

4. Österreichische Präventionstagung

**Staatssekretär für Gesundheit
Univ.-Prof. Dr. Reinhart Waneck
Präsident des Fonds Gesundes Österreich**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Gesundheitliche Risiken, Krankheiten und Lebenserwartung sind in allen Gesellschaften sozial ungleich verteilt. So leiden in den westlichen Gesellschaften - abgesehen von Allergien – Angehörige schlechter gestellter sozialer Schichten signifikant häufiger an allen chronischen Erkrankungen und ihre Lebenserwartung ist geringer.

Französische Untersuchungen zeigen beispielsweise, dass ein Universitätsprofessor eine um 9 Jahre höhere Lebenserwartung hat, als ein ungelernter Arbeiter. Andere Studien zeigen uns bei Arbeitern eine deutlichere gesundheitliche Verschlechterung im Alter als bei Angestellten. Ungelernte Arbeiter werden häufiger krank als Facharbeiter und diese wiederum häufiger als Angestellte. Die Anzahl der Fehltage durch Krankheit sinkt mit steigendem Einkommen, wobei die Gründe hierfür allerdings vielfältig sein können.

In den letzten Jahren hat das Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ erheblich zugenommen. Auch in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird immer häufiger die Frage gestellt, ob und warum Personen aus der unteren sozialen Schicht einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen und was dagegen unternommen werden kann.

Es ist daher auch ein zentrales Anliegen des Gesundheitsressorts diesem Problemkreis unserer Wohlstandsgesellschaft ein entsprechende Beachtung zu schenken, und ich freue mich als Arzt und Gesundheitspolitiker sehr, dass dies auch in der 4. Österreichischen Präventionstagung des Fonds „Gesundes Österreich“ einen solchen Rahmen gefunden hat. Es ist uns ein Anliegen jene Faktoren aufzuzeigen, die für die gesundheitliche Ungleichheit der Menschen verantwortlich sind und in hochkarätiger Besetzung, damit meine ich Vortragende wie Auditorium, die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit aufzuzeigen und zu diskutieren.

Bekanntermaßen ist der sozioökonomische Status einer Person – Bildungsgrad, Einkommen, Beruf - entscheidend für die Inanspruchnahme der Einrichtungen etwa im präventivmedizinischen Bereich, also „bevor es zu spät ist“, - und auch des Zuganges zu gesundheitsförderlichen Informationen und steuert somit das Verhalten des Einzelnen.

Angehörige höherer sozioökonomischer Schichten praktizieren häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, erkranken seltener und leben länger als sozial schlechter gestellte Mitmenschen. In der Medizinsoziologie, den Gesundheitswissenschaften und der Sozialmedizin wird diese Tatsache als gesundheitliche Ungleichheit bezeichnet.

Unser österreichisches Gesundheitswesen gewährleistet eine umfassende Versorgung der Bevölkerung und weist Gesundheitseinrichtungen auf höchstem Niveau auf. Die Patientenzufriedenheit ist trotz der Wahlkampfbedingten Unkenrufe und Vernaderungen eines der besten, dies zeigen uns auch die Ergebnisse einer Patientenbefragung, wo Österreich den zweiten Platz einnimmt, trotzdem erreicht es nicht alle im Land lebenden Menschen, und besonders soziale Randgruppen und arme Menschen nutzen die Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht in dem Maße, wie es für sie erforderlich wäre. Diese spezielle Problematik, aber mehr noch das Thema Armut, werden derzeit öffentlich nicht nur breit diskutiert, wir konnten in unserer Amtszeit eine Reihe von Maßnahmen setzen, Verbesserungen erzielen, und damit die Rigidität bedingt durch jahrelangen „Stillstand“ und Innovationslosigkeit korrigieren, wenn auch noch nicht in dem von uns gewünschten und vorgesehenen Ausmaß.

Wie eine 1999 veröffentlichte Studie meines Ressorts gezeigt hat, sind rund 5 % der österreichischen Bevölkerung als arm zu bezeichnen. Im Vergleich mit anderen Ländern gilt Armut in Österreich als ein nur seltenes Phänomen, dennoch unterliegen wir dem Risiko eines Anstieges an armutsgefährdeten Personen, denn am Beispiel des Pro-Kopf –Einkommen der österreichischen Bevölkerung, welches sich

seit den 50er Jahren mehr als verzweifelfache, erkennen wir, dass das Einkommen von sozial Schwachen in diesem Zeitraum nicht im selben Ausmaß gestiegen ist.

Abhängig vom sozioökonomischen Status zeigen sich wie erwähnt erhebliche Unterschiede in der Morbidität und Mortalität einer Person. Gesundheitsrisiken wie z.B. Rauchen und Übergewicht nehmen mit sinkendem sozialen Status zu. Auch die Geschlechtszugehörigkeit wirkt sich auf den Lebensstil aus: Frauen – als die Gesundheitskompetenz der Familie - zeichnet generell ein gesundheitsbewussteres Verhalten aus als Männer. In der Forschung wurde darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und subjektiver Wahrnehmung von Krankheiten bzw. Beschwerden bestätigt.

Geringes Einkommen verbunden mit einem niedrigen sozioökonomischen Status beeinflusst Gesundheit auf verschiedene Weise:

- Armut verursacht Stress bzw. Unzulänglichkeitsgefühle und belastet das seelische Wohl,
- Ein niedriges Einkommen limitiert die Möglichkeiten des Einzelnen, sein volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen und
- Angemessene Lebensbedingungen sind (gut ausgestattete Wohnungen, sichere Arbeitsplätze, hohes Bildungsniveau) allgemein der Garant für einen guten Gesundheitszustand.

Der Einfluss und die Bedeutung nicht unmittelbarer gesundheitspezifischer Maßnahmen, wie die Verbesserung des allgemeinen Bildungsniveaus dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Auch in Österreich erscheint es daher aus bereits angeführten Umständen zweckmäßig, das Bildungsniveau zu weiter an zu heben. Investitionen im Bildungssektor werden unmittelbar dazu beitragen die Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit zu erhöhen.

Da aber das Gesundheitsbewusstsein jedes Einzelnen auch einkommensabhängig ist, sind Maßnahmen, die ein gesichertes regelmäßiges Einkommen garantieren, sinnvoll.

Es darf auch nicht außer acht gelassen werden, dass Armut als ein wichtiger Stressfaktor häufig dazu führt, dass sozial Schwächere häufig das Gefühl haben, einen geringeren Einfluss auf externe Faktoren zu haben. Es muss daher auch das Angebot an die Bedürfnisse angepasst werden und nicht umgekehrt. Daher habe ich die Patienten- bzw. Betroffenenorientierung eingefordert, und zwar auf allen Ebenen, in der Gesundheitsversorgung ebenso wie in der Gesundheitsverwaltung.

Die verstärkte Planung niederschwelliger Angebote zur präventiven wie therapeutischen Gesundheitsversorgung muss als ein weiterer Schritt gesehen werden, der vor allem einen gezielten Barrierenabbau bewirken wird und zielgruppenorientiert, also wiederum betroffenenorientiert zu sein hat. Als Beispiel darf ich hier besonders die Aids-Hilfeeinrichtungen nennen, die in allen Bundesländern anzutreffen sind, aber auch Landes- Dachverbände, bzw. alle unsere Selbsthilfe- und Betroffenenorganisationen, deren Nutzen materiell gar nicht bewertet werden kann

Die Zielgruppe der sozial benachteiligten Menschen ist für die Gesundheitsförderung und Prävention auch deshalb eine besondere Herausforderung, da es schwierig ist Randgruppen mit herkömmlichen Methoden zu erreichen. Hier brauchen wir neue Kommunikationsstrategien um diese benachteiligten Gruppen anzusprechen.

Soziale Ungleichheit ist deshalb nach meiner Meinung eine der zentralen Herausforderungen und Aufgaben der Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert sein, deren Planung sich an den Bedürfnissen dieser Zielgruppe orientieren und darauf abzielt die Lebensbedingungen zu verbessern und die individuellen Kompetenzen der einzelnen Personen zu fördern und zu stärken.

Im Rahmen der heutigen Tagung werden bereits konkrete Präventionsstrategien aufgezeigt. In diesem Sinne erwarte ich mir von dieser Veranstaltung wichtige Impulse zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sozial benachteiligter Gruppen und wünsche Ihnen allen eine interessante 4. Österreichischen Präventionstagung und spannende Diskussionen.