



## **Soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Bundesland Salzburg**

Zahlen & Fakten,  
Lücken & Barrieren.

## **Impressum**

Konzept, inhaltliche Bearbeitung und Layout:

Mag. Robert Buggler, Caritas der Erzdiözese Salzburg – Grundlagenarbeit

Medieninhaber/Herausgeber/Verleger: Caritasverband der Erzdiözese Salzburg,  
Universitätsplatz 7, 5020 Salzburg, 0662-849373, [office@caritas-salzburg.at](mailto:office@caritas-salzburg.at)

## Inhalt

Zusammenfassung .....	5
1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit .....	7
1.1. Daten und Fakten .....	7
1.2. Erklärungsmodell.....	9
2. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung im Bundesland Salzburg 2015 – 2017. Schwerpunkt Gesundheitliche Ungleichheit.....	12
2.1. Die Bestimmung von Armut in Österreich .....	12
2.2. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung – Überblick.....	13
2.3. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Alter.....	15
2.4. Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit – eine 3-Jahres- Auswertung für das Bundesland Salzburg.....	16
2.4.1. Subjektiver Gesundheitszustand .....	16
2.4.2. Gesundheitsbeeinträchtigungen .....	18
2.4.3. Finanziell bedingte Einschränkungen bei Grundbedürfnissen.....	20
2.4.4. Wohnprobleme .....	22
2.4.5. Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (ab 16 Jahren).....	24
2.4.6. (Nicht-)Inanspruchnahme medizinischer (außer zahnärztlicher) Leistungen in Salzburg (ab 16 Jahren).....	25
3. Zahnstatus – Bundesland Salzburg .....	26
4. Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter in Salzburg: Projekte.....	27
4.1. „Gesundheit für alle“ (AVOS).....	27
4.2. „Sport für alle“ (Sportunion) Mit dem Projekt „Sport für alle“ möchte die SPORTUNION Salzburg sozial und ökonomisch benachteiligten Kindern und Jugendlichen den Zugang zu Sport und Bewegung im Verein ermöglichen bzw. erleichtern. Im Zuge des Projekts werden Sportvereine unterstützt, beraten und ermutigt, sozial(er) und solidarisch(er) zu handeln. ....	27
4.3. SALUS – „Projekt zur Verbesserung der Chancengleichheit von MigrantInnen im Gesundheitssystem und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“ (Frau & Arbeit)28	
4.4. Gesundheitsbasisversorgung für Wohnungslose: Gesundheitsnetzwerk und Virgil-Bus .....	28
5. Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen und sozialen Einrichtungen.....	30
5.1. Partizipative Erhebung – Österreichische Armutskonferenz.....	30
5.2. Online-Umfrage – Lücken und Barrieren im (Salzburger) Gesundheitssystem aus der Sicht von Sozialberatungsstellen.....	33

6. Finanzielle Leistungen bzw. Unterstützungen im (Salzburger) Gesundheitssystem – Ein Überblick.....	39
6.1. Überblick .....	39
6.2. Salzburg – Leistungen der SGKK.....	47
7. Caritas Salzburg: Einrichtungen und Projekte zum Thema Gesundheitliche Ungleichheit .....	49
7.1. Allgemeine Sozialberatung.....	49
7.2. Regionalzentren.....	51
7.3. Wohnungslosenhilfe .....	51
7.4. Streetwork.....	52
7.5. Betreuung und Pflege, Familienhilfe.....	52
7.6. Starthilfe und Bildung .....	53
7.7. Arbeit und Beschäftigung.....	54
7.8. Flucht und Integration.....	54
8. Perspektiven: Das Soziale ist die beste Medizin! .....	56

## Zusammenfassung

1. Die **gesundheitliche Lage** hängt eng mit der jeweiligen **sozio-ökonomischen Position** von Personen bzw. Haushalten zusammen. Die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden hängt dabei von zahlreichen Faktoren ab, die wiederum miteinander **in Verbindung** stehen. Dazu zählen **materielle Aspekte** (z. B. Wohnsituation, Einkommen) ebenso wie Fragen des **sozialen Zusammenhaltes** im jeweiligen Lebensumfeld (z. B. Sicherheit und Kriminalität), **psycho-soziale Faktoren** (Rückhalt in und von der Familie bzw. Freunden) ebenso wie **subjektive Verhaltensweisen** (Ernährungs- und Bewegungsverhalten), wie auch **biologische Determinanten** eine Rolle spielen.
2. Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass **Soziale Ungleichheit** über unterschiedliche **gesundheitliche Beanspruchungen** (gesundheitliche **Belastungen** bzw. gesundheitliche **Ressourcen**) bzw. über unterschiedliche **Versorgungsstrukturen** zu **gesundheitlicher Ungleichheit** führt (und **umgekehrt**).
3. Auch die **Lebenserwartung** ist gekoppelt an den sozioökonomischen Status (Bildung). Arme sterben (durchschnittlich) früher, Reiche leben (durchschnittlich) länger.
4. Ungleiche Gesellschaften zeigen in zahlreichen Gesundheitsaspekten eine erhöhte Betroffenheit. Also **nicht nur Armut macht krank, sondern auch ein hohes Maß an Ungleichheit**.
5. **15 %** der Salzburger Bevölkerung sind von **Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung** betroffen (82.000 Personen in Privathaushalten).
6. Lt. Armutserhebung (EU-SILC 2015 – 2017) geben **8 %** der Salzburger Bevölkerung an, über einen **schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand** zu verfügen (32.000 Personen). **Armutsgefährdete** Personen sind hier (Österreichweit) mit **13 %** überrepräsentiert.
7. **1 %** der Salzburger Bevölkerung (6.000 Personen) gibt an, sich einen **notwendigen Arztbesuch nicht leisten** zu können. **Armutsgefährdete** sind hier wiederum mit **6 %** (Österreichweit) deutlich überrepräsentiert.
8. Ebenso gibt **1 % der Salzburger Bevölkerung** an, dass es aus unterschiedlichen Gründen **zahnärztliche Leistungen nicht in Anspruch nimmt** (5.000 Personen), bei sonstigen medizinischen Leistungen beträgt die absolute Zahl 1.000 bei der Nicht-Inanspruchnahme.
9. Auch der **Zahnstatus** ist (in Salzburg) abhängig von sozioökonomischen Determinanten (Bildung, Herkunft). In den letzten Jahren sind hier allerdings die Belastungen deutlich zurückgegangen.

10. Trotz beinahe lückenlosem Versicherungsschutz und zahlreichen Vergünstigen existieren in Österreich nach wie vor **Lücken in der gesundheitlichen Versorgung bzw. beim Zugang zu Gesundheitsleistungen sozioökonomisch benachteiligter Gruppen**. Neben **finanziellen** Aspekten (Nicht-Leistbarkeit) betrifft dies Fragen des (organisatorischen) **Zugangs** zu Leistungen, **psycho-soziale Barrieren** (Angst, Scham, Verdrängung etc.), aber auch **Informationsdefizite** oder in Einzelfällen schlechte **Erfahrungen** mit dem Gesundheitssystem.
11. **Salzburger Sozialberatungsstellen** berichten von ähnlichen Erfahrungen und geben **finanzielle Hürden** (Nicht-Leistbarkeit), vereinzelte **Lücken im Angebot, organisatorische Hürden** (Bürokratie, Wartezeiten etc.), aber auch **psycho-soziale Barrieren** an (Schwellenängste, kulturelle Barrieren, Unsicherheit, Verdrängungseffekte etc.).
12. **Salzburg (SGKK)** bietet eine Reihe von **finanziellen Ermäßigungen** und Angeboten an, die den Zugang zum Gesundheitssystem für sozio-ökonomische Gruppen erleichtern (Befreiungen, Übernahme von Leistungen auf Krankenschein, Ermäßigungen etc.).
13. Der **Caritasverband Salzburg** betreibt zahlreiche Einrichtungen und Projekte, die ebenfalls einen positiven Einfluss auf die gesundheitliche Situation von ausgrenzungsgefährdeten Personen(gruppen) haben. Sowohl im Bereich der **Gesundheitsprävention** (Bildungsangebote), im Rahmen der **Nothilfe** (Notschlafstellen, finanzielle Unterstützungen, Familienhilfen etc.), aber auch Angebote **längerfristiger Gesundheitsangebote** (Krankenhilfe) sind hier zu nennen.
14. **Das Soziale ist die beste Medizin!** Neben **Armutsbekämpfung** und Einebnung der sozialen **Ungleichheit** gibt es konkrete Vorschläge zur Verbesserung bzw. Optimierung des Zugangs zum (Salzburger) Gesundheitssystem. Dies betrifft die **Leistbarkeit der Gesundheitsversorgung**, die Anpassung der bestehenden **Angebote** oder auch eine **Optimierung der Zugänge** zum Gesundheitssystem. Auch die Erhöhung bzw. Verbesserung der **Gesundheitsressourcen bzw. -kompetenzen** kann ausgeweitet werden.

# 1. Soziale Ungleichheit = Gesundheitliche Ungleichheit

Die gesundheitliche Lage von Personen bzw. Haushalten hängt eng mit der jeweiligen sozio-ökonomischen Position zusammen. Die Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden hängt dabei von zahlreichen Faktoren ab, die wiederum miteinander in Verbindung stehen. Dazu zählen materielle Aspekte (z. B. Wohnsituation) ebenso wie Fragen des sozialen Zusammenhaltes im jeweiligen Lebensumfeld (z. B. Sicherheit und Kriminalität), psycho-soziale Faktoren (Rückhalt in und von der Familie bzw. Freunden) ebenso wie subjektive Verhaltensweisen (Ernährungs- und Bewegungsverhalten), wie auch biologische Determinanten eine Rolle spielen ein. Diese Faktoren werden beeinflusst durch die jeweilige soziale Position, die wiederum abhängt von Bildung, Einkommen, Arbeitsmarktlage, Geschlecht und Herkunft.<sup>1</sup>

Die wissenschaftlichen und empirischen Evidenzen zu diesen Zusammenhängen sind äußerst umfangreich und ausreichend belegt. Diese betreffen Fragen der **Morbidität** ebenso wie Unterschiede bei der **Mortalität**. Im Folgenden soll daher nur an wenigen empirischen Beispielen gezeigt werden, wie sich das Zusammenspiel zwischen „Kontostand, Bildung und Gesundheitszustand“ manifestiert.

## 1.1. Daten und Fakten

Der vom Gesundheitsministerium veröffentlichte **Bericht zu soziodemografischen und sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit**<sup>2</sup> in Österreich bietet einen aktuellen und regionalen Überblick zum Thema. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sowohl die **Einkommens-, Bildungs- und Arbeitssituation**, aber auch die **Herkunft** einen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand ausüben.

**Arbeitslosigkeit** wird dabei als ein überaus großer Einflussfaktor bezeichnet: Während 88 % bzw. 89 % der erwerbstätigen Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einstufen, waren es bei den Arbeitslosen nur 60 % bzw. 63 %. Dementsprechend groß sind die Anteile der arbeitslosen Frauen und Männer, die sich gesundheitlich schlecht oder sehr schlecht fühlen (12. % bzw. 13 %). Bei den Erwerbstätigen lag dieser Anteil lediglich bei 2 % (Frauen) bzw. bei 1 % (Männer).

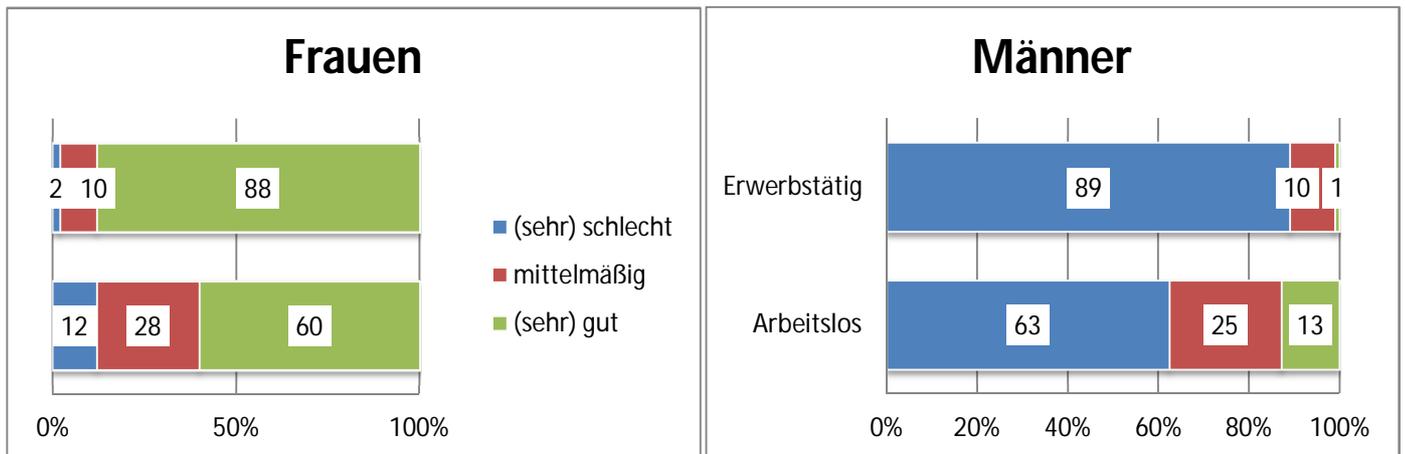
---

<sup>1</sup> Vgl. Habl, Claudia. Armut und Gesundheit. In: Handbuch Armut in Österreich, S. 240. 2014.

<sup>2</sup> Vgl. Statistik Austria, Soziodemografische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, 2015

Tabelle 1:

Zusammenhang zwischen Arbeitssituation und subjektivem Gesundheitszustand

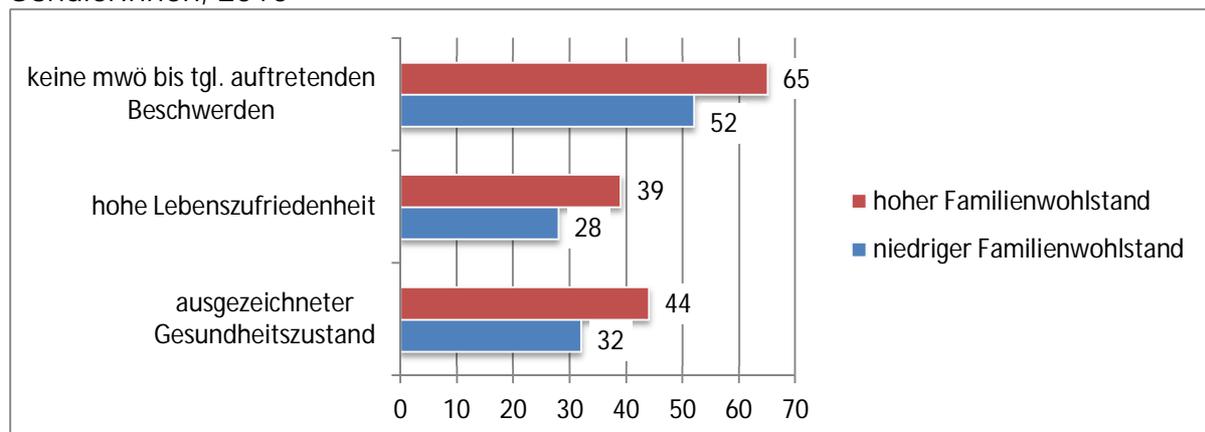


Lesehilfe: 88 % der erwerbstätigen Frauen haben subjektiv einen (sehr) guten Gesundheitszustand, allerdings nur 60 % der arbeitslosen Frauen.

Auch der österreichische **Kinder- und Jugendgesundheitsbericht** zeigt die Zusammenhänge zwischen ökonomischer Situation und Gesundheitschancen deutlich auf.<sup>3</sup> Kinder und Jugendliche, die in Familien bzw. Haushalten mit hohem Familienwohlstand<sup>4</sup> aufwachsen, schneiden bei fast allen abgefragten Indikatoren besser ab als jene aus Familien mit geringem Familienwohlstand. Im Fokus stehen dabei der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand, die Lebenszufriedenheit, Übergewicht, Stress, Tabakkonsum und Bewegung ebenso wie der Konsum gesundheitsfördernder Lebensmittel oder auch das Gesprächsklima mit den Eltern bzw. Elternteilen. Einzig die Verletzungshäufigkeit zeigt eine umgekehrte Betroffenheit bei diesen beiden Gruppen.

Tabelle 2:

Gesundheitsunterschiede nach Familienwohlstand bei 11-, 13- und 15jährigen SchülerInnen, 2010



<sup>3</sup> Vgl. Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht, Jänner 2016. Bundesministerium für Gesundheit.

<sup>4</sup> Familienwohlstand wird hier anhand mehrerer Indikatoren gemessen (Vorhandensein von Autos, Urlaubsreisen, Wohnsituation = eigenes Zimmer etc.). Vgl. Fn 78, S. 223

Eine ähnlich hohe Korrelation zwischen sozialem Status und Gesundheitsdeterminanten bestehen lt. diesem Bericht übrigens auch beim Vergleich von Kindern und Jugendlichen mit bzw. ohne **Migrationshintergrund**. Abgesehen vom Alkoholkonsum schneiden Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund durchschnittlich besser ab als die Vergleichsgruppe.

Nicht zuletzt ist auch die **Lebenserwartung** gekoppelt an den sozio-ökonomischen Status. Männer mit Hochschulabschluss leben durchschnittlich um sechs Jahre länger als PflichtschulabsolventInnen. Besser gebildete Frauen haben etwa 10 gesunde Lebensjahre mehr.<sup>5</sup> **Wer arm ist, hat durchschnittlich auch eine geringere Lebenserwartung.**

## 1.2. Erklärungsmodell<sup>6</sup>

So deutlich die relativen Zusammenhänge belegt werden können, so komplex erweist sich die Frage nach dem „Warum“. Folgendes Modell verdeutlicht die Notwendigkeit, gesundheitliche Benachteiligungen, die mit sozialen Ungleichheiten einhergehen, nicht ausschließlich mit Blick auf die finanziellen Ressourcen eines Haushaltes, also monokausal, sondern vielmehr als **komplexes Ergebnis benachteiligter Lebenswelten und -umwelten zu interpretieren.**

Dabei wird deutlich, dass die Erklärungsansätze sowohl davon ausgehen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen einen Einfluss auf die sozio-ökonomische Situation nehmen können („**Krankheit macht arm**“), gleichfalls aber auch der umgekehrte Zusammenhang in diesem Modell sichtbar gemacht wird („**Armut macht krank**“).

Unter anderem unterstreicht dieses Modell weitere zwei Faktoren:<sup>7</sup>

- a) Wichtig ist nicht die gesundheitliche Belastung für sich genommen, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung einerseits, und Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten andererseits.
- b) Das Gesundheitsverhalten wird durch das angesprochene Gleichgewicht zwischen gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten, aber auch durch die gesundheitliche Versorgung beeinflusst.

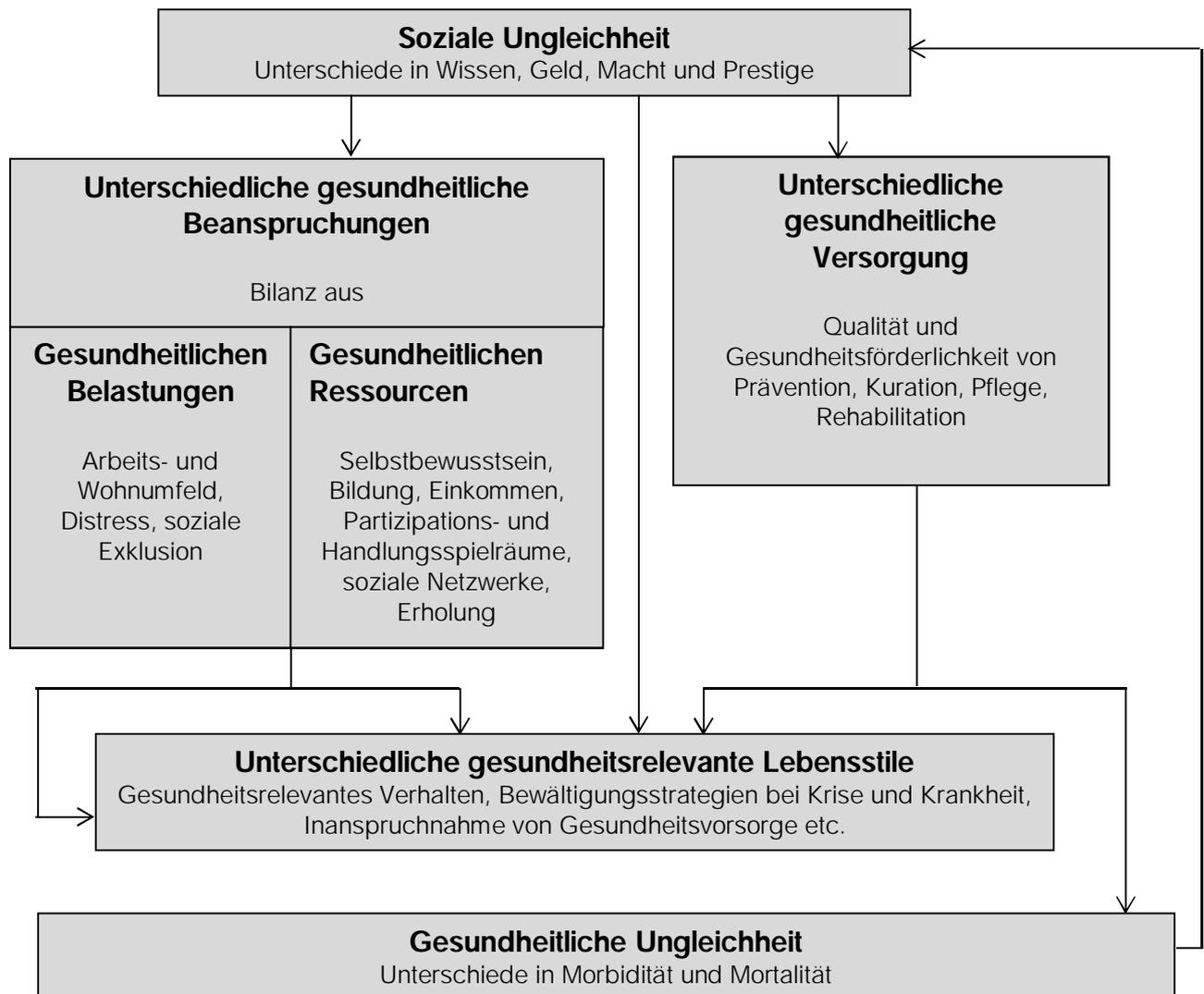
---

<sup>5</sup> Vgl. Statistik Austria, Soziodemografische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, 2016.

<sup>6</sup> Vgl. Habl, 2014

<sup>7</sup> Vgl. Andreas Mielck, Soziale Ungleichheit und Gesundheit, S. 174. 2005

Grafik 1:  
Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit:



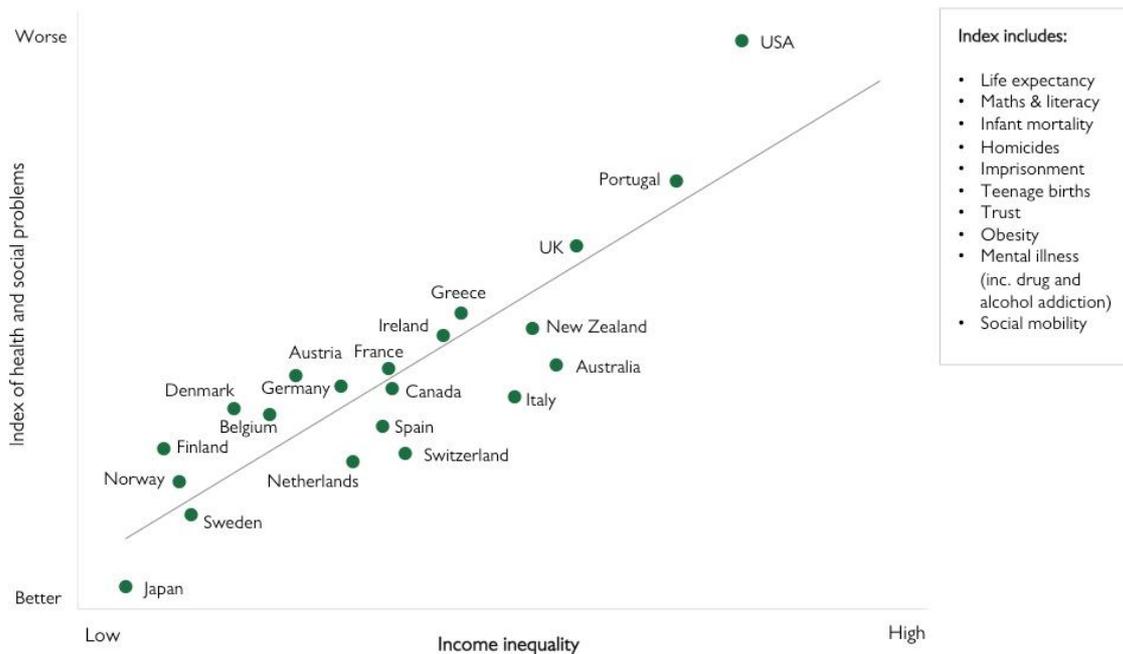
Betrachtet man darüber hinaus nicht nur den subjektiven Status, sondern nimmt die Gesellschaft als Ganzes in den Blick, dann zeigt sich bei steigender sozialer Ungleichheit gleichzeitig eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lebensbedingungen insgesamt, wie Grafik 2 zeigt:<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Vgl. The Equality Trust. The spirit level. Grafiken zu Ungleichheit und gesellschaftliche Auswirkungen. <https://www.equalitytrust.org.uk/spirit-level> abgerufen am 21.03.2018

## Grafik 2:

Gesundheit und soziale Probleme im Vergleich zur Einkommensungleichheit

Health and social problems are worse in more unequal countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

THE EQUALITY TRUST

Deutlich zu erkennen sind die Zusammenhänge zwischen Grad der Ungleichheit in unterschiedlichen Ländern und das Auftreten zahlreicher gesundheitlicher und gesellschaftlicher Problemstellungen (Gesamtindex Lebenserwartung, mathematische Kenntnisse, Kindersterblichkeit, Selbstmorde, Haftquote, Übergewicht, psychische Krankheiten wie Drogen bzw. Alkoholmissbrauch etc.).

Es geht also nicht nur um die Beseitigung von Armut, sondern auch darum, bestehende Ungleichheiten möglichst zu verringern bzw. den weiteren Anstieg zu vermeiden.

## 2. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung im Bundesland Salzburg 2015 – 2017. Schwerpunkt Gesundheitliche Ungleichheit

### 2.1. Die Bestimmung von Armut in Österreich<sup>9</sup>

Gemäß den Zielbestimmungen der Europa-2020-Strategie werden Armutslagen anhand von drei Indikatoren resp. drei Zielgruppen bestimmt. Als „armuts- oder ausgrenzungsgefährdet“ werden demnach Personen bzw. Haushalte bezeichnet, die entweder

- armutsgefährdet oder
- erheblich materiell depriviert sind
- bzw. in Haushalten mit „keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität“ leben.

#### a) Armutsgefährdung: Über wie viel Einkommen verfügen Haushalte?

Als armutsgefährdet werden Haushalte bezeichnet, deren Nettohaushaltseinkommen unter einem bestimmten Schwellenwert liegen (60 % des Medianeinkommens, 2017: € 14.851,-).

Für das Jahr 2017 betrug dieser Wert für einen Ein-Personen-Haushalt **€ 1.238,-**. Weitere erwachsene Personen (ab 14 Jahren) werden mit 0,5 gewichtet, d.h. rund € 618,-, jene Haushaltsmitglieder unter 14 Jahren mit dem Faktor 0,3, was einem Betrag von ungefähr € 371,- entspricht.

In Österreich wurden im Jahr 2017 insgesamt **14,4 %** als armutsgefährdet erhoben, in absoluten Zahlen heißt dies, dass in Österreich **1.245.000 Personen** in Privathaushalten unterhalb der Armutsgrenze lebten.

#### b) Erheblich materielle Deprivation: Wo konkret müssen Haushalte einsparen?

Bestimmt das Leben unter der Armutsgrenze eine potentielle Gefährdung, versucht die Festlegung von Deprivations-Indikatoren die faktische Versorgungslage von Personen und Haushalten zu bestimmen.

Als erheblich materiell depriviert gelten Personen in Haushalten, auf die **zumindest vier der folgenden neun Merkmale** zutreffen.<sup>10</sup>

1. Im Haushalt bestehen Zahlungsrückstände bei Miete, Betriebskosten oder Krediten.
2. Für den Haushalt ist es finanziell nicht möglich, unerwartete Ausgaben zu tätigen (bis zu € 1.160,-),
3. einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren,
4. die Wohnung angemessen warm zu halten,

<sup>9</sup> Vgl. Statistik Austria, EU-SILC 2017

<sup>10</sup> Neben diesen europaweit gültigen Indikatoren wird noch ein nationales Set entwickelt, welches zum Zwecke der internationalen Vergleichbarkeit bei der Bestimmung der Ausgrenzungsgefährdung nicht zur Anwendung kommt.

5. jeden zweiten Tag Fleisch, Fisch oder eine vergleichbare vegetarische Speise zu essen.
6. Für den Haushalt ist nicht leistbar: Ein PKW,
7. eine Waschmaschine,
8. ein Fernsehgerät,
9. weder Telefon noch Handy.

**3,7 %** der österreichischen Bevölkerung wurden im Jahr 2017 als „erheblich materiell depriviert“ erfasst. Absolut bedeutet dies für Gesamtösterreich eine Anzahl von **323.000** Menschen in Privathaushalten, die sich zentrale Güter des täglichen Bedarfs nicht leisten können.

### **c) Haushalte mit keiner oder geringer Erwerbsintensität: Wie weit ist eine Integration in den Erwerbsarbeitsmarkt realisiert?**

Neben diesen finanziellen Indikatoren wird noch der Blick auf das Ausmaß der Integration in den Erwerbsarbeitsmarkt gelegt. Haushaltsmitglieder, in denen jene Personen, die sich im erwerbsfähigen Alter (18 – 59) befinden, weniger als 20 % des möglichen Erwerbspotentials beschäftigt sind, werden hier berücksichtigt.

Österreichweit fallen **8,3 %** der betreffenden Zielgruppen in diese Kategorie, absolut betrachtet handelt es sich dabei um **545.000** Personen.

## **2.2. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung – Überblick**

Personen resp. Haushalte, die in eine dieser drei Kategorien fallen, werden demnach als armuts- oder ausgrenzungsgefährdet bezeichnet.<sup>11</sup> Österreichweit sind dies 18,1 % der Gesamtbevölkerung oder 1.563.000 Personen, in **Salzburg lag dieser Wert 2017 bei 18 % der Bevölkerung bzw. 91.000 Personen**, also ungefähr **ein Sechstel** der Gesamtbevölkerung ist von einer dieser drei einschränkenden Lebenslagen betroffen.<sup>12</sup>

Folgende Tabelle 3 zeigt einen Vergleich der Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung zwischen Österreich und Salzburg.

### **Hinweis:**

Die folgenden Salzburg-Daten beruhen auf einer Sonderauswertung der Statistik Austria, bei der ein **3-Jahres-Durchrechnungszeitraum** (2015-2017) ausgewertet wurde, um statistisch validere Daten als bei einem Blick auf einzelne Jahresauswertungen zu erhalten.<sup>13</sup> Bei jenen Tabellen, die sich auf andere Quellen stützen, wird dies im Folgenden explizit angegeben.

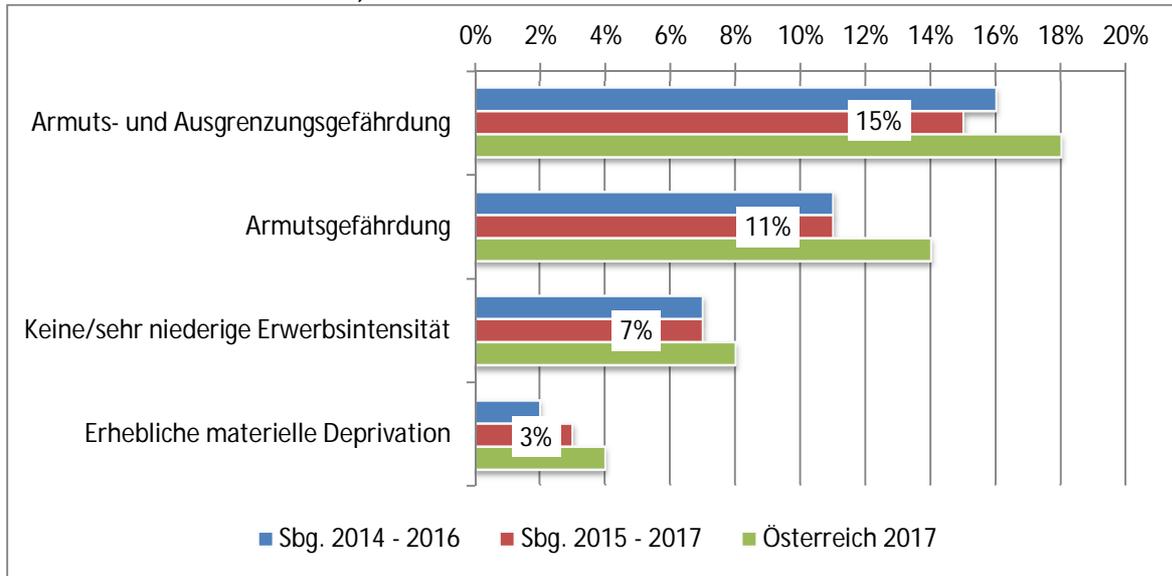
<sup>11</sup> Durch Überschneidungen (Doppel- und Dreifachbetroffenheit) reduziert sich auch die Gesamtzahl im Vergleich zu den Einzelauswertungen

<sup>12</sup> Bezogen auf das Jahr 2017. Aufgrund der geringen Stichprobengröße ergibt die folgende 3-Jahresauswertung allerdings eine statistisch validere Größenordnung.

<sup>13</sup> Vgl. Statistik Austria. Sonderauswertung 2015 – 2017 für den Caritasverband der Erzdiözese Salzburg, Mai 2018.

Tabelle 3

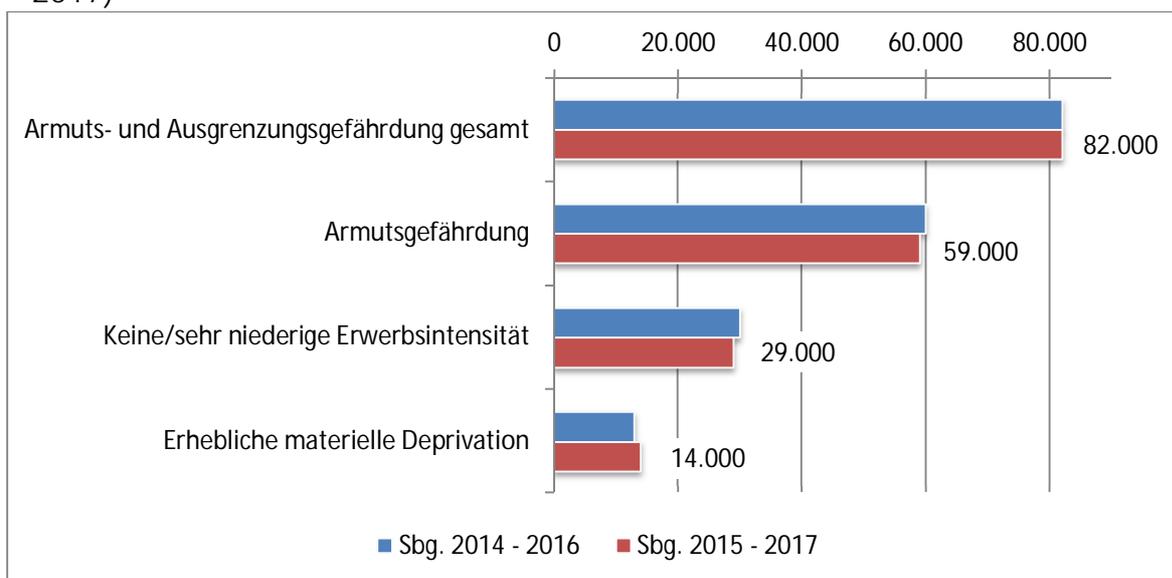
Vergleich relative Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung Österreich – Salzburg (in %, EU-SILC 2015 - 2017)



Ersichtlich wird, dass die Gefährdungslage im Bundesland Salzburg im Vergleich zu den Österreich-Werten etwas unterdurchschnittlich ist. Die gesamte Armuts- und Ausgrenzungsgefährdungsquote liegt in Salzburg bei 15 % der Bevölkerung, österreichweit bei 18 %. Die Armutsgefährdung liegt in Salzburg um 3 Prozentpunkte unter dem Österreichschnitt (11 % im Vergleich zu 14 %), die geringe Erwerbseinbindung bei 7 % (Österreich: 8 %), und die erhebliche materielle Deprivation wurde in Salzburg bei 3 % der Bevölkerung, in Österreich insgesamt bei 4 % festgestellt.

Tabelle 4

Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Salzburg, absolute Werte (EU-SILC 2015 – 2017)



Auch wenn die relative Betroffenheit in Salzburg etwas unter dem Österreich-Schnitt liegt, so weisen die absoluten Zahlen doch auf eine nicht zu vernachlässigbare Problematik hin:

- Insgesamt waren im Durchschnitt der Jahre 2015 – 2017 **82.000** Salzburgerinnen und Salzburger **armuts- und/oder ausgrenzungsgefährdet**
- Durchschnittlich **59.000** BewohnerInnen hatten in diesem Zeitraum ein Haushaltseinkommen zur Verfügung, welches unter der jährlich errechneten Armutsgrenze lag („**Armutsgefährdung**“).
- Durchschnittlich **29.000** Salzburgerinnen und Salzburger (0 – 59) wiesen **keine oder eine nur sehr geringe Erwerbsintensität** auf.
- Und durchschnittlich **14.000** SalzburgerInnen galten als „**erheblich materiell depriviert**“, mussten also bei Gütern des täglichen Bedarfs deutlich einsparen.

Ergänzend zum Indikator der geringen Erwerbseinbindung (29.000 oder 7 %) soll hier noch auf den nationalen Indikator „**Personen mit keiner oder sehr geringer Erwerbsintensität**“ hingewiesen werden. Dieser unterscheidet sich durch den oben verwendeten dadurch, dass nicht auf Gesamt-Haushalte, sondern auf Einzelpersonen abgestellt wird und die Zahl demgemäß ansteigt.<sup>14</sup> 2014 waren im Bundesland Salzburg so **15,1 % der Personen (44.000)** im Alter von 18 – 59 von einer äußerst geringen Einbindung in den Erwerbsarbeitsmarkt betroffen.<sup>15</sup>

### 2.3. Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung nach Alter

Ein Blick auf die Entwicklungen nach dem Lebensalter zeigt, dass mit steigendem Alter auch die Gefährdungslagen zunehmen.<sup>16</sup>

Die durchschnittliche **Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung** steigt ab dem 50. Lebensjahr deutlich auf 18 % an, ein nicht unerheblicher Unterschied zum Gesamtdurchschnittswert von 14 %.

Auch die **Armutsgefährdung** steigt mit höherem Alter an, und zwar auf 16 % bei denjenigen, die das Pensionsalter (65 Jahre) bereits erreicht haben (Durchschnitt 11 %)

Besonders deutlich werden die Unterschiede mit Blick auf die **mangelnde Erwerbseinbindung** (Alter bis 59): Hier schnellte der Wert bei über 50jährigen (bis 59)

---

<sup>14</sup> Wenn z. B. bei einem Paar eine Person zu 100 % arbeitet, fallen beide beim EU-Indikator aus der Statistik, weil beide „durchschnittlich“ 50 % arbeiten. Mit Blick auf die Einzelpersonen würde eine Person gezählt, weil sie nicht arbeitet

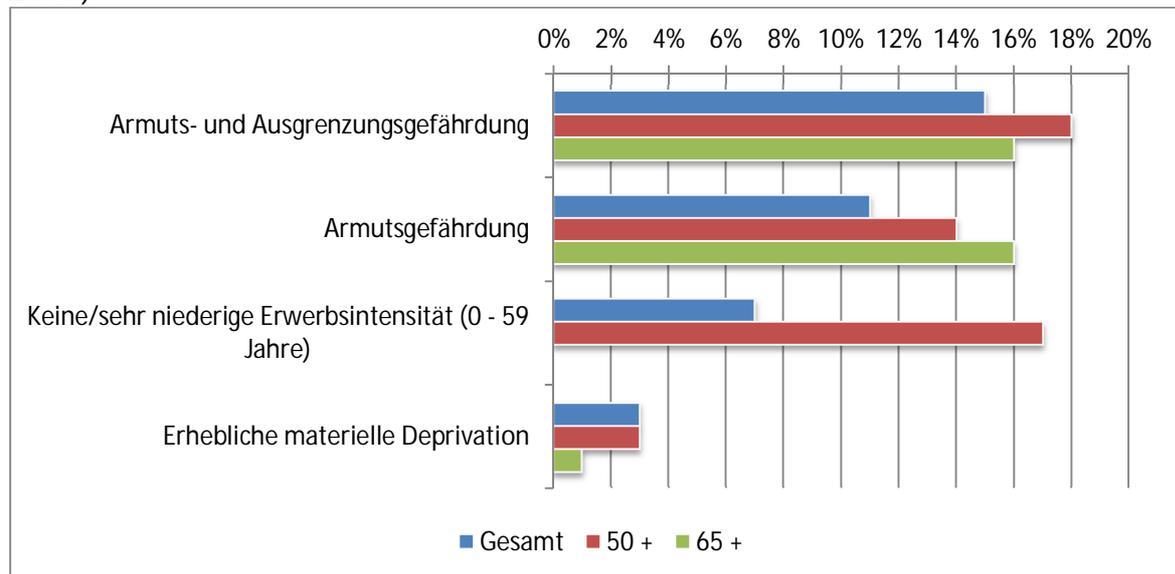
<sup>15</sup> Vgl. Markus Pausch (Hsg.). Lebensqualität und Innovation im Bundesland Salzburg, 2016

<sup>16</sup> An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass Minderjährige bzw. Kinder nicht explizit ausgewertet wurden, auch diese sind mit einer erhöhten Armutsgefährdung konfrontiert.

auf 17 %, eine Steigerung um mehr als das Doppelte (von insgesamt 7 %). Hier manifestieren sich natürlich die Arbeitsmarktprobleme älterer Menschen besonders deutlich

Tabelle 5:

Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Salzburg nach Alter (EU-SILC 2015 – 2017)



## 2.4. Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Ungleichheit – eine 3-Jahres-Auswertung für das Bundesland Salzburg

### 2.4.1. Subjektiver Gesundheitszustand

Wie beurteilen nun die Befragten ihren eigenen Gesundheitszustand? Die gute Nachricht: Die überwiegende Mehrheit (81 % der SalzburgerInnen zwischen 20 und 64 Jahren oder 270.000) gibt an, dass der eigenen Gesundheitszustand „sehr gut“ bzw. „gut“ sei. Österreich weit sind es etwas weniger, nämlich 77 %.

Dass die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes mit dem Alter abnimmt, ist wenig verwunderlich. Jene SalzburgerInnen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, geben nur mehr zu 61 % (oder absolut 124.000 SalzburgerInnen) an, dass ihr Gesundheitszustand ein „sehr guter“ bzw. „guter“ sei.

Die subjektive Einschätzung, dass der Gesundheitszustand ein „schlechter“ bzw. „sehr schlechter“ sei, wird von 6 % der 20 – 64jährigen geteilt, bei den 50+ steigt dieser Wert auf 13 %, bei den über 65jährigen auf 14 %.

Von einem subjektiv schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand sind im Bundesland Salzburg 32.000 Personen betroffen.

Tabelle 6:

Subjektiver Gesundheitszustand, relative Werte (EU-SILC 2015 – 2017)

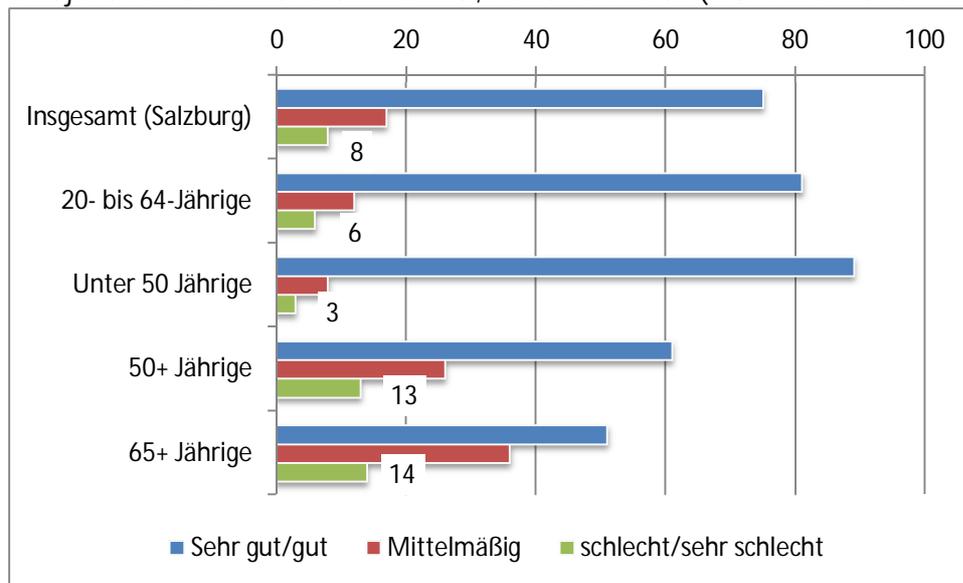
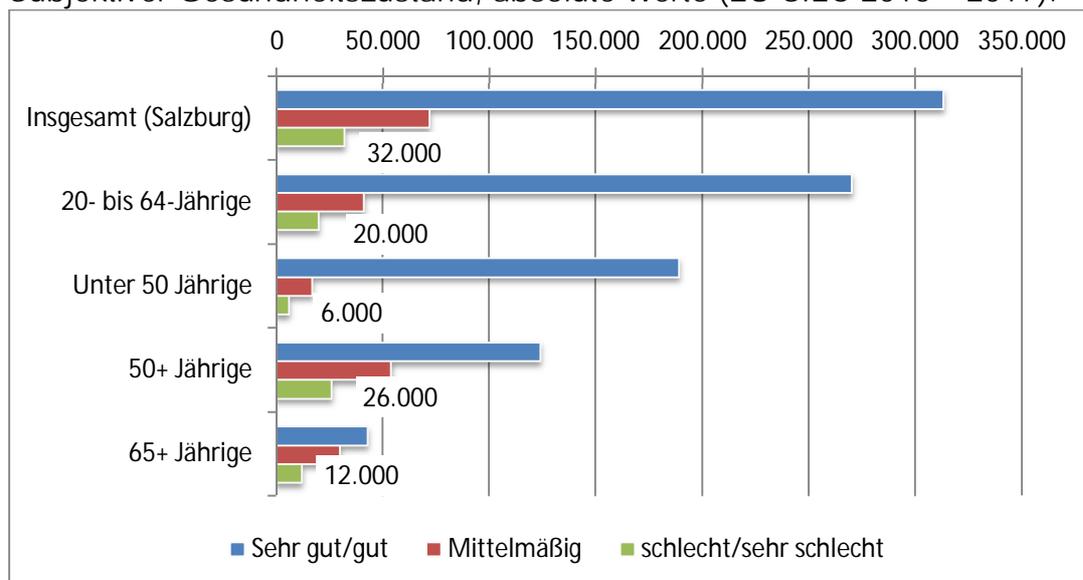


Tabelle 7:

Subjektiver Gesundheitszustand, absolute Werte (EU-SILC 2015 – 2017).



Dass Armut und Gesundheit zusammengehören, zeigt auch ein Blick auf die Verteilung nach Einkommensklassen (Österreich-Werte nach EU-SILC 2017): Geben 13 % der Armutsgefährdeten an, einen sehr schlechten bzw. schlechten Gesundheitszustand zu haben, sinkt dieser Wert bei Haushalten mit mittleren Einkommen auf 5 %. Bei hohen Einkommen sind lediglich 2 % betroffen.

## 2.4.2. Gesundheitsbeeinträchtigungen

Neben dem subjektiven Gesundheitszustand wirft die Armutserhebung noch einen Blick auf weitere Gesundheitsbeeinträchtigungen: Chronische Erkrankungen, starke Beeinträchtigung durch eine Behinderung bzw. den Bezug einer Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension. Die höchsten Werte weist der Indikator „chronisch krank“ (resp. dauernde gesundheitliche Probleme<sup>17</sup>) auf, in Salzburg geben diese Beeinträchtigung immerhin 28 % (oder 117.000 über 20jährige) an. Ein Wert, der natürlich mit steigendem Alter stetig ansteigt: Auf 39 % bei den über 50jährigen und auf 45 % bei denjenigen, die das 65. Lebensjahr bereits erreicht haben. Unter 50jährige sind „nur“ in einer Größenordnung von 17 % (oder absolut 37.000 Personen) betroffen.

Eine starke Beeinträchtigung durch eine Behinderung<sup>18</sup> (bzw. starke Beeinträchtigung des Alltagslebens durch gesundheitliche Probleme) geben im Bundesland Salzburg insgesamt 9 % der Befragten an (über 20 Jahre), auch dieser Wert steigen weniger verwunderlich mit dem Alter an (auf 21 % bei über 65jährige). Bei der Frage nach dem Bezug einer Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension liegen die Werte eher niedrig, nämlich bei insgesamt 2 % (10.000 Betroffene), ein Wert der allerdings bei den sog. 50+ auf 4 % (8.000 Betroffene) ansteigt.

Nach Einkommensschichten erkennt man wieder den Einfluss der sozio-ökonomischen Situation auf den gesundheitlichen Zustand (oder vice versa): Bei den chronischen Krankheiten sind 37 % der Armutsgefährdeten betroffen und 29 % der Haushalte mit hohem Einkommen. Und eine starke Beeinträchtigung durch Behinderung geben 11 % der armutsgefährdeten Haushalte an, aber nur 4 % jener mit hohem Einkommen.

Tabelle 8:

Gesundheitsbeeinträchtigungen, relative Werte (EU-SILC 2015 – 2018)

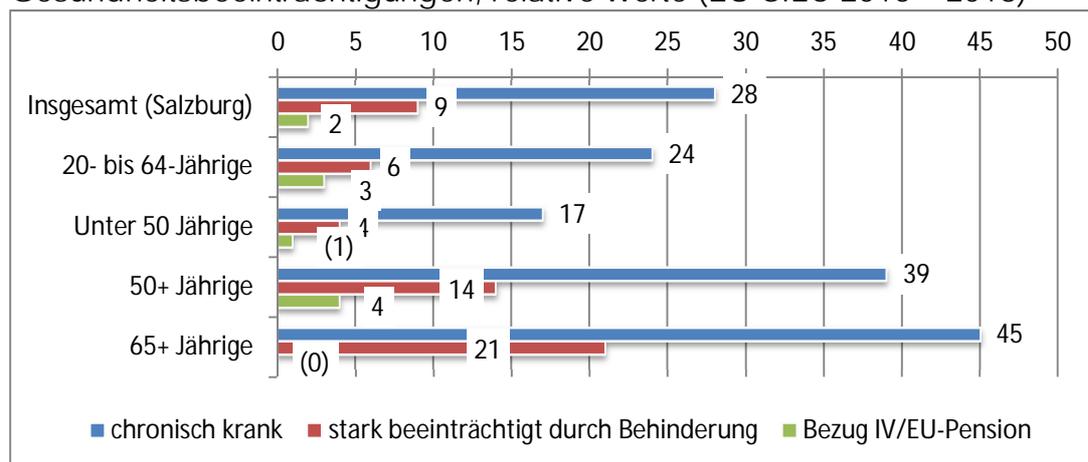
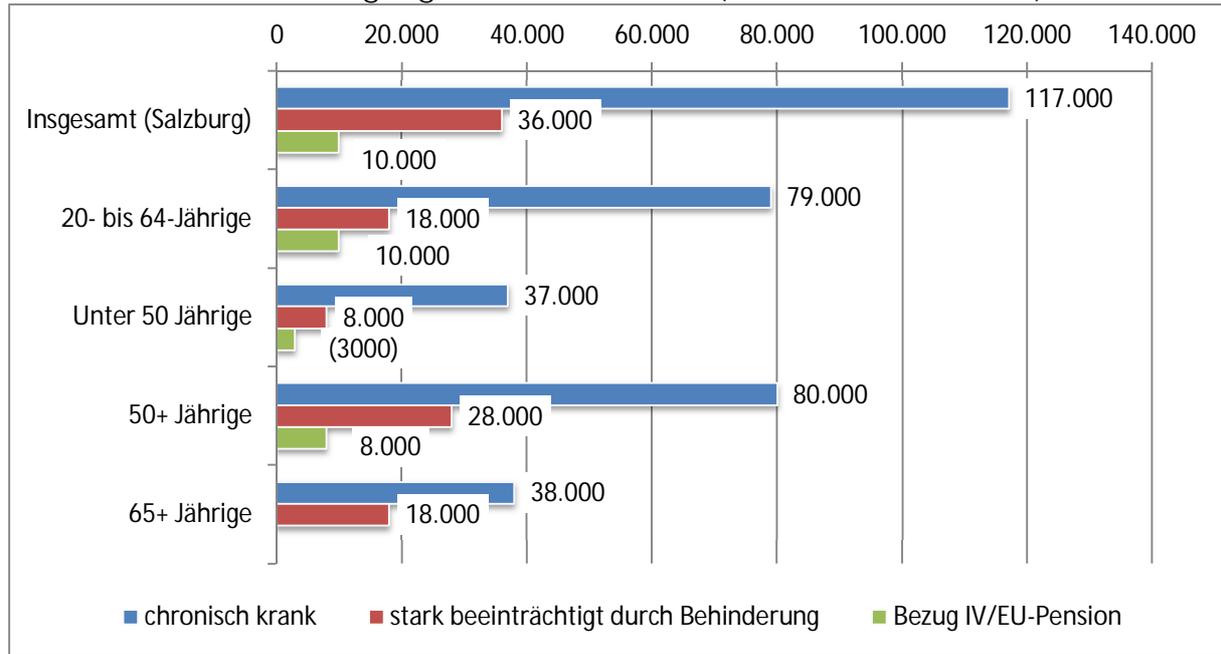


Tabelle 9:

<sup>17</sup> Auftreten einer dauerhaften Krankheit oder eines chronischen Gesundheitsproblems (Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden). EU-SILC Fragebogen 2017

<sup>18</sup> Frage: Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

## Gesundheitsbeeinträchtigungen, absolute Werte (EU-SILC 2015 – 2018)



Ein zusammenfassender Blick auf die gesundheitlichen Benachteiligungen nach Einkommenssituation zeigt sehr deutlich die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit: je geringer das Einkommen, desto größer die gesundheitlichen Einschränkungen.

### Tabelle 10:

Übersicht Betroffenheit gesundheitlicher Gesundheitszustand bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen nach Einkommenssituation<sup>19</sup>, Österreich Werte EU-SILC 2017, Angaben in %

Indikator (jeweils zwischen 20 und 64 Jahren)	<b>Niedriges Einkommen</b> (< 60 % des Medianeinkommens / Armutsgefährdung)	<b>Mittleres Einkommen</b> zw. 60 und 180 % des Medianeinkommens	<b>Hohes Einkommen</b> > 180 % des Medianeinkommens
Subjektiver Gesundheitszustand schlecht / sehr schlecht	13	5	(2)
Chronisch krank	37	33	29
Stark beeinträchtigt durch Behinderung	11	6	4
IV/EU-Pension	3	3	(1)

<sup>19</sup> Man unterscheidet niedriges Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens = Armutsgefährdungsgrenze), mittleres Einkommen (zwischen 60 und 180 % des Medianeinkommens) und hohes Einkommen (> 180 % des Medianeinkommens).

### 2.4.3. Finanziell bedingte Einschränkungen bei Grundbedürfnissen

Armut und Ausgrenzung bedeutet immer auch den Blick danach zu richten, welche Einschränkungen für Personen bzw. Familien Folge einer äußerst eingeschränkten ökonomischen Situation sind.

Anhand von drei Parametern, die auch Bezüge zu gesundheitsrelevanten Faktoren aufweisen, soll gezeigt werden, welche Einschränkungen sich belastend auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken: Ernährung, Beheizen der Wohnung bzw. Arztbesuche.

Zum Einen bedeuten geringe finanzielle Mittel in der Regel auch, bei der Ernährung einzusparen. Ernährung hängt natürlich nicht ausschließlich, wie Gesundheit an sich, von den ökonomischen Möglichkeiten ab, ein Zusammenhang ist statistisch dennoch zutreffend.

**7 % der SalzburgerInnen und Salzburger** geben an, bei der **Ernährung** einsparen zu müssen bzw. können es sich nicht leisten, zumindest jeden 2. Tag Fisch oder Fleisch zu essen, immerhin 37.000 Personen. Österreichweit liegt dieser Wert bei 5 %, Salzburg liegt hier demnach leicht überdurchschnittlich. Jene Haushalte, die (Österreich weit) unter der Armutsgrenze leben müssen, sind allerdings überdurchschnittlich oft, nämlich zu 15 % betroffen. Haushalte mit mittlerem Einkommen sind mit 4 % unterdurchschnittlich, jene mit hohem Einkommen gar nicht betroffen.<sup>20</sup>

Probleme beim **Beheizen der Wohnung** haben in Salzburg **2 % der Bevölkerung** (9.000 Personen), die überwiegende Mehrheit davon älter als 50 Jahre (6.000). Damit liegt Salzburg exakt im Österreich-Durchschnitt. Armutsgefährdete liegen natürlich auch hier wieder mit 9 % weit vorne, Haushalte mit mittlerem Einkommen liegen mit 1 % bereits wieder unter dem Durchschnitt. Und hohe EinkommensbezieherInnen bleiben wiederum von Problemen beim Beheizen der Wohnung völlig verschont.

Und ebenfalls relativ gering sind jene Werte, die darauf verweisen, dass auf **notwendige Arztbesuche aus finanziellen Gründen verzichtet** wird. **1 %** der Salzburger Bevölkerung (oder 6.000 Personen) geben diese Einschränkung an, ein ebenso hoher Wert wie in gesamt Österreich. Und spielt dieser Deprivationsfaktor bei hohen bzw. mittleren Einkommen keine bzw. kaum eine Rolle, so sind immerhin **6 % der Armutsgefährdeten** damit konfrontiert. Dass Gesundheitsdienstleistungen bzw. Arztbesuche aus finanziellen Hintergründen vermieden werden, kann also in Österreich bzw. in Salzburg nicht als „Massenphänomen“ bezeichnet werden, in Randbereichen bzw. bei sozialer Problemgruppen sind diese Verzichte allerdings ein nicht zu unterschätzender Belastungsfaktor.

---

<sup>20</sup> Man unterscheidet niedriges Einkommen (weniger als 60 % des Medianeinkommens = Armutsgefährdungsgrenze), mittleres Einkommen (zwischen 60 und 180 % des Medianeinkommens) und hohes Einkommen (> 180 % des Medianeinkommens).

Tabelle 11:

Finanziell bedingte Einschränkungen bei Grundbedürfnissen, relative Werte (EU-SILC 2015 – 2017)

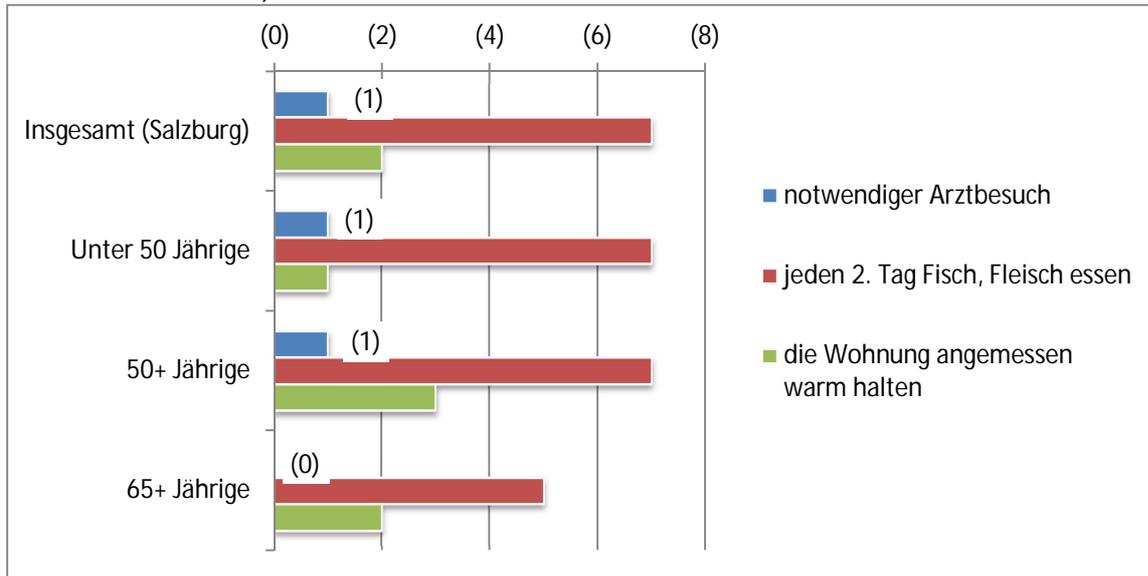
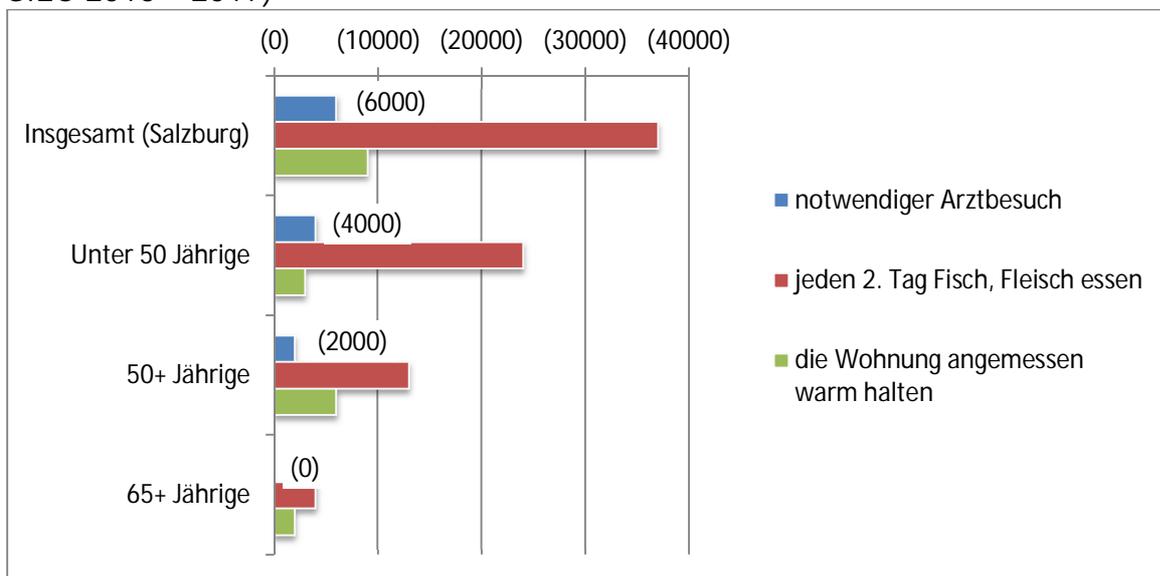


Tabelle 12:

Finanziell bedingte Einschränkungen bei Grundbedürfnissen, absolute Werte (EU-SILC 2015 – 2017)



## 2.4.4. Wohnprobleme

Dass Fragen der Wohnsituation und Wohnumgebung einen Einfluss auf Gesundheit bzw. gesundheitliches Wohlbefinden ausüben, ist evident. Im Folgenden daher auch ein Blick auf Indikatoren im Rahmen der Armutserhebung, die auch Rückschlüsse auf Gesundheitsrisiken und -problemlagen zulassen.

Tabelle 13:

Wohnprobleme, relative Werte, EU-SILC 2015 - 2017

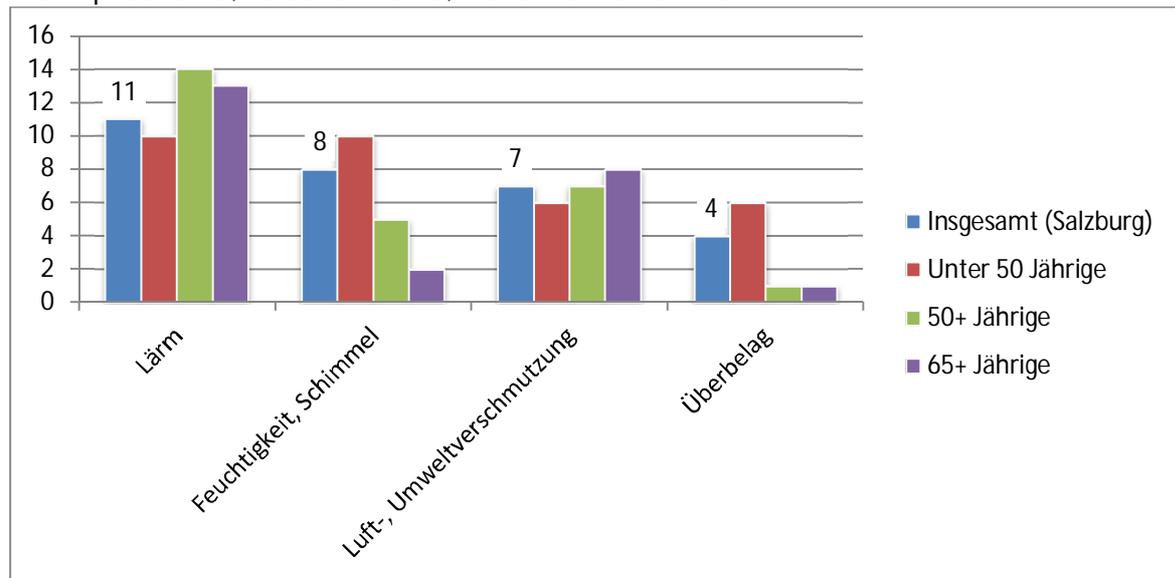
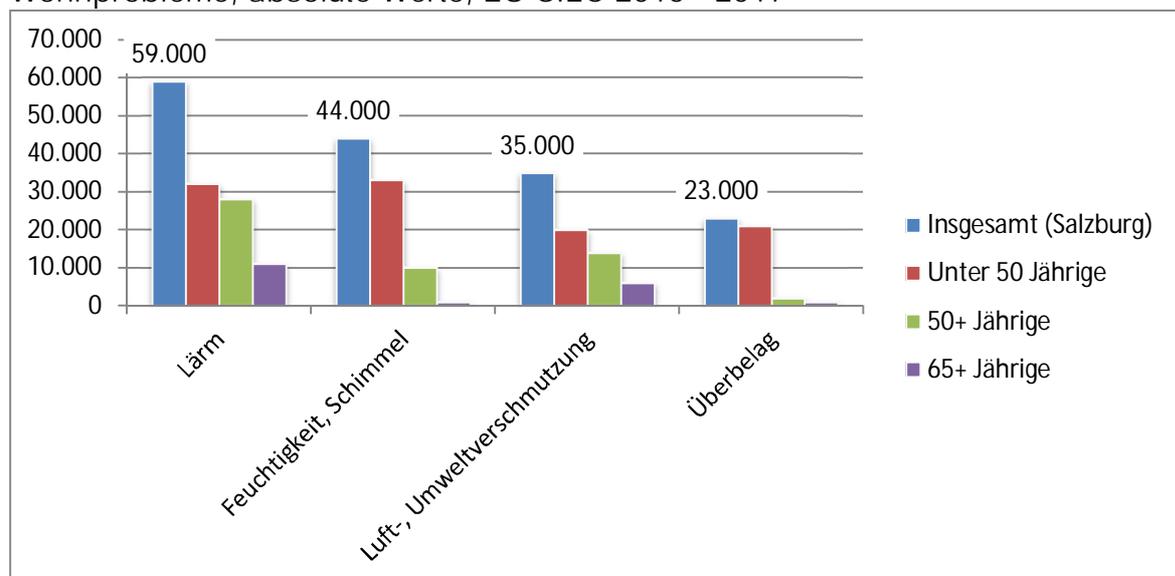


Tabelle 14:

Wohnprobleme, absolute Werte, EU-SILC 2015 - 2017



**Lärm** ist jenes Wohn-Problem, mit dem relativ viele Personen bzw. Haushalte konfrontiert sind: 11 % der SalzburgerInnen und Salzburger (oder 59.000) sind davon betroffen. Bei älteren Personen steigt die Betroffenheit in Salzburg etwas an (auf 14 % bei den über 50jährigen). Österreich weit sind es deutlich mehr, nämlich

18 %. Die Verteilung nach Einkommensgruppen ist allerdings nicht mehr so deutlich wie bei anderen Indikatoren: sind Österreich weit 19 % der Armutsgefährdeten und 13 % der Haushalte mit mittlerem Einkommen, so sinkt dieser Wert bei jenen mit hohem Einkommen lediglich auf 13 %.

Mit **Feuchtigkeit oder Schimmel** sind in Salzburg 8 % der Bevölkerung (oder 44.000 Personen) konfrontiert. Auch dieser Wert ist im Österreich-Vergleich unterdurchschnittlich (12 %). Mit steigendem Alter nehmen diese Werte in Salzburg deutlich ab (65+: 2 %). Armutsgefährdete (Österreich weit) liegen aber auch hier mit 17 % deutlich voran, mittlere EinkommensbezieherInnen sind nur mehr zu 11 %, hohe Einkommen aber ebenfalls noch mit 8 % betroffen.

Unterdurchschnittlich ist die Betroffenheit auch bei der **Luftverschmutzung**: Betrifft dies Österreich weit 10 % der Bevölkerung, liegt dieser Wert im Bundesland Salzburg lediglich bei 7 %, ohne große Schwankungsbreiten mit Blick auf die Altersverteilung. In diesem Bereich sind auch keine großen Abweichungen mit Blick auf die Einkommensverteilung zu nennen.

Ein letzter Indikator im Zusammenhang mit Wohnproblemen betrifft die **Überbelags-Situation**.<sup>21</sup> Davon sind im Bundesland insgesamt 4 % oder 23.000 Personen betroffen. Unter 50jährige deutlich häufiger (5 %) als ältere Personengruppen (1 %). Dies hängt natürlich mit der Haushaltsstruktur zusammen: In „jüngeren“ Haushalten leben natürlich auch vermehrt Kinder, welche die Haushaltsgröße und damit die „Gefahr“ des Überbelags zahlenmäßig nach oben treiben.

Österreich weit sind 6 % betroffen (was vor allem auf den extrem hohen Wert in Wien, nämlich 13 %, zurückzuführen ist). Städte mit mehr als 100.000 EinwohnerInnen, also auch die Landeshauptstadt Salzburg, weisen allerdings wieder einen überdurchschnittlich hohen Wert, nämlich 7 % aus. Die Verteilung nach Einkommensgruppen tritt in diesem Bereich wieder deutlich zutage: Leben von den Armutsgefährdeten insgesamt 20 % in einer Überbelagssituation, sinkt dieser Wert bei Haushalten mit mittlerem Einkommen auf 5 %. Hohe Einkommenshaushalte kennen beengte Wohnverhältnisse kaum (1 %).

Zusammenfassend nochmals (bezogen auf die Österreichwerte) eine Aufgliederung der Betroffenheiten nach Einkommenssituation.

---

<sup>21</sup> Orientiert sich am Kriterium der Gemeinde Wien bei der Vergabe von Gemeindewohnungen. Als überbelegt zählt ein Haushalt, wenn die Wohnfläche weniger als 16 m<sup>2</sup> beträgt, im Mittel weniger als 8 m<sup>2</sup> pro Wohnraum zur Verfügung stehen oder die Anzahl der Wohnräume im Verhältnis zur Zahl der Personen im Haushalt zu gering ist: weniger als 2 Räume für 2 Personen, weniger als 3 Räume für 3 oder 4 Personen, weniger als 4 Räume für 5 oder 6 Personen, weniger als 5 Räume für 7 oder 8 Personen, weniger als 6 Räume für mehr als 8 Personen.

Tabelle 15:

Übersicht Betroffenheit nach Einkommenssituation, Österreich Werte EU-SILC 2017, Angaben in %

Indikator	<b>Niedriges Einkommen</b> (< 60 % des Medianeinkommens / Armutgefährdung)	<b>Mittleres Einkommen</b> zw. 60 und 180 % des Medianeinkommens	<b>Hohes Einkommen</b> > 180 % des Medianeinkommens
Notwendiger Arztbesuch	6	1	(0)
Jeden 2. Tag Fisch/Fleisch	15	4	(0)
Wohnung angemessen warm halten	9	1	(0)
Lärm	19	18	13
Feuchtigkeit, Schimmel	17	11	8
Luft bzw. Umweltverschmutzung	9	10	10
Überbelag	20	4	(1)

### **2.4.5. Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (ab 16 Jahren)**

Auch in Salzburg „verzichten“ Personen, die eine zahnärztliche Leistung unbedingt benötigt hätten, auf den Gang zum Zahnarzt bzw. zur Zahnärztin. Wie bereits beschrieben, sind die Gründe für einen solchen „Verzicht“ sehr vielfältig und weisen neben finanziellen Aspekten auch noch auf zahlreiche psycho-soziale bzw. lebensweltorientierte Indikatoren hin.

Insgesamt bleibt dieses Problem allerdings in Salzburg ein relativ betrachtet sehr überschaubares. Lediglich 1 %<sup>22</sup> der Bevölkerung gibt an, dass, obwohl eine zahnärztliche Untersuchung dringend nötig gewesen wäre, man diese nicht in Anspruch genommen hat (absolut weist die Statistik 5.000 Personen aus). Ungefähr die Hälfte davon gibt finanzielle Gründe an, die anderen (54 %) nennen sonstige Gründe.<sup>23</sup> Es ist also davon auszugehen, dass das Problem der Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen alles andere als ein „Massenphänomen“ ist, für eine kleine Zielgruppe aber sehr wohl ein wesentliches Gesundheitsproblem darstellt.

<sup>22</sup> Insgesamt geringe statistische Aussagekraft durch die geringen Fallzahlen (geklammert)

<sup>23</sup> Abgefragt - aber nicht explizit statistisch dokumentiert - werden: zu lange Wartelisten oder Wartezeiten, zeitliche Verhinderung (berufliche oder Betreuungspflichten), mangelnde Erreichbarkeit, Angst, Warten, ob das Problem von selbst besser wird oder auch dass kein guter Zahnarzt bekannt sei. Vgl. EU-SILC 2017 – Fragebogen.

Tabelle 16:

Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (ü16), relative Werte

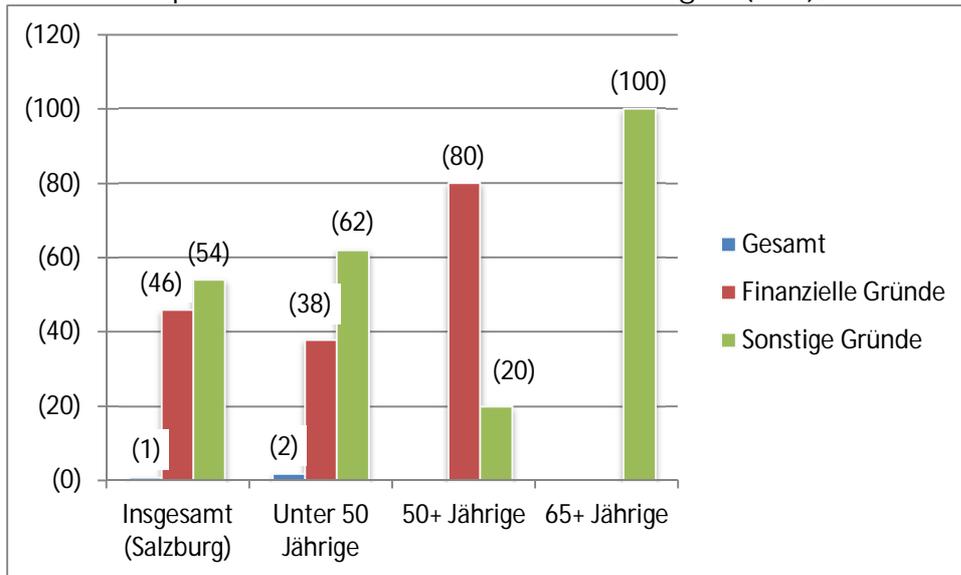
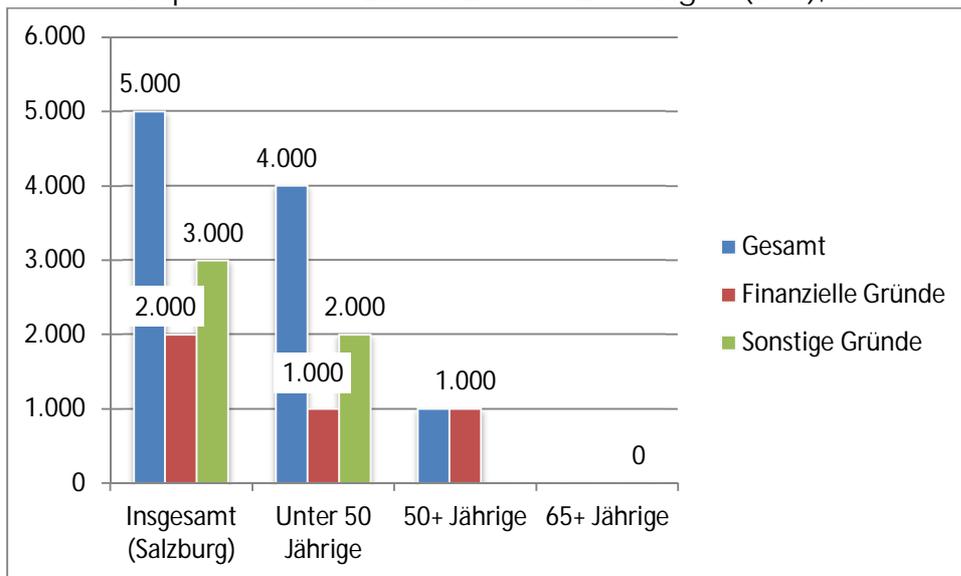


Tabelle 17:

Nicht-Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen (ü16), absolute Werte



#### 2.4.6. (Nicht-)Inanspruchnahme medizinischer (außer zahnärztlicher) Leistungen in Salzburg (ab 16 Jahren).

Auch hier gilt dieselbe Aussage wie oben: Die absoluten Zahlen der (Nicht-)Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind äußerst gering und weisen auf eine überschaubare Größenordnung hin (absolut 1.000 Personen). An dieser Stelle muss allerdings darauf verwiesen werden, dass die ausgewiesenen Zahlen auf einer Befragung von **Privathaushalten** beruht und daher alle Personen, die sich in **institutionellen Einrichtungen** (Pflege, Inklusion, Grundversorgung, Frauenhäuser, Wohngemeinschaften etc.) bzw. Notunterkünften (Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit) aufhalten oder untergebracht sind, nicht berücksichtigt werden.

### 3. Zahnstatus – Bundesland Salzburg

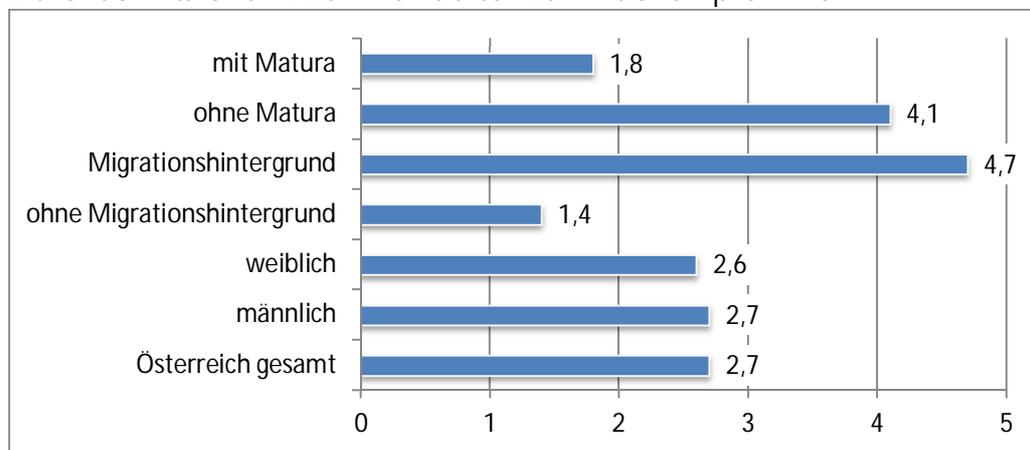
Einen wesentlichen Einblick in die unterschiedliche „Verteilung“ von Gesundheitschancen bzw. von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bietet ein Blick auf den Zahnstatus von (6jährigen) Kindern, erhoben in der sogenannten Länder-Zahnstaturerhebung 2016.<sup>24</sup>

Grundsätzlich zeigen die Erhebungen, dass der Anteil von Kindern mit Karieserfahrung im Laufe der letzten 10 Jahre **deutlich gesunken** ist. Österreichweit von 55 % auf 45 %, **im Bundesland Salzburg von 68 % auf 49 %**. Salzburg liegt im Bundesländervergleich damit im Durchschnitt, fünf Bundesländern liegen besser, zwei schlechter, und in einem Bundesland gibt es gleich hohe Werte wie in Salzburg. Anders ausgedrückt: Im Bundesland Salzburg liegt der Anteil an Kindern, die kariesfreie Zähne haben, bei 51 %, Behandlungsbedarf wird bei 23 % der Kinder festgestellt, einer der besten Werte Österreich weit (Durchschnitt 33 %).

Richtet man den Blick nun auf besondere Risikogruppen, so zeigt sich „die große Bedeutung sozioökonomisch bestimmter Einflüsse auf Karieserfahrung und Behandlungsbedarf.“ Zusammenfassend wird festgestellt, dass „zahngesundheitlich Kinder aus Familien mit niedrigerem Schulbildungsniveau der Eltern und gleichzeitiger Migrationshintergrund“ am meisten benachteiligt sind. Unterschiede nach Geschlecht können dagegen nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 18:

Durchschnittliche Anzahl kavierter Zahnflächen pro Kind<sup>25</sup>



Neben sozio-ökonomischen Determinanten wird noch darauf verwiesen, dass „auch soziokulturelle Faktoren“ wie z. B. Ernährungs- und Mundhygienegewohnheiten oder auch eine eingeschränkte Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen etc.“ eine deutliche Rolle spielen. Als weiterer „entscheidender“ Einflussfaktor werden darüber hinaus Sprachbarrieren genannt.

<sup>24</sup> Vgl. Bodenwinkler, Andrea; Sax, Gabriele; Kerschbaum, Johann (2017): Länder-Zahnstaturerhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien

<sup>25</sup> Ebda., S. 27

## 4. Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter in Salzburg: Projekte

Im Folgenden ein kurzer Überblick über einzelne Projekte, die dazu dienen, die Gesundheitsförderung von Menschen mit Einkommensnachteilen bzw. in benachteiligten Lebenssituationen zu verbessern. Die Übersicht enthält nur vier Beispiele, wie und mit welchen Ansätzen gesundheitliche Ungleichheiten verringert werden können.

### 4.1. „Gesundheit für alle“ (AVOS)

Ausgehend vom Befund, dass „sozioökonomisch benachteiligte Menschen“ nicht oder kaum auf herkömmliche Weise für Gesundheitsveranstaltungen gewonnen werden können, setzt dieses Projekt methodisch den Schwerpunkt auf aufsuchende Beratung. Projektträger ist der Verein AVOS – Prävention und Gesundheitsförderung.

Ausgebildete **GesundheitsmentorInnen** haben dabei die Aufgabe, im Rahmen von zu organisierenden Dialogrunden mit den Zielgruppen (ältere Menschen mit geringen finanziellen Mitteln, Alleinerziehende, Personen mit Migrationshintergrund, langzeitarbeitslose Menschen) gesundheitsrelevante Aspekte zu vermitteln bzw. zu besprechen. Die insgesamt 252 im Jahr 2017 organisierten Dialogrunden hatten Fragen der Ernährung, der Bewegung, der seelische Gesundheit, der Zahngesundheit und Informationen zum Österreichischen Gesundheitssystem zum Inhalt. Insgesamt wurden **1.955 Personen** aus den jeweiligen Zielgruppen erreicht.<sup>26</sup>

### 4.2. „Sport für alle“ (Sportunion)

Mit dem Projekt „Sport für alle“ möchte die SPORTUNION Salzburg sozial und ökonomisch benachteiligten Kindern und Jugendlichen den Zugang zu Sport und Bewegung im Verein ermöglichen bzw. erleichtern. Im Zuge des Projekts werden Sportvereine unterstützt, beraten und ermutigt, sozial(er) und solidarisch(er) zu handeln.

Durch den Aufbau eines Netzwerks mit Partnern aus Sozialeinrichtungen, u. a. der Caritas Salzburg, werden sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche identifiziert und deren Bedürfnisse erhoben. Gemeinsam mit Sportvereinen und Experten werden individuelle Lösungen und Konzepte erarbeitet, um Zugangshürden zu erkennen und zu bewältigen.

Seitens der Caritas gibt es z. B. eine Kooperation mit dem Lerncafé in Taxham bzw. in Mittersill. Im Rahmen der Nachmittagsbetreuung wurden Bewegungseinheiten angeboten, die von den betreuten Kindern gerne angenommen wurden.

---

<sup>26</sup> Vgl. AVOS Salzburg, Jahresbericht „Gesundheit für alle“ 2017.

### **4.3. SALUS – „Projekt zur Verbesserung der Chancengleichheit von MigrantInnen im Gesundheitssystem und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz“ (Frau & Arbeit)**

Auch wenn bei Weitem nicht alle MigrantInnen sozio-ökonomisch benachteiligt sind, so ist die relative Armutsquote doch höher als bei in Österreich geborenen Bevölkerungsgruppen. Ein Gesundheitsprojekt, das sich also an diese Zielgruppe wendet, nimmt daher automatisch auch gesundheitliche Ungleichheit, die aus sozialer Ungleichheit resultiert, in den Blick.

Genau dies versucht Frau & Arbeit mit dem Projekt „SALUS – Salzburger Gesundheitslotsinnen“. Zugewanderte Frauen und Männer haben lt. Beschreibung einen erhöhten Orientierungs- und Beratungsbedarf hinsichtlich des Gesundheitssystems, dessen Beratungs-, Vorsorge- und Präventionsangebote etc. Häufig erreichen selbst spezielle Angebote die Zielgruppe nicht; weil sie nicht ausreichend bekannt sind, Zugangshürden und psychologische Hemmschwellen zu groß sind oder die Erfahrungen aus den jeweiligen Heimatländern Verhalten und die Vorstellungen über das hiesige System prägen.

Das Projekt richtet sich an weibliche und männliche Multiplikatorinnen: Sie fördern die Orientierung und verbessern die Chancengleichheit im Gesundheitssystem, indem sie individuelle Orientierungsarbeit leisten und die Zugangsschwelle zu vorhandenen Angeboten senken. Und sie stärken die Gesundheitskompetenz, indem sie wichtige Informationen zu Gesundheits-, Präventions-, und Vorsorgethemen an migrantische Zielgruppen herantragen.

Lehrgänge für Gesundheitslotsinnen, Qualifizierungsangebote bzw. Gesundheitsinformations- und Förderangebote sind jene drei Bereiche, mit denen SALUS die beschriebenen Ziele zu erreichen versucht.

Zwischen 2014 und 2017 wurden 46 LotsInnen ausgebildet, mehr als 900 TeilnehmerInnen wurden mit Gesundheitsinformationen und -förderungen erreicht, zum Thema Deutsch und Gesundheit konnten an die 360 Personen sensibilisiert werden.

### **4.4. Gesundheitsbasisversorgung für Wohnungslose: Gesundheitsnetzwerk und Virgil-Bus**

Zum einen ist hier das von der Ärztekammer finanzierte Projekt „**Gesundheitsnetzwerk für Wohnungslose**“ (**AVOS**) zu nennen. Die Umsetzung dieses Projekts beinhaltet drei Maßnahmenbündel:

Erstens die Organisation von **Informationsveranstaltungen** in Einrichtungen, in denen sich Obdach- bzw. Wohnungslose aufhalten (z. B. Saftladen – Neustart, Vinzistube etc.). Zum Zweiten **Hausbesuche** in Kooperation mit „housing first“, eine

Einrichtung, die langzeitobdachlose Personen mit Wohnraum versorgt und über einen längeren Zeitraum hinweg betreut. Und drittens arbeitet das Projekt auch **aufsuchend**, d. h. ehrenamtlich tätige Ärzte besuchen **Wohnungsloseneinrichtungen** (Notschlafstelle, Saftladen) und bieten für die KlientInnen eine ärztliche Notversorgung bzw. Untersuchungen an.

2017 wurden insgesamt

- 28 Beratungseinheiten im Saftladen, in der Vinzenzstube bzw. in der Winternotschlafstelle durchgeführt;
- Insgesamt wurden 141 Beratungsgespräche in Anspruch genommen und
- es gab 3 Hausbesuche im Rahmen von housing first;

Neben den direkten Untersuchungen bzw. Akutbehandlungen wurden auch zahlreiche KlientInnen an weiterführende Fachärzte weitervermittelt, womit sich eine bessere nachhaltige Gesundheitsversorgung bewerkstelligen ließ. Einzig Zahnbehandlungen sind lt. Berichten nach wie vor mit einer großen persönlichen Hemmschwelle versehen.

Das zweite wesentliche Projekt, das sich an Wohnungs- bzw. Obdachlose richtet, ist der **Virgil-Bus**. Der Virgilbus dient der medizinischen Notversorgung von Obdachlosen, Notreisenden und all jenen, die über keine Krankenversicherung verfügen. Der Virgilbus schließt somit eine Lücke in der Gesundheitsversorgung. In einem Rettungsauto fahren Ärzte, Sanitäter und Dolmetscher direkt zu den Unterkünften und beraten und behandeln die Menschen ambulant.

Ziel ist, eine niederschwellige Notversorgung für jene Menschen anbieten zu können, welche die Schwelle in das bestehende Gesundheitssystem nicht überwinden können. Anlassbezogen kann auch eine Weiterleitung allgemeinmedizinischer und zahnärztlicher Akutfälle an entsprechende Einrichtungen erfolgen.

Seit seinem Bestehen im Jahr 2015 wurden insgesamt mehr als **2.000 PatientInnen** (mit oder ohne Krankenversicherungsschutz) untersucht bzw. behandelt.

## 5. Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen und sozialen Einrichtungen<sup>27</sup>

### 5.1. Partizipative Erhebung – Österreichische Armutskonferenz

Über einen Versicherungsschutz zu verfügen ist das Eine, Gesundheitsdienstleistungen und Angebote auch anzunehmen, manchmal etwas Anderes. In einer partizipativen Erhebung hat die Österreichische Armutskonferenz erhoben, welche Lücken und Barrieren beim Zugang im Österreichischen Gesundheitssystem existieren. Methodisch wurden dabei Armutsbetroffene als „ExpertInnen der eigenen Lebenssituation“ befragt (Fokusgruppen etc.).

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass sich „gesundheitliche Ungleichheit in konkreten Erfahrungen armutsbetroffener Menschen innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems widerspiegelt“. Das Gesundheitssystem werde als „2-Klassen-System“ erlebt, das sich vor allem in Nicht-Leistbarkeit und dem damit verbundenen erschwerten Zugang zu diversen Gesundheitsleistungen manifestiert.

Die Ergebnisse zeigen, ähnlich wie das oben skizzierte Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, dass die Gründe für gesundheitliche Einschränkungen und Benachteiligungen sich sehr komplex gestalten, vielfältig und multifaktoriell zu betrachten sind.

Finanziell bedingte Einschränkungen werden genannt, aber es geht auch um mangelnde generelle Zugänge zu z. B. Therapien, psycho-soziale Barrieren wie Ängste oder auch um negative Erfahrungen im Umgang mit Institutionen bzw. dem Gefühl der Stigmatisierung. Nicht zuletzt werden auch Informationsmängel und bürokratische Hürden als Hinweise genannt.

---

<sup>27</sup> Vgl. DIE ARMUTSKONFERENZ. Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung. 2015.

### Grafik 3:

#### Überblick Ergebnisse Lücken und Barrieren im Gesundheitssystem

Thema	Detail-Beschreibungen
Zugang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lange Wartezeiten auf Therapie/Behandlung</li><li>• Therapien werden nur kurzfristig finanziert</li><li>• Kein Rechtsanspruch auf Rehabilitation</li><li>• Reha/Kurse schwer zu bekommen</li><li>• Zu wenig Kassen-finanzierte Therapieplätze</li><li>• Uneinheitlichkeit in den Bundesländern</li></ul>
Nicht-Leistbarkeit von ...	<ul style="list-style-type: none"><li>• Heilbehelfen/Brillen/Hörgeräten etc.</li><li>• Therapien / Behandlungen</li><li>• Medikamenten</li><li>• Gesundem Lebensstil / Sport</li><li>• Zahnbehandlung / Zahnersatz</li></ul>
Angst vor ...	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nicht-Versicherung</li><li>• Medikamenten</li><li>• Schließung sozialer Einrichtungen</li><li>• Ablehnung / weggeschickt zu werden</li><li>• Nicht-Leistbarkeit von Behandlungen</li></ul>
Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unverständlichkeit von Befunden</li><li>• Mangelnde Aufklärung über Behandlung</li><li>• Respektlose Behandlung</li><li>• Lange Wartezeiten auf Termine / OP's</li><li>• Weggeschickt / weitergeschickt</li></ul>
Niedergelassener Bereich	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wenig Zeit bei KassenärztInnen</li><li>• Stigmatisierung / respektlose Behandlung</li><li>• Mangelnde Barrierefreiheit</li><li>• Unverständlichkeit von Befunden / Diagnosen</li><li>• POSITIV: viel Vertrauen</li></ul>
Pensionsfeststellungsverfahren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ist sehr belastend</li><li>• Befunden bleiben unberücksichtigt</li><li>• Zwang zur Reintegration in den Arbeitsmarkt</li></ul>
Sonstige Lücken/Barrieren	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zwei-Klassen-Medizin</li><li>• Stigmatisierung</li><li>• Unverständlichkeit von Diagnosen/Befunden</li><li>• Unterschiede Stadt/Land</li><li>• Transport</li><li>• Informationsmangel</li><li>• keine Möglichkeit auf Begleitung</li></ul>

Als mögliche Strategien und Verbesserungsvorschläge werden zahlreiche Maßnahmen genannt, z. B.

- Begleitsdienste („Mitgehen“)
- Persönliche Begleitung, Mentoring, Buddys
- Psychotherapie und psychosoziale Notdienste: erleichterter Zugang zu kostenloser Psychotherapie, Ausbau von Therapie- und Beratungseinrichtungen
- Prävention und Rehabilitation: erleichterter Zugang zu präventiven Gesundheitsmaßnahmen
- Finanzielle Unterstützung: Unbürokratische finanzielle Unterstützung bei Behandlungen
- Bessere räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen
- Kein Zwang zu krankmachender Erwerbsarbeit
- Krank und vor dem Nichts? Wiedereinführung des Pensionsvorschlusses
- Medizinische Gutachten: Mehr Respekt und Beachtung vorliegender Befunde
- Gleiche Behandlung und gleiche Therapien – egal ob arm oder reich
- Keine Kürzung für soziale Dienste und Einrichtungen
- Rechtshilfe und Anwaltschaft
- Krankenversicherung: Schließen der Lücken für Menschen ohne Krankenversicherung
- Verständlichkeit und Lesbarkeit von Formularen, Diagnosen und Therapien
- Dialogforen mit ÄrztInnen, EntscheidungsträgerInnen und anderen Gesundheitsberufen

## 5.2. Online-Umfrage – Lücken und Barrieren im (Salzburger) Gesundheitssystem aus der Sicht von Sozialberatungsstellen

Trotz (fast) vollständigem Versicherungsschutz<sup>28</sup> in Österreich und somit auch in Salzburg gibt es auch im regionalen Kontext Personen bzw. Personengruppen, bei denen der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bzw. -angeboten eingeschränkt ist. Folgende Online-Befragung sozialer Beratungsstellen und Dienstleister zu deren **Wahrnehmungen** bietet einen ersten Ein- bzw. Überblick, in welchen Bereichen diese Zugangsschranken auch in Salzburg eine Rolle spielen. Insgesamt haben sich 17 Sozialberatungsstellen und Einrichtungen beteiligt (10 Caritaseinrichtungen, 7 „externe“ Stellen).

Folgende Darstellung der Rückmeldungen versteht sich nicht als Gesamt- bzw. wissenschaftliche Erhebung und ist demnach lediglich ein **erster Ein- bzw. Überblick** über bestehende und wahrgenommene Barrieren im Salzburger Gesundheitssystem.<sup>29</sup>

### **Frage 1 : LEISTBARKEIT / FINANZIELLE BARRIEREN**

*Gibt es Gesundheitsleistungen bzw. -ausgaben, die für sozial benachteiligte Personen/Familien FINANZIELL nicht oder nur sehr schwer leistbar sind?*

Genannt wurden:

- Selbstbehalte: für Zahnersatz, Heilbehelfe wie Brillen/Kontaktlinsen etc., diverse Therapien (bei z. B. Wahl-TherapeutInnen), Spitalskostenbeitrag, Befreiung von Selbstbehalten nur teilweise möglich, für Mitversicherte zum Teil keine Befreiung von Selbstbehalten möglich
- Zahnmedizin: Selbstbehalte, Zahnspangen erst ab schwerer Fehlstellung, Nicht-Amalgam-Füllungen, vor allem für Kinder schwierig (Kinderzahnärzte nur privat), Mundhygiene (für Erwachsene), Lokalanästhesie – gerade bei AngstpatientInnen wichtig
- Medikamentation: Rezeptgebühren; Schmerzsalben, Schmerzspritzen, zum Teil Privatrezepte bzw. Medikamente, die nicht von Kasse übernommen werden (aber von Ärzten verschrieben werden), Richtsätze zur Rezeptgebührenbefreiung werden als (zu) niedrig erlebt, selbst zu bezahlende Medikamente zum Teil nicht erschwinglich
- Fahrtkosten zu Reha-Einrichtungen (positiv: Befreiung Selbstbehalt für Reha-Aufenthalte), fortführende benötigte Rehabilitation
- Psycho-Therapien: Kosten / Selbstbehalte, außer Einkommen unter BMS-Grenze, Einkommensgrenzen werden teilweise als sehr eng wahrgenommen (Partnereinkommen für Frauen ein Problem); Vorfinanzierung für Therapien nötig, teilweise lange Wartezeiten, bis Betrag (rück-)überwiesen wird; Kosten für Dolmetschleistungen (mögliche Übernahme durch SOTIRIA)

---

<sup>28</sup> Lt. einer aktuellen Studie des Hauptverbandes der Sozialversicherungen ist die Zahl der betroffenen Nicht-Versicherten in Österreich auf ungefähr 4.000 im Jahresdurchschnitt gesunken. Allerdings verweisen die Autoren (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtsforschung) darauf, dass die Zahl auch deutlich höher sein könnte. <https://kurier.at/wissen/keine-ecard-das-ist-gar-nicht-selten/400098137>

<sup>29</sup> Anmerkungen zu den Rückmeldungen der SGKK finde sich vereinzelt in Fußnoten

- Schwangerenuntersuchungen, drei Ultraschalluntersuchungen (im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen) kostenfrei, restliche Untersuchungen sind selbst zu bezahlen
- 24 h Pflege zusätzlich zu einer notwendigen Hauskrankenhilfe oder andere therapeutischen Diensten wie Ergotherapie, bei schwer erkrankten und sterbenden Menschen zuhause
- Grundversorgung/Flüchtlinge: Zahnersatz und Psychotherapie

## Frage 2 - ANGEBOTE/LEISTUNGEN

*Sind grundsätzliche Lücken im Angebote bzw. bei den Leistungen bekannt?*

- FrauenärztInnen mit Kassenvertrag
- Zu wenig Möglichkeiten für Mutter-(Eltern)-Kind-Kuren oder Reha für belastete Elternteile.<sup>30</sup>
- Dolmetschkosten werden nicht von Kasse übernommen, viele ärztliche und therapeutische Leistungen setzen Sprachkenntnisse voraus, Fachärzte und Psychotherapeuten mit nicht-deutscher Muttersprache nur vereinzelt vorhanden.
- Psycho-soziale Versorgung: Aufsuchende Hilfe für Menschen in schweren psychischen Krisen – analog zu Rettungsdiensten bei körperlichen Erkrankungen; Rasche kontinuierliche psycho-soziale Versorgung von Kindern; mehr Angebot an kostenfreien und rasch verfügbaren Psycho-Therapie-Plätzen; Fehlen von Primärversorgungszentren und Gemeinschaftspraxen mit verlängerten Öffnungszeiten;
- Vereinzelt wahrgenommene Lücken beim Versicherungsschutz (z. B. erwerbsunfähige EU-BürgerInnen, die in Österr. nur Ausgleichszulage beziehen, erhalten Versicherungsschutz erst mit Alterspension)
- Keine Unterstützung aus dem Unterstützungsfonds für Brillen mit weniger als sechs Dioptrien
- Zu wenige Hausbesuche durch Hausarzt im Bereich der Palliativ Betreuung
- Pflegegeld: erst im Folgemonat ausbezahlt, kann zu Mehrkosten für Betreuende führen
- AsylwerberInnen oder LeistungsbezieherInnen der Grundversorgung haben keinen Anspruch auf Leistungen des Unterstützungsfonds der GKK
- „GesundheitsbegleiterInnen“ (AVOS-Projekt) wären sinnvoll
- Psychisch belastete Mütter: Fehlende Mitnahmemöglichkeiten der Kinder (Angst um Verlust der Obsorge)
- Fehlende Hausbesuche nach Entlassung bei stationärem Krankenhausaufenthalt durch Therapeuten bzw. Fachärzte
- Psychiatrischer Versorgung von Asylwerbern bzw. Asylberechtigten zu gering ausgebaut, lange Wartezeiten
- Fachärztemangel im ländlichen Bereich (z. B. Facharztstelle für Psychiatrie im Lungau lange nicht besetzt).<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Anmerkung SGKK: Die meisten Mutter-Kind-Kuren würden bewilligt, allerdings sei ein Ausweichen nach Deutschland nötig (keine Angebote in Ö). Dies habe keine Auswirkungen auf die entstehenden Kosten.

- Interdisziplinäre bzw. ganzheitliche Ansätze / Diagnostik im Gesundheitsbereich selten
- Fehlen eines qualitativen Drogenentzuges im Bundesland Salzburg
- Lange Wartezeiten auf Operationen ohne Zusatzversicherung<sup>32</sup>
- Fehlende Finanzierungsmöglichkeit für Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen für finanziell benachteiligte Frauen (z. B. bei Gewaltbeziehungen, Drogenabhängigkeit).

### **Frage 3 – ORGANISATORISCHE HÜRDEN UND BARRIEREN**

*Sind die Zugänge zu Unterstützungen im Gesundheitsbereich ausreichend niedrigschwellig gestaltet oder gibt es organisatorische Zugangshürden (Wartezeiten, kein Anspruch, Angebote, Erreichbarkeit, Information etc.)?*

- Psychotherapie: lange Wartezeiten / nicht ausreichende (rasche verfügbare) Plätze für wirtschaftlich benachteiligte Personen; erschwerter Zugang zu vergünstigter bzw. kostenfreier Psychotherapie, Abwicklung wird als bürokratisch aufwändig erlebt<sup>33</sup>
- Lange Wartezeiten für Fachärzte mit Kassenverträgen, wenn akute Behandlung nötig<sup>34</sup>, ist Selbstfinanzierung notwendig, aber sehr schwer möglich (z. B. MRI); teilweise wird das Fehlen von Fachärzten mit Kassenverträgen bemängelt, ebenso lange Wartezeiten
- Physiotherapien, Logopädische Therapien – ebenfalls lange Wartezeiten auf kostenfreie Plätze
- Befreiung von Selbsthalten: bürokratische Beantragung, Einkommensgrenzen
- Jugendliche, die nicht im elterlichen Haushalt leben, bürokratischer Aufwand bei z. B. Kostenübernahmen von Selbsthalten.
- Unterstützungsfonds der SGKK wird als teilweise bürokratisch erlebt, auch eine geringe Bekanntheit wird erwähnt.<sup>35</sup>
- Anmeldungen bei Kinderärzten schon während Schwangerschaft nötig, um notwendige Untersuchungen durchführen zu können.<sup>36</sup>
- Palliativ Betreuung noch nicht flächendeckend, lange Wartezeiten
- Barrierefreiheit teilweise nicht gegeben

---

<sup>31</sup> Anmerkung SGKK: Kein Bundesland habe im Bereich Psychiatrie eine höhere Dichte als Salzburg – man liege hier an erster Stelle.. Bei allen anderen Fachärzten liege Salzburg auf Platz 2 im Österreichvergleich. Die Stelle im Lungau sei mittlerweile nachbesetzt.

<sup>32</sup> Anmerkung SGKK: Wartezeiten für OP's sollten auf den Homepages der Krankenhäuser einsichtig sein, dies wäre einzufordern, auch als Mittel gegen raschere Terminvergaben an PrivatpatientInnen.

<sup>33</sup> Anmerkungen SGKK: Lt. SGKK gebe es 300 PsychotherapeutInnen im Bundesland Salzburg, freie Plätze seien für als wirtschaftlich schwach eingestufte Personen immer verfügbar. Die Wartezeit für die Gruppe der schwer Erkrankten liege bei höchstens 3 – 4 Wochen. Die aufwändige Abrechnung wird bestätigt, dafür gebe es ein transparentes Verfahren, das zu einer raschen Behandlung führe.

<sup>34</sup> Anmerkung SGKK: Sollte nicht vorkommen, SGKK unterstütze auch bei dringenden Terminen. Allerdings gebe es unterschiedliche Einschätzungen betreffend des Akutbedarfs.

<sup>35</sup> Anmerkung der SGKK: Eine aufwändige Beantragung wird bestätigt, allerdings sei es wichtig, dass es eine hohe Treffsicherheit gebe. Dafür brauche man umfassende Angaben der AntragstellerInnen.

<sup>36</sup> Anmerkung SGKK: Lt. SGKK könne dies nicht der Realität entsprechen, allerdings wird darauf verwiesen, dass die nachträglichen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen direkt nach der Geburt abgesprochen werden können bzw. sollen.

- Terminmöglichkeiten (für Berufstätige) in Einzelfällen schwierig (Abendtermine!), eingeschränkte Öffnungszeiten von Arztpraxen
- Facharztwechsel wird als manchmal schwierig empfunden
- Lange Wartezeiten
- Soziale Arbeit heißt vielfach Zugang zu Unterstützungen ermöglichen, Informationsweitergabe, Ausfüllen von Anträgen, auch abhängig vom Wohnort, Informationsmaterial teilweise schwer verständlich, setzt Basisinformation voraus.
- Information: sprachliche und kulturelle Barrieren vorhanden
- Zugang zu Psycho-Therapie wird als hochschwellig erlebt (schwer, einen Platz zu finden); (Teil-)Finanzierung schwer zu durchblicken
- Lange Wartezeiten in Zahnambulatorium (aber gerne genutzt)
- PSD (psycho-sozialer Dienst des Landes Salzburg) sollte vermehrt aufsuchend arbeiten
- Sprachbarrieren
- Lange Wartezeiten auf Betten im stationären Bereich der Psychiatrie bei geplanter Aufnahme
- Bürokratie bei besuchswarteten PatientInnen groß, ohne Betreuung schwer zu leisten
- Kommunikation zwischen stationärem Bereich und betreuenden Einrichtungen vereinzelt lückenhaft (Funktionswechsel, wechselnde MA etc.)
- Oftmals wenig Zeit bei Hausärzten bzw. Therapeuten, um auch finanzielle Themen anzusprechen
- Teilweise Probleme mit der Verfügbarkeit von DolmetscherInnen im stationären wie im niedergelassenen Bereich

#### **Frage 4. PSYCHO-SOZIALE BARRIEREN**

*Welche psycho-sozialen Barrieren sind bekannt, die die Zugänge zu Gesundheitsleistungen einschränken (Scham, psychische Belastungen, Schwellenängste, negative Erfahrungen im Gesundheitssystem ...)?*

- Verzögerung der Inanspruchnahme wegen erwarteter Selbstbehalte, Zahnarztbesuche wegen hoher Kosten
- Schwellenängste und Scham, Gefühl der Abwertung
- Psychische Belastungen
- KlientInnen fühlen sich nicht ernst genommen
- Gefühl der „schnellen“ Abfertigung
- Angst um Arbeitsplatz
- Angst vor Behandlungen (konkret angesprochen Jugendliche): z. B. Zahnbehandlung
- Teilweise fehlendes Einfühlungsvermögen, Arbeit der Ärzte ebenfalls unter Zeitdruck, negative Erfahrungen im Gesundheitssystem kann zu Abbruch von Behandlungen führen
- Kompliziertes Beantragungsverfahren (Befreiung von Selbstbehalten) bei psychischen Beeinträchtigungen / während Krise verstärktes Problem
- Einzelne Diskriminierungserfahrungen gegenüber bestimmten Personengruppen (nicht deutschsprachig bzw. mit Akzente).
- Vereinzelt respektloser Umgang, Ungeduld bei Nachfragen

- In kleineren Gemeinden Angst vor Intransparenz – kann Inanspruchnahme verhindern.
- Kulturelle Barrieren aufgrund patriachalischer Gesellschaftsstrukturen
- Unsicherheit bzgl. Sinnhaftigkeit von z. B. Psycho-Therapie
- Abschreckung durch (vermeintlich) hohe Kosten
- Abwehrende Haltung durch zum Teil „Zwangmaßnahmen“ (im Rahmen der BMS, des AMS etc.) verschärft
- Krankheitsbild an sich, Schwellenängste, Angst vor Stigmatisierung durch psychische Erkrankung
- Ängste aufgrund von negativen Erfahrungen (bei langer Krankheitsgeschichte) „ständige Begleiter“.
- Vereinzelt ist es für PatientInnen schwer, aufgrund des Krankheitsbildes, die Wohnung / bzw. Einrichtung zu verlassen
- Nicht Wahrhaben-Wollen, Negieren, Scham und Unwissenheit
- Komplizierte Systeme (Antragstellung, Wartezeiten ...), z. B. bei Drogenentzugstherapie – hohes Durchhaltevermögen gefordert
- Z. T. negative Erfahrungen mit Ärzten
- Scham, fehlendes Commitment, eigene Gesundheit wird nicht prioritär gesehen

### Frage 5. Hürden abbauen!

Welche Möglichkeiten gäbe es, bestehende Hürden abzubauen bzw. zu beseitigen?

Kosten - Befreiungen	<i>Anspruchsgrenzen aufweichen, mehr Fokus auf Bedürftigkeit von Familien, Kosten insgesamt senken bzw. vermeiden, Reduzierung der Kosten für Zahnersatz, Heilbehelfe etc.</i>
Psychotherapie	<i>Mehr kostenfreie Plätze, Reduzierung der Wartezeit, Anspruch per E-Card</i>
Zahngesundheit	<i>Mundhygiene per E-Card</i>
Information	<i>Verbessern, ev. in „leichter Sprache“, niedrigschwelliger gestalten, bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe</i>
Regionalisierung	<i>Verbesserung des Angebotes in ländlichen Gebieten</i>
Sprache	<i>Dolmetsch-Leistungen anbieten</i>
Angebot	<p><i>Ausbau von Beratung und Prävention, Sensibilisierung und Aufklärung, niedrigschwelliges Behandlungsangebot für Jugendliche, die nicht (mehr) zu Hause wohnen;</i></p> <p><i>Ausbau von Hausbesuchen (z. B. Physiotherapie); aufsuchende Angebote; „geschützte Angebote“ (Vgl. Neunerhaus in Wien für Obdachlose)</i></p> <p><i>Einrichtung für psychisch erkrankte / Suchterkrankte AsylwerberInnen;</i></p> <p><i>Elternarbeit in Kinderbetreuungseinrichtungen verstärken, ebenso Sozialarbeit im Gesundheitswesen;</i></p> <p><i>Bessere Vernetzung zwischen Ämtern (GKK, Sozialamt);</i></p> <p><i>Unterstützung bei der Suche nach Therapieplätzen in freier Praxis bei Entlassung aus CDK</i></p>
Personal	<i>Entlastung Ärzte, um mehr Zeit für PatientInnen zu erhalten, extra Schulungen für Achtsamkeit im Umgang mit armutsgefährdeten/betroffenen PatientInnen</i>
Zugang	<i>Abbau von bürokratischen Hürden (Kostenübernahmen, Anträge etc.)</i>

## 6. Finanzielle Leistungen bzw. Unterstützungen im (Salzburger) Gesundheitssystem – Ein Überblick

Der öffentliche Krankenversicherungsschutz in Österreich ist beinahe lückenlos, mehr als 99 % der Bevölkerung sind in das System einer gesetzlichen Krankenversicherung integriert.<sup>37</sup> Allerdings kennt auch das gesetzliche Krankenversicherungssystem Eigenleistungen, die durch den Versicherungsschutz nicht gedeckt sind. Auf der anderen Seite werden in sozialen Notlagen zusätzliche finanzielle Unterstützungen zur Verfügung gestellt. Ein System, welches dem Grunde nach sehr fair aufgestellt ist: Grundleistungen für alle, Zuzahlungen für bestimmte Leistungen, ebenfalls für alle, dafür eventuelle Befreiung von finanziellen Selbstbehalten bzw. monetäre Unterstützungen im Notfall.<sup>38</sup>

Im Folgenden ein kurzer Überblick über die wesentlichen Eigenleistungen, die Personen in Salzburg im Gesundheitssystem selber tragen müssen und mögliche Unterstützungen (Geld- oder Sachleistungen).

### 6.1. Überblick

---

<sup>37</sup> Die letzte offizielle Erhebung weist eine Gesamtzahl von 4.000 Personen ohne Krankenversicherungsschutz aus (allerdings mit dem Hinweis einer möglichen hohen Dunkelziffer).

<sup>38</sup> Fragen der sog. 2-Klassen-Medizin (Öffentliches vs. privates System) sind hier nicht Gegenstand der Betrachtung

	<b>Beitrag / Selbstbehalt</b>	<b>Unterstützung SGKK</b>
<b>Rezeptgebühren</b>	<p>Allgemeine <b>Rezeptgebühr</b> von € 6,00</p> <p>Gesetzlich <b>rezeptgebührenbefreit</b> sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PensionistInnen</b> mit Anspruch auf Ausgleichszulage bzw. Ruhe- oder Versorgungsgenuss mit Ergänzungszulage.</li> <li>• Weiters PatientInnen mit anzeigepflichtigen, übertragbaren <b>Krankheiten</b> z. B. Hepatitis, Aids, ... (jedoch nur in Bezug auf die mit dieser Krankheit einhergehenden, medizinischen Versorgung)</li> <li>• BezieherInnen bestimmter Geldleistungen (<b>BMS</b>-BezieherInnen, die bei der SGKK krankenversichert sind).</li> <li>• <b>Zivildienstler</b> und deren Angehörige</li> <li>• <b>AsylwerberInnen</b></li> </ul> <p>Auf Antrag können auch Personen mit einem <b>Einkommen unterhalb des Ausgleichszulagenrichtsatzes</b> von den Rezeptgebühren befreit werden.</p> <p><b>Privatrezepte</b> (für Ärzte ohne Rezeptrecht) können von der SGKK in ein Kassenrezept „umgewandelt“ werden. In diesem Fall werden 80 % der Kosten, die der Kasse für dieses Heilmittel auf Kassenrezept entstehen würden, rückerstattet.</p>	<p><b>Rezeptgebühren-Obergrenze:</b> Für all jene, die im Kalenderjahr mehr als 2 % des Jahresnettoeinkommens für Rezeptgebühren ausgeben, tritt (ohne Antrag) für das restliche Jahr eine Befreiung der Rezeptgebühren ein.</p>

<b>Privatarztrechnungen</b> allgemein Bzw. Nicht- Vertragsarzt- Rechnung	Kosten sind selber zu bezahlen	GKK refundiert 80 % jener Kosten, die ein Vertragsarzt erhalten hätte.
<b>Zahngesundheit</b>	<p>Übernommen werden nur „normale“ Grundleistungen, darüber hinausgehende Leistungen müssen selbst bezahlt werden (z. B. Mundhygiene, bestimmte Zahnfüllungen, Betäubungsspritzen).</p> <p><b>Zahn-Prothesen</b>  Vertragsleistungen sind ausschließlich abnehmbare Zahnersätze (= Prothesen mit Halteelementen).  25 %-Selbstbehalt. Keine Übernahme von Kosten für Provisorien.</p> <p><b>Festsitzende Zahnersätze (Zahnkronen/Brücken/Implantate)</b>  Sind selbst zu bezahlen (Kostenzuschuss nur in Ausnahmefällen wie z. B. Tumorbetroffene, Chefarztbewilligung notwendig)</p> <p><b>Zahnimplantate</b>  Sind selbst zu bezahlen</p> <p><b>Zahnspangen</b>  <b>Abnehmbare Gerate</b> (Vertragsleistung):  Selbstbehalt in der Höhe von 30 % (= € 268,80).</p>	<p><b>Prothesenreinigung</b> im Ambulatorium geringere Kosten: € 21,-.</p> <p><b>Festsitzende Zahnersätze</b>  Geringere Kosten in Ambulatorien, allerdings lange Wartezeiten. Ev. Kostenübernahme durch Unterstützungsfonds der SGKK</p> <p><b>Zahnspangen</b>  <b>Abnehmbare Gerate</b>  Bei Wahlarzt gibt es Zuschuss von maximal € 501,76</p>

	<p>Behandlung muss allerdings von SGKK bewilligt werden, die Beendigung der Behandlung muss nachgewiesen werden.</p>	<p>p.a.</p> <p><b>Festsitzende Geräte</b> (keine Vertragsleistung): Zuschuss von maximal € 627,20 pro Behandlungsjahr.</p> <p><b>„Gratiszahnspange“ (Verträge wurden zwischenzeitlich gekündigt!).</b> Für Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren und bei schwerer Fehlstellung werden die anfallenden Kosten übernommen, bei Kindern zwischen 6 und 10 Jahren bei frühkindlichen Fehlstellungen.</p> <p>Ein Kostenzuschuss ist auf Antrag auch bei einer weniger schweren Fehlstellung möglich.</p> <p><b>Mundhygiene</b> im Zahnambulatorium günstiger (€ 64,- für Erstsitzung, € 42,- für Folgesitzungen). Für versicherte <b>Kinder und Jugendliche</b> zwischen 10 und 18 Jahren gibt es eine kostenlose <b>Mundhygiene</b> pro Jahr auf Krankenschein.</p>
<p><b>Heilbehelfe</b></p>	<p>Für Heilbehelfe sind Selbstbehalte zu bezahlen, als Versicherte/r 10 %, mindestens jedoch € 34,20.</p> <p>Für Brillen mindestens € 102,60</p> <p>Für mitversicherte Angehörige bis 27 Jahren liegt der Selbstbehalt für Brillen bei 10 %, mindestens aber bei € 34,20.</p>	<p>Kein Selbstbehalt für Personen, die rezeptgebührenbefreit sind und für Kinder bis zum 15. Geburtstag oder wenn sie erheblich behindert sind.</p> <p>Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen oder körperlichen Gebrechen erhält man nach vorheriger Bewilligung Zuschüsse zur Anschaffung der ärztlich verordneten und notwendigen Hilfsmittel (Prothesen, Krankenfahrstühle etc.).</p>

		Manche Hilfsmittel (Krankenfahrstühle) kann man auch kostenlos als Leihgabe von der SGKK erhalten.
<b>Psychotherapie</b>	<p>Bei <b>schwer Erkrankten</b> übernimmt die SGKK die Kosten als Sachleistung, allerdings verbleibt ein Selbstbehalt in der Höhe von 20 % der Behandlungskosten (€ 15,- pro Sitzung). Für Minderjährige entfällt dieser Betrag.</p> <p>Dies betrifft nur Psycho-Therapeuten, die sich vertraglich zur Direktverrechnung verpflichtet haben (Vertrag mit ARGE Psychotherapie).</p> <p>Kontingentierung der Psycho-Therapie-Plätze.</p>	<p>Für Personen mit einem <b>Netto-Haushalts-Einkommen unterhalb der BMS-Grenze</b> entfallen die Kosten für eine Psycho-Therapie. (Kosten für die Therapie werden bei der Berechnung vom Einkommen abgezogen!).</p> <p>BezieherInnen von <b>Reha-Geld</b> (weniger als € 1.190,-) erhalten Psycho-Therapie ebenfalls kostenfrei als Sachleistung (ist das Reha-Geld höher, fällt ein Beitrag in der Höhe von € 15,- an). Voraussetzung ist wiederum, dass der / die Therapeut/in einen Vertrag mit der ARGE Psychotherapie hat.</p> <p>Wenn Psycho-Therapie als Privatleistung in Anspruch genommen wird, ist diese Leistung selbst zu bezahlen, es gibt allerdings (ab 01. September) einen Kostenzuschuss in der Höhe von € 28,00 (für eine Einzelsitzung).</p> <p>Unterstützungen für Schwangere oder junge Mütter durch das Kuratorium Psychische Gesundheit sind ebenfalls möglich.</p>
<b>Physiotherapie</b>	Bei Inanspruchnahme eines Wahl-Physiotherapeuten Kostenrückerstattung der SGKK in der Höhe von 80 % des Vertragstarifes. Therapeut muss auf Wahltherapeutenliste der SGKK verzeichnet sein, Verordnung eines Arztes ist Voraussetzung.	Inanspruchnahme in Vertragseinrichtungen bzw. bei allen Vertragsphysiotherapeuten ist die Leistung ohne Zuzahlung.

<b>Ergotherapie</b>	Bei Inanspruchnahme eines Wahl-Ergotherapeuten Kostenrückerstattung der SGKK in der Höhe von 80 % des Vertragstarifes. Therapeut muss auf Wahltherapeutenliste der SGKK verzeichnet sein, Versordnung eines Arztes ist Voraussetzung.	Inanspruchnahme in Vertragseinrichtungen bzw. bei allen Vertragsphysiotherapeuten ist die Leistung ohne Zuzahlung.
<b>Logopädie</b>	Bei Behandlung durch Fachkraft ohne Kassenvertrag Kostenzuschuss durch die SGKK. Erstuntersuchung oder Stuserhebung (bis 14 Jahre 2 x pro Jahr, ansonsten max. 1 Mal pro Jahr) € 29,07. Nachfolgende Krankenbehandlung € 14,53, pro Gruppensitzung max. € 8,72 und pro Hausbesuch € 13,81.	
<b>Krankenhausaufenthalt</b>	<p>Spitalskostenbeitrag für pflichtversicherte PatientInnen beträgt € 12,18 pro Tag (berechnet für maximal 28 Kalendertag);</p> <p>Für alle mitversicherten PatientInnen beträgt der Selbstbehalt zwischen € 15,80 (Landeslinik St. Veit und Christian-Dopplerklinik bzw. der Landeslinik Hallein € 20,30 pro Tag.</p> <p>Unter 18jährige sind vom Spitalsgeld/Selbstbehalt ausgenommen.</p> <p>Begleitpersonen zahlen ab dem 6. Geburtstag der PatientIn / des Patienten eine Gebühr von € 21,- pro Tag. Entfall für chronisch kranke Kinder bis zum 14. Lebensjahr (unter Vorlage einer ärztlichen Bestätigung).</p>	Kein Spitalskostenbeitrag bei Rezeptgebührenbefreiung, Mutterschaft (Entbindung) bzw. unter 18jährigen.

<b>Medizinische Hauskrankenpflege</b>	Kostenzuschüsse durch SGKK auf Antrag möglich	
<b>Rehabilitation / Kur / Erholung</b>	<p>Zuzahlung von € 8,20 pro Tag bei einem Bruttoerwerbseinkommen von weniger als € 1.490,80, von € 14,05 bei einem Bruttoerwerbseinkommen zwischen 1,490,81 und € 2.072,19, bei noch höherem Einkommen von € 19,91 pro Tag.</p> <p>Befreiung von der Zuzahlung, wenn das Bruttoerwerbseinkommen € 909,42 nicht übersteigt oder eine Ausgleichszulage bezogen wird, wenn der Ehegatte / die Ehegattin eine Ausgleichszulage bezieht. Wenn bei einer Brutto-Pensionshöhe unter € 909,42 keine Ausgleichszulage bezogen wird, ist der Selbstbehalt von € 8,20 dennoch zu bezahlen.</p> <p>Beitrag für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.</p>	Kuraufenthalte für mitversicherte Personen können bewilligt werden, die Kostenbeteiligung ist dieselbe wie bei selbstversicherten Personen.
<b>Fahrtkostenzuschuss</b>	SGKK übernimmt Transportkosten zur nächstgelegenen, geeigneten Behandlungsstelle, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der gehunfähige erkrankte Versicherte aufgrund seines Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit Hilfe einer Begleitperson) benutzen kann.	<p>Fahrtkostenzuschuss (Fahrten zum Arzt oder Therapeuten, zum nächstgelegenen Krankenhaus, zur Anpassung von Heilbehelfen oder im Zusammenhang mit Reha-Maßnahmen):</p> <p>Fahrtkosten werden für Fahrten außerhalb des Ortsgebietes ersetzt, wenn die Entfernung zwischen Wohnort und nächstgelegenen Vertragspartner mehr als 40 Kilometer beträgt.</p> <p>gilt ausschließlich für Personen, die von der</p>

		<p>Rezeptgebühr befreit sind.</p> <p>Für jene, die unter die Rezeptgebühren-Obergrenze fallen, werden keine Fahrtkosten ersetzt!</p> <p>Höhe des Fahrtkostenzuschusses:  40 – 60 km: € 6,- pro Strecke; mit Begleitperson pauschal € 9,- pro Strecke, Strecke über 60 km: € 0,12 pro km, mit Begleitperson € 0,18 pro km.</p> <p>Kosten für Begleitpersonen nur für Kinder unter 15 Jahren bzw. wenn Patient/in aufgrund seines körperlichen oder geistigen Zustandes eine Begleitperson benötigt und dies ärztlich bestätigt wird.</p>
<p><b>Unterstützungsfonds der SGKK</b></p>	<p>Für all jene, die sich in besonders berücksichtigungswürdigen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen befinden. Voraussetzung ist, dass man Leistungen erhalten haben, deren Kosten nicht zur Gänze durch die SGKK abgedeckt werden.</p> <p>Individuelle Unterstützungleistungen für Psychotherapie, Zahnspangen, Mundhygiene für Kinder, Heilbehelfe und Hilfsmitteln (Kontaktlinsen und Brillen ab 6 Dioptrien), Zahnersätze, Fahrtkosten, Krankenhauskosten bzw. für Leistungen, für die kein Vertragspartner zur Verfügung steht (Logopädie).</p>	

## 6.2. Salzburg – Leistungen der SGKK

Regionale empirische Hinweise auf die Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit sind rar, einige Hinweise bieten allerdings Zahlen der Salzburger Gebietskrankenkasse<sup>39</sup>, nach denen im Jahr 2017 insgesamt 40.641 Personen (resp. Versicherte) zumindest einen Tag von der **Rezeptgebühr** befreit waren, 29.292 durch Rezeptgebührenbefreiung, 11.249 durch die Rezeptgebührenobergrenze. Eine Befreiung ist gekoppelt an das Unterschreiten bestimmter Einkommens-Richtsätze. Ehepaare (resp. Lebensgemeinschaften) dürfen demnach nicht mehr als € 1.363,52 netto zur Verfügung haben, pro mit versichertem Kind erhöht sich der Richtsatz um € 140,32 (Werte für 2018).

Gesetzlich befreit sind allerdings (ohne Einkommensnachweis) Ausgleichszulagenbezieher\*innen, Patient\*innen mit anzeigepflichtigen Krankheiten (z. B. Aids), Zivildienstler und deren Angehörige und Asylwerber\*innen. Und Bezieher\*innen der bedarfsorientierten Mindestsicherung sind ebenfalls von den Rezeptgebühren ausgenommen, da eine Gleichbehandlung mit Ausgleichszulagenbezieher\*innen besteht. Einschränkend muss daher angemerkt werden, dass nicht alle Rezeptgebührenbefreiungen automatisch auf ein geringes Einkommen hinweisen, da es auch zahlreiche Fälle gibt, bei denen eine schwere Erkrankung und nicht die Einkommenssituation ausschlaggebend ist.

Eine andere Leistung der Salzburger Gebietskrankenkasse, die Hinweise auf soziale und gesundheitliche Problemlagen gibt, ist der **Unterstützungsfonds** bei finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit oder einer medizinischen Behandlung.

Insgesamt wurden im Jahr 2017 **1.351 Unterstützungen** gewährt (94,6 % Anerkennungsquote bei 1.428 Anträgen), mit einer Gesamtsumme von € 944.995,-. Durchschnittlich wurden also € 700,- ausbezahlt. Ca. **0,3 % der Versicherten** der SGKK wurden somit durch Leistungen des Fonds unterstützt (bei 353.512 Versicherten und 110.647 beitragsfreien Mitversicherten im Jahr 2016).

Tabelle 19:

Unterstützungsfonds der Salzburger Gebietskrankenkasse, 2015<sup>40</sup>

Leistungsart	Bewilligungen	Summe €
Kiefer	387	359.350,01
Zahn	749	502.218,99
Hilfs.	19	9.596,68
Psycho-sozial	186	164.637,97
Sonstiges	380	119.319,82
<b>GESAMT</b>	<b>1.721</b>	<b>1.155.123,47</b>

<sup>39</sup> Vgl. Salzburger Gebietskrankenkassa, Geschäftsbericht 2017

<sup>40</sup> Vgl. Auswertung der SGKK, Jänner 2016.

## Psychotherapie

Das Salzburger Modell psychotherapeutischer Versorgung beinhaltet unterschiedliche Leistungszugänge.<sup>41</sup>

- Vom **Sachleistungskontingent**, also dem Zugang zu Psychotherapie mit einem geringen Selbstbehalt profitierten im Jahr 2017 insgesamt 7.771 **PatientInnen** (davon 2.312 als Sachleistung durch Vertragsärzte).
- Insgesamt **1.161 einkommensschwache Personen** (z. B. BMS-BezieherInnen) konnten 2017 eine Psycho-Therapie-Leistung **ohne Selbstbehalt** in Anspruch nehmen.
- Und **616 Kinder und Jugendliche**, die ebenfalls **ohne Selbstbehalte** behandelt werden können, nahmen 2016 das Angebot einer Psychotherapie in Anspruch.

Von den insgesamt 130.397,5 Gesamtstunden an Psychotherapie wurden also fast 92.000 Stunden über Sachleistungen der SGKK unterstützt.

---

<sup>41</sup> Vgl. Kapitel XX

## 7. Caritas Salzburg: Einrichtungen und Projekte zum Thema Gesundheitliche Ungleichheit

Der Caritasverband Salzburg leistet unterschiedliche Beiträge zur Verringerung der sozialen, aber auch der gesundheitlicher Ungleichheiten. Im Folgenden ein kurzer Überblick über die wesentlichen Angebotsschienen und Projekte:

### 7.1. Allgemeine Sozialberatung

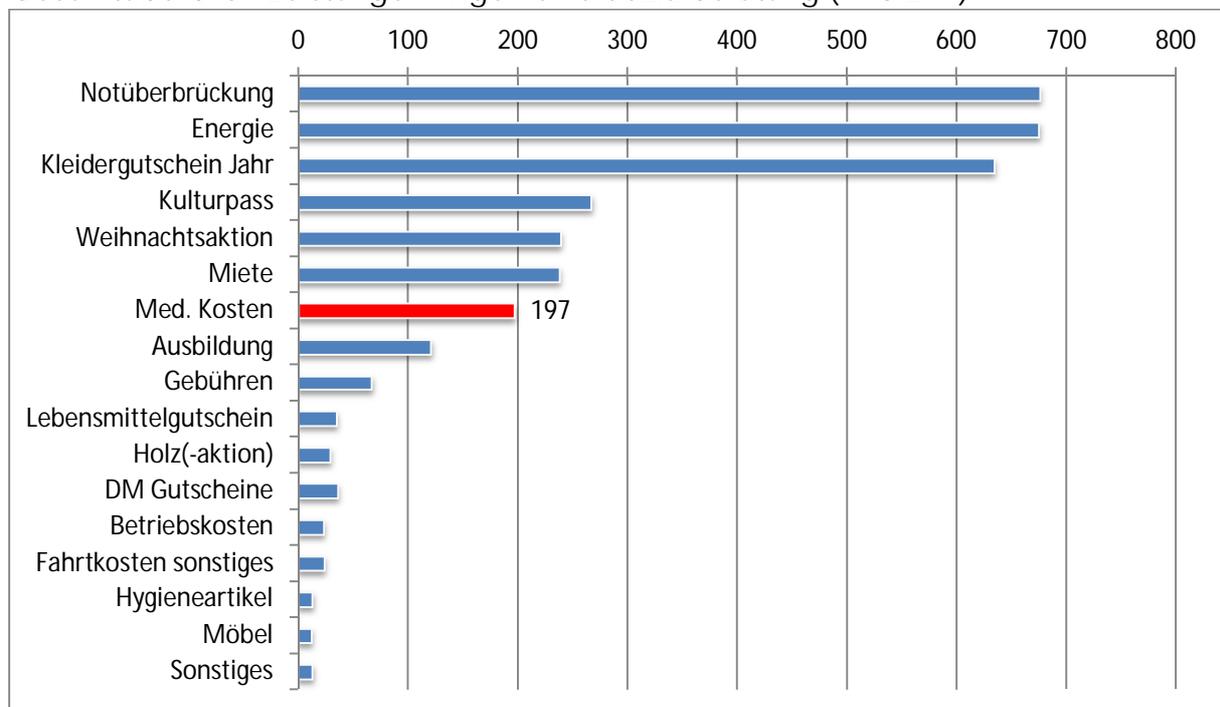
Die Allgemeine Sozialberatung (Stadt Salzburg, Hallein) hat im Jahr 2017 insgesamt **3.299 Leistungen** an **1.164 verschiedenen Personen** erbracht (417 männlich, 747 weiblich). Insgesamt lebten in den Haushalten, die eine Hilfe erhielten, 2.645 Personen, davon 975 Minderjährige.

Die meisten Unterstützungsleistungen wurden wieder im Rahmen der finanziellen Nothilfe, die Übernahme von Energiekosten bzw. für Kleidergutscheine erbracht. Ungefähr **6 %** der Leistungen waren explizit Unterstützungen für **Gesundheitsbedarfe**. Insgesamt wurden im Jahr 2017 also **197 gesundheitsrelevante Leistungen** vergeben, und zwar an **124 unterschiedliche Personen**.

Diese Leistungen betrafen Zahngesundheitsmaßnahmen, Selbstbehalte oder auch Heilbehelfe (Brillen).

Tabelle 20:

Gesamtüberblick Leistungen Allgemeine Sozialberatung (n=3.299)



## Betreuungsindikatoren – Allgemeine Sozialberatung Salzburg, Hallein

Ein Blick auf die Betreuungsindikatoren, also die Dokumentation der primären Problemfelder Hilfesuchender, zeigt ein etwas anders Bild. Bei **3.557 festgehaltenen Indikatoren**, bezogen auf **1.144 unterschiedliche Personen**, zeigt sich, dass Fragen des Lebensunterhaltes und das Vorhandensein von Schulden jene Kategorien darstellen, die quantitativ die größten Problemfelder darstellen.

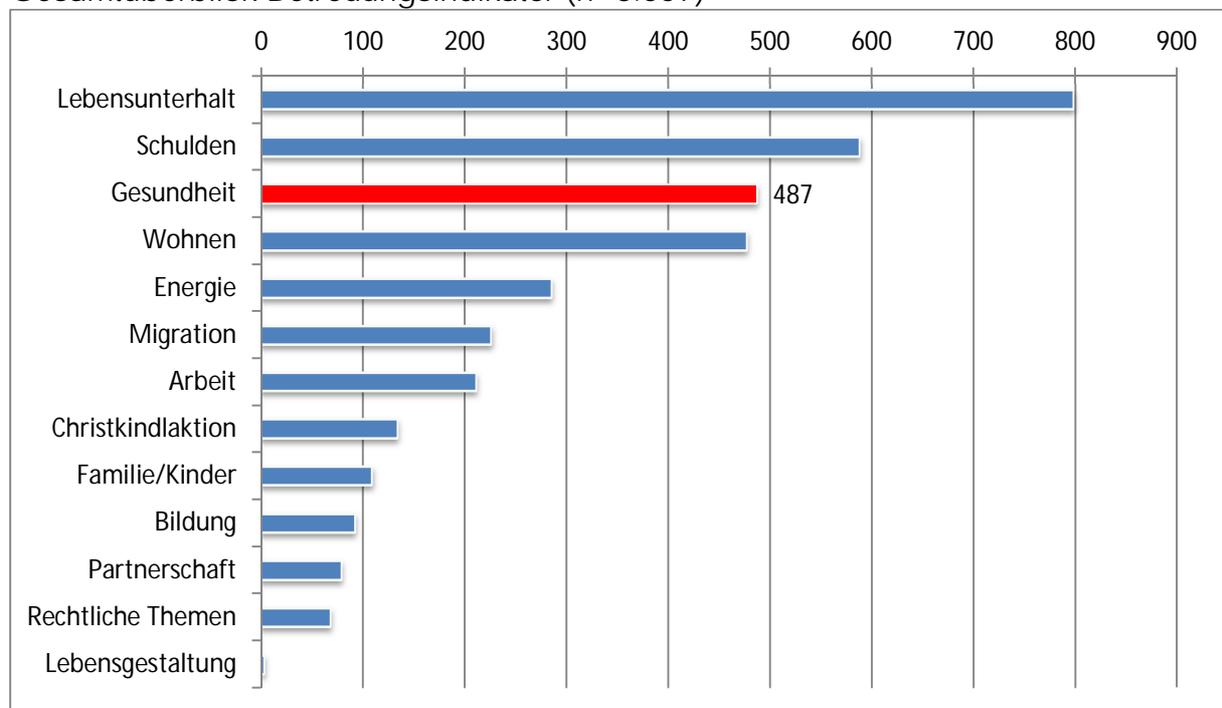
An bereits dritter Stelle stehen allerdings unterschiedliche Fragen der Gesundheit bzw. Krankheit, wie folgende Gesamttabelle xx zeigt. Insgesamt 487 gesundheitsrelevante Problemstellungen wurden bei **442 Personen** diagnostiziert.

Eine nähere Betrachtung der gesundheitsrelevanten Problemfelder ergibt ein sehr differenziertes Bild. Fragestellungen ergeben sich im Zusammenhang mit chronifizierten physischen Krankheitsbildern, Sichtkrankheiten, psycho-sozialen Themenfeldern, finanziellen Unterstützungsbedarfen bei Brillen bzw. Zahnersatz, aber auch im Zusammenhang mit rechtlichen Beratungserfordernissen.

Wenn also medizinische Kosten im Hilfsspektrum nicht ganz vorne liegen, so zeigt sich dennoch, dass die Hilfesuchenden dennoch sehr zahlreich gesundheitlich eingeschränkt sind bzw. Gesundheitsthemen im Lebensalltag einen wichtigen Bezugsrahmen einnehmen.

Tabelle 21:

Gesamtüberblick Betreuungsindikator (n=3.557)



## 7.2. Regionalzentren

In den insgesamt 7 Regionalzentren (Zell am See, Saalfelden, Bischofshofen, Tamsweg, Neumarkt, Kufstein, Wörgl) wurden im Jahr 2017 insgesamt 1.609 Leistungen vergeben, und zwar an 610 unterschiedliche Personen.

**46 Übernahmen medizinischer Leistungen** an insgesamt **25 Personen** in den Regionalzentren weisen darauf hin, dass in den Regionalzentren Gesundheitskosten nicht im selben Ausmaß eine Rolle in der Beratung spielten als im Zentralraum.

Insgesamt wurden im Jahr 2017 1.005 Personen betreut, 757 Haushalts- bzw. Familienmitglieder wurden mitbetreut (gesamt 1.762), davon 513 Kinder.

## 7.3. Wohnungslosenhilfe

Auch die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe des Caritasverbandes Salzburg tragen dazu bei, dass die KlientInnen in ihrer akuten Notsituation auch eine gesundheitliche Unterstützung bzw. Stabilisierung erhalten. Sei es durch die Zurverfügungstellung einer Unterkunft bzw. die Möglichkeit, ärztliche Dienste in Anspruch nehmen zu können. Auch kann die Wohnintegration dazu beitragen, die Wohn- bzw. Lebenssituation insgesamt zu verbessern, mit all den positiven Auswirkungen auf die psycho-soziale Verfasstheit der Betroffenen.

Folgende Übersicht gibt einen kurzen Einblick über die Leistungen der Wohnungslosenhilfe im abgelaufenen Jahr 2017:

Einrichtung	KlientInnen	Beispiel für Leistungen
Bahnsozialdienst	1.121 KlientInnen	7.863 Einzelkontakte
Notschlafstelle & Notquartier	1.142 Übernachtungsgäste	25.920 Übernachtungen
Streetwork für Notreisende	4.071 Kontakte	892 Einsätze
Wohnintegration	361 KlientInnen	90 Personen in Pensionszimmern beraten
Jugendnotschlafstelle EXIT 7	72 Gäste	1.077 Übernachtungen

### Virgil-Bus

Eine wesentliche Unterstützung für von Obdachlosigkeit oder Wohnungslosigkeit betroffene Personen stellt der Virgil-Bus dar, der seit drei Jahren unterschiedliche Destinationen in der Stadt Salzburg anfährt und eine medizinische Grund- und Notversorgung anbietet, unabhängig auch von einem ev. Versicherungsschutz. **Mehr als 2.000 Personen** konnte in den letzten drei Jahren eine Untersuchung bzw. eine medizinische Hilfe angeboten werden.

Der Caritasverband Salzburg unterstützt sein Anbeginn dieses wichtige Projekt einerseits finanziell, andererseits aber auch als Anlaufstelle im Rahmen eigener Einrichtungen (Haus Franziskus).

## 7.4. Streetwork

Auch mit aufsuchender sozialer Arbeit für Jugendliche (Streetwork) in den Regionen Hallein, Pinzgau und Pongau wird eine Unterstützung im Bereich Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung ermöglicht. Gesundheitsangebote allgemein, aber auch Fragen im Zusammenhang mit Sucht und Suchterkrankungen spielen bei den Beratungen der Streetworker immer wieder eine Rolle.

2.223 Beratungen (in allen drei Regionen) für 1.023 Mädchen und 1.200 Burschen konnten im Jahr 2017 durchgeführt werden.

## 7.5. Betreuung und Pflege, Familienhilfe

Einen sehr direkten Einfluss auf die gesundheitliche Situation üben natürlich all jene Projekte und Angebote des Caritasverbandes aus, die im Bereich Betreuung und Pflege zur Verfügung stehen. Neben pflegerischen Maßnahmen sind hier auch Unterstützungs- und Stabilisierungsangebote im Bereich psycho-sozialer Versorgung von Bedeutung (z. B. von Familien in belasteten Situationen).

Bereich/Einrichtung	Angebot	KlientInnen, Leistungen 2017
Hauskrankenpflege (Stadt Sazburg, Pinzgau) bzw. Haushaltshilfe (Stadt Salzburg, Pinzgau, Pongau)	Pflegerische und praktische Unterstützung zuhause	451 KlientInnen 33.788 Einsatzstunden
24-Stunden-Betreuung	Unterstützung rund um die Uhr	20 KlientInnen
Caritas Altenpension	zuhause für Menschen mit chronifizierten psychischen Beeinträchtigungen ab 45 Jahren	32 BewohnerInnen
Großfamilien Mattsee	Wohnplatz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	11 BewohnerInnen
Betreutes Wohnen	Begleitung und Unterstützung von vorwiegend älteren Menschen (9 Standorte)	303 BewohnerInnen
Stützpunktwohnen Obermoos	Selbständig Wohnen mit Betreuungsstützpunkt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	10 BewohnerInnen
SOALP	Wohnprojekt für trockene alkoholranke Frauen und Männer	17 BewohnerInnen
Mobile Palliativ und	Betreuung und	602 KlientInnen

Hospizteams.	Verbesserung der Lebensqualität von lebensbedrohlich erkrankten Menschen	10.272 Einsatzstunden
<b>Angebote für Familien</b>		
Familienhilfe, Langzeithilfe	SozialbetreuerInnen kümmern sich in Krisenzeiten um Haushalt und Kinder	140 betreute Familien 16.508 Einsatzstunden
Sozialpädagogische Familienhilfe (Kufstein, Kitzbühel)	Unterstützung und Begleitung von Familien in schwierigen Situationen	32 betreute Familien 2.484 Einsatzstunden
Calimero	Praktische Hilfe nach der Geburt	11 betreute Familien, 166 freiwillig geleistete Stunden

## 7.6. Starthilfe und Bildung

Dass Bildung bzw. damit verbundene verbesserte Gesundheitsressourcen ein wesentlicher Baustein für die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit darstellt, ist evident und bekannt. Auch hier bietet der Caritasverband Salzburg vereinzelt Projekte und Möglichkeiten an, weil es nicht nur darum gehen soll, Menschen ökonomische Hilfe zu ermöglichen, sondern auch an den eigenen Ressourcen und Möglichkeiten anzusetzen. Bildung steht hier natürlich ganz weit oben!

In den insgesamt **fünf Lerncafés** im Bundesland Salzburg (2 x Stadt Salzburg bzw. Bischofshofen, Zell am See und Mittersill) wurden im Jahr 2017 insgesamt **119 Kinder und Jugendliche** unterstützt (58 Mädchen und 61 Buben). **75 freiwillige MitarbeiterInnen** boten dabei nicht nur Lernunterstützung an, sondern förderten auch musikalische Erziehung (Kooperation mit dem Musikum) an und ermöglichten weiterführendes Freizeitprogramm (Ausflüge).

Im Rahmen der durch die Caritas unterstützten **Lernpatenschaften** für SchülerInnen mit Fluchterfahrung wurden ebenfalls 57 SchülerInnen bei deren Bildungsbemühungen unterstützt.

Und im Rahmen von „**Lernen macht Schule**“, einem Mentoringprojekt, bei dem die Caritas ebenfalls Projektpartner ist, begleiteten insgesamt 43 sog. Lernbuddies **53 Jugendliche** mehr als 1.300 Stunden lang in ihren Lernbemühungen.

## 7.7. Arbeit und Beschäftigung

Arbeitslosigkeit ist einer der größten Krankmacher in unserer Gesellschaft. Daher sind alle Bemühungen, Menschen wieder in den Erwerbsarbeitsmarkt zu (re-)integrieren, gleichzeitig auch Projekte zur Förderung der Gesundheit.

Mit insgesamt sieben Projekten versucht die Caritas Salzburg, im Bereich Arbeit und Beschäftigung Menschen zu begleiten und zu unterstützen.

Bereich/Einrichtung	Angebot	KlientInnen, Leistungen 2017
Neue Arbeit –Personalleasing	Hilfe beim Wiedereinstieg für arbeitssuchende Frauen und Männer ab 45	106 TransitmitarbeiterInnen
carla Maxglan, Aigen, Lehen	Transitarbeitsplätze, Verkauf von gut erhaltenen, gespendeten Waren, Logistikzentrum	35 TransitmitarbeiterInnen 42.000 KundInnen 1.423 Kleidergutscheine eingelöst
Carla St. Johann Tirol	Secondhandmarkt, Sozialmarkt, befristete Beschäftigung für arbeitssuchende Frauen	17 TransitmitarbeiterInnen 150 KundInnen im Sozialmarkt
Jugendbeschäftigungsprojekt EASY	Tagesstrukturierende Beschäftigung für 15 – 18jährige	130 Jugendliche 6.840 Arbeitsstunden und 1.916 Tage beschäftigt
ProLehre	Buddys / Unterstützung für Lehrlinge in Salzburg, soziale Integration	11 Lehrlinge

## 7.8. Flucht und Integration

Ein spezifisches gesundheitsförderndes Projekt für geflüchtete Personen bzw. AsylwerberInnen bietet SOTIRIA – Krisenintervention und Psychotherapie für Asylwerbende. Viele AsylwerberInnen sind bei ihrer Ankunft in Österreich schwer traumatisiert von den Erlebnissen in ihren Heimatländern und auf der Flucht. In Österreich angekommen, haben sie oft mit Einsamkeit, Ungewissheit über die eigene Zukunft und langem Warten auf eine Entscheidung im Asylverfahren zu kämpfen. Ziel ist es, die KlientInnen dabei zu unterstützen, Wege aus der Krise zu finden und Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Insgesamt 71 KlientInnen konnten im Jahr 2017 durch das Projekt unterstützt werden.

Der Überblick über die Leistungen und Angebote der **Caritas** Salzburg zeigt, dass diese sowohl im Sinne der

- **Gesundheitsprävention** (Bildung, Arbeitsprojekte),
- der **Nothilfe** (Sozialberatung, Notschlafstellen, Familienunterstützung in Krisensituationen), aber auch im Bereich
- **längerfristiger Gesundheitsangebote** (Krankenhilfe, Pflege)

angesiedelt sind.

Somit trägt der **Caritasverband Salzburg** auch Verantwortung, auf allen drei Ebenen der gesundheitlichen Ungleichheit - nämlich **a)** bei der Minderung der **Gesundheitsbelastung**, **b)** der Stärkung der **Gesundheitsressourcen** und **c)** bei der Verbesserung des **Gesundheitsangebotes** Maßnahmen setzt.

## 8. Perspektiven: Das Soziale ist die beste Medizin!

Österreich - und damit Salzburg – verfügt über ein gut ausgebautes und qualitätsvolles Gesundheitssystem mit einem hohen Grad an Versicherungsschutz. Deutlich weniger als 1 % der Bevölkerung verfügt über keine gesetzliche Krankenversicherung.

Aber: Armut und soziale Ausgrenzung sind deutliche Risikofaktoren für eine eingeschränkte Gesundheit. Arbeitslosigkeit ist z. B. einer der größten Krankmacher in unserer Gesellschaft.

Grundsätzlich ist daher auf beiden Seite derselben Medaille anzusetzen.

- 1) Sicherstellung einer Armuts-, Sozial- und Gesellschaftspolitik, die Armut möglichst nicht entstehen lässt bzw. bekämpft, die Ungleichheit einebnet bzw. auf ein verträgliches Maß reduziert. Dies betrifft die Lohn- und Einkommenspolitik ebenso wie die bestmögliche Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf. Dies bedeutet aber auch ein existenzsicherndes Mindestsicherungssystem, welches tatsächlich bedarfsorientiert ist, eine Wohnpolitik, die mögliche viel leistbaren und zugänglichen Wohnraum schafft, aber auch eine Arbeitsmarktpolitik, die sich noch mehr um Risikogruppen (ältere Arbeitslose) kümmert als bisher. Und eine Bildungspolitik, die möglichst kein Kind bzw. keinen Jugendlichen zurücklässt.
- 2) Zum Zweiten bedarf es auch, an einigen Schrauben im bestehenden Gesundheitssystem zu drehen, um die nach wie vor bestehende Lücken und Barrieren möglichst zu beseitigen.
  - a. Möglichst umfassende Leistbarkeit von Gesundheitsangeboten, hier gibt es in einzelnen Kategorien noch Möglichkeiten der Anpassung (Zahngesundheit, Selbstbehalte etc.).
  - b. Bedarfsgerechter Ausbau von bestehenden Angeboten (z. B. Psychotherapie als Kassenleistung).
  - c. Beseitigung der Lücken beim Zugang zum Gesundheitssystem: weniger Bürokratie, einfachere Antragstellungen, zielgruppenorientierte Kommunikation bzw. Information
  - d. Mehr zielgruppenorientierte Projekte zur Erreichung bzw. Sensibilisierung ausgrenzungsgefährdeter Gruppen mit Blick auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Gesundheitsressourcen/-kompetenzen (Beispiel Frühe Hilfen, Gesundheit für alle).

*„Jedem muss es möglich sein, unabhängig von Geschlecht, sozialem Status, Alter, Bildung, Herkunft, Einkommen und Wohnort, die Hilfen der modernen Medizin, Pflege und Sozialarbeit in Anspruch zu nehmen.“*

Koalitionsvertrag der Salzburger Landesregierung 2018 – 2023, S. 37