung der Selbsthilfefähigkeit der Hilfsbedürftigen. LeistungsempfängerInnen sind grundsätzlich jene Personen, die ihren Lebensbedarf nicht in ausreichendem Ausmaß aus eigenen Kräften oder Mitteln decken können und auch von Dritten keine entsprechenden Leistungen erhalten. Die Bemessung von Geldleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes erfolgt unter Anwendung von Richtsätzen.

Die Leistungen der Sozialhilfe umfassten in der Steiermark mit Rechtsanspruch die Hilfe zur „Sicherung des Lebensbedarfs“ (z.B. für Nahrung, Bekleidung, Unterkunft, Hausrat etc.), die Krankenhilfe sowie den Ersatz für den Bestattungsaufwand. Ohne Rechtsanspruch kann „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ z.B. für Mietrückstände gewährt werden. Prinzipiell sind die Leistungen bzw. die Bedarfsbereiche der neuen Mindestsicherung jenen der Sozialhilfe weitgehend ähnlich.⁵³ Ehemals laufende SozialhilfebezieherInnen, die von der monatlichen Beantragung befreit waren, müssen dies auch jetzt nicht tun, wenn sie eine „grüne Karte“ bekommen, allerdings entfällt bei Erwachsenen der 13. und 14. Bezug.

Im Jahr 2010 bezogen in Graz 2.138 dauerunterstützte Personen (und mit ihnen 947 mitunterstützte Personen) und 4.111 fallweise unterstützte Personen (und mit ihnen 3.089 mitunterstützte Personen) eine Leistung der Sozialhilfe im Bereich „Lebensbedarf

⁵⁰ Vgl.: Fuchs, Michael: Nicht-Inanspruchnahme von Sozialleistungen am Beispiel der Sozialhilfe. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 290–301, hier S. 299.

⁵¹ Der Angehörigenregress wurde in der Steiermark im Herbst 2008 abgeschafft, Ausnahmen lagen bei bestehenden Unterhaltsverpflichtungen zwischen Eltern und Kindern.

⁵² Unterschieden wird zwischen „offener“ und „geschlossener“ Sozialhilfe. Letztere betrifft die Unterbringung in Heimen oder Anstalten. Die offene Sozialhilfe wurde entweder „laufend“ oder „fallweise“ ausbezahlt. Bei der laufenden Sozialhilfe entfiel für Betroffene die monatliche Beantragung, für die Verwaltung der dementsprechende administrative Aufwand. In diesem Fall wurde die Sozialhilfe großteils wie eine Pension automatisch inklusive Sonderzahlungen, die in der Steiermark bei der Mindestsicherung nicht mehr gewährt werden, überwiesen. Die laufende Sozialhilfe wurde vor allem amtsärztlich arbeitsunfähig diagnostizierten Personen bzw. Personen im erwerbsfähigen Alter mit Betreuungspflichten für Kleinkinder oder während bestimmter Ausbildungszeiten zuerkannt.

⁵³ Vgl.: Steiermärkisches Mindestsicherungsgesetz (StMSG).

und Miete“.⁵⁴ Insgesamt profitierten damit über 10.000 Personen von der Sozialhilfe. Sowohl bei laufend als auch fallweise unterstützten Personen überwogen – im Gegensatz zu den meisten Bezirken der Steiermark – die Männer. Während die Zahl der dauerunterstützten Personen im Vergleich zu 2009 leicht sank bzw. stagnierte, gab es bei den fallweise unterstützten Personen einen Zuwachs von beinahe 17%. Gründe dafür können sowohl eine restriktivere Zuerkennung von laufender Sozialhilfe, aber auch der vermehrte Zustrom von arbeitslosen Personen mit geringer Arbeitslosenversicherungsleistung – den sogenannten RichtsatzergänzungsbezieherInnen – sein. Darin zeigt sich auch der Funktionswandel der Sozialhilfe in den letzten Jahren. Stellten Sozialhilfeleistungen einst eine eher kurzfristige Überbrückung und Hilfe im Einzelfall für einen relativ kleinen Personenkreis, der in der Regel nicht zum Erwerbspotential zählte, dar, so führten Veränderungen in der Arbeitswelt wie die Ausweitung prekärer Beschäftigungsverhältnisse, die damit verbundene „Brüchigkeit“ der Erwerbsbiografien und die daraus resultierenden geringeren Erwerbseinkommen dazu, dass das „erste soziale Netz“ vielfach nicht mehr genügend Absicherung bietet und immer mehr Menschen auf (zusätzliche) Sozialhilfe angewiesen sind. Insgesamt stieg die Zahl aller SozialhilfebezieherInnen im Bereich Lebensbedarf und Miete auf 6.249 Personen, was einem Plus von 10% entspricht. Die Zahl der Mitunterstützten stieg auf 4.036 Personen (+6%).

Von allen Personen, die im Jahr 2010 zumindest einmal eine Unterstützung im Bereich Lebensbedarf bzw. Miete erhielten, haben 73% die österreichische Staatsbürgerschaft, 24% sind Nicht-EU-BürgerInnen, 4% solche aus EU-Ländern. Im Jahr 2009 kamen die meisten nicht österreichischen BezieherInnen aus Afghanistan, Russland, Rumänien, der Türkei sowie Bosnien und Herzegowina.⁵⁵ Einen Migrationshintergrund nach dem Geburtsort hatten 44% der BezieherInnen, d.h. sie haben noch ihre ursprüngliche Staatsbürgerschaft oder sind im Ausland geboren, wurden aber mittlerweile eingebürgert. 38% hatten einen Geburtsort in Nicht-EU-Ländern.⁵⁶

Ca. 43% der BezieherInnen richtsatzgemäßer Leistungen aus dem Bereich Lebensbedarf und Miete bekamen auch eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung, 7% ein Einkommen aus Arbeit (working poor), 17% ein sonstiges Einkommen (beispielsweise Unterhalt), 6% Kinderbetreuungsgeld, 2% eine Pension. 25% hatten kein sonstiges Einkommen. Die durchschnittliche „richtsatzgemäße Geldleistung“ in Graz betrug knapp 258 Euro (im Durchschnitt der Steiermark 302 Euro), jene für „sonstige (einmalige) Geldleistungen“ wie im Steiermarkschnitt 327 Euro. Bei „Geldleistungen für die Unterkunft“ wurden durchschnittlich 158 Euro (166 Euro) ausbezahlt.

Neben der vermehrten Zahl an SozialhilfebezieherInnen verweist auch die steigende Inanspruchnahme verschiedener sonstiger Beihilfen ohne Rechtsanspruch auf eine zunehmende Verschärfung der Lebenslagen armutsgefährdeter Haushalte, so zum Beispiel ist die Anzahl der einmalige Beihilfen aus einem besonderen Anlass (+15%), der Osterbeihilfen (+9%), der Brennstoffzulieferungen (+3%), der Hilfe bei den Mietenrückständen

⁵⁴ Vgl. dazu und im Folgenden: Tätigkeitsbericht 2010 des Sozialamts der Stadt Graz, S.3.

⁵⁵ Vgl.: Peter Stoppacher unter Mitarbeit von Katrin Maierhofer: Leistungen der offenen Sozialhilfe in der Steiermark. BezieherInnen und Kosten. Eine Kurzanalyse. Graz: IFA Steiermark 2010, S.18.

⁵⁶ Wobei nicht alle Personen mit Migrationshintergrund erfasst sind, beispielsweise Personen der 2. Generation, die in Österreich geboren sind und die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen.

(+7%) oder bei der Unterstützung der Ausgaben für den 10%igen Selbstbehalt (+73%) deutlich gestiegen.⁵⁷

Die Stadt Graz⁵⁸ stellt rund die Hälfte aller unterstützten Personen in der Steiermark. Wie in anderen Ballungsräumen auch erleichtert einerseits die Anonymität in Städten den Gang zum Sozialamt, andererseits konzentrieren sich soziale Problematiken stärker im städtischen Umfeld. Im Durchschnitt der Steiermark wurde 1% der Wohnbevölkerung (Stand 1.1.2010) durch Leistungen der offenen Sozialhilfe unterstützt, in Graz mit 2,3% ein mehr als doppelt so hoher Anteil.

In Hinsicht auf gesundheitliche Risiken zeitigen besonders fehlende soziale Netzwerke und familiäre Unterstützung negative Folgen: Bei SozialhilfebezieherInnen handelt es sich oft um alleinstehende und/oder alleinlebende Menschen, die auf kein intaktes Unterstützungsnetz zurückgreifen können. Eine Ausnahme sind diesbezüglich MigrantInnen, die noch häufig in Familienverbänden leben. Ein Großteil der SozialhilfebezieherInnen ist nach dem Familienstand alleinstehend (wobei das nicht immer alleinlebend bedeutet), 46% waren 2010 „ledig“, 28% „geschieden“, lediglich 17% waren „verheiratet“. Fehlende familiäre Unterstützungsstrukturen sind oft entscheidend dafür, ob Personen auf die Sozialhilfe angewiesen sind. Erfahrungsgemäß führen Isolation und/oder das Zerbrechen des familiären Umfelds vor allem in Bevölkerungsgruppen mit geringem Einkommen oft zu einem „Abrutschen“ in die Armut.

3.2.5 Armutsgefährdung in Graz

In Städten treten soziale Probleme und soziale Ungleichheit oft deutlicher zutage als in ländlichen Regionen. Aus unterschiedlichen Gründen kommt es zu einer starken räumlichen Konzentration von armutsgefährdeten Haushalten: Viele der neuen prekären Arbeitsverhältnisse sind in den städtischen Dienstleistungsbranchen entstanden. Für die Beschäftigten bedeutet dies oft, nicht nur geringe Einkommen erzielen zu können, sondern auch häufig von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein. Auch werden die Familienstrukturen in größeren Städten stärker von Einpersonenhaushalten bestimmt, die sozialen Risiken (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Alter) unmittelbarer ausgesetzt und damit auch häufiger von Armut bedroht sind. Hinzu kommt, dass sich in größeren Städten mehr MigrantInnen niederlassen, die aufgrund unterschiedlicher Formen der Diskriminierung zu den besonders armutsgefährdeten Gruppen zählen. Diese spezifisch städtischen Armutsrisiken treffen auch auf die Stadt Graz zu.

Die EU-SILC-Erhebung 2008 weist für Städte über 100.000 EinwohnerInnen (Graz, Linz, Salzburg, Innsbruck) eine Armutsgefährdung von 16% aus. Für Österreich gesamt wird von einer Armutsgefährdungsquote von 12% ausgegangen. Nur die BewohnerInnen von Wien waren mit einer Quote von 17% einem noch höheren Armutsrisiko ausgesetzt.⁵⁹

⁵⁷ Vgl. dazu auch: Peter Stoppacher: Leben in Armut. Lebenslagen und Bewältigungsstrategien. Eine explorative Studie im Auftrag des Vereins ERfA. Graz: IFA Steiermark 2011, S. 6.

⁵⁸ Leistungen der offenen Sozialhilfe in der Steiermark, a.a.O.

⁵⁹ Die Ergebnisse für spezifische Regionen sind vorsichtig zu interpretieren, da die Befragung auf einer für Gesamtösterreich repräsentativen Stichprobe basierte. Die Daten zur Armutsgefährdung auf regionaler

Die Armutsgefährdung wird in Relation zum mittleren Haushaltseinkommen der Bevölkerung eines Landes gemessen (60% des Medians des äquivalisierten Jahreseinkommens). Die Armutsgefährdungsschwelle lag 2008 für alleinstehende Personen bei 951 € monatlich. Treten zu dieser Einkommensarmut weitere Benachteiligungen und schwierige Lebensbedingungen, wird von manifester Armut gesprochen. Menschen, die in manifester Armut leben, können sich bestimmte Güter und Verhaltensweisen, die von der Mehrheit der Bevölkerung als „absolut notwendig“ erachtet werden, nicht leisten.⁶⁰ Die Intensität der Armutsgefährdung wird durch die „Armutsgefährdungslücke“, welche die Differenz zwischen dem Medianeinkommen der Armutsgefährdeten und der Armutsgefährdungsschwelle ausdrückt, gemessen. 2008 waren dies ungefähr 15%, was bei einem Einpersonenhaushalt ca. 150 Euro ausmacht.⁶¹

Umgerechnet auf die Grazer Wohnbevölkerung (Stand erstes Quartal 2011) bedeutet dies, dass etwa 42.000 GrazerInnen als armutsgefährdet anzusehen wären. Auch der Anteil an Menschen, die in manifester Armut leben, ist in größeren Städten wie Graz etwas höher als in Gesamtösterreich. 8% und damit die Hälfte der Armutsgefährdeten wiesen neben Einkommensarmut noch weitere Benachteiligungen und schwierigste Lebensbedingungen auf. Umgelegt wiederum auf die derzeitige Bevölkerungsanzahl würde das ca. 21.000 manifest arme GrazerInnen bedeuten, im Vergleich dazu erhielten „nur“ ca. 10.000 Personen im Jahr 2010 eine Unterstützung durch die Sozialhilfe (wobei hier auch Personen in Anstalten wie den Wohnheimen der Stadt Graz etc. enthalten sind, die bei EU-SILC nicht erfasst sind). Entscheidende Faktoren für die soziale Absicherung sind in modernen Wohlfahrtsstaaten die Teilhabe am Arbeitsmarkt sowie das Vorhandensein von familiären und sozialstaatlichen Unterstützungsstrukturen. Erwerbstätige Personen weisen trotz bestehender Prekarisierungstendenzen in der Arbeitswelt und der dadurch bedingten Zunahme des Phänomens der „working poor“ insgesamt betrachtet noch immer eine deutlich geringere Armutsgefährdungsquote auf: War eine Person ein Jahr hindurch voll- oder teilzeiterwerbstätig, so lag ihre Armutsgefährdungsquote 2008 bei 6%, war dies nicht der Fall, so bestand mit 13% ein mehr als doppelt so hohes Armutsrisiko. Personen, die mindestens sechs Monate lang arbeitslos waren, wiesen bereits eine Armutsgefährdungsquote von 39% auf.⁶²

Die Familienstrukturen beeinflussen – vor allem für Frauen – die Teilnahmechancen am Arbeitsmarkt. Das Bestehen von familiären Unterstützungsstrukturen bedeutet häufig aber auch, finanziell besser abgesichert zu sein. Alleinlebende verzeichneten ein überdurchschnittliches Armutsrisiko, vor allem, weil sich Einkommensnachteile oder soziale Risiken wie Arbeitslosigkeit unmittelbar auf ihre soziale Situation auswirken und sie in diesem Fall durch kein weiteres Haushaltseinkommen abgesichert sind. Eine noch deutlich höhere Armutsgefährdungsquote weisen Alleinerziehende auf, von ihnen sind 29% gefährdet, in Armut abzurutschen. Auch Haushalte, in denen mindestens drei Kinder

Ebene liegen aufgrund der damit verbundenen Einschränkungen daher auch nicht differenziert nach spezifischen Merkmalen (Geschlecht, Alter, Haushaltsstrukturen etc.) vor.

⁶⁰ Vgl. zum Messverfahren: Grazer Armutsbericht, S. 15 ff.

⁶¹ Vgl.: Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008. Eingliederungsindikatoren. Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Sozialpolitische Studienreihe Band 2, S. 52.

⁶² Vgl. Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S. 50.

leben, gelten als überdurchschnittlich armutsgefährdet.⁶³ Verhindern Betreuungsnotwendigkeiten in Mehrpersonenhaushalten die Erwerbstätigkeit der Frauen, dann ist auch die Armutsgefährdungsquote überdurchschnittlich hoch.⁶⁴ Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist also zentral, um Familien ein Einkommen über der Armutsgefährdungsschwelle zu ermöglichen.

Ein besonders hohes Armutsrisiko haben Haushalte, in denen Menschen leben, die langzeitarbeitslos sind oder von Sozialleistungen leben. Auch alleinlebende Frauen in Pension, MigrantInnen, Personen mit geringen Bildungsabschlüssen und Menschen mit Behinderung sind häufiger von Armut bedroht als andere Bevölkerungsgruppen.

Die Ergebnisse der EU-SILC-Erhebungen verdeutlichen auch, welche zentrale Bedeutung staatlichen Transferleistungen bei der Bekämpfung von Einkommensarmut zukommt. In Städten über 100.000 EinwohnerInnen würde die Armutsgefährdungsquote vor dem Erhalt von Sozialleistungen⁶⁵ bei 28%, vor dem Erhalt von Sozialleistungen und Pensionen sogar bei 46% liegen. Sozialleistungen bzw. staatliche Transferleistungen sind gerade für Haushalte mit geringem Einkommen eine wichtige Unterstützung, um nicht ein Leben in Armut führen zu müssen. Be trägt die Armutsgefährdungsquote generell 12%, so würde sie ohne Sozialleistungen bei 24% liegen, ohne Sozialleistungen und Pensionen sogar bei 43%. Dennoch vermögen staatliche Leistungen jene Lücken nicht zu schließen, die entstehen, wenn die Arbeitsmarkteinbindung nur gering oder gar nicht gegeben ist oder spezifische familiäre Strukturen eine erhöhte Armutsgefährdung bedingen. Für Alleinerziehende und Familien mit drei oder mehr Kindern sind staatliche Transferleistungen angesichts des höheren Einkommensbedarfs kein gleichwertiger Ersatz für fehlende Erwerbseinkommen. Vor allem im Bereich jener staatlichen Leistungen, die auf dem Sozialversicherungsprinzip basieren, reproduziert das sozialstaatliche Unterstützungsnetz soziale Ungleichheitslagen, da die Höhe der individuellen Ansprüche vom Ausmaß der ehemaligen Er-

FACTBOX BESCHÄFTIGUNG UND ARMUTSGEFÄHRDUNG

Die Teilhabe am Arbeitsmarkt ist zentral für gesellschaftliche Inklusion oder Exklusion und für gesundheitliche Chancengleichheit.

32% der unselbständig Beschäftigten in Graz, das sind knapp 38.000 Personen, konnten im Jahr 2009 nur ein Erwerbseinkommen erzielen, das unter 12.000 € Brutto pro Jahr betrug. Im selben Jahr bezogen 28% aller PensionistInnen, knapp 20.000 Personen, eine Pension unter dieser Einkommensgrenze, ca. 4.300 erhielten eine Ausgleichszulage. Zu beiden Gruppen zählten überdurchschnittlich viele Frauen.

2010 waren in der Stadt Graz durchschnittlich ca. 9.500 Personen arbeitslos vorge merkt. Rund 2.200 GrazerInnen waren bereits langzeitbeschäftigungslos.

Rund 6.300 Personen erhielten 2010 eine Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung, mit ihnen weitere 4.000 Mitunterstützte.

Städte mit über 100.000 EinwohnerInnen weisen mit 16% eine überdurchschnittlich hohe Armutsgefährdungsquote auf. Umgelegt auf die Grazer Wohnbevölkerung sind etwa 42.000 Personen armutsgefährdet.

⁶³ Ebda, S. 68 ff.

⁶⁴ Ebda, S. 70.

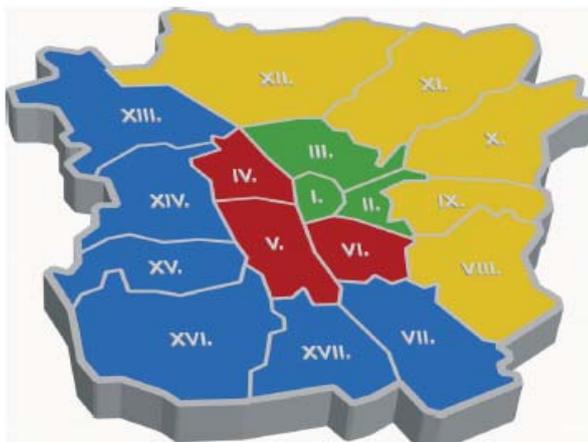
⁶⁵ Sozialleistungen umfassen Familien-, Bildungs-, Arbeitslosen-, Gesundheitsleistungen, Sozialhilfe und Wohnbeihilfen sowie Pensionen von Personen im Erwerbsalter. Vgl. Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S. 75.

werbseinkommen bestimmt wird. Geringe Erwerbseinkommen führen im Falle von Alter, Arbeitslosigkeit oder Invalidität zu einer geringen sozialen Absicherung und zu einer erhöhten Armutsgefährdung.

3.3 Sozialräumliche Unterschiede in der Stadt Graz

Die Stadt Graz lässt sich in vier sozio-demografische Bereiche unterteilen.⁶⁶ Die Innenstadt (grün markierte Bezirke in der folgenden Grafik) umfasst die historische Kernstadt mit vielen kulturellen Einrichtungen und Institutionen. Östlich davon liegen die traditionell bürgerlichen Wohngegenden (gelb markierte Bezirke). Die Bezirke Jakomini, Lend und Gries zählen zu jenem Stadtbereich (rot markierte Bezirke), in dem viele MigrantInnen leben. Vereinzelt haben in diesen Bezirken in den letzten Jahren soziale Aufwertungsprozesse eingesetzt (vor allem im Bezirk Lend rund um das Kunsthaus), große Teile dieser Bezirke gelten aber dennoch weiterhin als weniger attraktive Wohngebiete. Über die Bezirke im Westen der Stadt erstreckt sich die postindustrielle Zone (blau markierte Bezirke). Dieser Bereich der Stadt umfasst die ehemaligen Industriegebiete sowie den Gewerbe- und Wohngürtel im Westen von Graz.

Abbildung 7: Sozio-demografische Gebietstypen in Graz



Quelle und Darstellung: „Projekt mein Graz“.⁶⁷

Die Entstehung von benachteiligten städtischen Vierteln, in denen sich einkommensschwache Haushalte und soziale Probleme konzentrieren, ist auch historisch bedingt. Städtische Gebiete, die früher randständige Orte waren, vor allem ehemalige Gewerbe- und Industriegebiete, gelten auch in der Gegenwart häufig noch als unattraktive Wohngebiete. In der Stadt Graz wird analog zu dieser historischen Entwicklung meist das „ärmere“ westliche dem „reicheren“ östlichen Murufer gegenübergestellt, auch wenn bestimmte Gebiete westlich der Mur in den vergangenen Jahren sozial aufgewertet wurden.

⁶⁶ Vgl.: Projektbeschreibung mein Graz – Der Stadtraum als Bühneninstallation in vier Teilen. http://www.scan.ac/scan2/02%20texte/meinGraz_projektbeschreibung.pdf.

⁶⁷ Die grafische Darstellung basiert auf einer Clusteranalyse, bei der die Stadt Graz mithilfe spezifischer Indikatoren in vier sozio-demografische Bereiche unterteilt wurde.

Eine Konzentration armutsgefährdeter Haushalte ist vor allem in den innerstädtischen Bezirken Jakomini, Lend und Gries gegeben, teilweise auch in ehemaligen Industriebezirken im Westen der Stadt. Diese Bezirke dürfen dennoch nicht als sozial homogene Räume betrachtet werden, sondern die sozialen Probleme konzentrieren sich auf bestimmte Gegenden mit spezifischen Belastungen (z.B. Lärm- und andere Umweltbelastungen). Vor allem Gebiete mit Gemeindewohnungen und Übergangswohnungen, welche die Stadt von Wohnungslosigkeit bedrohten Familien zur Verfügung stellt, zählen zu den sozialen Brennpunkten der Stadt. Dort leben vor allem armutsgefährdete Großfamilien, MigrantInnen, ältere Menschen und AlleinerzieherInnen. Neben finanziellen Problemen, die nicht selten zu Mietrückständen führen, kennzeichnen Arbeitslosigkeit, Suchterkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen das Leben vieler BewohnerInnen. Häufiger sind dort auch Verwahrlosungsprobleme und Nachbarschaftskonflikte anzutreffen. Zu den Problemen der Kinder und Jugendlichen in diesen Siedlungen zählen vor allem mangelnde Bildungs- und Zukunftschancen, aber auch fehlende Kultur- und Freizeitangebote. In Gemeindewohnungen und Übergangswohnungen, in denen die Gemeinde das Zuweisungsrecht besitzt, die sich vor allem in Lend, Gries und Jakomini konzentrieren, leben viele sozialarbeiterisch betreute Familien, SozialhilfebezieherInnen und Armutsgefährdete. Damit geht eine hohe Fluktuation und eine ausgeprägte Anonymität sowie seit der Öffnung der Gemeindebauten für MigrantInnen ein rasch steigender Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund einher.

Die Stadt Graz verfügt aktuell über rund 10.500 Gemeindewohnungen – davon sind ca. 5000 im Eigentum der Stadt, bei den restlichen Wohnungen handelt es sich um sogenannte „Übertragungswohnbauten“ im Eigentum gemeinnütziger Bauträger, die Stadt hat das Einweisungsrecht.⁶⁸ Für Personen, die von Delogierung und Wohnungslosigkeit betroffen sind, stehen 123 Wohnungen im Übergangwohnheim zur Verfügung. Ca. 350 Menschen finden derzeit dort eine Wohnmöglichkeit. Weiters stehen im Männerwohnheim der Stadt 74 Übergangswohnmöglichkeiten in Mehrbettzimmern zur Verfügung, im Frauenwohnheim 65 in Wohngemeinschaften, in denen auch Kinder untergebracht werden können. In den letzten Jahren haben immer mehr Personen mit psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen hier Hilfe gesucht. Sie stellen mittlerweile die überwiegende Mehrheit, viele davon mit Doppel- oder Dreifachdiagnosen.⁶⁹ Weitere 800 bis 900 GrazerInnen finden in Übergangswohnungen oder Notschlafstellen, zumeist der großen Träger Caritas oder Vinzenzgemeinschaft, Unterkunft. Die Stadt Graz kann auch knapp über 400 SeniorInnenwohnungen zuweisen.

Die Strukturen und Bedingungen, welche die BewohnerInnen in ihrem unmittelbaren Wohnumfeld vorfinden, sind vor allem für in Armut lebende oder armutsgefährdete Bevölkerungsschichten von großer Bedeutung, da diese auch häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.⁷⁰ Sozialräumliche Unterschiede innerhalb der Stadt lassen sich auch

⁶⁸ Vgl.: <http://www.graz.at/cms/beitrag/10120298/355775>

⁶⁹ Vgl. die auf der Homepage der Stadt Graz abrufbaren Jahresberichte des Frauen- bzw. Männerwohnheims.

⁷⁰ Vgl. Dangschat, Jens S.: Räumliche Aspekte der Armut. In: Handbuch Armut in Österreich. Hrsg. von Nikolaus Dimmel, Karin Heitzmann, Martin Schenk. Studienverlag: Innsbruck, Wien, Bozen, S. 247-261, hier S. 255.

mithilfe von Zahlen über die Betroffenheit von Arbeitslosigkeit und den Sozialhilfebezug nachzeichnen.

3.3.1 Die Verteilung von Arbeitslosigkeit

Bezirks- und sprengelspezifische Befunde im Rahmen der LQI-Analyse bestätigen langjährige Erfahrungen mit der räumlichen Verortung von Arbeitslosigkeit. Die Arbeitslosigkeit war vor allem in den innerstädtischen Bezirken Jakomini und Lend sowie in einigen Gebieten im Bezirk Gries sehr hoch. Höhere Arbeitslosenzahlen wiesen aber auch einzelne Sprengel in den Bezirken im Westen, allen voran Wetzelsdorf, auf. Niedrigere Werte⁷¹ kennzeichneten die Innenstadt sowie die Wohnbereiche im Osten der Stadt.

Diese ungleiche Verteilung zeigt sich auch bei der Unterteilung des AMS-Bezirks Graz in Graz-West und Graz-Ost, auf die die neue Organisationsstruktur der regionalen Geschäftsstelle Graz ab Herbst 2011 beruht. Graz West stellt im Durchschnitt des Jahres 2010 58% aller gemeldeten Arbeitslosen und beinahe ebenso viele (57%) aller langzeitbeschäftigungslosen Personen. Auch von der Struktur der Arbeitslosigkeit unterscheiden sich die beiden zukünftigen Geschäftsstellen: In Graz West ist der Anteil der Männer deutlich größer, insbesondere sind Menschen mit Risikofaktoren wie einer geringen Ausbildung und einer Staatsbürgerschaft eines Nicht-EU-Landes deutlich überrepräsentiert.

Tabelle 3: Arbeitslosigkeit in Graz West und Graz Ost im Jahresdurchschnitt | 2010

Arbeitslosigkeit in Graz West und Graz Ost 2010	
Insgesamt: 9 458	
davon Graz West: 5 442 (58%)	davon Graz Ost: 4 014 (42%)
davon Frauen: 2 021 (37%)	davon Frauen: 1 686 (42%)
davon Männer: 3 421 (63%)	davon Männer: 2 329 (58%)
davon 45+: 1 706 (31%)	davon 45+: 1 215 (30%)
davon mit Pflichtschule: 3 051 (56%)	davon mit Pflichtschule: 1 568 (39%)
davon Nicht-EU-Staat: 1 314 (24%)	davon Nicht-EU-Staat: 481 (12%)

Quelle: Jahresdurchschnittsdaten des AMS, RGS Graz 2010; Eigenberechnung IFA Steiermark.

3.3.2 Regionale Verteilung des Sozialhilfebezugs in Graz

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man jene Haushalte verortet, die Sozialhilfe zur Sicherung ihres Lebensunterhalts bezogen haben. Beispielsweise stammen die SozialhilfebezieherInnen im Jahr 2009 zu 61% aus den drei innerstädtischen Bezirken Gries (952 Personen), Jakomini (783 Personen) und Lend (666 Personen). Auch in Relation zur EinwohnerInnenanzahl weisen diese Bezirke die höchsten Werte auf – in Gries kamen auf 1.000 EinwohnerInnen 35 SozialhilfebezieherInnen. Weitere Bezirke mit einer höheren

⁷¹ Daten zur Verfügung gestellt vom Stadtvermessungsamt der Stadt Graz: Datenblatt Arbeitslosigkeit mit Stichtag 1.1. 2008. Tendenziell ist die räumliche Verteilung der Arbeitslosigkeit über Jahre hinweg ähnlich.

Anzahl an SozialhilfebezieherInnen sind Eggenberg (320 Personen), Wetzelsdorf (202) oder Gösting (184 Personen). Auf diese sechs Bezirke entfallen allein 80% aller SozialhilfebezieherInnen. Die Bezirke im Osten von Graz weisen generell eine niedrigere Anzahl an SozialhilfebezieherInnen als jene im Westen auf (vgl. Tabelle 11 im Anhang).

3.3.3 Räumliche Unterschiede in der Lebensqualität

Die Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Lebensqualität auf Bezirksebene nach der Grazer LQI-Befragung liefert weitere Hinweise auf sozialräumliche Unterschiede in der Stadt Graz.⁷² Insgesamt wurden Fragen zu 10 Bereichen des „subjektiven Wohlbefindens“ gestellt, welche die sogenannten „Basisindikatoren“ ergeben. Neben den Zufriedenheitswerten für die wichtigen Lebensqualitätsindikatoren wurde auch die subjektive Wichtigkeit der Indikatoren jeweils nach dem Schulnotensystem erhoben. Jeder Basisindikator setzt sich aus mehreren Unterfragen⁷³ zusammen, aus denen dann ein gemeinsamer Wichtigkeits- und Zufriedenheitswert errechnet wurde. Aus der Differenz zwischen Wichtigkeit des Indikators und der Zufriedenheit mit der diesbezüglichen aktuellen Situation in Graz wird ein Handlungsbedarf abgeleitet. Die Grazer LQI-Beschreibung differenziert innerhalb der Bezirke weitere Zonen, damit wird der Bedeutung kleinräumiger und relativ überschaubarer Gebietskulissen, die räumlich die Lebenslagen von BewohnerInnen am meisten prägen, Rechnung getragen. Wichtige Dimensionen für individuelle Lebenslagen sind u.a. die Wohnversorgung, Einkommen und Erwerbsarbeit, Bildungsniveau und Gesundheit. Wechselwirkungen zwischen sozialer Lage und territorialen Strukturen führen zu sogenannten Raumeffekten: Gebiete, in denen sich benachteiligte Gruppen konzentrieren, können ihrerseits wieder benachteiligend wirken. Zu nennen sind soziale Effekte (z.B. Milieueffekte, Entstehen von Subgruppen), materielle Effekte (Vernachlässigung der sozialen Infrastruktur, Verwahrlosung des Wohnumfeldes, städtebauliche Vernachlässigung) oder symbolische Effekte (negative oder positive Etikettierungen). Ohne Gegensteuerung kann dadurch ein „Sog nach unten“ ausgelöst werden, der (unfreiwillige) Segregation verstärkt.

Insgesamt wird in Graz der „Sicherheitssituation“ (1,55), „Umweltsituation“ (1,59), den „Lebenshaltungskosten“ (1,72), der „Arbeitsplatzsituation“ (1,79) sowie der Verkehrssituation (1,92) die höchste Wichtigkeit für die Lebensqualität beigemessen. Für alle anderen Bereiche liegen die Werte über 2,0. Nach Bezirken gibt es eher geringe Unterschiede. Die Zufriedenheit mit der tatsächlichen Situation ist bei der Nahversorgung am höchsten, gefolgt vom Bereich „Gesundheit und Serviceeinrichtungen“ und der Verkehrssituation, am niedrigsten ist sie bei den Lebenshaltungskosten.

Großer Handlungsbedarf zeigt sich vor allem bei jenen Bereichen, wo regionale Besonderheiten weniger ins Gewicht fallen. Das betrifft Lebenshaltungskosten, die Arbeitsplatzsituation (vor allem in den Randbezirken und hier vor allem jenen im Westen und

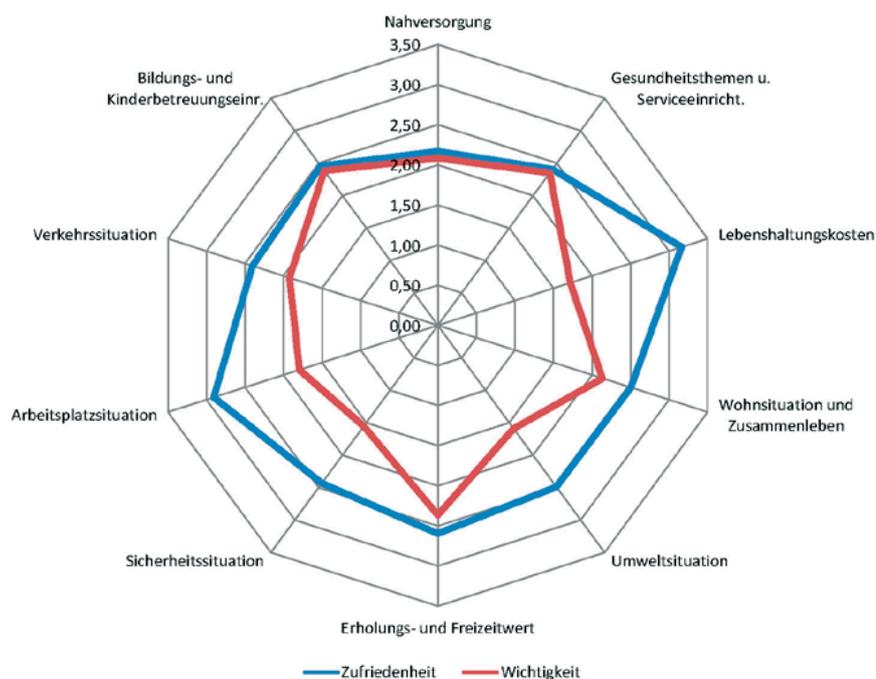
⁷² Vgl. dazu auch: Peter Stoppacher unter Mitarbeit von Manfred Saurug und Katrin Maierhofer: Sicherheitswahrnehmung in der Stadt Graz am Beispiel zweier ausgewählter Wohngebiete. Eine Studie im Rahmen des Projektes HASIF – Handlungsorientierte Sicherheitsforschung. KIRAS - Sicherheitsforschung. Graz, IFA Steiermark. Februar 2011, S. 20 ff.

⁷³ Die Zusammensetzung der Unterfragen zu einzelnen Indikatoren ist manchmal zu hinterfragen.

Süden), abgeschwächt die Sicherheits- und Umweltsituation (vor allem Puntigam und Teilgebieten von Gries und Jakomini).

Beim Basisindikator Gesundheits- und Serviceeinrichtungen decken sich die Einschätzung der Wichtigkeit und die Zufriedenheit beinahe. Differenziert nach Einzelaspekten besitzt die Erreichbarkeit von praktischen ÄrztInnen, FachärztInnen und Apotheken eine allgemein hohe Wichtigkeit, generell ist auch die Zufriedenheit damit gegeben, eine Differenz besteht am ehesten bei den FachärztInnen, hier ist insgesamt ein mäßiger Handlungsbedarf attestiert. Die „Beratung und Betreuung bei Lebenskrisen“, Angebote wie „betreutes Wohnen“, „mobile Altenhilfe und Hauskrankenpflege“ oder „Pflege- und SeniorInnenwohnheime“ werden von deutlicher weniger als wichtig eingeschätzt, der errechnete Handlungsbedarf ist eher gering.⁷⁴ Insgesamt ist in diesem Bereich nur im Bezirk Gösting ein mäßiger Handlungsbedarf gegeben.

Abbildung 8: Wichtigkeit und Zufriedenheit mit Basisindikatoren in Graz⁷⁵



Quelle: LQI Bevölkerungsbefragung 2009, Ergebnisse Graz, S. 36

Bei einem Ranking nach der Zufriedenheit der BewohnerInnen sind ehemals stark industriell geprägte Randbezirke im Westen bzw. Süd-Westen der Stadt fast durchgängig bei den Gebieten mit den niedrigsten Zufriedenheitswerten zu finden. Die BewohnerInnen von Gösting führten das Negativ-Ranking in drei Bereichen an: Sie waren mit dem Zugang zu Gesundheits- und Serviceeinrichtungen, mit dem Zugang zu Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen und mit der Bewertung der Arbeitsplatzsituation verglichen mit allen anderen BewohnerInnen der Stadt am unzufriedensten. Auch in anderen

⁷⁴ LQI Bevölkerungsbefragung 2009, Ergebnisse Graz, S. 16 ff.

⁷⁵ Je näher zur Null, desto höher ist die Zufriedenheit bzw. die Wichtigkeit der einzelnen Indikatoren.

Randbezirken im Westen bzw. Süd-Westen (Liebenau, Puntigam, Eggenberg, Wetzelsdorf) werden diese genannten Aspekte der Lebensqualität häufig nur durchschnittlich gut bewertet. BewohnerInnen der Innenstadt am östlichen Murufer oder des östlichen Wohngürtels der Stadt sind nur mit wenigen Lebensqualitätsindikatoren unzufrieden. Von BewohnerInnen der Innenstadt wurde die Umweltsituation kritischer bewertet.

Eine hohe Unzufriedenheit betrifft beinahe flächendeckend die Höhe der Kosten für Wohnraum (Miete, Grund- und Wohnungspreise), die Fahrpreise für öffentliche Verkehrsmittel (Bus, Straßenbahn), das Preisniveau beim alltäglichen Einkauf, die Gemeindeabgaben (Müllabfuhr, Kanal, Wasser, etc.) sowie die „Höhe der Kosten für Gesundheitsvorsorge und Behandlung“ als Teilaspekt der Lebenshaltungskosten in 14 Bezirken. Auch beim „allgemeinen Arbeitsplatzangebot“ und dem „Angebot an Lehrstellen für Grazer Jugendliche“, der „Sicherheit im öffentlichen Raum bei Dunkelheit“ wird allgemein großer Handlungsbedarf attestiert, etwas abgeschwächt (in 11 Bezirken) bei „Maßnahmen zur Vermittlung von Arbeitsplätzen für Arbeitslosen.“

In Bezug auf die Umweltsituation besteht bei der „Luftqualität im Wohnumfeld“ in 14 Bezirken (bis auf Andritz, Mariatrost und Ries) und beim „Lärmniveau in direkter Wohnumgebung“ in 10 Bezirken (mit Ausnahme der westlichen und nördlichen Randbezirke und von Straßgang) großer Handlungsbedarf.

Vereinzelt großer Handlungsbedarf ergab sich in Bezug auf die „Sauberkeit auf öffentlichen Straßen und Plätzen“ (Gries, Jakomini, Eggenberg, Wetzelsdorf, Puntigam), das „Angebot von Parkplätzen in der Wohnumgebung“ (Innere Stadt, St. Leonhard, Geidorf, Gries, Jakomini und Eggenberg), „mehr Sicherheit für RadfahrerInnen bzw. FußgängerInnen“ (St. Peter, Ries und Puntigam), den „Naturraum und die Landschaft in der Umgebung“ bzw. die „Nähe von Einsatzkräften (Rettung, Polizei, Feuerwehr)“, die „Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes mit dem Öffentlichen Verkehr“ sowie die „Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel an Feiertagen und an Wochenenden“ (jeweils in Puntigam).⁷⁶

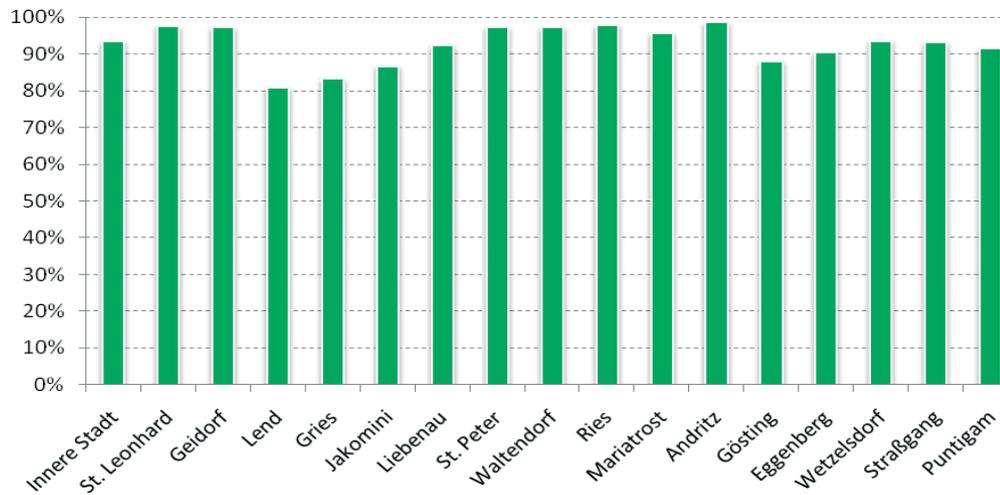
Ein relevanter Indikator für die subjektive Lebensqualität eines Gebietes ist die Antwort auf die Frage, wie gerne man in der jeweiligen Lebensumgebung wohnt. Wiederum sind diesbezüglich die drei Innenstadtbezirke Lend (81%), Gries (83%) und Jakomini (86%) die negativen Spitzenreiter, gefolgt von den beiden Bezirken Gösting (88%) und Eggenberg (90%) im Westen. Der Anteil derer, die ungern im Stadtteil leben, ist hier doppelt bis dreimal so hoch wie im Schnitt der Stadt Graz. Die Unzufriedenheit zeigt sich auch bei der Bewertung der Lebensqualität im Stadtteil im Verhältnis zu anderen, wo wiederum die BewohnerInnen von Gries, Lend, Puntigam, Jakomini und Gösting vermehrt überzeugt sind, dass ihr Viertel weniger lebenswert ist.

In den Bezirken Lend, Gries und Jakomini ist tendenziell auch eine höhere Fluktuation ersichtlich, es leben wesentlich mehr Leute erst seit kürzerer Zeit im Bezirk, wesentlich weniger Personen schon sehr lange. Die Gründe dafür können unterschiedlich sein und reichen von einem freiwilligen Wechsel in attraktivere Gebiete über eine erhöhte Neubautätigkeit, vergleichsweise wenigen Eigentumswohnungen und vielen „Sozialwohnun-

⁷⁶ Magistrat Graz – Präsidialamt; Referat für Statistik; LQI Bevölkerungsbefragung 2009; Stand Oktober 2009. LQI-Ergebnisse der Bezirke sind in den jeweiligen Bezirksbroschüren zu finden.

gen“ in Gemeindebauten und Übertragungswohnbauten bis zu einem höheren Anteil an öffentlich zur Verfügung gestellten Übergangswohnungen.

Abbildung 9: Anteil derer, die (sehr) gerne in ihrem Stadtteil leben, nach Bezirk



Quelle: Magistrat Graz, Präsidialamt: LQI Bevölkerungsbefragung 2009, S. 10.

3.3.4 Luft- und Lärmbelastungen

Zu den umweltbedingten Beeinträchtigungen der Gesundheit zählen in Graz Luftverunreinigungen sowie Lärmbelastungen, deren Lösung zu den Hauptaufgaben des Umweltamtes der Stadt Graz zählt. Neben der Luftreinhaltung und Lärmbekämpfung war früher auch die Geruchsbekämpfung ein Thema, wobei „akut keine größeren, sondern nur mehr kleinräumige Fälle“ die Lebensqualität in Graz stören.⁷⁷

Nach allen Messungen und Analysen ist Graz von der Lärm- und Luftbelastung zweigeteilt auf einer Ost-West-Linie auf Höhe des Schlossbergs, südlich davon gibt es deutlich höhere Belastungen, auch weil mehr Verkehr, Betriebe und ungünstigere meteorologische Verhältnisse vorhanden sind. Großflächig seien aber nur „sehr vorsichtige Annäherungsmodellierungen“ möglich, da viele kleinräumige Einflussfaktoren wie das Verkehrsaufkommen in unmittelbarer Nähe, eine geringe Anschlussdichte an die Fernwärme, Nachbarhäuser mit alten Kaminen oder Industrie- und Gewerbebetriebe vorliegen. So sei ein Wohnstandort an einer befahrenen Straße im Norden gesundheitlich ungünstiger als in einer ruhigen Nebenstraße im Süden.

Die größten Probleme verursachen in Graz Lärm, Stickoxyde und Feinstaub. In allen drei Fällen wurde der Verkehr als Hauptverursacher ausgemacht, kleinräumig spielen schlecht gedämmte Gewerbebetriebe, Grillplätze, Hausbrand, aber auch meteorologische Verhältnisse (Wind, Nebel, inversionsgefährdete Bereiche) eine Rolle.

⁷⁷ Der Vertreter des Umweltamtes verweist darauf, dass Geruchsbelästigung auch ohne toxische chemische Stoffe (z.B. Benzol) gesundheitlich gefährlich sein kann, bis hin zu „Herz-Kreislaufkrankungen aus Ärger“.

Damit verbunden sind unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen. Lärm als ein unerwünschter, unangenehmer oder schädlicher Schall, der als physikalische Größe genau messbar ist, wird individuell unterschiedlich wahrgenommen. Ein permanenter Straßenlärm von rund 80 Dezibel – das entspricht verkehrsreichen Straßen und Autobahnen – kann auf Dauer krank machen. Lärm wirkt (nicht immer in Abhängigkeit von der Lautstärke⁷⁸) in einem schwer überschaubaren, von zahlreichen anderen Faktoren mit beeinflussten Prozess doppelt gesundheitsbeeinträchtigend, nämlich über Schäden am Gehör und über psychische Auswirkungen einer dauernden Lärmbelästigung. Diese reichen von Konzentrationsmangel, Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Lernbehinderungen bei Kindern, Schlafstörungen oder psychiatrischen Erkrankungen bis hin zum Herzinfarkt. Tinnitus und Schwerhörigkeit sind laut einer Studie bereits zur „Volkskrankheit“ geworden, dadurch werden soziale Kontakte erschwert, Vereinsamung und Isolation drohen, aber auch Gefahren werden nicht schnell genug wahrgenommen. Auch „lärmbedingte Schwerhörigkeit“ als Berufskrankheit ist im Zunehmen.⁷⁹ In „Lärmschutz konkret“, einer Informationsbroschüre des Umweltamtes Graz mit „10 Regeln gegen den Lärm“ aus dem September 2006 wird eine Mikrozensuserhebung angeführt, der zufolge sich tagsüber 27% der Bevölkerung durch Lärm gestört fühlen, in der Nacht immerhin auch noch 22%.⁸⁰

Um das Belastungsmaß der Luft festzustellen, werden in Kooperation mit dem Land stationäre Messstationen und zwei mobile Messcontainer eingesetzt. Die Stickstoffbelastung, besonders jene mit Stickstoffdioxid, war in den letzten Jahren auch dank günstiger Winterwitterung leicht rückläufig. In Graz Don Bosco und Graz Mitte war sie besonders hoch und lag auch weit vor jener der sonstigen steirischen Messstationen. Da der Verkehr der wichtigste Emittent von Stickstoffoxiden ist, werden Maßnahmen zur Verminderung des Verkehrs (wie z.B. die Umweltzone) als notwendig erachtet. Beim Feinstaub als dem „Winterschadstoff“ gibt es in Don Bosco, Graz Süd und Graz Mitte die meisten Tage, in denen das Höchstmaß überschritten wird. Auch bei einem Luftbelastungsindex, bei dem nicht nur Konzentrationen einzelner Schadstoffe, sondern deren Zusammenwirken erfasst wird, ist Don Bosco und Graz-Süd weitaus am meisten belastet.⁸¹ In Studien nachgewiesene gesundheitliche Folgen von Luftschadstoffen reichen von Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen bis zur Reduktion der Lebenserwartung.⁸²

⁷⁸ So kann auch ein ständig tropfender Wasserhahn den Schlaf stören und sich negativ auswirken.

⁷⁹ Vgl.: www.gesundheit.de/medizin/gesundheits-und-umwelt/laerm-und-gesundheit/laerm-macht-krank.

⁸⁰ Ebenso existiert ein laut dem Umweltamt „*prinzipiell noch gültiger*“, vom Referat für Luftreinhaltung und Chemie herausgegebener Ratgeber „Hinweise zur Auswahl eines Wohnstandortes in Graz unter Berücksichtigung der Luftqualität“ aus dem Jahr 2003.

⁸¹ Vgl.: Luftgütemessungen in der Steiermark. Jahresbericht 2009. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 17 C, September 2010; S.96 ff.

⁸² Im zentralen und südlichen Teil des Ballungsraumes Graz wurde eine verringerte Lebenserwartung von 14 Monaten errechnet. Siehe dazu: Gesundheitsauswirkungen der PM 2,5-Exposition - Steiermark: Erarbeitet vom Umweltbundesamt unter Projektleitung von Wolfgang Spangl im Auftrag der Steiermärkischen Landesregierung. Wien 2010, S.8.

Möglichkeiten für eine nachhaltige Stadtentwicklung betreffen im Wesentlichen zwei Punkte, wobei aber auf die Mitwirkung des Landes hingewiesen wird. Zum einen sei das die weitere Reduktion des Hausbrands und der forcierte Ausbau der Fernwärme, allerdings gäbe es Randbiete, wo dies aufgrund der Anschlussdichte nicht so leicht möglich sei, zum anderen gäbe es auch Personen, die sich Fernwärme nicht leisten könnten oder auch „unabhängig“ davon bleiben wollten, weil sie sich Heizmaterial billig organisieren können. Diesbezüglich seien auch soziale Aspekte bei der Umstellung zu berücksichtigen. Zum anderen sei eine Reduktion des Individualverkehrs nur dann möglich, wenn attraktive öffentliche Verkehrsverbindungen gegeben sind, die auch einem „*Bequemlichkeitsbedürfnis*“ entgegenkommen. Freiwillige Maßnahmen seien diesbezüglich „*endenwollend, eine Umweltzone wäre ein Ansatz gewesen, zumindest was alte Autos betrifft, sei aber derzeit politisch nicht gefragt.*“

Für die Lebensqualität im Wohnumfeld werden folgenden Optionen erwähnt: eine bessere Lärm- und Wärmedämmung, besonders in Durchzugsstraßen, die Berücksichtigung vorhandener Lärmquellen und eine entsprechende Ausrichtung der Räume, die straßenseitige Anordnung eigener Lärmquellen (Parkplätze, Zufahrt zu Tiefgaragen, Haustechnik, Aggregate für Klimaanlage etc.) sowie das Schließen von Baulücken, um im Freien entsprechende Erholungsräume zu schaffen.⁸³

FACTBOX SOZIALRÄUMLICHE UNTERSCHIEDE

Eine Konzentration armutsgefährdeter Haushalte ist vor allem in den innerstädtischen Bezirken Jakomini, Lend und Gries gegeben, teilweise auch in ehemaligen Industriebezirken im Westen der Stadt.

Auch die Arbeitslosigkeit bzw. der Anteil an SozialhilfebezieherInnen ist in Jakomini, Lend und Gries überproportional hoch. Ebenso finden sich anteilmäßig die meisten BewohnerInnen, die ungen in ihrem Stadtteil leben.

In diesen Gebieten konzentriert sich auch der Großteil der rund 10.500 Gemeindewohnungen sowie der rund 900 Übergangswohnplätze der Wohnungslosenhilfe.

Gesundheitsschädliche Luft- und Lärmbelastungen sind generell südlich einer Ost-West-Linie auf Höhe des Schlossbergs höher. Das Verkehrsaufkommen in unmittelbarer Nähe, eine geringe Anschlussdichte an die Fernwärme, Hausbrand oder Industrie- und Gewerbebetriebe in der Nähe sind wichtige kleinräumige Einflussfaktoren.

4 GESUNDHEITZUSTAND UND KRANKHEITEN

Kriterien für den Gesundheitszustand der Bevölkerung sind allgemein die Lebenserwartung, die vorzeitige Mortalität, die Häufigkeit und Verteilung (chronischer) Krankheiten bzw. von Krankheitsgruppen und die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands.⁸⁴ Spezifische Daten für Graz sind kaum zugänglich, wenn, dann mit etlichen Unschärfen

⁸³ Immerhin wurde schon 1967 die erste Straßenverkehrslärmkarte für Graz erstellt, mittlerweile wird der Grazer Verkehrslärmkataster periodisch fortgeschrieben. Für einzelne Pilotgebiete wurden auch Lärmminderungspläne entwickelt und umgesetzt – z.B. im Gebiet rund um die St. Peter Hauptstraße.

⁸⁴ Vgl. dazu: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 36 ff. In diesem wird der Gesundheitszustand anhand der Gesundheitsbefragung 2006/2007 behandelt, die regionale und sozioökonomische Zusammenhänge nur in geringem Ausmaß skizziert.

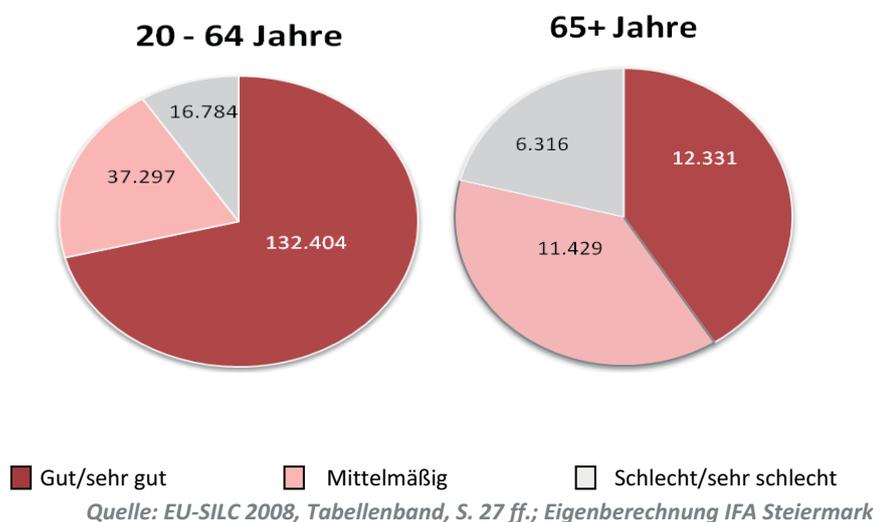
versehen.⁸⁵ Im EU-SILC sind im Unterschied zur Gesundheitsbefragung gesundheitsbezogene Daten für Städte über 100.000 EinwohnerInnen extra gerechnet, allerdings ohne Korrelation mit soziodemografischen Merkmalen. Insgesamt sind aber deutliche Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Situation erkennbar.

4.1 Subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand

Dem Gesundheitszustand der Bevölkerung nähert sich EU-SILC anhand zweier Eckdaten an: Zum einen ist das die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes auf einer Skala zwischen 1 (sehr gut) und 5 (sehr schlecht) für Personen ab 20 bis 64 Jahre und Personen über 65 Jahre. Zum anderen handelt es sich um den Indikator „Gesundheitliche Einschränkungen“. Als solche wurden mindestens ein halbes Jahr dauernde subjektiv wahrgenommene Einschränkungen bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten aufgrund von Krankheit oder Behinderung sowie der Bezug einer Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension erfasst.⁸⁶

Der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand unterscheidet sich nach ländlichen und städtischen Regionen, in letzteren ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands tendenziell schlechter. In Städten über 100.000 EinwohnerInnen geben rund 9% der Bevölkerung im Erwerbsalter und 21% der Bevölkerung im Pensionsalter einen schlechten Gesundheitszustand an.⁸⁷ Umgerechnet auf die Grazer Wohnbevölkerung (April 2011) bedeutet dies, dass rund 16.800 Personen im Erwerbsalter von 20 bis 64 Jahren und rund 6.300 Menschen im Alter ab 65 Jahren ihren Gesundheitszustand subjektiv als (sehr) schlecht einschätzen.

Abbildung 10: Subjektiver Gesundheitszustand in Städten über 100.000 EinwohnerInnen



⁸⁵ Das reicht von den EU-SILC-Ergebnissen bis zu Daten der Gebietskrankenkasse. Hier wirken sich Widersprüche zwischen dem Behandlungsort und der Wohngemeinde und unvollständige Erfassungen aus.

⁸⁶ Vgl. dazu und im Folgenden: Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S.96 f bzw. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Tabellenband. Sozialpolitische Studienreihe Band 2. Wien 2010, S. 191-192.

⁸⁷ Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S. 95 f.

30% im Erwerbsalter und 60% im Alter ab 65 Jahren bezeichnen sich als chronisch krank (wobei nicht immer starke Einschränkungen damit verbunden sind, zu denken ist etwa an Personen mit Diabetes oder Bluthochdruck). Umgelegt wiederum auf die Grazer Wohnbevölkerung würde dies 56.000 bzw. 18.000 betroffene Personen bedeuten. Stark beeinträchtigt durch Behinderung oder Krankheit sind ca. 9% im Erwerbsalter und 25% im Pensionsalter (umgelegt rund 16.800 bzw. 7.500 Personen).

Finanziell deprivierte Personen sind von Einschränkungen durch Gesundheitsprobleme besonders betroffen, manifest arme Personen im Erwerbsalter weisen eine dreifach so hohe Einschränkungsrate auf, Personen mit Teilhabemangel eine doppelt so hohe. Im Pensionsalter schwächen sich diese Unterschiede durch das Auftreten altersspezifischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen etwas ab. Der Zusammenhang zwischen mangelnder Gesundheit und Armut allerdings ist vielfach nicht linear, die Kausalität von Ursache und Wirkung nicht immer eindeutig.

Einschränkungen im Alltag aufgrund von Krankheit und Behinderung wirken sich umso eher aus, je niedriger das verfügbare Haushaltseinkommen ist. Menschen mit niedrigen Einkommen sind durch erhöhte Ausgaben für medizinische Versorgung, die sich nicht nach Belieben verändern lassen, stärker belastet. Ärmere Personen wenden oft einen Großteil ihres Einkommens für medizinische Versorgung auf oder sie verzichten auch mangels verfügbarer Ressourcen auf notwendige Behandlungen und Therapien. Gleichzeitig verringern gesundheitliche Einschränkungen wie z.B. fehlende Zähne wiederum die Teilhabechancen am Arbeitsmarkt, was wiederum zu weniger Einkommen führt.

Anhand des subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustands zeigt sich in der gesamtösterreichischen Stichprobe beispielsweise in der Erwerbsbevölkerung (20-64 Jahren) ein deutlicher Zusammenhang mit soziodemografischen Merkmalen. Durchschnittlich bezeichnen 7% ihren Gesundheitszustand als schlecht, „Risikogruppen“ mit überdurchschnittlich hohen Anteilen im Erwerbsalter sind Männer und Frauen ab 40 sowie alleinlebende Männer (je 9%)⁸⁸, Personen mit höchstens einem Pflichtschulabschluss (15%), BewohnerInnen von Gemeinde- (14%) und Genossenschaftswohnungen (10%), besonders häufig arbeitslose Menschen (24%) und Menschen in Pension (17%), Menschen, deren Haupteinkommensquelle Sozialleistungen sind (22%) sowie insgesamt Nichterwerbstätige (15%).⁸⁹ Im Pensionsalter sind diese Zusammenhänge weniger deutlich, aber noch immer vorhanden. Die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischer Lage und Gesundheit legen nahe, zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen beispielsweise für Menschen mit geringer Bildung, für BewohnerInnen von Gemeindefwohnungen etc. zu setzen. Die ungleiche Verteilung der zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen und geringere Zugangs- und Teilhabechancen in den Bereichen Bildung, Ausbildung, Beschäftigung etc. gehen mit einer schlechteren Gesundheitsversorgung, Pflege und Inanspruchnahme von sozialen Diensten einher.⁹⁰

⁸⁸ Auch altersstandardisierte Daten belegen einen sozialen Gradienten, so schätzen Personen ohne Matura ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Personen mit mindestens Matura in derselben Altersgruppe. Vgl. Gesundheitsbericht Steiermark, S. 42-43.

⁸⁹ Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. EU-SILC 2008, Tabellenband, S. 27 ff.

⁹⁰ Vgl.: Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S. 13 f.

4.2 Lebensbedingungen und ungleiche Gesundheitslagen

Die Gesundheitsstatistik belegt, dass soziale Faktoren den gesundheitsbezogenen Lebensstil und die Gesundheit maßgeblich beeinflussen, wobei die Bildung, das Einkommen, die berufliche Tätigkeit, Arbeitslosigkeit oder ein Migrationshintergrund statistisch erfassbar wesentlichen Einfluss mit unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Ausformungen besitzen.⁹¹ So rauchen Frauen und Männer der niedrigsten Bildungsstufe häufiger täglich, bei ihnen ist auch extremes Übergewicht häufiger verbreitet als in höheren Bildungsschichten. Besonders groß ist der Anteil täglicher RaucherInnen unter arbeitslosen Menschen, der Unterschied zwischen Männern und Frauen ist diesbezüglich gering. Auch bei bestimmten Krankheiten und bei gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen sind nach Auswertungen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 Risikoausprägungen in sozioökonomisch ärmeren Lebenslagen höher: Es betrifft beispielsweise Diabetes, Chronische Angst und Depressionen, Allergien⁹², mangelnden Impfschutz und geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, wobei multifaktorielle Einflüsse zusammenwirken.

Deutliche Zusammenhänge zeigen sich auch zwischen dem sozialen Status, gemessen an der Schulbildung, und der Lebenserwartung, der Säuglingssterblichkeit bzw. dem Risiko von Frühgeburten.⁹³ Manifest wird der soziale Einfluss auch bei den relativen Sterberisiken von erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 25 bis 55 Jahren. Das Risiko, in diesem Alter zu sterben, betrifft 6% der Männer und 3% der Frauen, wobei einer überdurchschnittlichen Sterblichkeit von ArbeiterInnen (sowohl bei Männern und Frauen) eine unterdurchschnittliche bei Angestellten und selbstständig Beschäftigten gegenübersteht. Die Sterblichkeit lag bei Facharbeitern um 25%, bei sonstigen Arbeitern um 50% höher als bei Angestellten und Beamten ohne Matura. Besonders hoch ist das Mortalitätsrisiko bei Hilfsarbeitskräften. Unfälle, Lungenkrebs oder auch Leberzirrhose sind überdurchschnittlich häufige Todesursachen bei ihnen.⁹⁴

Die beruflichen Tätigkeiten, die mit dem Ausbildungsniveau korrelieren, und die Arbeitsbedingungen wirken sich in starkem Ausmaß auf die Gesundheit aus.⁹⁵ Tätigkeitsbedingte Über- und Fehlbeanspruchungen durch unphysiologische Zwangshaltungen, mechanische Schwingungen, Erschütterungen und Vibrationen sowie durch Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten belasten Muskeln, Sehnen, Gelenke, die Wirbelsäule und Bandscheiben. Für orthopädische Erkrankungen und Beschwerden wie etwa Arthrose und Rückenschmerzen ist ein deutlicher Schichtgradient belegt. Auch arbeitsplatzspezifische physikalische, chemische oder mikrobiologische Noxen (im weitesten Sinne gesundheitsgefährdende Substanzen), das Arbeiten in der Kälte, Arbeitsplätze mit Luft- und/oder Lärmbelastungen sind oft schichtabhängig. Spezifische Arbeitssituationen (Akkordarbeit, wenig Selbstwirksamkeit, großer Druck) und Arbeitszeiten (Nacht- und Schichtarbeit) wirken sich beispielsweise signifikant auf (ischämische) Herz-Kreislauf-

⁹¹ Vgl. dazu: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. Hrsg. von Statistik Austria. Wien 2010, S. 64 ff.

⁹² Diesbezüglich gibt es auch kontroverse Thesen, siehe die Hygienehypothese.

⁹³ Vgl. dazu: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 66 ff.

⁹⁴ Vgl. dazu: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 65 f.

⁹⁵ Vgl. dazu und im Folgenden: Schneider, S. 48 ff.

Erkrankungen aus, vor allem wenn außerbetrieblich nur wenig Gelegenheit zur Erholung gegeben ist (z.B. bei AlleinerzieherInnen). Weiters sind oft nervöse Störungen und koronare Herz- und Magen-Darmerkrankungen die Folge.

Ein inverser Schichtgradient hingegen ist beispielsweise bei allergischen Erkrankungen bekannt.⁹⁶ Ausgegangen wird davon, dass hohe (übertriebene) Hygienestandards in oberen Sozialschichten zur mangelnden Entwicklung körpereigener Abwehrsysteme führen, was allergische Reaktionen begünstigt.

4.2.1 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist ein Basisindikator, der gleichzeitig den gesundheitlichen Zustand und die medizinische Versorgung der Bevölkerung abbildet. Er gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem bestimmten Alter bei gleichbleibendem Sterberisiko noch zu leben hätte.⁹⁷ In der Vergangenheit ist die Lebenserwartung durch eine sinkende Säuglingssterblichkeit und die zurückgehende Sterblichkeit aufgrund von Infektionserkrankungen im Kindesalter besonders stark gestiegen, gegenwärtig wird das weitere Ansteigen der Lebenserwartung mit verbesserten Prognosen und Behandlungsformen von Krebserkrankungen, Herzinfarkten und chronischen Erkrankungen in Verbindung gebracht. Für die Stadt Graz liegen nur wenige Daten vor.

Laut steirischem Gesundheitsbericht lag die Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2008 bei Frauen 83 Jahre und bei Männern 77 Jahre und entsprach damit in etwa dem österreichischen Durchschnitt. Auch in der Stadt Graz ist sie etwa gleich hoch: Im Schnitt der Jahre 2004 bis 2008 konnte ein Mann bei Geburt mit 77,5 Lebensjahren, eine Frau mit 83 Lebensjahren rechnen.⁹⁸ Neben der Lebenserwartung bei Geburt ist auch die fernere Lebenserwartung ab 65 Jahren gestiegen, wobei steirische Frauen mit weiteren 21 Jahren, Männer mit 17 Jahren rechnen konnten und damit im österreichischen Durchschnitt lagen. Auf Bezirksebene liegen diesbezüglich keine Daten vor.

4.2.2 Vorzeitige Mortalität und Haupttodesursachen

Todesfälle in einem Alter, welches unter der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt, werden als vorzeitige Mortalität bezeichnet.⁹⁹ Ein häufigeres Auftreten von Todesfällen verweist auf höhere Gesundheitsrisiken, die aus Public-Health-Sicht die Notwendigkeit von Versorgungs- und Vorsorgemaßnahmen anzeigen. Folgende Haupttodesursachen

⁹⁶ Vgl.: Schneider, S. 60. Dieser Umstand wird als Hygienehypothese bezeichnet.

⁹⁷ Zur Berechnung der Lebenserwartung werden altersstandardisierte Mortalitätsraten herangezogen. Unterschiedliche Berechnungsmethoden erschweren aber den Vergleich zwischen Regionen und Ländern. In der Gesundheitsberichtserstattung wird besonders die Lebenserwartung bei Geburt und jene mit 65 Jahren (als fernere Lebenserwartung bezeichnet) verwendet. Eine Darstellung der Lebenserwartung bezogen auf den sozioökonomischen Status fehlt gänzlich. Vgl. dazu: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 36 f.

⁹⁸ Vgl.: Gesundheitsbericht, S. 37 bzw. 269.

⁹⁹ Vgl. dazu und zu Berechnungsmethoden im Folgenden: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 44 ff bzw. Tabellenanhang, S.273. Wie im Jahrbuch der Gesundheitsstatistik vermerkt (S.21), hängt die Qualität der diesbezüglichen Zahlen von der Verifizierung durch Autopsien ab. Die Obduktionsquote von 17% im Jahr 2009 ist trotz starkem Rückgang international gesehen hoch, 1989 lag sie noch bei 35%.

nach Krankheitsgruppen sind in absteigender Reihung für die vorzeitige Mortalität verantwortlich: Bösartige Neubildungen, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, Krankheiten der Atmungsorgane sowie der Verdauungsorgane. Ein Drittel aller vorzeitigen Todesfälle in der Steiermark im Jahr 2008 war auf bösartige Neubildungen zurück zu führen (stark steigend), bei Frauen (44%) noch mehr. Auf Herz-Kreislauf-erkrankungen entfielen 18%, auf Verletzungen und Vergiftungen gingen 20% der vorzeitigen Todesfälle zurück. Hier beträgt die Sterblichkeit der Männer das Vierfache jener der Frauen. Krankheiten der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane hatten 2008 einen geringen Anteil von unter 10%.¹⁰⁰ Da viele Krebserkrankungen durch Früherkennungsuntersuchungen entdeckt werden können, sind diese von zentraler Bedeutung in der Public-Health-Diskussion. Aber auch die Vermeidbarkeit von Verletzungen und Vergiftungen im Arbeitskontext und im Alltag (von Verletzungen im Haushalt bis zu Folgen von Gewalt in der Familie mit einer hohen Dunkelziffer) ist dafür von Relevanz.

Eine hohe vorzeitige Mortalität haben – ebenfalls mit großen Unterschieden nach dem Geschlecht – vor allem die Industriebezirke bzw. städtische Ballungszentren sowie einzelne periphere Regionen wie Murau, was auf Umweltbelastungen, unterschiedliche Arbeitsbelastungen oder auch regionale Ungleichgewichte bei der medizinischen Versorgung rückgeführt werden kann. In der Stadt Graz liegt die vorzeitige Mortalität im Schnitt der Jahre 2004-2008 mit 153 Todesfällen auf 100.000 EinwohnerInnen unter 65 Lebensjahren etwas über dem steirischen Durchschnitt, zwischen Männern und Frauen gibt es große Unterschiede – 105 Todesfälle von Frauen pro 100.000 EinwohnerInnen stehen 207 von Männern gegenüber. Nach Todesarten sind in Graz Herz-Kreislauf-erkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane überproportional vertreten, bösartige Neubildungen sind mit ca. einem Drittel die häufigste Ursache.

4.2.3 Erkrankungen und Unfälle

Die Daten zur Morbidität gelten als einigermaßen problematisch. Datenquellen wie die Spitalsentlassungsstatistik, die Dokumentation von Diagnosen und Leistungen sind wenig zuverlässig, uneinheitlich und dienen eher der Abrechnung, denn zu epidemiologischen Analysen. Nur für wenige Krankheiten, vor allem jene, für die eine gesetzliche Meldepflicht besteht, können präzise Aussagen über die Verbreitung in der Bevölkerung (Prävalenz) oder die Zahl der Neuerkrankungen (Inzidenz) getroffen werden.¹⁰¹ Einen Überblick über die Verteilung von Erkrankungen in der Bevölkerung gibt die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, allerdings handelt es sich hier um selbst berichtete Erkrankungen.¹⁰² Mehr als ein Drittel gab an, ein längerfristiges gesundheitliches Problem zu haben. Die Häufigkeit der Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu, Frauen sind in allen Altersstufen stärker betroffen als Männer.

¹⁰⁰ Vgl. dazu: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 45 ff.

¹⁰¹ Vgl. dazu: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, S. 43. Bei Krebserkrankungen besteht eine Meldepflicht nur für Krankenhäuser, deswegen wird im Österreichische Krebsregister der Statistik Austria eine Untererfassung angenommen. Ein anderes Register ist jenes für meldepflichtige übertragbare Erkrankungen beim Gesundheitsministerium.

¹⁰² Vgl. dazu und im Folgenden: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, S. 43 f. Befragt wurden 15.000 ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren.

Zu den zehn häufigsten Erkrankungen zählen österreichweit Wirbelsäulenbeschwerden, Allergien, Arthrose und Arthritis (Gelenkverschleiß bzw. Gelenkentzündungen), Migräne bzw. häufige Kopfschmerzen, Depression bzw. Angststörungen, Diabetes mellitus, Osteoporose, Harninkontinenz, chronische Atemwegserkrankungen und Asthma. Mitunter sind damit viele sowohl mit dem Alter als auch mit sozioökonomischen Faktoren zusammenhängende Erkrankungen und Beschwerden vertreten.

Bei einzelnen Krankheiten und Krankheitsgruppen ist ein deutlicher sozialer Gradient vorhanden. Sozialökonomische Gegebenheiten (Wohnung, Arbeitsbedingungen, Einkommen, Bildung) wirken über komplexe Mechanismen als Risikofaktoren, wie folgende Beispiele veranschaulichen:

Herzinfarkte und Schlaganfälle stehen mit Fettstoffwechselstörungen, Tabakkonsum und Bluthochdruck in Verbindung. Familiäre und psychosoziale Belastungen und Inaktivität sind sogenannte änderliche Risikofaktoren, Alter und Geschlecht sogenannte unabänderliche Einflüsse. Mit steigender Ausbildung sinkt die Betroffenheit.¹⁰³

Bei Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten gilt vor allem Diabetes mellitus als eine aus sozialmedizinischer Sicht bedenkliche, gut behandelbare und weit verbreitete Krankheit. Sie steht mit Lebensstilfaktoren (Rauchen, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung) sowie einem niedrigen sozioökonomischen Status in einem multifaktoriellen Zusammenhang. Generell ist Diabetes bei Frauen weiter verbreitet und nimmt auch mit steigendem Alter zu. Diabetes mellitus weist eine höhere Mortalität, eine um fünf bis zehn Jahre verringerte Lebenserwartung und ein vielfach erhöhtes Risiko für Herzbeschwerden, Hirngefäßerkrankungen, Augenerkrankungen auf.¹⁰⁴ Die GKK bietet die Maßnahme „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ an, um positive Veränderungen bei PatientInnen (gute Einstellung von Blutdruck und Blutzucker, Gewichtsreduktion) zu erreichen.¹⁰⁵

Auch Allergien stehen mit sozioökonomischen Faktoren, vor allem vermittelt über Umweltbelastungen im Wohngebiet im Zusammenhang. Allergien haben in den letzten Jahren sehr stark zugenommen, zu den Faktoren für eine veränderte Allergenexposition werden einerseits Luftschadstoffe und andererseits eine geringere Stimulation des Immunsystems durch eine verbesserte Hygiene gezählt. Allergisches Asthma, eine Form von Asthma bronchiale, zählt zu den häufigsten allergischen Erkrankungen. Der Einfluss von Luftschadstoffen wurde anhand der Messung von Feinstaubpartikeln und der Anzahl an Hospitalisierungen aufgrund von Asthma bronchiale oder anderen Atemwegserkrankungen klar nachgewiesen. Nach dem Geschlecht, Alter und Bildungsniveau lassen sich keine eindeutigen Tendenzen (laut österreichischer Gesundheitsbefragung) erkennen.¹⁰⁶

¹⁰³ Gesundheitsbericht Steiermark, S.55

¹⁰⁴ Gesundheitsbericht Steiermark, S. 58.

¹⁰⁵ Siehe den Jahresbericht der steirischen GKK 2009. Bis Ende 2009 wurden in der Steiermark 2.956 Patienten und 105 DMP-Ärzte eingeschrieben.

¹⁰⁶ Vgl.: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 59 f. Hingewiesen wird dabei darauf, dass, obwohl es sich hierbei hauptsächlich um Langzeiteffekte der Luftverschmutzung handelt und die Verminderung von Luftverschmutzung Jahre in Anspruch nimmt, die Verringerung dieses negativen Einflusses auf die Gesundheit mit einer Abnahme der Mortalität und Morbidität einhergeht.

Auch Unfälle und Verletzungen hängen stark mit Lebensbedingungen zusammen. So kommt 2009 in Österreich ein Arbeitsunfall auf 15 ArbeiterInnen, hingegen nur ein Unfall auf 57 Angestellte. ArbeiterInnen haben demnach ein fast vierfaches Unfallrisiko, bei Selbständigen ist dieses mit einem Unfall auf 110 Personen sehr gering.¹⁰⁷ Bei Männern versterben 40 von 100.000 EinwohnerInnen vorzeitig wegen Verletzungen und Vergiftungen, bei Frauen 13 Personen.¹⁰⁸

Erkrankungen der Verdauungsorgane wie auch aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen haben oft auch Alkoholkonsum als Ursache. Alkoholkonsum bzw. -missbrauch gilt darüberhinaus neben Tabakkonsum und ungesunder Ernährung auch als Ursache von bösartigen Neubildungen. Im Durchschnitt der Jahre 2001 bis 2008 wurden in Graz 52 alkoholbedingte Todesfälle bei Frauen pro 100.000 Einwohnerinnen und 105 bei Männern registriert (insgesamt 77 auf 100.000), wobei in den letzten Jahren ein Rückgang zu verzeichnen war. Von ca. 2.650 im Schnitt der Jahre 2002 bis 2008 bei Verkehrsunfällen jährlich Verletzten stammen ca. 3% (oder 80 Personen) aus Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten.¹⁰⁹

Die Krankheitsgruppenstatistik der GKK (für die Steiermark)¹¹⁰ bestätigt die Aussagen zu den häufigsten Erkrankungen, wenn auch die Reihung etwas anders ausfällt, da sie nur für den erwerbstätigen Teil der Bevölkerung vorhanden ist. Am häufigsten registriert sind Krankheiten der Atmungsorgane (der oberen Luftwege und Atmungsorgane) mit 151.000 Fällen vor Krankheiten des „Skeletts, Muskeln, BGW“ (64.000), Darminfektionen (50.000), „Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen“ (Entzündungen, inklusive solchen des Auges mit 21.000), psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems, die zu 63% auf Frauen entfallen (insgesamt 14.800) sowie Herz-Kreislaufkrankungen (9.700, darunter ischämische Herzerkrankungen, Hypertonie) etc.

Arbeitsunfälle ohne Vergiftungen (ca. 17.000 Fälle), Nicht Arbeitsunfälle ohne Vergiftungen (ca. 16.600), Sportunfälle (6.000), Verkehrsunfälle (3.600) sind weitere häufige Ursachen von Krankenständen. Bei Arbeitsunfällen und Sportunfällen sind Männer mit ca. 75% überproportional vertreten. Verletzungen durch andere Personen waren in immerhin 700 Fällen die Krankenstandursache, Männer stellten 80%. Hier ist allerdings, besonders in Bezug auf Gewalt in der Familie, eine beträchtliche Dunkelziffer zu befürchten.

Für Graz waren keine spezifischen Daten zugänglich, aufgrund der quantitativen Bedeutung von Graz für die Steiermark ist aber anzunehmen, dass die steirischen Ergebnisse sehr stark von Graz geprägt sind und daher auch hier tendenziell Gültigkeit beanspruchen können.

Die Zunahme an chronischen Erkrankungen, wovon besonders ältere und sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen betroffen sind, ist die Ursache dafür, dass im steirischen Gesundheitsbericht vor allem verstärkte gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen für diese Zielgruppen gefordert werden. Ebenso werden gesamtpolitische

¹⁰⁷ Vgl. dazu: Zahlen und Fakten auf www.auva.at/portal 27.

¹⁰⁸ Gesundheitsbericht Steiermark, S. 273.

¹⁰⁹ Gesundheitsbericht Steiermark, S. 316 und 318.

¹¹⁰ Extra ausgewertete Unterlagen der GKK zur Krankenstandstatistik 2010.

Maßnahmen zur Reduktion von Unfällen, Alkohol- und Tabakkonsum, zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zur Verbesserung der Ernährung neben der Verbesserung der Lebensverhältnisse (Wohnumfeld, Arbeit etc.) gefordert.¹¹¹ Diesbezüglich sollten flächendeckende (Bewusstseins- und Informations-) Initiativen durch zielgruppenspezifische und partizipatorische Maßnahmen, beispielsweise in Schulen, Stadtteilen und arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen ergänzt werden.

4.2.4 Meldepflichtige übertragbare Krankheiten

Allgemein gehören bakterielle Lebensmittelvergiftungen, Scharlach und infektiöse Hepatitis zu den häufigsten übertragbaren Krankheiten, allerdings sorgen Änderungen in der Meldepraxis oder fehlende Meldungen für Verzerrungen.¹¹² Auch in Graz zählen (bakterielle) Vergiftungen, oft übertragen durch Lebensmittel, zu den häufigen übertragbaren Krankheiten, was auch die Notwendigkeit ausreichender Lebensmittelkontrollen zeigt.

Die meisten Fälle betreffen die Krankheit „Campylobacter“ mit 197 Anzeigen. Campylobacter ist weltweit der häufigste Durchfallerreger.¹¹³ Insgesamt 105 Männer und 92 Frauen litten 2010 an dieser Erkrankung, im Jahr 2009 gab es 179 und im Jahr 2008 163 Fälle. Ebenso wird die Krankheit „Pertussis“ oder Keuchhusten, eine hochansteckende Infektionskrankheit der Atemwege, durch Bakterien übertragen.¹¹⁴ 2010 wurden in Graz 60 Fälle, 2009 45 Fälle registriert. Weiters handelt es sich bei „Salmonellen“ um eine durch Bakterien über kontaminierte Lebensmittel ausgelöste Krankheit, die vor allem bei Menschen mit schwachen Abwehrkräften schwere Magen-Darm-Erkrankungen hervorruft. 2010 erkrankten 37 Männer und 22 Frauen an dieser Krankheit, während es im Jahr 2009 insgesamt 49 gemeldete Fälle gab. Tuberkulose, ebenso eine bakterielle Infektionskrankheit, wurde im Jahr 2010 insgesamt 38 Mal (23 Männer und 15 Frauen) registriert, 2009 24 Mal. Weitere selten registrierte ansteckende Infektionskrankheiten waren „Scarlatina“ (Scharlach) mit 14 Fällen im Jahr 2010 und „Shigella“, eine Krankheit, die plötzlichen und schweren Durchfall verursachen kann (9 Fälle).

Tabelle 4: Häufig registrierte Fälle übertragbarer Krankheiten 2010

	Männer	Frauen	Gesamt
Campylobacter	105	92	197
Pertussis	28	32	60
Salmonella	37	22	59
Tuberkulose	23	15	38

Quelle: Gesundheitsamt des Magistrat Graz - Statistik über angezeigte Fälle übertragbarer Krankheiten

¹¹¹ Gesundheitsbericht Steiermark, S. 62 f.

¹¹² Vgl.: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik, S. 51.

¹¹³ <http://www.angewandtehygiene.com/gesetze/download/campylobacter.pdf>

¹¹⁴ <http://www.medizinfo.de/kinder/infektion/keuchhusten.htm>

Bei weiteren registrierten übertragbaren Krankheiten handelte es sich im Jahr 2010 um Hepatitis (sieben Fälle), „H1N1-Grippe-A“ bzw. „Schweinegrippe“ (fünf Fälle)¹¹⁵, Geschlechtskrankheiten (Gonorrhoe und Lues mit insgesamt 13 Fällen), Malaria (vier Fälle), Meningokokken – Meningitis (drei Fälle), FSME und Yersinia, einer durch Bakterien ausgelöste Magen-Darm-Erkrankung, die schmerzhafte Gelenkentzündungen verursacht (jeweils zwei Fälle). Je einmal wurden 2010 die bakteriellen Infektionskrankheiten Brucellose, Legionellose, Leptospirose, Listeriose, Paratyphus B Dundee, EHEC, Haemophilus influenzae B, E.coli/VTEC sowie die Virenerkrankung Masern registriert.

Häufig angezeigt wurden Bissverletzungen „bekannter Tiere“ als Quelle möglicher Gesundheitsgefährdung (z.B. Tollwut). Insgesamt wurden 2010 117, im Jahr davor noch 133 Bissverletzungen in Graz verzeichnet.

4.2.5 Berufskrankheiten

Auch hinsichtlich von Berufskrankheiten sind für Graz keine spezifischen Daten zugänglich. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass auch in Graz der allgemeine Befund gilt, dass hoher Arbeitsdruck, unregelmäßige Arbeitszeiten, belastendes Führungsverhalten und ein schlechtes Arbeitsklima häufig ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben bedingen. Nach dem Österreichischen Arbeits- und Gesundheitsmonitor¹¹⁶, einer repräsentativen Erhebung bei jährlich 4.000 Beschäftigten, beeinflussen diese Faktoren mehr als Ernährung und Bewegung den Verbleib der ArbeitnehmerInnen im Erwerbsleben bis zum regulären Pensionseintritt. ArbeitnehmerInnen mit schlechten Arbeitsbedingungen und jahrelangen gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz leiden besonders häufig unter psychischen und körperlichen Beschwerden wie Rückenschmerzen, Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich, Erschöpfung und rascher Ermüdung, Kopfschmerzen oder auch Sinnverlust.¹¹⁷

Eine umfassende betriebliche Gesundheitsförderung, die nicht nur beim Verhalten der Beschäftigten, sondern vor allem bei den Arbeitsbedingungen ansetzt, wäre für etliche Befragte ein „essentieller Bestandteil zur Lösung grundsätzlicher sozialpolitischer Probleme“ wie die Pensions- und Fachkräftefrage vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie zunehmender Berufskrankheiten. Allerdings werde diese Aufgabe bei weitem nicht eingelöst. Vor allem Arbeitgeber würden nur wenig Verantwortung übernehmen. Daher wird in Frage gestellt, ob mit Freiwilligkeit das Ziel erreicht werden kann.

Betriebliche Gesundheitsförderung dreht sich aus Sicht der ArbeitnehmerInnenvertretung sehr oft nur um Verhaltensänderungen („Essen, Trinken, Rauchen, Bewegung und der gesunde Apfel“), mit Ausnahme von einigen Vorzeigebetrieben, beispielsweise das Projekt GeMa (Gesunde MitarbeiterInnen) der Stadt Graz, sei die Verhältnisorientierung ein „extremes Minderheitenprogramm“, daher verwundere es auch nicht, dass eine österreichweite Studie zur Arbeitsqualität bei Älteren im Jahr 2009 ergab, dass „drei Viertel

¹¹⁵ 2009 gab es eine regelrechte „H1N1-Epidemie“ mit rund 124 erkrankten Menschen.

¹¹⁶ Vgl. Österreichischer Arbeits- und Gesundheitsmonitor, Unterlagen zur Pressekonferenz vom 9. Dezember 2010.

¹¹⁷ Vgl. dazu die Informationsbroschüre: Gesundheit im Betrieb. Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark. Jänner 2011.

mit dem Begriff *Gesundheitsförderung nichts anfangen*“ konnten. Eine weitere Schwierigkeit bestehe auch darin, dass die einmal jährlich vorgeschriebenen Maßnahmen bei Betrieben unter 50 Personen bei weitem nicht ausreichend seien, und insgesamt vor allem die geringer qualifizierten Randbelegschaften kaum erreicht würden. Zudem bestehe auch eine Angst vor dem Arbeitsplatzverlust, wenn gesundheitliche Probleme offensichtlich würden. An und für sich böte die Arbeitsmedizin aber eine gute Möglichkeit, Leute zu erreichen, die nicht *„wegen Kleinigkeiten oder Auffrischungsimpfungen zum Arzt gehen.“* Bei mehr zeitlichen Ressourcen der ArbeitsmedizinerInnen könnte ein Gesundheitscoaching erfolgen, das auf Belastungen am Arbeitsplatz vor Ort eingehen könne. Zusätzlich könnten dementsprechend geschulte Personalverantwortliche oder VorarbeiterInnen gesundheitsrelevante Aspekte auch im Rahmen von MitarbeiterInnengesprächen auf das Tapet bringen.

Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust infolge von Erkrankungen wird auch im Arbeitsmarktservice wahrgenommen. Bei den Neuzugängen seien *„auffällig viele, die sich in der Arbeit nicht in den Krankenstand oder auch nicht zum Arzt gehen trauten“*, vor allem *„leicht austauschbare HilfsarbeiterInnen“* seien diesbezüglich *„arm dran.“* Täglich würden sich viele Menschen mit Berufskrankheiten arbeitslos melden, beispielsweise mit Allergien, Rheuma, Beeinträchtigungen im Stützapparat etc. Nach der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung 2007 waren berufsbedingte Gesundheitsprobleme in 40% Ursache der Arbeitslosigkeit, sehr häufig bei Depressionen und Angstzuständen, Herz-Kreislaufkrankungen, Skelett- und Muskelproblemen und Problemen mit der Lunge bzw. der Atmung.¹¹⁸

Die AUVA als Institution, die unter anderem in Kooperation mit Betrieben und MultiplikatorInnen (vor allem ArbeitsmedizinerInnen) die Prävention von Unfällen und Berufskrankheiten zu ihren Aufgaben zählt, kennzeichnet eine *„tatsächliche betriebliche Gesundheitsförderung“* als *„Unternehmensstrategie“*, die alle Entscheidungen im Betrieb auch unter Aspekt der Gesundheit bewertet, alles andere sei oft *„Aktionismus.“* Wichtige Aspekte dabei sind Führungsstil und Partizipation, Wertschätzung und Umgangsformen, Planbarkeit, Aufstiegsaussichten, Veränderungsprozesse (Routinen, Abläufe), altersgerechtes Arbeiten, Ruhe- und Rückzugsräume in Pausen, die Urlaubsgestaltung und vieles andere mehr. Auch nach Ansicht der GKK, die ebenso betriebliche Gesundheitsförderung anbietet, steckt eine betriebliche Gesundheitsförderung, die auf Verhältnisse und Strukturen ausgerichtet ist, noch weitgehend in den Kinderschuhen, und liegt in der Verantwortung des Managements, dem eine wichtige Multiplikatorfunktion zukomme. Die Verringerung von Überstunden durch eine ausreichende Personaldecke, weniger kurzfristige Änderungen des Dienstplanes, eine Pausenkultur mit positiven Folgen nicht nur für die ArbeitnehmerInnen, sondern auch für die Fehlerreduktion, Arbeitszeitmodelle, bei denen Ältere weniger arbeiten bzw. mehr Regenerationsmöglichkeiten am Stück vorfinden (wie z.B. in der Voest möglich) oder die Schaffung vermehrter Gestaltungs- und Freiräume, z.B. für betreuungspflichtige Beschäftigte, werden als notwendig erachtet, um die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und ArbeitnehmerInnen länger im Betrieb halten zu können.

¹¹⁸ Vgl. dazu: Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007. Hrsg. von der Statistik Austria. Wien 2009.

Zu den häufigsten der derzeit ca. 1.500 anerkannten Berufskrankheiten zählen Lärm-schäden (Metall- und Baubereich), Haut- und Lungenerkrankungen (Baubereich, Zement-, Schwer- und Lebensmittelindustrie, Metallbereich, Gastronomie etc.), Erkrankungen des Bewegungsapparates (Knochen-, Gelenks- und Muskelprobleme durch schwere Arbeiten), also alles Erkrankungen, die auch häufig Ursachen für Frühpensionen sind. Männer sind häufiger körperlich belastenden Arbeitsbedingungen (Lärm, Staub, Hitze, Kälte, schwere Lasten) ausgesetzt, Frauen haben es vor allem mit belastenden Körperhaltungen und Bewegungsabläufen zu tun. Stark im Zunehmen seien psychische Belastungen bzw. „alles, was unter dem auch nach außen tragbaren Begriff ‚Burn-out‘“ subsumiert werden kann. Burn-out wird als Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Bewältigbarkeit gesehen, das Körper-, Magen-, Kopfschmerzen, Durchfallerkrankungen, Depressionen etc. auslösen kann, wobei eine eindeutige Ursachenbenennung schwer falle, da oft eine enge Verknüpfung von beruflichen und familiären bzw. persönlichen Belastungen bestehe, die „Sorgen werden auch in den Betrieb hineingetragen und umgekehrt.“ Entgegen der weitverbreiteten Auffassung, dass Burn-out eher Führungskräfte betreffe, sei das Problem umso virulenter, je niedriger das Bildungsniveau und der sozialökonomische Status sei, weil damit auch die Lösungsressourcen und eigene Handlungsspielräume geringer seien.¹¹⁹

Berufskrankheiten stehen auch in einem engen Kontext zu einem vorzeitigen Pensionsantritt. Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter bei regulären Alterspensionen betrug 2009 für Männer 62,5 Jahre und bei Frauen 59,3 Jahre. Bei Invaliditäts- und Erwerbsunfähigkeitspensionen lag das Antrittsalter der Männer bei 53,6 und der Frauen bei 50,2 Jahren.¹²⁰ Die Tatsache, dass InvaliditätspensionistInnen bei den Arbeitern eine um 9 Jahre, bei Arbeiterinnen eine um 6 Jahre geringere Lebenserwartung haben, zeige, dass die vorzeitige Pension nicht leichtfertig angetreten werde, sondern dass handfeste Gründe vorlie-

FACTBOX GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT

In armutsgefährdeten Grazer Haushalten leidet jede zweite erwachsene Person an chronischer Krankheit oder an Einschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme. Langfristige gesundheitliche und gesellschaftliche Folgen sind besonders bei Kindern aus Armutshaushalten gegeben.

Sozial Benachteiligte leben ungesünder (Rauchen, Übergewicht, höheres Risiko von Frühgeburten) und nutzen Möglichkeit der Vorsorge und Prävention weniger. Sie haben höhere Gesundheitsbelastungen und geringere Ressourcen für ein entsprechendes Achten auf ihre Gesundheit.

ArbeiterInnen (sowohl Männer und Frauen) haben eine überdurchschnittlich vorzeitige Sterblichkeit, besonders hoch ist das Risiko bei Hilfsarbeitskräften. ArbeiterInnen haben ein fast vierfach höheres Unfallrisiko als Angestellte.

In Städten über 100.000 EinwohnerInnen geben rund 9% der Bevölkerung im Erwerbsalter und 21% der Bevölkerung im Pensionsalter einen schlechten Gesundheitszustand an.

Eine überdurchschnittlich schlechte Gesundheit im Erwerbsalter haben Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (15%), BewohnerInnen von Gemeindewohnungen (14%), arbeitslose Menschen (24%), Menschen, deren Haupteinkommensquelle Sozialleistungen sind (22%) sowie Nichterwerbstätige (15%).

¹¹⁹ Topführungskräfte hätten weit weniger gesundheitliche Probleme und seien auch mit 70 noch erstaunlich fit, sie hätten gelernt, mit Belastungen umzugehen und Entlastungsmöglichkeiten zu nutzen.

¹²⁰ Siehe dazu: Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010.

gen.¹²¹ Bei Angestellten beträgt die Differenz 10,7 Jahre bei Männern und 12,7 Jahre bei Frauen. Nach Branchen und Tätigkeitsfeldern ist die Invaliditätspension besonders häufig im Baubereich, Fremdenverkehr, bei Dienstleistungen und Pflegeberufen. Fast zwei Drittel der Übertritte in die Invaliditätspension erfolgten 2009 aus dem Krankenstand (30%) und der Arbeitslosigkeit (33%). Die häufigsten Ursachen waren Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (32%), psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (30% mit steigender Tendenz und häufiger bei Frauen) sowie Kreislauferkrankungen.

Die kommunalen Möglichkeiten in der Verhinderung von Berufskrankheiten sind eher bescheiden. Neben einem vorbildhaften Agieren im eigenen Bereich könnten diese darin bestehen, (betriebsübergreifende) Gesundheitsförderungsprogramme in kleineren Betrieben mit vielen Hilfs- und angelernten Arbeitskräften bzw. für bestimmte Berufsgruppen zu unterstützen oder Gesundheitsförderungsschulungen für Führungskräfte aus Kleinbetrieben zu initiieren. Aber auch vorbildhafte Beschäftigung von Älteren kann eine symbolische Wirkung haben.

5 GESUNDHEITSPOLITIK IN DER STADT GRAZ

5.1 Kooperationen in der Gesundheitspolitik

Die Stadt Graz als eine der Gründungsstädte im „Gesunden Städtenetzwerk“ bemüht sich nach Aussagen von VertreterInnen der Stadt Graz bei der Fachtagung „Die Gesundheit der MigrantInnen in Österreich“ im März 2011 im Grazer Rathaus um einen breiten Zugang zur Gesundheit. Angeführt wurden neben den Pflichtleistungen des Gesundheitsamtes verschiedene sonstige Aktivitäten wie die Bemühungen als „Fair-Trade-Stadt“, die Förderung der Nahversorgung durch regionale Produkte auf 14 Bauernmärkten, ein Burn-out-Präventionsprojekt in Kooperation mit der Partnerstadt Maribor, das Pilotprojekt „Gesunder Bezirk Gries“, die Förderung der Marienambulanz oder etwa der „Fit in Deutsch“-Kurse mit Fokus auf ein Gesundheitsvokabular und dem Kennenlernen relevanter Einrichtungen und rechtlicher Bestimmungen.

Das Gesundheitsamt selbst erfüllt traditionelle Aufgaben des öffentlichen Bereichs in der Vorsorge und Verhinderung des Auftretens und der Verbreitung von Infektionskrankheiten über Impfungen und weiterführende Umgebungsuntersuchungen bei registrierten Fällen, Aufsichtspflichten in der Lebensmittelkontrolle und Veterinärmedizin sowie die Vidierung von Suchtmitteldauerrezepten (Substitution). Zusätzlich wird eine Beratung im Bereich Ernährung angeboten. Mit der Ernährungsberatungsstelle, die sehr gut genutzt werde, sei die Stadt Graz federführend gewesen, ebenso bei Schwangerenvorbereitungskursen und der Raucherprophylaxe mit der Raucherentwöhnungsstelle. Einige dieser Initiativen wurden auch von anderen Stellen wie dem Land, der GKK etc. aufgegriffen. In Hinsicht auf das Impfwesen war das Gesundheitsamt der Stadt Graz bahnbrechend bei der Ausarbeitung eines Informations- und Erinnerungssystems namens „Recall“.

¹²¹ Auch die geringen Pensionshöhen seien ein Indiz dafür: 50% der Frauen erhielten im Dezember 2009 weniger als 655 Euro, 50% der Männer weniger als 1.158 Euro.

Zu den freiwilligen Leistungen ohne gesetzliche Verpflichtung zählen aber auch Kooperationen mit Initiativen im Zusammenhang mit psychisch Kranken und Suchtverhalten. Beispielsweise wird im „Kontaktladen“ der Caritas eine soziale Beratung, um Menschen nicht *„im eigenen Elend verkommen“* zu lassen, angeboten, die im Amt nicht umsetzbar wäre. Weitere Kooperationen im Suchtbereich bestehen mit der Beratungsstelle B.A.S. oder mit Vivid als Vorsorgestelle des Landes. Wichtig seien auch Stadtteilprojekte mit Fokussierung auf Selbstinitiative und Selbstverantwortung wie das SMZ Liebenau, das seit Jahrzehnten eine *„vorbildhafte Stadtteilarbeit unter Einbeziehung der Bevölkerung in einem besonders belasteten Bezirk“* mache, oder der *„Gesunde Bezirk Gries“*. Bei diesem auch durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) anerkannten und subventionierten Pilotprojekt zur regionalen Gesundheitsförderung wird unter dem Label der Gesundheit an vielen Problemen von der Wohnsituation bis hin zu Erwerbsmöglichkeiten gearbeitet. Aber auch von der Stadt subventionierte Selbsthilfegruppen haben einen hohen Stellenwert. Ein direkter Zugang zu spezifischen Zielgruppen wird über viele Aktivitäten in Schulen, Kindergärten, Elternvereinen, MigrantInnenorganisationen etc. hergestellt. Bei einer Vielzahl von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die nicht unmittelbar von der Stadt umgesetzt werden, kommt das Credo der Stadt zum Ausdruck, dass *„die Kommune nicht alles selbst machen“* müsse, sondern die Kooperation mit externen Einrichtungen sucht und diese subventioniert. Ein Argument für die Nutzung externer Initiativen sei auch, dass diese einen niederschweligen und direkten Zugang zu Zielgruppen – vor allem in stigmatisierten Bereichen – schaffen, bei einer Behörde oder einem Amt hingegen die Angst vor Kontrolle oder Registrierung *„mitschwinge“*.

5.2 Querschnittmaterie Gesundheit

Gesundheit gilt in Graz als Querschnittmaterie, die viele politische Bereiche und Handlungsfelder tangiert. In den Bereichen Umwelt, Soziales, Jugend und Familie sei der Stellenwert von Gesundheit besonders groß. Der Versuch, die Kommunalpolitik danach auszurichten, sei aber nicht immer *„100%ig gelungen“*, so ein Vertreter des Gesundheitsamts. Beispielhaft sind Anstrengungen im Umweltressort zur Verbesserung der Luftqualität, zur Reduktion von Lärm und Abgasen, zum Ausbau der Fernwärme oder zur Verkehrsberuhigung. Beim Feinstaubproblem sei viel unternommen worden wie z.B. der Fernwärmeausbau, die Förderung des öffentlichen Verkehrs, die Reduktion betrieblicher Emissionen, gezieltere Streuphasen im Winter, Versuche mit anderen Streumitteln etc. Manche Probleme seien nicht gänzlich lösbar, in belasteten Stadtgebieten seien jedoch zumindest Verbesserungen erzielt worden.

Im Bereich Soziales sowie Jugend und Familie liefern ebenfalls viele Gesundheitsaktivitäten, wobei sich ein abgesicherter Lebensstandard per se positiv auf die Gesundheit auswirke. Unter diesem Gesichtspunkt seien der Zugang zur Mindestsicherung oder zu geförderten Arbeitsplätzen (in Beschäftigungsprojekten, in Betrieben und in der Stadt selbst) von Relevanz. Im Pflegebereich betreibt die Stadt das geriatrische Gesundheitszentrum und habe auch *„bahnbrechende Akzente“* über den Verein *„GEFAS Steiermark - Akademie für Generationen“* setzen können, z.B. bei der Behandlung von Demenzerkrankungen oder des apallischen Syndroms, einer Art von Wachkoma durch Ausfälle der Großhirnfunktionen.

Im Amt für Jugend und Familie steht mit dem Ärztlichen Dienst eine seit beinahe 100 Jahren¹²² gewachsene Einrichtung als nach der Leiterin in Österreich „*einmaliges Modell, dass eine Institution für die gesundheitliche Betreuung der Kinder vom Säuglingsalter bis zum Pflichtschulabschluss verantwortlich ist*“, für Gesundheitsprävention und Vorsorge zur Verfügung: Jährlich etwa 7.500 Untersuchungen von Neugeborenen sowie Volluntersuchungen von ca. 4.800 SchülerInnen in den ersten Klassen und vierten Klassen der Volksschule mit Kontakten zu Eltern böten eine hervorragende Möglichkeit der frühen Gesundheitsprävention. Bei festgestellten Handicaps werden Maßnahmen und regelmäßige Nachuntersuchungen veranlasst, was ca. 20% der Kinder betrifft. Dafür stehen 15 Stellen vor Ort mit orthopädischen, zahn- und augenärztlichen Ressourcen zur Verfügung. Auch in Kindergärten werden zahlreiche (kooperative) Akzente, um das Gesundheitsbewusstsein zu stärken, gesetzt, etwa in der Zahnversorgung, wobei Kinder als „*wichtiger Hebel*“ für Eltern fungierten. In der Hauptschule bietet die GKK ein strukturell ausgerichtetes Gesundheitsförderungsprojekt an, ähnlich jenem des Programms der „Gesunden Volksschule“, das von Styria vitalis, allerdings bislang schwerpunktmäßig noch außerhalb der Landeshauptstadt, umgesetzt wird. Schließlich ist auch in Graz eine betriebliche Gesundheitsförderung zu nennen, die vorwiegend von Organisationen wie der GKK, AUVA, WK oder AK forciert werde. Die Stadt Graz hat ein betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt namens „GeMa“ (Gesunde MitarbeiterInnen) entwickelt, das vom „Fonds Gesundes Österreich“ ausgezeichnet wurde und einen Schwerpunkt auf Strukturen und Arbeitsbedingungen legt.

5.3 Gesundheitsrelevante Handlungsfelder im politischen Diskurs

Ein Blick in die Programme der im Rathaus vertretenen Parteien bzw. in die Gemeinderatsprotokolle zeigt mögliche Handlungsfelder einer umfassenden Gesundheitsförderung. Die Themen reichen von der Stadtteilentwicklung, insbesondere Grünflächen und Sportflächen, über die Sicherheit bis hin zur Wohn- und Sozialpolitik, Beschäftigungsförderung oder verschiedenen Fördermaßnahmen in sozial benachteiligten Wohngebieten.

Häufig thematisiert im Sinne einer gesunden Umwelt werden eine bessere Energieeffizienz (z.B. durch Energiesparpotentiale im Rahmen der Altbausanierung), eine Steigerung der Lufthygiene und der Ausbau von Fernwärme und Solarenergie („Energie- und Klimaschutzplan“, „Masterplan Stadtpark“) sowie barrierefrei gut erreichbare Grünräume, Parkanlagen und Freizeit- bzw. Spielflächen. Damit einher gehen Bestrebungen, das Geh- und Radwegenetz durch neue Abstellplätze für Fahrräder bzw. mehr Fußgängerampeln sowie den öffentlichen Verkehr zu attraktivieren und Wohnstraßen zu forcieren. Aber auch eine Verbesserung der Sauberkeit und der Trennkultur bei den Müllsammelstellen („MülldetektivInnen“) wurde als Maßnahme zur Erhöhung der Lebensqualität diskutiert.

Immer wieder werden verstärkt Möglichkeiten für Bewegung und Sport im öffentlichen Raum gefordert, zum Teil in manchen Bezirken die Schaffung neuer Sport- und Freizeitmöglichkeiten (Sportentwicklungsplan). Eine Initiative des Jugendamtes ist es, vorhandene

¹²² Die Gründung erfolgte 1917 wegen der dramatischen gesundheitlichen und sozialen Lage mit vielen verterlosen Kindern in Not, einer hohen Säuglingssterblichkeit, beengten Wohnungen, grassierender Syphilis, TBC und Schilddrüsenerkrankungen.

Kinderspielflächen unter Einbindung der BewohnerInnen neu zu gestalten. Gender- und generationengerechte Angebote auf Bezirkssportplätzen, ein freier bzw. vergünstigter Eintritt in Freizeit- und Sportzentren für Kinder und Jugendliche, Sanierungen von Sportinfrastrukturprojekten oder die Sicherung von Vorbehaltsflächen für Freizeit- und Sportaktivitäten werden gefordert.

Als weiterer wichtiger Aspekt, der auch Gesundheit betrifft, wird die qualitative Wohnversorgung von sozial Schwächeren betont, was sowohl die Fortführung der - umweltgerechten und energieeffizienten - Sanierung und die Neuschaffung von leistbaren Wohnungen mit Einweisungsrecht als auch ein neues Kautionsmodell für sozial Bedürftige umfasst. Für diese gelte es auch, die Teilnahme an kulturellen und gesellschaftlichen Ereignissen (Kulturpass, Sozialpass) zu erleichtern.

Im engeren Gesundheitsbereich werden themenspezifische Präventionsmaßnahmen in Schulen, zielgruppenadäquate gesundheitsbezogene Informationsmaterialien sowie die Errichtung von sozialmedizinischen Zentren in den Bezirken betont. Hingewiesen wird auf die Umstellung der Ernährung in den städtischen Einrichtungen auf biologische Lebensmittel. Im Gemeinderat diskutiert wurden (immer wieder) die Drogenproblematik (inklusive Vor- und Nachbetreuung nach Therapien bzw. von Arbeits- und Wohnmöglichkeiten), die gesundheitlichen Folgen der Feinstaubbelastung (massive Häufung von Erkrankungen der Atemwege), singulär eine Muttermalvorsorgeaktion in Freibädern oder Maßnahmen gegen die Rattenplage.

5.4 Vernetzung und Koordination

Wichtige Akzente einer breiten Gesundheitspolitik wurden vor allem im „Grazer Gesundheitsforum“ mit einem Plenum und thematischen Arbeitskreisen (z.B. zu Sucht, Feinstaub), konzipiert als permanente Gesundheitsförderungskonferenz und vom Gemeinderat 1996 beschlossen, gesetzt. Mit der Gesundheitsplattform habe das Land dieses Modell aufgegriffen. Befragte VertreterInnen unterschiedlicher Magistratsstellen und Gesundheitsinitiativen bedauerten, dass es seit dem „stillen“ Auslaufen des Gesundheitsforums in Graz keine Vernetzungsaktivitäten gebe, wo Schwerpunkte gesetzt oder eine gewisse Steuerung übernommen werde, und regten eine „Wiederbelebung“ mit Schwerpunkt auf einer systematischen und koordinierten Maßnahmenplanung und einem breiten Erfahrungsaustausch an. Da in Städten strukturelle Probleme mit negativen Gesundheitsauswirkungen konzentriert vorliegen, müssten auch Ressourcen gezielt und strukturiert eingesetzt werden.

In diesem Zusammenhang sind auch kritische Anmerkungen zu sehen, dass *„Graz zwar im Netzwerk gesunder Städte ist, aber wir nichts davon merken“* (Vertreterin eines Stadtteilprojekts, das hauptsächlich vom Land finanziert wird), oder dass im Unterschied zu Deutschland und nordischen Ländern, wo der Gesundheitsbereich eine viel stärker koordinierende Aufgabe für alle Sektoren (Gesundheit, Bildung, Umwelt, Soziales, Arbeitsmarkt) und Anbieter habe, *„das Gesundheitsamt im Moment sehr eingeschränkte Zuständigkeiten – auf Geriatrie, Veterinärmedizin, Seuchen und Impfungen – besitze.“* Kritisiert wird ferner die allgemeine Dominanz der Medizin und des stationären Bereichs (so zum Beispiel gibt die GKK lediglich 1-2% des Budgets für Gesundheitsförderung und Prävention aus) sowie die fehlende Einbindung und Verantwortungsübernahme darüber

hinaus gehender Bereiche. Auf das Fehlen explizit definierter und im Gemeinderat beschlossener intersektoraler Gesundheits- bzw. Gesundheitsförderungsziele wird zurückgeführt, dass Pflichtausgaben nur in die „Reparaturmedizin“, aber noch nicht in die Gesundheitsförderung fließen würden. Die Gesunde Stadt Graz habe zwar ein „*offizielles Bekenntnis*“ unterzeichnet, mit Ausnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Stadt selbst aber nach Einschätzung einer Präventionsexpertin strukturell „*noch nichts bis wenig getan*.“

5.5 Kommunale Handlungserfordernisse

Eine Koordination unter breiter Einbindung relevanter Stellen sowie ein neuer hoheitlicher Auftrag zählen demnach auch zu den am häufigsten erwähnten Grundpfeilern einer umfassenden Gesundheitsförderungs politik, wobei Partizipation und Bringstrategien im Sinne einer möglichst hohen Chancengleichheit eine große Rolle spielen sollten.

Für sozial Schwächere als Zielgruppe der Gesundheitsförderungs politik sei in Graz mit teilweise drohender Ghettoisierung und schwierig zu integrierenden „*Problemfällen*“ auf engem Raum ein „*Community development*“ das „*Gebot der Stunde*“, um z.B. Probleme von frustrierten Jugendlichen zu sehen und Folgen wie Vandalismus zu lösen. Gesundheitsförderung beinhalte neben den traditionellen Anknüpfungsbereichen Ernährung und Bewegung, die vor allem „*Leute, die ohnehin gut Bescheid wissen*“ ansprechen würden, viele Handlungsnotwendigkeiten, die nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch die Verhältnisse betreffen. Das würde zum Beispiel ein Einwirken auf die Stadtentwicklung und Stadtplanung, um Gesundheit zu fördern, Initiativen im Verkehr, der Naherholung, der Beschäftigungspolitik, Gesundheits- und Sozialzentren oder spezielle Versorgungseinrichtungen im niedergelassenen Bereich bedeuten. Allerdings überfordere der salutogenetische Ansatz die eingebundenen AkteurInnen, die „*Komplexität bei einem biopsychosozialen Zugang kann lähmende Ausmaße annehmen*.“

In Graz gäbe es diesbezüglich nach übereinstimmenden Aussagen zwar viele Ideen und einzelne Initiativen, aber strukturell sei außer im Bereich Schulgesundheit wenig umgesetzt worden, zudem würden immer die „*üblichen [verhaltensbezogenen] Dinge versucht*“. Eine Gesundheitsförderung sei eine „*Frage des politischen Willens und vorhandener Visionen und Ziele*“ und setzt den Erfahrungen der Befragten zufolge vor allem ein „*Miteinander der Stadtregierung mit formulierten Zielen*“ sowie ressortübergreifende Strategien unter dem Aspekt, soziale und gesundheitliche Ungleichheit zu verringern, voraus. Diesbezüglich wird ein „*Health impact assessment*“ mit einem Set von zentralen Fragen nach gesundheitlichen und sozialen Implikationen für alle Entscheidungen eingefordert.

Als Knackpunkte für eine Gesundheitsförderung mit definierten Zielen bzw. einem gesundheitspolitischen Stadtleitbild werden ein Budget für Gesundheitsförderung durch die Stadt sowie neue Strukturen für eine Koordination und Umsetzung über Ressortgrenzen hinweg angesehen. Eigene Mittel sollen die langfristige Verankerung von Gesundheitsförderungsprogrammen im kommunalen Setting ermöglichen.

Besonders wichtig, um benachteiligte Zielgruppen zu erreichen, seien partizipative Möglichkeiten in zielgruppenspezifischen Settings, die an spezifische Lebenswelten anknüpfen, um „*Gesundheit spürbar, erlebbar und verständlich zu machen*.“ Sozialhilfebeziehe-

rInnen oder MigrantInnen müssten anders angesprochen und motiviert werden als z.B. „bürgerliche Frauen“ mit einem entwickelten Gesundheitsbewusstsein und selbstverständlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Alternativen zu Vorträgen müssten entwickelt werden, die wahrgenommen werden und in Erinnerung bleiben, Gesundheitskompetenzen auf *„lustige und gescheite Weise auf eine konkrete Erfahrungs- und Erlebensebene gebracht werden.“* Dies benötige in der Vorbereitung mehr an Zeit, Energien und Ideen, bringe aber eine erhöhte Wirksamkeit. Dazu gehöre es auch *„vor Ort hinaus zu gehen und Gesundheitsinformationen auszuweiten, Kommunikationsstrukturen, Fähigkeiten, und Zugänge zum Gesundheits- und Bildungswesen der Zielgruppen zu erforschen“* und *„zentrale Stakeholder“* für spezifische Gruppen einzubinden und als MultiplikatorInnen zu schulen. Nur dann könne ein breite Verbesserung der „health literacy“ erzielt werden bzw. Personen befähigt werden, *„selbständig bessere Entscheidungen zu treffen.“*

Traditionelle Gesundheitsförderung spräche BildungsbürgerInnen an, die *„sich ohnehin mehr bewegen, gesünder ernähren, bewusster leben.“* Andere würden Informationen kaum lesen und würden durch Vorträge eher abgeschreckt. Auch die zahlreichen Verbote und Gebote der Gesundheitsförderung würden an Bedürfnissen und Lebenslagen vieler *„vorbeigehen“* Am schlechtesten sei es *„mit dem Zeigefinger zu agieren, es geht darum, ein Gefühl zu kriegen für sich selbst.“*

6 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT UND RISIKOGRUPPEN

Die gesundheitswissenschaftliche Forschung unterscheidet vier unterschiedliche Hauptdeterminanten der Gesundheit. Neben den genetischen und biologischen Dispositionen sind das auf einer Makroebene die Lebensverhältnisse sowie die Qualität und der Zugang zur medizinischen Versorgung, auf der Mikroebene der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten. Unter den Lebensverhältnissen sind die Lebensumwelten, in denen sich Menschen bewegen, zu verstehen. Darunter fällt Wohnen, Arbeit, Verkehr, der öffentliche Raum, die vorhandene Infrastruktur an Bildung, Betreuung, Erholung etc. Die Lebensverhältnisse prägen das menschliche Zusammenleben und sind zentrale Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit, zumal sie auch in engem Zusammenhang mit der Determinante des individuellen Verhaltens stehen, das durch soziale, kulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen entscheidend gestaltet wird. Wichtig für die Gesundheit ist auch das Gesundheitswesen. Finanzielle, bildungsmäßige oder kulturelle Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem verweisen wiederum auf die Determinanten Lebensverhältnisse und Lebensstil bzw. Gesundheitsverhalten.

Der salutogenetische Anforderungs- und Ressourcen-Ansatz, der die Basis von Gesundheitsförderung darstellt, lässt die sozioökonomischen Ursachen gesundheitlicher Chancenungleichheit klar erkennen. Postuliert wird, dass *„die Gesundheit dann erhalten und gefördert wird, wenn ein Individuum bzw. eine Bevölkerungsgruppe über angemessene ökologische, wirtschaftliche, soziale, psychische und physische Ressourcen verfügt, um sich mit den allgegenwärtigen internen und externen Anforderungen wirksam und sinnhaft auseinanderzusetzen, mit Krankheit und psychischen Bedürfnissen ebenso wie mit sozialen, mit beruflichen und mit Umweltbelastungen. Gesundheit wird als mehrdimensionales Konzept verstanden und operationalisiert, das sowohl medizinische definierte*

Krankheit als auch subjektiv wahrgenommene Befindlichkeit und Handlungsfähigkeit einschließt. Gesundheitsförderung bedeutet insbesondere Befähigung zur gesundheitsgerechten Lebensbewältigung und Umweltgestaltung.¹²³

Ein wesentlicher Anker der Gesundheitsförderung macht aus Sicht vieler ExpertInnen das „*persönliche Wohlbefinden*“ aus. Wichtig sei es, jene Faktoren anzusprechen, die für das individuelle Wohlbefinden in der Wohnung und Wohnumgebung, in der Arbeit, in der Familie etc. von Relevanz sind, und zugleich eigene Beeinflussungsmöglichkeiten auszuloten. Trotz belastender Rahmenbedingungen sei es möglich, die Gesundheit als Ressource zu erhalten, wenn Lebenssituationen als überschaubar, handhabbar, selbst beeinflussbar und sinngebend erlebt werden.¹²⁴ Trifft das zu, könnten auch Rückschläge und Niederlagen leichter bewältigt werden. Hier habe die Gesundheitsförderung Betroffenen Instrumente in die Hand zu geben, um mit ihrem Alltag leichter zurecht kommen zu können.

Aus diesem Blickwinkel ist das Diktum, dass „*Gesundheit kein medizinisches Problem, sondern ein soziales Phänomen*“ ist, umso verständlicher. Nicht die Gesundheitspolitik bestimme die Gesundheit, sondern die Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik etc. Die Gesundheitsförderung müsse demnach stark auf Risikofaktoren¹²⁵ und Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancen achten, wenn sie langfristige Effekte anstrebe. Gerade benachteiligte Personen leben oft mit krankmachenden Bedingungen. Viele Lebensumstände lassen es nicht zu, ausreichend auf die eigene Gesundheit zu achten, zum Teil sind auch die Informationen über ein entsprechendes Gesundheitsverhalten nicht ausreichend. Herkömmliche Wege der Gesundheitsförderung scheitern daran, daß diese Personen aus unterschiedlichen Gründen bestehende Angebote nicht nützen. Die soziale Ungleichheit erfordere differenzierte lebensweltorientierte Programme für gewisse Zielgruppen anstatt eines Angebots für alle.

Bei den „großen Drei“ der Todesursachen - Herz-Kreislauf-, Krebs- und Atemwegerkrankungen – ist der soziale Gradient deutlich, die vorzeitige Mortalität bei Managern und gut Qualifizierten, also Personen mit wenig Fremdbestimmung und großen Handlungsspielräumen am geringsten. „Schädlicher“ Stress betrifft vor allem untere soziale Schichten. Beispiele für gesundheitliche und soziale Ungleichheit, wobei wenig Bildung und Einkommen sowie ein geringes Prestige als sozioökonomische Trias wirken, aus dem Arbeitsalltag vieler Befragter sind unzählig. Bei vielen benachteiligten Personen erschwerten psychische Krankheiten und Scham den Zugang zum Gesundheitssystem, oft seien sie auch „*heruntergekommen*“, schafften aufgrund ihrer Erkrankung viele notwen-

¹²³ Wolfgang Freidl, Reinhard Raml, Manfred Pretis, Gert Feistritzer: Gesundheitliche Ressourcen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. Eine Studie zur gesundheitlichen Lage von marginalisierten Gruppen im Rahmen des EQUAL-Projekts „Integration von Randgruppen durch Modellbildung und Konzertierung von Angeboten.“ Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz: Ohne Jahresangabe, S.3.

¹²⁴ In der Gesundheitsförderung wird dies nach Antonovsky als Kohärenzgefühl mit den drei Elementen der Prognosefähigkeit, Handhabbarkeit und Sinnfindung bezeichnet.

¹²⁵ Allerdings berge der immer stärkere Blick auf Früherkennung und (genetische) Risikoprofile auch Gefahren in sich und führe individuell zu schwierigen Entscheidungen, ökonomisch zu teuren Untersuchungen, „gesunde Menschen werden zu Patienten in spe.“ Vgl. dazu die Buchbesprechung von Silja Samerski: „Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Menschen entmündigt.“ In: Die Presse, Spektrum vom 21. Mai 2011, S. XI.

dige Behördenwege nicht oder könnten mit Geld nicht umgehen bzw. sich nichts zurücklegen z.B. für Rezeptgebühren. Viele sozial Benachteiligte wohnen in Lebensverhältnissen mit hohem Gesundheitsrisiko (Luft- und Lärmbelastung, Schimmel, Durchzug) oder mit krankmachenden Bedingungen wie jahrelangen Asylverfahren oder langer Arbeitslosigkeit. Oft würde zu lange „selbst herumgedoktert“, wenn schließlich der Arzt aufgesucht werde, sei es für einfache und (noch kostengünstige) Behandlungen (z.B. Wundbehandlung statt Operation bei Verletzungen) meist zu spät. Weiters wird wahrgenommen, dass sozial Benachteiligte eher beim gesunden Essen sparen, stattdessen Geld für Alkohol oder Zigaretten investieren, auch ein hoher, oft unkontrollierter Tablettengebrauch sei zu bemerken. Soziale Faktoren wirken auch bei der Suchtentstehung oder psychiatrischen Erkrankungen. Arbeitslosigkeit, Misserfolge in der Schule, oft in Zusammenhang mit Bildungsferne und geringen Unterstützungsressourcen im Elternhaus, schaffen schlechte Ausgangsbedingungen für das weitere Leben und seien entscheidend für die Suchtentwicklung. Die Suchtmittel fungieren dabei oft als Ausgleich für sonstige Defizite. Bei psychiatrischen Erkrankungen wirkten sich grundlegende Probleme der Wohnversorgung, der Teilhabe am Arbeitsmarkt, sowie finanzielle Notlagen entscheidend auf die Befindlichkeit aus, was zum Befund einer sozialmedizinischen Einrichtung führt: *„Wo die Arbeit fehlt, hilft auch die Therapie wenig.“*

Die folgenden knapp zusammengefassten Ergebnisse einer Befragung im Grazer Bezirk Gries sowie einige wenige Befunde für ausgewählte Zielgruppen in Graz sollen Ansatzpunkte für neue Möglichkeiten der Gesundheitsförderung aufzeigen.

6.1 Lebensbedingungen und gesundheitliche Situation von Benachteiligten im Bezirk Gries

Über die gesundheitliche Situation von benachteiligten und marginalisierten Bevölkerungsgruppen liegen nur sehr wenige Informationen vor. Aus diesem Grund wurde in Zusammenarbeit mit dem Projekt „Gesunder Bezirk Gries“ versucht, Lebensbedingungen und relevante Gesundheitsinformationen von gesellschaftlich benachteiligten Gruppen in diesem Stadtbezirk zu erheben. Insgesamt konnten dank des Einsatzes von mit dem Stadtteilprojekt kooperierenden Stellen 135 Personen, davon 52% Männer und 48% Frauen, im Alter zwischen 15 und 84 Jahren befragt werden.¹²⁶

Die Verteilung von demografischen Merkmalen und Kennzahlen zur Erwerbs- und Einkommenssituation¹²⁷ belegt, dass es sich vermehrt um Personen in schwierigen Lebensumständen mit allgemein ungünstigen Voraussetzungen handelt. 60% verfügen über einen niedrigeren Bildungsabschluss, 22% haben keine weitere Ausbildung nach der Pflichtschule, 38% haben eine Lehre absolviert. Ein Drittel hat (noch) keine Berufsausbildung abgeschlossen. Das Ausbildungsniveau der befragten Frauen ist etwas höher, von ihnen haben deutlich weniger einen Lehrabschluss, deutlich mehr eine mittlere bzw. höhere Schule sowie eine universitäre Ausbildung absolviert. Ein knappes Drittel der Befragten (32%) hat nicht die österreichische Staatsbürgerschaft, der Großteil von ihnen

¹²⁶ Die geringe Stichprobengröße macht es notwendig, Zusammenhänge mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt sind nur einfache Berechnungen sinnvoll. Die Ergebnisse werden aber durch Untersuchungen und Erfahrungen von Sozialeinrichtungen gestützt.

¹²⁷ Vgl. dazu Tabelle 13 und Tabelle 14 im Anhang.

kommt aus Nicht-EU-Staaten. Bei den Frauen haben über 40% eine fremde Staatsbürgerschaft.

Auch in Bezug auf den Familienstand, der oft relevante Auswirkungen auf die Armutsgefährdung hat, gibt es beträchtliche geschlechtsspezifische Unterschiede, Männer sind zu beinahe drei Viertel alleinstehend (50%) oder geschieden (22%), Frauen vermehrt verheiratet bzw. in Partnerschaft (45%) oder verwitwet (14%). Deutlich mehr Männer leben auch in Einpersonenhaushalten (50%), Frauen in Haushalten mit drei Personen und mehr (36%).

Auch der Arbeitsmarktstatus verweist auf die prekäre Situation vieler Befragter. Ein Viertel der Befragten (26%) ist zum Zeitpunkt der Befragung arbeitslos oder arbeitsuchend (überproportional Männer), ein Fünftel (21%) ist in Pension (Frauen etwas mehr), 15% sind in Karenz oder bezeichnen sich als Hausfrau bzw. Hausmann. Ein Fünftel steht noch in beruflicher oder schulischer Ausbildung (21%), lediglich 17% sind beschäftigt, ein kleiner Teil davon selbständig. Diesbezüglich gibt es kaum Unterschiede nach dem Geschlecht.

Die wichtigsten Einkommensquellen im letzten halben Jahr vor der Befragung waren Einkommen aus einer unselbständigen oder selbständigen Erwerbstätigkeit (35%), Arbeitslosengeld und Notstandshilfe (23%), Pensionsbezüge (22%) und Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung (6%). Unter die Kategorie „Sonstiges“ (13%) fallen Karenz bzw. Kinderbetreuungsgeld, Kinderbeihilfe, geringfügige Erwerbstätigkeit, Unfallrente, Deckung des Lebensunterhalts oder Unterhaltszahlungen. Männer waren zu einem wesentlichen höherem Anteil auf Einkommen aus der Arbeitslosenversicherung bzw. Sozialhilfe/Mindestsicherung angewiesen (42% versus 14%) und hatten deutlich weniger ein Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit (28% versus 43%), Frauen sind bei Pensionen und sonstigen Einkommen leicht überproportional vertreten.

Angesichts dieser Einkommensverteilung ist es nicht verwunderlich, dass über ein Drittel der Befragten (36%) angibt, mit dem „verfügbaren Haushaltseinkommen“¹²⁸ nur „schwer“ bzw. „sehr schwer zurecht zu kommen“. Ein signifikanter Zusammenhang besteht einzig mit dem Familienstand: Verheiratete bzw. in Partnerschaft lebende sowie verwitwete Personen kommen mit ihrem Haushaltseinkommen am ehesten zurecht oder können damit „bequem leben“ (77% bzw. 86%), geschiedene Personen am wenigsten (62%). Auch Personen mit einem Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit kommen zu einem überdurchschnittlichen Anteil (76%) aus ihrer Sicht leicht zurecht. Vermehrt Schwierigkeiten, mit dem vorhandenen Haushaltseinkommen zurecht zu kommen, haben tendenziell Befragte, die im letzten halben Jahr hauptsächlich auf Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe/Mindestsicherung angewiesen waren (61%), Personen mit höchstens Pflichtschulabschluss (50%), Arbeitslose bzw. Arbeitsuchende (46%), Männer, Personen aus Nicht-EU-Ländern sowie Befragte aus Haushalten mit zwei und mehr Kindern (je 44%).

¹²⁸ Dabei handelt es sich um eine subjektive Angabe, die als ein geeigneter Indikator dafür erscheint, etwas über die Lebenssituation auszusagen. Objektive Indikatoren wie etwa die Höhe des eigenen Einkommens oder des Haushaltseinkommens sind aus unterschiedlichen Gründen schwerer fassbar: Zum einen, weil sie einen oft tabuisierten Bereich darstellen, zum anderen, weil etwa beim Haushaltseinkommen oft wichtige Komponenten wie Unterhaltszahlungen, gewisse Transferleistungen etc. nicht berücksichtigt werden.

Die sozioökonomische Benachteiligung bringt belastende Lebensbedingungen mit sich, die auch für die Gesundheit von Relevanz sind. Ein wesentlicher Faktor sind die Wohnbedingungen, die von einem beträchtlichen Anteil der Befragten als belastend erlebt werden: 37% geben an, dass es in ihrer Wohnumgebung nur wenig Grünflächen bzw. angenehme öffentliche Aufenthaltsorte gibt, 18% finden, dass es in der Wohnumgebung sehr laut ist. Eine Mehrheit von 59% fühlt sich aber in ihrer Wohnumgebung sehr wohl. 18% leben nach eigener Aussage in beengten Wohnverhältnissen, 23% geben an, dass der Durchzug ein angenehmes Raumklima erschwert, 18% haben immer wieder Probleme mit Nachbarn, 16% finden ihre Wohnung zu dunkel, 10% leiden an Schimmel und Feuchtigkeit in der Wohnung. 30% bereiten die hohen Wohnkosten Sorgen, 25% suchen auch schon lange nach einer anderen Wohnung. Tendenziell sind Personen, die mit dem Einkommen nicht zurecht kommen, mit den Wohnbedingungen unzufriedener, besonders in den letzten beiden Gruppen sind sie deutlich überrepräsentiert.

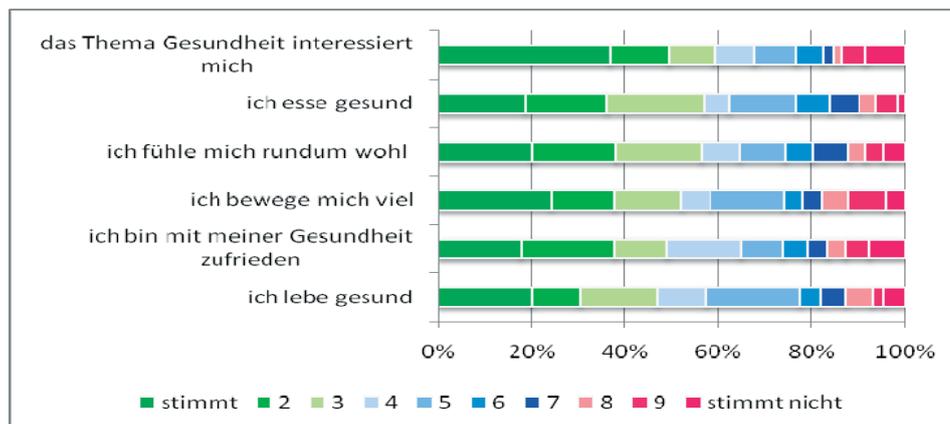
Ein anderer wichtiger Bereich betrifft die Arbeitsmarktsituation und die Arbeitsmarkterfahrungen. Die wichtige identifikatorische Funktion der Arbeit zeigt sich daran, dass sich über die Hälfte der Befragten (53%) „ohne Arbeit anderen gegenüber wertlos“ fühlt. 32% geben an, schon lange einen Arbeitsplatz zu suchen und schon sehr frustriert zu sein. Von denen, die derzeit eine Arbeit haben, sind 51% mit ihrer Arbeit (sehr) zufrieden, 37% aber auch (sehr) unzufrieden. Die Gründe dafür sind in den Arbeitsbedingungen zu finden: 31% fühlen sich ständig überlastet, 30% berichten von häufigen Spannungen am Arbeitsplatz, 33% können bei ihrer Arbeit nicht ihre Fähigkeiten und Stärken einbringen, 17% fühlen sich unterfordert, 28% machen sich häufig Sorgen um ihren Arbeitsplatz. Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz bestehen für 28% der Befragten, als häufige Ursachen werden Lärm (12 Nennungen), Stress und Zeitdruck, Schmutz (je 9), Gerüche/Dämpfe (6), Bildschirmarbeit (6), Schichtarbeit bzw. unregelmäßige Arbeit (5) genannt, ferner hohe Raumtemperatur, Kunstlicht, Strahlungen, unergonomische Arbeit oder unkollegiales Verhalten.

Mit der allgemeinen Lebenssituation ist die Mehrheit der Befragten zwar überwiegend zufrieden, eine doch beträchtliche Minderheit gibt aber auch Defizite bei einzelnen auch gesundheitsrelevanten Aspekten an: So ist die Bewältigbarkeit der Lebenssituation für viele nicht gegeben: 42% fühlen sich durch den täglichen Überlebenskampf häufig belastet“, 38% haben „Existenzsorgen, um irgendwie über die Runden zu kommen“, 29% fühlen sich „oft überfordert und hilflos“, 27% haben nicht das Gefühl, das Leben nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Tendenziell sind Männer hier zumeist stärker vertreten, ganz deutlich aber in allen Fällen mit Werten zwischen 60% bis 70% Personen mit einem nicht ausreichenden Haushaltseinkommen. Ein weiterer Aspekt betrifft das „Angewiesensein auf Unterstützung“ durch andere bzw. vorhandene Unterstützungsstrukturen: Zwischen 28% und 32% (in steigendem Prozentanteil) geben an, nicht viele Freunde und Bekannte zu haben, die bei Bedarf unterstützen könnten, bzw. nicht gut in sozialen Netzwerken eingebunden zu sein. 35% sind „oft auf Unterstützung angewiesen“ und 42%, überproportional (alleinstehende) Männer, haben keine ausreichende familiäre Unterstützung. In dieser Situation fehlen auch oft Zeit und Ressourcen für Erholung: Für 27%, überdurchschnittlich Frauen, lassen „Stress und Mehrfachbelastung kaum Zeit für Erholung“, für weitere 27% bleibt „nicht genug Zeit für mich persönlich.“ Aus der häufig nicht zufriedenstellenden Lebenssituation erscheint es verständlich, dass

49% „ganz anders leben würden“, wenn sie könnten. Der Zusammenhang mit sozioökonomischer Benachteiligung ist evident. Menschen mit nicht ausreichendem Haushaltseinkommen sind bei allen angeführten Aspekten jene mit der größten Unzufriedenheit.

Die Beurteilung der eigenen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens fällt trotzdem erstaunlich positiv aus. Eine selbstkritische Einschätzung trifft eine Minderheit von bis zu einem knappen Fünftel. In absteigender Reihenfolge (17% auf 10%) geben Befragte an, dass sie sich zu wenig bewegen, mit ihrer Gesundheit unzufrieden sind, wenig am Thema Gesundheit interessiert sind und eher ungesund leben. Rund ein Zehntel „fühlt sich nicht „rundum wohl“ bzw. geht davon aus, „ungesund zu essen.“ Bei allen Variablen haben Frauen die negativeren Ergebnisse oder auch den kritischeren Blick auf sich selbst und das eigene Verhalten. Das unzureichende Haushaltseinkommen wirkt sich deutlich negativ bei den Aspekten „gesund leben“, „Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit“ und das eigene Wohlbefinden aus.

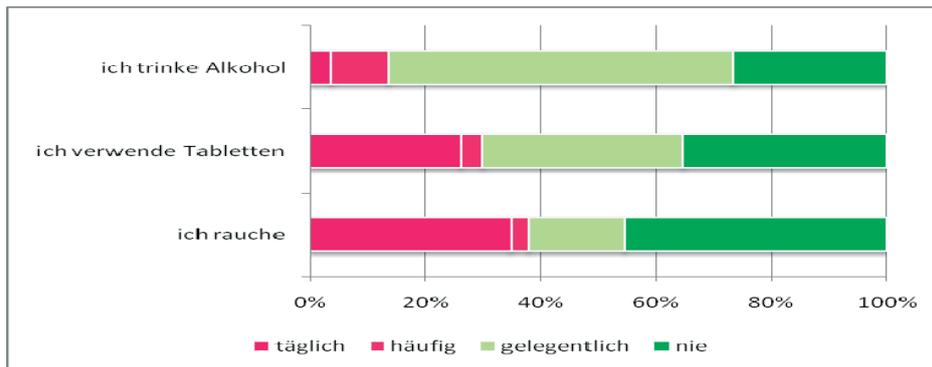
Abbildung 11: Beurteilung der eigenen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens



Quelle: Fragebogenerhebung IFA Steiermark/Gesunder Bezirk Gries 2011

In Hinsicht auf ungesunde Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum oder häufigen Tablettengebrauch (wobei hier nicht unterscheidbar ist, ob es sich um eine medizinische Notwendigkeit oder eine Suchtform handelt), kommt ein teilweise größeres Gesundheitsrisiko zum Vorschein, als obige Angabe zum gesunden Leben vermuten ließe, und das, obwohl es sich um stigmatisierte Verhaltensweisen handelt. 38% der Befragten rauchen täglich oder häufig, 14% trinken täglich oder häufig Alkohol und 29% nehmen täglich bzw. häufig Tabletten zu sich. Bei Männern und Personen mit nicht ausreichendem Haushaltseinkommen ist ein häufiger bzw. täglicher Tabak- und Alkoholkonsum deutlich ausgeprägter, Frauen geben häufig ein gelegentliches Trinken an. Bei der Medikamenteneinnahme gibt es wenig geschlechtsspezifische Unterschiede und einen leicht höheren Gebrauch von Personen mit nicht ausreichendem Haushaltseinkommen. Mit dem Alter nimmt der häufige bzw. tägliche Tablettengebrauch deutlich zu. In der Altersgruppe bis 35 Jahre liegt der (zugegebene) tägliche bzw. häufige Gebrauch von Tabletten bei unter 10%.

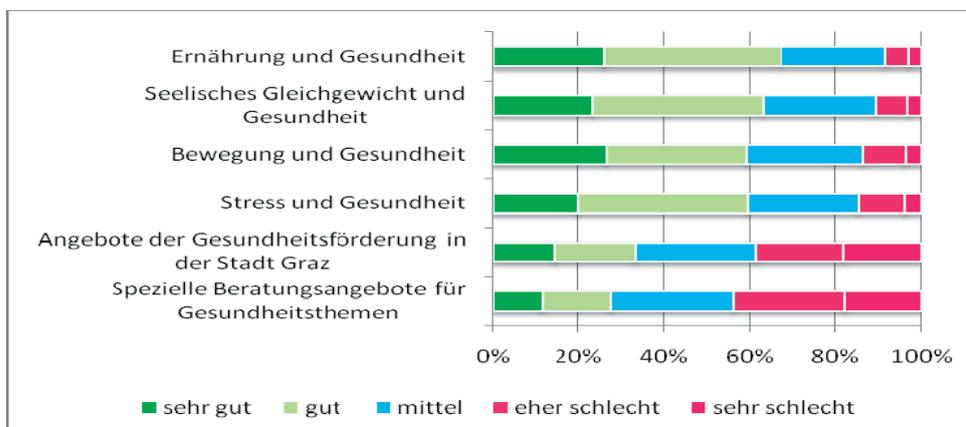
Abbildung 12: Weiteres Gesundheitsverhalten



Quelle: Fragebogenerhebung IFA Steiermark/Gesunder Bezirk Gries 2011

Das Wissen um die Bedeutung der Gesundheit und Informationen zu bestimmten gesundheitsrelevanten Bereichen sind nach Aussagen der Befragten in hohem Ausmaß vorhanden. Nach den vorliegenden Ergebnissen ist ein entsprechendes Gesundheitsverhalten eher eine Frage des Tuns und der konkreten Lebensumstände, denn der ausreichenden Informationen darüber. Beträchtliche Informationsdefizite geben die Befragten vor allem in Bezug auf mögliche Angebote der Gesundheitsförderung in der Stadt Graz bzw. spezielle Beratungsangebote für Gesundheitsthemen an. Männer geben sich – mit Ausnahme des Wissens über konkrete Gesundheitsförderungsmöglichkeiten in der Stadt und spezielle Beratungsangebote – allgemein eher besser informiert. Deutlich schlechtere allgemeine Informationen besitzen Befragte mit nicht ausreichendem Haushaltseinkommen, allerdings zeigen sich sie über die Angebote in der Stadt Graz besser informiert, unter Umständen, weil sie diese vermehrt nutzen oder über Betreuungspersonen darauf hingewiesen werden. Ca. 17% der Befragten haben in den letzten fünf Jahren Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit besucht, Frauen und Personen mit aus ihrer Sicht ausreichendem Haushaltseinkommen etwas häufiger.

Abbildung 13: Wissen zum Thema Gesundheit



Quelle: Fragebogenerhebung IFA Steiermark/Gesunder Bezirk Gries 2011

Als gesundheitliche Themen, für die besonderes Interesse besteht, nannten die Befragten Bewegung bzw. Sport (35 Nennungen), darunter Bewegung für Ältere und Menschen mit Behinderung, Bewegungstherapie, mehr Bewegungs- und Sportmöglichkeiten, Gratischwimm- und Turnangebote im speziellen für Kinder und Jugendliche, weiters das Thema Ernährung und gesundes Essen (27), Stressabbau und seelisches Gleichgewicht inklusive Erholungsmöglichkeiten (17). Weitere Themen waren Süchte und Entwöhnungsmöglichkeiten bzw. Alkohol, Tabak, Drogen (4), Übergewicht (3), Wechseljahre, Depressionen, Schlafstörungen, Herz-, Schilddrüsen- und Zuckererkrankungen, Osteoporose, Krebsvorsorge, Kindergesundheit, Gesundheitsvorsorge und Vorsorgemedizin, Homöopathie und Heilkunde, Verspannungen und Rückenschmerzen, Rheuma und Gicht sowie Traumabewältigung.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme von praktischen bzw. fachlichen ÄrztInnen gibt es in der Stichprobe nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. 54% nutzten ihren praktischen Arzt häufig bzw. öfters, 43% einen Facharzt. Männer suchten diesen sogar etwas vermehrt auf. Gründe für den Arztbesuch waren Schmerzen im Bewegungsapparat (Knie, Kreuz, Gelenksentzündungen, Schulter, Wirbelsäule (22 Nennungen), Herz-Kreislaufkrankungen (11), Kopfschmerzen und Migräne (9), Augenprobleme (7), Zahnschmerzen, Schlafstörungen, Allergien, Alkoholsucht und psychische Probleme (je 5), seltener Atmungsprobleme, Magen- und Nierenschmerzen, Erkältungen, Grippe, Verletzungen etc.

Menschen mit nichtausreichenden Haushaltseinkommen griffen zu 79% häufig bzw. öfters auf den praktischen Arzt und zu 54% auf einen Facharzt zurück, was einen starken Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und dem Gesundheitszustand belegt. Ein vergleichsweise hoher Anteil von 45% in dieser Gruppe nutzte auch häufig oder öfters Ambulanzen bzw. Krankenhäuser, im Durchschnitt tat dies ein Viertel. Bei Vorsorgeuntersuchungen, die insgesamt 25% häufig bzw. öfters absolvieren, sind hingegen Frauen (30%) überdurchschnittlich vertreten, zwischen Personen mit ausreichendem und nicht ausreichendem Haushaltseinkommen bestehen diesbezüglich kaum Unterschiede.

Anregungen und Ideen der Befragten zum Thema Gesundheit betrafen vor allem Bezirkssportplätze, günstige Sportmöglichkeiten (Parks, Hallen, Schwimmbäder), kulturelle Angebote, ferner „Erholungsoasen“ bzw. mehr Parkanlagen und Freizeiträume insgesamt, Freizeitaktivitäten und Beschäftigungsmöglichkeiten für Jugendliche und SeniorInnen, reduzierte Kosten für Medikamente und Selbstbehalte für Ältere und chronisch Kranke, kontinuierliche Hinweise in Bezirkszeitungen und diversen Vereinen auf gesundheitliche Aktivitäten, mehr Information über Vorsorgeuntersuchungen (Osteoporose, Krebs) und Alternativmedizin, bessere Suchtgiftprävention und –therapie inklusive Unterstützung nach dem Entzug sowie mehr Warnungen vor dem Rauchen.

6.2 Benachteiligte Kinder und Jugendliche

6.2.1 Allgemeine Befunde

Immer stärker im Mittelpunkt der Diskussion¹²⁹ stehen langfristige gesundheitliche Folgen von Armut und benachteiligenden Lebensverhältnissen wie eine defizitäre Wohnsituation, geringes Unterstützungspotential der Eltern im Bildungsbereich, ungesunde Ernährung oder Mangel an Bewegung für Kinder und Jugendliche. Die Folgen reichen von erhöhten Krankheitsrisiken auch in Zusammenhang mit mangelndem Gesundheitsverhalten (z.B. Zahnpflege) über Einschränkungen in der Persönlichkeitsentwicklung und bei Lernkompetenzen bis zu frühen psychiatrischen Störungen und mangelnden personalen und psychosozialen Ressourcen zur Bewältigung von belastenden Situationen. Kinder- und Jugendarmut ist ein nicht zu unterschätzendes soziales Problem. Die konkreten sozialen Bedingungen in Familien prägen die Chancen ihrer Mitglieder. Kindern, die in Armut aufwachsen, stehen weniger Ressourcen und Möglichkeiten zur Verfügung, ihren weiteren Lebensweg zu gestalten. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass 39% der nicht armutsgefährdeten, aber nur 24% der armutsgefährdeten Kinder im Alter zwischen zehn und vierzehn Jahren eine AHS besuchen. Armut wird auf diese Weise auch vererbt.¹³⁰

In Österreich gelten 14% der Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre als armutsgefährdet, in Städten über 100.000 EinwohnerInnen liegt diese Quote bei 25%.¹³¹ Umgelegt auf die Bevölkerung zum ersten Quartal 2011 würde das ca. 11.800 armutsgefährdete Kinder und Jugendliche in Graz bedeuten. Ein deutlich erhöhtes Armutsrisiko haben Zuwandererkinder sowie Kinder, die in Haushalten leben, deren Haupteinkommen Sozialleistungen darstellen oder in denen ein Erwachsenenanteil langzeitbeschäftigungslos ist.¹³²

Bei Kindern und Jugendlichen aus sozial schwachen Familien wurde in sozialmedizinischen Studien eine eindeutige Kumulation und Verschränkung von sozialer Benachteiligung und Gesundheit festgestellt.¹³³ Bei der Verarbeitung und Bewältigung belastender Lebenssituationen werden unterschiedliche Risiko- und Schutzfaktoren, die auf der individuellen (Intelligenz, Selbstwertgefühl), der familiären (Familienform, sozioökonomischer Status der Familie), der interaktiven (Freunde, Gleichaltrige) sowie sozialen (Nachbarschaft, Lebensumwelt) Ebene angesiedelt sind, unter dem Begriff „soziales Kapital“ unterschieden. Das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen etwa bei der Zahnhygiene, dem Bewegungs- und Ernährungsverhalten und dem TV-/Videokonsum ist umso positi-

¹²⁹ Vgl. dazu: Fritz Haverkamp: Gesundheit und soziale Lebenslage. In: Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, S. 320-334.

¹³⁰ Vgl. ebda, S. 72; Fernandez de la Hoz, Paloma: Kinder zwischen Wohlstand und Armut. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 149.

¹³¹ Vgl.: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. EU-SILC 2008, Tabellenband, S. 46.

¹³² Vgl.: Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S. 73.

¹³³ Vgl. dazu: Thomas Lampert: Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu? In: Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Hrsg. von Horst Hackauf und Heike Ohlbrecht. Weinheim, München: Juventa 2010, S. 44-65.

ver, je besser die soziale Lebenslage ist.¹³⁴ Eine Ausnahme bildet das tägliche Rauchen, wo uneinheitliche Muster vorliegen. Dabei spielt das soziale Kapital, definiert als „auf Vertrauen basierende Netzwerke, auf die Menschen zurückgreifen können, wenn sie Unterstützung brauchen“ und in der HBSC-Studie gemessen über die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, Freundschaftsbeziehungen, die Integration in Schulen, Vereinen und Organisationen und die Qualität der Nachbarschaft¹³⁵ eine wichtige Rolle: In allen sozialen Schichten verbessert sich das Gesundheitsverhalten mit dem vorhandenen sozialen Kapital als wichtige vermittelnde Ressource für die Gesundheitsförderung.

Auf die besonderen gesundheitlichen Lagen und Bedürfnisse von Mädchen und jungen Frauen bzw. Burschen und jungen Männern verweist der steirische Kinder und Jugendgesundheitsbericht 2010.¹³⁶ Vor allem Kinder in AlleinerzieherInnenhaushalten haben eine doppelt so schlechte mentale Gesundheit als Kinder, die bei einem Paar leben, was vor allem auf finanzielle und soziale Probleme und damit einhergehende Überforderungen zurückgeführt wird. Nach dem Geschlecht differenziert bewegen sich Mädchen in allen Altersstufen in einem höheren Ausmaß als Buben nicht ausreichend. Übergewichtigkeit betrifft hingegen doppelt so viele Buben als Mädchen, ein geringer Anteil davon, wiederum überproportional bei den Buben, ist adipös. Bei Buben hängt die Übergewichtigkeit deutlich mit einem niedrigen sozioökonomischen Status zusammen, bei Mädchen ist das Muster weniger eindeutig, wenngleich auch bei ihnen der höchste Anteil an adipösen Kindern in der Gruppe jener mit niedrigem sozialökonomischen Status gegeben ist. Zu den RaucherInnen werden 39% der weiblichen und 31% der männlichen Jugendlichen im Alter von 15 Jahren gezählt, einen problematischen Alkoholkonsum weisen 45% der männlichen und 42% der weiblichen Jugendlichen auf. Auch bei den berichteten Beschwerden gibt es Unterschiede: Mädchen leiden – mehrmals wöchentlich - am häufigsten an Einschlafstörungen, Kopfschmerzen und Gereiztheit bzw. schlechter Laune, bei Buben sind Einschlafstörungen und Nervosität die häufigsten Beschwerden. Insgesamt schätzen männliche Jugendliche ihren Gesundheitszustand deutlich besser ein als Mädchen, wobei die subjektive Zufriedenheit mit dem sozialökonomischen Status steigt. Als Risikofaktoren werden ein frühzeitiger Schulabbruch bzw. ein negativer Pflichtschulabschluss, ein geringer Bildungsstatus der Eltern, Armutsgefährdung sowie ein Migrationshintergrund genannt. Ein hohes gesundheitliches Risikopotenzial besitzen Jugendliche, die frühzeitig ihre Bildung abbrechen und/oder denen der Einstieg in den Arbeitsmarkt nicht gelingt. Sie sind langfristig als „verlorene Generation“ von Ausgrenzung bedroht.

¹³⁴ Dabei wurden einzelne Indikatoren der im internationalen HBSC-Studienverbund entwickelten Family Affluence Scale zu einem „Wohlstandsindex“ zusammengefasst.

¹³⁵ Vgl. dazu und im Folgenden: Andreas Klocke: Soziale Benachteiligung im Jugendalter: Gesundheitliche Auswirkungen und Soziales Kapital als Ressource der Gesundheitsförderung. In: Jugend inside März 2011. Zeitschrift des Steirischen Dachverbands der Offenen Jugendarbeit, S. 4.

¹³⁶ Gerlinde Grasser, Elisabeth Wieseneder: Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B, Gesundheitswesen, Graz 2011. Viele Daten stammen aus der für Österreich nach Alter, Geschlecht, Schultyp und Bundesland repräsentativen HBSC-Befragung (Health Behaviour in School-aged Children), die im Vierjahresrhythmus in mittlerweile 42 Ländern durchgeführt wird. Die Fragebögen werden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren selbst ausgefüllt.

Ein eindeutiger sozialer Gradient wurde auch bei Teenagerschwangerschaften (im Alter zwischen 15 und 20 Jahren) festgestellt, die insgesamt zurückgegangen, aber bei jenen, die vorwiegend zu Hause sind, gestiegen sind. Besonders hoch ist die Rate bei jungen Frauen, die weder erwerbstätig noch in Ausbildung sind. Ein wichtiges Thema stellt in diesem Zusammenhang der Umgang von Jugendlichen mit ihrer Sexualität dar.¹³⁷ Nach einer aktuellen Untersuchung¹³⁸ gibt es gravierende Informationsdefizite bezüglich Sexualität und sexueller Gesundheit unter steirischen Jugendlichen, über ein Drittel derjenigen, die bereits erste Erfahrungen mit Sexualität gesammelt hatten, gab an, dabei nicht selbst bestimmt zu haben, wie weit sie gehen wollten. Ca. ein Fünftel hat beim „ersten Mal“ nicht verhütet, über ein Zehntel, überproportional Mädchen, war auch schon Opfer sexualisierter Gewalt. Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status und Bur-schen sind dieser Untersuchung zufolge besonders schlecht aufgeklärt.

6.2.2 Erfahrungen in Graz

In Graz haben Untersuchungen im Rahmen eines Forschungspraktikums am Institut für Soziologie¹³⁹ unter dem Gesichtspunkt der unfreiwilligen Segregation¹⁴⁰ soziale Ungleichheiten bestätigt. In drei Volksschulen mit sozioökonomisch unterschiedlichem Einzugsbereich ergaben sich teilweise beträchtliche Differenzen in Hinsicht auf organisierte Freizeitaktivitäten (Sport, Musik), Urlaubshäufigkeiten, den wöchentlichen Fernseh- und Computerspielkonsum, das Auftreten von Kopfschmerzen, Unter- und Übergewicht, Sehprobleme, Krankheitshäufigkeit, Ernährungs- und Bewegungsverhalten, psychisches Wohlbefinden, Gesprächsklima in der Familie und gemeinsame Aktivitäten, die Pflege freundschaftlicher Beziehungen etc. In der Regel waren die Ergebnisse in der Volksschule im sozioökonomisch am meisten benachteiligten Einzugsgebiet, die auch die weitaus meisten SchülerInnen pro Klasse aufwies, gesundheitlich am bedenklichsten.

Deutliche gesundheitliche Ungleichheit entlang sozioökonomischer und räumlicher Spezifika wird auch vom ärztlichen Dienst des Magistrats Graz¹⁴¹ und von Stadtteilprojekten wahrgenommen. Für den ärztlichen Dienst mit seiner Präsenz in Kindergärten¹⁴² und Volksschulen und den Möglichkeiten einer frühen Gesundheitsprävention, aber auch Kontakten zu Eltern Neugeborener¹⁴³, um ihnen Grundsicherheit beim Umgang mit Neugeborenen bzw. grundsätzliches Gesundheitswissen zu vermitteln, sind Kinder aus sozial

¹³⁷ Hierfür wurde in Kooperation zwischen dem Frauengesundheitszentrum und Styria vitalis die Schweizer Plattform www.feelokay.at für Österreich adaptiert.

¹³⁸ Vgl.: Sexuelle Gesundheit von Jugendlichen Steiermark 2011. Hazissa – Fachstelle für Prävention: Graz 2011.

¹³⁹ Vgl. Ene mene mu – wie gesund bist du? Eine soziologische Studie zur Gesundheit von Grazer Volksschulkindern, a.a.O.

¹⁴⁰ Eine freiwillige Segregation stellen z.B. Villenviertel dar.

¹⁴¹ Für oben erwähnte Studie wurden auch Daten des ärztlichen Dienstes verwendet, der trotz des kleinen Befragtenkreises eine große Übereinstimmung mit eigenen Erfahrungen ortet.

¹⁴² Hier wird in Österreich von 10-15% von Kindern in „mentaler Notlage“ ausgegangen. Die Sorgenkinder fielen durch „Aggression, Abkapseln und Einnässen“ auf. Vgl.: Die Krise in den Köpfen der Kleinsten. In: Der Standard vom 18. Juli 2011; S.2

¹⁴³ Bei diesem Anlass wird eine „Geburtsmappe“ mit Verhaltens- und Gesundheitsinformationen überreicht, darunter Anleitungen für den Umgang mit schreienden Kindern (Folder: „Nicht Baby schütteln“).

schwachen und bildungsbenachteiligten Familien mit wenig Förderung von zu Hause „die“ Risikogruppe. Nachteile und Entwicklungsrückstände seien bereits beim Schulstart feststellbar, viele hätten zu dem Zeitpunkt noch niemals vorgelesen bekommen, schauten ständig fern, würden ungesund ernährt und sich wenig bewegen. Ein zusätzliches Risiko seien zu Hause rauchende Eltern. Schon im Kindergarten wird daher angeregt, auf die Alltagskultur (Singen, Spielen, gemeinsames Kochen und Essen, Unternehmungen, Bewegung, gemeinsame Aktivitäten etc.) zu achten. Wichtig dabei sei es auch, die Eltern zu sensibilisieren (Zahnversorgung¹⁴⁴, Bewegung, Impfungen, Ernährung) und zu verstärkter Prävention zu motivieren. Bei manchen Elternkontakten werden bei Bedarf auch SozialarbeiterInnen bzw. die Elternberatungsassistenz beigezogen.¹⁴⁵ Bei muslimischen Familien sei es wichtig, die Väter zu erreichen.¹⁴⁶ Wichtig sei es auch, den Willen zur Veränderung im Lebensalltag zu stärken und die Selbstverantwortlichkeit aufzuzeigen, bedenkliche Einzelfälle, dass Kinder auf die Frage, was willst du werden, mit „Sozialhilfeempfänger, da bin ich immer zu Hause, kriege Geld und muss nichts lernen“ antworten, müssten durch andere Vorbilder zu ändern versucht werden.

Bei Untersuchungen in Pflichtschulen (Seh-, Hör-, Sprachtests, orthopädische Untersuchungen, Zahnstatus, Lernschwächen, Lernstand, Entwicklungsrückstände) liege der Erfassungsgrad bei 98%. Bei ca. 22% werden in der ersten Klasse Handicaps festgestellt, die eine regelmäßige Nachbetreuung und verschiedene Maßnahmen (Zahngesundheit, Orthopädie, Diabetes, Bewegungsturnen) zur Folge haben. Zumeist - mit Ausnahme beim Hören und Übergewicht - weisen Buben schlechtere Ergebnisse auf. Nicht zufriedenstellend sei, dass sich der Gesundheitszustand zwischen der ersten und vierten Klasse Volksschule, deutlich verschlechtere: So haben in der ersten Klasse 8,6% ein Übergewicht, in der 4. Klasse 14%, in der 8. Klasse bereits 17%, wobei diesbezüglich Graz noch unter dem Österreichschnitt liege. Sorge sei angebracht, „wenn jemand nur vor dem Fernseher sitzt, wenig Freunde hat, 1,26 groß ist und in der 4. Klasse bereits 104 Kilo hat.“ Aber auch zunehmende Haltungsschwächen, mangelnde Körperbeherrschung, geringe Bewegungsmotorik und Kondition seien bedenklich.

Aus Sicht des ärztlichen Dienstes wichtig wären kleinere Schulklassen besonders für diejenigen, die besonderes Augenmerk brauchen und vor allem in großen Gruppen auffällig sind, aber auch generelle Vorschulmöglichkeiten für jene, die noch Reifungszeit brauchen und noch nicht belastbar sind.¹⁴⁷ Zusätzlich sollten spezielle Konzepte für das Ausleben des natürlichen Entwicklungsdranges in bewegungsfreundlicher Umgebung entwickelt werden. Als Schlüssel zu positiven Veränderungen sei aber eine bessere und spezifische Bildung mit aktiver Beteiligung an Veränderungsprozessen in kleinen, langsamen Schritte bei Benachteiligten anzusehen.

¹⁴⁴ Ende der 90-er hätte es in Graz schon kariesfreie Schulen gegeben, derzeit nicht mehr.

¹⁴⁵ Ein Angebot ist auch die ernährungsmedizinische Beratung einzeln oder in Gruppen (auch in betreuten Wohneinrichtungen). Zum Teil gibt es auch fremdsprachige Kochbücher.

¹⁴⁶ In Deutschland wird z. B. versucht, die Zielgruppen über die Einbindung von Leitfiguren wie bekannte Fußballer etc. zu erreichen.

¹⁴⁷ Die Vorschule sollte aber nicht für Problemfälle, die kleine Gruppen brauchen, gebraucht werden.

Erfahrungen mit sozial Benachteiligten wurden auch bei der Kariesvorbeugung¹⁴⁸ in Graz gemacht. Sozial benachteiligte ÖsterreicherInnen wurden als „*härtere Nuß*“ und Migrantinnen als dankbarer für neue Informationen erlebt. Das WHO-Ziel einer 80%-igen Kariesfreiheit bei 6-Jährigen sei nur erreichbar, wenn auch sozial Schwache involviert sind. In Graz sind hundertprozentig kariesfreie Kindergärten und Volksschulen das ehrgeizige Ziel. Über Sozialinitiativen, Kindergärten und Schulen wird ein Zugang zu Eltern angestrebt, für MigrantInnen werden eigene ZahngesundheitsmediatorInnen ausgebildet. Eine schlechte Zahngesundheit hat nicht nur Folgen für die gesellschaftliche bzw. berufliche Integration, sondern steht auch mit Herz-Kreislaferkrankungen, Frühgeburten, Fehlernährung von Älteren, Rückbildungen des Kiefers bei Kindern sowie Sprachentwicklungsstörungen in Verbindung.

Auch das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau, das mit unterschiedlichen Initiativen, z.B. derzeit dem Stadtteilprojekt „stag:es“, in einzelnen benachteiligten Wohngebieten arbeitet und vor allem bei unmittelbar lebenspraktischen Bereichen im Wohnumfeld auf Basis auf einer Schwachstellen- und Ressourcenanalyse ansetzt, betont die Wichtigkeit einer möglichst früh einsetzenden Gesundheitsförderung. Vor allem Eltern sollten unterstützt werden, um ihre Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge, der Entwicklungsförderung und der Erziehung kompetent erfüllen zu können. Bei sozial Benachteiligten bedürfe es öfters Anstöße für Veränderungen im Verhalten, nicht das fehlende Wissen, sondern andere Prioritäten erschweren die Umsetzung. Zielgruppen sind Kinder und Eltern mit niedrigem Einkommen und/oder Migrationshintergrund. Eine wichtige Funktion kommt auch der Vernetzung mit den ÄrztInnen im Gebiet zu. Über MultiplikatorInnen im Stadtteilforum (Sozialamt, Wohnungsamt, Polizei, Schulen, Kindergärten etc.) wird der Kontakt zur Bevölkerung hergestellt, wobei es trotz des guten Rufs des SMZ mit seinen Gesundheitsangeboten (Sexual- und Familienberatung, Gesundheitsvorsorge bis Physiotherapie) erfahrungsgemäß dauere, bis das Angebot akzeptiert werde. In einem Kindergarten in einem städtischen Problemgebiet mit einer Vielzahl an psychosozialen und gesundheitlichen Problemen wird versucht, so früh wie möglich mit einer Gesundheitsförderung im weitesten Sinne zu beginnen.

6.2.3 Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Eine wichtige gesundheitspolitische Intervention stellt neben einer allgemeinen Bekämpfung der Kinder und Jugendarmut zweifellos der Versuch dar, gerade in sozial benachteiligten Gruppen frühzeitig Akzente zu setzen. Dabei können international anerkannte und erfolgreiche Projekte als Beispiel dienen. So belegte eine langfristige wissenschaftliche Begleitung im Vergleichsgruppendesign eines Programms in einer Vorschule in Amerika mit sehr vielen Kindern aus „high risk populations“ bemerkenswerte Effekte. Durch eine frühzeitig einsetzende intensive Lernunterstützung von Kindern mit Entwicklungsrückständen im Alter von drei bis vier Jahren, wöchentlichen Hausbesuchen, eine Stärkung der Unterstützungskompetenzen der Eltern und monatlichen Elterngruppen

¹⁴⁸ Styria vitalis als Träger von „Zähne.zeigen“ mit Unterlagen in derzeit acht Sprachen plant aktuell auch ein bedürfnisorientiertes Unterstützungs- und Empowermentangebot mit dem vorläufigen Namen „Stadtteilmütter“, das vorwiegend für Mütter aus sozial benachteiligten Schichten, die sich um die Kinder kümmern, gedacht ist.

über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg wurden bessere Schulleistungen und spätere Berufskarrieren sowie eine niedrigere Kriminalitätsrate, weniger Teenagerschwangerschaften und eine deutliche Reduktion späterer Sozialhilfe- und Wohlfahrtsleistungen gegenüber der Vergleichsgruppe ermöglicht. Als Ersparnis für die öffentliche Hand durch diese frühzeitige Investition wurde die mehr als siebenfache Summe der Maßnahmenkosten errechnet. Sie setzt sich aus weniger Wohlfahrtskosten und höheren Steuereinnahmen durch bessere Berufskarrieren zusammen.¹⁴⁹ In Linz beispielsweise wird im Rahmen des städtischen Beschäftigungsprojekt „Jobimpulse“ auch den Kindern von beschäftigten SozialhilfeempfängerInnen eine Lernunterstützung gewährt.

Ein entsprechender „Social return on investment“ sei bei vielen frühzeitigen Investitionen für benachteiligte Gruppen zu erwarten, angeführt werden etwa „Familienhebammen“, die bei Bedarf in der Frühkindphase von 0-3 Jahren Unterstützung leisten, nicht diskriminierende wohnortnahe und nachgehende Angebote für schwangere Frauen und Mütter, eine strukturierte sozialraumorientierte „Vorschule“ ab dem 3. Lebensjahr und Lernbetreuung bzw. Freizeitangebote für Kinder von Problemfamilien, eine kommunale Förderung der „Schulpsychologie bzw. Sozialarbeit“ oder der „Gesunden-Schule-Aktivitäten“ in sozialen Brennpunkten (Hauptschulen, Polytechnikum) mit dem Versuch, Eltern stärker einzubinden, Schulräume zu gestalten und den Schultag stärker gemeinsam zu gestalten, z.B. mittels Verhaltensvereinbarungen oder Ideenwerkstätten mit Eltern, Kindern und LehrerInnen.

Aber auch Bewegungsangebote in „Problemgebieten“ unter dem Motto „Wir sind lebendig“, „Bewegung macht dich klug und macht dir Halt“, um die Bewegung von Kindern zu fördern und Interessen entwickeln zu helfen, oder betreute Aktivitäten, wo Beteiligung und soziales Lernen im Zentrum steht und Rückzug, Isolation, Scham etc. aufgebrochen werden kann, wie Fußball im Viertel, Park-, Spielplatz- und Flussuferreinigung, Chor-, Gesang- und Spielgruppen, betreute Sport- und Freizeitangebote in benachteiligten Stadtgebieten, jugendspezifische Bewegungsprogramme wie Tanzen, Schwimmen, Hip hop, Basketball, Skaten, Beachvolleyball etc. werden als große Chance im Sozialraum gesehen. Wichtig sei es, die Betroffenen in den Prozess einzubeziehen und ihnen gemäß des Motto, *„Gib Jugendlichen eine Hütte und sie machen Bretter, gib ihnen Bretter und sie machen eine Hütte“* auch Verantwortung zu übertragen.

Für sozial benachteiligte, resignierte und perspektivenlose Jugendliche am Übergang zwischen Schule und Berufswelt werden Möglichkeiten der beruflichen Interessensfindung und Fähigkeitserprobung ohne arbeitsmarktpolitischen Druck (z.B. in betreuten mobilen „Werkstätten“) und kommunale niederschwellige und wohnortnahe Beschäftigungs- und Bildungsangebote im Sozialraum (unterhalb der schon zu anforderungsvollen Beschäftigungsprojekte) als spezifische Einstiegshilfen gefordert. Mit wenigen Ausnahmen gäbe es für ausgrenzungsgefährdete Kinder und Jugendliche auch keine bzw. zu wenig gesundheitsrelevante Angebote, keine Ansprechstrukturen, kein entsprechendes Informationsmaterial, keine niederschwellige Beratung etc. Für Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren wird derzeit im Projekt „c’mon 14 – Case Management für SchülerInnen ab 14“ ein „erlebnispädagogischer“ Ansatz sowie eine gesundheitsförderliche Motivation und Aktivierungsarbeit durch „praktisches Tun“ erprobt, eine ähnliche Ausrichtung

¹⁴⁹ Vgl. dazu: Greg Parks: The High/Scope Perry Preschool Project. In: Juvenile Justice Bulletin. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. October 2000.

hat das Projekt „Gesundheitskompetenzen in der Basisbildung“ der Isop. Im Bereich sexueller Gesundheit müssten ebenfalls lebensweltbezogene Angebote z.B. über Jugendzentren oder arbeitsmarkt- und bildungspolitische Maßnahmen¹⁵⁰ an die Zielgruppe herangetragen werden, wobei für Mädchen und Burschen getrennte Workshops empfohlen werden.

Als wichtige Basis aller dieser Aktivitäten werden Vernetzungstreffen mit (Betreuungs-) LehrerInnen und Weiterbildungsangebote für LehrerInnen und MultiplikatorInnen, die mit Jugendlichen arbeiten, sowie die Forcierung der Elternarbeit in „Brennpunktschulen“ sowie ein koordinierter Erfahrungsaustausch als wichtig angesehen.

Aber auch innovative Angebote, die im Gesundheitsamt schon länger angedacht sind, wie ein „Gesundheitskabarett“ für Jugendliche (z.B. zum Thema Rauchen im Zusammenhang mit Gewichtsreduktion und Gruppendruck), Gesundheitsanimationen („Wie gehe ich mit Alkohol, Zärtlichkeit und Zuwendung um?“), die Verwendung von Elementen der Aufstellungsarbeit in Schulen oder arbeitsmarktpolitischen Projekten, um Outsider und Unterstützungsbedarf zu orten und Kinder und Jugendliche rechtzeitig vor dem Abgleiten zu bewahren, werden als probate Mittel angesehen, um schwer zugängliche Zielgruppen zu erreichen, *„sie in Bewegung zu bringen und ihre Augen und Ohren zu öffnen.“* Weiters wurden von Eltern für Eltern geschriebene „Good practice Handbücher“, wie Kinder bestmöglich unterstützt werden können, ernährungsmedizinische Beratung über „Kochaktivitäten“ im Gemeindebau oder in Übertragungswohnbauten etc. angeregt. Bei solchen Angeboten seien Begeisterungsfähigkeit, Glaubwürdigkeit, häufige Präsenz und eine hohe Verständlichkeit (z.B. Informationen über Piktogramme) bzw. Kooperationen mit HausärztInnen, Schulen, Kindergärten eine wichtige Voraussetzung, um die zu erreichen, die mit *„Gesundheitsveranstaltungen“* sonst nicht erreicht würden. Auch ein kommunaler Anreiz in Form eines Gesundheitspasses für benachteiligte Familien mit finanziellen Vergünstigungen, wenn gewisse Untersuchungen und Beratungen vorgenommen werden, wird als gesundheitspolitische Intervention in Erwägung gezogen.

FACTBOX KINDER UND JUGENDLICHE

Laut EU-SILC leben ca. 12.000 armutsgefährdete Kinder und Jugendliche in Graz. Gesundheitliche Folgen reichen von erhöhten Krankheitsrisiken auch in Zusammenhang mit mangelndem Gesundheitsverhalten (z.B. Zahnpflege, Bewegung, Ernährung) über Einschränkungen in der Persönlichkeitsentwicklung und bei Lernkompetenzen bis zu frühen psychiatrischen Störungen und mangelnden psychosozialen Bewältigungsressourcen.

Deutliche soziale Einflüsse sind beim Übergewicht, Rauchverhalten, bei Einschlafstörungen, Teenagerschwangerschaften oder Informationsdefiziten in Bezug auf Sexualität gegeben. Gesundheitliche Chancenungleichheit zeigt sich schon in der Volksschule bzw. im Kindergarten.

Bei einem Fünftel der untersuchten Volksschulkinder werden gesundheitliche Handicaps bzw. Entwicklungsrückstände festgestellt, die Gegenmaßnahmen erfordern.

¹⁵⁰

Zum Beispiel das Angebot „Liebe, Sexualität und Zärtlichkeit“ für junge Mädchen des Vereins Mafalda.

6.2.4 Gastbeitrag Ärztlicher Dienst / Amt für Jugend und Familie

Gesundheit, als „körperlich, seelisch, geistig und soziales Wohlbefinden“ definiert, erfordert neben umfassender medizinischer Vorsorge auch das Erkennen und Vermeiden krankmachender Lebensumstände. Der Grundstein für gesundheitliche und soziale Benachteiligungen wird oft sehr früh gelegt. So sind die Lebensbedingungen und die Lebensgestaltung der Eltern für die kindliche Entwicklung wie auch für das Gesundheitsverhalten der Kinder prägend.

Durch Schaffung eines flächendeckenden niederschweligen Zugangs zu medizinischer Betreuung soll die Kluft zwischen den Kindern mit günstigen und den Kindern mit ungünstigen sozialen Entwicklungsbedingungen verringert werden. Aus diesem Grunde begleitet der Ärztliche Dienst die Kinder vom Säuglingsalter bis zum Schulabschluss mit dem Ziel, Gesundheitsbeeinträchtigungen möglichst frühzeitig zu erkennen, medizinische Maßnahmen einzuleiten, Krankheiten vorzubeugen und damit die Gesundheit der Kinder zu erhalten und zu fördern.

Im Vergleich zu früher sind die ÄrztInnen heute besonders mit Erkrankungen wie z. B. Allergien, Wirbelsäulenveränderungen, Übergewicht, Essstörungen, psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensstörungen konfrontiert.

Seit Jahren werden im Verantwortungsbereich der Stadt Graz alle Eltern und SchülerInnen der 1. Schulstufe zu einer umfassenden Schuleingangsuntersuchung (einschließlich apparativem Seh- und Hörtest, orthopädischer Untersuchung und schulärztlicher Beratung) eingeladen. In Anbetracht des Migrationshintergrundes vieler Kinder stehen auch DolmetscherInnen zur Erleichterung der Kommunikation zur Verfügung. Durch ein Gespräch und die Untersuchung können Störungen und Erkrankungen erkannt und entsprechende Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der schulischen Leistungsfähigkeit beitragen, rechtzeitig eingeleitet werden. Unser Angebot wird von den Eltern äußerst positiv angenommen. Im letzten Schuljahr sind 98,4 Prozent der Einladung gefolgt. 1686 SchülerInnen wurden insgesamt untersucht, davon 871 männlich und 815 weiblich. Auffällig waren: im Sehtest 8,1 Prozent (8,9 Prozent männl., 7,2 Prozent weibl.), im Hörtest 2,9 Prozent (2,6 Prozent männl., 3,2 Prozent weibl.), im Verhalten 9,9 Prozent (13,3 Prozent männl., 6,1 Prozent weibl.), im Zahnstatus 27,6 Prozent (28,3 Prozent männl., 26,9 Prozent weibl.). Weiters bestanden: Sprachfehler bei 12,1 Prozent (14,2 Prozent männl., 9,9 Prozent weibl.), Allergien bei 7,3 Prozent (9,0 Prozent männl., 5,7 Prozent weibl.), Übergewicht bei 8,6 Prozent (8,0 Prozent männl., 9,2 Prozent weibl.) und Haltungsschwächen bei 23,1 Prozent (23,5 Prozent männl., 22,6 Prozent weibl.).

Bei ungefähr 20 Prozent aller SchülerInnen der 1., 4. und 8. Schulstufe machten im letzten Schuljahr bislang unentdeckte Gesundheitsbeeinträchtigungen eine Überweisung zur weiteren Diagnostik beziehungsweise einer Behandlung erforderlich. Die schulärztlichen Tätigkeiten leisten somit einen hohen Beitrag zur Gesundheitsvorsorge und bieten zudem durch die Untersuchungen ganzer Jahrgänge oftmals die einzige öffentliche Datenquelle zur Gesundheitsberichterstattung und die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen.

Um die Entwicklungschancen auch sozial benachteiligter Kinder zu optimieren, werden von Seiten des Ärztlichen Dienstes gezielt an besonderen Schwerpunktkindergärten und Schwerpunktschulen Gesundheitsprojekte zu relevanten Themen angeboten. Auch wurde

neben einer kostenlosen Beratungsstelle für Orthopädie eine neue ernährungsmedizinische Beratung geschaffen.

Sowohl auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene sind wir alle gefordert, eine Lebenswelt zu schaffen, in der die Kinder dauerhaft tragfähige Bindungen aufbauen können. Diese sind die Basis für eine positive, gesundheitsfördernde Entwicklung.

Veronika Zobel

6.3 Arbeitsmarktferne und sozial Benachteiligte

6.3.1 Armutsgefährdung, Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Zu arbeitsmarktfernen Zielgruppen gehören vor allem langzeitbeschäftigungslose Personen und SozialhilfebezieherInnen. Oft stehen sie am Rande der Arbeitsfähigkeit und haben in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage nur geringe Chancen, gesund zu bleiben oder zu werden. In Graz waren im Durchschnitt des letzten Jahres 1.413 Männer und 789 Frauen langzeitbeschäftigungslos, gehörten also zur Gruppe der aus unterschiedlichen Gründen am schwersten reintegrierbaren und am meisten armutsgefährdeten Personen. Dazu kamen 6.279 SozialhilfebezieherInnen im Bereich Lebensbedarf und Miete (mit einer großen Überschneidung zu Langzeitbeschäftigungslosen) sowie 4.036 mitunterstützte Personen.

Erfahrungen aus sozialpolitischen und arbeitsmarktpolitischen Institutionen und Einrichtungen in Graz belegen, daß Armut und Arbeitslosigkeit die gesundheitlichen Risiken erhöhen. Neben den psychischen Folgen länger andauernder Arbeitslosigkeit wirkt sich die Einkommensverringerung auf das Gesundheitsverhalten und damit den Gesundheitszustand negativ aus. Mit der Arbeit fällt oft ein wichtiger psychosozialer Stabilisator weg. Am Arbeitsmarkt verstärkt sich mit wachsendem Druck, Erwartungen und Anforderungen das Dilemma zwischen Arbeit, die psychisch und physisch krank macht, und psychischer und physischer Krankheit, die arm macht, immer mehr. Die gesundheitlichen Probleme wirken wiederum als Barrieren am Arbeitsmarkt, was den Ausstieg aus der Armut erschwert. Bei einkommensschwachen Personen steht die Existenzsicherung oft im Vordergrund, Gesundheitsfragen werden lange „aufgeschoben“ und ignoriert. Für Einkommensarme stellen vor allem chronische Erkrankungen eine finanzielle Belastung dar – viele brauchen das ganze Leben eine medikamentöse Behandlung, die sie sich aber oft ebenso wenig leisten können wie Verhaltensänderungen bei der Ernährung, Bewegung oder Erholung.

Folgen langanhaltender Arbeitslosigkeit sind eine Reduktion der sozialen Lebensqualität und der emotionalen und sozialen Unterstützung sowie eine geringer werdende Lebenszufriedenheit. Hingegen steigen Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen sowie finanzielle Belastungen für das Wohnen.¹⁵¹ Physische und psychische Probleme manifestieren sich auch am häufigen Gebrauch von Medikamenten (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Antidepressiva) sowie einem hohen Nikotin- und Alkoholkonsum.

¹⁵¹ Vgl.: Freidl et al.: Gesundheitliche Ressourcen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen.

Bei einem Pilotprojekt zur Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung in der Obersteiermark¹⁵², bei dem ein Casemanagement für arbeitsmarktferne Personen erprobt wurde, stellten gesundheitliche Probleme bei knapp der Hälfte ein Vermittlungshindernis dar, bei 10% stand die Arbeitsfähigkeit in Frage. Bei über 40-Jährigen liegt der Anteil bei 70%, wobei körperliche Einschränkungen vor psychischen Problemkonstellationen am häufigsten waren.

Lange Arbeitslosigkeit steht mit zunehmender Armutsgefährdung in Verbindung, was sich nach Erfahrung des Arbeitsamtes wiederum negativ auf die Gesundheit und in weiterer Folge auf die Wiedereinstiegschancen auswirkt. *„Lange Arbeitslosigkeit bedeutet weniger Geld zu haben, bedeutet Abstriche bei der Gesundheit und Ernährung zu machen. Das heißt auch, Zähne nicht zu reparieren, sich nicht die richtige Brille leisten zu können. Schadhafte Zähne, Seheinschränkungen sind aber wiederum klare Vermittlungshemmnisse am Schalder.“* Eine lange Arbeitslosigkeit begünstigt auch den „Griff“ zu Suchtmitteln. Der „Klassiker“ sei ein verheirateter Mann mit Kind, wo durch die Arbeitslosigkeit auch die Beziehung in Brüche geht und ein totaler „Absturz“ folgt. Das sei bei Führungskräften genauso wie bei HilfsarbeiterInnen zu erleben. In letzter Zeit fielen immer mehr Drogenabhängige bzw. SubstitutionspatientInnen sowie *„jede Menge Jugendliche, die aufgrund von Fettleibigkeit, Haltungsschäden, Wirbelsäulenproblemen auch für den Präsenzdienst untauglich sind,“* auf. Im Betreuungsprozess sei die Gesundheit ein ständiges Thema, da *„vieles davon abhängt“* – die Zumutbarkeit, Arbeitsfähigkeit und Vermittlungstätigkeit. Allerdings wird auch auf die institutionelle Nichtzuständigkeit für Therapien und Behandlungen verwiesen. Bei Unklarheiten werden der Amtsarzt, das BBRZ, die Gesundheitsstraße der PVA eingeschaltet. Folgen davon sind Kuren, befristete I-Pensionen, der Einsatz der Arbeitsassistenten bis zur Zuerkennung einer Arbeitsunfähigkeit, wobei ein *„ständiges Ping-Pong-Spiel“* mit anderen Institutionen zu Lasten der Betroffenen erfolge.¹⁵³

Besonders immer häufiger auftretende psychische Probleme sind auch für BeraterInnen *„Neuland.“* Trotz interner Schulungen bestehe die Gefahr, dass sie durch zu viel Druck prolongiert und *„neue Misserfolge forciert“* würden – besonders *„extrem Ausgebrannte“* ohne Krankheitseinsicht und Bereitschaft zur Therapie seien nur schwer zu integrieren. Ein Angebot zur Burn-out-Prävention werde von den KundInnen *„rege gebucht“*.

Im Durchschnitt des Jahres 2010 waren in Graz bei 15% der arbeitslos gemeldeten Personen gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen erfasst, bei Frauen ist der Anteil mit 14% etwas geringer als bei Männern mit 16%. Allerdings dürfte die Grauzone durch Nichterfassung und auch Nichterwähnung (um nicht den Anspruch auf Versicherungsleistungen zu verlieren) groß sein. Insgesamt handelt es sich um 930 Männer und 510 Frauen. Allein die Zahl der genehmigten Beschäftigungsförderungen in Graz, vorwiegend Transitarbeitsplätze in gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten und sozialökonomischen Betrieben bzw. betriebliche Eingliederungsbeihilfen, ist mit beinahe 2.000 Perso-

¹⁵² Vgl. dazu: Trude Hausegger, Christine Reidl: Zwischenergebnisse aus der Evaluation des steirischen Pilotprojektes zur Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung „alea nordstern“. Präsentationsunterlage, November 2010.

¹⁵³ So verwende die GKK unterschiedliche Codes für Angestellte des AMS („Arbeitsamt“) und arbeitslos gemeldete Personen (AMS) als richtige Dienstgeberbezeichnung bei Krankmeldungen.

nen höher. Vor allem die erste Förderart setzt schwerwiegende Vermittlungshemmnisse und eine längere Dauer an Arbeitslosigkeit voraus.

Tabelle 5: Genehmigte Förderungen 2010 in Graz

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Graz Gesamt						
Beschäftigung	1.171	5,9%	824	4,3%	1.995	5,1%
Qualifizierung	15.853	79,7%	15.702	81,2%	31.555	80,4%
Unterstützung	2.856	14,4%	2.821	14,5%	5.677	14,5%
Gesamt	19.880	100,0%	19.347	100,0%	39.227	100,0%

Quelle: AMS Daten, RGS Graz; Stand Mai 2011; Eigenberechnung IFA Steiermark

6.3.2 Gesundheitliche Einschränkungen bei einem Leben in Armut

Eine 2011 erstellte qualitative Studie¹⁵⁴ über das Leben in verfestigter Armut in Graz beleuchtete auch das Thema Gesundheit. Deutlich wurde, dass ein Leben mit beschränkten finanziellen Mitteln gesundheitliche Folgen zeitigt, da allein die Möglichkeiten für ein gesundes Verhalten (Ernährung, Bewegung, Erholung, Regeneration) finanziell reduziert sind. Beim Einkauf ist nicht die Qualität der Lebensmittel, sondern der Preis das ausschlaggebende Argument. Neben finanziellen Überlegungen führen aber auch Scham, sich als arm outen zu müssen, wenn um Rezeptbefreiung angesucht wird, und oft auch negative Erfahrungen, wenn der Krankenschein des Sozialamtes vorgezeigt wurde dazu, dass Arztbesuche hinausgeschoben werden und alternativ dazu auf leichter zugängliche Tabletten zurückgegriffen wird. Auch Vorsorgeuntersuchungen werden relativ selten gemacht, Ausnahmen bilden jene Personen, die aufgrund chronischer Erkrankungen in laufender Behandlung stehen oder die schon lange einen Hausarzt ihres Vertrauens haben, der sie nicht von vornherein von oben herab behandelt.

Gespart wird bei nicht „unbedingt“ notwendigen Behandlungen und Therapien und teuren zahn- und augenärztlichen Behandlungen. Auch eine ausreichende Bewegung, um eine gewisse körperliche Fitness zu erhalten, ist oft nicht gegeben. Manche Befragte sind gesundheitlich gehandicapt und bringen gar nicht die körperlichen und psychischen Voraussetzungen für ein entsprechendes Gesundheitsverhalten mit. So etwa fühlen sich Suchterkrankte im Substitutionsprogramm kaum zu etwas mehr an körperlicher Anstrengung fähig, bei Alleinerzieherinnen verhindert vor allem Zeitmangel das Achten auf ihre Gesundheit. Etliche der Befragten waren früher sportlich aktiv, können sich aber diesbezügliche Aktivitäten finanziell nun kaum mehr leisten. Häufig verhindert auch die Scheu, zu viel unter Leute zu gehen, in Verbindung mit fehlenden Mitteln für eine dementsprechende Ausrüstung gesundheitsförderliche Freizeitaktivitäten.

¹⁵⁴ Peter Stoppacher: Leben in Armut. Lebenslagen und Bewältigungsstrategien. Eine explorative Studie im Auftrag des Vereins ERFA. Graz: IFA 2011.

Neben den fehlenden ökonomischen Ressourcen führen aber auch – wie aus der Gesundheitsförderung vielfach bekannt – kritische Ereignisse (die von Trennungen bis zum Abrutschen in unüberschaubare und wenig beeinflussbare Notlagen reichen), wenig Anerkennung und fehlende Aufgaben zu deutlichen gesundheitlichen Schlechterstellungen. Unterforderung, keine „richtige Aufgabe“ und „kein Sinn“ im Leben, wenig Erfolgsmomente, wenig Partizipation, Zuwendung und Sozialkontakte färben auf das Selbstwertgefühl ab und verstärken ein gesundheitlich schädliches Verhalten, weil *„ohnehin schon alles egal ist.“* Nervliche Zusammenbrüche sind Folgeerscheinungen, die wiederum noch mehr Energien (und Unterstützung) erfordern, um wieder Fuß zu fassen.

Ein weiteres gesundheitliches Risiko stellt die ökonomisch belastende Situation in Verbindung mit persönlicher Überforderung dar. Die existentielle Unsicherheit, der *„tägliche Kampf ums Überleben“* und die Furcht, das mühsam aufrechterhaltene Gefüge könnte zusammenbrechen, wenn auch nur ein Antrag erfolglos bleibt, eine Beihilfe entfällt, die Waschmaschine oder der Herd kaputt wird, die Kinder in der Schule oder im Kindergarten ein Extrageld oder eine Winterausrüstung benötigen oder zum wiederholten Mal einfache Wünsche der Kinder abgelehnt werden müssen, bedeuten *„Stress pur“*. Um das Notwendigste zu sichern, sind zahlreiche Wege und häufiges Warten notwendig. Vor allem mit Kindern vervielfachen sich die Wege - zum Arzt, Kindergarten, zur Schule, SozialarbeiterInnen etc. Auch die Nutzung von Sonderangeboten bei Einkäufen ist oft zeitraubend und zeitgebunden.

Vor allem bei Mehrfachbelastungen – die existentielle Überlebensfrage, Betreuung und Verantwortung für Kinder und öfters auch drohender Fremdunterbringung von Kindern – führen schlechte Planbarkeit, reduzierte Handlungsmöglichkeiten, unliebsame Situationen zu meistern, eigene Hilflosigkeit und das Angewiesensein auf Unterstützung zu einem Existenzsicherungsstress, von dem es kaum Regenerationsphasen gibt.¹⁵⁵ In diesem Sinn fehlt mit der frei verfügbaren Zeit ein wesentliches Element der Lebensqualität, was sich wiederum auf die Gesundheit negativ auswirkt. Psychosomatische Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Gereiztheit, aber auch häufiger Tablettenkonsum hängen damit zusammen. Das Wohlbefinden als wichtige Determinante für die Gesundheit leidet dadurch ebenso wie durch beschränkte ökonomische Ressourcen oder durch gesundheitlich schädliche Faktoren der Wohnumgebung und des Lebensumfeldes.

Aus Erfahrung einer niederschweligen Gesundheitseinrichtung wie der Marienambulanz in Graz benötigen Menschen, die sich ihrer sozialen und ökonomischen Situation wegen schämen, oft eine lange und intensive Auseinandersetzung, um konkrete Schritte im Gesundheitsbereich zu setzen, wie medizinische Einrichtungen aufzusuchen, um Rezept- oder Ambulanzgebührenbefreiungen anzusuchen, oder um ein notwendiges Gesundheitsbewusstsein und -verhalten zu entwickeln.

¹⁵⁵ Den Zusammenhang zwischen wenig „freier Zeit“ und Gesundheitsbelastung zeigen auch Zeitbudgeterhebungen. Wird neben der Erwerbsarbeit auch unbezahlte Arbeit für den Haushalt, Kinderbetreuung und Pflege berücksichtigt, ergibt sich beträchtlich weniger Zeit für Frauen, um sich zu erholen, aber auch für Arbeit an der eigenen Karriere, informelle berufliche Kontakte, Treffen mit Freunden/Bekannten und gesellschaftliche Partizipation. Vgl. dazu auch: AK Frauenbericht 1995 – 2005. Arbeit – Chancen – Geld.

6.3.3 Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Allen Erfahrungen nach können arbeitsmarktferne und sozial benachteiligte Menschen mit „Holstrategien“ kaum dazu gebracht werden, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen. Eine ausreichende sozialmedizinische Erst- und Grundversorgung wird durch ihre ökonomische Notlage erschwert, die oft auch mit der Scham verbunden ist, sich z.B. beim Arzt durch Beantragung einer Rezeptgebührenbefreiung als arm outen zu müssen. Andere Barrieren für eine notwendige Gesundheitsversorgung sind persönliche Lebensumstände, die dazu führen, dass sich Obdachlose, Drogenabhängige, psychisch Kranke, Menschen mit fehlenden Sprachkenntnissen und anderen kulturellen Hintergründen etc. in der bestehenden medizinischen Regelversorgung keine Hilfe holen. Oft bringen sie nicht die nötigen persönlichen Ressourcen mit, um am Gesundheitssystem teilhaben zu können und sind beispielsweise auch nicht fähig, sich Krankenscheine zu besorgen oder Rezeptgebühren zu bezahlen. Häufig mangelt es auch an passenden Gesundheitsinformationen und/oder einem entwickelten Gesundheitsbewusstsein. Zusätzlich sind sie aber auch selten in der Lage, ihre persönlichen Lebensverhältnisse so zu verändern, dass damit auch das Gesundheitsrisiko verringert werden kann.

Viele Erfahrungen aus kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten zeigen, dass Zugänge zu sozioökonomisch schlechter gestellten Schichten über traditionelle Instrumente beinahe unmöglich sind, da sie zumeist an ihren Bedürfnissen und Lebenslagen vorbeigehen. Notwendig sind im Gegensatz aufsuchende lebensweltorientierte Angebote in Kooperation mit dem Sozial- oder Jugendamt etc., die einen unmittelbar praktischen Nutzen stiften und nebenbei auch gesundheitsrelevantes Wissen transportieren und erlebbar machen. Ein oft mühsamer Vertrauensaufbau, eine Kontinuität der Arbeit und die Nutzung von vorhandenen Strukturen ist notwendig, um Barrieren abzubauen. Betroffenen müssten *„weniger kopflastige und schriftgebundene Mittel in die Hand gegeben werden, um ihre eigenen Ressourcen zu sehen und positive Ansätze zu entwickeln.“* Die Beschäftigung mit der eigenen Lebensrealität und mit eigenen Handlungsmöglichkeiten sei oft eine neue befremdliche Erfahrung. Positiv erlebt werde es, zu sehen, *„welche Kraft das Abstrampeln benötigt und Stolz und Eigenlob, das durchzustehen, zu entdecken.“* Dazu dienen z.B. kunsttherapeutische Projekte in Siedlungen, Malaktionen, Musik (-instrumente) machen, Bewegungs- und Ausdrucksworkshops, gemeinsame Verbesserungsaktionen des Wohnumfelds wie Platzgestaltungen, Gemeinschaftsgärten, gemeinsame Frühstücke, „fahrende Küchen“ oder „Showkochen“ mit „easy cooking“-Beispielen vor Ort, niederschwellige Zugänge in sozialen Brennpunkten zu Gesundheitsleistungen (rollende medizinische Beratung und Betreuung) oder ein medizinisches Streetwork. Notwendig ist auch ein verständliches und einfaches Informationsmaterial, basierend auf Bedarfserhebungen bei unterschiedlichen Zielgruppen, Zuverdienstmöglichkeiten, eine praktische Unterstützung bei Behördenwegen und Anträgen, bei Stromabschaltungen, notwendigen Reparaturen etc. in enger Kooperation mit SozialarbeiterInnen.

Im Arbeitslosenkontext beschränken sich die Möglichkeiten der Stadt auf Initiativen in Projekten, die von der Stadt wesentlich finanziert werden bzw. auf Anregungen in Kooperation mit dem AMS. So werden Fitnessprogramme bzw. Körperübungen und gesunde Ernährung in Arbeitslosenschulungen, *„um neue Anstöße zu liefern und Handlungs-*

*„spielräume zu eröffnen, Bewegung reinzubringen und den Selbstwert zu erhöhen,“ die Öffnung interner Schulungen und Gesundheitsseminare für BeraterInnen auch für Arbeitslose sowie die Schulung von BeraterInnen und TrainerInnen in Hinblick auf Gesundheitskompetenzen als Möglichkeit gesehen. Besonders in Beschäftigungsprojekten ist im Rahmen der sozialpädagogischen Betreuung eine direkte, persönliche Arbeit mit einzelnen Personen möglich, um sie auch zur Nutzung von „*spielerischen Gesundheitsangeboten vor Ort mit kurzen Etappenzielen*“ einzuladen. Dies setzt eine entsprechende Schulung der Betreuungspersonen voraus.*

In Bezug auf die Infrastruktur sollte mehr auf eine Sozial- und Bildungspolitik, die gesellschaftliche Ungleichheiten verringert, auf eine Stabilisierung durch leistbare Wohnungen und eine finanzielle Grundversorgung, auf wohnortnahe Erholungs- und Freizeiträume, Werkstätten und Begegnungszentren in bestimmten Stadtteilen, auf leichtere Zugänge zu sportlichen und kulturellen Möglichkeiten (Schwimmen, Ausflüge, Kino, Konzerte) geachtet werden, wobei in „*Sparzeiten*“ gerade in diesen Bereichen gespart würde. Die verfügbaren Mittel sollten vor allem auf benachteiligte Stadtteile konzentriert werden.

FACTBOX ARBEITSMARKTFERNE UND SOZIAL BENACHTEILIGTE

Armut und Arbeitslosigkeit erhöhen die gesundheitlichen Risiken. Neben den psychischen Folgen länger andauernder Arbeitslosigkeit wirkt sich die Einkommensverringerung auf das Gesundheitsverhalten und damit den Gesundheitszustand negativ aus. Bei einkommensschwachen Personen steht die Existenzsicherung im Vordergrund, Gesundheitsfragen werden lange „aufgeschoben“ und ignoriert. Für Einkommensarme stellen vor allem chronische Erkrankungen eine finanzielle Belastung dar.

Bei langzeitbeschäftigungslosen Personen stellen gesundheitliche Einschränkungen, vor allem körperliche und psychische Probleme, ein häufiges Vermittlungshindernis dar. Im Durchschnitt 2010 waren in Graz ca. 1500 Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen arbeitslos gemeldet.

Zusätzlich wirken sich existenzielle Unsicherheit, gesellschaftliche Isolation und fehlende Perspektiven negativ auf die Gesundheit aus, wie die Befragung von sozial benachteiligten Menschen im Bezirk Gries deutlich macht:

42% sind durch den täglichen Überlebenskampf belastet, 38% haben Existenzsorgen, 29% fühlen sich oft hilflos und überfordert. Ein beträchtlicher Teil leidet an Lärm, wenig Grünraum im Wohnumfeld, beengten und dunklen Wohnungen, Schimmel und Feuchtigkeit, Durchzug und zu hohen Wohnkosten.

6.3.4 Gastbeitrag „Gesunder Bezirk Gries – Ein Bezirk zum Wohlfühlen“

Armut und Migration machen krank

Sozial benachteiligte und verarmte Frauen und Männer gehören auch gesundheitlich zu den am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Sowohl die Mortalität als auch die Morbidität weisen in Bezug auf verschiedene Krankheiten umso schlechtere Werte auf, je tiefer die soziale Position (der soziale Status) der betreffenden Gruppe ist.

In der praktischen Arbeit sehen wir die in der Fachliteratur beschriebenen höheren gesundheitlichen Belastungsfaktoren bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen beständig: mangelndes Wissen über Gesundheit und deren Erhaltung, geringer Selbstwert, ungesunde Formen der Problem-, Konflikt- und Krankheitsbewältigung, schlechtere Ernährung, mangelnde Bewegung spielen dabei ebenso eine Rolle wie der Konsum von

legalen und illegalen Drogen. Neben finanziellen Problemen kommen soziale wie Frustration und Schamgefühl hinzu.

Es bilden sich physische Erkrankungen, vor allem aber alle Arten von psychischen und psychosomatischen Leiden heraus, wie frühzeitiger Verschleiß an Wirbelsäule und Gelenken, chronische Atemwegkrankungen, Magen-Darm-Krankheiten, Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen. Überdies werden sozial schwächer gestellte Mitmenschen in klassischen Settings der Gesundheitsförderung wie in Schulen und Unternehmen kaum erreicht. Gesundheitsbildungs- und Präventionsmaßnahmen sprechen vorrangig ein „bildungsnahes Bürgertum“ an. Die größten Herausforderungen für eine gelungene Gesundheitsförderung mit sozial schwächer gestellten Menschen sind damit das Erreichen der Zielgruppe, das Schaffen von Problembewusstsein und das Einrichten von Partizipationsmöglichkeiten auf möglichst vielen Ebenen.

Partizipation und Empowerment fördern Gesundheit

In der gesundheitsfördernden Arbeit sind wir daher gefordert, Partizipationsmöglichkeiten und Empowerment-Maßnahmen nahe an den Bedürfnissen der Menschen zu entwickeln. Handlungsleitende Ziele sind vor allem die Unterstützung der Zielgruppen bei der Wahrnehmung der eigenen Ressourcen und das Geben ressourcenorientierter Impulse und Anregungen zur Förderung der eigenen Gesundheit. Häufig geht es auch um bloßes Vermitteln von Ressourcen zur Alltagsbewältigung.

Dabei wird interdisziplinär gearbeitet und es kommen beispielsweise folgende Methoden und Instrumente zum Einsatz, wie: „Bunte Geschichten“ (Kreatives Gestalten, Selbsta Ausdruck und Selbststärkung), „Arbeitslosen.Fragen“ (Stammtische von und für Erwerbsarbeitslose), „Lerncafé Extra“ (Lernbetreuung für SchülerInnen mit gesunder Jause), „Gute Nachbarschaft im Gemeindebau“ (Mediation und konstruktive Konfliktbearbeitung) und vieles mehr. Im „Stadtteilzentrum Triester“ wird soziale Unterstützung in allen Lebenslagen gegeben, ein Platz wurde partizipativ zum „Platz der Begegnung“ umgestaltet, „Visionen vom guten (Zusammen)Leben“ in der Idlhof-Siedlung entwickelt und die Studie „Griesfit“ zur Nutzung von öffentlichen Räumen zur Freizeitgestaltung erstellt.

Eine besonders wichtige Lernerfahrung in unserem „Gesunden Bezirk Gries“ ist, sämtliche Maßnahmen dezentral möglichst nahe an der Zielgruppe durchzuführen. Es ist kaum möglich, die Menschen aus ihren Siedlungen hinauszubewegen. Durchführungsorte für Aktivitäten sind Pfarren, Schulen, Siedlungszentren, Vereinslokale und Einkaufszentren.

Auch kommen schriftliche Programme, Plakate und Flyer so gut wie nicht bei den Menschen an. Vielmehr muss im ersten Schritt eine persönliche Vertrauensbasis hergestellt werden. Viele reagieren auf „Vorträge“ und „Kurse“ mit Minderwertigkeitsgefühlen und Abwehr, die Lernerfahrung in der Schule ist vielfach negativ besetzt. Persönliche Wertschätzung, Einschätzbarkeit und Verlässlichkeit sind eine unerlässliche Grundlage der gesundheitsfördernden Arbeit, besonders mit sozial schwächer gestellten Zielgruppen

Lokale „Umschlagplätze“ für Gesundheit

Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen bedeutet vor allem auch konsequent an einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung und der Selbstermächtigung der Menschen zu arbeiten. In diesem Sinne werden lokale Vereine, Initiativen,

Kommunikationszentren und Unternehmen in die Grundlagen der Gesundheitsförderung eingeschult, sie sind in weiterer Folge Anbieter und „Umschlagplätze“ für gesundheitsfördernde Aktivitäten.

Gesundheitsfördernde Stadtentwicklung

Zu einer gesundheitsfördernden Stadtentwicklung gehört auch die Gestaltung und Nutzung öffentlicher Plätze, die Einrichtung von Orten zum Wohlfühlen. Eine zentrale Aufgabe des „Gesunden Bezirk Gries“ ist in diesem Zusammenhang, eine „Übersetzung“ und „Vermittlung“ zwischen BürgerInnen und Politik bzw. eine Schnittstelle zu politischen Prozessen darzustellen, um eine aktive BürgerInnenbeteiligung im Sinne der Gesundheitsförderung zu erreichen. Unsere Arbeit besteht hier vor allem darin, mit den BezirksbewohnerInnen gemeinsam Ideen zu entwickeln und diese den politischen Entscheidungsprozessen zuzuführen.

Gesunde Bezirke – Gesunde Stadt

Für die Weiterentwicklung einer „Gesundheitsfördernden Stadt Graz“ sehen wir allen voran die Notwendigkeit einer breiten politischen Kooperation zur Gesundheitsförderung über alle Ressorts hinweg. Weiters sollten beispielsweise Health Impact Assessments, eine Bereicherung von kommunalen Projekten und politischen Entscheidungen durch gesundheitsfördernde und soziale Überlegungen und Maßnahmen, eingeführt oder lokale „Gesundheitszentren“ direkt vor Ort bei Vereinen, Initiativen etc. in besonders benachteiligten Stadtteilen als Anlaufstellen für soziale und gesundheitliche Belange geschaffen werden.

Michaela Strapatsas

6.4 Sozial benachteiligte Frauen

6.4.1 Lebenslagen und frauenspezifische Gesundheitsrisiken

Der Gesundheitszustand differiert geschlechtsspezifisch in Abhängigkeit von Geschlechterrollen und sozialem Status. Frauen haben zwar eine höhere Lebenserwartung, weisen aber in vielen Untersuchungen einen schlechteren Gesundheitszustand auf und sind im Schnitt wesentlich länger pflegebedürftig.¹⁵⁶ Geschlechtsspezifische Unterschiede hängen vor allem mit dem geringeren sozioökonomischen Status von Frauen zusammen. Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes als Indikator für das Wohlbefinden hinsichtlich körperlicher, psychischer und sozialer Aspekte fällt sowohl bei Männern als auch bei Frauen umso besser aus, je höher der Bildungsgrad, der wiederum mit der sozialen Lage korreliert, ist. Mit einer Verbesserung der sozialen Lage von Frauen geht auch eine deutlich bessere Beurteilung des Gesundheitszustandes einher.

Frauen sind, sind, wie auch für Graz gezeigt wurde, in den unteren Einkommensklassen überproportional vertreten. Diese Benachteiligung setzt sich in allen sozialen Sicherungssystemen, die an das Erwerbseinkommen gekoppelt sind, wie bei Pensionen oder

¹⁵⁶ Vgl. dazu: Christine Hirtl, Felice Galle, Sylvia Groth (Frauengesundheitszentrum): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Wahrnehmungsbericht zur soziale Lage in der Steiermark. S. 27-30.

der Arbeitslosenversicherung, fort. Frauen in bestimmten Lebenskonstellationen, vor allem alleinerziehende Mütter, alleinlebende ältere Frauen, Frauen mit Behinderung, prekär beschäftigte, arbeitslose oder wohnungslose Frauen etc. tragen ein überdurchschnittlich hohes Armutsgefährdungsrisiko.

Sozial benachteiligte und verarmte Frauen gehören zu den gesundheitlich am meisten gefährdeten Gruppen. Belastende Arbeitsbedingungen, ungünstige Wohnverhältnisse, schlechte Ernährung, wenig Bewegung und eine Mehrfachbelastung erhöhen in Verbindung mit einem geringen Selbstbewusstsein und mangelndem Wissen über Gesundheitsfragen, „ungesunden“ Formen der Problem-, Konflikt- und Krankheitsbewältigung sowie Gewalterfahrungen das Erkrankungsrisiko. Bei Migrantinnen wirken sich zusätzlich Belastungen durch die Migration sowie ein durch sprachliche und kulturelle Barrieren erschwerter Zugang zum Gesundheitssystem negativ aus.

Für die niedrigere Zufriedenheit von Frauen mit dem eigenen Gesundheitszustand trotz höherer Lebenserwartung und geringerer vorzeitiger Mortalität sind neben der oft schwierigen sozialen Lage mit Zweifach- und Dreifachbelastungen vor allem auch Aspekte der reproduktiven und sexuellen Gesundheit ausschlaggebend.¹⁵⁷ Sowohl für Reproduktions- als auch Verhütungsfragen übernehmen vorwiegend Frauen die Verantwortung und benötigen – wie auch während der Wechseljahre - mehr entsprechende medizinische Leistungen. Wie im österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011 detailliert belegt, wirkt sich diesbezüglich ein niedriger sozioökonomischer Status nachteilig aus, z.B. auf die Familienplanung, gewollte und ungewollte Schwangerschaft, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Komplikationen während der Schwangerschaft und der Geburt bzw. ihren psychischen Folgen. Beispielsweise werden auch beträchtliche Auswirkungen von Adipositas als „Armutserkrankung“ in der Schwangerschaft angeführt, wo eine zielgruppenspezifische rechtzeitige Beratung zu Themen wie Ernährung und Bewegung Abhilfe schaffen könnte.

Im Zusammenhang mit der Reproduktionsmedizin wurde auch die Kaiserschnittproblematik erwähnt. In Österreich ist die Kaiserschnitttrate in den letzten 11 Jahren um mehr als 14% gestiegen, im Jahr 2009 betrug sie 29% oder beinahe 22.000 Fälle, in den Bundesländern Burgenland, Steiermark, Tirol, und Kärnten über 30%. Altersspezifisch lag sie bei unter 20-Jährigen bei rund 20%, bei 40- bis 44-Jährigen bei rund 40%, wobei statistisch keine Unterscheidung zwischen Kaiserschnitt auf Wunsch und einem Notfallkaiserschnitt möglich ist.¹⁵⁸ Nach der Weltgesundheitsorganisation sollte die Kaiserschnitttrate

¹⁵⁷ Vgl. dazu Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11, Verfasst vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Linz 2010, S.181 ff, sowie das Kapitel „Gesundes und selbstbestimmtes Leben mit Familie, Partnerschaft und Sexualität fördern“ im Steirischen Gesundheitsbericht, S.203 ff. Reproduktive Gesundheit wird als Umstand verstanden, „dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben haben können und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung, sowie die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen möchten – ohne Zwang, Gewalt oder Druck. Das beinhaltet auch das Recht für Paare und Individuen, eigenverantwortlich über die Anzahl und den Zeitpunkt von Geburten zu entscheiden. Zudem umfasst der Begriff auch die reproduktiven Prozesse und Funktionen in allen Lebensphasen, das Recht auf den Zugang zu Informationen und Methoden der Familienplanung und zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung. Ein essentieller Bestandteil ist auch die sexuelle Gesundheit.“

¹⁵⁸ Vgl.: Frauengesundheitsbericht, S. 252.

höchstens zwischen 10% bis 15% liegen, ein Eingriff nur dann erfolgen, wenn Mutter und/oder Kind gefährdet sein könnten, da es sich um eine große Bauchoperation mit allen damit einhergehenden Risiken (Thrombose, Infektion, Verwachsungen und jahrelange Wundschmerzen) handelt. In Grazer Sanatorien lägen die Kaiserschnitttraten hingegen zwischen 60-80%, ein Großteil der Geburten falle „personalschonend“ in die Zeit von Montag bis Freitag zwischen 8-15 Uhr. Auch für die ÄrztInnen und Sanatorien lägen finanzielle Systemanreize vor. Je weniger körperliche Kompetenzen und Informationen Frauen besäßen, desto weniger trauten sie sich eine Normalgeburt zu.

Aber auch die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes von Frauen durch Gewalt im Haushalt ist ein zusätzlicher zentraler Risikofaktor. Angenommen wird, dass jede fünfte bis zehnte Frau von Gewalt in der Familie betroffen ist.¹⁵⁹

Zu den häufigsten Krankheiten bzw. Todesursachen zählen bei Frauen (ebenso wie bei Männern) Herz-Kreislaufkrankungen (die aber im Durchschnitt später auftreten als bei Männern) und bösartige Neubildungen (weitaus am häufigsten Brustkrebs¹⁶⁰, gefolgt von Dickdarm- und Lungenkrebs). Noch wenig erforscht sei der Zusammenhang zwischen Stoffwechsel, Medikamentengebrauch und biologischen Unterschieden. Das kardiovaskuläre Risiko von Frauen steht mit psychosozialen Faktoren wie emotionalem Stress, mangelnder sozialer Unterstützung und Depressivität etc. in Verbindung, aber auch Diabetes mellitus und Übergewicht wirken sich negativ aus. Frauen erkranken fast doppelt so häufig an Depression (und „Angsterkrankungen“) als Männer und weisen auch eine stärkere Symptombelastung auf. Häufige Beschwerden¹⁶¹ von älteren Frauen (ab 60 Jahren) sind Rücken- und Kreuzschmerzen, Schlaf- und Kreislaufstörungen, Herzbeschwerden, Gelenk-, Nerven-, Muskelschmerzen, Wetterempfindlichkeit, Sehstörungen, Schwindel, Müdigkeit und Beinleiden.

Hinter den geschlechtsspezifischen Unterschieden verbergen sich häufig krank machende Lebensbedingungen von Frauen wie Mehrfachbelastungen durch Beruf, Kindererziehung, Haushalt, Partnerschaft, Pflege von Angehörigen und die Festlegung auf traditionelle Frauenrollen, die wenig Handlungs- und Erholungsspielräume ermöglichen. Ein Beispiel dafür sind alleinerziehende Elternteile, in der Praxis vorwiegend alleinerziehende Mütter.¹⁶² Die alleinige Verantwortung für Kinder, den Haushalt und ausreichende finanzielle Ressourcen führt zu psychischen Belastungen. Die notwendige Zeit für die Aufrechterhaltung, Organisation und Gestaltung des gemeinsamen Lebens, die Erwerbstätigkeit und die Arbeiten im Haushalt lässt wenig Raum für Erholung.

6.4.2 Erfahrungen in Graz

Diese allgemeinen geschlechtsspezifischen Befunde werden durch Grazer Gesundheitsinitiativen bestätigt. Betont wird vor allem die Wichtigkeit einer – von der Datenlage her

¹⁵⁹ Vgl.: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 208.

¹⁶⁰ Rund 40% der Erkrankten werden laut Frauengesundheitsbericht geheilt, zur Erhöhung dieser Quote werden vermehrtes Screening und verbesserte Abklärung, Therapie und Nachsorge angeregt.

¹⁶¹ Vgl.: Frauengesundheitsbericht, S. 276 f.

¹⁶² Wobei es unerheblich sei, ob der Elternteil ledig, geschieden, verwitwet ist oder ob im selben Haushalt oder räumlich getrennt in einer neuen Partnerschaft lebt. Vgl. Frauengesundheitsbericht, S.265 ff.

noch immer schwierigen - gendergerechten Sichtweise, wobei der differenzierte Blick auf Frauen auch eine andere Perspektive auf Männer ergebe und spezifische Belastungen und Ressourcen sowie potentielle Gegenstrategien deutlicher würden. Geschlechterbezogene Daten würden z.B. bei psychischen Krankheiten, altersspezifischen Risikofaktoren oder Gewalt unter Jugendlichen deutliche Unterschiede ergeben. Nach allen Erfahrungen seien Frauen auch wichtige MultiplikatorInnen im Gesundheitsförderungsbereich, sie nützten Angebote wesentlich häufiger, hätten zumeist bessere private soziale Netzwerke zur Unterstützung (Alleinerzieherinnen in Krisen kämen sonst kaum über die Runden) und übernahmen oft auch die Verantwortung für die Gesundheitsvorsorge für ihre Männer, wie es z.B. die Prostataavorsorgewerbung in der Kleinen Zeitung offenbare: „Schicken Sie Ihren Mann zum Arzt“.¹⁶³

Gesundheitliche Ungleichheit wird vom Frauengesundheitszentrum¹⁶⁴ beispielsweise bei der ungleichen Lebenswartung („*Reiche leben 6-7 Jahre länger bei Frauen, 7-12 Jahre bei den Männern*“), bei gesundheitsrelevanten Lebensstilen mit Schichtunterschieden beim Rauchen, bei Übergewichtigkeit oder bei der Gesundheit von Mädchen mit niedrigem sozioökonomischen Status und geringem Selbstbewusstsein, die über weniger Entscheidungsmöglichkeiten verfügten, diagnostiziert. Auch die Nutzung psychotherapeutischer Angebote sei schichtabhängig, bei ärmeren Frauen bestünden viele Probleme gleichzeitig, dass zunächst sozialarbeiterisch eingegriffen werden müsse, um gravierende existenzielle Probleme zu lösen, eine Therapie sei erst in weiterer Folge möglich. In diesem Zusammenhang wird kritisch angemerkt, dass es zwar „*toll ist, wenn Frauen gut beraten und damit beweglicher werden, wichtiger ist es aber oft, ihre Lebensdeterminanten zu ändern, sie z.B. zu ermutigen, den Hauptschulabschluss nachzumachen.*“¹⁶⁵

Auch im Stadtteilprojekt „Gesunder Bezirk Gries“ werden gesundheitliche Nachteile ärmerer Frauen wie höhere Krankheitsraten, mehr psychosomatische Erkrankungen und ein „*schlechteres*“ Gesundheitsverhalten im Alltag beobachtet. Das persönliche Wohlbefinden, das laut Medizinsoziologie zu 80% den Gesundheitszustand bedinge und daher „*Anker der Gesundheitsförderung*“ sein müsse, leide unter den vielfachen Belastungen dieser Frauen. Sie würden den öffentlichen Raum weniger nutzen, tendierten dazu, eher im Haus zu bleiben, gingen weniger in Vereine, besonders bei ärmeren älteren Frauen leide auch die „*soziale Gesundheit*“ an den Isolationstendenzen, was zu Altersdepression etc. führen könne. Zu beobachten sei ferner ein übermäßiger Tablettenkonsum.

Eine besonders benachteiligte und schwer erreichbare Zielgruppe sind Sexarbeiterinnen. Die Prostitutionsgesetzgebung in der Steiermark sieht wöchentliche Untersuchungen auf ansteckende Krankheiten vor, die zuständige Stelle in Graz verweist aber auf die hohe Fluktuation der offiziell registrierten Frauen, die derzeit zu 90% aus Osteuropa kommen. Sie würden von Stadt zu Stadt geschickt, seien oft maximal zwei Wochen am selben Ort, was stabile Betreuungsbeziehungen erschwere.

¹⁶³ Frauen stellen rund 80% der im Gesundheitsbereich Tätigen, sind aber unterrepräsentiert in höheren Ebenen.

¹⁶⁴ Information zu Angeboten und Projekten des Frauengesundheitszentrums: www.fgz.co.at

¹⁶⁵ Ein erfolgreiches Gesundheitsförderungsprojekt sei diesbezüglich „MIA“ (Mütter in Aktion) in Rottenmann und Leibnitz mit Müttercafés und Hausbesuchen und entwickelten Projekten wie einer Website mit Angeboten für Schwangere, einem Kleinkinderspielplatz, einem Treffpunkt für Mütter usw. gewesen.

6.4.3 Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Aus allen diesen Zusammenhängen zwischen Geschlecht, Lebenslagen, Belastungen und Ressourcen sowie der Anfälligkeit für bestimmte Erkrankungen ergibt sich beinahe zwingend, geschlechtsspezifische Unterschiede in der kommunalen Gesundheitsförderung und –politik, in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation zu berücksichtigen. Zugleich erscheint es unabdingbar, Gleichstellungsmaßnahmen auf struktureller Ebene (Ausbildung, Beruf, frauen-, familien- und kinderfreundliche Arbeitsplatzgestaltung, Verantwortung für Familie etc.) zu setzen.

Ein aufsuchender Ansatz, um besonders benachteiligte Mädchen und Frauen aus diversen Zielgruppen (erwerbsferne und arbeitslose Frauen jeglichen Alters, Alleinerzieherinnen, Sozialhilfebezieherinnen, Bewohnerinnen sozialer Brennpunkte wie Gemeindebauten und Übergangswohnungen, Migrantinnen, weibliche Mitarbeiterinnen in Niedriglohnbranchen) stellt dabei eine Strategie dar, um sie direkt anzusprechen, Barrieren gegenüber herkömmlichen Instrumenten abzubauen, ihre Gesundheitskompetenzen zu fördern, um selbstbestimmt und selbstbewusst Entscheidungen treffen zu können und neue Handlungsspielräume (z.B. bei der Ausbildungs- und Berufswahl) zu gewinnen. Als notwendig hierfür erachtet werden Kooperationen mit anderen Partnern (z.B. Verhütung bzw. Sexualkunde mit Migrationsvereinen oder Schwerpunkt-schulen) und eine Öffentlichkeitsarbeit, die dazu geeignet ist, Mädchen- und Fraueninteressen in allen Politikbereichen entsprechend zu platzieren und auch gesundheitspolitische Strukturveränderungen *„von der Reparaturmedizin zur Gesundheitsförderung“* anzustoßen. Dazu zählen nachgehende Angebote für schwangere Frauen und junge Mütter aus benachteiligten Verhältnissen, Hausbesuche in benachteiligten Familien, Maßnahmen zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit, um eine gezielte Kompetenzstärkung (health literacy) für eigenständige gesundheitliche Entscheidungen zu bewirken. Auch eine Aufwertung von Selbsthilfegruppen sowie eine geschlechtersensible Ausbildung und Fachkompetenz in allen Gesundheitsberufen sind zu empfehlen.

FACTBOX SOZIAL BENACHTEILIGTE FRAUEN

Frauen haben zwar eine höhere Lebenserwartung, weisen aber einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Geschlechtsspezifische Unterschiede hängen vor allem mit dem geringeren sozioökonomischen Status von Frauen zusammen, der vor allem mit Benachteiligungen am Arbeitsmarkt, geringeren Einkommen und Mehrfachbelastungen in Zusammenhang steht. Alleinerziehende, Migrantinnen oder Mindestpensionistinnen sind besondere Risikogruppen.

Frauen erkranken wesentlich häufiger an Depressionen als Folge von krankmachenden Lebensumständen, Stress, traditionellen Aufgabenverteilungen, wenig Unterstützung sowie geringen Erholungs- und Handlungsspielräumen. Bei „ärmeren“ Frauen verhindern gravierende existentielle Probleme auch die Nutzung psychotherapeutischer Angebote.

Ein niedriger sozioökonomischer Status wirkt sich auch nachteilig auf die Familienplanung (ungewollte Schwangerschaften), Komplikationen in der Schwangerschaft und nach der Geburt, auf Übergewichtigkeit sowie ungesunde Lebensweisen insgesamt aus.

Eine besondere Zielgruppe sind junge Mädchen, die weder in Ausbildung noch im Beruf stehen, sich vom Arbeitsmarkt entfernt haben, und bei denen Teenagerschwangerschaften besonders häufig sind. Die GKK bietet seit wenigen Jahren eine Geburtsvorbereitungs- bzw. Beratungsmaßnahme (in Kooperation mit diversen, auch muttersprachli-

chen Einrichtungen) an (ebenso wie Ernährungskurse für Schwangere), allerdings sei es schwierig, diese Zielgruppe zu erreichen. Aufsuchende Strategien in Gemeindewohnungen und Übergangswohnungen, in Schulen oder Berufsorientierungs- und Berufsvorbereitungskursen des AMS, in Zentren der offenen Jugendarbeit oder über die Jugendsozialarbeit können diese Zugangsprobleme überwinden helfen.

6.4.4 Gastbeitrag Grazer Frauengesundheitszentrum

Sozial benachteiligte Frauen, etwa Alleinerzieherinnen, Migrantinnen und Frauen, die Mindestpension erhalten, haben ein höheres Krankheitsrisiko und empfinden ihren Gesundheitszustand als schlechter. Sie nehmen Gesundheitsleistungen geringer in Anspruch, gehen seltener zur Vorsorgeuntersuchung. Zentrale Maßnahmen, um die Gesundheit dieser Frauen und Mädchen zu verbessern, sind der Abbau von sozialer Ungleichheit und die Verringerung der (auch kulturellen) Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen. Dafür sind zielgruppenspezifische, niederschwellige Angebote nötig

Das Grazer Frauengesundheitszentrum ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein zur medizinischen, psychologischen und sozialen Beratung, Begleitung und Stärkung von Frauen und Mädchen. Im Sinne des Empowerment bietet es Kurse, Vorträge, Fortbildungen, Beratungen Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, eine Bibliothek und eine umfangreiche Website. Es führt Projekte durch und sensibilisiert mittels Öffentlichkeitsarbeit, Kooperationen, Vernetzung und Politikberatung für das Thema Frauengesundheit. Als Interessenvertretung verleiht es Frauen eine Stimme und verschafft Gehör. Ziel ist, Strukturveränderungen zu erreichen für ein geschlechtergerechtes Gesundheitssystem.

Die Lebenswelten von Frauen und Determinanten von Frauengesundheit

Der Gesundheitsbegriff des Frauengesundheitszentrums ist ein ganzheitlicher: Wie gesund wir uns fühlen, ist davon abhängig, wie wir leben, lieben und arbeiten. Neben dem Geschlecht beeinflussen sozioökonomische Determinanten wie Bildung, Einkommen, Sozialprestige, Lebenswelt (Stadt/Land), Kultur, soziale Integration und soziale Netzwerke signifikant die Gesundheit. So leben etwa Österreicherinnen mit Hochschulabschluss durchschnittlich fast drei Jahre länger als Frauen mit Pflichtschulabschluss. Der Fachbeirat Frauengesundheit der Gesundheitsplattform des Landes Steiermark hat 2010 darauf hingewiesen, dass Einsparungen im Gesundheits- und Sozialsystem besonders Gruppen treffen, die bereits benachteiligt sind. Die Frauen und Mädchen, die im Frauengesundheitszentrum Rat und Unterstützung suchen, sind höchst vielfältig – „die Frau“ gibt es nicht. Deshalb sind auf den Broschüren des Frauengesundheitszentrums auch stets mehrere, unterschiedliche Frauen und Mädchen zu sehen. Vielfalt als Wert immer wieder sichtbar zu machen, ist ein Mittel, Frauen und ihre Gesundheit zu stärken. Der Österreichische Frauenbericht betont außerdem: „Das Sichtbarmachen der Diversität der KlientInnen und PatientInnen des Gesundheits- und Pflegesystems stellt einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung des Gesundheitswesens dar.“

Gemeinsam gegen Benachteiligung

Die Beraterinnen im Frauengesundheitszentrum erfahren immer wieder, dass gerade sozial benachteiligte Frauen mit weit mehr als einem Problem zu kämpfen haben. Etwa im Fall einer Frau, die nur wenig Deutsch spricht, unter gesundheitlichen Problemen lei-

det, gerade ihren Arbeitsplatz verloren hat und sehr niedergeschlagen ist. Hier kommt neben den Angeboten im Frauengesundheitszentrum selbst auch Weiterverweisen Bedeutung zu, etwa zu einer juristischen Beratung oder der Schuldnerberatungsstelle. Vernetzung und Zusammenarbeit über Fachbereiche hinweg ist wichtig, um sozial benachteiligten Frauen und Mädchen in Graz effektiv helfen zu können. So berät etwa eine Mitarbeiterin des Frauengesundheitszentrums mehrmals pro Jahr Gruppen von jeweils rund zehn Mädchen bei Jugend am Werk zu den Themen Verhütung und Sexualität. Diese jungen Frauen haben häufig Migrationshintergrund, Pflichtschulabschluss und keine Ausbildungsstelle. In den Gesprächen zeigt sich nicht nur, dass die Mädchen kaum über ihren Körperbau, körperliche Veränderungen, ihre Rechte und über Möglichkeiten der Verhütung Bescheid wissen. Es zeigt sich auch, dass keine von ihnen eine Beratung nützen würde, für die sie einen Termin vereinbaren und einhalten müsste. Das aufsuchende Angebot nehmen sie hingegen gerne an.

Kooperationen dieser Art sind erfolgreich, aber nicht ausreichend. Gesundheit ist laut der Weltgesundheitsorganisation als Querschnittmaterie in allen Politikbereichen umzusetzen. Die systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung der AkteurInnen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen in Graz wäre wünschenswert. Denn sie brauchen Kompetenzen, um Frauengesundheit und Gender-Mainstreaming in Politiken und Programme umzusetzen und übersektorale Zusammenarbeit zu praktizieren. Auch Respekt ist ein Thema! Noch immer passiert es, dass sozial benachteiligte Frauen und Mädchen in Ämtern, Praxen und Kliniken erst zu ihrem Recht und einer verständlichen Auskunft kommen, wenn sie von einer Mitarbeiterin des Frauengesundheitszentrums begleitet werden.

Wissen macht stark und gesund

Gesundheitsinformation, ob gesprochen, gedruckt oder im Internet, soll unabhängig, verständlich und anschaulich sein – nicht nur, aber gerade auch für sozial benachteiligte Gruppen. Das Frauengesundheitszentrum bietet „Leichter lesen“-Broschüren an. Es verlinkt auf seiner Website außerdem mehrsprachiges Material, um auf Informationen für Migrantinnen und MultiplikatorInnen aufmerksam zu machen. Häufig fehlt den Frauen und Mädchen aber bereits das Wissen, wo verlässliche Information zu finden ist und welche gesundheitsförderliche Angebote es gibt beziehungsweise wie man nach ihnen suchen kann. Das Frauengesundheitszentrum hat deshalb 2007 begonnen, Kompetenztrainings anzubieten und führt derzeit das Projekt Health Literacy durch.

Um Gesundheitskompetenz erfolgreich zu vermitteln empfiehlt es sich, zielgruppenspezifisch zu arbeiten, die Frauen selbst zu beteiligen und vielfältige Aspekte ihrer Lebenswirklichkeit zu beachten. Darauf gründet etwa der nachhaltige Erfolg des Gesundheitsförderungsprojektes MIA – Mütter in Aktion, welches das Frauengesundheitszentrum von 2007 bis 2010 in den Bezirken Leibnitz und Liezen durchführte. Schwangere Frauen und Mütter von Babys wurden ermutigt und unterstützt, in ihren Gemeinden aktiv zu werden. Durch Müttercafés und Hausbesuche konnten sozial benachteiligte Frauen gut erreicht werden. Early Childhood Intervention – etwa Hausbesuche in Kooperation mit Hebammen, Sozialarbeiterinnen, ÄrztInnen – wäre auch für Graz ein Weg, Frauen, Kindern und Familien spätere Schwierigkeiten sowie der Stadt Folgekosten zu ersparen. Denn mit der Geburt eines Kindes verändert sich viel für eine Frau und ihre Familie. Frauen berichten von Unsicherheiten, etwa in Bezug auf Ernährung und Schlaf des Babys, traumatische

Geburtserlebnisse, Veränderungen in der Partnerschaft, Bedürfnisse anderer Familienmitglieder. Der Einsatz rechnet sich: Wer soziale Ungleichheit abbaut, fördert damit direkt die Gesundheit der Bürgerinnen.

Felice Gallé

6.5 Ältere Menschen

6.5.1 Lebensqualität und Gesundheit im Alter

Ein längeres Leben durch steigende Lebenserwartung ist nicht unbedingt mit einem längeren gesunden Leben gleichzusetzen, oftmals erfordern Krankheiten, chronische Beschwerden und Behinderungen eine Unterstützung in der täglichen Lebensführung oder im schlimmsten Fall eine ständige Pflege.¹⁶⁶ Ob sich ältere Menschen in ihrer Selbsteinschätzung eher gesund oder krank fühlen, hängt oft von ihrem sozialen Status ab, mit dem mehr oder weniger Handlungsspielräume – finanziell oder durch vorhandene Netzwerke – verbunden sind. In den Alterswissenschaften wird neben einem Defizitmodell, das von einem ständigen Leistungsabfall ausgeht, das Modell eines „kompetenten Älterwerdens“, das auf Fähigkeiten, Fertigkeiten und Voraussetzungen für ein möglichst langes selbständiges, selbstverantwortliches und sinnerfülltes Leben fokussiert, immer zentraler. Entscheidend für den Gesundheitszustand und die Konstitution im Alter sind Belastungen und Bewältigungsressourcen, der Lebensstil aus jüngeren Jahren (inkl. Faktoren wie Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel) sowie individuelle und familiäre Reaktionsmöglichkeiten (Gesundheitsvorsorge, -behandlung und Rehabilitation) auf Einschränkungen bzw. häufige Gesundheitsbedrohungen im Alter wie Demenzerkrankungen, Osteoporose, Inkontinenz, Parkinson-Krankheit und chronische Krankheiten und Beschwerden (erhöhter Blutdruck, Erkrankungen der Gelenke, Diabetes, Gefäßstörungen an den Beinen). Die Herzinsuffizienz ist bei Menschen über 65 Jahren die häufigste Einweisungsdiagnose ins Krankenhaus, etwas häufiger bei Frauen als bei Männern.¹⁶⁷ Hauptsächliche Risikofaktoren sind Diabetes mellitus, Bluthochdruck sowie Auswirkungen von Schwangerschaften und emotionalem Stress bei Frauen, bei Männern koronare Herzkrankheit.

Als zentral wichtige Bereiche für die Lebensqualität bzw. das Wohlbefinden im Alter gelten soziale familiäre als auch außerfamiliäre Beziehungen, Einstellungen und Werte, Wohnen und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten etc. Soziale Beziehungen im Alter, mit dem/der PartnerIn, mit Kindern, Enkelkindern, Geschwistern, FreundInnen, Nachbarn u.a.m., sind zentral für die soziale Integration und das individuelle Wohlbefinden und für Unterstützung im Bedarfsfall. Häufig werden diese sozialen Netzwerke durch den Tod des/r PartnerIn, von Familienmitgliedern sowie von FreundInnen, Vertrauenspersonen und Bekannten beeinträchtigt. Gänzliche Isolation und damit soziale Exklusion kann eine langfristige Folge sein, wenn es nicht gelingt, Kontakte aufrechtzuerhalten oder neue Kontakte zu knüpfen. Davon sind wegen ihrer höheren Lebenserwartung vor allem Frauen betroffen. In Österreich verfügen zwei Drittel der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren

¹⁶⁶ Vgl. dazu und im Folgenden: Frauengesundheitsbericht, S. 276 ff.

¹⁶⁷ Vgl. Frauengesundheitsbericht, S. 100.

über einen (Ehe-) Partner, im Alter von 75 bis 79 Jahren ein Drittel, mit 85 nur mehr 10%. 90% der Frauen zwischen 60 und 64 Jahren haben mindestens ein Kind bzw. Enkelkind. Mehr als 70% der Frauen ab 60 Jahren sind Großmütter.¹⁶⁸ Oft sorgen die Frauen auch für die Pflege und Betreuung ihrer Partner. Eine nach vielen Untersuchungen in hohem Ausmaß von sozialer Exklusion bedrohte Gruppe sind aber auch armutsgefährdete ältere Männer, die oft kaum mehr über familiäre oder freundschaftliche Kontakte verfügen.

Wie bereits dargestellt, verschlechtert sich der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand mit dem Alter. Gaben in Städten über 100.000 EinwohnerInnen rund 9% der Bevölkerung im Erwerbsalter einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand an, waren es ca. 21% der Bevölkerung im Pensionsalter (65+). 60% dieser Altersgruppe bezeichnen sich als chronisch krank, 25% als stark beeinträchtigt durch eine Behinderung/Krankheit und 15% beziehen eine Invaliditätspension. Generell nehmen Beschwerden mit steigendem Alter zu. Altersspezifische gesundheitliche Beeinträchtigungen schwächen sozioökonomisch bedingte Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand etwas ab. Umgelegt auf die derzeitige Bevölkerung kann in Graz von ca. 6.300 älteren Personen ab 65 Jahren ausgegangen werden, die ihren Gesundheitszustand als (sehr) schlecht bezeichnen. Hinzuweisen ist dabei aber darauf, dass Menschen in Pflegeanstalten und Krankenhäusern sowie Übergangswohnungen nicht berücksichtigt sind und damit der Anteil von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen unterschätzt ist.

6.5.2 Erfahrungen in Graz

Zielgruppe einer kommunalen Gesundheitsförderung sind vor allem jene älteren Menschen, die noch weitgehend selbständig zu Hause leben und deren umfassendes Wohlbefinden soweit gesichert und unterstützt werden soll, dass dies noch möglichst lange möglich ist. Vor allem Personen mit einer geringen Pension sind auf öffentliche Angebote zur Aufrechterhaltung ihrer Lebensqualität und Selbständigkeit angewiesen, um möglichst lange selbständig leben und geistig und körperlich beweglich bleiben zu können. Dazu gehören besonders Frauen über 65, die nach Erfahrung des Frauengesundheitszentrums zu drei Viertel allein leben und etliche „kranke“ Jahre vor sich haben, nachdem sie zunächst ihre Männer gepflegt haben.

Soziale benachteiligte Ältere leben nach Erfahrung einer Altenbetreuungseinrichtung, die ihre Angebote (Heimhilfe, Altenhilfe, Hauskrankenpflege) preislich so gestaltet, dass sie auch von sozial Benachteiligten genutzt werden können, oft in sehr „kargen Wohnsituationen“ und seien bemüht, „möglichst wenig Leistungen in Anspruch zu nehmen.“ „Wirklich Arme“ am Existenzminimum, in Kellerwohnungen und sonstigen Substandardwohnungen würden auch kostengünstige Dienstleistungen kaum nutzen bzw. vieles als „natürlichen“ und nicht abwendbaren Prozess hinnehmen. Sie hätten kaum Informationen über Angebote und seien „arm an Ressourcen und Informationen.“

Diverse „Altenstudien“ und Erfahrungen von Betreuungseinrichtungen manifestieren sehr reduzierte Interessensgebiete und eine „erschreckend hohe Priorität für das Fern-

¹⁶⁸ Vgl. dazu: Frauengesundheitsbericht, S. 276 ff.

sehen im Alltag“, die Zeit mit dem Fernseher könne als „Ersatz für Welt“ angesehen werden, Gruppenangebote rangierten in der Wichtigkeit oft weit abgeschlagen. Der Rückzugstendenz zu begegnen sei eine schwierige Aufgabe, für die es auch in der Altenbetreuung und in der Selbsthilfebewegung noch kaum eine Antwort gäbe. Viele kämen nicht mehr aus ihrer Isolation und würden sich schwer tun, in eine Gruppe zu gehen, einzelne Menschen würden als Alternative einen Anstaltsplatz mit Argumenten wie, „*ich will ins Krankenhaus, da bin ich nicht so allein*“, bevorzugen. Die „*soziale Armut im Alter*“ bzw. das „*Rausfallen aus sozialen Netzen*“ beginne oft nicht erst beim Pensionseintritt, sondern schon früher. Der Pensionseintritt fungiere für viele als deutlich wahrnehmbare „*Schnittstelle der gesellschaftlichen Entwertung, wo man nicht mehr gebraucht*“ werde. Zuerst verhindere der Beruf soziale Aktivitäten oder die Aufrechterhaltung oder Pflege außerberuflicher Interessensfelder, später seien u.U. die Ressourcen und Kompetenzen nicht mehr ausreichend. Langsam nehme das Selbstvertrauen ab, Bekanntschaften knüpfen, pflegen oder erhalten zu können, das Gefühl „*ich traue mir das nicht zu*“ nehme überhand. Mit dem „Pensionsschock“ gehe auch die Gefahr von Depressionen und vermehrtem Alkoholkonsum einher, wobei Frauen „*mehr Lebensklugheit und Anpacken*“ konstatiert wird, Männer seien „*unbeholfener, starrer und selbstmitleidiger*.“ In Selbsthilfegruppen von Personen mit psychischen Erkrankungen seien viele in Frühpension und/oder verfügten über wenig Geld. Vor allem bei ihnen gehe es darum, nicht aus sozialen Netzwerken zu fallen, sich nicht zurückzuziehen, neue Bindungen jenseits von Familie und Nachbarschaft zu suchen und das Gefühl zu bewahren, dass noch jemand interessiert sein könne an der eigenen Person.

6.5.3 Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Insgesamt leben im Jänner 2011 etwa 24.000 Männer (4.000 davon bereits 80 Jahre und älter) und 34.500 Frauen (davon 9.000 über 80 Jahre) im Alter ab 60 Jahren in Graz, was einem Bevölkerungsanteil von ca. 22% entspricht. Der Frauenanteil bei den über 60-Jährigen von 59%, bei über 80-Jährigen von 70% verweist auf die Notwendigkeit spezieller Angebote für ältere Frauen. Ein Großteil der Gesundheitsausgaben für Ältere entfällt allgemein auf die Krankenversorgung und Pflege, wobei besonders der stationäre Sektor ins Gewicht fällt.¹⁶⁹ Da gleichzeitig traditionelle Familiennetze, die noch immer für einen Großteil der Pflegeleistungen aufkommen, durch unterschiedliche Gründe (zunehmende Mobilität, Berufstätigkeit, Wandel traditioneller Strukturen, Individualisierung) brüchiger werden, wird die Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Alter als eine der großen zukünftigen gesundheitspolitischen Herausforderungen bezeichnet. Die Förderung der Lebensqualität und Autonomie bis ins hohe Alter sei nicht nur individuell, sondern auch volkswirtschaftlich relevant. Vor allem Sozialhilfeverbände und damit Kommunen könnten dadurch profitieren.

¹⁶⁹ Vgl. dazu: Modellprojekt „Integriertes Gesundheitsmanagement für ältere Menschen in zwei Regionen in der Steiermark“. Abschlussbericht. Erstellt von Martin Sprenger, Medizinische Universität Graz, Juni 2006. Aus unterschiedlichen Studien könne durch geeignete präventive und gesundheitsförderliche Programme das Risiko einer Pflegebedürftigkeit um 24%, jenes einer Pflegeheimweisung um 34% reduziert werden.

Aus gesundheitsförderlicher Perspektive stellt sich damit die Aufgabe, nach Möglichkeiten „gesunden Alterns“¹⁷⁰ ohne Verringerung des Selbstwertgefühls zu suchen. Als zentral dabei gilt es, Treffpunkte anzubieten, wo auch ein „selbstorganisiertes, nicht konsumorientiertes“ Zusammenkommen möglich ist, wo die „Lebenslust angesprochen und positive Perspektiven entwickelt“ und „wo man mit Freude hingehen kann und Kontakte als bereichernd erlebt“ werden können. Werde das erreicht, wirke das gesteigerte Wohlbefinden auch auf somatische Beschwerden zurück. In diesem Zusammenhang seien auch Angebote für Angehörige von Betreuungsbedürftigen oder Fachkräfte mit Spezialausbildungen für Demenzerkrankte¹⁷¹ wie etwa Validation wichtig. Neben verschiedenen, nicht nur medizinisch und pflegerisch ausgerichteten, sondern auch haushalts- und freizeitorientierten Altdiensten besitzen betreute Wohnmöglichkeiten und Kleinheime mit einer Pflege des Gemeinwesens einen zentralen Stellenwert, betreute Wohnungen ohne Gemeinwesenstruktur, wo lediglich „Ältere deponiert würden“, hingegen seien „reiner Etikettenschwindel.“ Ein Positivbeispiel sei das generationenübergreifende Wohnen in der Elisabethinengasse vom Verein WIKI.

Weitere Möglichkeiten liegen im gemeinwesenorientierten Quartiermanagement bzw. in Stadtteilzentren mit Werkstätten, Kreativangeboten und einem hohen Grad an Selbstorganisation. Solche kleinräumigen Begegnungszentren könnten als Dreh- und Angelpunkt vieler Menschen mit niederschwelligem Zugang „für alle“ (ob reich oder arm) dienen.¹⁷² Auch die gemeinschaftliche und generationenübergreifende Nutzung von Hinterhöfen als Spielplätze, Ruheoasen oder Gemeinschaftsgärten vor allem in den Gründerzeitvierteln der Stadt wird als diesbezügliche Möglichkeit bezeichnet.

In einem Wiener Projekt wurde aufgezeigt, dass die Informiertheit über das Geschehen im Wohnumfeld sowie die Qualität der sozialen Netzwerke entscheidend zur Erzeugung von Lebensqualität beitragen. Die Erweiterung der sozialen Kontakte sowie der Zuzug an Information über Gesundheitsfragen, Freizeitmöglichkeiten und soziale Leistungen unterstreicht die Bedeutung von „einem Öffnen und Offenhalten von Möglichkeitsräumen – in welcher Form auch immer diese dann von den einzelnen gelebt bzw. ausgestaltet werden.“¹⁷³

Insgesamt wird es auch als notwendig erachtet, bestehende Einrichtungen zu verknüpfen, Angebote untereinander zu bewerben und die Information über verschiedenste MultiplikatorInnen zu streuen.

Strategisch müsste auch eine aufsuchende Altenarbeit ausgebaut werden, die bislang zum Teil von Pfarren verfolgt werde, diesbezüglich sollten Kooperationen mit allen Stellen und Institutionen, die für Ältere von Relevanz sind, gesucht werden.

¹⁷⁰ Zum Beispiel kann das Wohlbefinden auch durch Fehlernährung im Zusammenhang von Appetitlosigkeit und Medikation oder durch Mundgeruch beeinträchtigt sein.

¹⁷¹ In der Steiermark sind 2011 etwa 16.000 Demenzerkrankte registriert. Vgl. Megaphon. Straßenmagazin und soziale Initiative. September 2011, S. 8 f.

¹⁷² Als Beispiel wurde das „Spektral“ am Lendkai mit seinen unterschiedlichen Angeboten genannt.

¹⁷³ Vgl. dazu: Christoph Reinprecht: Aktiv ins Alter. Ein Projekt der Stadt Wien. Ergebnisse und Perspektiven. Anregungen für die Gesundheitsförderung in der Großstadt. Wien 2005.

So könnten Maßnahmen für sozial benachteiligte armutsgefährdete ältere Menschen, besonders für alleinlebende Frauen, in Kooperation mit dem Sozialamt (ältere SozialhilfebezieherInnen), dem Geriatrischen Krankenhaus der Stadt Graz (Bekannte der KlientInnen), der Marienambulanz, Träger von Altenbetreuungsangeboten und haushaltsnahen Dienstleistungen (SBZ, Volkshilfe, Hilfswerk, Caritas etc.), der Pensionsversicherungsanstalt (AusgleichszulagenbezieherInnen bzw. BezieherInnen niedriger Pensionen) entwickelt und umgesetzt werden. Grundlegend sei es aber, bei den Lebensverhältnissen anzusetzen, Ältere vermehrt ins gesellschaftliche Leben zurückzuholen, ihre Fertigkeiten und Fähigkeiten zu nutzen und Aktivitäten in Familien, der Nachbarschaft und Vereinen solange wie möglich zu unterstützen.

FACTBOX ÄLTERE MENSCHEN

Rund 21% der Menschen ab 65 Jahren geben einen schlechten Gesundheitszustand an. In Graz sind das rund 6.300 Personen. 60% in dieser Altersgruppe bezeichnen sich als chronisch krank, 25% als beeinträchtigt durch eine Krankheit oder Behinderung.

Wichtig für das Wohlbefinden in Alter sind ausreichende soziale Kontakte, auch um möglichst lange selbständig leben zu können. Vor allem ältere Frauen und armutsgefährdete Männer sind oft von sozialer Isolation bedroht. Ein „kompetentes“, selbständiges und sinnerfülltes Älterwerden wird auch durch Rückzugstendenzen und reduzierte Interessen beeinträchtigt.

Ältere Menschen am Existenzminimum nehmen kostengünstige Unterstützungsangebote kaum in Anspruch, oft fehlen ihnen auch entsprechende Informationen.

6.5.4 Gastbeitrag Neue Lebensräume

Die gemeinnützige, überparteiliche Neue Lebensräume GmbH wurde 2006 gegründet und ist mittlerweile der größte Anbieter für Betreutes Wohnen für Seniorinnen und Senioren steiermarkweit. Gesellschafter sind die gemeinnützigen Vereine SMP „Sozialmedizinischer Pflegedienst, Hauskrankenpflege Steiermark“ und das SBZ „Sozial- und Begegnungszentrum“, die seit 30 Jahren in den Bereichen Betreuung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen, Selbsthilfe, Ehrenamt, Stadtteilarbeit etc. tätig sind. Jahrelange Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Menschen wurden so in der jungen gemeinnützigen Organisation Neue Lebensräume gebündelt.

Oberstes Ziel ist es, innovative, altersgerechte, qualitätsgesicherte und zukunftsorientierte betreute Wohnformen auf Gemeindeebene umzusetzen. Ausgewählte Ziele der WHO aus der Agenda „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ werden so insbesondere auf Basis der Stärkung der Eigenkompetenz der Seniorinnen und Senioren und in enger Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und dem unmittelbaren Lebensumfeld der BewohnerInnen verwirklicht. Die BewohnerInnen des Betreuten Wohnens sind selbstbestimmt und eigenverantwortlich. Sie bestimmen daher ihren Tagesablauf selbst und gestalten diesen mit Unterstützung der BetreuerInnen aktiv mit. Die individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der BewohnerInnen und die Schaffung einer familiären Atmosphäre stehen im Vordergrund. Entsprechend der salutogenetischen Sichtweise sind nicht Fragen nach den Ursachen einer Einschränkung, sondern die Orientierung an den Ressourcen und Möglichkeiten wichtig:

- *Wo liegen die gesunden Fähigkeiten des/der BewohnerIn?*
- *Wie kommt sie/er mit einer allfälligen Einschränkung zurecht?*
- *Wie verändert die Einschränkung ihren/seinen Alltag?*

Durch professionelle Unterstützung, Beratung und Begleitung werden vorhandene Fähigkeiten erhalten und gefördert, die soziale Integration in der Gemeinschaft und das körperliche und seelische Wohlbefinden verbessert sowie die Abhängigkeit von Betreuungspersonen minimiert. Dies führt wiederum zur Verbesserung/Erhaltung der Lebensqualität. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, Beratung und Schulung der betreuten Menschen, Angebot und Durchführung aktivierender und motivierender Maßnahmen sind dabei wesentliche Elemente der Tätigkeit im Betreuten Wohnen. Umfang und Qualität der Betreuung stehen immer auch im Dienste der Lebensqualität, wie sie von den Betroffenen selbst definiert wird. Die BewohnerInnen des Hauses haben die Möglichkeit, in angebotenen Aktivitäten einen Sinn zu finden. Sie unterstützen sich gegenseitig, es entstehen soziale Netzwerke.

In Graz verfügen derzeit ca. 60% der BewohnerInnen des Betreuten Wohnens der Neuen Lebensräume über ein Einkommen unter € 800.-, steiermarkweit sind es sogar 76%. Durch Förderungen ist Betreutes Wohnen eine ideale Möglichkeit auch für einkommensschwächere Menschen, in einem geschützten Rahmen älter zu werden, sich sozial zu integrieren und gesünder zu bleiben bzw. wieder gesünder und damit wieder selbstständiger zu werden. Ergänzende Angebote zum Betreuten Wohnen für ältere Menschen sind Wohngemeinschaften, in welchen auch Menschen mit größerem Betreuungsaufwand selbstbestimmt leben können (derzeit die Wohngemeinschaft Lechgasse) und Tagesbetreuungen.

Ehrenamtliche Tätigkeit, unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsförderung und sozialer Netzwerke, vermittelt älteren Menschen einen Sinn im Leben, hält sie fit und gesund. Aufbau bzw. die Unterstützung bereits bestehender Strukturen in diesem Bereich ist daher ein wesentlicher Teil der Arbeit mit älteren Menschen (Besuchs- und Begleitedienste, Talente Tauschbörse, Oma- Opa Dienst, Jung und alt, SeniorInnenvernetzungstreffen etc.); dadurch können auch einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Wünschenswert ist auch in diesem Bereich die Unterstützung durch die öffentliche Hand, z.B. Finanzierung von Infrastruktur, Haftpflichtversicherung für Ehrenamtliche, Aufwandsentschädigungen etc. Präventive Hausbesuche sind eine weitere Möglichkeit der Gesundheitsförderung für einkommensschwächere Ältere - sie werden in ihrer häuslichen Umgebung besucht und beraten, Risikofaktoren und Erkrankungen werden frühzeitig erkannt. Die Hausbesuche führen zur Intervention bei bestehenden Risikofaktoren (wie z.B. „Stolpersteinen“ im häuslichen Bereich) und Erkrankungen sowie zur gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils und der Lebenslage.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Alter, Gesundheit und sozialer Ungleichheit lässt sich immer wieder feststellen, dass sich die soziale Ungleichheit im Alter verringert. Unterschiede lassen sich jedoch im Zusammenhang mit der Lebensbiografie beobachten. Rückzug, Einsamkeit, einseitige Ernährung, Flüssigkeitsmangel, unkontrollierte Einnahme der Medikamente sind wesentliche Risikofaktoren für einkommensschwächere Ältere. Einkommensschwächere Ältere gehen öfter zum/zur praktischen Arzt/Ärztin, aber weniger oft zu Fachärzten. Sie wissen weniger oft Bescheid über Ansprüche und Möglichkei-

ten des Gesundheitssystems, sie beziehen ihre Informationen größtenteils über Massenmedien. Im Betreuten Wohnen besteht die Möglichkeit, diese Unterschiede auszu gleichen und individuelle Maßnahmen zu setzen.

Beatrix Hackhofer

6.6 MigrantInnen

6.6.1 Zuwanderung als Bereicherung oder Belastung?

Wie in anderen Städten auch ist in Graz die Zuwanderung ein Faktum, das einerseits nicht zu übersehen ist, andererseits viel zu oft ausschließlich aus dem Blickwinkel der Bedrohung und nicht aus jenem der Bereicherung diskutiert wird. Übersehen werden oft die enormen Integrationsleistungen von MigrantInnen, denen unter „den Voraussetzungen einer ‚Aufnahmegesellschaft‘, die nur sehr marginal über interkulturelle solidarische Kompetenz verfügt, sondern vielmehr strukturell tief verankert diskriminatorischen Druck ausübt,¹⁷⁴ der Aufstieg in die Mittelschicht gelingt. Ohne Zuwanderung würden viele Bereiche der Wirtschaft vor schwerwiegenden Problemen stehen, MigrantInnen zahlen Steuern und Beiträge zu Sozialversicherungssystemen, gleichwohl aber sind Benachteiligungen in unterschiedlichen Lebensbereichen nach wie vor kennzeichnend. So haben sie z.B. Schwierigkeiten am Arbeits- und Wohnungsmarkt, beim Zugang und der Nutzung von Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen und sozialen Diensten oder bei der Anerkennung ihrer individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten, die vielfach ungenutzt bleiben. Wesentliche Ursachen für diese Ungleichheiten sind einerseits rechtliche Rahmenbedingungen bezogen auf den Zugang zum Arbeitsmarkt sowie die Bestimmungen zum Aufenthaltsrecht und andererseits die individuellen Voraussetzungen der MigrantInnen wie z.B. deren Bildungs- und Ausbildungsstand, Sprachkenntnisse oder der Zugang zu bestehenden Netzwerken vor Ort. Gerade in diesem Zusammenhang wird eine unterschiedliche Akzeptanz von MigrantInnen deutlich. Während Eliten und SpezialistInnen zumindest von Teilen der Gesellschaft Anerkennung finden, erfahren weniger qualifizierte MigrantInnen Ablehnung und Ausgrenzung, insbesondere auch deshalb, weil sie vielfach als KonkurrentInnen um Arbeitsplätze und Sozialleistungen gesehen werden. MigrantInnen müssen vielfach als Sündenböcke für unterschiedliche Problemlagen herhalten, die mit wirtschaftlichen Entwicklungen, Einsparungen und politischen Versäumnissen in Zusammenhang stehen. Diese Haltung wird durch unterschiedliche Vorstellungen von gelungener Integration verstärkt, die viele mit Assimilation, einer Aufgabe der eigenen kulturellen Identität und völligen Anpassung an die Mehrheitsgesellschaft gleichsetzen. Integration als wechselseitiger Prozess zwischen MigrantInnen und der Mehrheitsgesellschaft, mit dem Ziel der Ermöglichung von gleichberechtigter Teilhabe am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unter Respektierung der kulturellen Vielfalt kommt in dieser Sichtweise nicht vor.

Letztendlich verursachen Arbeitsverbote, fehlende Zugänge zum Ausbildungssystem, geringe Anerkennung und sonstige Integrationsbarrieren immense Kosten mit allen

¹⁷⁴ Vgl.: Reithofer, Robert: Armut macht fremd. Diskriminierung und soziale Ausschließung von MigrantInnen in Graz. In: Die Armut und die Kommune, S.31-36, hier S.32.

Auswirkungen auf die Gesundheit, so der Integrationsexperte Ramazan Salman bei einem Vortrag in Graz, weil sie „*Menschen unproduktiv halten*.“ Die gesellschaftliche Ausgrenzung von MigrantInnen ist mit einem überproportionalen Armutsrisiko verbunden.¹⁷⁵ Aus der Perspektive von Unterstützungseinrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund behindern geringe oder fehlende Bildungsabschlüsse, nicht vorhandene soziale Netzwerke, fehlende Informationen über mögliche Hilfestellungen, der ökonomische Druck, ohne berufliche Ausbildung schnell arbeiten zu gehen, um entweder einen Beitrag zum Haushaltseinkommen zu leisten oder auch höhere Überweisungen an die in der Heimat verbliebene Familie leisten zu können, sowie „Strukturen der Nichtaufnahmegesellschaft“ mit teilweise rassistischem Verhalten in Betrieben, Ämtern, Wohnungsgenossenschaften, Parteien etc. eine erfolgreiche Integration in die Aufnahmegesellschaft.¹⁷⁶

6.6.2 Ausgrenzung, Armut und kulturelle Barrieren als Gesundheitsrisiken

Das höchste Armutsrisiko besitzen Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, vor allem solchen aus sogenannten Drittstaaten. Die Armutsgefährdung von Haushalten mit Personen aus Nicht-EU bzw. EFTA-Ländern beträgt 30% und ist damit mehr als doppelt so hoch wie die durchschnittliche Betroffenheit. Auch wenn Personen aus Drittstaaten bereits eingebürgert sind, bleibt die Armutsgefährdung mit 22% deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Ein sehr hohes Armutsrisiko haben auch Kinder von ZuwanderInnen mit 31%.¹⁷⁷ Ebenso sind bei armutsgefährdeten Erwerbstätigen Personen ohne österreichische Staatsbürgerschaft deutlich überrepräsentiert.¹⁷⁸ Beim Erwerbseinkommen wirken sich geringe Bildung oder nicht anerkannte Bildungsabschlüsse und der Einsatz in Tätigkeitsfeldern mit geringen Qualifikationsanforderungen und Löhnen besonders nachteilig aus. So verrichten zwei Drittel der MigrantInnen aus Drittstaaten Hilfstätigkeiten, von den ÖsterreicherInnen tut dies lediglich ein knappes Fünftel.

Die benachteiligte Lebenssituation von MigrantInnen, besonders aus Drittstaaten, wird auch in Bezug auf „manifeste Armut“ deutlich, die zusätzlich zur Einkommensarmut misst, inwieweit allgemein als notwendig für einen angemessenen Lebensstandard erachtete Güter und Verhaltensweisen vorhanden sind.¹⁷⁹ 26% aller manifest Armen haben keine österreichische Staatsbürgerschaft. Die Chance der Überwindung der Armutsgefährdung von Personen aus Drittstaaten ist gering, unabhängig davon, ob sie eingebürgert wurden oder nicht. Bei Personen aus dem EU/EFTA-Raum hingegen ist die Armutsgefährdung häufig ein zeitlich vorübergehender Zustand.¹⁸⁰

¹⁷⁵ Siehe dazu auch: Armutsbericht Graz, S. 78 ff bzw. Boeckh, Jürgen: Migration und soziale Ausgrenzung. In: Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, S. 362–380.

¹⁷⁶ Die Klientel dieser Einrichtungen sind vor allem Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Damit wird aber nicht die Heterogenität von MigrantInnen erfasst. Die Mehrheit der zugewanderten Menschen schafft es erfahrungsgemäß ohne institutionelle Hilfe, in Graz ihren wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensmittelpunkt zu finden. „Geschichten des Gelingens“ trotz dramatischer Umstände sichtbar zu machen, würde das oft hohe Selbsthilfepotential dieser Menschen zeigen.

¹⁷⁷ Vgl. dazu: Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, S. 73.

¹⁷⁸ Ebda, S. 60 ff.

¹⁷⁹ Ebda, S.83 ff

¹⁸⁰ Ebda, S.125 ff.

Mit der Armutsgefährdung ist auch die Gesundheit stärker bedroht. In diese Richtung wirken ebenso kulturelle Unterschiede mit einem unterschiedlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und Folgen für das Vorsorgeverhalten. Auch teils erhebliche Sprachbarrieren erschweren den Zugang zu und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Weiters beeinflussen die mit der Auswanderung und dem Verlassen der Heimat verbundenen Belastungen und Risiken sowie ständig erwartete Anpassungsleistungen die physische und die psychische Gesundheit. In Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten gibt es zahlreiche Unterschiede, die hier nur kurz wiedergegeben werden.¹⁸¹

MigrantInnen frequentieren Beratungsstellen und Präventionsangebote weniger, dafür häufiger Unfallambulanzen und Akutversorgungsangebote. In jungen Jahren (unter 40) sind sie generell weniger häufig von Krankheiten und Unfallverletzungen betroffen als ÖsterreicherInnen. Ab 40 Jahren übersteigt in diesem Bereich der Anteil der MigrantInnen den der „Einheimischen“, auch weil ausländische Beschäftigte häufiger in Bereichen mit einer höheren Unfallgefahr und langfristigen Belastungen, z.B. im Bauwesen, arbeiten, und die Verständigung über Unfallvermeidung nicht immer funktioniert. Quer über alle Berufe gibt es bei MigrantInnen eine höhere Anzahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen. Ein häufigeres Problem von MigrantInnen sind (auch aus dem Herkunftsland mitgebrachte) Infektionserkrankungen.

In Bezug auf Vorsorge sind Unterschiede zur österreichischen Bevölkerung auffällig. ZuwanderInnen in Österreich haben weniger häufig einen aufrechten Impfschutz als andere Bevölkerungsgruppen. Der größte Unterschied liegt bei FSME-Impfungen (73% der in Österreich geborenen und nur 40% der im Ausland geborenen Personen), bei Tetanus (73% gegenüber 50%), bei Polio (56% versus 31%) und bei Diphtherie (54% versus 33%). MigrantInnen nutzen auch kostenlose Vorsorgeuntersuchungen generell seltener, wobei sich Männer noch deutlicher zurückhalten. 57% der Migrantinnen, aber 70% der Frauen ohne Migrationshintergrund nutzen die Mammografie-Untersuchungen, den jährlichen Krebsabstrich bei GynäkologInnen machen 33% der Frauen mit Migrationshintergrund, und 57% der österreichischen Frauen. Gesundheitsuntersuchungen wurden nach der Gesundheitsbefragung 2006/2007 nur von 16% der Migrantinnen und 11% der Migranten in Anspruch genommen.

In Zusammenhang mit weniger Bewusstsein und Ressourcen für eine gesunde und ausgewogene Ernährung in Folge einer höheren Armutsgefährdung sind weitere gesundheitliche Risikoaspekte gegeben. So sind Frauen und Männer mit Migrationshintergrund häufiger adipös, migrantische Frauen doppelt so oft wie Österreicherinnen. Auch das Rauchen ist sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit Migrationshintergrund weitaus häufiger als bei einheimischen Frauen und Männern, besonders stark bei jungen Migranten, von denen 47% täglich rauchen, aber nur 30% der österreichischen Burschen. Bei Frauen mit Migrationshintergrund wirken zusätzlich noch geschlechtsrollenspezifische Belastungen, die zu einer Dreifachdiskriminierung führen können. Sie sind auf weitgehend unattraktive, unsichere und ungesunde Arbeitsplätze angewiesen, als Minoritätsangehörige oft rechtlichen und sozialen Diskriminierungen ausgesetzt und erfahren zu-

¹⁸¹ Vgl. dazu vor allem: Frauengesundheitsbericht, S. 346 ff.

dem als Frauen Benachteiligungen in Beruf und Familie. Laut Frauenbericht lassen vereinzelte Studien darauf schließen, dass psychische Störungen bei MigrantInnen häufiger vorkommen, sie leiden mehr an Alltagsstress und sind insgesamt mit ihrem Leben unzufriedener. Psychische Probleme werden generell auf das Zusammenwirken von sozial benachteiligter Lebenssituation und Belastungen durch die Zuwanderung selbst zurückgeführt. Weiters wird angenommen, dass Frauen mit Migrationshintergrund größere Schwierigkeiten als Männer haben, die richtigen Zugänge zu Gesundheitsförderung und Versorgung zu finden, da Angebote entweder gänzlich unbekannt, zu hochschwellig bzw. aus kulturellen, sozialen oder anderen Gründen nicht annehmbar sind.

6.6.3 Erfahrungen in Graz

Ausländische StaatsbürgerInnen stellen in Graz 16% der Wohnbevölkerung. Sie verteilen sich zu 10% auf Nicht-EU-BürgerInnen und 6% auf EU-BürgerInnen. Dazu kommt eine bislang quantitativ nur vage erfasste Anzahl an Menschen mit Migrationshintergrund, die entweder bereits eingebürgert wurden oder von Geburt an die Staatsbürgerschaft besaßen. In Bezirken wie Lend, Gries, Jakomini, Eggenberg und Gösting leben überdurchschnittlich viele MigrantInnen. Einrichtungen wie „OMEGA“ oder die „Marienambulanz“ der Caritas bestätigen vorhandene gesundheitspolitische Probleme. Während bei der Marienambulanz viele Menschen ohne Krankenversicherung, darunter beispielsweise MigrantInnen, die aus der Grundversorgung gefallen sind, oder BürgerInnen aus neuen EU-Ländern (Rumänien und Bulgarien), die auch in ihrer Heimat nicht versichert sind, aber auch versicherte MigrantInnen mit sprachlichen und kulturellen Barrieren zur Klientel gehören, so machen bei Omega mittlerweile MigrantInnen mit einem „*offiziellen Status*“ die Mehrheit aus, anfangs waren es vor allem Flüchtlinge bzw. AsylwerberInnen. Erstere haben zwar prinzipiell einen Zugang zum Gesundheitssystem, nutzen diesen aber aus unterschiedlichen Gründen nicht. Ziel dieser Einrichtungen ist es, vor allem auch in Kooperation mit sonstigen Stellen, Vereinen und Initiativen, *„Brücken zu bauen zwischen dem Gesundheitssystem und den Menschen und eventuelle Löcher im System zu stopfen“*, aber keine parallelen Strukturen aufzubauen. So werden in der Marienambulanz kostenlose Standardimpfungen (Diphtherie, Kinderlähmung, Masern, Keuchhusten, Tetanus) angeboten. Eine Pharmafirma stellt eine gewisse Menge an Impfstoff gratis zur Verfügung, um den Impfschutz in der Zielgruppe zu erhöhen. In Zusammenarbeit von Omega und der Marienambulanz wurde eine aufsuchende sozialpsychiatrische bzw. sozialmedizinische Betreuung für Randgruppen in Flüchtlingsquartieren, Notschlafstellen etc. mit muttersprachlichen IntegrationsassistentInnen und DolmetscherInnen implementiert. Aber auch eine sozialintegrative Kinderbetreuung in Flüchtlingsquartieren, ein interkultureller Garten in Mariagrün oder Deutschkurse mit Schwerpunkt Gesundheitswissen, besitzen gesundheitsrelevante Aspekte.

Als häufige gesundheitliche Probleme bei MigrantInnen werden chronische Erkrankungen wie Herz-Kreislauf- und Atemwegenerkrankungen sowie Hautinfektionen, die auch mit gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensverhältnissen in Verbindung stehen, und psychosomatische Erkrankungen in Zusammenhang mit krankmachenden Bedingungen wie jahrelangen Asylverfahren und einem *„Leben in Warteposition bzw. im Schwebezustand, währenddessen die besten Lebensjahre vergehen und die Hände gebunden sind,“* erlebt. Verschärft ist die Lage, *„wenn Kinder da sind, vielfach ohne Bezug zum Heimatland.“*

Aber auch die fehlende existenzielle Absicherung wirkt sich auf gesundheitsrelevante wichtige Faktoren wie Ernährung, Bewegung und psychosoziale Kontakte aus, oft fehlt die Einbindung in ein soziales Netz, in eine Familie und ein darauf begründetes Wohlbefinden.

Auch mangelhafte Informationen über das allgemeine Gesundheitssystem gepaart mit grundsätzlich anderen Mechanismen im Herkunftsland gelten als problematisch. So hätten viele osteuropäische Menschen gänzlich andere Erfahrungen mitgebracht, der Staat habe für eine gesundheitliche Vorsorge gesorgt, Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen waren staatlich vorgeschrieben, eine Selbstverantwortung für Gesundheit oder eigene Entscheidungen seien weitgehend nicht notwendig gewesen, ÄrztInnen hätten viel mehr Autorität genossen. Auch am Arbeitsplatz wären periodische arbeitsmedizinische Untersuchungen und danach ausgerichtete Maßnahmen verpflichtend und selbstverständlich gewesen. Manche Bedrohungen, z.B. durch Zecken oder (für Menschen aus Afrika) Karies seien „*neue, fremdliche Erfahrungen*“ (worauf z.B. Zahnhygieneschulungen für MigrantInnen von Styria vitalis reagieren). Auch die geringere Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorge sei auf „*Bildungs- und Wissensmängel*“ zurück zu führen, so z.B. wüssten viele nicht, dass ein Arztbesuch auch in der Arbeitszeit möglich sei, obwohl viele in Berufen mit großen Belastungen¹⁸² (Bau, Transport) arbeiten und an Rückenschmerzen, Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats usw. litten. Ernährungsbedingte Probleme mit dem Gewicht oder überhöhtem Zucker würden auch oft „*nicht so ernst*“ genommen.

Ein Problem sind nicht ausreichende Sprachkenntnisse. Es gäbe durchaus auch „*GastarbeiterInnen*“ in Pension, die lange Jahre immer in ihrem sprachlichen Umfeld gearbeitet haben und noch immer nur eingeschränkt Deutsch könnten, und nun im Alter bei Pensionsanträgen und ärztlichen Befunden eher hilflos agierten. Oft würden Kinder als DolmetscherInnen herangezogen, was vor allem bei dramatischen Diagnosen (Krebs der Eltern etc.) die Gefahr von Traumatisierungen mit sich bringe. Auch aus diesem Grund hat Omega einen Dolmetschpool in Graz aufgebaut, die Finanzierung erfolgt über die Stadt, die GKK „*halte*“ sich dezent zurück. Eine prinzipiell schlechtere Behandlung von MigrantInnen lasse sich nicht nachvollziehen, vielfach hingen Probleme, z.B. in der Geburtsklinik, mit einer schlechten Verständigung und (gegenseitig) fehlendem interkulturellen Wissen zusammen, die Arzt-PatientInnen-Kommunikation sei allgemein verbesserungswürdig.

6.6.4 Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Maßnahmen, die zur Verbesserung der Partizipation und Teilhabe von MigrantInnen führen, zählen neben der Gewährleistung einer sozialen Absicherung und einer leistbaren Wohnversorgung zu den Grundvoraussetzungen einer gelingenden Integration. Dabei geht es jedoch nicht ausschließlich um Einzelmaßnahmen auf Stadtebene, sondern um eine Integrationspolitik als systematisches und strategisches Handlungsfeld, das in

¹⁸² Oder, wie es die Gesundheitsexpertin Sonja Novak-Zezula bei der Tagung zur Gesundheit von MigrantInnen in Österreich in Graz im März 2011 formulierte, in sogenannten 3-D-Jobs (dirty, dangerous/degrading, demanding).

Abkehr vom Defizitansatz eine potential- und ressourcenorientierte Perspektive auf MigrantInnen betont.

In Hinsicht auf das Verständnis von Integration als wechselseitigen Prozess zwischen der Aufnahmegesellschaft und neu Zugewanderten nehmen migrantische Selbstorganisationen einen wichtigen Part ein. Sie können eine erfolgreiche Integration durch die Vermittlung von Informationen, Rechten und Pflichten und Begleitung in der ersten Zeit beschleunigen und erleichtern, können aber auch die Abschottung befördern und zur Aufrechterhaltung der oft zitierten „Parallelgesellschaften“ beitragen. Derzeit sind in Graz annähernd 60 etablierte und weniger etablierte Selbstorganisationen von MigrantInnen tätig, die zum Teil eng mit dem Integrationsreferat der Stadt Graz kooperieren.

Mit dem Ethnomedizinischen Zentrum in Hannover bzw. dem dort entwickelten und mittlerweile in 53 Städten praktizierten Gesundheitsförderungsprogramm „MiMi – Integration mit MigrantInnen“ besteht ein kommunales Paradebeispiel, wie „Community based organisations“ in die Gesundheitsförderung einbezogen werden können.¹⁸³ Als unerlässlich dabei gilt es, auf die Handlungskompetenzen der MigrantInnen selbst und ihrer Organisationen zurück zu greifen, ihnen „*Öffnungskonzepte in die Hand zu geben*“ sowie Kooperationen über kulturelle Grenzen hinweg zu verstärken. Gut gebildete, sozial integrierte MigrantInnen aus den Communities werden als interkulturelle MediatorInnen ausgebildet und helfen anderen MigrantInnen, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden. Sie organisieren Veranstaltungen, verteilen mehrsprachige Gesundheitsfolder, starten Gesundheitskampagnen, entwickeln verbindliche „*integrationsspezialisierte Angebote*“ (z.B. Schulungen des Management, Kompetenzaufbau beim medizinischen Personal etc.) und bringen bislang unbearbeitete Fragen und Bedürfnisse von MigrantInnen in das Gesundheitssystem zurück und tragen so zur Qualitätsentwicklung bei. Auf diese Weise gelinge es, sowohl den „*gesamtgesellschaftlichen Panzer*“ als auch „*ethnische Panzer*“ durchlässiger zu machen. Das erfordert aber auch, finanzielle Ressourcen für die interkulturelle Öffnung bzw. MigrantInnenorganisationen bereitzustellen.

Für Institutionen der Aufnahmegesellschaften, die eine reibungslosere Integration unterstützen sollen wie etwa das Integrationsreferat der Stadt Graz oder auch für in einem umfassenden Begriff gesundheitsrelevante Organisationen sind diese Selbstorganisationen wichtige Partner bzw. MultiplikatorInnen ebenso wie für neu Zugewanderte selbst. Gelingt hier eine funktionierende Koordination und Kooperation, können zahlreiche Hürden einer erfolgreichen Integration verringert und letztlich auch positive Auswirkungen auf subjektive und objektive Gesundheitslagen erreicht werden.

Mit der Förderung leicht zugänglicher, mehrsprachiger Informationen, kulturspezifischer Schulungen, einer interkulturellen Öffnung im eigenen Bereich (was auch vermehrte Einstellung von MigrantInnen bedeutet) und in kooperierenden Einrichtungen kann die Stadt diesbezüglich wichtige Akzente setzen.

Ebenso erscheint es in Kooperation mit bestehenden Einrichtungen unerlässlich, spezifische Bedürfnisse und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, z.B. auch von älteren MigrantInnen zu mobilen Diensten oder zu Pflegeheimen, in Erfahrung zu bringen, und

¹⁸³ Vgl. dazu: Salman R., Weyers S.: MiMi Project – with Migrants for Migrants. In: Poverty and social Exclusion in the WHO European Region: Health Systems Respond. Venedig, Rom: WHO Europe 2010.

darauf basierend interkulturelle Kompetenzen und Handlungsstrategien zur Verbesserung und Erweiterung entsprechender Angebote in Graz weiter zu entwickeln. Dabei sind auch die Bedürfnisse älterer MigrantInnen zu berücksichtigen, die aufgrund der demographischen Entwicklung zunehmend soziale und pflegerische Betreuung in Anspruch nehmen, weil viele von ihnen trotz ursprünglich geplanter Rückkehr nach der Pensionierung in Österreich verbleiben.

Insgesamt sollten auch niederschwellige Angebote medizinischer Versorgung weiter entwickelt und unterstützt werden sowie begleitende, übersetzende, informierende KulturmanagerInnen und MultiplikatorInnen gefördert werden, um für mehr Gesundheitschancen zu sorgen. In Kooperation mit Gesundheitseinrichtungen wie Ambulatorien und Spitäler, deren MitarbeiterInnen häufig mit PatientInnen konfrontiert sind, mit denen sie sich nicht ausreichend verständigen können, sind auch interkulturelle und sprachliche Schulungen, Dolmetschdienste sowie Sensibilisierungsprogramme für die Bedürfnisse nicht redegewandter oder verschüchterter PatientInnen, um Qualitätsverluste in Form von Unter-, Über- und Fehlversorgung zu verringern, notwendig.

FACTBOX MIGRANTINNEN

Die höhere Armutsgefährdung von MigrantInnen, besonders aus Nicht-EU-Staaten (in Graz sind das derzeit etwas über 26.000 Personen) hat auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Dazu kommen kulturelle und sprachliche Barrieren.

MigrantInnen nehmen deutlich weniger Vorsorgeangebote (Impfungen, Gesundheitsuntersuchung, Mammografie etc.) in Anspruch, sind häufiger übergewichtig, leiden auch häufig an psychosomatischen Erkrankungen als Folge der Belastungen durch die Zuwanderung und die Lebensumstände im Aufnahmeland.

Besonders Frauen haben Schwierigkeiten, die richtigen Zugänge zum Gesundheitssystem zu finden.

6.6.5 Gastbeitrag OMEGA

Der Verein OMEGA- Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und Integration - versteht sich als Brückenschlag zwischen dem aktuellen Bedarf an Begleitung und der nachhaltigen Integration von Flüchtlingen und MigrantInnen in unsere Gesellschaft. Unser Ziel ist es, die Eigenständigkeit unserer KlientInnen zu fördern, damit sie das Angebot von Gesundheit, Bildung, Arbeit und Soziales eigenständig wahrnehmen können. Ein besonderer Schwerpunkt unserer Arbeit liegt dabei in der Erhaltung und Förderung der Gesundheit unserer Zielgruppe, wobei insbesondere auf partizipatorisch orientierte Gesundheitsförderung gesetzt wird. OMEGA deckt einen sehr komplexen und umfassenden Wirkungsbereich ab und ist beispielsweise als Förderer einer diversitären und toleranten Gesellschaft und als niederschwellige Anlaufstelle für KlientInnen, insbesondere aus Risikogruppen, tätig.

Unseren Zielgruppen stehen derzeit verschiedenste Angebote zur Verfügung wie beispielsweise muttersprachliche medizinische und psychologische Beratung und Behandlung, Integrationsassistenz, aufsuchende mobile Betreuung in Flüchtlings- und Notquartieren oder Krisenintervention. Einen Schwerpunkt bildet auch die psychosoziale integra-

tive Projektarbeit zur Förderung der Eigenständigkeit der KlientInnen, in deren Rahmen laufend Schulungen abgehalten werden.

Gesundheitliche Ungleichheit und soziale Benachteiligung in Graz

Eines sei vorausgeschickt: Das österreichische Gesundheitssystem ist gut. Der offene Zugang zum System für alle in Österreich lebenden Menschen, ohne Unterscheidung nach Herkunft, Alter, Geschlecht oder Religion ist ein sehr positiver Aspekt, der durchaus hervorgehoben werden sollte. Auch Menschen ohne Versicherungsschutz haben durch die Arbeit verschiedener Institutionen die Möglichkeit, medizinische und psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dennoch bestehen für MigrantInnen immer noch verschiedenste Barrieren, die eine Nutzung der Angebote und Leistungen des Gesundheitssystems erschweren oder gänzlich verhindern.

Ganz wesentlich sind Sprachbarrieren, wobei von der Sichtweise Abstand genommen werden muss, dass es nur die MigrantInnen sind, die für ein möglichst rasches Erlernen der deutschen Sprache verantwortlich sind, um gesundheitsbezogene Informationen verstehen und umsetzen zu können. Diese Forderung greift zu kurz, da allgemein bekannt ist, dass auch perfekte Sprachkenntnisse mitunter nicht ausreichen, um medizinische Fachbegriffe und komplexe Zusammenhänge wirklich zu verstehen. Auch kulturelle Aspekte führen zu Barrieren der Inanspruchnahme gesundheitlicher Angebote. Besonders das Verständnis gesundheitsbezogener Fragestellungen und die Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal „leiden“ oftmals unter den unterschiedlichen kulturellen Hintergründen der InteraktionspartnerInnen. So werden Krankheiten und deren Ursachen sowie Heilmethoden und deren Wirkungen in unterschiedlichen Ländern oder Personengruppen sehr unterschiedlich bewertet und gedeutet, verschiedene Begrifflichkeiten und Verhaltensweisen können leicht fehlinterpretiert oder missverstanden werden. Auch gibt es in verschiedenen Kulturen zu berücksichtigende Tabus und Verhaltensregeln, die darüber bestimmen, wie mit Erkrankungen umgegangen wird. Dabei wird oftmals, auch aus durchaus ehrenwerten Motiven heraus, an Vorurteilen festgehalten: So ist es entgegen der gängigen Überzeugung keineswegs unüblich, dass auch Frauen aus sehr strengen patriarchalen Gesellschaften in Behandlung bei einem männlichen Gynäkologen sind. Ebenso sind MigrantInnen oftmals erstaunt, wenn das Abhören von Herz- oder Lungentönen in bekleidetem Zustand, also über ihrer Kleidung, erfolgt.

Es ergibt sich also die Notwendigkeit, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur umfassende Informationen über das österreichische Gesundheitssystem, bestehende Einrichtungen und persönliche Rechte erhalten, sondern auch Erklärungen zu Krankheitsbildern, medizinischen Zusammenhängen und Behandlungsmethoden, die über das reine wörtliche Übersetzen von Befunden hinausgehen. Insbesondere das Bereitstellen von Informationen zu Vorsorgeuntersuchung und Prävention hinsichtlich Krebserkrankungen, Kinderkrankheiten und ansteckenden Erkrankungen in den Muttersprachen der KlientInnen ist ein relevanter Beitrag zur Stärkung der Eigenverantwortung.

Angebotsleerstellen und wünschenswerte Angebote

Als noch verbesserungswürdig erscheint die Implementierung von Maßnahmen, die einen durchgängigen Versicherungsschutz gewährleisten und helfen, Versorgungslücken zu

vermeiden, welche beispielsweise nach der Entlassung aus der Grundversorgung auftreten können. Begrüßenswert wäre auch ein schnellerer Zugang zum System für Menschen, die neu in Österreich ankommen. Ebenso würde ich ein Dokumentationsverfahren empfehlen, das sämtliche Impfungen, Erkrankungen, Befunde und Behandlungen ab der Aufnahme eines Menschen in Österreich erfasst und die Daten an die KlientInnen selbst und ihre ÄrztInnen übermittelt. Noch immer werden Kinder sehr oft als Dolmetscher für ihre Eltern herangezogen, was zu schwierigen und belastenden Situationen führen kann. Bereits etablierte Hilfen wie Integrationsassistenten oder KommundolmetscherInnen, die in ihrer Ausbildung für besondere Erfordernisse und Bedürfnisse in diesem Kontext sensibilisiert und geschult werden, sollten verstärkt eingesetzt werden. Hier wäre der Aufbau eines professionellen Dolmetschepools in Stadt und Land empfehlenswert. Mehr Prävention und intensive Arbeit mit MigrantInnen zum Thema Gesundheitsförderung werden in Zukunft Schlüssel zu einer verbesserten Gesundheit dieser Personengruppe sein. Ein besonders wichtiger Punkt ist der Abbau der Klassenmedizin und die Förderung von mehr Gerechtigkeit in allen Belangen der Gesundheit. Allgemein wird sich das Gesundheitssystem noch mehr in Richtung einer interkulturellen Öffnung orientieren müssen, um der Vielfalt der österreichischen Gesellschaft Rechnung zu tragen. Vom Blickwinkel OMEGAs aus gesehen, wäre für die Zukunft ein verstärkter Austausch zwischen offiziellen Einrichtungen und NGOs im Bereich Gesundheit für Menschen mit Migrationshintergrund wünschenswert. Ebenso sollte auch der Austausch mit PolitikerInnen vorangetrieben werden, um beispielsweise neue Richtlinien praxisnah gestalten zu können. Eine Förderung der kulturellen Sensibilisierung innerhalb der Ärzteschaft könnte Missverständnissen vorbeugen und die medizinische Versorgung von MigrantInnen deutlich verbessern.

Emir Kuljuh

6.7 Suchterkrankte

6.7.1 Sucht und gesellschaftliche Normen

Suchterkrankungen sind ein in der Öffentlichkeit häufig präsent und ambivalent diskutiertes Thema, wie etwa die seit Jahren anhaltende und von periodischen Anlassfällen verstärkte Kontroverse um illegale Drogen in Graz und notwendigen Gegenstrategien (Konsumraum, Substitution, strengeres Vorgehen etc.) oder die im Rahmen der Einführung strengerer Rauchverbote ausgelösten Debatten beweisen. Einen konstituierenden Rahmen für die Beurteilung von Suchtverhalten bilden jeweils gängige gesellschaftliche und soziale Normen, wie am Beispiel des Rauchens sichtbar. Vor nicht allzu langer Zeit war Rauchen noch in öffentlichen Verkehrsmitteln, in Bussen, Bahn und Flugzeugen möglich, viele Leinwandhelden agierten auch in Jugendfilmen vornehmlich mit der Zigarette im Mund oder in der Hand. Mit gesellschaftlich herrschenden Normen ist es auch erklärlich, dass weit verbreitete Süchte wie Alkohol- oder Tabaksucht, die mit bestimmten Erkrankungen und vorzeitigen Mortalitätsursachen in Verbindungen stehen (siehe Kapitel 4.2.2 bzw. 4.2.3), weniger problematisch – außer in Einzelfällen - eingeschätzt werden als andere Suchterkrankungen, wo der Betroffenenkreis wie bei illegalen Drogen viel kleiner ist. Andere Arten wie Glücksspiel-, Internet-, Computer-, Kaufsucht oder auch

Esstörungen kamen erst in letzter Zeit auf bzw. ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit. Das Thema Sucht bietet daher ein äußerst weites Feld.

6.7.2 Sucht und soziale Benachteiligung

Der soziale Gradient bei Suchterkrankungen und Suchtgefährdung ist – trotz vielfacher belegter Zusammenhänge und Erfahrungen im Alltag – ein noch offenes Feld.¹⁸⁴ ExpertInnen zitieren Befunde z.B. des Anton Proksch-Instituts, dass zwar Alkoholabhängigkeit in allen Schichten relativ gleich verteilt ist, in jüngeren Gruppen aber Personen aus niedrigeren Bildungs- und Einkommensschichten signifikant mehr trinken, was soziale Benachteiligung als einen Risikofaktor belegt. Konsens scheint zu sein, dass Suchterkrankungen kein Armutphänomen an sich sind (es gibt auch Suchtkrankerkrankungen ohne Armut), aber soziale Benachteiligung das Risiko (wie im gesamten Gesundheitsspektrum) erhöht. Zudem erschwert bei Suchterkrankungen eine schwierige soziale Lage mit komplexen Belastungen und einer erhöhten Komorbidität eine Genesung, sowohl was den Zugang zu Einrichtungen, die Ressourcen im Sinne (abstinenz-) unterstützender Faktoren, aber auch im Sinne von Spielräumen, alternative Lebensstile zu erreichen, betrifft. Unabhängig davon bergen Suchterkrankungen das Risiko des sozialen Abstiegs, einhergehend mit Problemen am oder den Verlust des Arbeitsplatzes, der Beeinträchtigung familiärer Bindungen, von Beziehungen zu Nicht-Süchtigen sowie teilweise massiven Stigmatisierungen etc.¹⁸⁵

In Bezug auf die Prävalenz des Konsums und der Abhängigkeit von Tabak, Alkohol und Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist ein höheres Suchtentstehungsrisiko bzw. Substanzproblemrisiko in niedrigen sozioökonomischen Schichten in mehreren Studien belegt.¹⁸⁶ Höchste Raucherquoten finden sich stets in den unteren sozialen Statusgruppen (nach Sozialschicht, Wohlstandsniveau, Schulform und vorhandenem sozialen Kapital). Zumeist ist die Quote bei Mädchen noch höher, sie beginnen auch früher zu rauchen und tragen damit ein höheres Gesundheits- und Abhängigkeitsrisiko. Eine Reihe von konkreten psychosozialen Problemen, die bei sozial schwachen Kindern nachweislich häufiger auftreten, werden als, allerdings nur bei Längsschnittstudien nachweisbare, Risikofaktoren im kausalen Sinn bezeichnet. Auch beim Alkoholkonsum in Bezug auf subjektive Rauscherfahrungen und getrunkenen Menge pro Trinkgelegenheit sind ähnliche Muster, differenziert nach Schulformen, belegt (allerdings ohne Geschlechterdifferenzierung). Ferner tragen den allermeisten Studien nach Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status das höchste Risiko, cannabisabhängig zu werden. Auch hier fehlen geschlechtsspezifische Daten. Vor allem bei männlichen Jugendlichen wirkt sich Arbeitslosigkeit sehr stark auf den Konsum psychoaktiver Substanzen (Zigaretten, Can-

¹⁸⁴ Ausständig sind vor allem Längsschnittuntersuchungen, die Auswirkungen der sozialen Schichtzugehörigkeit und die Kausalrichtung messen könnten.

¹⁸⁵ Diese finden nach Meinung eines Vertreters einer Beratungseinrichtung auch ihren Ausdruck darin, dass das (nichtsuchtspezifische) Gesundheitssystem (Spitäler, niedergelassene ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, aber auch berufliche Integrationsmaßnahmen) sich diesen PatientInnen verweigert und sie an Suchteinrichtungen mit einer spezifischen Fachlichkeit und weniger Berührungängsten delegiert.

¹⁸⁶ Vgl. im Folgenden: Sucht und soziale Lage. Unterlagen zum Vortrag von Prof. Dieter Henkel, Hannover, Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt am Main, 10.2007.

nabis) aus. Als mögliche Gegenstrategien werden präventive Schwerpunkte in der Hauptschule, Maßnahmen zur Verringerung der Kinderarmut bzw. Arbeitslosigkeit von Jugendlichen, zielgruppengenaue, langfristige angelegte und alltäglich präsen- te, visualisierte Präventionsbotschaften aufgelistet.

Laut den Erfahrungen eines Drogenexperten ist die Drogenabhängigkeit selbst ein gutes Beispiel für den Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit als auch für die Komplexität der Entstehungsbedingungen: Bei vielen Süchtigen seien nicht „*allzu positive Lebensset- tings*“ zu verzeichnen, sodass Sucht keineswegs nur ein „*neurobiologischer Schicksals- schlag*“ sei. Häufig seien defizitäre Sozialisierungen und affektive Störungen wie eine ho- he Impulsivität als Frage der „*Dünnhäutigkeit*“ zu vermerken. Viele hätten Traumata, Gewalt, Übergriffe und Trennungen erlitten, was auch zum Wunsch führe, „*gar nichts mehr zu spüren und sich wegzubeamen*“, und klagten über wenig Zeit, Zuwendung und Zärtlichkeit. 80% der DrogenpatientInnen hätten irgendwelche „*psychiatrisch alltagsu- nauffällige Störungen*“ (Hyperaktivität, leichte Depression). Vielfach dienten die konsu- mierten Substanzen dazu, „*fehlgeschlagene Beziehungen*“ auszugleichen. Süchte könn- ten auch als „*Begleiterscheinung der Leistungsgesellschaft und des Verständnisses, dass es für alles eine schnelle Lösung*“ gäbe, bezeichnet werden.¹⁸⁷

6.7.3 Suchtarten

Rauchen gilt als die mit Abstand häufigste weltweite Abhängigkeitsform, in Österreich wird die Anzahl tabakabhängiger Menschen auf rund 850.000 geschätzt, dem stehen rund 350.000 alkoholabhängige, etwa 60.000 spielsüchtige und ca. 31.000 opiatabhän- gige Personen gegenüber.¹⁸⁸ Am Beispiel des Tabakkonsums, der in der Steiermark basie- rend auf Empfehlungen der WHO mit einer Tabakpräventionsstrategie¹⁸⁹, bestehend aus einem Bündel von strukturellen, präventiven und therapeutischen Maßnahmen, redu- ziert werden soll, und auch datenmäßig vergleichsweise gut erfasst ist, werden die Di- mensionen des Suchtverhaltens und die Notwendigkeiten von Prävention und Vorbeu- gung ersichtlich, wie der Obmann der GKK in seiner Einleitung festhält: Mehr als 20% der SteirerInnen rauchten regelmäßig, obwohl die Gefahren hinlänglich bekannt seien. „Mehr als 40 Krankheiten, die oft lange und bittere Leidensgeschichten nach sich ziehen, werden durch den Tabakkonsum verursacht. Etwa 14.000 Österreicherinnen und Öster- reicher sterben jährlich an den Folgen des Rauchens, 1.000 weitere werden Opfer des Passivrauchs.“¹⁹⁰ Bekannteste Konsequenzen des Tabakkonsums betreffen Krebs, Herz- und Gefäß- sowie Atemwegerkrankungen, weiters können Unfruchtbarkeit und Impo- tenz, Schwangerschaftskomplikationen, Osteoporose, Wundheilungsstörungen, Diabe-

¹⁸⁷ Dieser Automatismus liege vom Prinzip her auch bei Medikamenten vor.

¹⁸⁸ Vgl.: www.vivid.at/de/wissen/zahlen bzw.: Information der Fachstelle für Suchtprävention 2011, S. 11.

¹⁸⁹ Vgl. dazu: Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Grundlagen, Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010. Hrsg. von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Erstellt in Kooperation zwischen Land Steiermark, Ressort Ge- sundheit Steiermärkischer Gebietskrankenkasse und VIVID. Graz 2011. Die Broschüre bietet eine gute Übersicht über ausgewählte Strategien und Maßnahmen wie Gruppen- und Einzelentwöhnungsangebo- ten, internetbasierte Tabakentwöhnungsprogramme, Prämien in der Gastronomie für den Nichtraucher- Innenschutz, Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung durch unterschiedliche Aktionen etc.

¹⁹⁰ Vgl.: Tabakpräventionsstrategie Steiermark, S.5.

tes und vieles andere mehr darauf zurückgehen. Speziell bei Mädchen und jungen Frauen sei die Tabakindustrie sehr erfolgreich gewesen, die Nähe zwischen Emanzipation und Tabakkonsum zu betonen und habe auch entsprechend viel investiert.

In Graz gaben in einer Untersuchung¹⁹¹ im Jahr 2009 25% der Bevölkerung ab 15 Jahren an, RaucherInnen zu sein. Davon rauchen 17% täglich und 8% gelegentlich. 22% bezeichnen sich als Ex-RaucherInnen und 53% gaben an, nie geraucht zu haben. Zum Erhebungszeitpunkt waren somit insgesamt 75% der Grazer Bevölkerung NichtraucherInnen. Als Vergleich und als Beleg für einen sozialen Einfluss sei der Raucherstatus bei TeilnehmerInnen im Projekt „Gesundheitskompetenz in der Basisbildung“, das von der ISOP durchgeführt wird und bis Ende 2011 läuft, erwähnt. Ca. 40% der TeilnehmerInnen (mit zumeist geringem Bildungsstand und längerer Arbeitslosigkeit) rauchen täglich (47% der Männer und 37% der Frauen), dazu kommen noch gelegentliche RaucherInnen.

Obwohl Alkoholmissbrauch bzw. übermäßiger Alkoholkonsum ebenso viele Folgeschäden verursachen, existiert noch keine umfassende Alkoholpräventionsstrategie. In den Gesundheitszielen Steiermark wird ein höheres Bewusstsein im Umgang mit Alkohol als Ziel definiert. Als mögliche Maßnahmen sind Alkoholabgabebeschränkungen für Jugendliche, Werbebeschränkungen für Alkoholprodukte, die schärfere Einhaltung des Jugendschutzgesetzes, die Attraktivierung von alternativen nicht-alkoholischen Getränken auf Veranstaltungen, Gesundheitserziehungsprogrammen und Früherkennungsschulungen von starkem Alkoholkonsum bei Jugendlichen angeführt. Aus Sicht von PräventionsexpertInnen wird Alkoholabhängigkeit in der öffentlichen Wahrnehmung und in der Gesundheitspolitik viel zu wenig Aufmerksamkeit zugewandt, obwohl viele Statistiken das massive Problem zeigen. Im Vergleich zum Konsum illegaler Drogen sei der Alkoholkonsum verbreiteter, aber viel akzeptierter, daher traue *„sich das niemand ernsthaft anzugehen.“*

Laut steirischen Gesundheitsbericht¹⁹² liegt die Steiermark sowohl bei den alkoholbedingten Todesfällen insgesamt als auch bei den Verletzten und Todesfällen aufgrund von Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten über dem österreichischen Durchschnitt. Auch die Ergebnisse hinsichtlich problematischen Alkoholkonsums¹⁹³ weisen darauf hin, dass in der Steiermark vermehrte Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol gegeben sind, wobei Männer davon häufiger betroffen sind als Frauen. Maßnahmen, wie in den Gesundheitszielen Steiermark empfohlen (bewusster Umgang mit Alkohol am Steuer, „verdachtsfreie“ Alkoholtests nach dem Zufallsprinzip etc.) richten sich daher vor allem an die Zielgruppe der Männer.

Die Gefährdungspotentiale des Glücksspiels sind bislang noch weniger in der Öffentlichkeit und in der Politik präsent, nur so sei es verständlich, dass die jüngste Novelle des

¹⁹¹ Daten aus Follow-up „Rauchen in der Steiermark 2009“. Befragt wurden 589 GrazerInnen ab 15 Jahren.

¹⁹² Vgl.: Gesundheitsbericht Steiermark, S. 199 f.

¹⁹³ Vgl.: Steirischer Gesundheitsbericht, S. 194: Im sogenannten CAGE-Instrument wird danach gefragt, ob z.B. das Gefühl, den Alkoholkonsum verringern zu müssen, oder ein schlechtes Gewissen wegen des Trinkens besteht, bereits am Morgen Alkohol getrunken wird, um wieder nervlich ins Gleichgewicht zu kommen, oder Verärgerung durch kritischen Äußerungen von außen zum eigenen Alkoholkonsum entstanden ist. Wenn zwei oder mehr dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, wird von einem problematischen Konsum ausgegangen.

Glücksspielgesetzes den SpielerInnenschutz nicht verstärkt, sondern sogar aufgeweicht habe. Sowohl die quantitative als auch qualitative Aufklärung über die Gefahren des Glücksspiels seien unzureichend. Erhebungen zeigen, dass 42% der österreichischen Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren innerhalb des zurückliegenden Jahres an Glücksspielen teilgenommen hat.¹⁹⁴ Davon besaßen 0,4% der Befragten ein problematisches und 0,7% ein pathologisches Spielverhalten. Unter den SpielerInnen innerhalb der letzten 12 Monate betragen die diesbezüglichen Prävalenzen 1,0 bzw. 1,6%. Das größte Gefährdungspotential hinsichtlich eines problematischen bzw. pathologischen Spielverhaltens haben mit Abstand Glücksspielautomaten (vor Sportwetten und klassischen Kasinospielen) – 47% der NutzerInnen von Glücksspielautomaten in Spielhallen im zurückliegenden Jahr zeigen ein pathologisches Spielverhalten. Überdurchschnittlich gefährdet sind vor allem jüngere Erwachsene (18-35 Jahre), Personen mit Pflichtschulabschluss, Arbeitslose und gering Verdienende, Personen mit Migrationshintergrund sowie Befragte aus Familien, in denen zum Zeitpunkt der Befragung glücksspielbezogene Probleme bestanden. Begleitet wird Spielsucht gemäß der Studie oft von Alkoholismus, Depressionen und sozialen Störungen. In Spielstätten ausgelegte Informationen zum Spielerschutz blieben oft unbemerkt, Präventionsmaßnahmen zur Verringerung des Risikos bzw. Wetteinsatzes stießen auf geringe Akzeptanz unter den befragten SpielerInnen, höhere Zustimmung fanden Maßnahmen des Jugendschutzes (Mindestalter, Alterskontrollen).

Zur Internetabhängigkeit gibt es noch weniger Daten. Erste Online-Untersuchungen (2001) gingen von einer 3,2%-igen Prävalenz in der Bevölkerung aus (mit einem überdurchschnittlichen Anteil bei den unter 20-Jährigen). Schülerbefragungen ergaben eine Prävalenz der Computersucht von zwischen 1,4% und 1,7% mit einer besonderen Gefährdung von Burschen.¹⁹⁵

6.7.4 Erfahrungen in Graz

Nach der Erfahrung der Beratungseinrichtung B.A.S. (Betrifft Alkohol und Sucht), deren Hauptklientel Menschen mit Alkoholproblemen sind, wobei Menschen aus niedrigeren Schichten kaum Zugang fänden¹⁹⁶, sind bei Substanzabhängigkeiten vor allem das Gesundheitswissen und der Lebensstil wichtig, um Suchterscheinungen besser bewältigen bzw. verstecken zu können, einige (solche mit besseren Ressourcen) „können das besser handhaben, andere weniger“. Massiv zugenommen haben in der Beratung Glücksspiele, aber auch Essstörungen. Mit illegalisierten Drogen oder breiten Alkoholismus seien sozialarbeiterische Stellen in sozialen Brennpunkten und Projekte (wie Streetwork, Mobile Sozialarbeit, der Kontaktladen der Caritas) intensiver konfrontiert. Nach epidemiologi-

¹⁹⁴ Vgl. dazu und im Folgenden: Jens Kalke, Sven Buth, Moritz Rosenkranz, Christian Schütze, Harald Oechler, Uwe Verthein: Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2011.

¹⁹⁵ Kriterien der Computersucht seien eingeeengte Verhaltensmuster (Internetnutzung als wichtigste Aktivität), die Regulation negativer Affekte durch die Internetnutzung, Nervosität, Unruhe und vegetative Symptome bei verminderter Nutzung, eine hohe Rückfälligkeit nach abstinenter Phasen, immer häufigere und längere Onlinezeiten (Toleranzentwicklung) etc.

¹⁹⁶ Ca. 20-25% der KundInnen (aus Graz) sind als arbeitslos erfasst.

schen Zahlen sei damit zu rechnen, dass ca. 6% bis 8% der Bevölkerung direkt von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sei. Zusätzlich hätten ihre Angehörigen (mit einem Umrechnungsfaktor von 1,7) daran zwar indirekt, aber oft massiv zu leiden.¹⁹⁷ Alkoholabhängige, die die Stelle aufsuchen, sind zu 70% Männer.¹⁹⁸ Unter den Frauen seien viele versteckte Spiegeltrinkerinnen, die von Melissengeist mit 80% Alkohol bis zu Tropfen alle Substanzen nutzen würden, wobei bei Frauen schneller Abhängigkeit und ausgeprägte Organschäden auftreten würden.¹⁹⁹ Männer hätten andere Trinkrituale, Normen und einen anderen Umgang mit Substanzen gelernt. Oft suchten Frauen die Beratungsstelle auf, die für ihre Partner etwas tun wollen, umgekehrt sei es selten der Fall.

Die Gruppe der illegalisierten Drogensüchtigen sei sehr heterogen und reiche vom „*Baggerfahrer bis zum Mann im Anzug*“. Überwiegend verfügten sie über „*wenig soziale Ressourcen*“, auffällig seien häufige Persönlichkeitsstörungen, Personen im Substitutionsprogramm seien „*am schlechtesten unterwegs*“. Bei Opiatabhängigen, wobei Opiate derzeit eher das Image von „*Loserdrogen*“ hätten, sei häufig eine Polytoxikologie, Medikamentenabhängigkeit bzw. –missbrauch sowie eine hohe Komorbidität gegeben, viele seien vor der Abhängigkeit in jugendpsychiatrischer Behandlung gewesen. Expandierend seien derzeit Kokain und neue Drogen wie Mephedron. Bei neuen Drogen hinke die Prävention und Politik hinterher, es dauere lange, bis sie registriert und verboten würden. Auch in Beratungseinrichtungen gäbe es verspätete Reaktionen. Die Rahmenbedingungen für die Substitutionstherapie in der Steiermark hätten sich verschlechtert, immer weniger ÄrztInnen könnten oder wollten die medizinische Grundversorgung anbieten.

Ein Teil der Suchtproblematik kann über die aktive Rolle des Gesundheitsamtes der Stadt Graz im Rahmen des Substitutionsprogramms auch quantitativ bemessen werden. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Menschen im Substitutionsprogramm beständig gestiegen, waren es im Juni 2005 noch 457 Personen, so sind es im Juni 2011 bereits 674 Personen, was einer Steigerung um 47% entspricht.

Tabelle 6: Anzahl der Personen im Substitutionsprogramm

	Männer	Frauen	Gesamt	davon Justiz
Juni 2005			457	
Juni 2006	346	139	485	48
Juni 2007	375	129	504	62
Juni 2008	391	141	532	69
Juni 2009	434	155	589	83
Juni 2010	486	160	646	90
Juni 2011	508	166	674	95

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes der Stadt Graz, Eigenberechnung IFA Steiermark

¹⁹⁷ Vgl. dazu: Jahresbericht 2010, S. 3.

¹⁹⁸ Im Handbuch Alkohol mit Aufnahmedaten einschlägiger Einrichtungen ist ein 75%-iger Männeranteil verzeichnet.

¹⁹⁹ Als Risikoschwelle gilt ein Wert von 35 Gramm (bei Männern 60 Gramm oder 4 Krügerln Bier) in Abhängigkeit vom Muskelaufbau, Hormonhaushalt, dem Stoffwechsel und einem damit einhergehenden langsameren Abbau von Alkohol.

Die Apotheken, in denen Ersatzmittel abgeholt werden, liegen vor allem in den Stadtteilen von Graz, wo die Wohnpreise eher günstiger sind und viele Menschen mit schwieriger sozialer Lage leben. Im Juni 2011 „beliefern“ Apotheken in den Innenstadtbezirken Lend, Gries etc. am linksseitigen Murufer (mit der Postleitzahl 8020) 48% der Menschen im Substitutionsprogramm. Insgesamt 271 Personen besorgten sich Ersatzmittel in einer von 15 Apotheken in Gebieten mit der Postleitzahl 8020. Die meistfrequentierten Apotheken in diesem Gebiet liegen im Bereich Südtiroler Platz und Annenstraße, weiters in der Wiener Straße, der Triester Straße, am Griesplatz sowie in der Volksgartenstraße.

30% oder 169 Personen werden in Apotheken mit der Postleitzahl 8010 – also in den Innenstadtbezirken am rechten Murufer – mit Substitutionsmittel versorgt. Hier zählen Apotheken in der Conrad-von-Hötzendorf-Straße, am Jakominiplatz und in der Münzgrabenstraße zu den Meistfrequentierten. Weitere 6% frequentieren Apotheken im Bezirk Liebenau mit der Postleitzahl 8041.

Im Jahr 2010 wurden 592 Personen in Graz wegen Drogendelikten, vor allem Cannabisprodukte, retardierte Morphine und Opiate bzw. Heroin betreffend, angezeigt.²⁰⁰ Männer stellten das Gros der Angezeigten (502 Männer und 90 Frauen). Rund 23 angezeigte Männer waren jünger als 16 Jahre (angezeigte Mädchen in diesem Alter sind nicht vermerkt), 281 angezeigte Männer sind zwischen 18 und 25 Jahren alt. Von den angezeigten Frauen sind 58 Personen zwischen 16 und 18 Jahre alt.

Massiv zugenommen habe das pathologische Glücksspiel, seit Dezember 2010 ist das B.A.S. Träger des Kompetenzzentrums „Fachstelle für Glücksspielesucht Steiermark“, der Großteil der beratungssuchenden Personen ist männlich, die häufigste problematische Glücksspielart ist das Automatenspiel, danach Onlineglücksspiel und Kartenspiele vor Sportwetten und Casinospiele. 90% von ihnen haben hohe Spielschulden, daher wurde ein Angebot „Existenzsicherungsberatung für GlücksspielerInnen und Angehörige“ als spezifische Form der Schuldenberatung entwickelt.²⁰¹ Die Novellierung des Bundesgesetzes zum Glücksspiel wird kritisch gesehen, nach wie vor werde zu wenig für den Spielschutz getan. Möglichkeiten wie erschwerter Zutritt, mehr Kontrollen, eine Verringerung der Spieldauer, Wartezeiten und „Nachdenkpausen“, um das wesentlich glücksspielfördernde Merkmal „Ereignisfrequenz“ zu beeinflussen, seien zu wenig berücksichtigt worden. Die Erhöhung des Einsatzlimits ermögliche bei einem ungünstigen Verlauf einen Geldverlust von bis zu 600 Euro pro Minute. Risikofaktoren seien Einsamkeit, der Wunsch nach sozialem Erleben, wenig soziale Unterstützung durch Eltern, Migrationshintergrund, Gehemmtheit und geringe Selbstwirksamkeit. Vor allem geringverdienende oder verschuldete, „gerade noch informell kreditwürdige“ Personen würden ihre Hoffnungen auf einen möglichen Gewinn richten. Viele kämen wegen gerichtlicher Auflagen, einen Arbeitsverlust oder Rissen in der Beziehung und seien „Weltmeister im Verstecken“.

Die Internetsucht halte sich zumindest in der Beratungsstelle in Grenzen, meistens kämen Männer, denen ein Lehrstellenverlust oder Schulabbruch drohe, weil sie nur mehr spielten. Nur eine Minderheit zeige Suchtkriterien. Menschen mit Essstörungen seien

²⁰⁰ 558 Personen waren in Graz gemeldet, 33 auswärts, dazu eine Person mit „unstetem Aufenthalt“.

²⁰¹ Vgl. www.fachstelle-gluecksspielesucht.at.

beinahe zur Gänze Frauen, zu dem Thema gäbe es vor allem Anfragen per Telekommunikation.

6.7.5 Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Um den Einfluss sozialer Benachteiligung und sozialer Risikofaktoren auf Suchterkrankungen zu reduzieren, ist es nach übereinstimmender Meinung vieler Befragter notwendig, die Gesamtbedingungen in einem Suchtmodell mit vielen Mitzuständigkeiten zu berücksichtigen und multifaktoriell zu bearbeiten. Die Diskussion über ein notwendiges Rahmenkonzept und einen Grundkonsens im Suchtbereich seien derzeit durch den Fokus auf die Skandalisierung „klassischer harm reduction-Methoden“ erschwert.

Allgemein gilt es, wie in allen Gesundheitsförderungsstrategien, vor allem bessere Lebensbedingungen (von der Wohnqualität bis zu vermehrten Bildungs-, Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen) zu schaffen sowie soziale Kompetenzen zu stärken, um Sucht von vornherein zu verhindern und vor allem sozial benachteiligten Zielgruppen alternative Handlungsspielräume zu eröffnen. Die Stadt selbst greift im Suchtbereich auf externe Stellen zurück, die weniger Zugangsbarrieren besitzen.

Potentielle präventive Maßnahmen reichen von der Förderung der Nachbarschaft und der Lebensqualität in Wohnvierteln und Stadtteilen, der Einbindung der Menschen in die Verantwortung für öffentliche Räume (z.B. für spritzenfreie Spielplätze), der Förderung einer offenen und mobilen Jugendarbeit über eine bessere Einhaltung und Kontrolle der Jugendschutzbestimmungen bis hin einer stärkeren Präsenz von Polizei und Sicherheitskräften für begrenzte Zeiträume in sozialen Brennpunkten.

Im Suchtbericht²⁰² sind etliche Möglichkeiten aufgelistet, darüberhinaus werden von ExpertInnen vor allem vermehrt niederschwellige, akzeptanzorientierte „safer-use-Angebote“ (Spritzentausch, Konsumraum) und eine funktionierende Substitutionsbehandlung in entsprechenden Ambulanzen gefordert. Niederschwellige Konsumräume würden die Möglichkeit bieten, Substanzen unter kontrollierten Rahmenbedingungen einzunehmen, auch hier sei jedoch mit einer jahrelangen Verzögerung, wie es im Falle der Substitution der Fall war, zu rechnen.²⁰³

Bei der Substitution sei nach wie vor von einer geringen Inanspruchnahme auszugehen, unzureichende Strukturen sowohl im medizinischen als auch im psychosozialen Bereich und ein unzureichendes Therapiemanagement würden das Wegkommen von den Substanzen erschweren bzw. den Missbrauch von retardierten Morphinen auch befördern. Durch die Substitution würden zwar Ziele wie soziale Stabilisierung, Reduktion des Beschaffungsdrucks und der Begleitkriminalität, medizinische Primärversorgung, Zugang zu Suchthilfeeinrichtungen erreicht, sonstige angestrebte Therapieziele nur suboptimal. Gefordert wird eine Erweiterung des derzeitigen Kontingentes für Psychotherapie auf Krankenschein.

²⁰² Suchtbericht 2007. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung FA 8B, Gesundheitswesen. Graz 2008.

²⁰³ Schon 1986 gab es eine Veranstaltung zur Einführung der Substitution in Kooperation von Caritas, Sozialmedizin und Grüne Akademie.

Vor allem bei der beruflichen Rehabilitation werden große Lücken geortet, nur in wenigen Projekten wie Offline oder ERfA fänden Süchtige die Möglichkeit zu arbeiten bzw. sich auszubilden. Für Abhängige, die vielfach noch kaum Berufserfahrung bzw. noch nie gearbeitet hätten, fehle vieles, auch die Zahl der Abbrüche arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen sei bedenklich. Auch tagesstrukturierende Maßnahmen für (isolierte) Süchtige mit am Alltag orientierten Angeboten könnten ein erster Schritt sein, um nicht *„im Regen und in der Kälte zu stehen, sich halbwegs an Regeln halten zu lernen“*, minimale Beziehungen (zu Betreuungspersonen) und *„etwas Kontakt zur anderen Welt“* zu halten oder alternative Vorstellungen zur Sucht, *„was kann ich im Leben noch machen“* zu entwickeln. Als Vorbild gilt ein Trinkhaus in Kiel für AlkoholkonsumentInnen mit einer minimalen Hausordnung, wo Mitgebrachtes getrunken werden kann, aber auch alkoholfreie Getränke und Wurstsemmeln angeboten werden. In Wien diene der international anerkannte „Ganslwirt“ dazu, basale Bedürfnisse zu erfüllen: Betroffene lernen wieder *„ein Stückchen zu leben“*, in *„vernünftiger“* Dosis sei auch mit Drogen ein weitgehend normales Leben mit entsprechendem Lebensstil möglich. Das Dilemma sei die Illegalisierung, welche die Betroffenen zu gänzlichen gesellschaftlichen *„Drop-outs“* mache. In diesem Zusammenhang seien in Zukunft im Sinne eines *„Senior drug program“* auch vermehrt geriatrische Einrichtungen auf ältere Drogensüchtige auszurichten bzw. zu öffnen, die oft schon frühzeitig *„vergreisen“*.

Für Drogen- und Alkoholsüchtige sei auch die umfassende Behandlung im Bereich der Vor- und Nachbetreuung stationärer Angebote wie der Drogentherapiestation *„Walkabout“* oder beim Caritas-Aloisianum dringlich. Eine Nachbetreuung inklusive der Möglichkeit, sich auch wieder am Arbeitsmarkt zu platzieren, sei wichtig, um den Therapieerfolg der PatientInnen nachhaltig zu erhöhen bzw. die Rückfallgefahr zu verringern.

Von einer Präventionsstelle wurde in den letzten Jahren ein *„innovatives selektives Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien“* entwickelt, konnte aber mangels an Finanzierung nicht umgesetzt werden. Ein kommunal finanziertes Pilotprojekt mit Partnerschaften/Kooperationen in Gemeinde- und Übertragungswohnbauten, der Jugendwohlfahrt, mit Sozialraumorganisationen oder Jugendzentren könnte eine Realisierung befördern.

Eine Suchtprävention sollte auch in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (für Jugendliche) erfolgen, wo im Rahmen geförderter Beschäftigung und Ausbildung, die auf der Verhältnissebene zu einer besseren Einbindung in den Arbeitsmarkt führen sollen, auch sogenannte *„Lebenskompetenzen“* gestärkt werden könnten.

FACTBOX SUCHTERKRANKE

In der öffentlichen Debatte stehen vor allem illegalisierte Drogen im Zentrum, obwohl andere Abhängigkeitsformen wie von Tabak und Alkohol viel häufiger auftreten.

Pathologische Glücksspiele, wobei besonders Glücksspielautomaten ein großes Gefährdungspotential haben, oder Essstörungen haben massiv zugenommen.

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass zwischen 6% bis 8% der Bevölkerung von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind.

Der Einfluss sozialer Benachteiligung auf Suchterkrankungen und Suchtgefährdung ist nicht restlos belegt, viele Befunde zeigen aber ein höheres Suchtrisiko (z.B. Rauchen, Trinken, Drogen, Automatenpiel) bei sozial benachteiligten Personen bzw. verringerte Chancen, davon wieder weg zu kommen.

Insgesamt wird mehr Geld für Suchtprävention in allen Altersgruppen gefordert, wobei ein Ansatzpunkt vor allem kritische Lebensereignisse („special life events“, welche die „Seele durch Über- oder Unterforderung in Ungleichgewicht bringen“ und sich auch auf die Gesundheit auswirken) bzw. der Beginn oder das Ende von Lebensabschnitten wie Scheidungen, Trennungen, Arbeitsverlust, Arbeitsüberforderung, Pensionsantritt bieten würden. Dementsprechende Programme sollten differenziert nach Lebenslagen mit wichtigen MultiplikatorInnen entwickelt werden. Im Glücksspielbereich, aber ebenso im Bereich Alkohol, Tabak etc. sollten z.B. Präventionsangebote, die derzeit vermehrt in der übrigen Steiermark eingesetzt werden, auch in Schwerpunktschulen, Jugendzentren oder arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen im Stadtgebiet speziell gefördert werden.

6.7.6 Gastbeitrag b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

Suchterkrankungen sind durch ihre Schwere und weite Verbreitung eines der größten derzeitigen psychosozialen und psychiatrischen Probleme. Legt man die gängigen Prävalenzschätzungen zu Grunde sind etwa knapp 6% der Bevölkerung von Alkohol, Medikamenten und illegalisierten Substanzen (meist Opiate) abhängig. Dazu kommen knapp 1% pathologische GlücksspielerInnen, deren Krankheitsverläufe in einem hohen Ausmaß jenen bei Substanzabhängigkeiten ähneln. Für die Stadt Graz ergibt dies eine Gruppe von ca. 18.500 Personen. Aufgrund der z.T. massiven Auswirkungen der Erkrankung auf das soziale Umfeld (ExpertInnen gehen von 1,7 im unmittelbaren familiären Umfeld Mitbetroffenen aus) können zusätzlich über 30.000 Personen als indirekt Betroffene angenommen werden. Mit Ausnahme der Medikamentenabhängigkeit (die allerdings unzureichend beforscht ist) sind überwiegend Männer betroffen.

Die Risiken einer Suchterkrankung sind vielfältig: körperliche und seelische Folgeerkrankungen, sozialer Abstieg, vorzeitiger Tod, deutlich höheres Suizidrisiko, Delinquenz und Verelendung sind wahrscheinliche Folgen.

Suchterkrankungen dürfen nicht isoliert betrachtet werden, sondern treten oft nach Primärstörungen (z.B. Angst- und affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumata) auf. Folgewirkungen der Abhängigkeit dynamisieren umgekehrt den Suchtprozess. Letztlich sind die Krankheitsverläufe – trotz mancher typischer Grundmuster – nicht linear, sondern von individuellen Faktoren zum jeweiligen Zeitpunkt abhängig.

Zeitgemäße Suchthilfe erfordert daher ein sehr breites, vielfältiges Angebot, dass auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Zielgruppe zugeschnitten ist. Dazu gehört eine Bandbreite von Überlebenshilfen, Risikominimierung bis zur Psychiatrie, Suchtmedizin, Ersatzstofftherapie, veränderungs- und abstinenzorientierten Therapie, Psychotherapie, tagesstrukturierenden Einheiten, spezifischen geriatrischen Angeboten sowie Reintegrationsmaßnahmen.

Die **b.a.s.** versteht sich in diesem Feld als hochschwelliges veränderungsorientiertes Angebot in einem ambulanten Setting. Damit wird eine breite Zielgruppe angesprochen, die allerdings entsprechende Voraussetzungen wie ausreichende Strukturiertheit (um etwa Termine einzuhalten), (potentielle) Veränderungsmotivation, tragfähigen sozialen, psychischen und somatischen Status usw. erfüllen muss. Darüber hinaus versteht sich die **b.a.s.** aber auch als Informations- und Portalstelle und als suchtpolitische Instanz, die auf die wahrgenommenen Mängel im Versorgungssystem hinweist.

Soziale Ungleichheit ist keine ausgeprägte epidemiologische Variable. Abhängigkeiten verteilen sich relativ gleichmäßig in allen sozialen Schichten. Umgekehrt gibt es zuneh-

mend Befunde, die klarstellen, dass soziale Benachteiligung einen Risikofaktor darstellt. Aus der Arbeitserfahrung geht jedoch eindeutig hervor, dass es deutliche Zusammenhänge zwischen sozialer Integration und Behandlungserfolg gibt. Schlechte soziale Integration erschwert den Zugang, die Komorbidität ist ausgeprägter, Ressourcen und Spielräume sind reduziert, die Prognose schlechter. Dazu kommt, dass die Diagnose einer Abhängigkeit bzw. Suchterkrankung soziale Ungleichheit erzeugt! Nach wie vor werden diese Störungen nicht als Krankheit, sondern – oft unreflektiert - als Laster und Fehlverhalten wahrgenommen und Betroffene stigmatisiert. Am deutlichsten wird diese Haltung bei KonsumentInnen illegalisierter Substanzen, die (noch) nicht Bereitschaft zeigen, den Konsum aufzugeben wie etwa SubstitutionspatientInnen. Dies führt zwangsläufig zu einem tief ausgeprägtem wechselseitigen Misstrauen zwischen Betroffenen und den gesellschaftlichen Einrichtungen. Das herkömmliche Gesundheitssystem bleibt vielen daher verschlossen und die spezialisierten Einrichtungen werden überfordert.

Entsprechend emotionalisiert, ideologisiert und undifferenziert wird der gesellschaftliche Diskurs zum Thema geführt und damit Verbesserungen in der Versorgung erschwert. Hier wäre ein Vieles mehr an Sachlichkeit ebenso zu fordern, wie die klare Trennung von Fachlichkeit und moralisch/ ideologischen Standpunkten.

Derzeit herrschen bei nahezu allen vorhandenen Einrichtungen massive Kapazitätsmängel mit entsprechender Auswirkung auf Struktur- und Prozessqualität, vorrangig in der Substitutionstherapie und den Drogenambulanzen. Ganz wichtig erscheint eine funktionierende Substitutionsbehandlung in entsprechenden Ambulanzen. Spezifische niederschwellige Krisendienste, geriatrische und tagesstrukturierende Einrichtungen sowie geeignete Reintegrationsmassnahmen sind überhaupt nicht vorhanden.

Manfred H. Geishofer

7 ZUSAMMENFASSUNG UND ABLEITUNGEN

Auf dem Weg in die Gesundheitsgesellschaft

Österreich befindet sich wie andere Wohlfahrtsstaaten auch auf dem Weg zu einer „Gesundheitsgesellschaft“ mit einer wachsenden Bedeutung gesundheitsbezogener Dienstleistungen zusätzlich zur medizinischen Versorgung, etwa im Bereich der Altenbetreuung, der Fitness- und Wellnesskultur u.a.m.²⁰⁴ Mit dem Begriff wird einerseits eine gesellschaftstheoretische und medizinisch-soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit eröffnet, andererseits die Frage einer weiteren Differenzierung im Gesundheitssystem in die Bereiche der Medizin und Gesundheitsförderung aufgeworfen. Mit der salutogenetischen Wende²⁰⁵ wird in Anlehnung an die Pathogenese, welche die Entstehungsbedingungen von Krankheiten behandelt, auf die Entstehungszusammenhänge von Gesundheit fokussiert. „Positive Gesundheit“ wird als ein gestaltbarer und beeinflussbarer Teil von Gesundheit insgesamt, die auch die negative Gesundheit oder Krankheit umfasst, verstanden. Zentrale Begriffe sind die physische, psychische und soziale

²⁰⁴ Vgl. dazu: Jürgen M. Pelikan: Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“?. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 2, 2009, S. 28-47. Im gleichen Heft mit dem Schwerpunkt Gesundheitsgesellschaft finden sich auch andere Beiträge rund um eine von Ilona Kickbusch angestoßene Diskussion.

²⁰⁵ Vgl.: Anja Hartmann: Wenn der Körper nicht mehr mitspielt: Gesundheit und Krankheit aus der soziologischen Inklusionsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 4, 2010, S. 45-61.

Leistungsfähigkeit und Attraktivität, das erlebte und gefühlte Wohlbefinden sowie die Lebenszufriedenheit. Die damit einhergehende Entstehung eines Gesundheits- und Gesundheitsförderungsmarktes ist aus einem kritischen Blickwinkel durchaus hinterfragbar. Mit Gesundheit und Gesundheitsangeboten ist nicht nur ein wachsender Markt mit immer mehr Beschäftigten verbunden, sondern es werden auch individuelle Wünsche und Hoffnungen geweckt, die in eine Konsumkultur einfließen, wie Wellness- und Stressbewältigungsseminare, eine immense Ratgeberliteratur, immer neue Sportarten und Gesundheitsartikel von gesundheitsdienlichen Nahrungsergänzungsmitteln bis zu diversen Schlankheits- und Schönheitstherapien u.a.m. belegen. Gesundheit als „permanente persönliche Selbstformung“, um die eigene Wettbewerbsfähigkeit auf unterschiedlichen Märkten zu verbessern, und ständige Inszenierung von Leistungsfähigkeit gehen in Richtung einer „Selbstmodellierung“²⁰⁶ für die Leistungsgesellschaft, die durchaus auch gesundheitsabträgliche Formen annehmen kann, wie Auswüchse der Schönheitschirurgie oder des Körperkults mit muskel- und ausdauerfördernden oder psychoaktiv aufputschenden Präparaten manifestieren. Ein wachsender Aufwand wird betrieben, um die eigene Attraktivität und äußere Erscheinung entsprechend vermeintlichen sozialen und gesellschaftlichen Erwartungen zu gestalten. Auch die betriebliche Gesundheitsförderung hat vermehrt eine höhere Produktivität und eine geringere Fehleranfälligkeit durch Verringerung der Fehlzeiten sowie eine höhere Aufmerksamkeit und Konzentration im Fokus, die Verantwortung wird hauptsächlich bei den Individuen, die ihr Verhalten anpassen sollen, verortet. Gesundheit wird – so oft der Eindruck – als reiner Produktionsfaktor zur gesellschaftlichen Triebfeder.

Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit von Benachteiligten

Aus einer emanzipatorischen Perspektive wird die Herausforderung sichtbar, wenn zentrale Begriffe einer positiven Gesundheit mit den zur Verfügung stehenden finanziellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, mit dem Zugang zu Infrastrukturen (von der Wohnqualität über das Bildungs- bis zum Gesundheitssystem), mit Risikoexpositionen und Lebensstilen sowie vorhandenen Handlungsspielräumen in Verbindung gebracht werden, und der Blick auf die empirische Realität gelenkt wird: Die Ungleichheitsforschung belegt die unterschiedliche Verteilung von Ressourcen aller Art, von Handlungsoptionen bzw. Möglichkeiten der Umsetzung mit Auswirkungen auf die Gesundheit und das individuelle Gesundheitsverhalten. Empowerment und Partizipation gelten als tragende Elemente einer emanzipatorischen Gesundheitsförderung, die Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre körperliche, seelische und soziale Gesundheit ermöglicht und ihnen auch gesundheitsförderliche Handlungsspielräume eröffnet. Public health bzw. Gesundheitsförderung spricht grundlegende Bedingungen und Lebensverhältnisse an, die allen BürgerInnen über die in Wohlfahrtsstaaten zumeist gegebene ausreichende Ernährung und eine grundlegende medizinische Versorgung hinausgehend einigermaßen gleiche Chancen auf ein gesundes Leben bieten. Gesundheit ist in diesem Kontext auch ein Effekt sozialer Gerechtigkeit, dementsprechend muss Gesundheitsförderung zuallererst bei der Verringerung sozialer Ungleichheit und drohender gesellschaftlicher Exklusion ansetzen. Exklusion wird dabei vor allem als Prozess verstanden,

²⁰⁶ Vgl.: Regina Brunett: Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 2, 2009, S. 65-71.

der zusehends die aktive Teilhabe in der Gesellschaft minimiert und über fehlende Teilhabe und Einbindung auch auf die Gesundheit abfärbt. Mit zunehmend prekären Lebenslagen verstärkt und beschleunigt sich die Exklusion. Gesundheitsförderung bedeutet, diese Menschen wieder ein Stück in die Gesellschaft zu integrieren und ihren „sense of coherence“ trotz Risiken und Belastungen in dem Sinne zu beeinflussen, das eigene Leben verstehbarer, gestaltbarer und sinnhafter zu erleben, was „Selbstreflexion, Widerstandsfähigkeit und Kreativität sowie ein gewisses Urvertrauen in die Gesellschaft, gebraucht und anerkannt zu werden, [erfordert]. Das haben in unserer Gesellschaft die einen mehr, die anderen weniger.“²⁰⁷

Zielgruppen kommunaler Gesundheitsförderung

Im kommunalen Setting betrifft das in erster Linie soziale und gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen, ihre Wohn-, Lebens und Arbeitsbedingungen, die Zugänge zum Gesundheitssystem, das Wissen um Gesundheit, aber auch die Nutzungsbedingungen von Instrumenten wie der Mindestsicherung oder dem Kulturpass, die an und für sich als sozialpolitische Meilensteine gelten, oft aber an damit verbundener Stigmatisierung, an Informationsdefiziten oder operativen Voraussetzungen scheitern.

In Graz lebt eine Vielzahl an benachteiligten Personen mit beträchtlichen Defiziten in der Lebensqualität und damit verbundenen hohen Gesundheitsrisiken. Das Spektrum reicht von prekär am Arbeitsmarkt beschäftigten Menschen, ArbeitnehmerInnen in Niedriglohnbranchen, Frauen in nachteiligen Lebenskonstellationen wie AlleinerzieherInnen, langzeitbeschäftigungslosen Personen, SozialhilfebezieherInnen und isolierten Menschen in sozialer Armut bis zu schlecht integrierten Menschen mit Migrationshintergrund oder Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien mit wenig Ressourcen für eine Förderung einer positiven persönlichen oder schulischen Entwicklung. Erkenntnisse aus der Armutforschung bzw. der Sozialmedizin fassen die gefährdeten Gruppen samt ihren alltags- und gesundheitsbezogenen Einschränkungen relativ präzise zusammen. Bildung, Einkommen und soziales Prestige als wichtige Trias für die Ungleichheit korrelieren mit Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung, Morbidität, Gesundheitsverhalten und der subjektiven Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Oft leben diese Menschen in bestimmten Stadtgebieten oder Wohnsiedlungen, in Gemeinde- und Übertragungswohnbauten oder in Übergangswohnungen und gehören zur Klientel von sozialpolitischen Institutionen (Jugendwohlfahrt, Sozialarbeit) oder arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Jüngere sind vorwiegend in bestimmten Schulen oder Jugendzentren anzutreffen.

Lebensweltorientierung, Kooperation und Partizipation als wichtige Prinzipien

Mit dem medizinischen Paradigmenwechsel, der durch den umfassenden salutogenen Gesundheitsförderungsansatz in den letzten Jahrzehnten eingeleitet wurde, sind unterschiedliche Prinzipien verbunden. Es gilt, bei Menschen anzusetzen, die noch nicht krank sind, nicht die Krankheit, sondern gesundheitsförderliche Strukturen ins Visier zu nehmen, und in unterschiedlichen Settings Kooperationen aufzubauen, Prozesse auszulösen und eine breite Partizipation der Zielgruppen anzustreben. In der betrieblichen und

²⁰⁷ Vgl. Anja Hartmann, a.a.O., S. 58.

schulischen Gesundheitsförderung liegen bereits viele Instrumente und Erfahrungen vor, im kommunalen Kontext sind diese noch spärlich vorhanden. Im Sinne nachhaltiger Effekte muss vor allem auf die Verhältnisebene gezielt werden, obwohl Verhaltensänderungen leichter anzuvisieren sind. Die Perspektive finanzierender Stellen sollte sich vor allem auf langfristig wirksame Lösungen richten.

Eine salutogenetisch orientierte Auffassung von zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderung bedeutet, auf konkrete Lebensbedingungen einzugehen. Um das soziale Gefälle zu verringern, sind neben allgemeinen Interventionen der Armutsbekämpfung (Mindestlöhne, Maßnahmen gegen Langzeitarbeitslosigkeit und Exklusion aus dem Arbeitsmarkt) Verbesserungen der allgemeinen Lebensverhältnisse im Wohnumfeld in Bezug auf die Wohnqualität, Spiel-, Erholungs- und Begegnungsmöglichkeiten, die Nachbarschaft und das soziale Klima notwendig. Gerade diesbezüglich ist die kommunale Ebene gefordert, um im Rahmen von Stadtteilarbeit besonders Benachteiligte zu erreichen und neue Handlungsspielräume zu eröffnen. Als MultiplikatorInnen bieten sich Institutionen, Organisationen und Stellen an, die bevorzugt mit den Zielgruppen zu tun haben - die Jugendwohlfahrt und kommunale Sozialarbeit ebenso wie Kindergärten, Schulen, Elternvereine, Gesundheitseinrichtungen, arbeitsmarkt- und sozialpolitische Initiativen, Jugendzentren, PensionistInnenverbände, Einrichtungen von und für MigrantInnen etc. Insgesamt wird es als wichtige Aufgabe, zumal einer gesunden Stadt, verstanden, das Thema Gesundheit in alle Gesellschafts- und Politikbereiche zu bringen und multisektoral zu verankern. Die Gesundheitsförderung gilt als Querschnittmaterie, die viele politische Bereiche und Handlungsfelder von der Stadtteilarbeit bis zur Beschäftigungsförderung betrifft. Es gilt, das Thema Gesundheit in alle Gesellschafts- und Politikbereiche zu bringen und multisektoral zu verankern.

Im Sinne einer möglichst effizienten Vorgangsweise ist eine Vernetzung mit allen im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Stellen anzustreben, im Sinne eines Wissenstransfers sind vor allem Kooperationen mit Organisationen, die mit spezifischen Zielgruppen arbeiten, auszubauen und geeignete Transferformen zu entwickeln. Um nachhaltige Effekte zu erzielen und gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen, erscheint eine Schulung und Unterstützung von (potentiellen) MultiplikatorInnen (arbeitsmarktpolitische TrainerInnen, LehrerInnen, AMS-BeraterInnen, SozialarbeiterInnen, JugendarbeiterInnen etc.) bzw. eine entsprechende Schnittstellenarbeit unerlässlich.

Maßnahmenvielfalt

Aus Sicht vieler Befragter kann eine Gesundheitsförderung „*nicht bunt genug sein*“. Notwendig ist ein differenziertes Maßnahmenangebot, das sowohl auf breiter Ebene (z.B. Gesundheitskampagnen) flächendeckend ansetzt als auch spezifische Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen in bestimmten Lebenswelten vorsieht. Top-down-Strategien müssen durch spezielle gemeinwesenarbeitsorientierte Bottom-up-Ansätze ergänzt werden. Vor allem hier ist die Einbindung der Zielgruppen selbst und die Zusammenarbeit mit MultiplikatorInnen entscheidend. Basis jeglicher Gesundheitsförderung für benachteiligte Menschen ist aber eine Sozial- und Bildungspolitik, die soziale Ungleichheit reduziert und allgemein auf „gesündere“ Lebensverhältnisse (Wohnen, Spielplätze und Grünraum, Verringerung von Umweltbelastungen, niederschwellige Bildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten in benachteiligten Stadtteilen) zielt.

Auf der konzeptiven Ebene besteht die Herausforderung, alternative Gestaltungsformen zu entwickeln, um Gesundheit spürbar und erlebbar zu machen und somit Zielgruppen zu erreichen, die vor Seminaren und schulähnlichen Veranstaltungen zurückschrecken. Dazu gehört auch eine allgemein verständliche Sprache, der Einsatz von Bildern und Symbolen, und insgesamt ein verständliches Informationsmaterial, basierend auf Bedarfserhebungen bei unterschiedlichen Zielgruppen. Gesundheitskompetenzen im weitesten Sinne sollten auf lustige, interessante, spannende und lebensnahe Weise vermittelt werden. Beispiele wären etwa „Showkochen“ oder „fahrende Küchen“ vor Ort, Gesundheitsanimation oder –kabarett, Bewegungs- und Ausdrucksworkshops, Aktionen auf öffentlichen Plätzen oder in Parks mit einem unterschiedlichen Bündel an gesundheitsrelevanten Angeboten u.v.m.

Exemplarische zielgruppenspezifische Ansätze

In den einzelnen Kapiteln wurden potentielle kommunale Handlungsmöglichkeiten detailliert skizziert, an dieser Stelle werden nur einige beispielhafte Maßnahmen erwähnt.

So etwa sind bei benachteiligten Kindern und Jugendlichen möglichst frühzeitige (wohnortnahe und nachgehende) Interventionen in bestimmten Gebieten oder bei jungen Eltern notwendig, um gesundheitliche Folgeerscheinungen zu reduzieren. Darunter fällt Entwicklungsförderung und Lernunterstützung genauso wie die Stärkung der Unterstützungskompetenzen der Eltern. Aber auch vermehrte betreute Bewegungs- und Freizeitangebote, niederschwellige Möglichkeiten der (handwerklichen) Erprobung beruflicher Fähigkeiten in Stadtteilwerkstätten oder zielgruppenadäquat aufbereitete Angebote zur sexuellen Gesundheit (z.B. zur Reduktion von Teenagerschwangerschaften), Gewalt- und Suchtprävention sind ein wichtiger Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

Auch bei arbeitsmarktfernen und armutsgefährdeten Personen sind allen Erfahrungen nach Bringstrategien angebracht, um diese Zielgruppe zu erreichen. Neben einer ausreichenden Existenzsicherung und Einstiegsmöglichkeiten in das Erwerbsleben durch städtische Beschäftigungsprogramme sind unterschiedliche im engeren Sinne gesundheitsrelevante Initiativen denkbar – dies reicht von der Auseinandersetzung mit und der Vermittlung von Gesundheitskompetenzen in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen oder in sozialen Einrichtungen bis zur Ermöglichung beispielsweise von Frischluftaktivitäten in sozialwirtschaftlich betriebenen Gemeinschaftsgärten in bestimmten Stadtteilen oder erleichterten Zugängen zu sportlichen und kulturellen Möglichkeiten. Insgesamt ist es gerade für diese an den Rand gedrängten und oft sozial isolierten Menschen wichtig, neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

In Hinsicht auf Gesundheitsförderung von Frauen ist ein differenzierter Blick auf ihre spezifischen Lebenslagen, Belastungen und Ressourcen, besonders von Alleinerziehenden mit Mehrfachbelastungen, Frauen mit geringem Einkommen oder jungen Müttern aus benachteiligten Familien wichtig, um die Unterstützungsangebote adäquat zu gestalten. Dazu zählen etwa nachgehende Angebote für schwangere Frauen und junge Mütter oder Hausbesuche in benachteiligten Familien, eine gezielte Kompetenzstärkung (health competency), aber auch eine Steigerung der geschlechtsspezifischen Fachkompetenz in allen Gesundheitsberufen.

Bei älteren Menschen ist vor allem die kommunale Förderung von Angeboten, die eine möglichst selbständige Lebensführung ermöglichen, von Relevanz. Das Spektrum reicht von attraktiven, nicht konsumorientierten Begegnungsräumen über aufsuchende Maßnahmen für benachteiligte alleinstehende ältere Menschen mit niedrigem Einkommen, oft Frauen, in Kooperation mit Pfarren, dem Sozialamt, der Pensionsversicherungsanstalt etc. bis hin zu Unterstützungen für Angehörige von Betreuungsbedürftigen oder der besseren Vernetzung und gegenseitigen Bewerbung bestehender Angebote.

Bei MigrantInnen ist die vermehrte Einbindung von Selbstorganisationen als vermittelnde Stellen zwischen dem Gesundheitssystem und den Zugewanderten ein Weg, um bestehende Defizite im Wissen über das Gesundheitssystem, den Zugängen dazu, der Nutzung von Vorsorgeangeboten und dem Gesundheitsverhalten zu verringern. Ergänzend sollten leicht zugängliche, mehrsprachige Informationen entwickelt werden und insgesamt eine interkulturelle institutionelle Öffnung mit Berücksichtigung spezifische Bedürfnisse und Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, z.B. auch von älteren MigrantInnen zu mobilen Diensten oder zu Pflegeheimen etc., vorangetrieben werden.

Schließlich und endlich könnte die Stadt im Suchtbereich zielgruppengenaue, langfristig angelegte und präsenze visualisierte Präventionskampagnen entwickeln, die Werbung für Alkoholprodukte beschränken, die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes überprüfen oder sogenannte Lebenskompetenzschulungen - und Präventionsprogramme in Jugendzentren oder Schulen verstärken. Aber auch eine funktionierende Substitutionsbehandlung in entsprechenden Ambulanzen, der Ausbau niederschwelliger Einrichtungen (Konsumräume, Trinkhaus) und eine verstärkte Nachbetreuung nach Therapien inklusive Einstiegshilfen in den Arbeitsmarkt sind notwendige Schritte.

Kommunale Koordination und Steuerung

Als ein wichtiger Beitrag der Stadt sind die Koordination der Vernetzung unter breiter Einbindung relevanter Stellen und die strategische Steuerung von Gesundheitsförderungsaktivitäten mit gezielten Schwerpunktsetzungen anzusehen. Eine Voraussetzung auf der strategischen Ebene liegt in der Formulierung ressortübergreifender Gesundheitsziele bzw. eines Gesundheitsleitbildes oder einer verbindlichen städtischen Charta mit einem dementsprechenden Gemeinderatsbeschluss. Die Vorarbeit dafür könnte in einem (neu belebten) Gesundheitsforum, in dem VertreterInnen anderer Ressorts sowie Gesundheitsinitiativen und sonstige relevante Einrichtungen vertreten sind, erfolgen.

Auf der operativen Ebene setzt das eine koordinierende Stelle für die städtische Gesundheitsförderung, die ressortübergreifend Prozesse einleitet, begleitet und gestaltet, sowie Abstimmungen mit den Ressorts (Gesundheit, Soziales, Bildung, Frauen, Jugend, Umwelt) und Initiativen vornimmt, voraus. Wichtig dabei ist vor allem die Anknüpfung an die Sozial-, Bildungs-, Wohn- und Beschäftigungspolitik sowie unterschiedlichen Stadtteilaktivitäten.

Mit Blick auf die Auswirkungen vieler Politikbereiche auf die Gesundheit wird auch ein Health Impact Assessment als Analyse- und Steuerungsinstrument gefordert, um städtische Vorhaben auch auf ihre Gesundheitsrelevanz besonders für sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppen zu bewerten. Für die Finanzierung biete der „social return on investment“ (SROI) eine wichtige Perspektive.

Um die praktische Arbeit vieler kleiner Initiativen zu unterstützen, sollte im Gesundheitsforum auch ein ständiger Erfahrungsaustausch sowie vermehrte breite Informationen über eine qualitätsvolle, verhältnisorientierte Gesundheitsförderung andernorts, z.B. aufsuchende Maßnahmen wie in skandinavischen Ländern mit public nurses oder Familienkrankenschwestern bzw. den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit sowie über relevante Ansprechstellen geleistet werden.

Auf einer symbolischen Ebene Stadt Graz kann die Stadt Graz bei Veranstaltungen mit gutem Beispiel vorangehen, z.B. regionale und saisonale Produkte anzubieten, Wasser in Krügen oder einen Korb Äpfel bereitzustellen und gewisse Rahmenbedingungen als Standard zu forcieren. Auch flächendeckende Präventions- und Bewusstseinskampagnen zählen dazu, das Thema Gesundheit müsse BewohnerInnen „überall anspringen“, so ein Befragter, bei Veranstaltungen, in der Straßenbahn, in Parks und auf Spielplätzen.

Eigenes Gesundheitsförderungsbudget

Gekoppelt damit ist auch ein eigenes Budget für Gesundheitsförderung notwendig, das über aliquote Pflichtbeiträge aller prinzipiell beteiligten Abteilungen und Beteiligungen der Stadt – als „Zwangsgroschen“ – gespeist werden könnte. Bei beschränkten Ressourcen empfiehlt sich eine Schwerpunktsetzung nach regionalen, inhaltlichen oder zielgruppenspezifischen Gesichtspunkten. Die Mittel sollten beispielsweise auf benachteiligte Stadtteile und Gruppen, aufbauend auf Analysen und Ergebnissen zu zielgruppenspezifischen Bedarfen, konzentriert werden, z.B. für niederschwellige (mobile) medizinische Anlaufstellen und Versorgungseinrichtungen wie Stadtteil- oder Gesundheitszentren in bestimmten Stadtviertel. Ein eigenes Budget gewährleistet eine mittelfristige Finanzierungs- und Planungssicherheit für Gesundheitsinitiativen für sozial Benachteiligte, die in diesem schwierigen Feld auf eine Kontinuität der Beziehungen und einen langfristigen Kompetenzaufbau angewiesen sind.

Eine kommunale Gesundheitsförderung könnte auch überregionale Maßnahmen mit entsprechenden kommunalen Anreizen oder Impulsen ergänzen, vor allem dort, wo Umsetzungsschwierigkeiten bestehen, wie zum Beispiel bei der Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben bzw. in Branchen mit vielen besonders gefährdeten niedrigqualifizierten Arbeitskräften oder durch einen Gesundheitspass mit finanziellen Anreizen für sozial Bedürftige.

8 LITERATURVERZEICHNIS

AK Frauenbericht 1995 – 2005. Arbeit – Chancen – Geld.

Arbeitsmarktdaten – Gesamtübersicht. Datum: 06/2011, Region: Graz (mit ZWS) 607. Tabellenabfrage auf der AMS-Homepage.

Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2007. Hrsg. von der Statistik Austria. Wien 2009.

Armut kann ihre Gesundheit gefährden. Warnung der Armutskonferenz. Leseheft 2. Linz 2003.

Armutsbericht Oberösterreich 2005. Krankheit Armut. Erarbeitet von Studierenden der Lehrveranstaltung „Armut und Soziale Ausgrenzung“. Hrsg. vom Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, JKU Linz, in Zusammenarbeit mit der Sozialwissenschaftlichen Vereinigung. Linz 2005.

Armutsgefährdung in Österreich. EU-SILC 2008, Eingliederungsindikatoren. Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Sozialpolitische Studienreihe Band 2. Wien: 2010.

- Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. WHO 2005.
- Bevölkerung der Landeshauptstadt Graz. Stand 1.1.2011. Hrsg. vom Magistrat Graz, Präsidiabteilung, Referat für Statistik. März 2011.
- Boeckh, Jürgen: Migration und soziale Ausgrenzung. In: Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, S. 362–380.
- Brunett, Regina: Zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 2, 2009, S. 65-71.
- Dangschat, Jens S.: Räumliche Aspekte der Armut. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 247-261.
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret: Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies 1991.
- Die Armut und die Kommune. Am Beispiel Graz. Hrsg. vom Verein ERfA. Grazer Sozialpolitische Hefte, Band 1. Jänner 2010.
- Eiffe, Franz: Konzepte der Armut im europäischen Kontext. Ein geschichtlicher Überblick. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 67-90.
- Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2008. Statistik Austria im Auftrag des BMASK. Tabellenband. Sozialpolitische Studienreihe Band 2. Wien 2010.
- Empfehlungen zur Gesundheitsberichterstattung, erstellt von der Plattform Gesundheitsberichterstattung. Stand 4.11.2010.
- Ene mene mu – wie gesund bist du? Eine soziologische Studie zur Gesundheit von Grazer Volksschulkindern. Ergebnisse des Forschungspraktikums 2010/2011: Urbane Problemlagen. Institut für Soziologie Karl-Franzens-Universität. Graz 2011.
- Fernandez de la Hoz, Paloma: Kinder zwischen Wohlstand und Armut. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 145-156.
- Freidl, Wolfgang; Raml, Reinhard; Pretis, Manfred; Feistritzer, Gert: Gesundheitliche Ressourcen von am Arbeitsmarkt extrem benachteiligten Personen. Eine Studie zur gesundheitlichen Lage von marginalisierten Gruppen im Rahmen des EQUAL-Projekts „Integration von Randgruppen durch Modellbildung und Konzentrierung von Angeboten.“ Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, ohne Jahresangabe.
- Fink, Marcel: Erwerbslosigkeit, Prekarität (Working Poor) und soziale Ungleichheit/Armut. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 198 - 210.
- Fuchs, Michael: Nicht-Inanspruchnahme von Sozialleistungen am Beispiel der Sozialhilfe. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 290 – 301.
- Gesundheit im Betrieb. Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark. Jänner 2011.
- Gesundheitsauswirkungen der PM 2,5-Exposition - Steiermark: Erarbeitet vom Umweltbundesamt unter Projektleitung von Wolfgang Spangl im Auftrag der Steiermärkischen Landesregierung. Wien 2010.
- Grasser, Gerlinde; Wieseneder, Elisabeth: Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B, Gesundheitswesen. Graz 2010.
- Grasser, Gerlinde; Wieseneder, Elisabeth: Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B, Gesundheitswesen, Graz 2011.
- Handbuch Armut in Österreich. Hrsg. von Nikolaus Dimmel, Karin Heitzmann, Martin Schenk: Studienverlag: Innsbruck-Wien-Bozen 2009.
- Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung. Hrsg. Von Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeckh, Hildegard Mogge-Grotjahn: Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2008.
- Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010.
- Hartmann, Anja: Wenn der Körper nicht mehr mitspielt: Gesundheit und Krankheit aus der soziologischen Inklusionsforschung. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 4, 2010, S. 45-61.
- Haverkamp, Fritz: Gesundheit und soziale Lebenslage. In: Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung, S. 320-334.

Hausegger, Trude; Reidl, Christine: Zwischenergebnisse aus der Evaluation des steirischen Pilotprojektes zur Einführung der bedarfsorientierten Mindestsicherung „alea nordstern“. Präsentationsunterlage, November 2010.

Hirtl, Christine; Galle, Felice; Groth, Sylvia: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Wahrnehmungsbericht zur sozialen Lage in der Steiermark. S.27-30.

Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Executive summary. Report prepared by Sir Michael Marmot and his team. Abstract. WHO 2010.

Kalke, Jens; Buth, Sven; Rosenkranz, Moritz; Schütze, Christian; Oechsler, Harald; Vertheim, Uwe: Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2011.

Klocke, Andreas: Soziale Benachteiligung im Jugendalter: Gesundheitliche Auswirkungen und Soziales Kapital als Ressource der Gesundheitsförderung. In: Jugend inside März 2011. Zeitschrift des Steirischen Dachverbands der Offenen Jugendarbeit.

LQI-Befragung 2009. Ergebnisse Graz, Oktober 2009. Hrsg. vom Magistrat Graz – Präsidialamt Oktober 2009.

Lampert, Thomas: Gesundheitliche Ungleichheit: Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status für die Gesundheit von Jugendlichen zu? In: Jugend und Gesundheit. Ein Forschungsüberblick. Hrsg. von Horst Hackauf und Heike Ohlbrecht. Weinheim, München: Juventa 2010.

Luftgütemessungen in der Steiermark. Jahresbericht 2009. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 17 C, September 2010

Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber 2005.

Novotny, Eva: Mit den Ohren eines anderen. In: Die Presse vom 2. Juli 2011, Spectrum, S. V f.

Österreichischer Arbeits- und Gesundheitsmonitor, Unterlagen zur Pressekonferenz vom 9. Dezember 2010.

Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/11. Verfasst vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Linz 2010.

Parks, Greg: The High/Scope Perry Preschool Project. In: Juvenile Justice Bulletin. U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. October 2000.

Paierl, Silvia; Stoppacher, Peter: Erster Armutsbericht der Stadt Graz. Studie im Auftrag des Sozialamtes der Stadt Graz: IFA Steiermark 2010.

Pelikan, Jürgen M.: Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“?. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 2, 2009, S. 28-47.

Pilotphase des Modellprojekts „Integriertes Gesundheitsmanagement für ältere Menschen in zwei Regionen in der Steiermark“. Abschlussbericht. Erstellt von Martin Sprenger, Medizinische Universität Graz, Juni 2006.

Projektbeschreibung mein Graz – Der Stadtraum als Bühneninstallation in vier Teilen. www.scan.ac/scan2/02%20texte/meinGraz_projektbeschreibung.pdf

Reinprecht, Christoph: Aktiv ins Alter. Ein Projekt der Stadt Wien. Ergebnisse und Perspektiven. Anregungen für die Gesundheitsförderung in der Großstadt. Wien 2005.

Reithofer, Robert: Armut macht fremd. Diskriminierung und soziale Ausschließung von MigrantInnen in Graz. In: Die Armut und die Kommune, S.31-36.

Regionale Bevölkerungsprognosen Steiermark 2007. Hrsg. vom Amt der Steiermärkische Landesregierung – Fachabteilung 1C – Landesstatistik.

Salman R., Weyers S.: MiMi Project – with Migrants for Migrants. In: Poverty and social Exclusion in the WHO European Region: Health Systems Respond. Venedig, Rom: WHO Europe 2010.

Schneider, Sven: Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität. Vorschlag für ein theoretisches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit. In: ÖZS - Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Heft 1/08. Hrsg. Von der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie, S. 43 – 66.

Sexuelle Gesundheit von Jugendlichen Steiermark 2011. Hazissa – Fachstelle für Prävention: Graz 2011.

Sozialagenda, Nr. 23, April 2010, S. 23. Magazin der europäischen Kommission für Beschäftigung und Soziales

Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009. Hrsg. vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Wien Oktober 2009.

Steiermärkisches Mindestsicherungsgesetz – StMSG.

Stoppacher, Peter unter Mithilfe von Katrin Maierhofer: Leistungen der offenen Sozialhilfe in der Steiermark. BezieherInnen und Kosten. Eine Kurzanalyse. Graz: IFA Steiermark 2010.

Stoppacher, Peter unter Mitarbeit von Manfred Saurug und Katrin Maierhofer: Sicherheitswahrnehmung in der Stadt Graz am Beispiel zweier ausgewählter Wohngebiete. Eine Studie im Rahmen des Projektes HASIF – Handlungsorientierte Sicherheitsforschung. KIRAS - Sicherheitsforschung. Graz, IFA Steiermark. Februar 2011.

Stoppacher, Peter: Leben in Armut. Lebenslagen und Bewältigungsstrategien. Eine explorative Studie im Auftrag des Vereins ERfA. Graz: IFA Steiermark 2011.

Stronegger, Willibald J.; Freidl, Wolfgang: Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Analysen aus Graz. In: Die Armut und die Kommune, S.37-44.

Suchtbericht 2007. Hrsg. vom Amt der Steiermärkischen Landesregierung FA 8B, Gesundheitswesen. Graz 2008.

Sucht und soziale Lage. Unterlagen zum Vortrag von Prof. Dieter Henkel, Hannover, Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt am Main, 10.2007.

Tabakpräventionsstrategie Steiermark. Grundlagen, Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010. Hrsg. von VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Erstellt in Kooperation zwischen Land Steiermark, Ressort Gesundheit Steiermärkischer Gebietskrankenkasse und VIVID. Graz 2011.

Tätigkeitsbericht 2010 des Sozialamts der Stadt Graz.

Wahrnehmungsbericht zur sozialen Lage in der Steiermark. Hrsg. von der Plattform der steirischen Sozialeinrichtungen. Graz 2006.

9 ANHANG

Tabelle 7: Wohnbevölkerung Graz – Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Alter						
0-19 Jahre	23.845	18,8%	23.072	16,9	46.917	17,8%
20-39 Jahre	43.932	34,6%	43.198	31,7	87.130	33,1%
40-59 Jahre	35.541	27,9%	35.609	26,1	71.150	27,0%
60-79 Jahre	19.874	15,6	25.331	18,6	45.205	17,2%
80+ Jahre	3.948	3,1%	9.128	6,7	13.076	4,9%
Gesamt	127.140	100,0%	136.338	100,0%	263.478	100,0%
Migrationshintergrund/Staatsbürgerschaft						
EU-Bürger	7.798	6,1%	7.477	5,5%	15.275	5,8%
Nicht-EU-Bürger	14.130	11,1%	12.437	9,1%	26.567	10,1%
Österreicher	105.212	82,8%	116.424	85,4%	221.636	84,1%
Gesamt	127.140	100,0%	136.338	100,0%	263.478	100,0%

Quelle: Magistrat Graz – BürgerInnenamt SMI; Stand 01.04.2011; Seite 2; Eigenberechnung IFA Steiermark

Tabelle 8: Demographische Prognosen nach Alterskategorien

	2011	2016	2021	2026	2031
Graz					
0 bis 14-Jährige	33.933	35.744	37.496	38.472	38.788
15 bis 59-Jährige	162.038	166.424	167.002	165.421	163.920
60 und älter	55.798	56.650	60.242	65.503	70.341
Graz-Umgebung					
0 bis 14-Jährige	21.029	20.505	20.678	20.453	20.450
15 bis 59-Jährige	91.531	93.697	92.323	88.653	85.133
60 und älter	32.003	35.579	40.879	47.392	53.104

Quelle: Regionale Bevölkerungsprognosen Steiermark 2007. Steiermärkische Landesregierung, Fachabteilung 1C, Landesstatistik.

Tabelle 9: Altersstruktur der Wohnbevölkerung in den Bezirken

Bezirk	Gesamt Anz.	Anteile in Prozent			
		0 – 19 J.	20-59 J.	60-79 J.	80+ J.
Innere Stadt	3.552	10,4%	69,6%	15,6%	4,4%
St. Leonhard	15.164	12,9%	66,8%	15,0%	5,3%
Geidorf	23.172	13,6%	63,1%	16,8%	6,5%
Lend	28.368	18,9%	61,2%	15,3%	4,6%
Gries	26.309	18,6%	63,2%	13,9%	4,3%
Jakomini	30.438	15,5%	64,9%	15,2%	4,4%
Liebenau	13.080	19,8%	55,0%	19,6%	5,6%
St. Peter	14.468	19,5%	58,8%	17,4%	4,3%
Waltendorf	11.750	17,3%	55,0%	21,6%	6,0%
Ries	5.612	16,9%	54,8%	21,0%	7,2%
Mariatrost	9.060	21,0%	56,9%	17,7%	4,4%
Andritz	18.129	20,0%	55,4%	20,4%	4,3%
Gösting	10.513	21,1%	56,4%	18,2%	4,3%
Eggenberg	18.694	18,9%	59,3%	16,9%	4,9%
Wetzelsdorf	14.278	18,9%	55,8%	19,6%	5,8%
Straßgang	13.919	19,8%	55,8%	19,5%	5,0%
Puntigam	6.972	19,6%	59,3%	17,0%	4,1%
Gesamt	263.478				

Quelle: Magistrat Graz – BürgerInnenamt SMI; Stand 01.04.2011; Seite 2; Eigenberechnung IFA Steiermark

Tabelle 10: Arbeitslosigkeit in Graz 2010 – Geschlecht und Alter

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Alter						
0-19 Jahre	109	1,9%	101	2,7%	210	2,2%
20-24 Jahre	627	10,9%	428	11,5%	1.055	11,2%
25-34 Jahre	1.520	26,4%	1.136	30,6%	2.656	28,1%
35-44 Jahre	1.553	27,0%	1.063	28,7%	2.616	27,7%
45-54 Jahre	1.435	25,0%	786	21,2%	2.221	23,5%
55 +	507	8,8%	193	5,2%	700	7,4%
Gesamt	5.751	100,0%	3.707	100,0%	9.458	100,0%
Ausbildung						
Pflichtschulabschluss	2.865	50,0%	1.754	47,4%	4.619	48,9%
Lehre	1.677	29,2%	748	20,2%	2.425	25,7%
Mittlere/höhere	769	13,4%	691	18,7%	1.460	15,5%
Akademische	434	7,6%	507	13,7%	942	10,0%
Gesamt	5.745	100,0%	3.701	100,0%	9.446	100,0%
Staatsbürgerschaft						
Österreich	4.285	74,5%	2.880	77,7%	7.165	75,8%
EU-Land	278	4,8%	219	5,9%	497	5,2%
Nicht-EU-Land	1.187	20,7%	608	16,4%	1.795	19,0%
Gesamt	5.750	100,0%	3.707	100,0%	9.457	100,0%

Quelle: Jahresdurchschnittsdaten des AMS, RGS Graz; Eigenberechnung IFA Steiermark

Tabelle 11: SozialhilfebezieherInnen nach Bezirken | Jänner bis September 2009

Bezirke	Anteil an SH-BezieherInnen	SH-Bez. pro 1000 Einwohn. 2010
I – Innere Stadt	35 (0,9%)	10 auf 1000 EW
II – St. Leonhard	88 (2,2%)	6 auf 1000 EW
III – Geidorf	137 (3,5%)	6 auf 1000 EW
IV – Lend	666 (16,9%)	23 auf 1000 EW
V – Gries	952 (24,2%)	35 auf 1000 EW
VI – Jakomini	783 (19,9%)	24 auf 1000 EW
VII – Liebenau	156 (4,0%)	11 auf 1000 EW
VIII – Sankt Peter	61 (1,5%)	4 auf 1000 EW
IX – Waltendorf	59 (1,5%)	4 auf 1000 EW
X – Ries	18 (0,5%)	3 auf 1000 EW
XI – Mariatrost	38 (1,0%)	4 auf 1000 EW
XII – Andritz	100 (2,5%)	5 auf 1000 EW
XIII – Gösting	184 (4,7%)	16 auf 1000 EW
XIV – Eggenberg	320 (8,1%)	16 auf 1000 EW
XV – Wetzelsdorf	202 (5,1%)	12 auf 1000 EW
XVI – Straßgang	91 (2,3%)	6 auf 1000 EW
XVII – Puntigam	47 (1,2%)	7 auf 1000 EW

Quelle: Daten des Sozialamts der Stadt Graz, IFA Eigenberechnung

Tabelle 12: Subjektive Gesundheitszustand in Städten über 100.000 EinwohnerInnen

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
20 – 64 Jahre						
Gut/sehr gut					132.404	71%
Mittelmäßig					37.297	20%
Schlecht/sehr schlecht					16.784	9%
Gesamt					186.485	100,0%
65+ Jahre						
Gut/sehr gut					12.331	41%
Mittelmäßig					11.429	38%
Schlecht/sehr schlecht					6.316	21%
Gesamt					30.076	100,0%

Quelle: Statistik Austria; EU-SILC 2008; Band 2, Tabellenband; Seite 27 ff; Eigenberechnung IFA Steiermark

Tabelle 13: Demographische Kennzahlen der Stichprobe

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Alter						
15-35 Jahre	20	29,9%	17	27,9%	37	28,9%
36-55 Jahre	26	28,8%	21	34,4%	47	36,7%
Über 56 Jahre	21	31,3%	23	37,7%	44	34,4%
Gesamt	67	100,0%	61	100,0%	128	100,0%
Höchste abgeschlossene Ausbildung						
Pflichtschule	15	24,2%	11	19,0%	26	21,7%
Lehre	33	53,2%	13	22,4%	46	38,3%
Mittlere Schule	4	6,5%	9	15,5%	13	10,8%
Höhere Schule und Universität	10	16,1%	25	43,1%	35	29,2%
Gesamt	62	100,0%	58	100,0%	120	100,0%
Staatsbürgerschaft						
Österreich	52	78,8%	34	56,7%	86	68,3%
EU-Land	1	1,5%	6	10,0%	7	5,6%
Nicht-EU-Land	13	19,7%	20	33,3%	33	26,2%
Gesamt	66	100,0%	60	100,0%	126	100,0%
Familienstand						
Alleinstehend	32	50,0%	16	27,6%	48	39,3%
Verheiratet/Partnerschaft	17	26,6%	26	44,8%	43	35,2%
Geschieden	14	21,9%	8	13,8%	22	18,0%
Verwitwet	1	1,6%	8	13,8%	9	7,4%
Gesamt	64	100,0%	58	100,0%	122	100,0%
Personen im Haushalt						
1 Person	31	49,2%	19	32,8%	50	41,3%
2 Personen	11	17,5%	18	31,0%	29	24,0%
3-5 Personen	17	27,0%	18	31,0%	35	28,9%
6-8 Personen	4	6,3%	3	5,2%	7	5,8%
Gesamt	63	100,0%	58	100,0%	121	100,0%

Quelle: Fragebogenerhebung IFA Steiermark/Gesunder Bezirk Gries 2011

Tabelle 14: Kennzahlen zur Erwerbs- und Einkommenssituation

	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
Einkommenskategorien						
Komme mit EK zurecht	33	55,9%	34	72,3%	67	63,2%
Komme mit EK nicht zurecht	26	44,1%	13	27,7%	39	36,8%
Gesamt	59	100,0%	47	100,0%	106	100,0%
Abgeschlossene Berufsausbildung						
Ja	45	71,4%	35	60,3%	80	66,1%
Nein	18	28,6%	23	39,7%	41	33,9%
Gesamt	63	100,0%	58	100,0%	121	100,0%
Derzeitiger Arbeitsmarktstatus						
Ausbildung (Schule/Uni)	1	1,6%	8	13,8%	9	7,4%
Lehre	13	20,6%	4	6,9%	17	14,0%
Unselbstständig beschäftigt	9	14,3%	7	12,1%	16	13,2%
Selbstständig beschäftigt	2	3,2%	3	5,2%	5	4,1%
Arbeitslos, arbeitssuchend	19	30,2%	12	20,7%	31	25,6%
Pension	12	19,0%	13	22,4%	25	20,7%
Sonstiges	7	11,1%	11	19,0%	18	14,9%
Gesamt	63	100,0%	58	100,0%	121	100,0%
Wichtigste Einkommensquelle im letzten halben Jahr						
Mindestsicherung/Sozialhilfe	5	8,3%	2	3,8%	7	6,2%
Einkommen aus unselbstständiger Beschäftigung	14	23,3%	16	30,2%	30	26,5%
Arbeitslosengeld/Notstandshilfe	20	33,3%	6	11,3%	26	23,0%
Einkommen aus selbstständiger Beschäftigung	3	5,0%	7	13,2%	10	8,8%
Pension	12	20,0%	13	24,5%	25	22,1%
Sonstiges	6	10,0%	9	17,0%	15	13,3%
Gesamt	60	100,0%	53	100,0%	113	100,0%

Quelle: Fragebogenerhebung IFA Steiermark/Gesunder Bezirk Gries 2011

