



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Armut in Österreich und die Darstellung von Armut in
der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit

Verfasserin der Diplomarbeit

Ulrike Vaishaipf

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil)

Wien, im Mai 2009

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 057 390

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Internationale Entwicklung

Betreuerin / Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Walter Schicho

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	- 6 -
1.1	Forschungsfragen und Arbeitshypothesen	- 9 -
1.1.1	Forschungsfragen	- 10 -
1.1.2	Arbeitshypothesen	- 11 -
2	WAS BEDEUTET ARMUT?	- 12 -
2.1	Absolute Armut	- 13 -
2.2	Relative Armut	- 14 -
2.3	Subjektive Armut	- 15 -
2.4	Armutsforschung in Österreich	- 17 -
2.4.1	Armutsmessung in Österreich	- 17 -
2.4.1.1	EU-SILC – Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen	- 18 -
2.4.1.2	Armutsgefährdung und Armutsschwelle – Armutsgefährdungsschwelle	- 19 -
2.4.1.3	Kritische Betrachtung der Armutsmessung	- 20 -
3	UNTERSCHIEDLICHE ARTEN VON ARMUT IN ÖSTERREICH – DARSTELLUNG UND ANALYSE AUSGEWÄHLTER ARMUTSKONZEPTE	- 22 -
3.1	Kinderarmut in Österreich	- 22 -
3.2	Frauenarmut in Österreich	- 29 -
3.3	Armut und Krankheit – Aspekte der Gesundheitspolitik	- 33 -
3.3.1	Krankheit/Gesundheit als Folge von Armut/Wohlstand	- 35 -
3.3.1.1	(Psychologischer) Stress als Folge und Ursache von Armut	- 35 -
3.3.1.2	Soziale Ungleichheit als mögliche Ursache frühzeitiger Todesfälle und erhöhter Krankheitsrisiken	- 36 -
3.3.2	Armut als Folge von Krankheit	- 38 -
3.3.2.1	Die österreichische Gesundheitspolitik	- 38 -
3.3.2.2	Frauen – Gesundheit, Krankheit und Armut	- 42 -
3.3.2.3	Der Louisebus und das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen in Österreich	- 45 -
3.4	Altersarmut – Armut im Alter	- 49 -
4	DIE DISKUSSION RUND UM ARMUT IN DER ÖSTERREICHISCHEN ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT (OEZA)	- 53 -
4.1	Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit	- 53 -
4.1.1	Die Entwicklungsziele (MDGs) als wesentlicher Teil der OEZA	- 54 -
4.1.2	Die Pariser Erklärung vom 2. März 2005	- 54 -
4.1.3	Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit heute	- 55 -
4.1.4	Der Begriff Armut in der OEZA – Publikationen der OEZA und ArmutsforscherInnen	- 56 -
4.1.5	Qualitätskriterien der Armutsminderung der OEZA	- 58 -
4.2	Armut bedeutet Hunger(n) – Armut als mangelnder Zugang zu Nahrung	- 60 -
4.3	Krankheit und Armut – Armut als Mangel an Gesundheit	- 65 -
4.3.1	HIV/Aids	- 67 -

4.3.2	Malaria Tropica	- 70 -
4.3.3	Afrikanische Trypanosomiasis	- 73 -
4.4	Armut als Mangel an Bildung	- 76 -
4.5	Armut als Mangel an (Zugang zu sauberem) Trinkwasser	- 84 -
5	CONCLUSIO UND AUSBLICK	- 88 -
6	ZUSAMMENFASSUNG	- 98 -
7	ABSTRACT	- 101 -
8	BIBLIOGRAPHIE	- 104 -
9	CURRICULUM VIATE	- 119 -

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Armutsgefährdung bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht, Haushaltstyp, Erwerbsintensität und in Risikohaushalten.....	- 24 -
Abbildung 2: Nicht monetäre Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen nach Armutsgefährdung ihrer Haushalte.....	- 26 -
Abbildung 3: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell.....	- 37 -
Abbildung 4: Normale und atypische Arbeitsverhältnisse	- 40 -
Abbildung 5: Gestorbene jünger als 65 Jahre nach ausgewählten Todesursachen, Wien 2002	- 44 -
Abbildung 6: Gesundheitszustand und Pensionshöhe	- 50 -
Abbildung 7: Die Zahl der Hungernden steigt wieder	- 64 -
Abbildung 8: Die Auswirkungen der hohen Nahrungsmittelpreise nach Regionen.....	- 65 -
Abbildung 9: Vorkommen der tropischen Malaria	- 71 -
Abbildung 10: Grundschulbildung in verschiedenen afrikanischen Ländern	- 78 -
Abbildung 11 Analphabetenrate in verschiedenen Ländern.....	- 82 -
Abbildung 12: Staaten, in denen weniger als 50 Prozent der Einwohner über sauberes und sicheres Trinkwasser verfügen	- 86 -
Abbildung 13: Ursachen- und Wirkungsnetz von Armut in Österreich	- 90 -
Abbildung 14: Ursachen- und Wirkungsnetz der Armutskonzepte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit	- 96 -

Vorwort

Mein Interesse an der Armutsforschung und der Vielschichtigkeit des Phänomens und des Begriffs „Armut“ entwickelte sich im Zuge meiner Teilnahme an verschiedenen Lehrveranstaltungen, in denen sowohl die Multidimensionalität als auch die transdisziplinäre Relevanz der Thematik herausgearbeitet wurde.

Dieser komplexe Sachverhalt steht in enger Verbindung zu zahlreichen anderen sozialen Faktoren, wie zum Beispiel Gesundheit, Bildung, Einkommen, Beschäftigung und Migration.

Unterschiedliche wissenschaftliche Perspektiven führen zu unterschiedlichen Definitionen von Armut. Dadurch entsteht die Vielschichtigkeit des Begriffs – eine einheitliche Definition zu Armut existiert in der Wissenschaft nicht. Im Rahmen dieser Arbeit wird gezeigt, wie Armut im österreichischen Diskurs dargestellt wird, was Armut bedeutet und welche Bevölkerungsgruppen in Österreich (unmittelbar) davon betroffen sind.

Des Weiteren wird herausgearbeitet und analysiert, wie der Begriff im Kontext der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) für so genannte Entwicklungsländer in Afrika verwendet wird, das heißt, was Armut bedeutet und welche Bevölkerungsgruppen in den afrikanischen Ländern betroffen sind.

Die Vielschichtigkeit des Begriffs ermöglicht ein umfassendes Verständnis komplexer und verschiedener Armutskonzepte. Aus diesem Grund wurden in dieser Arbeit unterschiedliche Definitionen von Armut berücksichtigt und analysiert, welche anschließend um weitere Faktoren und Indikatoren erweitert wurden.

Besonderen Dank spreche ich meinem Betreuer Univ. Prof. Dr. Walter Schicho aus, der mir sowohl während des Studiums als auch in der Entstehungszeit der Diplomarbeit stets mit gutem Rat zur Seite stand.

Vielen Dank an meine Eltern, die mich auf meinem bisherigen Lebensweg in jeder Hinsicht unterstützt und mir Kraft gegeben haben und mit Vertrauen, Überzeugung und großem Interesse mein Studium verfolgt haben.

Herzlichen Dank an Gerhard, der nie müde wurde, mit mir zu diskutieren und mir stets mit gutem Rat zur Seite stand. Seine aktiven, positiven, produktiven und kritischen Argumente trugen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit bei.

Vielen Dank auch an Stefan, Anna, Marlene, Melanie, Regina, Maria und andere Freunde und Verwandte für die Unterstützung in vielen Bereichen...

... und im Speziellen an Matthias Bauer...

„Der Weg ist das Ziel.“ (Zen)

1 Einleitung

Nach der Etablierung und Verabschiedung der 15 Entwicklungsziele (MDGs, Millennium Development Goals) als internationales Abkommen zur Halbierung der Armut bis zum Jahr 2015, im Jahr 2000, rückte Armut verstärkt in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses: Unterschiedliche Definitionen des Phänomens und die Beseitigung von Armut als politisches und wirtschaftliches Ziel werden sowohl für Österreich als auch im Rahmen der Österreichischen und Internationalen Entwicklungszusammenarbeit seit der Jahrtausendwende verstärkt diskutiert.

Obwohl Armut zumeist eine Notlage der betroffenen Menschen beschreibt, existiert keine universelle Definition – vielmehr wird der Begriff von ArmutsforscherInnen und WissenschaftlerInnen in unterschiedlichen Kontexten äußerst kontrovers diskutiert und verwendet. Ihr unterschiedliches Verständnis von Armut führt zu differenzierten Armutskonzepten. Gleichzeitig sind Definitionen von Armut stets eng an Machtentscheidungen, Machtstrukturen, Ideologien und Wertvorstellungen geknüpft.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird Armut als weit gefasstes, viel diskutiertes, heterogenes und multidimensionales Phänomen verstanden.

Die Armut der Betroffenen in Österreich wird anders dargestellt, als der Begriff im Rahmen der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) diskutiert wird: Das heißt, verschiedene soziale Gruppen einer Gesellschaft in Österreich oder Afrika sind aus unterschiedlichen Gründen und in unterschiedlichem Ausmaß von Armut betroffen, da das Phänomen mit einer Reihe von sozialen Faktoren in Verbindung steht. Unterschiedliche Ansätze, Perspektiven, Ziele und Vorstellungen ziehen zahlreiche Definitionen und Lösungsvorschläge nach sich.

Armutsforschung wird in Österreich sowie in vielen anderen Ländern im Rahmen unterschiedlicher Disziplinen betrieben und findet auch außeruniversitär statt. Seit der Etablierung der 15 Millennium Development Goals, welche eine beachtliche Rolle in der nationalen und internationalen Entwicklungsdebatte spielen, steht Armut so stark im Mittelpunkt wissenschaftlicher Debatten wie noch nie zuvor.

Zunächst wird im Rahmen dieser Arbeit ein Überblick über die in der Wissenschaft allgemein anerkannten Armutskonzepte „Absolute Armut“, „Relative Armut“ und

„Subjektive Armut“ gegeben und in einem weiteren Schritt wesentliche Aspekte der Armutsforschung in Österreich dargestellt. In den späten 1990er Jahren wurde Armut in Österreich erstmals öffentlich thematisiert, zugleich aber auch häufig in politischen Diskussionen missbraucht. Bis zur Jahrtausendwende bildete das so genannte Europäische Haushaltspanel die Grundlage für die Erhebung sämtlicher (Armuts-) Daten in Österreich, welches später von der EU-SILC-Methode abgelöst wurde.

Bei der so genannten Armutsgefährdung beziehungsweise Armutsschwelle wird die Grenze bei 60 Prozent des Medianeinkommens (das heißt 785,- Euro) als Grenzwert herangezogen. Das bedeutet, dass jene Menschen, die mit einem geringeren Monatseinkommen ihren Lebensunterhalt bestreiten müssen, gelten als „armutsgefährdet“. (Heuberger 2001: 3) Genauso wie das Europäische Haushaltspanel und die EU-SILC-Methode soll die Armutsschwelle aktuelle Daten über die Armutssituation der Bevölkerung eines Landes geben.

Im folgenden Kapitel wird die Kinderarmut in Österreich dargestellt, wobei sowohl auf die finanzielle Situation der Eltern als relative Bezugsgröße als auch die Situation der Kinder selbst Rücksicht genommen wird.

Frauenarmut nimmt in der österreichischen Armutsdebatte einen wesentlichen Stellenwert ein, da Frauen zur Risikogruppe armutsgefährdeter Menschen zählen. In diesem Kapitel wird untersucht, was Frauenarmut bedeutet beziehungsweise wie sie sich in der Gesellschaft manifestiert.

Die Wechselwirkung von Armut und Krankheit wird im Rahmen gesundheitspolitischer Aspekte im Folgenden diskutiert. Es wird gezeigt, dass Armut sowohl als Ursache als auch Folge von Krankheit auftreten kann.

Abschließend wird die seit der Pensionsreform von 2003 verstärkt diskutierte Altersarmut dargestellt und analysiert.

Kontinuierlich sollen der enge Zusammenhang beziehungsweise die Wechselwirkung der angeführten Armutskonzepte gezeigt werden.

Im zweiten Hauptteil der Arbeit werden ausgewählte, für die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit wesentliche, Armutskonzepte dargestellt und analysiert. Um die Jahrtausendwende beklagte die Welt eine Reihe nicht zufriedenstellender Ergebnisse der vergangenen vier Jahrzehnte internationaler Entwicklungszusammenarbeit. Internationale Entwicklungskonferenzen, -pläne und -

theorien gelten als gescheitert, da der Großteil der festgelegten Ziele – insbesondere die Reduzierung der Armut – nicht umgesetzt werden konnten.

Heute stecken die Millenniums-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) und die Pariser Erklärung den Rahmen internationaler sowie nationaler Entwicklungszusammenarbeit ab.

Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) ist integraler Bestandteil der österreichischen Außenpolitik und wird maßgeblich durch internationale Vorgaben geprägt. Im Rahmen der OEZA wird Armut häufig als mangelnder Zugang zu Nahrung diskutiert. Obwohl weltweit Überschüsse produziert werden, leiden nach wie vor mehrere Millionen Menschen an Hunger, Mangel- und Unterernährung.

Die Wechselwirkung von Krankheit und Armut wird nicht nur im Rahmen der österreichischen Armutsdebatte thematisiert; sie gilt auch im Rahmen der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit als Schwerpunktthema. Im Unterschied zu Österreich haben viele afrikanische Gesellschaften verstärkt mit den Krankheiten HIV/Aids, Malaria und Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) zu kämpfen.

Zudem äußert sich Armut auch oft als Mangel an Bildung: Kinder, welche die Arbeitskraft der Eltern ersetzen, die Reproduktionsarbeit übernehmen müssen oder krank sind, werden in vielen Bildungssystemen marginalisiert. Aufgrund von HIV/Aids beklagen viele Städte und Dörfer einen großen Mangel an Lehrkräften, in dessen Folge viele Schulen geschlossen werden.

Armut äußert sich in vielen so genannten „Dritte-Welt-Ländern“ als Mangel an Zugang zu sauberem Trinkwasser und manifestiert sich genauso wie Krankheit und mangelnde Bildung in der Armut der betroffenen Bevölkerung.

Die Folgen der immer geringer werdenden globalen Wasserressourcen treffen hauptsächlich Menschen in so genannten „Entwicklungsländern“: Die Versorgung vieler Gesellschaften mit sauberem und sicherem Trinkwasser sowie mit Sanitäranlagen kann in vielen Fällen nicht gewährleistet werden. Dadurch entstehen wesentliche hygienische und somit auch gesundheitliche Probleme für die Betroffenen.

Eine ständige Wechselwirkung zwischen unterschiedlichen Armutskonzepten soll auch hier aufgezeigt und diskutiert werden.

1.1 Forschungsfragen und Arbeitshypothesen

Zahlreiche Armutsberichte und wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Anzahl der von Armut betroffenen Menschen in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen ist. Die vorliegende Arbeit beleuchtet ausgewählte Aspekte der österreichischen Armutsforschung der vergangenen Jahre.

Durch die Darstellung und Analyse einer Reihe ausgewählter Armutskonzepte wird einerseits die Multidimensionalität des Begriffs Armut herausgearbeitet und andererseits die unterschiedliche Darstellung von Armut im Raum Österreich und der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) aufgezeigt. Im Zuge dessen werden bei näherer Betrachtung der Problematik sowohl Differenzen als auch Gemeinsamkeiten sichtbar.

Gegenüberstellungen und Vergleiche der Armutskonzepte zwei ausgewählter geographischer Räume (Österreich und Afrika) zeigen, dass soziale Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß von Armut betroffen und ihre persönliche Lebenssituation in differenzierte, soziale und politische Kontexte eingebettet sind.

Es wird analysiert, dass in der Wissenschaft allgemein bekannte und anerkannte Armutskonzepte wie „Absolute Armut“, „Relative Armut“ und „Subjektive Armut“ in vielen Fällen nur ein grundlegendes Verständnis von Armut geben. Erst eine Ausweitung dieser Armutskonzepte um die notwendigen, mit der jeweiligen Situation in Verbindung stehenden, sozialen Faktoren und Indikatoren ermöglicht ein weiteres, umfassenderes und differenzierteres Verständnis von Armut und gibt einen Einblick auf die Situation der Betroffenen beziehungsweise den (in manchen Fällen nicht messbaren) Grad der Armut.

Die unterschiedlichen Armutskonzepte sind nicht streng voneinander trennbar, vielmehr beeinflussen sie sich gegenseitig und ermöglichen so ein umfangreicheres Verständnis von Armut. Die Heterogenität des Phänomens Armut führt zu spezifischen Lösungsvorschlägen für die Betroffenen.

Das Ziel der vorliegenden Diplomarbeit ist, die Arbeitshypothesen zu verifizieren oder falsifizieren und die gestellten Forschungsfragen zu beantworten. Im Zuge dessen wird

das Phänomen der Armut aus den Perspektiven unterschiedlicher AkteurInnen und ForscherInnen betrachtet.

1.1.1 Forschungsfragen

Im Rahmen der Diplomarbeit werden folgende Forschungsfragen beantwortet:

- Welche Armutskonzepte dominieren die wissenschaftlichen Debatten um Armut?
- Warum können die drei in der Wissenschaft allgemein anerkannten Armutskonzepte „Absolute Armut“, „Relative Armut“ und „Subjektive Armut“ als mangelhaft bewertet werden und um welche Faktoren können sie ausgebaut werden, um ein umfassenderes Bild von Armut der betroffenen sozialen Gruppen geben zu können?
- Wer sind die Betroffenen im jeweiligen Kontext? Können spezifische soziale Gruppen ausgemacht werden?
- Warum können die unterschiedlichen Armutskonzepte nicht streng voneinander getrennt existieren beziehungsweise warum kommt es häufig zu gegenseitiger Beeinflussung?
- Welche Armutskonzepte spielen im Kontext der Entwicklungshilfe in Österreich und in der OEZA eine Rolle?
- Wer sind die Autoren, WissenschaftlerInnen und ArmutsforscherInnen und welche Stellung nehmen sie in der Armutsdebatte ein?
- Welche Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede können nach einer ausführlichen Darstellung der ausgewählten Armutskonzepte der unterschiedlichen geographischen Regionen herausgearbeitet und festgemacht werden?

1.1.2 Arbeitshypothesen

- Gleiche soziale Gruppen in verschiedenen geographischen Räumen sind in unterschiedlichem Ausmaß von Armut betroffen beziehungsweise gleiche Armutskonzepte haben je nach geographischer Region unterschiedliche Bedeutungen sowie wirtschaftliche und soziale Folgen.
- Es besteht eine Wechselwirkung zwischen den unterschiedlichen Armutskonzepten; man kann in diesem Zusammenhang von einem umfangreichen Ursachen- und Wirkungsnetz sprechen.
- Die OEZA und ihr Armutsverständnis werden maßgeblich durch die internationale Entwicklungszusammenarbeit und die multilateralen Abkommen bestimmt.

2 Was bedeutet Armut?

Zahlreiche unterschiedliche Definitionen, differenziert festgesetzte Armutsgrenzen sowie die Betonung verschiedener Dimensionen und unterschiedlicher sozialer Faktoren machen Armut zu einem hochkomplexen wissenschaftlichen Untersuchungsgegenstand. In Folge dessen entsteht eine Vielzahl an Armutsbegriffen, was wiederum dazu führt, dass der Begriff äußerst kontrovers diskutiert wird. Trotz der Fülle an unterschiedlichen Begriffsbestimmungen wird innerhalb der Armutsforschung im Allgemeinen zwischen zwei Arten von Definitionen unterschieden: Während der Ressourcenansatz materielle Faktoren und Dimensionen von Armut in den Vordergrund stellt, werden beim Lebenslagenansatz vor allem kulturelle Merkmale hervorgehoben. (vgl. Böhler; Sedmak 2004: 19)

Wesentlich bei der Begriffsbestimmung ist die Berücksichtigung der Multidimensionalität des Begriffs:

„Armut ist die relative strukturelle Ausgrenzung von Menschen bzw. Menschengruppen, die sich an einer ungerechten Verteilung des Zugangs zu materiellen und immateriellen Gütern manifestiert und als solche ein Mangel an Entscheidungsfreiheit, um diejenigen Fähigkeiten auszubilden und Möglichkeiten zu nutzen, die nötig sind, um für sich und die in seiner/ihrer Verantwortung stehenden Personen eine Grundsicherung zu gewährleisten, unfreiwillige strukturelle und zumindest latent leidvolle erfahrene Exklusion zu vermeiden und im Vergleich zu den sozio-kulturellen Umfeld eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.“ (Boehm; Buggler, Mautner 2003: 93)

Die Komplexität des Begriffs sowie seine zahlreichen unterschiedlichen Auslegungen bieten keine rein objektive und allgemein gültige wissenschaftliche Erklärung zu Armut, welche sämtliche soziale Faktoren und Einflüsse, die mit der Situation der Betroffenen in Zusammenhang stehen, berücksichtigen. In unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen stehen jeweils andere Faktoren im Vordergrund, die das Phänomen Armut beschreiben sollen. Böhler, Döring und Kühberger verstehen folgende Armutsdefinition als umfassend und interdisziplinär:

„Armut ist für uns sowohl eine physische als auch eine psychische Belastung, die desintegrierendes Potenzial hat. Dies betrifft sowohl die Teilnahme am wirtschaftlichen Leben (geringe Entscheidungsfreiheiten und tatsächliche Möglichkeiten) als auch am sozialen Leben (bis hin zu dysfunktionalen gesellschaftlichen Entwicklungen wie Kriminalität und Terrorismus, die mit Armut in enger Wechselwirkung stehen) der Betroffenen, als auch psychosoziale Aspekte (Umgang der Nicht-Armen mit Armut), die implizit in der historischen Betrachtung von Armut angeführt werden.“ (Böhler; Döring; Kühberger 2003: 81f.)

Wie bereits eingangs erwähnt, wird Armut auf den ersten Blick oftmals mit einer Notlage, welche das Überleben der betroffenen Person in Frage stellt, in Verbindung gebracht: „Es ist der Hungernde [...] oder Obdachlose, der augenscheinlich arm ist.“ (Redl 2002: 11)

Die Multidimensionalität des Phänomens und angeführte Zitate zeigen rasch, dass bereits existierende Armutsdefinitionen auf ausgewählte Aspekte und Faktoren beschränkt sind. In den Worten des Schweizer Armutsforschers Stefan Burri bedeutet dies: „Jede Armutsdefinition basiert letztlich auf Wertvorstellungen, die sich von Person zu Person unterscheiden.“ (Burri 1998: 7) Dennoch haben sich in der Wissenschaft und Armutsforschung insbesondere drei Konzeptionen herausgebildet, welche häufig zur groben Strukturierung des Sachverhalts herangezogen werden – absolute, relative und subjektive Armut. Wie in den späteren Teilkapiteln dieser Arbeit deutlich wird, lassen sich darüber hinaus weitere, spezifischere Armutskonzepte festmachen.

2.1 Absolute Armut

Die Messung absoluter Armut ist das älteste Verfahren in der empirischen Sozialforschung, welches sich stark am physischen Existenzminimum der Betroffenen orientiert. Im Allgemeinen herrscht ein breiter Konsens über die Definition von absoluter Armut, dennoch gibt es häufig Unterschiede in der Gewichtung unterschiedlicher Komponenten. Das absolute Armutskonzept beschreibt in vielen Fällen die Lebenssituation der Menschen in den so genannten „Entwicklungsländern“, wo die physische Existenz- und Überlebensfähigkeit der Betroffenen nicht gesichert ist oder gewährleistet werden kann. Absolute Armut kann, wie folgt, beschrieben werden:

„[Absolute] Armut wird definiert als objektiv bestimmbares Subsistenzminimum. Arm ist demnach, wer über so wenig[e] Ressourcen verfügt, dass ein minimaler Lebensstandard hinsichtlich Essen, Trinken, Kleidung, Wohnung etc. nicht gewährleistet ist.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork Mobile Jugendarbeit 2008)

Für den Armutsforscher Stefan Burri liegt absolute Armut dann vor, „[...] wenn eine Person entweder nur gerade über die zu ihrer Lebenserhaltung absolut notwendigen Güter wie Nahrung, Kleidung, Obdach, Gesundheitspflege etc. verfügt oder diese Grenze sogar unterschreitet.“ (Burri 1998: 7)

Das Konzept der absoluten Armut ist starker Kritik unterworfen, da das Phänomen sowie entscheidende Indikatoren nur schwer beziehungsweise gar nicht messbar sind und weil kein allgemein anerkanntes „ermittelbares Subsistenzminimum“ existiert, das Anspruch auf allgemeine Gültigkeit hat. Gesellschaftliche Wohlstands- beziehungsweise Armutsverhältnisse werden darin keineswegs berücksichtigt. Sachleistungen, wie Güter

oder Dienstleistungen, werden in diesem Konzept unzureichend einbezogen genauso wie nach Burri ein gesamtgesellschaftlicher Grundbedarf kaum zu rechtfertigen ist, da der notwendige Nahrungsmittelbedarf von Individuum zu Individuum stark variiert. Wesentliche Faktoren, wie beispielsweise der Zugang zu bestimmten Institutionen, wie Gesundheitssystem oder Bildung, können mit Hilfe der absoluten Armutsmessung nicht gemessen werden. (vgl. Burri 1998: 7)

2.2 Relative Armut

Das Konzept der relativen Armut stützt sich sowohl auf materielle als auch soziale Mängel der Betroffenen in einer Gesellschaft: Es steht „[...] direkt in Relation zur Wohlstandsverteilung in der gesamten Bevölkerung.“ (Burri 1998: 9)

Arm sind daher jene Menschen, die in der jeweiligen Gesellschaft den allgemein anerkannten minimalen Konsumstandard unterschreiten:

„Relative Ansätze [...] setzen Armut ins Verhältnis zum durchschnittlichen Lebensstandard der Bevölkerung. Es wird unterstellt, daß [sic!] sich die Standards und damit auch die Armutsgrenzen im Laufe der Zeit verändern, es somit ungeachtet des Wohlstandsniveaus einer Gesellschaft immer eine Gruppe von Armen und Exkludierten gibt.“ (Böhnke, Delhey 1999: 7f.)

Dieses Armutskonzept wird im Rahmen zahlreicher entwicklungspolitischer Diskussionen eingesetzt, um das Ausmaß der Armut der Betroffenen messen zu können. Dazu wird das Einkommen einzelner Personen mit der Gesamtverteilung des Einkommens innerhalb einer Gesellschaft in Relation gesetzt. In diesem Fall wird zumeist die Einkommensverteilung der Gesamtbevölkerung als Referenzgröße angeführt und zur Bestimmung einer Armutsgrenze werden statistische Verteilungsmaße herangezogen, „[...] wie z.B. ein unteres Quantil der Einkommensverteilung oder ein bestimmter Prozentsatz eines Lagemasses (Mittelwert, Modus oder Median).“ (Burri 1998: 9)

Relative Armut wird ähnlich wie das Konzept der absoluten Armut oft herangezogen, um die Lebenssituation vieler Menschen in den so genannten „Entwicklungsländern“ zu beschreiben, deren physisches Überleben im Sinne von existenziellen Notlagen bedroht ist:

„Dies kann auf vielfältige Art und Weise operationalisiert werden: über das Einkommen, über materielle Ressourcen, über Unterversorgung in anderen Lebensbereichen, z.B. Wohnen, Bildung, Gesundheit, sowie über das subjektive Empfinden, am normalen gesellschaftlichen Leben nicht teilzuhaben.“ (Böhnke, Delhey 1999: 8)

Relative Armut wird auch in so genannten „Industrieländern thematisiert: So wird sie auch jenen Bürgern der Europäischen Union zugeschrieben, „[...] die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist.“ (Brendler; Geene; Hans 2006)

All jene Menschen, die zwischen 50 und 60 Prozent des Durchschnittseinkommens verdienen, leben demnach in einer armutsnahen Einkommenssituation. Wer bis zu 50 Prozent des Durchschnittseinkommens der Gesamtbevölkerung verdient, gilt nach der Definition der EG-Kommission als Person, die von einem mittleren Armutspotenzial betroffen ist. Menschen, die mit bis zu 40 Prozent des Durchschnittseinkommens ihren Alltag bestreiten müssen, leben in so genannter Einkommensarmut und müssen in vielen Fällen um Sozialhilfe ansuchen, um ihren täglichen Lebensunterhalt bestreiten zu können.

Das Durchschnittseinkommen gilt als umstrittene Messgröße, da die Einkommensverteilung der Gesamtbevölkerung hierbei nicht berücksichtigt wird. Dieses Konzept erlaubt Armutsbekämpfung mittels (Um-)Verteilung, jedoch bleibt eine großräumige Verbesserung der Lebensbedingungen der betroffenen Menschen ausgeschlossen.

Der Ansatz der relativen Armut bietet zwar immer einen Anhaltspunkt über das Ausmaß von Einkommensungleichheit in den jeweiligen Ländern, doch stellt sich zugleich die Frage, warum die Armutsgrenze bei einem bestimmten Prozentsatz des Medianeinkommens festgesetzt werden sollte. Nach Burri werden die Begriffe „Armut“ und „soziale Ungleichheit“ im allgemeinen Sprachgebrauch oftmals als Synonyme für das gleiche Phänomen verwendet und nicht ausreichend differenziert betrachtet. Relative Armut und die damit zusammenhängenden Indikatoren sind als Messgröße in der Sozialpolitik eines jeden Landes ungeeignet. (vgl. Burri 1998: 9)

2.3 Subjektive Armut

Das Konzept der subjektiven Armutsmessung stützt sich primär auf individuelle Angaben der befragten Personen; das heißt, es basiert auf subjektiver Einschätzung beziehungsweise individuellen Gefühlen der Betroffenen. Arm ist daher jeder, der nach individuellem Urteil über zu wenige Ressourcen verfügt, um seinen Alltag bestreiten zu können.

Dieser Ansatz berücksichtigt verschiedene persönliche Lebensrisiken, wie zum Beispiel Krankheit, Scheidung oder Arbeitslosigkeit, und erfasst Unterversorgung in sämtlichen sozialen Bereichen, Obdach beziehungsweise Wohnung, (Aus-)Bildung und Gesundheit genauso wie das subjektive Wohlbefinden einzelner Personen: „Personen mit einer ausgeprägten Präferenz für Freizeit und entsprechend geringem Einkommen seien z.B. nicht notwendigerweise arm, auch wenn ihr Einkommen unter einer wie auch immer definierten, über dem physischen Existenzminimum festgelegten Armutsgrenze liege.“ (Burri 1998: 10f.)

Mithilfe von Schätzungen versuchen WissenschaftlerInnen und ArmutsforscherInnen individuelles Mindesteinkommen zu messen, um so subjektive Armut darzustellen und greifbar zu machen. Die Bestimmung einer subjektiven Armutsgrenze wurde bereits im Jahr 1977 wesentlich durch eine Studie von Armutsforschern (Goedhart et al.) geprägt.

Um zu Daten gelangen zu können, werden Befragungen durchgeführt, bei denen die Betroffenen das Mindesteinkommen für ihren Haushalt angeben, das sie zur Bewältigung ihrer alltäglichen Lebenskosten benötigen, ohne sich dabei zu verschulden: „We would like to know which net family income would, in your circumstances, be the absolute minimum for you. That is to say, that you would not be able to make both ends meet if you earned less.“ (Goedhart et al. 1997: 18)

Entscheidend hierbei ist, dass es sich nicht um vorgegebene Mindeststandards handelt, sondern diese von der betroffenen Bevölkerung selbst festgesetzt werden. Andererseits muss auch hier beachtet werden, dass das genannte Mindesteinkommen personenbeziehungsweise familienspezifisch ist. Familien unterschiedlicher Gesellschaftsgruppen nennen in der Regel unterschiedlich hohes Mindesteinkommen für den Unterhalt ihre Familie.

Bei der Messung werden die Angaben von Familien gleicher Struktur, das heißt beispielsweise zwei Erwachsene und zwei schulpflichtige Kinder, und deren Einkommen verglichen.

Das Konzept der subjektiven Armut nimmt besonders in entwicklungsrelevanten Diskussionen einen hohen Stellenwert ein, da es sich im Wesentlichen auf die Situation der armen Menschen, also der Betroffenen, selbst bezieht: „Zentral für das subjektive Gefühl der Armut sind **Unsicherheit** (Abhängigkeit von Wetterbedingungen, Preisschwankungen), **Perspektivlosigkeit**, **Machtlosigkeit** und **Ausgrenzung** (keine Mitbestimmungsmöglichkeiten des eigenen Umfeldes.“ (OEFSE 2008)

2.4 Armutsforschung in Österreich

Die Anfänge der öffentlichen Armutsdebatte in Österreich liegen in den späten 1990er Jahren; bis dahin wurde das Thema nur selten differenziert betrachtet und diskutiert. Häufig wurde es im Rahmen politischer Diskussionen thematisiert beziehungsweise missbraucht. So stellte der Sozialwissenschaftler Hans Steiner 1996 fest:

„Entweder werden die sozial Schwachen selbst für ihre Marginalisierung verantwortlich gemacht oder das Armutsthema wird parteipolitisch als Entlarvungsinstrument mißbraucht [sic!]. Mit einer möglichst hohen und steigenden Zahl an Armen wird dann der Regierung, besonders der Sozialpolitik, vorgeworfen für die soziale Misere die Hauptschuld zu tragen.“
(Steiner 1996: 7)

Erst um die Jahrtausendwende begannen EntwicklungsexpertInnen und ArmutsforscherInnen konkrete inhaltliche Schwerpunkte zur Überwindung der Defizite innerhalb der Armutsforschung zu setzen. Armutsforschung kann in Österreich – wie in vielen anderen Ländern auch – als eine Disziplin angesehen werden, die einerseits im Rahmen der Universität thematisiert wird und andererseits außeruniversitär betrieben wird.

In Österreich gibt es nur eine begrenzte Anzahl an ForscherInnen, die sich mit dem Thema der Armutsforschung über längeren Zeitraum genauer beschäftigt haben beziehungsweise beschäftigen.

Dennoch leisten einerseits die MitarbeiterInnen der Armutskonferenz in Österreich – als Netzwerk von PraktikerInnen zu verstehen – und die Mitglieder der Poverty Research Group der Universität Salzburg mit ihren Publikationen einen wesentlichen Beitrag zur Armutsforschung in Österreich. Die Definition, Bewertung, Messung, das Auftreten und die unterschiedlichen Arten von Armut werden in der Armutsforschung genauso diskutiert wie Linderung, Verringerung und Verhinderung von Armut.

2.4.1 Armutsmessung in Österreich

Bis zur Jahrtausendwende bildete das so genannte Europäische Haushaltspanel die Grundlage für die Erhebung sämtlicher Daten zur Armut in Österreich. Der Sozialbericht 2003/04 hingegen basiert erstmals auf einer neuen, EU-weiten Datenerhebungsmethode – dem EU-SILC (= Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen).

„Neben der Erhebung von Einkommensarmut werden dabei auch Entstehungszusammenhänge von Einkommensarmut analysiert und durch die Erfassung

von Lebenslagenindikatoren ein Armutskonzept verfolgt, das weiter als bisher über die Einkommensanalyse hinausgeht.“ (Moser; Mauerlechner 2005: 1)

2.4.1.1 EU-SILC – Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen

Bei der Erhebung von Armut nach der EU-SILC-Methode steht die Einbeziehung unterschiedlicher, vor allem nicht monetärer, Aspekte stark im Vordergrund. So wird besonderes Augenmerk auf die „Primäre Benachteiligung der Lebensführung“ gelegt, was bedeutet, dass sich die Betroffenen nicht leisten können, „Urlaub zu machen, jeden 2. Tag Fleisch oder Fisch zu essen, neue Kleider zu kaufen, die Wohnung angemessen warm zu halten und unerwartete Ausgaben zu tätigen“ (Moser; Mauerlechner 2005:1) sowie laufende Rechnungen zu bezahlen. Des Weiteren ergeben sich für alle von Armut betroffenen Personen sekundäre Benachteiligungen in der individuellen Lebensführung. Das bedeutet, armutsgefährdete Personen können die Finanzierung von Luxusgütern, wie Auto, Handy, Geschirrspülmaschine, Computer, Internet oder DVDS nicht gewährleisten. Des Weiteren können sich für die genannten Personen wesentliche gesundheitliche Beeinträchtigungen ergeben (schlechter Gesundheitszustand, starke Beeinträchtigungen durch geistige oder körperliche Behinderung sowie chronischen Krankheiten). In den Bereichen Wohnung und Wohnumfeld stellen mangelnde sanitäre Einrichtungen (Bad, Dusche, WC), Feuchtigkeit, Schimmel, mangelnde Lichtdurchflutung der Räume, fehlende Waschmaschine, Lärmbelästigung, Umweltverschmutzung und Kriminalität wesentliche Herausforderungen für die Betroffenen dar. (vgl. Moser; Mauerlechner 2005: 1f.)

Dem EU-SILC-Messverfahren zufolge sind Frauen (14 %) eher von Armut betroffen als Männer (12,3%): „Mehr als die Hälfte der einkommensarmen und damit armutsgefährdeten Personen lebt im **ländlichen Bereich**, überdurchschnittliche Einkommensarmut ist auch **in den Ballungszentren** – also den österreichischen Landeshauptstädten festzustellen.“ (Moser; Mauerlechner 2005: 2)

Menschen, die der Gruppe der so genannten „Working Poor“ zugeordnet werden, sind genauso wie MigrantInnen überdurchschnittlich von Armut betroffen.

2.4.1.2 Armutsgefährdung und Armutsschwelle – Armutsgefährdungsschwelle

Die aktuelle Armutsgrenze, welche auch als statistische Armutsgefährdungsschwelle gilt, liegt in Österreich bei 785,- Euro Monatseinkommen. Hierbei werden 60 Prozent des Medianeinkommens als Grenzwert herangezogen. Dementsprechend gelten in Österreich jene Personen als armutsgefährdet, deren monatliches Einkommen unter diesem Grenzwert liegt. Für einen Einpersonenhaushalt entspricht das dem monatlichen Nettobetrag von 785,- Euro, weitere im Haushalt lebende Personen werden „gewichtet“ hinzugezählt. (vgl. Caritas 2005: 5)

Der Median ist als fiktive Schwelle zu verstehen, „[...] der die 50% Einkommensstarken von den 50% Einkommensschwachen trennt.“ (Caritas 2005: 5)

Dieser Standard wurde im Rahmen des Beschlusses des Europäischen Rates von Laeken im Jahr 2001 festgesetzt und bildet somit eine EU-weit anerkannte Armutsschwelle. Die Berechnung setzt sich wie folgt zusammen: Zunächst wird davon ausgegangen, dass all jene im betroffenen Haushalt lebende Personen relativ wenig Einkommen benötigen. „Gewichtungsfaktoren sind für den ersten Erwachsenen 1, für jede weitere Person ab 14 Jahren im Haushalt 0,5 und für jedes Kind 0,3.“ (Moser; Mauerlechner 2005: 1) Die Armutsschwelle für AlleinerzieherInnen, welche ein Kind zu versorgen haben, liegt nach diesen Berechnungen bei 1021,- Euro, für zwei Erwachsene und ein Kind im Haushalt liegt sie bei 1414,- Euro. Etwa 1.044.000 in Österreich lebende Personen leben in solchen Haushalten – einige von ihnen haben sogar weit weniger als das Mindesteinkommen von 785,- Euro im Monat zur Verfügung. (vgl. Moser; Mauerlechner 2005: 1ff.)

Für die Jahre 2001 bis 2004 identifizierte der „Sozialbericht 2001–2002“ vier Prozent der Wohnbevölkerung als akut arm. Aktuellere Zahlen hingegen sprechen von einer Steigerung der akuten Armut von vier Prozent auf 5,9 Prozent. (vgl. Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. News. Volkshilfe: Retten wir unser soziales Europa) Österreichweit sind knapp 500.000 Menschen von verfestigter Armut betroffen:

„Von **verfestigter Armut** spricht man, wenn zur Einkommensarmut Deprivations-Faktoren hinzutreten. Diese sind:

- 1) Primäre Benachteiligung der Lebensführung (Zahlungsrückstände, kein Geld für Heizung, neue Kleidung ...)
- 2) Sekundäre Benachteiligung der Lebensführung (kein Geld für erstrebenswerte Güter wie PC, Handy, Internet ...)
- 3) Gesundheitliche Beeinträchtigung (chronische Krankheit ...)

- 4) Wohnungsprobleme (keine Dusche oder WC, Schimmel, dunkle Räume ...)
- 5) Probleme im Wohnumfeld (Lärm, Kriminalität, Vandalismus ...)“ (Caritas 2005: 5)

In vergangener Zeit setzten Wissenschaftler auf die neue Messmethode der Lebenslagen. Hierbei geht es im weiteren Sinne auch um die „[...] Berücksichtigung von Lebensumständen und Möglichkeiten [bedarf], die u.a. aus unterschiedlichen Bedürfnissen (von alten Menschen, Jungfamilien etc.), unterschiedlichen Kostenfaktoren (Stadt-Land, Ost-West) und Rahmenbedingungen (z.B. teure Wohnung) resultieren.“ (Moser; Mauerlechner 2005: 1) Obwohl in diese neue Methode verschiedene Faktoren einfließen, wird bei genauerer Betrachtung klar, dass auch hier wesentliche Indikatoren (beispielsweise Bildung) unzureichend bzw. gar nicht berücksichtigt wurden.

2.4.1.3 Kritische Betrachtung der Armutsmessung

Um Armut messen zu können, ist zunächst die Bestimmung einer Armutsgrenze vonnöten. Des Weiteren werden aktuelle Einkommensdaten eines bestimmten Bevölkerungsanteils gesammelt, welche messbare Größen darstellen. Die (willkürliche) Festlegung einer solchen Armutsgrenze sowie das Heranziehen von Einkommensdaten als messbare Indikatoren sind nach wie vor umstritten:

„Durch diese Arbeitsteilung ist eine nochmalige Effizienzsteigerung in der notorisch ineffizienten Armutsdebatte zu erzielen, denn man kann durchaus, ohne die konkret gewählte Armutsgrenze anzuzweifeln, über die optimale Aggregation von Individualeinkommen zu einem einzigen Armutsindex streiten, wie auch umgekehrt ein Dissens über die Armutsgrenze mit einer Übereinkunft über die Art der Aggregation der Einkommen zu einem Armutsindex koexistieren kann.“ (Krämer 1997: 32)

Die zur Messung von Armut herangezogenen Indikatoren sind unzureichend, da nach wie vor viele Indikatoren sozialer Benachteiligung unberücksichtigt bleiben. Außerdem wäre eine verstärkte Differenzierung innerhalb des Bereichs der akuten Armut wünschenswert; das bedeutet eine umfangreichere Erfassung von diversifizierten Faktoren wie Geschlecht, Alter und Region. (vgl. Moser; Mauerlechner 2005: 1)

Über die tatsächliche Verteilung von Einkommen und Lebenschancen innerhalb der betroffenen Haushalte existieren keine Daten. Moser und Mauerlechner machen darauf aufmerksam, dass man sowohl mit Verzerrung rechnen muss als auch den verhältnismäßig höheren Anteil von Frauen als armutsgefährdete Personen nicht unbeachtet lassen darf.

Außerdem berücksichtigen Armutsquoten (H), welche den Anteil der Menschen, die unter der festgelegten Armutsgrenze leben (müssen), aufzeigen, keineswegs, wie weit die Betroffenen unter der Armutsgrenze leben. Weiters fordert Krämer die Anhebung des

durchschnittlichen Zusatzeinkommens, um die Anzahl der Armen zu verringern. In diesem Zusammenhang spricht er von der so genannten Armutslücke (I). Die Armutsquote wird eingesetzt, um das Ausmaß der gegebenen Armut anzugeben; die Armutslücke hingegen soll die Intensität ebendieser messen. Das Produkt von H (Armutsquote) und I (Armutslücke) ergeben nach Krämer einen – wenn auch nur beschränkt – geeigneten Armutsindikator.

$$P = H \cdot I$$

„Die Armutsquote bleibt unverändert, wenn das Einkommen der Armen sinkt, sie steigt, wenn bei gegebener Gesamtbevölkerung die Zahl der Armen steigt. Die Armutslücke bleibt unverändert, wenn die Zahl der Armen steigt (sofern die zusätzlichen Armen gerade das Durchschnittseinkommen aller Armen beziehen), sie steigt, wenn das Einkommen der Armen sinkt.“ (Krämer 1997: 33)

Im Konkreten bedeutet dies, dass der Indikator (P) bei gegebener Armutsquote und mit wachsender Armutslücke zunimmt und bei gegebener Armutslücke und fallender Armutsquote abnimmt. Trotz dieser positiven Eigenschaften stellt Krämer fest, dass auch dieser Indikator mangelhaft erscheint, denn eine Verschiebung der Armutshälfte unter den Betroffenen, die unter der Armutsgrenze leben, wird keineswegs berücksichtigt:

„[N]immt ein weniger Armer einem bitter Armen etwas weg, aber nur soviel, daß [sic!] auch der reichere von beiden unterhalb der Armutsgrenze bleibt (regressiver Transfer), so bleiben sowohl H wie I und damit auch der Indikator konstant, die in P ausgedrückte Armut hat sich nicht verändert.“ (Krämer 1997: 33f.)

Die Einhaltung von bestimmten definierten Axiomen ist grundlegende Voraussetzung für eine möglichst korrekte und nachvollziehbare Armutsmessung. Es gibt zahlreiche Ansätze zur Armutsmessung, welche unterschiedliche Axiome (nicht) berücksichtigen – einen allgemein und universell gültigen Ansatz gibt es nicht. (vgl. Krämer 1997: 33)

3 Unterschiedliche Arten von Armut in Österreich – Darstellung und Analyse ausgewählter Armutskonzepte

3.1 Kinderarmut in Österreich

Die Unterhaltssicherung Minderjähriger wird einerseits vom österreichischen Staat durch direkte und indirekte Transferleistungen erbracht und andererseits ist die Unterhaltspflicht der Eltern im Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch im § 140 geregelt. Demnach haben Eltern die Pflicht, „[...] zur Deckung der ihren Lebensverhältnissen angemessenen Bedürfnisse[n] des Kindes unter Berücksichtigung seiner Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten nach ihren Kräften anteilig beizutragen.“ (Pichler 2000: 23)

Jener Elternteil, der den Haushalt führt, leistet zwar einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung des Kindes, ist aber zusätzlich verpflichtet, zum Unterhalt des Kindes beizutragen, wenn der andere Elternteil nicht imstande ist, die Bedürfnisse des Kindes vollständig zu decken. Weiters mindert sich der Anspruch auf Unterhalt dann, wenn „[...] das Kind eigene Einkünfte hat oder unter Berücksichtigung seiner Lebensverhältnisse selbsterhaltungsfähig ist.“ (Pichler 2000: 23)

Kinderarmut ist nach Heinrich Neisser, zweiter Nationalratspräsident und Bundesbeamter, auf die „mangelnde Leistungsfähigkeit der Eltern“ zurückzuführen. Das bedeutet, Eltern sind gesetzlich verpflichtet, sich finanziell um ihre Kinder zu kümmern: „Solange diese Pflichten im Rahmen einer bestimmten Leistungsfähigkeit auch geleistet werden können, so lange sind die Eltern in die Pflicht zu nehmen.“ (Parlamentsprotokoll 0047; Sitzungsperiode XX.; 1996) Können die Eltern ihren Pflichten aus bestimmten Gründen nicht nachgehen, soll der Staat unterstützend eingreifen.

1998 lebten bereits 152.000 Kinder unter der nationalen Armutsgrenze. Meist sind Kinder atypischer Familien – wie AlleinerzieherInnen¹ und AlleinerhalterInnen oder bäuerlicher Familien – betroffen. Im Jahr 2000 verkündete der seit Oktober 2006 amtierende Klubobmann der ÖVP und ehemalige Bundeskanzler (2000 bis 2007) der Republik Österreich Dr. Wolfgang Schüssel bei der 15. Sitzung des Nationalrates, dass

¹ In Österreich sind etwa 87 Prozent aller AlleinerzieherInnen Frauen. (vgl. Baumgartner. In: Döring/Holztrattner/Sedmak 2003: 18)

die damals initiierte Steuerreform sowie spezifische familienpolitische Zielsetzungen die Anzahl der armen Kinder in Österreich halbieren werden.

Die 2008 veröffentlichten Ergebnisse aus EU-SILC 2006 „Einkommen, Armut und Lebensbedingungen“² zeigen jedoch, dass nach wie vor ein sehr hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen armutsgefährdet ist:

„14% aller Kinder und abhängigen Jugendlichen unter 27 sind **armutsgefährdet**. Sie machen damit knapp ein Viertel (24%) aller Armutsgefährdeten in Österreich aus. 122.000 Buben und 128.000 Mädchen lebten 2006 in Haushalten mit einem Äquivalenzeinkommen unter der Armutsgefährdungsschwelle.“ (Statistik Austria 2008: 46)

Die Erwerbssituation der Eltern wirkt sich unmittelbar auf die Armutssituation und -intensität der betroffenen Kinder aus:

„Bei Ausschöpfen der vollen Erwerbsintensität durch die erwachsenen Personen im Haushalt beträgt das Armutsrisiko für Kinder und Jugendliche lediglich 4%, bei teilweiser Erwerbsintensität 17%. Für die Kinder und Jugendlichen, die in Haushalten leben, wo im Vorjahr keine der erwachsenen Personen erwerbstätig war, beträgt das Armutsrisiko 58%. Ein wichtiger Indikator für benachteiligte Lebenslagen von jungen Menschen ist daher auch, ob sie in einem Haushalt aufwachsen, wo eine der erwachsenen Personen langzeitarbeitslos ist. Das ist bei rund 113.000 Kindern und Jugendlichen der Fall. Zusätzlich leben 137.000 Kinder und Jugendliche in Haushalten, die hauptsächlich Einkommen aus Sozialleistungen beziehen. Auf rund die Hälfte aller armutsgefährdeten Kinder und Jugendlichen trifft eines dieser beiden Merkmale zu. Bei 126.000 Kindern und Jugendlichen sind die Erwerbsmöglichkeiten im Haushalt eingeschränkt, da eine der erwachsenen Personen eine Behinderung hat.“ (Statistik Austria 2008: 46)

² Statistik Austria. Die Informationsmanager [Hrsg.] (2008): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2006. Online auf: www.armutskonferenz.at/einkommen_armut_und_lebensbedingungen_2006.pdf [Zugriff: 05.11.2008]

	Kinder und Jugendliche insgesamt			Armutsgefährdung	
	in 1.000	in %	in 1.000	Anteil in %	Quote in %
Kinder und Jugendliche insgesamt	1.793	100	249	100	14
männlich	919	51	122	49	13
weiblich	875	49	128	51	15
Kinder (bis 16 Jahre)	1.413	79	210	84	15
männlich	726	40	104	42	14
weiblich	687	38	106	43	15
Jugendliche (16-27 Jahre und abhängig)	380	21	40	16	11
männlich	192	11	18	7	9
weiblich	188	10	22	9	12
in Haushaltstypen					
Ein-Eltern-Haushalt	199	11	54	22	27
Mehrpersonenhaushalt + 1 Kind	427	24	35	14	8
Mehrpersonenhaushalt + 2 Kinder	701	39	77	31	11
Mehrpersonenhaushalt + mind. 3 Kinder	451	25	78	31	17
nach Erwerbsintensität der Haushalte					
keine Erwerbsintensität	105	6	61	25	58
teilweise Erwerbsintensität	918	51	157	63	17
volle Erwerbsintensität	770	43	31	13	4
in Risikohaushalten					
mit Langzeitarbeitslosigkeit	113	6	51	20	45
mit hauptsächl. Einkommen aus Sozialleistungen (ohne LangzeitarbeitslosenHHe)	137	8	73	29	54
mit ausl. Mitglied (aus Nicht EU/EFTA)	247	14	77	31	31
mit Eingebürgerten (ohne AusländerInnen)	108	6	19	8	18
mit Behinderung (bei Person im Erwerbsalter)	126	7	26	10	20

Abbildung 1: Armutsgefährdung bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht, Haushaltstyp, Erwerbsintensität und in Risikohaushalten³

Der österreichische Staat selbst empfiehlt keinerlei Reformen, welche Haushalte mit zum Beispiel nur einem Einkommensbezieher günstiger stellen, da dieses Vorhaben mit dem Ziel, die Erwerbstätigkeit zu erhöhen beziehungsweise zu verlängern, konkurrieren würde. (vgl. WIFO 2008: 8)

Der Bericht des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsförderung betont die Wichtigkeit, ein steuerfreies Existenzminimum mit verbesserter Kinderbetreuung zu koordinieren, denn neben den Arbeitsmarktfaktoren spielen Organisation der Haushalte und der Kinderbetreuung eine wesentliche Rolle. Die Möglichkeit, umfassende Kinderbetreuung (wie Kindergarten, Volksschule, Nachmittagsbetreuung) in Anspruch nehmen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für Eltern, um einer Beschäftigung nachzugehen und mindert im weitesten Sinne das Armutsrisiko. Die Einkommenssituation der Eltern beziehungsweise des gesamten Haushaltes ist ein entscheidender Faktor dafür, ob kostenpflichtige Kinderbetreuung in Anspruch genommen werden kann. 20 Prozent der 0- bis 3-Jährigen sind in Betreuung; in

³ Statistik Austria. Die Informationsmanager (2008): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse des EU-SILC 2006. Online auf: www.armutskonferenz.at/einkommen_armut_und_lebensbedingungen_2006.pdf [Zugriff: 05.11.2008]

Haushalten mit mittlerem Einkommen hingegen können bereits 28 Prozent der 0-3-Jährigen eine Betreuung genießen. (vgl. Statistik Austria 2008: 47)

„Die Kosten von Kindern ("ein steuerfreies Existenzminimum") könnten durch höhere Absetzbeträge noch stärker berücksichtigt werden. Der Erhalt der Berufstätigkeit der Frauen kann durch ein verbessertes Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen forciert werden. Betriebskindergärten, sofern sie für mehrere Betriebe und für Nicht-Betriebsangehörige offen sind, könnten zusätzlich zur heute schon möglichen Abschreibung als Betriebskosten gefördert werden, weil sie eine Leistung für Dritte bringen. Keine Berücksichtigung finden im Steuerrecht bisher die Kosten außerhäuslicher Kinderbetreuung. Die **Kosten für externe Kinderbetreuung** durch Kindergärten oder zertifizierte Tagesmütter könnten steuerlich oder durch Schecks zusätzlich verringert werden. Übernehmen Unternehmen einen Teil der Betreuungskosten, könnte das als Betriebsausgabe gelten und beim Empfänger steuerfrei sein.“ (WIFO 2008: 8)

Gegenfinanzierungen sind vonnöten, um dieses Vorhaben umsetzen zu können. Dazu ist beispielsweise eine Erhöhung anderer Ausgaben genauso wie die Streichung von steuerlichen Annahmen, das heißt eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, unerlässlich. (vgl. WIFO 2008: 8)

Wie bereits erwähnt ist Kinderarmut häufig auf ein geringes Einkommen der gesamten Familie oder eines Elternteils zurückzuführen – die finanzielle Situation der Eltern beziehungsweise der Haushalte, in denen die betroffenen Kinder leben, werden als Parameter für Untersuchungen herangezogen.

Um Kinder- und Jugendarmut messen zu können, entwarf Andreas Klocke, Professor für Soziologie, fünf Indikatoren, „[...] die Aufschluss über die Wohlstandsposition der Familie geben [...]“ (Klocke 2001: 301) sollen:

- Der sozioökonomische Ansatz gibt Aufschluss über die Berufspositionen von Vater und Mutter.
- Die subjektive Bewertung der finanziellen Situation des eigenen Haushaltes wird herangezogen, um „[...] die relationale soziale Position des Haushalts“ anzugeben [...].“ (Klocke 2001: 301)
- Indem die Kinder über die Anzahl der in der Familie vorhandenen Automobile gefragt werden, können die materiellen Ressourcen der Familie gut eingeschätzt werden.
- Außerdem ist das eigene Zimmer ein weiterer wichtiger Indikator für Klocke, um die Wohnsituation der Familie einschätzen zu können.
- Die Anzahl der Urlaubsreisen im vergangenen Jahr gilt als Messgröße für den gesamten Lebensstandard der Familie. (vgl. Klocke 2001: 301)

	Kinder und Jugendliche					
	Gesamt		nicht armutsgefährdet		armutsgefährdet	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Insgesamt	1.793	100	1.544	100	249	100
Haushalt kann sich nicht leisten...						
Urlaub zu machen	548	31	403	26	146	58
jeden 2.Tag Fleisch, Fisch zu essen	175	10	122	8	54	21
neue Kleider zu kaufen	89	5	63	4	27	11
die Wohnung angemessen warm zu halten	83	5	64	4	19	8
unerwartete Ausgaben zu tätigen	541	30	378	24	163	65
notwendigen Arztbesuch	35	2	32	2	(3)	(1)
Ist mit Zahlungen im Rückstand	86	5	53	3	33	13
Haushalt kann sich nicht leisten...						
Telefon	100	6	64	4	36	15
PC	103	6	72	5	31	12
Internet	186	10	131	8	55	22
DVD-Player	68	4	43	3	24	10
Geschirrspüler	79	4	45	3	33	13
PKW	81	5	45	3	37	15
Überbelag	225	13	149	10	77	31

Abbildung 2: Nicht monetäre Benachteiligung von Kindern und Jugendlichen nach Armutsgefährdung ihrer Haushalte⁴

Dieser Ansatz erhebt den Anspruch, Armut mittels subjektiven Werturteilen der befragten Kinder zu messen. Jedoch sollte auch festgehalten werden, dass einige Indikatoren nicht ausnahmslos die Situation der Kinder selbst beschreiben, sondern jene der Eltern beziehungsweise des gesamten Haushaltes und in weiterer Folge erst die Rückwirkungen der Lebenssituation der gesamten Familie auf die Kinder.

Nach den Empfehlungen des Europäischen Statistischen Zentralamtes (EUROSTAT) wird die Armutsgefährdung der im betroffenen Haushalt lebenden Kinder ausschließlich über die Einkommenssituation der Eltern bestimmt. Auch bei diesem Ansatz misst der Indikator die Situation der Eltern – die Ergebnisse erlauben jedoch Rückschluss auf die Situation der Kinder.

Unmittelbaren Zusammenhang sehen die ExpertInnen zwischen sozialem Status der Eltern innerhalb der österreichischen Gesellschaft und dem Ausbildungsweg ihrer Kinder. Die Kluft zwischen Reich und Arm wird hier besonders deutlich:

„Zahlreiche Studien belegen, dass das Bildungverhalten in Österreich stark schichtbeeinflusst ist. Kinder aus unteren sozialen Schichten erfahren oft weniger kompetente Unterstützung und Förderung, die vom Bildungssystem gefordert wird. Die Kinder fallen primär dem Ausleseprozess in der Schule zum Opfer und haben in der Folge bezüglich Berufswahl keine große Alternativen.“ (Baumgartner 2003: 18)

⁴ Statistik Austria. Die Informationsmanager (2008): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse des EU-SILC 2006. Online auf: www.armutskonferenz.at/einkommen_armut_und_lebensbedingungen_2006.pdf [Zugriff: 05.11.2008]. 48.

Armutsgefährdete beziehungsweise von (akuter) Armut betroffene Kinder sind bereits sehr früh mit den Folgen soziale Exklusion konfrontiert – manche bereits im Kindergartenalter. Von akuter Armut betroffene Eltern können ihren Kindern kein neues Spielzeug oder teure (Marken-)Kleidung kaufen. Auf diese Weise werden sowohl teure beziehungsweise neue Markenkleidung als auch Spielzeug und technologische Geräte zu Instrumenten sozialer Statuszuschreibung. Können sich die Eltern diese aufgrund mangelnden Einkommens nicht leisten, werden ihre Kinder in vielen Fällen von Jugendlichen wohlhabenderen Familien verspottet und aus der Gruppe ausgeschlossen. Des Weiteren können Kinder solcher Familien aufgrund der prekären finanziellen Verhältnisse nicht an Schulveranstaltungen, Sportwochen oder Auslandsreisen teilnehmen und aufgrund der schlechten Wohnungssituation keine Freunde einladen. Lipp stellt fest:

„Armut in Österreich führt selten soweit, daß [sic!] Grundbedürfnisse wie Essen und Bekleidung nicht mehr finanzierbar sind. Viel häufiger tritt sie in Form des Ausschlusses vom durchschnittlichen gesellschaftlichen Leben auf. Sei es, daß [sic!] die Kinder nicht auf Schikurs fahren können, Rechnungen offen bleiben, das Geld fehlt, um den Kindern eine gute Schulausbildung zu ermöglichen oder daß [sic!] Kinder dazu animiert werden, möglichst schnell ihr eigenes Geld an meist schlecht qualifizierten Arbeitsplätzen verdienen.“ (Lipp 1996: 41)

Armut gilt als Phänomen, das vererbbar ist. Steiner verdeutlicht dies in seinen Ausführungen:

„Der Ausbildungsstatus der Kinder korreliert noch immer beträchtlich mit dem der Eltern. Die Vererbung der Armut ist leider auch heute noch ein Phänomen und dies ist vom Anspruch unserer Gesellschaft – allen Menschen gleiche Startchancen zu eröffnen – die allergrößte Herausforderung für die Armuts politik. Für nicht wenige ist schon mit 10 oder 15 Jahren klar, daß [sic!] sie bis zu ihrem Lebensende zu den sozial Schwächsten gehören werden. (Steiner: 1996: 15)

Als Folge davon verlieren die betroffenen Kinder zwangsweise den Anschluss an die so genannte Kinderkultur. (vgl. Baumgartner 2003: 19)

Armut und die daraus resultierende soziale Exklusion können darüber hinaus schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Kinder haben: In manchen Fällen stellen Ärzte häufiges Empfinden negativer Emotionen fest, welche zu einer Schwächung des Immunsystems führen. Außerdem reagieren die von Armut betroffenen Kinder aufgrund der großen psychischen Belastung häufiger mit Frustessen, da sie physischen Hunger nicht mehr wahrnehmen. In weiterer Folge führt ungesunde Nahrung beziehungsweise unregelmäßige Nahrungsaufnahme zu Gewichtszunahmen und Zahnproblemen.

Bei Kindern zwischen elf und dreizehn Jahren, die in feuchten Wohnungen leben (müssen), stellte man ein verstärktes Auftreten von Atemwegserkrankungen, Kopfschmerzen und Asthma fest. (vgl. Buggler; Schenk; Bierling-Wagner: 2004)

Wie bereits gezeigt wurde, beschränkt sich die Armut der Kinder keineswegs ausschließlich auf materielle beziehungsweise monetäre Aspekte; vielmehr ist es von großer Bedeutung, die materielle Armutsdefinition um nichtmaterielle und nichtmonetäre Faktoren und Indikatoren zu erweitern: So stellte Baumgartner in ihrem Beitrag zur Armutsforschung fest, dass Kinder vor allem in den Zeiten erhöhten Arbeitsvolumens und steigender Arbeitsintensität vom Zeitmangel ihrer Eltern unmittelbar betroffen sind. Die Erwerbsbeteiligung ist in den vergangenen drei Jahrzehnten deutlich gestiegen – insbesondere Frauen nehmen seit 2000 verstärkt am Erwerbsleben teil. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen stieg von 49 Prozent im Jahr 1971 auf 62 Prozent im Jahr 2000; die Tendenz ist nach wie vor steigend. Ihre mangelnde Zeit und Zuwendung versuchen Eltern in vielen Fällen durch Kinderbetreuung (Kindergarten, Tagesheim, Tagesmutter, Nachmittagsbetreuung etc.), technologische und andere materielle Konsumartikel und Medienkonsum zu ersetzen. In diesem Zusammenhang spricht Baumgartner von einer „Institutionalisierung der Kindheit“ (vgl. Baumgartner 2003: 20).

In diesem Teilkapitel konnte gezeigt werden, dass sich Kinderarmut im mangelnden Einkommen der Eltern, aber auch in nicht monetären Aspekten manifestiert: Mangelndes Einkommen führt zu materieller Armut der Kinder. Da sie weder über teures Spielzeug, technische Geräte noch über (teure) (Marken-)Kleidung verfügen, erfahren sie bereits sehr früh soziale Exklusion, welche wiederum in (schwerwiegenden) gesundheitlichen Problemen resultieren kann.

Insbesondere seit dem Jahr 2000 zeichnete sich erhöhte Erwerbsbeteiligung ab: Aufgrund von erhöhtem Arbeitsvolumen und kontinuierlich steigender Arbeitsintensität sind Kinder vom Zeitmangel ihrer Eltern betroffen. Diesen versuchen die erwerbstätigen Eltern häufig durch Kinderbetreuung, materielle Konsumartikel und erhöhten Medienkonsum zu ersetzen.

3.2 Frauenarmut in Österreich

Frauenarmut nimmt in der wissenschaftlichen Armutsdebatte einen besonderen Stellenwert ein, denn diese Art der Armut ist in vielen Fällen eng mit anderen Armutskonzepten verbunden. Die Armutsgefährdung der Gesamtbevölkerung in Österreich wies im vergangenen Jahrzehnt steigende Tendenz auf; wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre zeigten, dass Frauen überproportional von Armut betroffen sind. Während im Jahr 2003 473.000 Männer armutsgefährdet waren, mussten 571.000 Frauen mit einem monatlichen Nettobetrag von 785, – Euro oder weniger auskommen. (vgl. Höferl 2005: 3)

Aus diesem Grund weisen viele PolitikerInnen, WissenschaftlerInnen und ForscherInnen der Armut ein „weibliches Geschlecht“ zu. Insbesondere in der Politik fand der Slogan: „Armut ist weiblich!“ (vgl. Parlamentsprotokoll 00027; Gesetzgebungsperiode XX.; 1996) schon vor langer Zeit Eingang. Der Abgeordnete Karl Öllinger (Grüne) erwähnte beispielsweise im Rahmen einer Parlamentssitzung, Frauen seien generell stärker von Armut betroffen, da der Staat ihnen (immer noch) weniger Lohn, Einkommen, Arbeitslosengeld und Notstandshilfe als Männern zugestehe. Der Abgeordnete geht sogar einen Schritt weiter, indem er behauptet: „Wir wissen, dass Armut auch ein Geschlecht hat, nämlich ein weibliches.“ (Parlamentsprotokoll 0027; Gesetzgebungsperiode XX.; 1996) (Die!) Armut ist weiblich! Wie ist das möglich?

Die österreichische Arbeitswelt und die geschlechterspezifische Arbeitsteilung erschwert Frauen den Zugang zu vielen Erwerbsmöglichkeiten. Alleinerziehende Mütter werden am Arbeitsmarkt oftmals wegen ihrer eingeschränkten Flexibilität diskriminiert und haben dadurch geringere Verdienstchancen als ihre männlichen Mitstreiter:

„Soziale Ausgewogenheit ist auch im Bereich der Löhne und Gehälter nicht gegeben. Von den 240 000 Personen, die 1995 weniger als 12 000 S brutto verdienten, sind 80 000 Männer und 160 000, also doppelt soviel [sic!], Frauen, wobei bei den Männern eher eine Konzentration bei den Jüngeren erkennbar ist, bei den Frauen aber leider alle Altersgruppen verstärkt betroffen sind.“ (Parlamentsprotokoll 00621; Gesetzgebungsperiode XX.; 1997)

In vielen Fällen sind auch Alleinerzieherinnen, die aus unterschiedlichen Gründen keiner Erwerbsarbeit nachgehen können, von Armut betroffen. Trotzdem ist es von Bedeutung, die alleinerziehenden Mütter in Österreich nicht als homogene Gruppe zu begreifen, denn nicht alle Alleinerzieherinnen sind von Armut betroffen. Dennoch sprechen

WissenschaftlerInnen von einer überproportionalen Armutsgefährdung dieser Gruppe: „In Österreich ist in diesen Familien eine von zwei Personen von Armut betroffen.“ (Habl 2002: 5)

Genannte Personen sind in vielen Fällen von staatlichen oder privaten Unterstützungsleistungen, wie zum Beispiel Familienbeihilfe, Arbeitslosen- und Karenzgeld sowie Notstandshilfe und Alimenten beziehungsweise Unterhaltszahlungen abhängig.

Allgemein kann daher gesagt werden, dass sich für Frauen höhere strukturelle Armutsrisiken ergeben, weil die männliche Normal-Erwerbsbiographie sowohl die Arbeitswelt als auch das Sozialsystem entscheidend prägt.

Nach Viktor Klima – ehemaliger Bundeskanzler und SPÖ-Vorsitzender Österreichs – braucht das Land seit jeher „[...] Arbeits- und Lebensreformen, die es Frauen möglich machen, sich voll zu entfalten.“ (Parlamentsprotokoll 00060; XX. Gesetzgebungsperiode; 1997)

Außerdem ist die gesellschaftliche und wirtschaftliche Gleichstellung der Frau der Bundesregierung stets ein wichtiges Anliegen, denn Frauen gelten in der Wirtschaft als Zukunftsträger der Arbeitswelt. Das flächendeckende Netz von Bezirksorganisationen „Frau in der Wirtschaft“ sehen in der Gleichstellung der Frauen große Vorteile für die Gesamtwirtschaft Österreichs, denn Wirtschaftswachstum geht mit zusätzlichem Arbeitskräftebedarf einher:

„Eine aktuelle WIFO-Studie nennt bei einem prognostizierten Wirtschaftswachstum von 2,5 Prozent einen zusätzlichen Arbeitskräftebedarf von 165.000 Beschäftigten bis zum Jahre 2005. Das Angebot an Arbeitskräften, insbesondere an Facharbeitern, geht insgesamt zurück.“ (Asamer 2001)

1997 wurde im Zuge dessen das Gesetz zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern verabschiedet. Im Vordergrund stehen die Gleichstellung der beiden Geschlechtergruppen in der Gesellschaft und Arbeitswelt sowie die Beseitigung bestehender Ungleichheiten. Leistungen und Lebensumstände der Frauen in der österreichischen Gesellschaft sollen sichtbar gemacht und die Stellung der Frauen in Bereichen der Wirtschaft sowie des Finanz-, Gesundheits- und Sozialwesens verbessert werden. (vgl. Gesetz zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern (Landes-Frauenförderungsgesetz) LGBl)

Frauen haben nach wie vor oftmals Schwierigkeiten nach dem Karenzurlaub beziehungsweise der Kinderbetreuungszeit wieder in das Berufsleben einzusteigen und sind daher häufig Armutsrisiken ausgesetzt. Obwohl der Durchrechnungszeitraum pro

Kind um drei Jahre verkürzt und die Anspruchszeit verlängert wird, sehen sich viele Frauen gezwungen, im Alter von 60 oder 65 Jahren noch arbeiten zu gehen, um die Gefahr, materielle Armut zu erfahren, vermeiden zu können:

„Sybille Pirklbauer (Bundesarbeitskammer) unterstrich gleichfalls, dass "Armut weiblich ist", hob hervor, dass Frauen von Armut überproportional betroffen seien, da alleinerziehende Frauen und Frauen in Haushalten mit Kleinkindern nur eingeschränkt einer Erwerbstätigkeit nachgehen können; daher seien deren Pensionen auch sehr niedrig. Frauen seien in den oberen Einkommen unterrepräsentiert. Obwohl seit den achtziger Jahren Frauen eine bessere Bildungsstruktur aufweisen, habe sich hinsichtlich ihrer Realeinkommen kaum etwas getan. Im Zusammenhang mit der Teilzeit wies die Expertin darauf hin, dass es diese Teilzeit häufig in Qualifikationsstufen mit geringem Einkommen gebe, keine Teilzeit gebe es bei höheren und führenden Tätigkeiten. Fest steht für sie auch, dass erwerbstätige Frauen mit unbezahlter Arbeit belastet werden. Somit ergeben sich für Männer eine 48-Stunden-Woche und für erwerbstätige Frauen eine 64-Stunden-Woche.“ (Bizeps 2005)

Die AutorInnen des Buches „Frauenarmut. Hintergründe, Facetten, Perspektiven“⁵ analysieren die komplexen und vielfältigen Ursachen und Ausprägungen von Frauenarmut. Oftmals werden auch hier ökonomische Faktoren einbezogen, um das Ausmaß der so genannten Frauenarmut darzustellen. Wie auch das oben genannte Beispiel zeigt, sind auch Heitzmann und Schmidt in ihrem Beitrag der Meinung, dass es erhebliche Unterschiede in der Erwerbsarbeit zwischen Männern und Frauen gibt: „Man denke nur an die Geschlechterdiskriminierung bei der Bezahlung der Erwerbsarbeit oder an die Segmentierung des Arbeitsmarktes in schlecht bezahlte „Frauenarbeit“ und gut bezahlte „Männerarbeit“.“ (Heitzmann; Schmidt 2001: 9) Die Autorinnen dieses Buches sind der Meinung, dass die politische Diskussion zu Ursachen und Strategien der Armutsbekämpfung immer noch zu sehr „genderunspezifisch“ ist. Oftmals geht man von einem männlichen Kollektiv aus und ignoriert die Frauen in ihrer Eigenständigkeit. Diese Problematik wird besonders sichtbar, wo „[...] sie sich auf Männer und Kinder beziehen bzw. wo ihr „Anderssein“ zum Problem wird.“ (Heitzmann; Schmidt 2001: 17)

Im Rahmen der Frauenarmut werden die gängigen und in politischen Diskussionen häufig verwendeten Modelle und Armutsdefinitionen (zum Beispiel Armut als Einkommensarmut oder Armut im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Sozialhilfemaßnahmen) als unreflektiert und wenig geeignet bezeichnet. Was bedeutet daher Frauenarmut in diesem Zusammenhang?

„Generell [...] wird Frauenarmut im mainstream der Armutsforschung nicht auf den Geschlechtervertrag bezogen, sondern als besondere Lebenslage von Frauen interpretiert [...]. Der Geschlechtervertrag – und insbesondere die in ihn eingeschriebene geschlechtshierarchische Arbeitsteilung – prägt jedoch als „hidden agenda“ alle sozialstaatlichen Regelungen, Gesetze und Institutionen.“ (Heitzmann; Schmidt 2001: 18)

⁵ Heitzmann, Karin; Schmidt, Angelika (Hrsg.) (2001): Frauenarmut. Hintergründe, Facetten, Perspektiven. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Lang.

Da die Sozialpolitik stets eng mit sozialstaatlichen Regelungen, Definitionen, Gesetzen und Institutionen zusammenhängt, ist sie auch stets als Geschlechterpolitik zu verstehen. Frauenarmut wird vorwiegend durch verschiedene Formen der Ausgrenzung verursacht. Auffallend ist, dass auch im Rahmen der so genannten Frauenarmut monetäre Aspekte stets besonders betont werden. Hierbei ist es oftmals problematisch, dass soziokulturelle Dimensionen und Aspekte, genauso wie individuelle Wertentscheidungen nur marginal berücksichtigt werden. Eine objektive und allgemein gültige Definition von Frauenarmut zu geben, ist unmöglich. Dennoch ist es wichtig, eine umfassendere Definition zu finden, die nicht nur materielle Faktoren berücksichtigt, sondern auch andere Faktoren – nämlich jene, die die gesamte Lebenslage der Betroffenen darstellen – einbeziehen: Bildungschancen, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, soziale Kontakte sowie politische Partizipation sind hierbei nur einige wenige Beispiele. Schmidt und Wallimann sehen als einen ersten Schritt zu einer umfassenderen Armutspolitik die Vorbeugung und Vermeidung von Armut. Sie fordern eine Garantie sozialer Mindestrechte für alle Bürger und Bürgerinnen in folgenden Bereichen:

- Ernährung
- Wohnung
- Kleidung
- Arbeit
- (Aus-)Bildung
- Gesundheit
- Partizipation an gesellschaftlichen Prozessen
- Kultur
- Umwelt (vgl. Schmidt; Wallimann 2001: 20)

Die Psychologin Martha Nussbaum verdeutlicht, dass eine Messung der (Frauen-) Armut über die gängigen ökonomischen Indikatoren hinausgehen sollte. Sie nennt viele andere Faktoren, die ihrer Meinung nach entscheidend in die Armutsdiskussion einfließen sollten und welche das so genannte „gute Leben“ darstellen. (vgl. Nussbaum 1999: 56)

Im Rahmen der Darstellung der Frauenarmut wurde sichtbar, dass sich unterschiedliche Armutskonzepte vermischen. Der monetäre Aspekt (materielle Armut) spielt ebenso eine Rolle wie Elemente der immateriellen Armutdefinition (Ernährung, Wohnung, Kleidung, Gesundheit und vieles mehr). Außerdem besteht ein enger Zusammenhang

zwischen „Kinderarmut“ und „Frauenarmut“, da alleinerziehende Mütter überproportional von Armut betroffen sind. Im folgenden Abschnitt soll der enge Zusammenhang zwischen dem Konzept der Frauenarmut und gesundheitspolitischen Aspekten verdeutlicht werden. Die angeführten Argumente zeigen deutlich, dass die zahlreichen, unterschiedlichen Armutskonzepte in vielen Fällen in enger Verbindung stehen und daher nicht streng getrennt voneinander betrachtet werden können.

3.3 Armut und Krankheit – Aspekte der Gesundheitspolitik

Krankheit und Armut stehen oftmals in enger und wechselseitiger Beziehung, was bedeutet, dass Krankheit als Folge von Armut auftreten oder diese verursachen kann. (vgl. Ivansits 2008)

Im Rahmen der gesundheitspolitischen Debatte in Österreich wird Armut nach wie vor nur marginal diskutiert; eine verstärkte und detailliertere Auseinandersetzung mit dieser Thematik wäre wünschenswert, da bereits eine Vielzahl von Studien den wechselseitigen Einfluss von Krankheit und Armut belegen. (vgl. Österle 2004: 8)

Das Risiko, (schwer) zu erkranken beziehungsweise frühzeitig zu sterben, ist für arme Menschen nach wie vor hoch: „Insgesamt fehlt es armen Menschen an Möglichkeiten, alltägliche Belastungen zu bewältigen und die eigene Gesundheit zu fördern.“ (Schleicher; Hlava 2003: 1)

Oft wird der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung und Zugang zu bestimmten Institutionen der Gesellschaft, wie zum Beispiel Wissen, Bildung, Macht, Arbeit, Geld und Prestige, übersehen. (vgl. OÖ. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung)

Der verwehrte Zugang zu diesen Institutionen kann sich maßgeblich auf den Gesundheitszustand auswirken: Aufgrund von schlechtem gesundheitlichen Zustand oder Krankheit kann es zum Ausschluss der betroffenen Personen aus (über)lebenswichtigen Institutionen kommen.

Die „Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007“ liefert repräsentative Aussagen über den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren. Der Bericht gilt als wesentliche Basis für wichtige Entscheidungen im

Bereich der Gesundheits- und Jugendpolitik, denn „[g]erade im Präventions- und Vorsorgebereich muss schon sehr früh mit der Bewusstseinsbildung über die positive Wirkung ausgewogener Ernährung und eines aktiven Lebensstils begonnen werden.“ (Klimont; Kytir; Leitner 2007: 3)

Die subjektive Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes liefert einen bedeutenden Indikator für das allgemeine Wohlbefinden der ÖsterreicherInnen. So können physische, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit gleichermaßen erfasst werden.

Etwa 76 Prozent der Österreicher und Österreicherinnen ab 15 Jahren bewerten ihren Gesundheitszustand mit „sehr gut“ oder „gut“. Knapp ein Viertel der Befragten, also jede vierte Person, schätzt ihren Gesundheitszustand als nicht zufriedenstellend ein, „[...] wobei sich für die Antwortmöglichkeit „mittelmäßig“ mit 18,5% deutlich mehr Menschen entscheiden als für die Antwortmöglichkeiten „schlecht“ (5,0%) oder „sehr schlecht“ (1,0%).“ (Klimont, Kytir, Leitner 2007: 9)

Das bedeutet, 2,5 Millionen, das heißt sieben von zehn, Frauen und 2,0 Millionen, das heißt sechs von zehn, Männern leiden an mindestens einer chronischen Erkrankung. Etwa ein Drittel der österreichischen Bevölkerung, das heißt circa 2,3 Millionen Menschen, ab 15 Jahren leiden unter chronischen Wirbelsäulenbeschwerden; 1,3 Millionen Menschen unter erhöhtem Bluthochdruck und 1,1 Millionen Menschen unter Allergien. Weitere, für die österreichische Bevölkerung typische, Krankheitsbilder sind entzündliche und nicht entzündliche Gelenkserkrankungen, Kopfschmerzen und Migräne. Österreichweit sind etwa 390.000 Personen von Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) betroffen. (Klimont, Kytir, Leitner 2007: 9)

Im folgenden Kapitel wird die Verbindung von Krankheit und Armut diskutiert. (vgl. 3.31 Krankheit/Gesundheit als Folge von Armut/Wohlstand)

Die Ausführungen machen deutlich, dass Krankheit als Folge von Armut auftreten oder sie sogar ein bedingter Faktor für Armut sein kann. Gesundheit bedeutet für viele Menschen ein unverzichtbares und wichtiges persönliches Gut. Im Zuge dessen wird Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von körperlichen und psychischen Krankheiten verstanden, sondern als ein individueller Zustand, der von einer Reihe unterschiedlicher Aspekte beeinflusst wird:

„Dazu zählt die Fähigkeit, sein Leben bewältigen zu können, psychisch ausgeglichen zu sein oder zufrieden stellende soziale Beziehungen zu pflegen. Die Bedeutung dieser Faktoren wird

uns oft erst mit dem Auftreten von (chronischen) Krankheiten [...] sowie Einschränkungen im Alltagsleben bewusst. Die WHO definierte bereits 1946 „Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“.“ (Klimont, Kytir, Leitner 2007: 13)

3.3.1 Krankheit/Gesundheit als Folge von Armut/Wohlstand

Gesundheit wird durch die Lebensverhältnisse beziehungsweise die Auswirkungen der Lebensumwelt auf die Bevölkerung bestimmt:

„Zentrale Umwelten sind Wohnen, Arbeit, Verkehr, der weitere öffentliche Raum, usw. Diese Umwelten sind prägend für das menschliche Leben und Zusammenleben, sie bergen aber auch Gefahren und Belastungen für die Gesundheit.“ (Österle 2004: 8)

Die Gesundheit einzelner Menschen wird wesentlich durch individuelles Verhalten beeinflusst: Ein bestimmtes Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen wirkt sich direkt auf das körperliche Wohlbefinden der Betroffenen aus. Das individuelle Verhalten wiederum wird stark durch gesellschaftliche, kulturelle und wirtschaftliche Rahmenbedingungen beeinflusst. Außerdem wird der Gesundheitszustand der ÖsterreicherInnen durch das Wirken des österreichischen Gesundheitswesens selbst bestimmt:

„Vor allem dort, wo Krankheit geheilt werden kann, wo der Eintritt oder die Verschlechterung von Krankheit verhindert oder gemildert werden kann, kommt dem Vorhandensein und dem Zugang zu Leistungen zentrale Bedeutung zu.“ (Österle 2004: 8f.)

3.3.1.1 (Psychologischer) Stress als Folge und Ursache von Armut

Im Allgemeinen gilt Stress als ein Versuch des Körpers, sich an bestimmte, anstrengende Situationen anzupassen und wirkt sich nicht unmittelbar negativ auf den Gesundheitszustand der Menschen aus. Erst wenn die notwendige Entspannung des Körpers nach einer Stresssituation über einen längeren Zeitraum hinweg ausbleibt, kann es zu einer Gefährdung des Gesundheitszustandes kommen: „Dauerhafter Stress kann zu hohem Blutdruck, Gefäßerkrankungen, Infarktrisiko und generell zu einer Schwächung des Immunsystems führen.“ (Schenk 2004: 1)

(Psychologischer) Stress kann daher als Folge einer prekären finanziellen Situation der Betroffenen auftreten. Menschen, die sich schämen, ihre Armutssituation zu zeigen, nehmen (ärztliche) Hilfe oftmals erst spät in Anspruch: „Von finanzieller Not Bedrohte versuchen so lange wie möglich die Normalität aufrechtzuerhalten, das Gesicht vor den

anderen zu wahren. Das braucht zusätzlich zu den schwierigen Lebensumständen nochmals viel Energie.“ (Schenk 2004: 1)

Die dauerhafte Überbeanspruchung des Immunsystems macht anfälliger für Krankheiten; sowohl Vulnerabilität als auch Verletzbarkeit steigen. Stress wird chronisch, wenn erwartete Ereignisse wiederholt nicht eintreten und zugesagter Job oder finanzielle Zusprüche nicht die erhoffte Entlastung bringen.

Die so genannten Disstresserfahrungen können ihre Wirkung im Allgemeinen über bestimmte

„[...] Prozesse der Blockierung von Handlungschancen (damit der Möglichkeit von Selbstwirksamkeitserfahrungen), des Vorenthaltes angemessener Belohnungen (damit der Möglichkeit von Selbstwertungserfahrungen), des Entzugs sozialer Positionen und des Anschlusses von signifikanten gesellschaftlichen Gruppen (damit der Möglichkeit von Selbstbindungserfahrungen [...]“ (Siegrist 1996: 94)

entfalten.

3.3.1.2 Soziale Ungleichheit als mögliche Ursache frühzeitiger Todesfälle und erhöhter Krankheitsrisiken

Unterschiedliche Faktoren, wie beispielsweise geringe Bildung und niedriges Einkommen, wirken sich unmittelbar auf den Gesundheitszustand und die Lebensdauer der Menschen aus, denn wer „[...] geringes Einkommen und geringe Bildung hat, stirbt durchschnittlich früher als diejenigen mit höherem Einkommen und höherer Bildung.“ (Schenk 2004: 2)

Im Allgemeinen kann daher gesagt werden, gesundheitliche Ungleichheiten entstehen als Folge sozialer Ungleichheiten:

„Besonders ausgeprägt sind die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungssystems und des Herz –Kreislaufsystems [sic!]. In Österreich erkranken 5,1 Prozent der Männer in den untersten 15 Prozent der Hauhaltseinkommen (weniger als 726 €) an Asthma, aber nur 0,8 im obersten (mehr als 1890 €). Bei den Frauen 3,5 Prozent zu 1,8 Prozent. Magengeschwür bzw. Gastritis tritt bei 10,2 Prozent der Männer "unten", aber nur bei 5,2 Prozent "oben" auf; bei den Frauen beträgt das Erkrankungsrisiko 9,5 Prozent zu 0,9 Prozent.“ (Schenk 2004: 2f.)

Die genannten Zahlen geben Aufschluss darüber, dass mit fallendem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung in vielen Industrieländern die Krankheiten ansteigen. In nahezu allen Gesellschaften sind niedrigere soziale Schichten am häufigsten von schwersten Erkrankungen betroffen, wodurch in weiterer Folge die Lebenserwartung dieser sozialen Gruppe merklich sinkt. Faktoren wie Gesundheit, Einkommen, Berufsstatus und soziale Unterstützung wirken sich laut einer aktuellen Studie

maßgeblich auf den Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung aus. (vgl. IFES 2007)

Insbesondere folgende vier Faktoren tragen zu einer Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen den verschiedenen Einkommensschichten bei:

- „1. die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen,
- 2. die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten,
- 3. die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung und
- 4. die Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitshandeln.“ (Schenk 2004: 4)

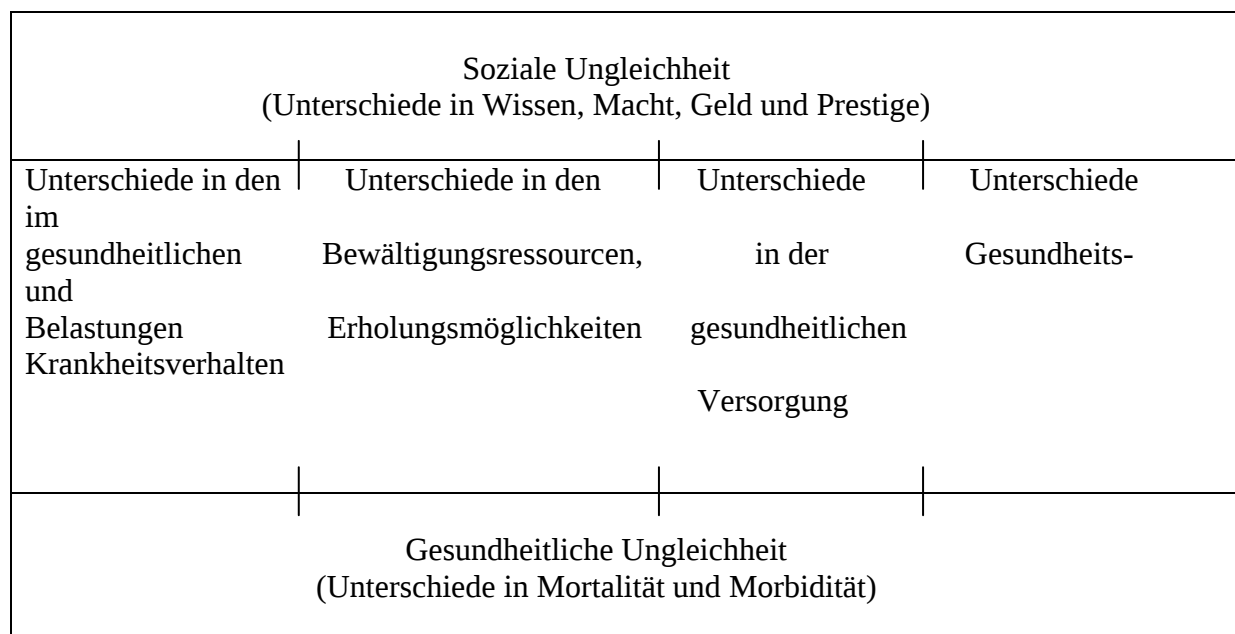


Abbildung 3: Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell⁶

Wie die Grafik „Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell“ zeigt, stehen soziale und gesundheitliche Ungleichheiten innerhalb einer Gesellschaft in enger Verbindung: „Stress durch finanziellen Druck und schlechte Wohnverhältnissen [sic!] gehen Hand in Hand mit einem geschwächten Krisenmanagement, verbinden sich mit mangelnder Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und einem ungesunden Lebensstil.“ (Schenk 2004: 3) Gesundheitskampagnen versuchen dem ungesunden Lebensstil der ärmeren Bevölkerung oftmals entgegenzuwirken und plädieren für gesunde Ernährung, welche jedoch für ärmere Menschen oft nicht erschwinglich ist. Die Ausgaben für frisches Obst und Gemüse sind in vielen Fällen zu hoch, um mit dem

⁶ Mielck, Andreas (2000): Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Erklärungsmodell. In: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern [u.a]: Huber. 173.

verfügbaren Einkommen die ganze Familie ernähren zu können, daher sind niedrigere soziale Schichten häufig gezwungen, sich fettreich beziehungsweise kohlehydratschwer zu ernähren.

3.3.2 Armut als Folge von Krankheit

Rund ein Drittel der österreichischen Bevölkerung (2,3 Millionen Menschen) ist aufgrund anhaltender gesundheitlicher Beschwerden nur beschränkt fähig, dem gewohnten Alltagsleben nachzugehen: „355.000 Österreicherinnen und 283.000 Österreicher ab 15 Jahren sind aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems bei Tätigkeiten des Alltagslebens stark eingeschränkt, weitere 910.000 Frauen und 740.000 Männer etwas eingeschränkt.“ (Klimont; Kytir; Leitner 2007: 9) Weitere 480.000 Personen, davon 300.000 Frauen und 180.000 Männer, haben Schwierigkeiten, Basisaktivitäten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden und Körperhygiene, auszuführen. Zehn Prozent dieser Betroffenen erhält keine beziehungsweise nur unzureichende Unterstützung. (vgl. Klimont; Kytir; Leitner 2007: 9)

3.3.2.1 Die österreichische Gesundheitspolitik

Die Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen wird als eine überwiegend öffentliche Aufgabe betrachtet. So übernimmt der Bund die Verantwortung für das gesamte Gesundheitswesen. Ausnahme bildet das Krankenanstaltenwesen, wo der Bund nur eine gesetzgebende Funktion inne hat. Das System der Gesundheitsversorgung in Österreich gilt im internationalen Vergleich als qualitativ und quantitativ gut ausgebaut, da „[n]ahezu jede Österreicherin und jeder Österreicher [kann] eine Gesundheitsversorgungseinrichtung innerhalb einer Stunde erreichen [...]“ (Nationaler Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung) kann.

Im Mittelpunkt dieses Systems steht die verpflichtende, vom Staat organisierte Krankenversicherung, welche rund 98 Prozent der österreichischen Bevölkerung umfasst. In Österreich sind etwa 160.000 Menschen nicht krankenversichert, was einem Anteil von etwa zwei bis 2,4 Prozent entspricht.

Aufgrund der Vielzahl von finanziellen Herausforderungen in den vergangenen Jahren wurde im Herbst 2004 eine umfassende Gesundheitsreform verabschiedet, um gegenwärtige strukturelle Probleme zu beseitigen und die Finanzierbarkeit des

österreichischen Gesundheitssystem auch weiterhin absichern zu können. Ziel ist es, „[...] auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen [...]“. (bmsk 2006: 28)

Viele Familien können trotz Krankenversicherung die hohen Kosten, die mit Krankheitsfällen einhergehen, nicht tragen. Vor allem Großfamilien, „[...] bei denen vielleicht auch einmal in kürzeren Abständen mehr Erkrankungen auftreten [...]“ (Parlamentsprotokoll 00621; XX. Gesetzgebungsperiode; 1997) sind verstärkt betroffen. Des Weiteren erwähnt die Bundesrätin Moser, dass Arbeitnehmer häufig auf Arztbesuch und den Anspruch auf Krankenstand verzichten, um das Risiko, ihren Job zu verlieren, nicht eingehen zu müssen.

Die gesundheitliche Situation der Bevölkerung ist im weitesten Sinne auch auf den Bildungsgrad der Betroffenen zurückzuführen. Menschen mit hoher Bildung können den österreichischen Arbeitsmarkt aufgrund ihres Wissens beeinflussen und sind seltener von Arbeitslosigkeit beziehungsweise dem Phänomen der „working poor“ genauso wie schlechter Wohnsituation, Ernährung oder Gesundheit betroffen. ÖsterreicherInnen, die jedoch über wenig Bildung verfügen, sind in den meisten Fällen auch am Arbeitsmarkt benachteiligt und somit häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Die Betroffenen sehen sich oftmals starker Belastung am Arbeitsplatz ausgesetzt und bekommen aufgrund ihrer (fehlenden) Ausbildung niedrigere Löhne. Die schlechte finanzielle Lage manifestiert sich in finanziellen Einschränkungen hinsichtlich Wohnungssituation, (un)gesunder beziehungsweise ausreichender Ernährung, (un)ausgewogener Freizeitgestaltung oder entsprechender Zahnsanierung. (vgl. OÖ Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung 2003: 3)

Leistungsdruck und vor allem dauerhafter Stress haben für viele Menschen ernsthafte gesundheitliche Folgen. Die Stressreaktion des Körpers wird im Allgemeinen – wie oben bereits dargestellt – nicht als gesundheitsschädigend angesehen, denn auf jede Phase der Anspannung folgt im Normalfall eine Phase der Entspannung. Wenn die Phase der Anspannung jedoch zu lange anhält und die notwendige Entspannung des Körpers ausbleibt, können verschiedene Faktoren zu unterschiedlichen negativen gesundheitlichen Folgen führen. Als Stress auslösende Faktoren gelten Angst vor Arbeitslosigkeit; Mobbing; fehlende Anerkennung durch ArbeitskollegInnen, Vorgesetzte und Eltern; schwere körperliche Arbeit; Lärm; Schmutz, toxische Stoffe sowie fehlende Sicherheit;

unklare und atypische Beschäftigungsverhältnisse. (vgl. OÖ Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung 2003: 6)

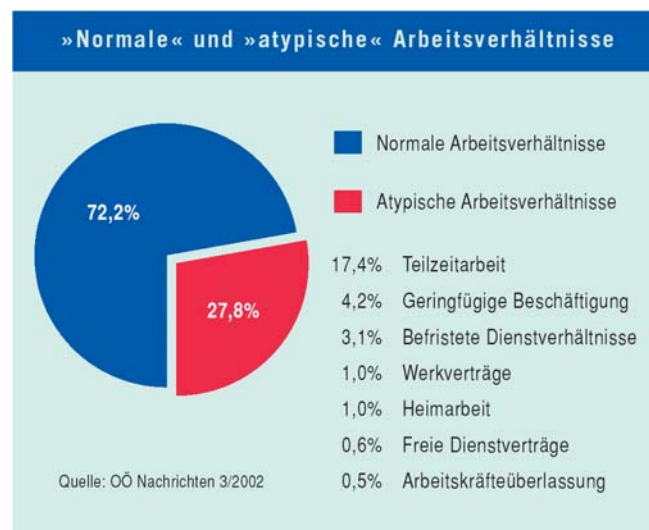


Abbildung 4: Normale und atypische Arbeitsverhältnisse⁷

Die dargestellten Faktoren können auf Dauer Bluthochdruck, (Herz-) Gefäßerkrankungen, Rückenprobleme und psychische Erkrankungen auslösen. Um arbeitsbedingte Folgeerkrankungen von Stress vermeiden zu können, ist einerseits eine Sensibilisierung von ArbeitgeberInnen und -nehmerInnen und andererseits eine Verbesserung sozial- und arbeitsrechtlicher Bestimmungen hinsichtlich erhöhter Absicherung der Beschäftigten in prekären Arbeitsverhältnissen genauso notwendig wie die Umsetzung von Stress vorbeugenden Maßnahmen in Betrieben.

Armut manifestiert sich häufig in einem mangelnden Zugang zum Gesundheitssystem beziehungsweise in einer mangelnden Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen. Daher steht die Schaffung eines Gesundheitssystems, zu dem die gesamte Bevölkerung – unabhängig von Herkunft, Einkommen, Alter und Geschlecht – Zugang haben soll, stark im Vordergrund. Grundlage für die Errichtung gesundheitsfördernder Institutionen in Österreich bilden die Konferenzen der World Health Organization (WHO): Ausgearbeitete Anregungen und Vorschläge wurden aufgegriffen und seit dem Beginn der 1990er Jahre umgesetzt. (vgl. Baldaszi; Urbas 2006: 35) Inwiefern wird jedoch das Prinzip der Gleichbehandlung innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems umgesetzt? Im Rahmen eines sehr gut ausgebildeten Akutversorgeprogramms können umfassende und hochwertige Leistungen

⁷ Normale und atypische Arbeitsverhältnisse. In: OÖ Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung (2003): Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Warnung der Armutskonferenz. Leseheft 2. Online auf: www.armutskonferenz.at/wissen/armut-leseheft060303.pdf [Zugriff: 09.08.2008]

für beinahe alle ÖsterreicherInnen sichergestellt werden. Mängel stellt Österle in folgenden Bereichen fest:

„Bestehende Defizite betreffen einerseits Unterschiede in der Inanspruchnahme und andererseits jene Personen, die nicht in das soziale Krankenversicherungssystem eingebunden sind. In beiden Fällen steht dabei die Problematik im Vordergrund, dass Armut und soziale Ausgrenzung zu Problemen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt.“ (Österle 2004: 10)

Große Verantwortung müssen Private bei der Langzeitpflege übernehmen: Obwohl das 1993 eingeführte Pflegegeld für viele eine finanzielle Unterstützung darstellt, sind Pflege- und Versorgungsangebote nachts oder an Wochenenden in vielen Teilen Österreichs nach wie vor unzureichend vorhanden. Um die Pflege der (körperlich beziehungsweise geistig) benachteiligten, kranken und/oder alten Angehörigen finanzieren zu können, greift das System auf Pension(en) und Pflegegeld zurück; darüber hinausgehende Kosten werden vom Sozialhilfeträger übernommen. Das bedeutet für die Angehörigen, dass sie eine Vielzahl an therapeutischer und rehabilitativer Leistungen aus eigenständig finanzieren müssen, was auf Dauer gesehen zu einer Verarmung des Pflegepatienten führen kann: „Eine zeitlich länger andauernde Pflegebedürftigkeit kann für viele Betroffene den Weg in die Armut bedeuten.“ (Österle 2004: 10)

Der Staat stellt eine gewisse Summe an Pflegegeld zur Verfügung, die aber oft nicht ausreicht, um alle Betroffenen umfassend versorgen zu können. Aus diesem Grund müssen viele der physisch und psychisch benachteiligten Menschen in Österreich unter dem staatlich festgesetzten Existenzminimum leben. Obwohl das österreichische Arbeitsmarktsystem in den letzten Jahren einen erheblichen Wandel durchlebt hat, stellen Menschen, die von Geburt an körperlich oder geistig benachteiligt sind, und Betroffene, die durch Krankheit oder Unfall ihren Arbeitsplatz verloren haben, einen Großteil der Langzeitarbeitslosen in Österreich. Außerdem ist die Anzahl der Firmen, welche (die geforderte Anzahl an) Menschen mit Benachteiligung beschäftigen, unzureichend: „Obwohl sich seit dem Bestehen von Arbeitsassistenzen die Arbeitsmarktsituation für Menschen mit Behinderung in Österreich gebessert hat, erfüllen viele Arbeitgeber nicht die Einstellungsquote für behinderte Menschen.“ (OÖ Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung 2003: 12)

Eine Vielzahl an Studien in Österreich hat gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Situation und dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Menschen besteht. Österreichs Gesundheitssystem zeichnet sich im internationalen Vergleich durch

sein besonderes Versorgungsniveau aus, dennoch wird bei näherer Betrachtung der Thematik deutlich, dass soziale Randgruppen das Gesundheitsangebot in Österreich seltener in Anspruch nehmen als die wohlhabenderen Bevölkerungsschichten: „In jüngster Zeit konnte nachgewiesen werden, dass armutsgefährdete Menschen Gesundheitsleistungen tendenziell in geringerem Ausmaß in Anspruch nehmen als die Durchschnittsbevölkerung.“ (Habl 2002: 3) Vor allem körperlich Benachteiligten, Obdachlosen, psychisch Kranken, MigrantInnen und anderen sozial ausgegrenzten Menschen widerfahren oftmals soziale Ungleichheiten. Um die daraus entstehenden Ungleichheiten im Gesundheitswesen abbauen zu können, sind weiterhin umfassende Reformen von Nöten.

3.3.2.2 Frauen – Gesundheit, Krankheit und Armut

Bei näherer Betrachtung der Problematik wird deutlich, dass sich neben sozioökonomischen Faktoren auch geschlechtsspezifische Unterschiede auf das Gesundheitsbewusstsein, Erkrankungsrisiko und Krankheitsspektrum der österreichischen Bevölkerung auswirken können. (vgl. Schleicher; Hlava 2003: 1) Die Tatsache, dass ein besonderer Zusammenhang zwischen Gesundheit beziehungsweise Armut und Frauen gegeben ist, wurde lange Zeit stark vernachlässigt und wird nach Habl auch heute in (noch) nicht ausreichendem Maße berücksichtigt:

„Tatsächlich wird erst seit wenigen Jahren akzeptiert, dass Frauen und Männer an unterschiedlichen Krankheiten mit unterschiedlichen Symptomen und Verläufen leiden und auch ein anderes Verständnis von Gesundheit haben. Dieses Faktum ist vielen Ärzten und auch Ärztinnen jedoch nicht ausreichend bewusst, obwohl die gesundheitsrelevante Bedeutung des biologischen und sozialen Geschlechts inzwischen außer Zweifel steht [...].“ (Habl 2002: 6)

Nach wie vor werden vor allem schulmedizinische Faktoren wie Lebenserwartung, Mortalität, Morbidität und Symptomatik herangezogen, um Aussagen über den Gesundheitszustand einzelner Personen zu treffen. Umfassende Gesundheitsdaten bestätigen aber, dass vor allem für Frauen ein enger Zusammenhang zwischen Armutsbetroffenheit, Gesundheitsverhalten und Mortalität besteht. Anhand bestimmter Daten stellen ExpertInnen geschlechtsspezifische Besonderheiten, Unterschiede hinsichtlich Lebenserwartung, Gesundheitszustand, Gesundheitsorientierung, Belastungsfaktoren, Todesursachen und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und Trends fest, „[...] die mit der gesundheitlichen Entwicklung von sozial benachteiligten Frauen in Zusammenhang stehen.“ (Schleicher; Hlava 2003: 1)

Die Mitglieder der WHO-Konferenzen der Jahre 1992 und 1994 haben sowohl Empfehlungen als auch Aktionspläne für Europa etabliert und verabschiedet. Bereits in den Anfängen der 1990er Jahre wurde Frauengesundheit als ein stark diskutiertes Thema auf die politische Tagesordnung gesetzt. In weiterer Folge wurde im Jahr 1995 der erste Österreichische Frauengesundheitsbericht gleichzeitig mit spezifischen Länderberichten erstellt und veröffentlicht. In diesen Berichten wurde der Schwerpunkt auf die bisherigen Problematiken, wie beispielsweise die „[...] unterschiedlichen biopsychosozialen Risikofaktoren, aber auch fehlende Beachtung von Problemen und Strategien [...]“ (Wimmer-Puchinger 2006: 13) aufmerksam gemacht. In weiterer Folge wurden vier für Frauen spezialisierte Gesundheitszentren in Graz, Linz, Salzburg und Wien etabliert, um einen landesweiten Vergleich gewährleisten zu können.

Die kontinuierliche Ausweitung solcher Gesundheitssysteme zu einem Frauengesundheitsnetzwerk führt in einem weiteren Schritt zu einem früheren Erkennen von Symptomen, zu differenzierteren Diagnosen und spezifischeren Behandlungen von Frauen. (vgl. Wimmer-Puchinger 2006: 13)

Obwohl die häufigsten Todesursachen bei Frauen und Männern – wie beispielsweise Herz- und Kreislauferkrankungen⁸, Krebs und Atemwegserkrankungen – sehr ähnlich sind, ist wie bereits angedeutet, eine differenzierte Betrachtungsweise vonnöten: Einerseits sterben Männer häufiger an den Folgen von Unfällen beziehungsweise aufgrund von Suiziden als Frauen; andererseits sind bei den Krebserkrankungen erhebliche Unterschiede festzustellen. Männer leiden am häufigsten an Prostatakrebs, Lungenkrebs und Kolonrektalkrebs, Frauen hingegen erkranken primär an Brustkrebs, Kolonrektal- und Gebärmutterhalskrebs.

⁸ Im Jahr 2002 sind alleine 22.000 Frauen an den Folgen von Herz-Kreislauferkrankungen gestorben, außerdem weisen sie eine höhere Mortalitätsrate bei Herzoperationen auf. (vgl. Wimmer-Puchinger)

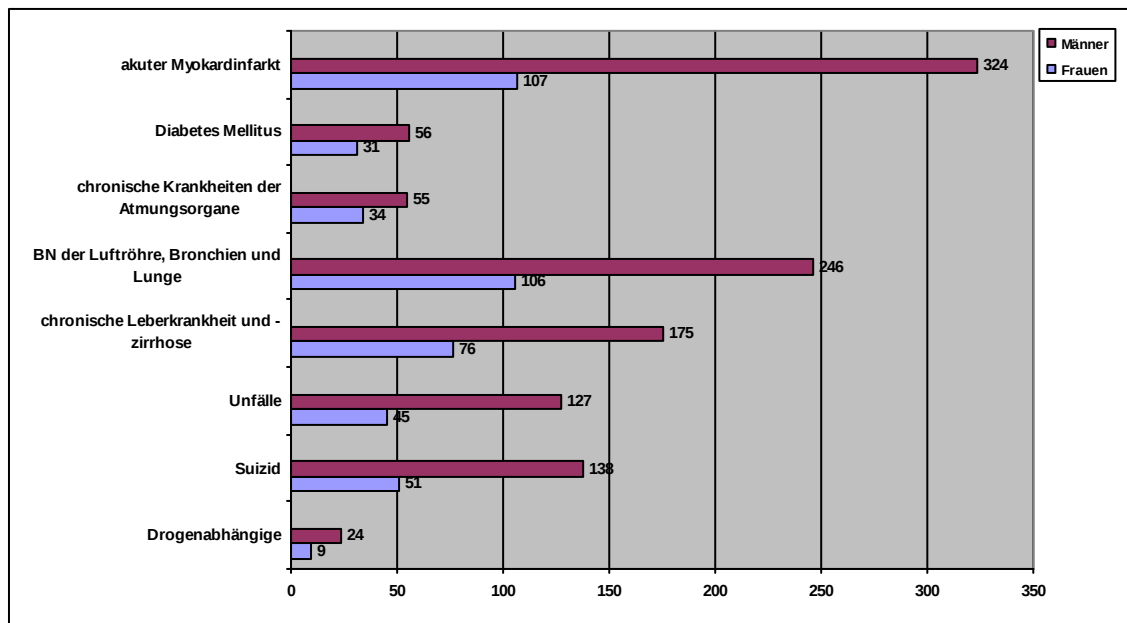


Abbildung 5: Gestorbene jünger als 65 Jahre nach ausgewählten Todesursachen, Wien 2002⁹

Genauso werden andere Krankheiten, beispielsweise Osteoporose, Essstörungen oder Schilddrüsenüberfunktionen sowie bestimmte Krankheitssymptome (zum Beispiel Schlafstörungen und Kopfschmerzen), bei Frauen häufiger festgestellt: „So haben Frauen doppelt so oft schlaflose Nächte wie Männer und erkranken doppelt so häufig an Migräne oder Kreislaufstörungen und leiden stärker unter Niedergeschlagenheit.“ (Habl 2002: 7)

Frauen erkranken verstärkt an Depressionen und werden in Folge dessen häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen stationär behandelt. Auch Panikattacken sowie Angststörungen treten bei Frauen häufiger auf – als Erklärung dafür werden in vielen Fällen gesellschaftliche Rahmenbedingungen herangezogen. Als ein weiteres – vor allem westliche Gesellschaften betreffendes – Problem gelten Essstörungen (vor allem Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) angesehen. Das Alter der Betroffenen sinkt unaufhaltsam und die Folgen sind drastisch: „Die gesundheitlichen Langzeitfolgen sind Osteoporose bereits in jüngeren Jahren, gastrointestinale Erkrankungen, endokrinologische Störungen sowie Erkrankungen der Speiseröhre und Zahnschäden in Folge der Mangelernährung.“ (Wimmer-Puchinger 2006: 14)

Die weibliche Bevölkerung Österreichs ist in letzten Jahren verstärkt an Brustkrebs und Lungenkrebs erkrankt; Fortschritte im Bereich der Frauengesundheit zeigten sich in Bezug auf den Rückgang von Eierstock-, Magen- und Dickdarmkrebserkrankungen.

⁹ Gestorbene jünger als 65 Jahre nach ausgewählten Todesursachen. In: Baldaszi, Erika Dr.; Urbas, Elfriede (2006): Gesundheitsbericht Wien 2004. Online auf: <http://www.wien.gv.at/who/gb/04/pdf/gb04gesamt.pdf> [Zugriff: 07.08.2008]

Chronische Erkrankungen wie beispielsweise Osteoporose – Schätzungen gehen von etwa 301.000 betroffenen Frauen aus – oder Diabetes sowie von Harninkontinenz (etwa 850.000 betroffene weibliche Personen) drängen auf verstärkte Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsprävention und spezifische Behandlungen.

Die Entwicklungen der vergangenen zehn Jahre zeigen deutlich einen Umbruch in der Frauengesundheit. So stieg das Alter der Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes in den vergangenen Jahren auf 28,6 Jahre. Der Trend des Geburtenrückganges hat sich in Österreich in vergangener Zeit etwas verlangsamt und liegt heute bei einem durchschnittlichen Wert von 1,4 Kindern pro Frau. Außerdem hat sich der Unterschied in der höheren Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern deutlich – von sieben auf 5,2 Jahre – verringert, „[...] d.h. die Lebenserwartung der Männer in Österreich ist erfreulicherweise steigend (von 72,3 1992 auf 75,8 2002), die der Frauen ist von 78,8 1992 auf 81,7 2002 gestiegen.“ (Wimmer-Puchinger 2006: 14)

Vielfältige und differenzierte Angebote sollen Frauen einen besseren Zugang zu Gesundheit ermöglichen beziehungsweise sie dazu anhalten, bei Bedarf von den Angeboten der unterschiedlichen Institutionen Gebrauch zu nehmen, um so in einem weiteren Schritt ihre eigene Gesundheit zu fördern, zu erhöhen und schließlich auch Armut zu vermeiden:

„Die verschiedenen Angebote, wie beispielsweise das Wiener Brustkrebsvorsorgeprogramm, die Essstörungshotline, das Schwangereninfotelefon, Schulungen zu Gewaltprävention oder Herz-Kreislauf-Programme stehen den Wienerinnen ebenso zur Verfügung wie die mehrsprachigen Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd.“ (Wimmer-Puchinger 2006: 16)

Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen werden für die Bewahrung eines guten Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung als unerlässlich angesehen: „[...] Frauen, die keine präventiven Maßnahmen setzen, [fühlen] sich körperlich und psychisch zu einem höheren Prozentsatz beeinträchtigt [...] und [sind] anfälliger für Krankheiten [...].“ (Habl 2002: 8)

3.3.2.3 Der Louisebus und das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen in Österreich

Der von der Organisation Caritas und des Sozialamtes der Stadt Wien 1993 eingerichtete und von der Caritas und MA12 finanziell geförderte Louisebus bietet ambulante und mobile medizinische Erst- und Notversorgung für einen Großteil der obdachlosen

Menschen. Ärzte und Ärztinnen genauso wie freiwillige Helfer und Helferinnen stellen ihre Dienste in der „fahrenden Ordination“ für Obdachlose zur Verfügung. (vgl. Fonds Soziales Wien 2007) Der Louisebus ist pro Monat 125 Stunden im Einsatz und hält an sieben bis acht unterschiedlichen Standorten, um Erst- und Notversorgung für Wohnungslose und nicht krankenversicherte Menschen in Wien zu gewährleisten. Zusammen mit einem Fahrer und einem Sanitäter, die beide ehrenamtlich tätig sind, bieten diensthabende Ärzte und Ärztinnen das kostenlose Service an öffentlichen Plätzen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an. Diese soziale Einrichtung will primär heimatlose Menschen erreichen, die aus verschiedenen Gründen das allgemeine Gesundheitsangebot Österreichs nicht in Anspruch nehmen (können): „Der LOUISEBUS ist der erste Schritt, um obdachlose Menschen medizinisch zu versorgen bzw. zu erreichen!“ (Gusenbauer 2004: 17) Das heißt, mithilfe dieser Einrichtung können von Armut betroffene Menschen in Österreich nicht nur erreicht, sondern auch medizinisch behandelt werden. Neben Erst- und Notversorgung sind die Ärzte und Ärztinnen des Louisebusses dazu angehalten, die Kranken an Spitäler zu überweisen, obwohl diese sich oftmals mit großen Herausforderungen konfrontiert sehen:

„So gibt es nur ein Krankenhaus in Wien (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder), das PatientInnen ohne Versicherung auch stationär behandelt. Aber auch bei versicherten PatientInnen gibt es immer wieder Schwierigkeiten, Zugang zur medizinischen Weiterversorgung zu finden.“ (Gusenbauer 2004: 17)

Außerdem sind die Betroffenen mit der Ausgrenzung aus der Gesellschaft und fallweise ihren Drogen- beziehungsweise Alkoholproblemen konfrontiert. Obwohl Medikamente und Zusammenarbeit mit den Betroffenen als zusätzliche Dienste angeboten werden, mangelt es nach wie vor an Fachpersonal, wie zum Beispiel GynäkologInnen, PsychaterInnen, ZahnärztInnen, praktischen ÄrztInnen, und Krankenpflegepersonal. Der Louisebus als mobile Ordinationsstelle für obdachlose Menschen in Österreich trägt seit 1993 wesentlich zur Verbesserung der gesamten Gesundheitsversorgung der Betroffenen bei. Dennoch ist es von größter Bedeutung, die Ressourcen von zehn ÄrztInnen und 40 ehrenamtlichen MitarbeiterInnen auszuweiten, um ein „[...] Netz von SozialarbeiterInnen, mobilen Krankenschwestern bzw. -pflegern, AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen rund um den jeweiligen Standort des LOUISEBUSES [...]“ (Gusenbauer 2004: 17) zur Verfügung stellen zu können und in einem weiteren Schritt einen langfristigen Beitrag zur Armutsreduktion in Österreich leisten zu können.

Mit dem Ziel Frauengesundheit zu fördern haben sich im Jahr 1995 unterschiedliche Frauenstellen zu einem großen Netzwerk zusammengeschlossen. Das Netzwerk österreichischer Frauengesundheitszentren bietet Information, Beratung, Kurse, Veranstaltungen und Fortbildungen an und engagiert sich in Form von Projekten und Öffentlichkeitsarbeit, um die Gesundheit von Frauen direkt beeinflussen zu können: „In unserem Netzwerk sind Expertinnen für Frauengesundheit aus unterschiedlichen Professionen tätig und setzen neue Maßstäbe für frauenspezifische Gesundheitsförderung.“ (Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren 2006: 2) Das Frauengesundheitszentrum ISIS (Salzburg), das Frauengesundheitszentrum Kärnten, das Linzer Frauengesundheitszentrum, das Frauengesundheitszentrum F.E.M (Wien), das Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd und das Frauengesundheitszentrum (Graz) sind Anlaufstellen für die gesamte weibliche Bevölkerung Österreichs, „[...] unabhängig von Alter, sozialer Schicht, kultureller, religiöser oder ethnischer Zugehörigkeit [...]“ (Gusenbauer 2004: 21) und wollen bestehende Barrieren im Bereich des österreichischen Gesundheitssystems überwinden. Im Vordergrund steht hierbei ein „frauenspezifisches Gesundheitsverständnis“, wobei physische, psychische Faktoren genauso berücksichtigt werden sollen wie soziale, wirtschaftliche und kulturelle Dimensionen. Diese Art der Gesundheitspolitik soll sich partizipativ, interdisziplinär, vernetzt und nachhaltig gestalten, indem Rücksicht auf die Lebensbedingungen, Lebensphasen und Lebensthemen der Betroffenen genommen wird. Im Vordergrund der Tätigkeiten stehen Gesundheitsförderung und Prävention unter Rücksichtnahme auf geschlechtsspezifische Unterschiede, die Etablierung eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, die Betonung des Stellenwerts der Patientinnen im Gesundheitssystem, die Förderung frauengerechter Rahmenbedingungen, das Empowerment von Frauen, die erhöhte Bewusstseinsbildung für Frauengesundheit und das Schnittstellenmanagement des Gesundheitssystems in Österreich. (vgl. Gusenbauer 2004: 21) Die Barrieren, welche den Betroffenen den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren, sollen mithilfe von ausgewählten Methoden und Angeboten überwunden werden: Die Gesundheitsberatung in unterschiedlichen Sprachen (deutsch, englisch, türkisch, bosnisch, serbisch und kroatisch) sollen genauso wie Vorträge, Kurse, Gruppenaktivitäten, ärztliche, psychologische, psychotherapeutische Beratung, Unterstützung bei der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen sowie die Erstellung und Bereitstellung von Informationsmaterialien in unterschiedlichen Sprachen und interkulturelle Fortbildungen für Gesundheitsberufe zum Abbau von

gegebenen Barrieren beitragen. Bedürfnisgerechte Angebote sowie Nachfragen von Seiten der Betroffenen sind wesentlich für einen nachhaltigen Beitrag zur Förderung von Frauengesundheit und tragen in einem weiteren Schritt zur Armutsreduktion in Österreich bei.

Ein Teil der österreichischen Bevölkerung hat Angst, krank zu werden beziehungsweise zu sein, somit ihren Arbeitsplatz zu verlieren und in weiterer Folge dann in die Armut abzudriften. Eine Möglichkeit, diesem Dilemma zu entkommen, wäre nach Moser die soziale Ausgewogenheit, welche die Politik in der vergangenen Zeit nicht durchgesetzt hätte.

Bundeskanzler Dr. Wolfgang Schüssel hingegen hat einen anderen Vorschlag:

„Um Krankheitsrisiken und damit verbundene Kosten soweit [sic!] wie möglich zu senken, wird ein nationaler Plan zur Gesundheitsförderung und -vorsorge entwickelt. Mehr Vorsorgemedizin schafft bessere Lebensqualität!“ (Parlamentsprotokoll 00009; XXIII. Gesetzgebungsperiode; 2007) Außerdem bekräftigte die Bundesregierung von 2000, man wolle den Sport in Österreich fördern. „Es sind mehr Sportangebote für Kinder und Jugendliche vorgesehen. Bewegungserziehung wird künftig bereits im Kindergarten verankert.“ (Parlamentsprotokoll 00009; XXIII. Gesetzgebungsperiode; 2007) Mithilfe von Sport sollen die Krankheitsrisiken der ÖsterreicherInnen und die damit verbundenen Kosten möglichst niedrig gehalten werden. Im weiteren Sinne soll der nationale Plan zur Gesundheitsförderung und -vorsorge eine bessere Lebensqualität schaffen. Armut und armutsnahe Lebensumstände sollen dadurch vermieden werden. „Gesundheit bedeutet auch mehr als nur Abwesenheit von Krankheit. Die WHO definiert Gesundheit daher als Zustand eines vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (Parlamentsprotokoll 00009; XXIII. Gesetzgebungsperiode; 2007) Häufig sind alte und schwer kranke Menschen auch von Armut betroffen. Die Pensionen reichen in vielen Fällen nicht aus, um die Arztkosten und Medikamente zu bezahlen. Menschen, die über ein vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden verfügen und zur selben Zeit weder krank noch gebrechlich sind, verursachen dem Staat keine zusätzlichen (unerwünschten) Kosten. Gesundheit wird daher als Waffe gegen Armut eingesetzt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die „arme Bevölkerung“ Österreichs öfter und früher krank ist als der „reichere“ Bevölkerungsanteil. „Dazu kommt, dass Arme trotz gleicher Rechtsansprüche in qualitativer und quantitativer Hinsicht oft nicht jene

Leistungen des Gesundheitssystems erhalten, mit denen andere im Erkrankungsfall rechnen können.“ (Ivansits 2008) Als Grund für diese schlechte Situation werden oft die „[...] Anhäufungen von Risikofaktoren [...]“ genannt, „[...] die sich aus dem niedrigen sozialen Status (ungenügende Bildung, gesundheitsschädliche Arbeit, Einkommensarmut, schlechte Ernährung etc.) ergibt und oft die Folge »sozialer Vererbung« ist.“ (Ivansits 2008) Hinzu kommt die Tatsache, dass die Leistungen des österreichischen Gesundheitssystems von ärmeren Menschen zumeist in geringerem Ausmaß in Anspruch genommen werden: „Es werden weniger Fachärzte aufgesucht, kaum Vorsorgeuntersuchungen nachgefragt und mitunter auch unzureichende Leistungen gewährt - eine Folge der oft geringen Artikulationsfähigkeit dieser Gruppe.“ (Ivansits 2008)

Das Gesundheitssystem in Österreich kann als wesentlicher Motor fungieren, um Armut vorzubeugen. Zum einen können politische Lösungen zu einem besseren Zugang zum Gesundheitssystem gefunden werden und zum anderen können sich Zugangsbarrieren und Leistungskürzungen negativ auf die Bekämpfung von Armut auswirken.

3.4 Altersarmut – Armut im Alter

Eine spezielle Form der Armut, die in Österreich seit der Pensionsreform 2003 verstärkt diskutiert wird, ist die so genannte Altersarmut. Armut in Österreich ist laut Neisser, dem zweiten Nationalratspräsidenten, vor allem mit sozialer Exklusion gleichzusetzen: Menschen sind arm, wenn sie sich die Heizkosten, Essen, Bildung für Kinder, Medikamente im Falle einer Krankheit, einen (einfachen) Urlaub oder eine Wohnung nicht leisten können. Armut äußert sich im Alter, wenn Männer und Frauen beispielsweise zu wenig Pension bekommen, um auch im fortgeschrittenen Alter gut leben zu können.

„Armut im Alter versteckt sich hinter Mauern von Institutionen, Mauern von Häusern, zu denen kaum jemand Zutritt hat. Armut im Alter ist ebenso wenig sichtbar wie alte Menschen generell. Wenn sie ausgegrenzt sind, wenn sie in Heimen untergebracht sind, wenn sie aufhören, sich mitten unter uns herumzutreiben. Weil ihnen etwas ganz bestimmtes fehlt – genug Geld, um dabei zu sein.“ (Die Grünen Wien 2008)

In Österreich sind 111.000 (7 Prozent) PensionistInnen von akuter Armut betroffen, 230.000 Österreicher und Österreicherinnen im Ruhestand erhalten EUR 726,- Euro, die so genannte Ausgleichszulage (vgl. Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Armut im Alter)

Obwohl die Lebenserwartung der ÖsterreicherInnen in den vergangenen Jahrzehnten beachtlich gestiegen ist und die eigene Gesundheit immer besser eingeschätzt wird, sind viele ältere Menschen von Altersarmut bedroht. Als wichtigste Betreuungsressource geben drei von vier Personen im Alter von 60 und mehr Jahren (76 Prozent) an, bei einer länger andauernden Krankheit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit, mit der Unterstützung der Familie zu rechnen. Drei Prozent der älteren Menschen sind auf die Hilfe von Nachbarn, Freunden und Bekannten angewiesen und 15 Prozent nehmen soziale Dienste in Anspruch. Trotz des gut etablierten Gesundheitssystems in Österreich geben 128.000 Betroffene an, keine Betreuungsperson zu haben und nicht zu wissen, wer sie im Anlassfall pflegen würde. (vgl. Klimont; Kytir; Leitner 2007: 10)

Von Armut betroffene ältere Menschen haben einerseits eine geringere Lebenserwartung und weniger von Behinderung freie Jahre in Gesundheit zu erwarten als wohlhabende PensionistInnen. Auch hier zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen dem individuellen Gesundheitszustand und der Armutssituation der Betroffenen: Männer und Frauen, die unmittelbar von Armut betroffen sind, sind aufgrund von lang anhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen (in der Regel zwischen 2,2 und 2,8 Jahre lang) auf fremde Hilfe angewiesen, wohingegen ÖsterreicherInnen ohne finanzielle Belastungen nur zwischen 0,8 und 1,3 Jahre pflegebedürftig sind. (vgl. Schenk 2004: 1)

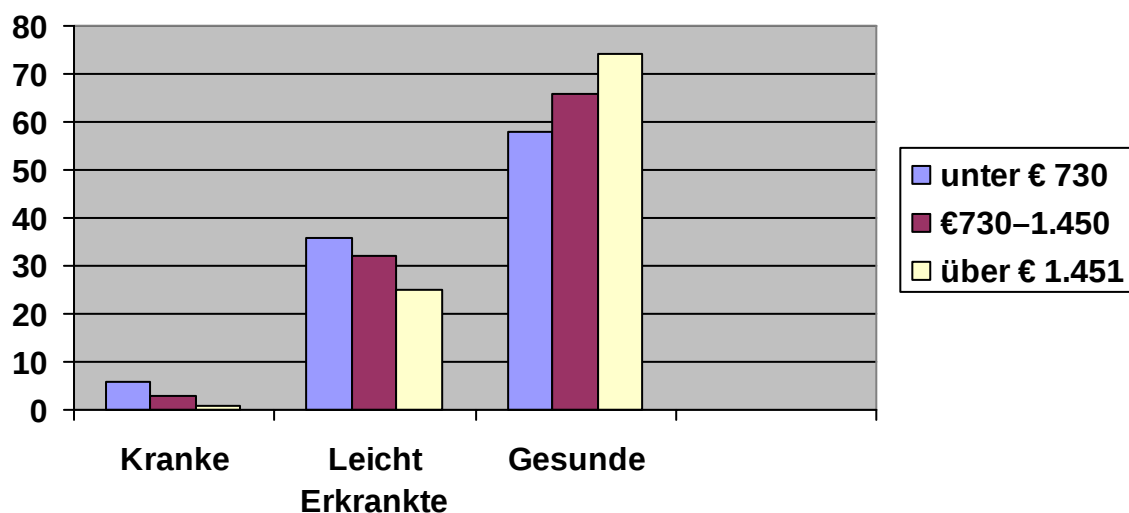


Abbildung 6: Gesundheitszustand und Pensionshöhe¹⁰

¹⁰ Gesundheitszustand und Pensionshöhe. In: Wukounig, Monika (2003): Armut und Krankheit. PensionistInnen und Krankheit. Online auf: www.telemedizin.at/plattform/download/Wukounig.pdf [Zugriff: 06.11.2008], 8.

Der enge Zusammenhang zwischen der Höhe der Einkommen und dem Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung wurde auch durch eine Studie, die am Institut für Sozialpolitik an der Universität Linz verfasst wurde, deutlich:

- „1. Je geringer das Einkommen, desto häufiger die Krankheiten. Während im untersten Einkommensbereich (unter 730 €) die Gesunden nur einen geringen Anteil von 58 Prozent ausmachen, steigt die Rate der Gesunden mit dem Ausmaß der Pensionshöhe an und beträgt in der obersten Einkommensschicht (über 1.451 €) bereits 74 Prozent. Der höchste Anteil der Kranken befindet sich bei den „Ärmeren“ (6%), der geringste bei den „Reicheren“ (1%).
2. Obwohl die PensionistInnen mit dem untersten Einkommen am meisten krank sind, nehmen sie am geringsten Gesundheitsdienste in Anspruch. Die Inanspruchnahme von Ambulanz, Vertragsärzten, Heilbehelfen, Zahnbehandlung ist bei den „Ärmeren“ im Vergleich zu höheren Einkommen am geringsten.
3. Ärmere sind am wenigsten selbstbewusst um Unterstützung zu bitten, obwohl sie am stärksten von Krankheit betroffenen sind. Die untersten EinkommensbezieherInnen zeigen das geringste Selbstbewusstsein bei der Frage nach „Anspruch auf Hilfe.“ (Schenk 2004: 2)

Außerdem beklagt die Armutskonferenz, dass 35.000 Pflegebedürftige (11 Prozent) in feuchten und schimmigen Wohnungen leben müssen. 29 Prozent der Betroffenen (95.000 Menschen) können keine unerwarteten Ausgaben (wie zum Beispiel den Ersatz einer kaputten Waschmaschine, Heizung oder eines kaputten Fernsehers) tätigen; 32 Prozent oder 105.000 der Pflegegeldbezieher können es sich nicht leisten, Urlaub zu machen. 7 Prozent der Betroffenen (23.000 Menschen), die in Privathaushalten leben, sind armutsgefährdet; 56.000 Menschen leben in Alten- und Pflegeheimen, können aber die Kosten ihrer Pflege nicht finanzieren. Auch „illegale Pflege“ im Wert von 1500,- Euro bis 2000,- Euro pro Monat kann sich eine Vielzahl von Pflegebedürftigen nicht leisten.

Die Sozialhilfe wurde in Österreich als Instrument zur Überbrückung individueller, außergewöhnlicher Notlagen geschaffen. In jüngster Vergangenheit waren immer mehr PensionistInnen mit Pflegebedarf gezwungen, die Sozialhilfe über einen längeren Zeitraum in Anspruch zu nehmen. Die Armutskonferenz warnt, dass eine Überbeanspruchung der Sozialhilfe zu Problemen führen wird, weil sie nicht geeignet ist, „[...] regelmäßig wiederkehrende und massenhaft auftretende Risikolagen wie Pflege aufzufangen. Das wird sie völlig überfordern.“ (Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Armut im Alter)

Pflege zählt daher auch in Zukunft zu den großen sozialen Lebensrisiken wie (Langzeit-) Arbeitslosigkeit und Krankheit. Ein solidarisch finanziertes Pflegesystem ist die einzige Möglichkeit, annähernd gleiche und qualitativ hochwertige Pflege für alle Betroffenen in Österreich, unabhängig ihrer Herkunft, religiösen oder ethnischen Zugehörigkeit, zur Verfügung zu stellen. Zu einer Verbesserung der gegenwärtigen Situation könnte eine steuerfinanzierte Variante beitragen, weil diese die Lohnnebenkosten nicht zusätzlich

belasten würde. Außerdem gäbe es dann eine breitere Finanzierungsbasis, denn eine Finanzierung durch Steuern wie in Dänemark

„[...] behandelt die unterschiedlichen Einkommensarten gleich und sichert sowohl über die Einnahmen- als auch über die Ausgabenseite den sozialen Ausgleich. Mit einer Senkung der Abgabenquote wird man den zukünftigen Kosten der Pflege nicht gerecht, außer man möchte die Ärmern und die Sozialhilfe weiter belasten.“ (Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Armut im Alter)

Die Qualität und Quantität der Pflegeleistungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich müssen in den folgenden Jahren massiv erhöht werden. Eine strukturelle und organisatorische Zusammenführung des Gesundheitssektors und des Pflege- und Sozialbereichs bedeutet verbesserte Pflege in Wohngemeinschaften, Tageszentren, Cafés für Demenzzranke sowie effektivere Kurzzeitpflege und Nachbarschaftshilfe.

Die demographische Bevölkerungsentwicklung in den Industriestaaten, der gegenwärtige „Pflegenotstand“ sowie die Berufssituation vieler PflegerInnen¹¹ machen eine Reformierung beziehungsweise Weiterentwicklung des österreichischen Pflegewesens unerlässlich.

¹¹ Die Anfänge der Gesundheitsförderung in Österreich datieren im Jahr 1989. Wien wurde die Pionierstadt der von der WHO initiierten Gesundheitsförderung in Organisationen. Dabei geht es einerseits darum, die Situation der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern und andererseits die Gesundheit des Pflegepersonals zu fördern. (vgl. Dietscher, Christina [Hrsg.] (2000): Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz. Wien: Facultas Univ.-Verlag)

4 Die Diskussion rund um Armut in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (OEZA)

4.1 Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit

Um die Jahrtausendwende blickte die Welt zurück auf vier Jahrzehnte internationaler Entwicklungszusammenarbeit und die daraus resultierenden, nicht zufriedenstellenden Ergebnisse: Die Kluft zwischen den reichen Industriestaaten und den so genannten „Entwicklungsländern“ öffnete sich weiterhin maßgeblich und das Vorhaben, nachholende Entwicklung zu erzielen, konnte nur begrenzt umgesetzt werden. Die internationale Entwicklungszusammenarbeit stand unter großem Legitimationsdruck, als die Differenzen in Wirtschaftsleistung, Handel und Pro-Kopf-Einkommen der einzelnen Länder immer größer wurden und die im Rahmen der Strukturanpassungsprogramme entwickelten Strategien und Ziele nicht umgesetzt werden konnten. In diesem Zusammenhang kam es in den späten 1990er Jahren auch in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) zu einem Paradigmenwechsel; eine Umorientierung innerhalb der EZA war unerlässlich: So rückte die Armutsbekämpfung immer mehr in den Mittelpunkt der nationalen und internationalen (neo-) liberalen Politik:

„Seit den 1980er Jahren wird fast weltweit eine Politik implementiert, die vereinfacht als Neoliberalismus bezeichnet werden kann. Das Ziel Armutsbekämpfung scheint mit dieser Politik durchaus kompatibel zu sein. Grundlegende Eckpfeiler des viel kritisierten Washingtoner Konsensus finden sich – mit etwas anderer Betonung sowie ev. zeitlich oder sozial abgefedert – auch heute in den Armutsbekämpfungsstrategien wieder.“ (Küblböck 2002: 7)

Seit Beginn der 1990er Jahren finden regelmäßig Konferenzen statt, an denen Armutskonzepte und Strategien zur Armutsbekämpfung vorgestellt und diskutiert werden. 1995 verpflichteten sich sämtliche Teilnehmerstaaten in Kopenhagen, das „Ziel der Beseitigung von Armut in der Welt durch entschiedenes nationales Handeln und internationale Zusammenarbeit“ zu verfolgen und umzusetzen.

1996 riefen die Vereinten Nationen (UN) das Jahr „zur Beseitigung der Armut“ aus. Außerdem publizierte der Entwicklungshilfe-Ausschuss der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) die Absichtserklärung des Weltsozialgipfels („Shaping the 21st Century“), in der das Ziel, die weltweite Armut bis zum Jahr 2015 zu halbieren, erstmals niedergeschrieben wurde. Um dieses Vorhaben umsetzen zu können, wurden universelle Teilziele, wie beispielsweise Bildung für alle

Menschen auf der Welt oder Reduktion der Kindersterblichkeit um zwei Drittel, festgeschrieben.

4.1.1 Die Entwicklungsziele (MDGs) als wesentlicher Teil der OEZA

Auf dem Millenniumsgipfel im September 2000 in New York trafen Vertreter aus 189 Ländern zusammen, um die so genannte Millenniumserklärung anzunehmen. Insgesamt acht festgesetzte Hauptziele (goals) sollen in einem Zeitraum von insgesamt 25 Jahren (1990 bis 2015) erreicht werden:

1. Beseitigung der extremen Armut und des Hungers
2. Verwirklichung der allgemeinen Schulausbildung
3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Ermächtigung der Frauen
4. Senkung der Kindersterblichkeit
5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern
6. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten
7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit
8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

Die Millennium Development Goals werden in insgesamt 18 Zielvorgaben (so genannte „targets“) konkretisiert, denen wiederum 48 Indikatoren („indicators“) zur Messung des Erfolges beigelegt wurden. (vgl. Klein 2007: 48ff.)

Im Allgemeinen tragen sie dazu bei, die Rahmenbedingungen internationaler und nationaler Entwicklungshilfe abzustecken.

Im Allgemeinen tragen sie dazu bei, die Rahmenbedingungen internationaler und nationaler Entwicklungshilfe abzustecken.

4.1.2 Die Pariser Erklärung vom 2. März 2005

Die Pariser Erklärung zur Steigerung der Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit wurde im März 2005 im Rahmen einer Tagung in Paris verabschiedet. Sie gilt als Versuch,

„[...] einen internationalen Konsens über die Modalitäten der Abwicklung der EZA zu formulieren und dadurch die Ergebnisse der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit zu verbessern. [...] Die Pariser Erklärung ist ein politisches Konsenspapier zwischen OECD-Staaten, einer Mehrheit der Empfängerstaaten und einigen Nichtregierungsorganisationen sowie privaten Fonds [...].“ (Six; Langthaler; Obrovsky 2007: 5)

Das Dokument stützt sich auf folgende fünf Kernbereiche:

- Eigenverantwortung („ownership“): Die Empfängerstaaten tragen (Mit-) Verantwortung für die entwicklungspolitischen Prozesse; die Partnerländer verfügen über operationelle und nationale Entwicklungsstrategien.
- Partnerausrichtung: Ein wesentlicher Faktor ist die Anpassung der Geberaktivitäten an die Prioritäten, Bedürfnisse und Strukturen der Partnerländer, um so ein umfassendes und funktionierendes Ländersystem schaffen zu können.
- Harmonisierung: Im Vordergrund stehen die Nutzung gemeinsamer Vorgehensweisen und Verfahren sowie die Förderung gemeinsamer Analysen.
- Ergebnisorientiertes Management
- Gegenseitige Rechenschaftspflicht (vgl. OECD 2006: 12f.)

Die Länder Afrikas südlich der Sahara (ASS) stehen sowohl „[...] in Bezug auf die Bekämpfung extremer Armut als auch als Empfängerregion von Mitteln der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit [...]“ (Six; Langthaler; Obrovsky 2007: 6) im Mittelpunkt der nationalen und internationalen Entwicklungspolitiken.

4.1.3 Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit heute

Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (OEZA) ist ein integraler und unerlässlicher Bestandteil der österreichischen Außenpolitik – ihr Hauptziel ist, gemeinsam mit den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, eine globale Friedenssicherung zu gewährleisten.

Im Rahmen der OEZA stehen außerdem das Engagement für Armutsbekämpfung, Frieden und Umwelterhaltung im Vordergrund. Österreich verpflichtet sich somit, zur Erfüllung der 15 Millennium Development Goals (MDGs) und der Pariser Deklaration beizutragen.

In den Dreijahresprogrammen wird der entwicklungspolitische Rahmen Österreichs vom Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten (BMeiA) abgesteckt:

„Weiters leitet es den Dialog mit den Partnerländern und ist in die internationale Geber-Koordination aller zuständigen Gremien (EU, UN, OECD) eingebunden, um die Harmonisierung und Abstimmung von bilateralen und multilateralen Programmen sicherzustellen.“ (Nord Süd Dialog 2008)

Das Entwicklungszusammenarbeits-Gesetz (EZA-Gesetz) bildet hierbei den rechtlichen Rahmen für die österreichische Entwicklungshilfe. Auf diese Weise wird Österreich

angehalten, in der internationalen Entwicklungspolitik mitzuwirken und seinen Beitrag zu leisten. Außerdem ist Österreich unter anderem verpflichtet, Verhandlungen und Kooperationen sowohl auf bilateraler als auch auf multilateraler Ebene zu führen beziehungsweise zu finden.

In den folgenden Teilkapiteln wird gezeigt, welchen Stellenwert Armut in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit einnimmt, wer die Betroffenen sind und in welchem Ausmaß sie von Armut betroffen sind.

Anhand ausgewählter Armutskonzepte wird gezeigt, dass auch im Rahmen der OEZA unterschiedliche Faktoren und Indikatoren einfließen, um Armut zu beschreiben, und dass die unterschiedlichen Ansätze nicht streng getrennt gesehen werden können. Daraus ergibt sich eine enge Wechselwirkung zwischen den einzelnen Armutskonzepten.

4.1.4 Der Begriff Armut in der OEZA – Publikationen der OEZA und ArmutsforscherInnen

Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit sowie zahlreiche internationale ArmutsforscherInnen publizieren im Rahmen ihrer Tätigkeit unterschiedliche Papiere. Diese geben Aufschluss über festgesetzte Ziele, Fortschritte und Ergebnisse.

Hierbei nehmen die so genannten Dreijahresprogramme einen besonderen Stellenwert ein:

Die Dreijahresprogramme der Österreichischen Entwicklungspolitik werden vom Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten (BMeiA) festgelegt und jährlich erweitert beziehungsweise aktualisiert. Zusätzlich werden kontinuierlich so genannte Landesprogramme und Sektorenpolitiken für spezifische Bereiche und/oder Regionen entworfen, um eine möglichst effektive Entwicklungszusammenarbeit zu erzielen. Darüber hinaus bieten sie eine Orientierungsmöglichkeit für alle Partner über zukünftige und vergangene Tätigkeiten der OEZA in bestimmten Ländern beziehungsweise Sektoren.

Die Publikationen der OEZA bestimmen die Armutsdebatte wesentlich und haben das Ziel, eine möglichst umfassende und effektive Entwicklungspolitik in den Schwerpunktländern zu gewährleisten:

„Armutsbekämpfung, Friedenssicherung und Umweltschutz bilden den Kern der OEZA nicht nur als Reaktion auf die Entwicklung der globalen Umwelt und ihrer Konsequenzen, sondern als eine immer wichtigere Solidarleistung für die von Armut betroffenen Menschen in Entwicklungsländern.“ (Landesprogramm Kap Verde 2006-2008 (2006): 4)

Armut ist stets eng mit monetären beziehungsweise wirtschaftlichen Faktoren verknüpft. So wird auch in vielen afrikanischen Gesellschaften Armut vorwiegend als Gegenteil von Wirtschaftswachstum verstanden. Mittels Wirtschaftswachstum und erhöhten Exporten kann man – so die ExpertInnen – Armut vermeiden oder gar überwinden. Oftmals ist erhöhtes Wirtschaftswachstum auf den boomenden Tourismussektor beziehungsweise auf die wachsenden Infrastrukturen zurückzuführen. Eine rigorose Währungspolitik sowie Reformen im Finanzwesen nehmen positiven Einfluss auf den Staatshaushalt der österreichischen Partnerländer.

Des Weiteren ist es wichtig, monetäre Armutskonzepte um weitere, politische und soziale Faktoren und Indikatoren zu erweitern, um ein umfassenderes Verständnis von Armut geben zu können.

Von Armut betroffen sind zumeist bestimmte Gesellschaftsgruppen in den jeweiligen Ländern, die aufgrund der vorherrschenden (politischen und wirtschaftlichen) Situation schlechten Zugang zu sauberem Trinkwasser, Bildung, Gesundheit und anderen Institutionen haben, denn „[...] poverty is not only perceived as absence of property and goods but also as powerlessness.“ (Austrian Development Cooperation 2002: 6)

Die Untersuchungen und Analysen der AutorInnen der Dreijahresprogramme geben Aufschluss darüber, ob die Analphabetismusrate und der Human Development Index – und damit die Armut – in einem der Partnerländer gestiegen oder gesunken ist.¹² Des Weiteren werden Haushaltsbefragungen (Integrative Household Surveys; IHS) durchgeführt, „[...] to find out more about the impact of economic growth and the reform programme on poverty [...]“. (Austrian Development Corporation 2002: 10)¹³

Ein weiterer Indikator, um den Rückgang von Armut zu messen, ist die Entschuldungsinitiative der hoch verschuldeten Länder (HIPC's), die Auskunft darüber gibt, ob beziehungsweise inwieweit der Schuldendienst der betroffenen Länder in der

¹² So konnte gezeigt werden, dass der Analphabetismus in Mosambik von 60,5 Prozent im Jahr 1997 auf 56,7 Prozent im Jahr 2000 gesunken ist. Der Human Development Index stieg von 0,344 im Jahr 1999 auf 0,362 im Jahr 2000. (vgl. Landesprogramm Mosambik 2002-2004 (2002): 6)

¹³ Die im Jahr 1992 durchgeführte Integrative Household Survey zeigte, dass Armut, gemessen an den Lebensbedingungen der Bevölkerung, gesunken ist und dass es eine enge Verbindung zu den Regierungspolitiken gibt. (vgl. Austrian Development Corporation 2002: 10)

Vergangenheit reduziert werden konnte. Dieser sehr monetäre Ansatz gibt Informationen über den Finanzhaushalt, informiert aber nicht, welcher Teil der Bevölkerung von Armut betroffen ist und welche Auswirkungen Armut für bestimmte Bevölkerungsgruppen nach sich zieht. Eine Verringerung der Schuldenlast geht nicht unbedingt mit einer Verbesserung der Lebenssituation der Gesamtbevölkerung einher, auch wenn statistisch gesehen der Reichtum des gesamten Landes gestiegen ist.

Im Rahmen der Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs) bedeutet Armut

„[...] die Unfähigkeit einer (im Haushalt verantwortlichen) Einzelperson, für sich und ihre Angehörigen die minimalen Grundbedürfnisse für deren Unterhalt und Wohlbefinden in Einklang mit den sozialen Normen zu sichern. In konkreten Zahlen wurde die Armutsgrenze aufgrund eines monatlichen Mindestkonsums mit umgerechnet 170 USD pro Jahr errechnet.“
(Landesprogramm Mosambik 2002-2004 (2002): 6)

Friedenssicherung, ausreichend landwirtschaftliches Potenzial und eine nachhaltige Regierungspolitik, welche ihre Schwerpunkte auf Bildung, Gesundheit und grundlegende Infrastruktureinrichtungen legt, sind weitere Faktoren, die zur Armutsreduktion beitragen.

4.1.5 Qualitätskriterien der Armutsminderung der OEZA

Armutsminderung ist sowohl Hauptziel als auch eine sehr große Herausforderung der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und ist zudem als oberstes Ziel in der österreichischen Entwicklungspolitik verankert, woraufhin sämtliche Maßnahmen ausgerichtet werden.

Um den Anforderungen optimal gerecht zu werden, ist eine Verknüpfung der nationalen und internationalen Vorgaben (wie Poverty Reduction Strategy Papers oder Millennium Development Goals) genauso wie die kritische Hinterfragung derselben unerlässlich. Im Vordergrund der Armutsdebatte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit stehen die Identifizierung und Festlegung bestimmter betroffener Personen, sozialer und gesellschaftliche Gruppen und Schichten sowie die Analyse ihrer spezifischen Probleme und Interessen. Wesentliche Vorgaben hierbei sind:

- „Jede Auseinandersetzung mit dem Thema Armutsminderung muss der **Komplexität und Multidimensionalität des Phänomens „Armut“** Rechnung tragen. Dies erfordert eine gleichwertige Berücksichtigung der wirtschaftlichen, politischen, soziokulturellen,

menschlichen sowie protektionistischen Kapazitäten sowie das Anerkennen ihrer Interdependenzen.

- Strategien zur Armutsminderung erfordern eine **klare Festlegung der Zielgruppe** und müssen auf einer umfassenden Analyse der spezifischen Probleme, Potentiale und Interessen der zu **Begünstigten** beruhen.
- Im Rahmen der Identifikation und Konzeption von Programmen ist den unterschiedlichen Definitionen von Armut Rechnung zu tragen, die nicht unbedingt mit der nationalen Armutsgrenze konform sind. Grundsätzlich geht es im Bereich Armutsminderung um eine **positive Diskriminierung benachteiligter Bevölkerungsgruppen** (wie etwa Frauen, Kinder, Alte, Behinderte sowie ethnische, religiöse oder soziale Minderheiten).
- Erfolgreiche Strategien zur Armutsminderung müssen auf den spezifischen sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen auf lokaler Ebene aufbauen, um eine **nachhaltige Verbesserung der Lebenssituation von armen Bevölkerungsgruppen** zu erreichen. Prinzipiell gilt es die Ursachen von Armut zu beseitigen, die Folgen von Armut zu lindern und neuen [sic!] Chancen zu eröffnen. Es geht darum, die Lebenssituation von Armen abzusichern und zu stabilisieren, um eine erneutes Absinken unter die Armutsgrenze zu verhindern.“ (Österreichische Entwicklungszusammenarbeit 2008: 2)

Armuts Potenzial ist gegeben, wenn beispielsweise die Ernährungssicherheit nicht durchgehend gewährleistet werden kann. Die Armut mancher Gesellschaftsgruppen verfestigt sich aufgrund der hohen Grundnahrungsmittelimporte. In den vergangenen Jahren konnte die Ernährungssicherheit vieler Gesellschaften durch verschiedene Maßnahmen verbessert werden – allgemein kann man sagen, dass erhöhte (landwirtschaftliche) Produktion im betroffenen Land selbst die Lage der Bevölkerung verbessert.

In diesem Zusammenhang kann Armut auch als mangelnder Zugang zu Produktionsstrukturen, zu Produktions- und Nahrungsmitteln gesehen werden.

„Das Armutsprofil [...] zeichnet das Bild einer Familie im ländlichen Raum, mit höherer Anzahl von Haushaltsangehörigen, niedrigeren [sic!] Bildungsstand, schlechteren [sic!] Zugang zu Gesundheitsversorgung, unzureichenden landwirtschaftlichen Bearbeitungsgeräten, erschwerter Verfügbarkeit von Trinkwasser und schlechten Hygienebedingungen.“ (Landesprogramm Mosambik 2002-2004 (2002): 7)

Dieses Beispiel verdeutlicht die Multidimensionalität des Begriffs Armut und zeigt, dass Armutsdefinitionen oft auf einzelne, bestimmte Komponenten und Variablen beschränkt sind und daher keine universelle Gültigkeit beanspruchen dürfen.

Bei näherer Betrachtung der Armutsdebatte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit erkennt man, dass das Phänomen Armut nichts Einheitliches, Greifbares oder unerschütterlich Festgelegtes ist. Armut kann nicht allein durch die Abwesenheit eines einzelnen Faktors definiert werden, denn es spielen viele soziale, politische und ökonomische (monetäre) Komponenten eine große Rolle. Außerdem wird in den folgenden Kapiteln die enge Wechselwirkung der ausgewählten Armutskonzepte verdeutlicht.

4.2 Armut bedeutet Hunger(n) – Armut als mangelnder Zugang zu Nahrung

Weltweit produzieren Bauern rund 3.000 Kilokalorien Getreide pro Person und Tag. Ungleiche wirtschaftliche Bedingungen, ungerechte Landverteilung sowie Ausbeutung und Marginalisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen führen jedoch zu ungleicher Verteilung von Nahrung:

„Nur in den Ländern des Nordens und des Nahen Ostens stehen aber tatsächlich über 3.000 Kilokalorien an Nahrungsenergie pro Kopf und Tag zur Verfügung. In [...] afrikanischen Ländern südlich der Sahara sind es weniger als 2.500 Kilokalorien.“ (Gaidetzka 1997: 9)

Als Folge dessen entstand bereits vor Jahrzehnten eine große Differenz von Über- und Unternährung in der Welt. Während die Menschen in den so genannten „Industrieländern“ vorwiegend ballaststoffreiche Nahrung, (zu) viel Zucker, Salz, Fett, tierisches Eiweiß und zu viele Kalorien insgesamt zu sich nehmen und mit den Folgeerscheinungen wie Darmkrebs, Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes zu kämpfen haben, hat die Fehl- und Unterernährung in vielen Ländern und Gesellschaften Afrikas andere Ursachen und Wirkungen: Mahlzeiten, die alle wesentlichen Elemente (Kohlenhydrate, Fette, Eiweiße, Vitamine, Mineralien und Spurenelemente) enthalten, sind für viele Familien nicht erschwinglich:

„So kommt es zum Beispiel zu Protein-Energie-Unterernährung (PEM), Vitamin-A- und -C-Mangel, Jod- und Eisenmangel – das heißt, zu Nährstoffdefiziten, die für die Sterblichkeit (vor allem auch unter Kindern) und die Gesundheitsprobleme im Süden entscheidend mitverantwortlich sind.“ (Gaidetzka 1997: 7f.)

Warum hungern 840 Millionen und warum sind rund zwei Milliarden Menschen unterernährt (vgl. BMeiA 2008¹⁴), obwohl die Nahrungsmittelproduktion ausreichen würde, um die gesamte Weltbevölkerung zu ernähren?

Die Getreidereserven werden aufgrund der hohen Schweine-, Rind- und Hühnerfleischproduktion maßgeblich dezimiert. Außerdem nimmt die Größe der weltweit verfügbaren landwirtschaftlichen Nutzfläche aufgrund von Bodenerosion und -versalzung sowie Versteppung, Industrialisierung, Verstädterung und Straßenbau um etwa sieben Millionen Hektar pro Jahr ab: „Während die Weltbevölkerung wächst, werden kultivierbare Landreserven, die ohne weitreichende ökologische Schäden genutzt werden könnten, vernichtet.“ (Gaidetzka 1997: 10)

Zusätzlich zur Verarmung der Böden beeinträchtigt die stark zunehmende Wasserknappheit das Pflanzenwachstum in vielen Regionen der Welt. Der weltweit größte Getreideexporteur, die USA, hatte in den 1990er Jahren stark mit den Auswirkungen einer Trockenperiode sowie eines außergewöhnlich kalten Winters zu kämpfen und konnten die gewohnte Menge an Getreide nicht exportieren. Andere Getreide exportierende Länder Europas und Asiens sowie Australien verzeichneten ebenfalls Missernten und konnten das Defizit nicht ausgleichen.

Außerdem akkumulierte Europa über Jahrzehnte hinweg große Mengen an Getreide und Fleisch; es kam aufgrund von Interventionen in die Märkte zu einer Produktionsausweitung, bis 1992 in den europäischen Kühlhäusern 1,1 Millionen Tonnen Rindfleisch lagerten. Die Überschüsse mussten möglichst kostengünstig am Weltmarkt abgesetzt werden; sie wurden „[...] in die Länder der ehemaligen Sowjetunion, aber auch in den Süden [exportiert], wo sie die einheimische Produktion an den Rand des Ruins brachten und zur verstärkten Landflucht beitrugen.“ (Gaidetzka 1997: 12)

Des Weiteren haben die so genannten „Entwicklungsländer“ mit den Folgen der kolonialen und neoliberalen Marktregulierung zu kämpfen. Bei Knappheit der Ressourcen steigen die Weltmarktpreise; daher hat die (gezwungene) Abhängigkeit von Getreideimporten aus den „Industriestaaten“ für viele afrikanische Länder fatale Folgen. Eine Steigerung der Hektarerträge durch den verstärkten Einsatz von Dünger, Pflanzenschutzmitteln und hochwertigem Saatgut wird oft als einzige Lösung angesehen, die wiederum andere Probleme nach sich zieht: „Die Auswirkungen auf Boden und

¹⁴ BmeiA: Außenministerium Österreich (2008): Ernährung sichern. Online auf: <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/aussenpolitik/entwicklungs-und-ostzusammenarbeit/millenniumsziele/1-armuthunger/ernaehrung-sichern.html> [Zugriff: 15.11.2008]

Grundwasser, auf das gesamte Ökosystem werden erheblich sein – ebenso die neue Abhängigkeit von Dünger- und Herbizidlieferanten.“ (Gaidetzka 1997: 12) Es entsteht ein Teufelskreis, der auch mithilfe von Entwicklungshilfe in Zukunft schwer zu durchbrechen sein wird.

In den afrikanischen Ländern leiden rund 209,6 Millionen Menschen an chronischem, über einen längeren Zeitraum andauerndem, Hunger. Weltweit sterben jährlich bis zu 30 Millionen Menschen an den Folgen des Hungers, wovon alleine sechs Millionen Kinder sind. (vgl. FIAN 2005: 11)

Viele Familien sehen sich aufgrund zahlreicher zwischenstaatlicher Kriege beziehungsweise Konflikte selbst gezwungen, ihre gewohnte Umgebung zu verlassen und die notwendige Subsistenzwirtschaft aufzugeben. In Folge der Abwanderung leiden viele Familien unter Nahrungsmittelknappheit oder sogar an Hungersnot. In Äthiopien beispielsweise lebten nach der Jahrtausendwende beinahe 90 Prozent der Menschen unter der früheren offiziellen Armutsgrenze von einem US-Dollar pro Tag. (Institut für Internationale Zusammenarbeit des deutschen Volkshochschul-Verbandes e.V. 2003: 10)

Paradoxerweise leben etwa 80 Prozent der chronisch Hungernden in den ländlichen und landwirtschaftlich bedeutenden Regionen Afrikas, das heißt, dort, wo Nahrungsmittel angebaut werden. Besonders betroffen sind Frauen und Mädchen aus Kleinbauernfamilien, welche 60 bis 80 Prozent der landwirtschaftlichen Produkte beziehungsweise Grundnahrungsmittel (wie zum Beispiel Mais, Reis, Maniok und Bohnen) produzieren.

„Die Hälfte der Hungernden sind Klein- und Kleinstbauernfamilien, die zu wenig oder zu schlechte Böden haben, denen es an ausreichend Saatgut, Wasser, Beratung, Infrastruktur und Zugang zu den Märkten fehlt.“ (FIAN 2005: 13)

22 Prozent der Betroffenen sind besitzlose LandarbeiterInnen oder Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen ihr eigenes Land verloren haben; acht Prozent bestreiten ihren täglichen Nahrungsmittelbedarf durch Fischfang, Jagd oder Viehzucht. Ein Fünftel der Betroffenen sind (Binnen-)Flüchtlinge, die in den Städten leben, und zwei Drittel aller Hungernden sind Frauen.

Die weltweite Globalisierung wirkt sich zusätzlich negativ auf die Situation der Betroffenen aus, denn viele Kleinbauernfamilien sind gezwungen, ihr Land zu verlassen, um der Ausbeutung der Ressourcen und Bodenschätze durch große internationale Konzerne Platz zu machen. Dies hat fatale Folgen für die Betroffenen, denn „[...] Land ist Leben und ohne eigenes Land können nur wenige Menschen im Süden ihr Menschenrecht auf Nahrung befriedigen.“ (FIAN 2005: 15) In Folge dessen wird Land als Ware gehandelt. Unzählige Menschen leiden an Hunger, weil sie selbst kein Land besitzen, das sie bewirtschaften können. Die Umsetzung von Agrarreformgesetzen und die notwendige Landumverteilung gehen meist nur zögerlich voran, denn „[...] die Besitzenden wollen ihre ökonomische und politische Macht nicht aufgeben.“ (FIAN 2005: 15)

Bedeutende Wirtschaftsunternehmen, die ihre Standorte in die Länder des Südens verlager(te)n, sind primär daran interessiert, die Wirtschaftlichkeit ihres Unternehmens zu fördern und möglichst kostengünstig zu produzieren. Auf die Auswirkungen für die lokalen Bevölkerung nehmen sie oftmals keine Rücksicht. Viele afrikanische Länder sehen sich gezwungen, ihre Märkte für billige, stark subventionierte Waren zu öffnen: „Und so überflutet dann weit unter Herstellungskosten subventioniertes billiges Milchpulver die Märkte Jamaicas oder Kenias, so dass die dortigen kleinen Milchbauern ihre Höfe aufgeben müssen.“ (FIAN 2005: 16) In Folge dessen können viele multinationale Konzerne ihre Macht ausweiten; die Arbeitskraft vieler Menschen wird zum gleichen Zeitpunkt aufgrund der globalen „Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse“ zu rechtloser Ware.

Aufgrund von internationaler Entwicklungszusammenarbeit konnte die Anzahl der unterernährten Menschen in den vergangenen zwei Dekaden reduziert werden, dennoch sieht sich die Weltgemeinschaft nach wie vor mit großen Herausforderungen konfrontiert:

„Clearly, there has been a slowdown in the reduction of undernourished in the world. As a consequence, to achieve the World Food Summit goals of halving the number of undernourished in developing countries by 2015, the average annual decrease required is no longer 20 million but 22 million – well above the current level of performance.“ (FAO 2001: 2)

Um das Entwicklungsziel, die Anzahl der unterernährten Menschen bis zum Jahr 2015 zu halbieren, erreichen zu können, ist eine kontinuierliche Erhöhung der Nahrungsmittelproduktion unerlässlich:

„This could be achieved through redistribution – of food itself, of the means of producing it or of the purchasing power needed to buy it – to those currently on the lower rungs of the food access ladder.“ (FAO 2001: 8)

Obwohl sich die internationale Entwicklungszusammenarbeit stark um die Umverteilung des Zugangs zu Nahrung bemüht hat beziehungsweise Nahrungsmittelhilfe geleistet hat, ist die Zahl der Hungernden in den vergangenen Jahren stark gewachsen.

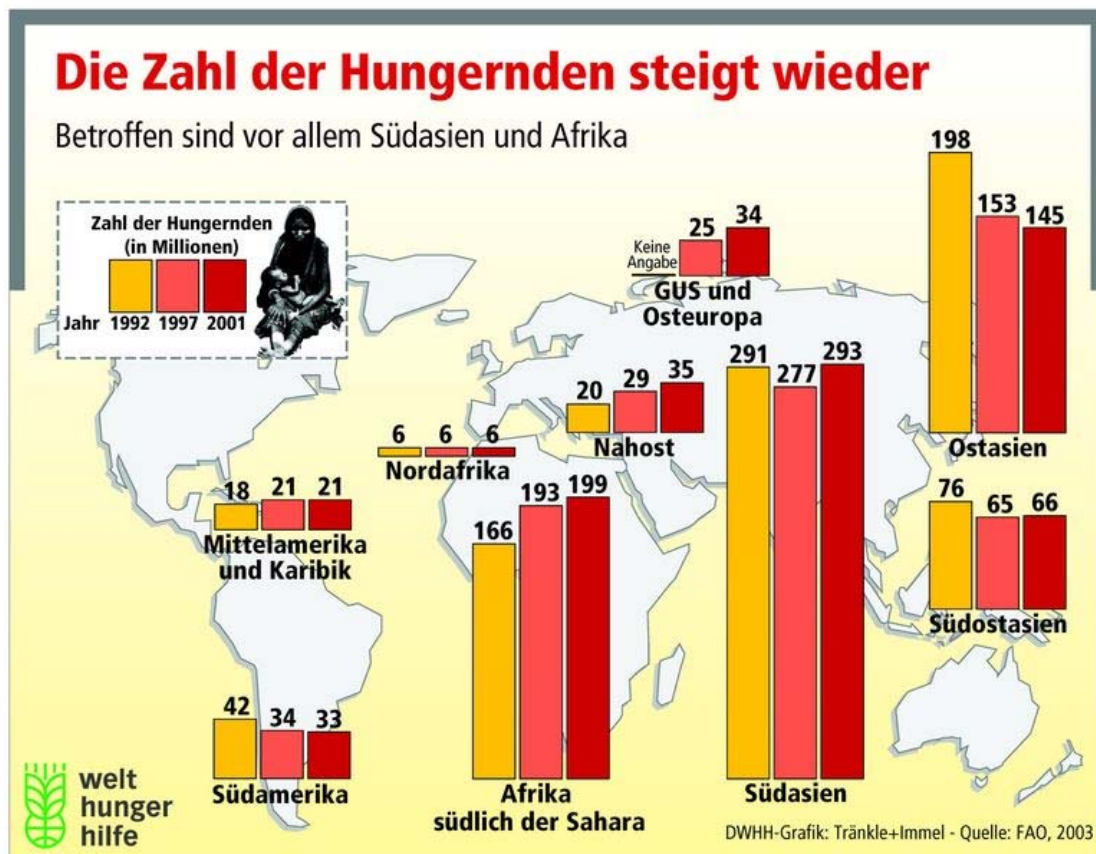


Abbildung 7: Die Zahl der Hungernden steigt wieder¹⁵

Die steigenden Weltmarktpreise für Nahrungsmittel erhöhten die Anzahl der unterernährten Menschen um 75 Millionen im Jahr 2007. Weltweit waren im selben Jahr etwa 923 Millionen Menschen unterernährt, wovon alleine 907 Millionen in den so genannten „Entwicklungsländern“ leben. Die Food and Agriculture Organization der Vereinten Nationen geht davon aus, dass Studien für das Jahr 2008 zeigen werden, dass die Tendenz weiterhin steigend sein wird:

„Given the continued and drastic increase in prices of staple cereals and oil crops well into 2008, the number of people suffering from chronic hunger is likely to have increased further.“ (FAO 2008: 1)

¹⁵ Die Zahl der Hungernden steigt wieder. In: Ausseministerium Österreich (2008): Ernährung sichern. Online auf: <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/aussenpolitik/entwicklungs-und-ostzusammenarbeit/millenniumsziele/1-armuthunger/ernaehrung-sichern.html> [Zugriff: 16.11.2008]

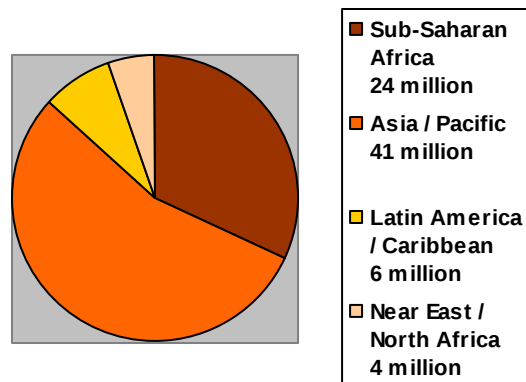


Abbildung 8: Die Auswirkungen der hohen Nahrungsmittelpreise nach Regionen¹⁶

Länderübergreifende Studien der vergangenen zwei Dekaden zeigten außerdem, dass Wirtschaftswachstum allein nicht zur Bekämpfung des weltweiten Hungers beiträgt:

„[...] [C]ross country analyses conducted across the developing world suggest that economic growth alone, in the absence of specific measures to combat hunger, may leave large numbers of hungry people behind for a long time, particularly in rural areas.” (FAO 2008: 5)

Paradoxerweise konnte gezeigt werden, dass jene Länder, die relativ langsames beziehungsweise geringes Wirtschaftswachstum in den vergangenen Jahren zu verzeichnen hatten, den größten Fortschritt bei der Reduzierung des Hungers gemacht haben.

Mangelernährung beziehungsweise Unterernährung kann zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen führen. Krankheit und Armut gehen Hand in Hand, denn die Gesundheit der Bevölkerung wird von wirtschaftlichen, politischen und sozialen Faktoren geprägt. Im folgenden Kapitel wird gezeigt, dass sich Armut als Mangel an Gesundheit insbesondere in vielen afrikanischen Gesellschaften manifestiert und in enger Verbindung zu anderen gesundheitspolitischen Aspekten steht.

4.3 Krankheit und Armut – Armut als Mangel an Gesundheit

Die Gesundheit der Bevölkerung wird maßgeblich durch ökonomische, soziale und kulturelle Bedingungen im jeweiligen Land bestimmt. Die wechselseitige Beziehung zwischen Armut und Krankheit wird auch in den „Ländern des Südens“ – wenn auch

¹⁶ Die Auswirkungen der hohen Nahrungsmittelpreise nach Regionen. In: FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2008): Briefing paper: Hunger on the rise. Soaring prices add 75 million people to global hunger rolls. Online auf: <http://www.fao.org/newsroom/common/ecg/1000923/en/hungerfigs.pdf> [Zugriff: 16.11.2008]

anders als in Österreich – deutlich: „Die Mehrzahl aller Erkrankungen sind verhütbare und die Kenntnisse über effektive Wege der Prävention und Therapie liegen vor.“ (Görgen 1990: 390)

Unzureichende Hygiene und mangelnde beziehungsweise mangelhafte Ernährung führen genauso wie schlechte medizinische Versorgung zu weitreichenden gesundheitlichen Problemen. Gesundheitsprobleme in vielen Ländern Afrikas können nicht auf einen einzigen Ursachenkreis zurückgeführt werden; vielmehr beeinflussen eine Vielzahl von Faktoren das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. So sind beispielsweise Frauen als Träger der biologischen Reproduktion häufig in Folge von Schwangerschaften, Geburten und Stillzeiten auftretenden Risiken verstärkt belastet. Außerdem haben die Arbeitsbelastung für die soziale Reproduktion – wie Kochen, Waschen und Kindererziehung – sowie das Fehlen von (Zugang zu) sauberem Trinkwasser unmittelbare Rückwirkungen auf den Gesundheitszustand von Frauen.

Wasser- und hygienebedingte Erkrankungen machen einen wesentlichen Teil der Erkrankungen in afrikanischen Ländern aus.

Frauen sind zumeist einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt, da sie durch das Tragen der Kinder am Rücken einerseits in ständigem Kontakt mit deren körperlichen Ausscheidungen stehen und andererseits im Rahmen ihrer täglichen (Haus-)Arbeiten unter anderem in Kontakt mit verschmutztem Wasser treten.

Langfristige Unterernährung kann gravierende gesundheitliche Probleme nach sich ziehen; viele der Betroffenen sind mit den Folgen von Nährstoffdefiziten konfrontiert. (vgl. Kapitel

3.3. Armut bedeutet Hunger(n) – Armut als mangelnder Zugang zu Nahrung. 59ff.)

Das Gesundheitswesen ist in vielen Ländern – vor allem in ländlichen Regionen – unzureichend vorhanden beziehungsweise nur mangelhaft ausgebaut. Es fehlt an Medikamenten und medizinischen Geräten, die eine optimale Versorgung der Verletzten und Kranken ermöglichen. Durch die rasche Ausbreitung von HIV/Aids und zahlreicher andere Infektionskrankheiten kommt es zu einer Reihe weiterer Probleme: Der frühzeitige Verlust der Eltern ist für Kinder eine schreckliche Erfahrung und in weiterer Folge werden sie oft gezwungen, ihre Schulausbildung abubrechen und die Arbeitskraft eines Elternteils oder beider Elternteile zu ersetzen. Frauen müssen selbst im Krankheitsfall die gesamte Reproduktionsarbeit übernehmen und verlieren in vielen Fällen durch den Tod ihres Mannes jeglichen Anspruch auf Land. Im Folgenden wird

anhand einiger Beispiele gezeigt, dass Armut, Krankheit, mangelnder Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und der Verlust von (qualifizierten) Arbeitskräften eng in Verbindung stehen und dass es zu einer wechselseitigen Beeinflussung von Ursachen und Folgen kommt. Es entsteht ein Teufelskreislauf, dem die Betroffenen nur schwer entkommen.

4.3.1 HIV/Aids

Die Zahl der von HIV/Aids betroffenen Menschen in Afrika ist in den vergangenen Jahren aufgrund des allgemeinen sozialen Wandels, erhöhter Mobilität, Migration sowie Urbanisierung kontinuierlich gestiegen.

In den reicheren „Industriestaaten“ sind vorwiegend Männer (Verhältnis Frauen zu Männer 1:6) von HIV/Aids betroffen, in vielen afrikanischen Ländern jedoch sind annähernd so viele Frauen wie Männer infiziert: „In Uganda z.B. ist das Verhältnis Frauen zu Männer 1:1,4.“ (Görgen 1990: 396)

Während in Österreich vorwiegend Frauen aus so genannten „Risikogruppen“ (beispielsweise Drogenabhängige oder Prostituierte) das Virus in sich tragen, sind in vielen afrikanischen Ländern Frauen aus allen Gesellschaftsgruppen betroffen.

Kinder zählen ebenfalls zur Risikogruppe, da sie oftmals mit ihren kranken Geschwistern und Eltern zusammenleben und sich aufgrund hohen Körperkontakts rasch infizieren können. Im Todesfall sind sie häufig gezwungen, die Arbeitskraft der Verwandten zu ersetzen und somit ihre Schulbildung zu vernachlässigen:

„Subsequently, children who have lost one or both parents are more likely to be removed from school to stay home to care for the sick and to be pulled into the informal economy to supplement lost income. (Gachuhi 1999: iii)

ExpertInnen erwarten eine drastische Verknappung des Arbeitskräfteangebots bis zum Jahr 2010, da die Infektionsrate unter den 15- bis 35-Jährigen auch weiterhin steigen wird. (vgl. Indaba 2002: 3)

Zusätzlich sehen sich afrikanische Gewerkschaften mit der Problematik der Diskriminierung von Betroffenen am Arbeitsplatz, die aufgrund einer Infektion mit dem Virus ihren Arbeitsplatz verlieren, konfrontiert.

HIV/Aids ist als gesundheitliches, wirtschaftliches, politisches und daher als gesamtgesellschaftliches Problem zu verstehen. Besonders betroffen ist daher auch die ländliche Bevölkerung Afrikas: „HIV/Aids zerstört das soziale Gefüge, bedroht die

Existenz der Familien und die Überlebensstrategien der ländlichen Bevölkerung insgesamt.“ (Pedro 2004: 14) Das Virus wird in den Ländern Afrikas südlich der Sahara hauptsächlich auf heterosexuellem Wege übertragen und betrifft zumeist Menschen im wirtschaftlich produktivsten Alter:

„Wird nun ein Haushalt dadurch, daß mindestens ein Familienmitglied erkrankt oder stirbt, von einem HIV/AIDS-Fall direkt betroffen, bedeutet dies eine Verringerung der verfügbaren Ressourcen als direkte Folge für diesen Haushalt.“ (Terhorst 2001: 24)

Arbeitskräfte und somit auch Arbeitszeit und Wissen in den Bereichen der landwirtschaftlichen Produktion, Vermarktung und Kleingewerbe gehen verloren und erhöhen die Armutssituation im Land. Gleichzeitig sinkt die Versorgungssicherheit der Bevölkerung mit ausreichenden Nahrungsmitteln maßgeblich. In Simbabwe ging der landwirtschaftliche Ertrag von Mais, unterschiedlichen Gemüsesorten, Baumwolle, Erdnüssen und Rindern aufgrund der zahlreichen Krankheits- und Todesfälle, die auf Aids zurückzuführen sind, zurück.

Das österreichische Gesundheitswesen stellt Präventionsmaßnahmen zur Verfügung und hilft im Falle der Erkrankung, indem es Medikamente für den Großteil der Bevölkerung zur Verfügung stellt. Auch wenn in Österreich vielen Menschen der Zugang zum Gesundheitswesen verwehrt ist, sind die Auswirkungen einer Erkrankung an AIDS in vielen afrikanischen Ländern weitaus gravierender:

„In Afrika läßt der Teufelskreis von schlechtem Ernährungszustand, schwacher Immunabwehr, multiplen Infektionen und fehlender Kenntnis über die Krankheit AIDS und ihre Verhütung ein Ende der rasanten Ausbreitung noch gar nicht absehen.“ (Görge 1990: 396)

Allein in Afrika südlich der Sahara sind 25,8 Millionen Menschen mit dem HIV-Virus infiziert (vgl. Block 2007: 33), die Infektionsrate liegt in Ost, Zentral- und Südafrika bei 20-30 Prozent der sexuell aktiven Bevölkerung, wobei vor allem junge Menschen betroffen sind: „The bulk of new AIDS cases are among young people, aged 15-25 and females are disproportionately affected.“ (Gachuhi 1999: iii)

Obwohl der wirtschaftliche und soziale Wohlstand in den betroffenen Ländern in den vergangenen Jahren im Allgemeinen wesentlich vergrößert werden konnte, steht dieser nach wie vor im Schatten der Aids-Problematik. ExpertInnen gehen davon aus, dass die Lebenserwartung in zumindest neun Ländern bis zum Jahr 2010 auf durchschnittlich 30 Jahre oder noch weniger zurückgehen wird:

„AIDS-related mortality has begun to eliminate the gains made in child survival over the past 20 years. [...] Botswana, Zambia, and Zimbabwe would have had life expectancies of 60-70 years without AIDS, but will have life expectancies of only 30 years with HIV/AIDS.“ (Gachuhi 1999: 1)

In afrikanischen Ländern leben 70 Prozent der neuen Aids-Infizierten und ein Fünftel der Betroffenen weltweit, welche an den Folgen der Erkrankung sterben. Die Bevölkerung in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara ist am stärksten von Neuinfektionen betroffen.

Die Gesundheitssysteme vieler Länder sehen sich nach wie vor mit großen Herausforderungen konfrontiert: Fehlende Institutionen und mangelnder Zugang zu Gesundheitseinrichtungen hängen eng mit Armut zusammen. Zusätzlich mangelt es an Medikamenten und an einer gesunden, vollwertigen Ernährung, die sich die meisten an HIV/AIDS-Erkrankten aus finanziellen Gründen nicht leisten können. (vgl. Pilgram; Kees 2002: 25)

Der Gesundheitssektor spielt in der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit stets eine große Rolle, da das Gesundheitssystem in vielen Ländern größtenteils nach wie vor zerstört ist, daher oftmals keine flächendeckende medizinische Versorgung gewährleistet werden kann und im Gesundheitssektor vieler Länder ein großes Nord-Süd beziehungsweise Stadt-Land-Gefälle besteht. Aufgrund von Geldmangel kann das nationale Gesundheitssystem nicht für die gesamte Bevölkerung aufkommen, denn es werden hauptsächlich die Gesundheitseinrichtungen in den großen Städten von den öffentlichen Geldern finanziert.

Als Folge dessen sind besonders Krankenhäuser am Land mangelhaft mit technischen Geräten und Personal ausgestattet. So kamen im Jahr 2004 in Mosambik auf 1000 Einwohner nur 0,03 Ärzte und 0,21 Krankenschwestern. (vgl. WHO, Core Health Indicators 2006)

Das Virus schafft auch für Kinder und Jugendliche einen Teufelskreislauf, den sie nur schwer durchbrechen können. Die dadurch wachsende Armut wirkt sich in vielen Lebensbereichen negativ auf ihre Zukunftschancen aus.

Allein im Jahr 2004 lebten im südlichen Afrika 1,9 Millionen Kinder mit HIV/Aids – global gesehen stellen sie somit 90 Prozent der infizierten Kinder. 90 Prozent der betroffenen Kinder unter 15 Jahren in dieser Region wurden bereits im Mutterleib (während der Schwangerschaft), während des Geburtsvorganges oder während der Stillzeit durch die Muttermilch infiziert. (vgl. Demuth 2003: 285) Weitere 10 Prozent

müssen aufgrund von Vergewaltigungen oder unsauberen Bluttransfusionen und unsterilen medizinischen Instrumenten mit dem Virus leben. Ihnen fehlt es primär an medizinischer Versorgung und lebensverlängernden ARV¹⁷-Medikamenten, die ihrer Immunschwäche angepasst sind.

Im Weiteren werden sie von der Gesellschaft ausgegrenzt, „[...] und im Glauben, dass sie zwangsläufig sterben werden, wird ihnen Bildung verweigert und somit eine Zukunft verwehrt.“ (Block 2007: 34)

Im Jahr 2007 lebten im südlichen Afrika 11 Millionen Aids-Waisen und laut einer Schätzung von Unicef werden bis zum Jahr 2010 etwa 18 Millionen Kinder und Jugendliche ihre Eltern aufgrund der Folgen der Krankheit verlieren. Im Zuge dessen kommt es zu massiven gesellschaftlichen Veränderungen:

„Die Kapazitäten der familiären Auffangnetze, die bisher eine größere Katastrophe verhindern konnten, sind bis an die Belastbarkeitsgrenzen ausgeschöpft. Da einige Waisen inzwischen keine Verwandten mehr haben, zu denen sie gehen können, entstehen immer häufiger Kinderhaushalte.“ (Block 2007: 34)

Die Versorgung und Betreuung von Aids-Waisen auf physischer und psychischer Ebene ist für die weitere wirtschaftliche und soziale Entwicklung der betroffenen Länder genauso bedeutend wie die Etablierung eines umfassenden, verbesserten Gesundheitssystems, denn ein solches soll

„[...] größere individuelle wirtschaftliche Sicherheit und Produktivität ermöglichen und somit ein[en] wichtigen Beitrag zum Durchbrechen des Armutskreislaufs liefern. Vorbereitungen auf einen SWAP auf nationaler Ebene und lokal verwaltete Gesundheitseinrichtungen sind Bestandteil der Verhandlungen zwischen Regierung und Gebergemeinschaft.“ (Landesprogramm Mosambik 2002–2004 (2002): 6)

Aids ist in den vergangenen Jahren eine wichtige Komponente der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und der damit verbundenen Armutsreduktion geworden und nach wie vor steht die internationale Entwicklungszusammenarbeit vor der Herausforderung, die Aids-Epidemien in Afrika einzudämmen.

4.3.2 Malaria Tropica

Die Infektionskrankheit wird durch den Erreger *Plasmodium falciparum* (Erreger der Malaria tropica) – einem bedeutenden tropischen Einzeller – hervorgerufen. Durch weibliche blutsaugende Stechmücken (Anopheles) gelangt dieser ins menschliche Blut und pflanzt sich anschließend in der Leber mittels ungeschlechtlicher Fortpflanzungszyklen fort. Weltweit sind etwa 2,4 Milliarden Menschen in mehr als 100

¹⁷ Aids-Assoziiertes Virus

Ländern der Welt in tropischen und subtropischen Regionen von Malaria betroffen. Jährlich infizieren sich etwa 300 bis 500 Millionen Menschen mit Malaria und insgesamt sind 40 Prozent der Weltbevölkerung dem unmittelbaren Risiko der Ansteckung ausgesetzt: „In Afrika, wo sich 90% der Infektionsfälle ereignen, ist dabei das Risiko am größten.“ (Krasky 2007: 14)

Menschen mit schwachem Immunsystem (Neugeborene, Kinder unter fünf Jahren, ältere und unterernährte Menschen) sind besonders anfällig für Ansteckungen:

„In high-transmission areas, the risk of severe falciparum malaria developing is greatest among young children, and visitors (any age) from non-endemic areas. In non-transmission and low-transmission areas the risk is greatest among travelers returning, with undiagnosed malaria infection, from any area where *P. falciparum* transmission occurs.“ (World Health Organization 2000: 6)

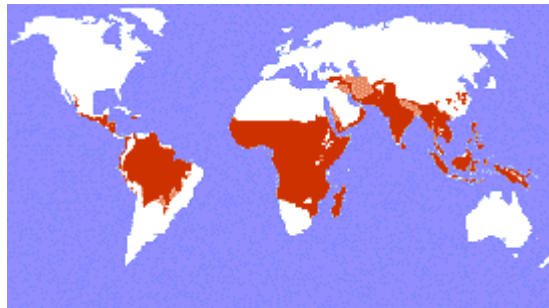


Abbildung 9: Vorkommen der tropischen Malaria¹⁸

Kann die Krankheit durch rechtzeitige Diagnose und Behandlung überwunden werden, entwickelt der Körper der Betroffenen eine so genannte Semi-Immunität, was bedeutet, dass sie zwar infiziert sind, das Virus aber nicht ausbricht und sie daher nicht oder kaum mehr krank werden. Die Malariainfektion verläuft bei guter Semi-Immunität asymptomatisch.

Lange Zeit wurde Malaria nur als Folge von Armut betrachtet, doch heute sind sich EntwicklungsexpertInnen der Wechselwirkung zwischen Armut und Malaria beziehungsweise Krankheit im Allgemeinen im Klaren: „Malaria has for long been seen as a consequence of poverty, but today there is strong evidence that malaria actually helps to create poverty and sustains underdevelopment.“ (Alnwick 2002: 10)

Ärmere Bevölkerungsschichten sind besonders hohem Risiko ausgesetzt, an Malaria zu erkranken: „[...] [W]irtschaftliche Studien [haben] gezeigt, dass die globale Verteilung

¹⁸ Weiss, Nikolaus Prof. Dr.; Pelikan, Joachim Dr.; Tanner, Marcel Prof. Dr.(2006): Plasmodium falciparum. Online auf: http://www.infektionsbiologie.ch/seiten/modellparasiten/seiten/plasmodium/steckbrief_plas.html [Zugriff: 07.12.08]

des Bruttoinlandsproduktes pro Kopf eine auffällige Korrelation zwischen dem Auftreten von Malaria und der vorherrschenden Armut aufweist.“ (vgl. Krasky 2007: 13)

Jährlich sterben bis zu drei Millionen Menschen an Malaria, 90 Prozent davon in den Ländern südlich der Sahara. (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 2007: 4)

Viele Todesfälle können nicht verhindert werden, da finanzielle Mittel für eine Behandlung beziehungsweise der Zugang zum (lokalen und nationalen) Gesundheitssystem fehlen. Außerdem haben viele Familien mit den „indirekten“ Kosten der Krankheit zu kämpfen, welche durch die Abwesenheit vom Arbeits- und Ausbildungsplatz und aufgrund von Vernachlässigung der häuslichen Pflichten entstehen können. Todesfälle und Krankheit tragen zusätzlich dazu bei, dass die Betroffenen mit geringerem Einkommen ihren Alltag bestreiten müssen als zuvor. Die Unterernährung der Familienmitglieder ist nur eine der vielen Folgen.

Die in den vergangenen Jahrzehnten von den nationalen Gesundheitssektoren zur Verfügung gestellten Malaria-Medikamente Chloroquine und Sulfadoxine-Pyrimethamine wirkten nur begrenzt, da der Malariaparasit im Laufe der Zeit gegen die meisten Medikamente und bestimmte Insektizide resistent wurde:

„Today, 50 per cent or more of all malaria infections in much of East and Central Africa are resistant to chloroquine. [...] Sadly, there are signs of rapidly increasing resistance to this drug [Sulfadoxine-Pyrimethamine, Anm.] [...]“ (Alnwick 2002: 10)

In den letzten Jahren tauchte mit der steigenden Nachfrage an der Pflanze Artemisia annua, einem Wirkstoff gegen Malaria, ein weiteres Problem auf. Die Produzenten konnten die Nachfrage nicht decken. Da „[...] die Vorräte aufgebraucht sind, kann der Pharmakonzern [Novartis, Anm.] die weltweit 80 Millionen bestellten Behandlungseinheiten nicht ausliefern.“ (Schneeberger 2006: 8)

Neben einzelnen betroffenen Personen und Gesellschaften haben Malaria und ihre Folgen auch negative Auswirkungen auf die Produktivität der gesamten Privatwirtschaft. Landwirtschaft, Tourismus, Bergbau und Baugewerbe sind Schlüsselsektoren, in denen die Folgen von Malaria zumindest teilweise deutlich werden, da auf lange Zeit der wirtschaftliche Erfolg der Firmen zurückgeht.

Im weiteren Sinne hat die Krankheit Auswirkungen auf die gesamte wirtschaftliche Entwicklung eines Landes:

„Not only are malarial countries poor, but economic growth in malarial countries over the past quarter century has been dismal. Growth of income per capita 1965-1990 for countries with severe malaria has been 0.4% per year, whereas average growth for other countries has been 2.3% [...]“ (Gallup; Sachs 2001: 85ff.)

Verschmutztes Trinkwasser, unzureichende Hygiene und mangelnde Moskitonetze, die vor weiterer Ausbreitung der Krankheit schützen, tragen zur Verschlimmerung der Situation bei. Es entsteht auch hier eine Art Armuts-Teufelskreislauf, der schwer zu durchbrechen ist und welcher die internationale Entwicklungszusammenarbeit auch weiterhin vor eine große Herausforderung stellen wird.

In Tansania konnten aufgrund von Bestrebungen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit Fortschritte erzielt werden. Von der Schweiz subventionierte Moskitonetze wurden ins Kilombero-Tal eingeführt, was wiederum die lokale Bevölkerung zum Kauf und Gebrauch der Netze bewegte: „Inzwischen hat die Regierung daraus ein landesweites Programm für Schwangere sowie Kinder unter fünf Jahren gemacht: sie sind am meisten durch Malaria gefährdet.“ (Küng 2002: 12) Obwohl in Tansania aufgrund der Subventionen der Moskitonetze und einer verbesserten Infrastruktur und Medikamentenversorgung Fortschritte geleistet werden konnten, wird nach wie vor fehlendes qualifiziertes medizinisches Personal beklagt.

4.3.3 Afrikanische Trypanosomiasis

Die afrikanische Trypanosomiasis, auch Schlafkrankheit genannt, wird durch den Stich der Tse Tse Fliege übertragen. Aufgrund komplexer zellbiologischer und biochemischer Eigenheiten sind Trypanosomen resistent gegen die körperliche Immunabwehr der Menschen und „[...] bilden eine ständige Bedrohung für die Bevölkerung und deren Nutzvieh in den endemischen Gebieten des tropischen Afrikas.“ (Duszenko 1998: 72)

In den 1960er Jahren galt die Schlafkrankheit als beinahe ausgerottet, tritt aber aufgrund von gesellschaftlichen Umstrukturierungen, militärischen Auseinandersetzungen und zahlreichen Flüchtlingsbewegungen besonders seit den 1990er Jahren wieder verstärkt auf.

Die Tse Tse Fliege erzeugt mit ihrem Mundwerkzeug eine schmerzhaft Wunde, aus der sie Blut und Lymphe saugt; gleichzeitig gelangen metazyklische Trypanosomen in das Blutsystem des Patienten. Unter der Hautoberfläche bildet sich ein Geschwür, während die Trypanosomen das Blut- und Lymphsystem des Betroffenen besiedeln und daher maßgeblich verändern. Die Infektionsgefahr steigt deutlich, wenn (arme) Menschen in unmittelbaren Kontakt mit den Tse Tse Fliegen treten; das heißt, wenn beispielsweise knappe Wasserressourcen von Menschen, Vieh und Tse Tse Fliegen gleichermaßen

geteilt werden. Selbst beim Verrichten alltäglicher Tätigkeiten besteht stets ein Infektionsrisiko:

„Certain occupational activities increase the risk of contact, including entry into tsetse-infested bush for such purposes as hunting, trapping, fishing, farming, herding, the gathering of food (e.g. roots, berries) or firewood and burning of charcoal.“ (World Health Organization 1998: 43)

Aufgrund unterschiedlicher Migrationsbewegungen konnte die Krankheit in viele Regionen vordringen, die davor nicht betroffen waren oder vice versa:

„War and other conflicts may cause infected populations to be displaced to areas that hitherto been under control, thus reactivating the disease. Alternatively, healthy populations may move into infested areas.“ (World Health Organization 1998: 43)

Darüber hinaus hat die Krankheit – ähnlich wie HIV/Aids – maßgebliche soziale Folgen. Wird die Schlafkrankheit nicht rechtzeitig diagnostiziert oder behandelt, sind irreversible Spätfolgen nicht zu vermeiden beziehungsweise sterben viele PatientInnen sogar an den Spätfolgen. Während der Erkrankung sind die Betroffenen nicht in der Lage, ihrer gewohnten alltäglichen Arbeit nachzugehen, wodurch viele Familien die fehlende Arbeitskraft eines Familienmitgliedes zu beklagen haben. Außerdem können sich aufgrund eines langen Krankenhausaufenthaltes weitere physische Immobilitäten ergeben.

Bei Frauen kann die Erkrankung zu Unfruchtbarkeit, Fehlgeburten und/oder anderen gynäkologischen Problemen, wie zum Beispiel ausbleibende Menstruation, führen. Außerdem riskieren erkrankte Frauen, ein von Geburt an krankes Kind auf die Welt zu bringen, woraus sich die hohe Sterberate bei Säuglingen und Kleinkindern unter fünf Jahren erklärt.

Ähnlich wie bei HIV/Aids hat auch die Schlafkrankheit bedeutende wirtschaftliche Folgen: „Pro Jahr verursacht der Stich der Fliege geschätzte wirtschaftliche Verluste in Höhe von mehr als 4 Milliarden US Dollar.“ (Fleming; Rickwood; Kabayo 2002: 1) Kranke Menschen können ihrer alltäglichen Arbeit nicht mehr nachgehen, was bedeutet, dass ihre Arbeit von anderen Familienmitgliedern verrichtet werden muss. Oft werden Kinder gezwungen, ihre Ausbildung abzubrechen, um die Arbeitskraft ihrer Eltern zu ersetzen oder sich zu Hause um kranke Familienmitglieder zu kümmern. Eine Erkrankung mehrerer Familienmitglieder macht gegenseitige Unterstützung relativ schwierig und stellt die Familien vor große Herausforderungen: „Sleeping sickness is

therefore a threat to the survival of families and to the education of children.“ (World Health Organization 1998: 44)

Viele Kinder werden durch die Krankheit weitgehend körperlich geschwächt; sie verweigern die Nahrungsaufnahme und leiden in weiterer Folge an Unterernährung. Unterernährung wiederum führt zu Wachstumsstörungen und anderen physischen Beeinträchtigungen, welche in einem weiten Schritt die Wirtschaftsleistung der betroffenen Person beeinträchtigen können.

Zahlreichen Betroffenen ist der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen verwehrt – sie können sich daher vorbeugende und unmittelbar notwendige Untersuchungen sowie Behandlungen nicht leisten. Im Anfangsstadium kann die Krankheit noch leicht behandelt werden, später gestaltet sich eine Behandlung für die PatientInnen relativ schmerzhaft, da das notwendige Gegenmittel Melarsoprol mit Glasnadeln in den Körper injiziert werden muss. Das aggressive und toxische arsenhaltige Mittel zersetzt Plastikspritzen und etwa fünf bis zehn Prozent der Betroffenen erliegen den auftretenden Nebenwirkungen. Obwohl bereits in den 1980er Jahren ein wirksames Mittel – Eflornithin (DFMO) – als Alternative zu Melarsoprol entwickelt wurde, wurde die Produktion aufgrund mangelnden Profits 1995 wieder eingestellt. (vgl. Medecins sans Frontiers 2001: 10)

1997 gelang erstmals ein Durchbruch bei der Bekämpfung der Schlafkrankheit: Sansibar wurde als Tse-Tse-Fliegen-frei erklärt, nachdem die Anzahl der Fliegen durch konventionelle Methoden maßgeblich dezimiert werden konnte. In Folge dessen verdreifachte sich die Milchproduktion und außerdem konnte sich die Fleischproduktion verdoppeln, was wirtschaftlich gesehen wesentlich zur allgemeinen Armutsreduktion im Land beitrug. (vgl. Fleming, Rickwood, Kabayo 2002: 2)

Trotz der Fortschritte ging in Südafrika beispielsweise die durchschnittlich produzierte Menge an Lebensmitteln pro Jahr in den vergangenen 40 Jahren deutlich zurück. In der DR Kongo und in Zentralafrika fallen „[...] nach Aussagen der Weltgesundheitsorganisation der Schlafkrankheit mehr Menschen zu Opfer als anderen ansteckenden Krankheiten einschließlich HIV/Aids.“ (Fleming, Rickwood, Kabayo 2002: 4)

Die starke Wechselwirkung zwischen Armut und Krankheit konnte auch in diesem Kapitel verdeutlicht werden. Krankheit hat wirtschaftliche und soziale Ursachen und Folgen. Krankheit und Tod zerstören gesellschaftliche Strukturen und zwingen Kinder beim Verlust eines Elternteils deren Arbeitskraft zu ersetzen. In Folge dessen vernachlässigt das betroffene Kind die eigene Ausbildung und ist einem hohen Risiko, ebenfalls krank zu werden, ausgesetzt. Des Weiteren erfolgt häufig eine Konzentration der gesamten finanziellen Mittel auf das kranke Familienmitglied, was für die anderen Familienmitglieder einen geringeren Konsum von Nahrungsmitteln sowie eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bedeutet. Unzureichende Ernährung beziehungsweise Unterernährung haben auf die physische und geistige Entwicklung der Kinder maßgebliche Folgen: „Die Unterernährung kann die intellektuelle Entwicklung der Kinder so sehr behindern, daß sich ihre lebenslange Produktivität reduziert.“ (Terhorst 2001: 25)

4.4 Armut als Mangel an Bildung

Millionen von Menschen in den so genannten „Entwicklungsländern“ ist aufgrund einer Reihe unterschiedlicher Faktoren der Zugang zu Bildung verwehrt. Dennoch ist Bildung ein fundamentales Menschenrecht und steht häufig im Zentrum entwicklungspolitischer Debatten und gilt daher neben dem Sektor „Gesundheit“ als einer der bedeutenden Schlüsselsektoren in der OEZA. EntwicklungsexpertInnen betonen den engen Zusammenhang zwischen dem sozialen Wohlstand der Menschen (Reichtum beziehungsweise Armut) und Bildung: „Bildung und Ausbildung werden zudem als wesentliche Faktoren für Armutsbekämpfung und nachhaltige Entwicklung angesehen.“ (Langthaler 2005: 5)

Armut als Mangel an Bildung bedeutet, dass die Betroffenen keinen (ausreichenden) Zugang zu Bildung haben beziehungsweise diese aus bestimmten Gründen nicht in Anspruch nehmen können. Nach Angaben der International Labour Organization können 130 Millionen Kinder ihr Recht auf Bildung nicht wahrnehmen, da sie ausbeuterischen Arbeitsverhältnissen unterworfen sind. (vgl. Berker 2007: 42) Der Anteil der Kinder in Afrika südlich der Sahara, welche die Grundschule beendet haben, liegt weit unter dem Anteil der Kinder weltweit, die über einen Grundschulabschluss verfügen. Die Einschreibraten in die Grundschule stagnierten in vielen afrikanischen Ländern (zum Beispiel in Äthiopien) in den vergangenen Jahren beziehungsweise erhöhten sich nur

geringfügig. EntwicklungsexpertInnen stellen in vielen Ländern Afrikas nach wie vor große Schwächen an den nationalen Bildungssystemen fest, da einerseits immer noch zu wenige Menschen Zugang zu Bildung haben, das Bildungssystem selbst erhebliche Mängel aufweist und die (Schul-) Verwaltung schwach ist.

			Enrolment in Primary Education			
			1998/1999		2002/2003	
Country or territory	Age group	School Age Population (000)	Total (000)	% F	Total (000)	% F
D. R. Congo	2002/2003	2002	4 022	47	...	...
Equatorial Guinea	6-11	8 696	75	48	78	48
Eritrea	7-11	64	262	45	359	44
Ethiopia	7-12	567	5 168	38	8 270	43
Gabon	7-12	11 557	265	50	280	49
Gambia	6-11	212	150	46	178	49
Ghana	7-12	209	2 377	47	2 679	47
Guinea	6-11	3 203	727	38	1 073	43
Guinea-Bissau	7-12	1 317	...	...	155	40
Kenya	7-12	238	6 050	49	5 590	48
Lesotho	6-12	6 050	370	52	419	50
Liberia	6-12	331	396	42	...	...
Madagascar	6-11	549	2 012	49	2 856	49
Malawi	6-10	2 389	2 525	49	2 847	49
Mali	6-11	2 032	959	41	1 295	43
Mauritius	7-12	2 217	131	49	132	49
Mozambique	5-10	128	1 968	42	2 705	45
Namibia	6-10	2 617	387	50	405	50
Niger	6-12	385	530	39	858	40
Nigeria	7-12	1 971	16 046	42	24 563	44
Rwanda	6-11	20 572	1 289	50	1 637	50
Sao Tome and Principe	7-12	1 341	24	49	29	48
Senegal	7-12	23	1 034	46	1 287	48
Seychelles	7-12	1 611	10	49	9	49
Sierra Leone	6-11	...	...	...	554	42
Somalia	6-11	761	...	...	...	...
South Africa	...	...	...	...	...	...
Swaziland	7-13	7 067	7 998	49	7 466	49
Togo	6-12	213	212	49	209	48
Uganda	6-11	804	954	43	975	45
U. R. Tanzania	6-12	5 226	6 591	47	7 354	49
Zambia	7-13	7 107	4 043	50	6 563	49
Zimbabwe	7-13	2 107	1 557	48	1 732	48
	6-12	2 555	...	...	2 362	49

Abbildung 10: Grundschulbildung in verschiedenen afrikanischen Ländern¹⁹

¹⁹ Grundschulbildung in verschiedenen afrikanischen Ländern. In: UNESCO (2005) EFA Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. 318.

Fehlende und mangelhafte Bildung stehen in Wechselwirkung mit einer Reihe unterschiedlicher wirtschaftlicher, sozialer und politischer Faktoren:

„Seit 1998 sind zwar stetige Verbesserungen zu verzeichnen, vor allem im Bereich universeller Primarschulbildung und Geschlechtergleichstellung in den ärmsten Ländern, doch ist die Geschwindigkeit der Fortschritte ungenügend, um die Ziele bis 2015 zu erreichen.“ (Langthaler 2005: 13)

Eine Reihe von Buben und Mädchen erfahren bereits sehr früh soziale Exklusion, wenn sie mit dem HIV-Virus infiziert sind und ihnen deshalb der Zugang zu Bildungsstätten verwehrt bleibt. Viele Kinder sind im Falle einer Erkrankung eines Elternteils oder beider Elternteile gezwungen, die Schule (für einen längeren Zeitraum) abzugeben, um deren Arbeitskraft in den Bereichen Landwirtschaft und soziale Reproduktion zu ersetzen. Durch die Erkrankung oder den Tod eines Elternteils geht eine wesentliche Einkommensquelle verloren, welche durch die Arbeitskraft der Kinder kompensiert werden muss. Die Betroffenen vernachlässigen somit ihre eigene Ausbildung und können in späterer Folge aufgrund mangelnder Qualifikation und mangelnden Wissens keiner beziehungsweise nur schlecht bezahlter Arbeit nachgehen. Außerdem war das Bildungssystem vieler Länder in den letzten Jahrzehnten einem ständigen Wandel unterworfen.

Im Zuge der Nelkenrevolution in Portugal im April des Jahres 1974 wurden beispielsweise auch viele portugiesische Universitäten in Mosambik geschlossen; im Jänner 1975 wurde die ein Jahr zuvor geschlossene Lourenço Marques Universität für die Studenten wieder eröffnet. (vgl. Mouzinho 2003: 8) In Folge der Revolution ging die Anzahl der Studierenden auf einige wenige Hunderte zurück und auch der Lehrkörper ist wesentlich geschrumpft:

„All forms of education are a scarce resource in Mozambique, with a drastic funnelling at each successive higher stage in the educational system. The 1998 United Nations Development Programme (UNDP) *Human Development Report* estimated the adult literacy rate in Mozambique at 40.1 per cent, with the rate among females (23.3 per cent) less than half the male rate of 57.7 per cent. According to the 1997 census the overall gross enrolment rate was 66.8 per cent in primary education, falling to 0-3 per cent in higher education, with the female rates being considerably lower than the male rates [...]“ (Mouzinho 2003: 17)

Außerdem stellen EntwicklungsexpertInnen auch im Bereich der Bildung in den südlichen Ländern Afrikas ein Stadt-Land- beziehungsweise Nord-Süd-Gefälle fest. Jene Städte, Dörfer und Regionen, die den wirtschaftlichen und politischen Zentren der jeweiligen Länder am nächsten liegen, weisen eine höhere Alphabetisierungsrate auf:

„They have a higher number of industrial and agricultural development projects; they are better served by roads and railways; and they boast a denser network of governmental and non governmental primary and secondary schools and HEIs.“ (Mouzinho 2003: 22f.)

Seit einigen Jahren verzeichnen die Bildungssysteme vieler afrikanischer Länder eine hohe Nachfrage an Primär- und Sekundärschulbildung und sehen sich gleichzeitig mit dem mangelnden Angebot an Lehrkräften konfrontiert. Aufgrund der hohen Anzahl an HIV/Aids-Betroffenen kommt es vermehrt zum Fehlen von Lehrkräften, was dazu führt, dass viele Schulen geschlossen werden (müssen). Außerdem verfügen viele Lehrkräfte selbst über keine angemessene Ausbildung und das Verhältnis von Schüler zu Lehrer liegt für eine Klasse nach wie vor bei 40:1. In Österreich beispielsweise wurde in den vergangenen Jahren die Maximalanzahl von 25 Schülern pro AHS-Klasse festgelegt. (vgl. Stadtschulrat für Wien)

Die flächendeckend eingeführten Schulgebühren in vielen Ländern erschweren zusätzlich einer Vielzahl von Kindern den Zugang zu Bildung; sie sind sogar das Haupthindernis für den Schulbesuch (vgl. Langthaler 2005: 13) – besonders betroffen sind ärmere Kinder, deren Familien in ländlichen Regionen leben:

„Even where school fees are not an issue, the perceived and real opportunity costs associated with sending children to school can discourage parents from supporting girls' education.“ (The United Nations Children's Fund 2006: 72)

Mädchen und Buben sollen gleichermaßen das Recht auf Bildung genießen, denn

„[e]nabling girls to access the intellectual and social benefits of basic education ensures that their rights are protected and fulfilled and greatly enhances the range of life choices available to them as women.“ (The United Nations Children's Fund 2006: 71)

Nach wie vor gibt es ungleichen Zugang zu primärer und sekundärer Schulbildung für Buben und Mädchen; im tertiären Bildungssektor sind sogar nur fünf bis zehn Prozent der StudentInnen Frauen.

Land/Region	Insges.	männlich	weiblich	Insges.	männlich	weiblich
Entwicklungsländer	82,0 %	85,2 %	78,6 %	83,2 %	85,3 %	80,9 %
Afrika südlich der Sahara	56,2 %	59,6 %	52,7 %	63,5 %	66,9 %	59,9 %
Lateinamerika & Karibik	94,4 %	95,1 %	93,7 %	96,4 %	97,1 %	95,7 %
Arabische Staaten	78,1 %	82,3 %	73,7 %	82,6 %	85,7 %	79,2 %
Süd- und Westasien	78,6 %	85,5 %	71,3 %	82,5 %	85,7 %	79,1 %
Ostasien und Pazifik	95,7 %	95,9 %	95,6 %	92,1 %	92,4 %	91,8 %
Zentralasien	88,9 %	89,4 %	88,3 %	89,9 %	90,8 %	89,0 %
Zentral- und Osteuropa	87,2 %	88,7 %	85,7 %	89,0 %	89,9 %	88,0 %
Transitionsländer	85,4 %	85,9 %	84,9 %	89,1 %	89,3 %	88,9 %
Industrieländer	96,6 %	96,6 %	96,6 %	95,6 %	95,4 %	95,9 %

Abbildung 11: Einschulungsraten in Primarschulen – 1998/99 und 2002/03 im Vergleich²⁰

EntwicklungsexpertInnen betonen, dass sich Bildung von Mädchen auf die gesamte Gesellschaft und Wirtschaft des Landes positiv auswirkt:

„Women with some formal education are more likely to delay marriage and childbirth, ensure their children are immunized, be better informed about their own and their children's nutritional requirements and adopt improved birth spacing practices.” (The United Nations Childrens Fund 2006: 71)

Trotz Bemühungen gibt es nach wie vor große Defizite in der Primarschulbildung in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara hinsichtlich Geschlechtergleichstellung. Obwohl sich die Einschulraten in Primärschulen im Allgemeinen verbessert haben, sind Mädchen nach wie vor benachteiligte Akteure im Schulwesen: „Hinsichtlich der Geschlechtergleichstellung muss festgestellt werden, dass die Zielvorgabe bis 2005 von 94 Ländern verfehlt wurde und 86 Länder dieses Ziel möglicherweise auch bis 2015 nicht erreichen werden.“ (Langthaler 2005: 13)

Nach wie vor beklagen viele Länder ihre hohen Erwachsenenanalphabetenrate, da Erwachsenenbildung und -alphabetisierung nach wie vor tendenziell stark vernachlässigt wird. Beim Ländervergleich wird deutlich, dass die Alphabetisierungsraten in der Altersgruppe 15 und mehr Jahre in den Ländern südlich der Sahara am niedrigsten sind und die Geschlechterdifferenz eine besondere Rolle spielt.

²⁰ Einschulungsraten in Primarschulen – 1998/99 und 2002/03 im Vergleich. In: Langthaler, Maragrita (2005): Die internationale Bildungsinitiative Education for All im Rahmen der Bildungszusammenarbeit. Entstehung, Stand der Umsetzung und Erfahrungen. Wien: Österreichische Forschungsförderung für Entwicklungszusammenarbeit. 13.

	1990			2000-2004			2015		
	Insges.	Männer	Frauen	Insges.	Männer	Frauen	Insges.	Männer	Frauen
Welt	75,4 %	81,8 %	69,1 %	81,9 %	86,9 %	76,8 %	85,8 %	89,6 %	82,0 %
Entwicklungsländer	67,0 %	75,9 %	57,9 %	76,4 %	83,2 %	69,5 %	82,4 %	87,2 %	77,5 %
Afrika südlich der Sahara	49,9 %	60,0 %	40,3 %	59,7 %	68,2 %	51,8 %	69,4 %	75,0 %	63,9 %
Lateinamerika & Karibik	85,0 %	86,7 %	83,3 %	89,7 %	90,5 %	88,9 %	93,5 %	93,9 %	93,1 %
Arabische Staaten	50,0 %	63,7 %	35,6 %	62,7 %	73,8 %	51,1 %	75,5 %	82,8 %	68,2 %
Süd- und Westasien	47,5 %	59,7 %	34,4 %	58,6 %	70,5 %	46,2 %	67,2 %	76,7 %	57,3 %
Ostasien und Pazifik	81,8 %	88,9 %	74,5 %	91,4 %	95,0 %	87,7 %	94,9 %	97,0 %	92,8 %
Zentralasien	98,7 %	99,4 %	98,0 %	99,2 %	99,6 %	98,9 %	99,6 %	99,7 %	99,5 %
Zentral- und Osteuropa	96,2 %	98,0 %	94,6 %	97,4 %	98,9 %	96,2 %	97,9 %	99,1 %	96,9 %
Transitions-länder	99,2 %	99,6 %	98,8 %	99,4 %	99,7 %	99,1 %	99,7 %	99,7 %	99,7 %
Industrieländer	98,0 %	98,5 %	97,5 %	98,7 %	99,0 %	98,4 %	98,9 %	99,4 %	98,3 %

Abbildung 12 Analphabetenrate in verschiedenen Ländern²¹

Nach dem Scheitern der großen Entwicklungstheorien (Dependenz- und Modernisierungstheorie) führte die Implementierung der Strukturanpassungsprogramme²² zu weitgehenden gesellschaftlichen Folgen.

Anstatt Schritte zu einer Verbesserung zu setzen, wurden öffentliche Mittel gekürzt, was schwerwiegende Folgen nach sich zog: Aufgrund der damit einhergehenden Privatisierung werden zahlreiche Schulen geschlossen beziehungsweise privatisiert und die hohen Kosten einer privaten (Schul-) Ausbildung ist für viele Privatpersonen unerschwinglich. Außerdem erlaubt der Teufelskreislauf der Verschuldung und die Auflage, Budgetdefizite auszugleichen den meisten Ländern nicht, ausreichende Investitionen in den Bereichen Gesundheit und Bildung zu tätigen: „Denn durch die harte

²¹ Einschulungsraten in Primarschulen – 1998/99 und 2002/03 im Vergleich. In: Langthaler, Maragrita (2005): Die internationale Bildungsinitiative Education for All im Rahmen der Bildungszusammenarbeit. Entstehung, Stand der Umsetzung und Erfahrungen. Wien: Österreichische Forschungsförderung für Entwicklungszusammenarbeit. 13.

²² So genannte Entwicklungsländer verpflichten sich der Implementierung wirtschaftlicher Maßnahmen im Rahmen der Strukturanpassungsprogramme, um sich somit für Kredite der Weltbank beziehungsweise des Internationalen Währungsfonds zu qualifizieren.

Auflagenpolitik der Geberinstitutionen mussten Ausgaben in Sektoren gestrichen werden, die zu mehr *human development* führen, vornehmlich im Bildungs- und Gesundheitsbereich.“ (Humpert 2005: 13)

Im Laufe der 1990er Jahre gerieten die Strukturanpassungsprogramme der Weltbank und des Internationalen Währungsfonds zunehmend in Kritik: Sie wurden ihrem Anspruch, Armut im Hinblick auf Gesundheit und Bildung zu reduzieren, nicht gerecht. (vgl. International Monetary Fund 1999)

Um den Bildungssektor in den afrikanischen Ländern verbessern zu können, sind nach Mouzinho folgende Faktoren von großer Bedeutung:

- “generating and sharing information about African universities and higher education
- supporting universities seeking to transform themselves
- enhancing research capacity on higher education in Africa
- promoting collaboration among African researchers, academics and university administrators” (Mouzinho 2003: xii)

Um in weiterer Folge Armut beseitigen zu können, werden folgende Ziele angestrebt:

- Verbesserung der Lehreraus- und Weiterbildung in allen Ländern
- Steigerung der Effizienz von Verwaltungsbehörden und Schulen
- Engere Zusammenarbeit von Schulen, Eltern und Gemeinden
- Verbesserung der Qualität nichtformaler Grundbildungsangebote für Jugendliche und Erwachsene ohne abgeschlossene Grundbildung und Orientierung dieser Angebote am Bedarf des Arbeitsmarktes (vgl. BMZ. Grund- und Berufsbildung verbessern)

Wesentliche Fragen im Zusammenhang mit „besserer“ Bildung sind: Gibt es im Anschluss zum ausgebauten (Aus-)Bildungsprogramm eine Möglichkeit eine fixe Anstellung zu finden? Wird durch bessere Bildung das subjektive Armutsgefühl verstärkt?

Es scheint, als wäre Bildung als Lösungsvorschlag zum Thema Armut sehr „momentausgerichtet“. Momentan verbessert sich die Lebenssituation der Menschen, denn sie bekommen Zugang zu Bildung. Man eröffnet ihnen die Möglichkeit, ihren Horizont zu erweitern. Aber was ist danach? Was passiert, wenn die arme Bevölkerung betroffener Länder das Schulgeld für ihre Kinder nicht mehr aufbringen kann? (Welche) Anstellung finden sie nach einem (Hoch-)Schulabschluss?

Armut als Mangel an Bildung ist als weites Konzept zu verstehen, in welches viele andere Elemente – neben der tatsächlichen Bildung der Menschen – einfließen. So geht mangelnde Bildung mit schlechten Zugangsraten, mangelnder Qualität und schlechtem Mitteleinsatz Hand in Hand. Zusätzlich gibt es „Unzulänglichkeiten im Lehrapparat, wie mangelnde Qualifikation [und] fehlende Lehrkräfte in entlegenen Gebieten [...]“. (Landesprogramm Mosambik 2002–2004 (2002): 5)

Gesundheitspolitische Faktoren – wie beispielsweise die HIV/Aids-Problematik in vielen Ländern – stehen auch hier in enger Verbindung mit Bildung und außerdem sind nach wie vor Reformen und Verbesserungen vonnöten.

4.5 Armut als Mangel an (Zugang zu sauberem) Trinkwasser

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Weltbevölkerung auf 6,5 Milliarden Menschen gewachsen und gleichzeitig der globale Wasserverbrauch um das Siebenfache gestiegen. So müssen heutzutage mehrere Milliarden Menschen „[...] mit der gleichen Menge Wasser auskommen [müssen], die sich um Christi Geburt etwa 200-300 Mio. Menschen teilten.“ (Sager 2004: 719) Faktoren wie schlechte Wasserqualität und ungleiche Verteilung der (trinkbaren) Wasserressourcen verschärfen die Problematik insbesondere für ärmere Staaten beziehungsweise Bevölkerungsschichten. Auf dem Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung in Johannesburg im September 2002 wurde das Ziel gesetzt, „[...] die Zahl der Menschen ohne Zugang zu sauberem und sicherem Trinkwasser (derzeit ca. 1,1-1,4 Mrd.) sowie ohne ausreichende sanitäre Grundversorgung (ca. 2,4 Mrd.) zu halbieren.“ (Sager 2004: 719)

EntwicklungsexpertInnen stellten fest, dass viele afrikanische Länder von der so genannten Wasserkrise am stärksten betroffen sind: Obwohl einige Länder über große Wassermengen und Wasserreserven verfügen, werden diese nur zu etwa vier Prozent genutzt. (vgl. Sager 2004: 719) Die ungleiche Ressourcenverteilung, mangelndes technisches Know-how und (teilweise) fehlende Infrastruktur im Sektorbereich Wasser stellen viele Staaten vor große Herausforderungen:

„Das eigentliche Schreckengespenst im gesamten südlichen Afrika ist [...] die Wasserknappheit. Ihr Ausmaß wird nicht nur durch natürliche Begebenheiten, wie die regelmäßigen Dürreperioden, bestimmt, sondern ist abhängig von der ständig steigenden Wassernachfrage durch ungebremses Bevölkerungswachstum, hohe Urbanisierungsraten, zunehmenden Lebensstandard, Ausbau des Tourismus und industrielle sowie insbesondere landwirtschaftliche Expansion.“ (Schild 2001: 30)

Es ergibt sich eine permanente Wechselwirkung zwischen dem Wohlstand beziehungsweise der Armut einer Gesellschaft und der verfügbaren Wassermengen: Jährlich erkranken und sterben viele Menschen an vermeidbaren Krankheiten, weil der Zugang zu sauberem und sicherem (Trink-) Wasser in vielen Ländern nach wie vor ungleich verteilt ist.

In Tansania beispielsweise verfügen nur etwa 50 Prozent der gesamten Bevölkerung über sauberes Trinkwasser. (vgl. OEFSE 2000: 6)

Im Rahmen der 15 Millennium Development Goals wurde daher auch das Ziel der internationalen Entwicklungszusammenarbeit festgelegt, die Anzahl der Menschen, die keinen Zugang zu sicherem und sauberem Trinkwasser haben, zu halbieren.

Aus der ungleichen Verteilung von Wasser ergibt sich, dass zirka eine Milliarde Menschen ohne Zugang zu sauberem Wasser leben müssen und 2,6 Milliarden Menschen über keine sanitäre Einrichtungen (wie zum Beispiel Latrinen oder Abwasserversorgung) verfügen. Des Weiteren bezieht eine Milliarde Menschen Trinkwasser aus verschmutzten Quellen, Brunnen, Teichen oder Flüssen. In weiterer Folge ergibt sich aus der „Wasserarmut“ ein enger Zusammenhang zwischen den oben dargestellten und analysierten Sektoren Bildung, Gesundheit und Nahrung:

„Durch die vielfältige Rolle des Wassers als Lebensmittel, Voraussetzung für Hygiene, Produktionsmittel und Bestandteil der Ökosysteme ist der Wassersektor eng mit vielen anderen Entwicklungssektoren verknüpft, insbesondere mit den Bereichen Gesundheit [und] Ernährungssicherung“ (Österreichische Entwicklungszusammenarbeit 2008: 2)

In Afrika südlich der Sahara betrug der Versorgungsgrad im Jahr 2006 etwa 61 Prozent: Daher sahen sich besonders Bauern mit der Problematik der mangelhaften Wasserversorgung konfrontiert. (vgl. Österreichische Entwicklungszusammenarbeit 2008: 3) Unzureichende Bewässerung der Felder führt zu Missernten; ungenügend Wasser erhöht das Risiko, zu erkranken. Die wechselseitige Beziehung von Ursachen und Wirkungen lässt auch hier einen Teufelskreislauf entstehen, den besonders ärmere Menschen nur schwer durchbrechen können.

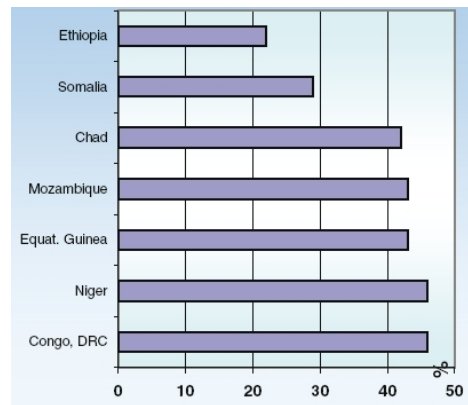


Abbildung 13: Staaten, in denen weniger als 50 Prozent der Einwohner über sauberes und sicheres Trinkwasser verfügen²³

90 Prozent der beinahe 29 Millionen EinwohnerInnen Ugandas leben in ländlichen Regionen, wovon nur etwa 63 Prozent der Menschen über Zugang zu sauberem Wasser und 59 Prozent über eine Versorgung mit sanitären Anlagen verfügen. In Folge von Wassermangel entstehen hygienische Probleme, welche wiederum zu Krankheiten (zum Beispiel Magen- und Darmkrankheiten) führen können. Frauen und Kinder sind überproportional betroffen, da sie in vielen Fällen die Verantwortung für die Wasserversorgung ihres Haushaltes tragen und zur Beschaffung von Wasser (zu Fuß) weite Strecken zurücklegen müssen. Außerdem werden – wie oben bereits erwähnt – Frauen und Kinder häufig zur Pflege kranker Familienmitglieder herangezogen. Kinder, die im Haushalt lebende kranke Menschen versorgen müssen und zusätzlich bei der Wasserbeschaffung helfen müssen, vernachlässigen in vielen Fällen ihre Ausbildung und sind in späterer Folge auf schlecht bezahlte Jobs angewiesen.

Der Zugang zu sauberem und sicherem Trinkwasser ist außerdem für die Nahrungsmittelproduktion ein entscheidender Faktor, da eine optimale Bewässerung der Felder nur mit ausreichenden Wasserressourcen möglich ist.

Knapper werdende Wasserressourcen stellen nicht nur Gesellschaften auf lokaler und Staaten auf nationaler Ebene vor Herausforderungen; vielmehr ist der vorherrschende Wassermangel in vielen Ländern zusätzlich als potentieller (internationaler) Konfliktfaktor zu betrachten:

„Wachsende Bevölkerung, ökonomische Entwicklung und geänderte regionale Bedürfnisse haben den Wettstreit um die trinkbaren Wasserressourcen weltweit steigen lassen, sodass immer wieder vor dem steigenden Risiko von Wasserverteilungskonflikten gewarnt wird.“
(Bauer 2006: 19)

²³ African Development Bank (2008): Selected Statistics on African Countries. 2008. Volume XXVII. 26. Online auf: http://www.afdb.org/pls/portal/docs/PAGE/ADB_ADMIN_PG/DOCUMENTS/STATISTICS/SELECTED%202008_WEB.PDF [Zugriff: 14.12.2008]

Grenzüberschreitende Flusssysteme beziehungsweise Fluss- und Seensysteme, die Grenzen zwischen Staaten markieren, bergen potenzielle Konfliktfaktoren. Das Ausmaß an temporär verfügbaren Wasserressourcen hängt nicht nur von natürlichen Gegebenheiten wie Regenfall oder regelmäßigen Dürreperioden ab, sondern wird auch durch die steigende Nachfrage an Wasser durch massives Bevölkerungswachstum, hohe Urbanisierungsgrade, Ausbau des Tourismus und allgemein steigenden Lebensstandard bestimmt. (vgl. Schild 2001: 30)

5 Conclusio und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurden zentrale Armutskonzepte Österreichs und der österreichischen Entwicklungszusammenarbeit dargestellt, gegenübergestellt und untersucht.

Armut ist nicht alleine durch einzelne Definitionen oder Armutsgrenzen zu erklären. Daher wurden die gängigen Armutskonzepte „Absolute Armut“, „Relative Armut“ und „Subjektive Armut“ um zahlreiche politische, wirtschaftliche und soziale Faktoren und Indikatoren erweitert, um ein möglichst umfassendes Bild von Armut in einzelnen Bereichen geben zu können. Die vorliegende Arbeit hatte daher den Anspruch zu zeigen, dass Armut ein äußerst komplexer Gegenstand ist und der Einbeziehung unterschiedlicher Faktoren und Indikatoren bedarf, um ein umfassenderes Verständnis des Phänomens zu ermöglichen. Auch wenn soziokulturelle Faktoren nur schwer fassbar, messbar und auf internationaler Ebene vergleichbar sind, zeigen sie deutlich die Interdependenz und Vernetzung von Ursachen und Wirkungen.

Ungleich verteilter Zugang zu Wissen, Macht, Prestige und anderen wichtigen Institutionen einer Gesellschaft führt zu sozialer Ungleichheit, welche sich wiederum durch unterschiedlich hohe Belastungen in verschiedenen Bereichen oder ungleich verteiltes Einkommen (Einkommensarmut oder Frauenarmut) äußert.

Der österreichische Arbeitsmarkt diskriminiert Frauen nach wie vor sehr stark: Es gibt wesentliche Differenzen im Bezug auf Lohnhöhe und außerdem ist es für viele Frauen schwierig, nach dem Karenzurlaub beziehungsweise der Kinderbetreuungszeit wieder ins Berufsleben einzusteigen – Frauen zählen daher zur Risikogruppe von Armut betroffener Personen in Österreich.

Unzureichendes Einkommen führt des Weiteren dazu, dass Eltern (oder AlleinerzieherInnen) die physischen und psychischen Bedürfnisse ihrer Kinder nicht zur Gänze befriedigen können.

Die Einkommenssituation der Eltern wirkt sich unmittelbar auf die Armutssituation der Kinder aus: Mangelndes Einkommen führt zu materieller Armut und im Weiteren zu sozialer Exklusion der betroffenen Kinder.

In einem weiteren Teilkapitel konnte gezeigt werden, dass ärmere Menschen weniger oft Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen beziehungsweise häufiger erkranken als wohlhabende ÖsterreicherInnen.

Armut im Alter äußert sich, wenn lebensnotwendige Güter nicht mehr finanziert werden können, die Betroffenen in von Schimmel befallenen Wohnungen leben müssen oder keine unerwarteten Ausgaben tätigen können. Außerdem zeigte sich auch hier ein enger Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand der (armen) PensionistInnen und der Höhe ihres monatlichen Einkommens. Die Armut der Betroffenen manifestiert sich in vielen Bereichen – es entsteht eine Art Armutsspirale, welche nur schwer durchbrochen werden kann.

Die Wechselbeziehungen der unterschiedlichen Ursachen und Wirkungen soll in der folgenden graphischen Darstellung verdeutlicht werden:

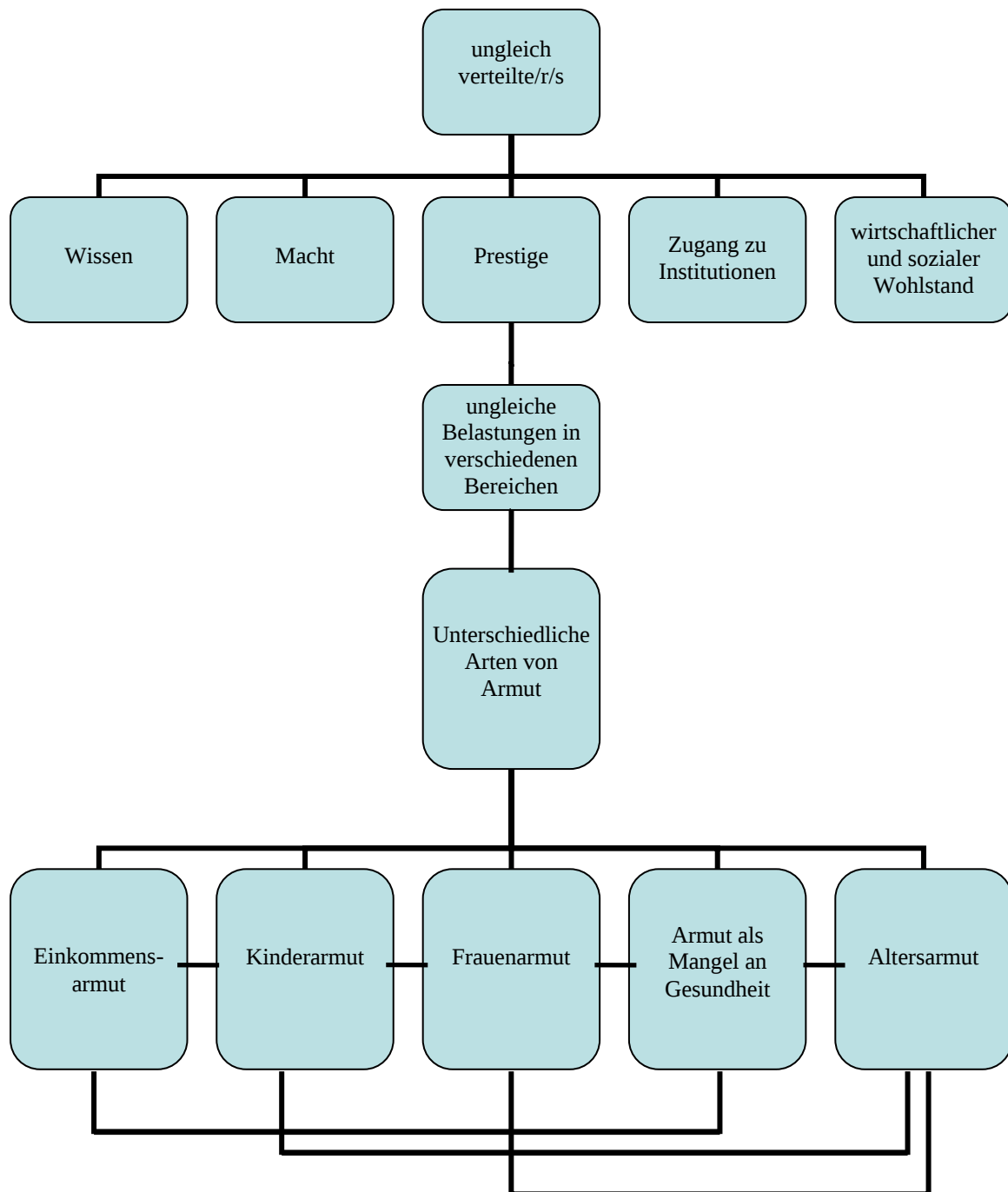


Abbildung 14: Ursachen- und Wirkungsnetz von Armut in Österreich²⁴

Die wissenschaftliche Armutsforschung in Österreich ist sehr weit fortgeschritten, jedoch beschäftigt(t) sich nur eine begrenzte Anzahl von ForscherInnen über einen längeren Zeitraum hinweg mit dem Phänomen Armut. Trotzdem leisten die MitarbeiterInnen der Armutskonferenz in Österreich sowie die Mitglieder der Poverty Research Group der Universität Salzburg einen wesentlichen Beitrag zur Armutsforschung. Dank ihrer

²⁴ Ursachen- und Wirkungsnetz von Armut in Österreich. Eigene Darstellung.

Publikationen ist bereits der erster Schritt hin zu einem umfassenderen Verständnis von Armut gelungen.

Die Untersuchung der Armutskonzepte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit ergaben ähnliche Resultate: Die Halbierung der in absoluter Armut lebenden Bevölkerung bis zum Jahr 2015 gilt als wesentliches Entwicklungsziel. Armut ist daher besonders seit der Jahrtausendwende in den Mittelpunkt internationaler Entwicklungsdebatten gerückt.

Obwohl der Armutsbegriff in der Wissenschaft stets durch relative oder absolute Bestimmgrößen determiniert ist und die WissenschaftlerInnen und EntwicklungsexpertInnen mit Hilfe von Indikatoren wie Pro-Kopf-Einkommen, Höhe des täglichen Kalorienverbrauchs, Lebenserwartung und Kindersterblichkeit den Wohlstand der Bevölkerung messen, hat Armut in der Gesellschaft tief verwurzelte politische, wirtschaftliche und soziale Ursachen, die häufig nur schwer beziehungsweise gar nicht messbar sind. Dennoch ermöglichen sie einen tieferen Einblick in die komplexe Materie der Armut.

Die Darstellung und Analyse der unterschiedlichen Armutskonzepte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit zeigten auch hier eine enge Vernetzung.

Sämtliche Nahrungsmittel, die weltweit produziert werden, sind äußerst ungleich verteilt. Mit den Folgen mangelnden Zugangs zu Nahrung und Mangel- beziehungsweise Unterernährung haben besonders Menschen in so genannten „Entwicklungsländern“ zu kämpfen. Trotz Umverteilungsmaßnahmen haben vor allem Familien aus ländlichen Regionen mit den Folgen der Globalisierung zu kämpfen.

Mangel- beziehungsweise Unterernährung führt in vielen Fällen zu einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung. Viele afrikanische Gesellschaften sind nach wie vor mit den Herausforderungen der (Virus-) Erkrankungen HIV/Aids, Malaria und Trypanosomiasis konfrontiert. Unfruchtbarkeit, Fehlgeburten und schwaches Immunsystem sind Folgen, mit denen vorwiegend Frauen und Kinder zu kämpfen haben. Kinder, die aufgrund eines Krankheitsfalls in der Familie gezwungen sind, die Arbeitskraft der erkrankten Familienmitglieder zu ersetzen oder die (gesamte) Reproduktionsarbeit übernehmen zu müssen, sind in vielen Fällen gezwungen, ihre Ausbildung abubrechen.

Unzureichend vorhandene Bildungseinrichtungen, fehlendes qualifiziertes Lehrpersonal, hohe Ausbildungskosten und gesundheitspolitische Faktoren (wie beispielsweise die

HIV/Aids-Problematik) sind Faktoren, die Millionen von Menschen weltweit – und insbesondere in den so genannten „Entwicklungsländern“ – den Zugang zu Bildung verwehren beziehungsweise erschweren.

Aufgrund von mangelnder (Aus-)Bildung können sie in späterer Folge nur schlecht bezahlter Arbeit nachgehen oder bleiben über längere Zeiträume hinweg arbeitslos.

Armut als Mangel an (Zugang zu sauberem) Trinkwasser manifestiert sich vor allem in vielen Gesellschaften so genannter „Entwicklungsländer. Obwohl einige Länder über große Wassermengen beziehungsweise Wasserreserven verfügen, werden diese nur zu einem geringen Prozentsatz genutzt. Außerdem stellen ungleiche Verteilung der Ressourcen, mangelndes technisches Know-how und (teilweise) fehlende Infrastruktur im Sektorbereich Wasser die Bevölkerung und Regierungen vieler afrikanischer Staaten vor große Herausforderungen. Auch hier kann eine permanente Wechselwirkung zwischen der Armutssituation der Bevölkerung und den verfügbaren Wassermengen sowie eine Überlappung zu den anderen dargestellten Bereichen Nahrung, Gesundheit und Bildung festgestellt werden.

Die Entwicklungspolitik wurde nach dem Zweiten Weltkrieg vom ehemaligen amerikanischen Präsidenten Harry S. Truman im Kontext der damals entstandenen Systemkonkurrenz zwischen West- und Ostblock als ideologisches Instrument initiiert. Zu dieser Zeit wurden Entwicklungspolitik und Entwicklungshilfe als maßgebliches Mittel zur Eindämmung der sowjetisch-kommunistischen Gefahr und zur Absicherung der kapitalistischen Herrschaft eingesetzt.

Besonders seit dem neuen Jahrtausend subsumiert Entwicklungspolitik all jene Maßnahmen und Mittel, die von den Industrienationen und den so genannten Entwicklungsländern aufgegriffen und eingesetzt werden, um sowohl die wirtschaftliche als auch soziale Entwicklung der ärmeren Länder zu fördern: Im weitesten Sinne hat Entwicklungspolitik den Anspruch, die Lebensbedingungen der armen Menschen zu verbessern.

Die österreichische Entwicklungszusammenarbeit ist eng mit den Bereichen der Außenpolitik sowie der Außenwirtschaftspolitik verknüpft und unterliegt international festgelegten Standards und Normen. Das heißt, der Einfluss der Internationalen Entwicklungszusammenarbeit sowie multilaterale Abkommen bilden die Handlungsgrundlage für die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit.

Frieden, Sicherheit und Krisenprävention (beziehungsweise die Gewährleistung einer globalen Friedenspolitik) sind hierbei primäre Ziele. Der globale Frieden wird laut EntwicklungsexpertInnen vor allem durch Armut gefährdet, welche sich in mangelndem Zugang zu Nahrungsmitteln, mangelnder Gesundheit, mangelnder Bildung und mangelndem Zugang zu sauberem und sicherem Trinkwasser manifestiert. Im weiteren Sinne bedeutet dies, weltweiter Frieden und umfassende Sicherheit können nur gewährleistet werden, wenn die Armut sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene bekämpft und eingedämmt wird.

Als wichtiges Ziel der österreichischen Innenpolitik wird daher die Bekämpfung von Armut auf nationaler Ebene konstatiert. Im gleichen Maße trägt Österreich die Verantwortung für eine nachhaltige Bekämpfung von Armut zusätzlich auf internationaler Ebene. Die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit hat den Anspruch, zur Verbesserung des Zugangs und der Qualität der Nahrungsmittelversorgung, der Gesundheit, Bildung und Wasserversorgung beizutragen. Um das Ziel der Armutsminderung erreichen zu können, werden landeseigene Reformprozesse und die Stärkung lokaler Systeme und Strukturen sowie „[...] Ausbau und Stärkung von institutionellen und personellen Kapazitäten [...]“ (ÖFSE 2007) unterstützt und gefördert.

Die Darstellung der ausgewählten Armutskonzepte verdeutlichte, dass gleiche soziale Gruppen (zum Beispiel Frauen und Kinder) in Österreich und in afrikanischen Ländern in unterschiedlichem Ausmaß von Armut betroffen sind beziehungsweise gleiche Armutskonzepte (zum Beispiel „Armut als Mangel an Gesundheit“) je nach geographischer Region unterschiedliche Bedeutungen sowie wirtschaftliche und soziale Folgen haben.

Weltweit hungern etwa 840 Millionen Menschen und rund zwei Milliarden sind unterernährt, obwohl die gesamte Nahrungsmittelproduktion aller Staaten ausreichen würde, um die gesamte Weltbevölkerung zu ernähren. Während in Österreich die Ernährungssicherheit aufgrund sozialer Einrichtungen (zum Beispiel die „Gruft“ oder diverse Sozialmärkte) auch für ärmere Menschen gewährleistet werden kann, sind vorwiegend Menschen aus so genannten „Entwicklungsländern“ von Hunger und Unterernährung betroffen. Die Eindämmung von Hunger, die Verbesserung der landwirtschaftlichen Voraussetzungen und Nahrungsmittelhilfe liegen daher sowohl im Interesse der betroffenen Bevölkerung als auch der Industrienationen.

Nahrungsmittelhilfe wird als humanitäres (Entwicklungs-)Instrument eingesetzt, um den Hunger sowie akute Ernährungskrisen einzudämmen und die Entwicklungszusammenarbeit zu rechtfertigen:

„Man versteht darunter alle nahrungsmittelgestützten Maßnahmen, die der kurz- bis mittelfristigen Verbesserung der Situation hungergefährdeter Menschen dienen und die zumeist mit externen Mitteln finanziert sind. Diese umfassen in der Regel die Lieferung von Nahrungsmitteln oder die Finanzierung lokal oder regional angekaufter Nahrungsmittel durch Geberländer.“ (Österreichische Entwicklungszusammenarbeit 2008)

Hierbei sollte aber die Problematik der Nahrungsmittelhilfe aus entwicklungspolitischer Sicht nicht unbeachtet bleiben: Häufig nutzen Industrieländer die Möglichkeit der Nahrungsmittelhilfe, um die Überschüsse aus der eigenen Landwirtschaft absetzen zu können, was in weiterer Folge zu einer Konkurrenz zwischen Nahrungsmittelhilfe und lokaler Wirtschaft (in den betroffenen „Entwicklungsländern“) führt. Die Zerstörung der lokalen Landwirtschaft, die Senkung der lokalen Marktpreise und mangelnde Wettbewerbsfähigkeit sind mögliche Folgen. Daher ist es wichtig, Nahrungsmittelhilfe nur als *eines* unter vielen möglichen Instrumenten zur Armutsbekämpfung und in stetiger Wechselwirkung mit anderen Politikbereichen zu sehen. Als zentrales Ziel versteht die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit daher die Schaffung einer Ernährungssicherheit (mittels unterschiedlicher Projekte²⁵) in den Partnerländern:

„Die OEZA fördert kleinbäuerliche Familienbetriebe, ökologische Landwirtschaft und den Zugang zu lokalen und regionalen Märkten. Dabei gilt es, wichtige Anliegen, wie gleichberechtigten Zugang zu Land – vor allem für Frauen – zu erreichen und die Maßnahmen in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren umzusetzen.“ (Frank 2008)

Die enge Wechselwirkung zwischen Krankheit und Armut ist ein Phänomen, das sowohl in Österreich als auch im Rahmen der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit diskutiert wird. Krankheit hat in unterschiedlichen Ländern unterschiedliche wirtschaftliche und soziale Ursachen und Folgen. Während die reichere Bevölkerung der Industrienationen wie Österreich häufig an Darmkrebs, Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Störungen und Diabetes (als Folge von falscher Ernährung) leiden, sind in vielen afrikanischen Ländern vor allem Frauen und Kinder mit den Folgen von HIV/Aids, Malaria (tropica) und Trypanosomiasis konfrontiert. Das österreichische Gesundheitssystem zeichnet sich im internationalen Vergleich durch sein hohes Versorgungsniveau aus, auch wenn sozial benachteiligte Gruppen die Gesundheitsdienstleistungen nicht im selben Ausmaß wie reichere Menschen in Anspruch nehmen (können beziehungsweise wollen) – insgesamt ist der

²⁵ Vgl. dazu Frank, Heidi (2008): Ohne Ernährungssicherheit keine Entwicklung. Welternährungstag 2008: Die OEZA legt Hintergrundbericht vor. Online auf: <http://www.entwicklung.at/presse/welternaehrungstag-2008.html> [Zugriff: 10.03.2008]

Versorgungsgrad dennoch weitaus höher als in afrikanischen Ländern. Neben dem unzureichenden Versorgungsgrad der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen gestalten sich die wirtschaftlichen und sozialen Folgen weitaus problematischer. Die Infrastruktur des Gesundheitswesens ist in den meisten betroffenen (ärmeren) Ländern nur sehr schlecht ausgebaut und (lebensnotwendige) Medikamente oft nur unzureichend beziehungsweise gar nicht vorhanden.

Während in Österreich die ArbeitnehmerInnen im Krankheitsfall in der Familie Krankenstand beziehungsweise Pflegeurlaub in Anspruch nehmen können, werden in vielen afrikanischen Gesellschaften Kinder verpflichtet, ihre Ausbildung zu vernachlässigen und die Arbeit der Eltern zu übernehmen, um das Familieneinkommen weiterhin aufbringen zu können. Teilweise wird ihre Hilfe auch zur Pflege kranker Familienmitglieder benötigt und die Kinder sind somit einem hohen Risiko, ebenfalls krank zu werden, ausgesetzt. Die Betroffenen sind oft in einer Armutsspirale gefangen, aus der sie nur schwer beziehungsweise nicht ausbrechen können.

Die Krankheiten Darmkrebs, Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes, mit denen vorwiegende Menschen aus so genannten Industrienationen zu kämpfen haben, treten als Folge einer vorwiegend ballaststoffreichen Nahrung auf und sind in der Regel bei rechtzeitiger Diagnose gut zu behandeln.

Am häufigsten erkranken Menschen in den afrikanischen Ländern an HIV/Aids und Malaria, welche aufgrund fehlender Heilungschancen hohe Todesraten aufweisen.

Der Kampf gegen tödliche Krankheiten ist daher oberstes Ziel der Internationalen und Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit. Geschultes Personal, Wissen und ausreichend Medikamente sollen zur Verfügung gestellt werden, um tödliche Krankheiten bekämpfen zu können und deren Verbreitung (in westliche Industrienationen) einzudämmen. Es liegt im Interesse der Internationalen Entwicklungszusammenarbeit, globale Gesundheit zu fördern und somit den Teufelskreislauf der Armut zu durchbrechen, denn Armut wird als massive Bedrohung für den globalen Frieden und die internationale Sicherheit eingestuft.

Kinder bilden weltweit eine der Hauptrisikogruppen von Armut betroffener Menschen: Die Armutssituation von Kindern hängt unmittelbar mit der Einkommenssituation ihrer Eltern zusammen und manifestiert sich außerdem auch in nicht monetären Aspekten. In Österreich sind zumeist Kinder „atypischer Familien“ (AlleinerzieherInnen, bäuerliche Familien) von Armut betroffen. Sie verfügen weder über teures Spielzeug,

Markenkleidung noch bestimmte technische Geräte, und werden bereits sehr früh aus bestimmten sozialen Gruppen ausgeschlossen.

Während Kinder in Österreich im Wesentlichen von Erwerbsarbeit ausgeschlossen bleiben, sind viele Kinder in so genannten Entwicklungsländern aus unterschiedlichen Gründen gezwungen, einer (bezahlten) Beschäftigung nachzugehen, um das Einkommen der Familie mit zu sichern.

Nähere Untersuchungen zeigten, dass auch Kinderarmut, ihre Ursachen und Wirkungen stark mit anderen dargestellten Armutskonzepten korrelieren.

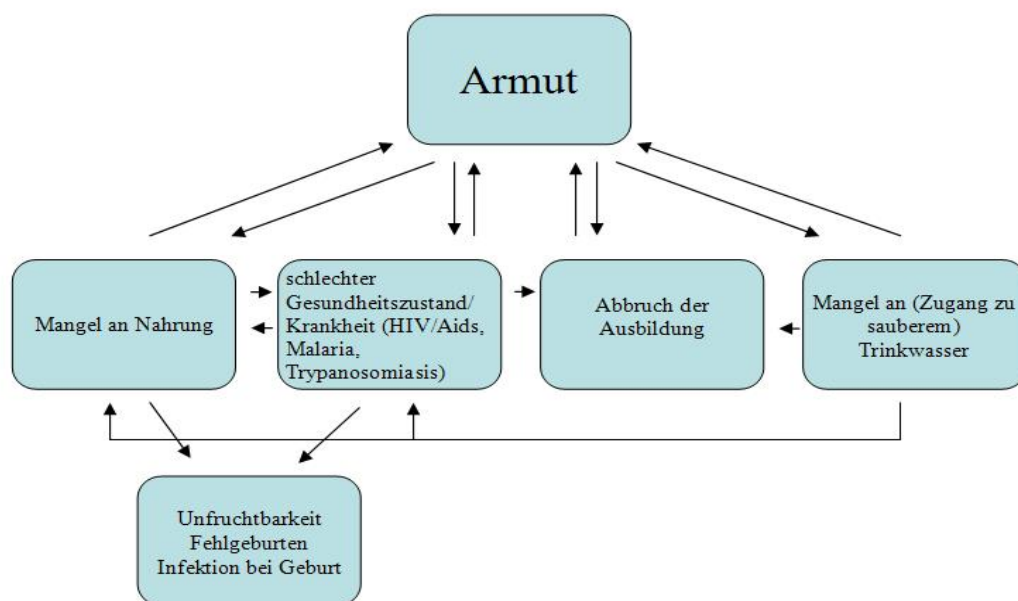


Abbildung 15: Ursachen- und Wirkungsnetz der Armutskonzepte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit²⁶

Abschließend kann gesagt werden, dass die unterschiedlichen Armutskonzepte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit ein umfangreiches Ursachen- und Wirkungsnetz bilden. Eine optimale Analyse der Armutssituation bestimmter Bevölkerungsgruppen gestaltet sich durch die Einbeziehung möglichst vieler Armutskonzepte sowie die Erweiterung derselben um neue, umfangreichere Indikatoren.

²⁶ Ursachen- und Wirkungsnetz von Armut in Österreich. Eigene Darstellung.

Die Wissenschaft wird auch in Zukunft vor der großen Herausforderung stehen, bestehende Armutskonzepte um notwendige Faktoren und Indikatoren zu erweitern. Die verstärkte Einbeziehung von praktischen Beispielen sowie die Etablierung weiterer messbarer sozialer Indikatoren könnten hilfreich sein.

Die steigende Relevanz der Thematik, die Komplexität und Vielschichtigkeit der Armut bietet auch weiterhin viele Ansatzpunkte für Diskussionen und Forschung. Die vorliegende Arbeit soll daher als Versuch gesehen werden, gängige Ansätze um weitere, soziale Faktoren auszuweiten und die starke Vernetzung unterschiedlicher (ausgewählter) Armutskonzepte zu zeigen.

Ein weiterer Ansatz wäre, zusätzliche Armutskonzepte darzustellen, zu etablieren und zu vergleichen, um den Begriff Armut kontinuierlich auszuweiten.

6 Zusammenfassung

Die globale Armutsdebatte ist seit der Verabschiedung der 15 Entwicklungsziele erneut in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Debatten gerückt. Nach wie vor leben unzählige Menschen in armutsnahen Situationen beziehungsweise in (absoluter) Armut. Die Betroffenen leben zumeist unter national oder international festgelegten Armutsgrenzen – die internationale Armutsgrenze liegt bei 1,25 US\$ pro Person und Tag. (vgl. United Nations Information Service 2008)

Armut ist nicht allein durch monetäre Aspekte zu erklären, denn ihre Ursachen liegen tief verwurzelt in den politischen, wirtschaftlichen, sozialen und strukturellen Ebenen der jeweiligen Gesellschaft.

In der vorliegenden Arbeit werden ausgewählte Armutskonzepte für Österreich und Afrika dargestellt und analysiert, um zu zeigen, dass die in der Wissenschaft gängigen und allgemein anerkannten Armutskonzepte „Absolute Armut“, „Relative Armut“ und „Subjektive Armut“ um zusätzliche Faktoren und Indikatoren ausgeweitet werden müssen, um ein möglichst umfassendes Bild von Armut geben zu können.

Bei der Messung von Armut nach der EU-SILC-Methode (European Community Statistics on Income and Living Conditions) stehen neben monetären auch nichtmonetäre Aspekte im Vordergrund – mittels Befragung können umfassende Statistiken erstellt werden. (Willkürlich) Festgelegte einkommensrelevante Indikatoren zur Armutsmessung berücksichtigen keineswegs die Einkommensverteilung in der Gesellschaft und geben keinerlei Informationen, wie weit die Betroffenen unter der so genannten Armutsgrenze leben müssen.

Zu Beginn der Arbeit wird ein Überblick über die drei genannten, allgemeinen Armutskonzepte gegeben, um im Weiteren zeigen zu können, dass sie nur begrenzt geeignet sind, um die Komplexität des Begriffes Armut fassbar machen zu können.

Im ersten Hauptteil der Arbeit werden für Österreich spezifische Armutskonzepte dargestellt und analysiert.

Kinderarmut entsteht, wenn Eltern nicht imstande sind, sämtliche physische und psychische Bedürfnisse ihrer Kinder zu decken. Die Armut der österreichischen Kinder manifestiert sich in unterschiedlichen Bereichen: Aufgrund von mangelndem Einkommen müssen Eltern auf umfassende Kinderbetreuung und die Kinder in vielen Fällen auf Luxusgüter und umfassende Bildung verzichten.

Frauen bilden einen wesentlichen Teil der Risikogruppe von Armut betroffener Menschen in Österreich. Sie werden in vielen Fällen nach wie vor in der Arbeitswelt diskriminiert und haben daher geringere Verdienstchancen als ihre männlichen Mitarbeiter beziehungsweise Konkurrenten. Ihre Benachteiligung manifestiert sich zusätzlich im Gesundheitssektor.

Das Gesundheitsverhalten wird wesentlich vom sozialen Status der österreichischen Bevölkerung sowie durch die Lebensverhältnisse beziehungsweise die Auswirkungen der Lebensumwelt auf die Menschen bestimmt. Arme Menschen sind nach wie vor überproportional hohem Risiko ausgesetzt, (schwer) zu erkranken beziehungsweise frühzeitig zu sterben. Krankheit kann sowohl als Folge von Armut als auch als Ursache dafür gesehen werden. Soziale Ungleichheit, das heißt im weitesten Sinne Unterschiede in Wissen, Macht, Geld und Prestige, führt im Weiteren zu gesundheitlicher Ungleichheit.

PensionistInnen sind besonders von Armut betroffen, wenn die Kosten für Heizung, Wohnung, Nahrung, Medikamente und dergleichen im Alter nicht mehr erschwinglich sind. Eine Vielzahl von älteren Menschen erfahren trotz Bedarf im Alter keine angemessene Pflege und Betreuung. Die Kosten für karitative Kranken- und Altenpflege stellt die Familien oftmals vor große finanzielle Herausforderungen; die Kosten für die Pflege der Betroffenen können häufig nicht alleine durch die Pension abgedeckt werden.

Um die Jahrtausendwende blickte die Welt auf vier Jahrzehnte internationaler Entwicklungszusammenarbeit zurück – die Bilanz war keineswegs zufriedenstellend: Nach wie vor leben mehr als eine Milliarde Menschen in (absoluter) Armut beziehungsweise unter armutsnahen Lebensumständen. Der Großteil der Betroffenen lebt in so genannten „Entwicklungsländern“; daher gilt die Beseitigung von Armut als eines der wesentlichen Ziele der internationalen und österreichischen Entwicklungspolitik.

Die österreichische Entwicklungspolitik wird stark durch die Millennium Development Goals (MDGs) und die Pariser Erklärung – als internationale Abkommen – geprägt. Obwohl die OEZA (Österreichische Entwicklungszusammenarbeit) ähnliche Risikogruppen für Afrika ausmacht, dürfen wesentliche Unterschiede in den einzelnen Armutskonzepten nicht unberücksichtigt bleiben.

Armut in Afrika wird zumeist mit unzureichendem Zugang zu Nahrung beschrieben: Paradoxerweise haben gerade jene Menschen, die in den landwirtschaftlich bedeutenden Regionen (Afrikas) leben, Mangelerkrankungen zu beklagen.

Armut als Mangel an Gesundheit verdeutlicht sich auch in vielen Ländern Afrikas: Die Regierungen und deren Bevölkerung sind vor allem mit HIV/Aids, Malaria (tropica) und Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) konfrontiert. Obwohl die Risikogruppen ähnlich sind und der Zugang zum Gesundheitswesen sowohl für arme ÖsterreicherInnen als auch AfrikanerInnen eingeschränkt ist, werden die Unterschiede hinsichtlich der Krankheiten und der Infrastruktur des Gesundheitswesens selbst deutlich.

Viel stärker als in Österreich manifestiert sich Armut als Mangel an Bildung in vielen afrikanischen Gesellschaften. Arme oder kranke Kinder erfahren bereits in jungen Jahren Exklusion aus Bildungsinstitutionen und Kinder, die ihre kranken Verwandten pflegen müssen, vernachlässigen dadurch zwangsweise ihre Ausbildung und sind in späterer Folge gezwungen, schlecht(er) bezahlter Arbeit nachzugehen. Zugleich verfügen viele Lehrkräfte über unzureichende Ausbildung und erkranken immer mehr an HIV/Aids, in Folge dessen viele Schulen geschlossen werden müssen.

Als wesentlicher Unterschied zu Österreich äußert sich Armut in vielen afrikanischen Ländern durch mangelnden Zugang zu Wasser und den daraus resultierenden Problematiken. Auch hier wird sichtbar, dass die unterschiedlichen Armutskonzepte nicht streng getrennt voneinander betrachtet werden können, sondern stets ihre wechselseitige Beziehung beachtet werden muss.

7 Abstract

The global dispute over poverty has re-entered the focus of scientific debates since the passing of the fifteen aims of development. Countless people are still living in poor conditions or (complete) poverty. In most cases, the afflicted live below the nationally or internationally established poverty line; the international poverty line is set at 1 USD per person and day. However, poverty cannot be explained by monetary aspects only, since its causes are rooted deeply in the political, economic, social and structural levels of the respective society.

This paper describes and analyzes selected concepts of poverty for Austria and Africa. It aims to demonstrate that concepts of poverty such as ‘absolute poverty’, ‘relative poverty’ and ‘subjective poverty’, all of which are established in science and commonly accepted, need to be expanded through the inclusion of additional factors and indicators in order to represent poverty in a comprehensive manner.

The measurement of poverty according to the EU-SILC method (European Community Statistics on Income and Living Conditions) concentrates on both monetary and non-monetary aspects – surveys allow the compilation of extensive statistics. (Arbitrarily) determined indicators for the measurement of poverty which are relevant for the income disregard the distribution of income in society and do not offer any information about how far below the poverty line the afflicted have to live.

An overview of the three general concepts of poverty mentioned above will be presented at the beginning of this paper in order to show that they can be used only in a limited manner to render the complexity of the concept of poverty comprehensible.

The main section of this paper will illustrate and analyze concepts of poverty specific to Austria.

Child poverty results out of the parents’ inability to provide for all physical and mental needs of their children. Austrian child poverty manifests itself in various areas: Low income results in the parents’ relinquishment of external child care and the children’s lack of luxury goods and comprehensive education. Women form a significant fraction of the risk group of poverty-stricken people in Austria. In the working environment, they are still subject to discrimination in many cases, which results in fewer chances for profit for them than for their male colleagues, or rather, competitors. Female discrimination occurs in the area of work and health, for instance.

Health behaviour depends considerably on the social status of the Austrian population as well as on the living conditions or effects of the life environment on the people. Poor people are still at disproportionate risk for (grave) diseases or premature death. Illness can be regarded a result of poverty as well as its cause. Social inequality, i.e. in its broadest sense, the differences in knowledge, power, money and prestige, further leads to health inequality.

Especially the retirees suffer from poverty when the costs for heating, accommodation, food and medication etc. cease to be affordable. A large number of elderly people require support, yet do not receive appropriate care. The costs of charitable nursing for the sick and the elderly constitute a big financial challenge for families since the nursing costs often cannot be covered by the pension alone.

At the turn of the millennium, the world was looking back at four decades of international development cooperation – with less than satisfactory results: More than a billion people still live in (absolute) poverty or in poor conditions. Since the majority of the afflicted live in so-called ‘developing countries’, the eradication of poverty is one of the primary goals of international and Austrian development politics.

Austrian development politics are strongly shaped by the Millennium Development Goals (MDGs) and the Declaration of Paris. Although the OEZA (Austrian Development Cooperation) defines similar risk groups for Africa, there are fundamental differences in the respective concepts of poverty which must not be disregarded.

Poverty in Africa is mostly described with inadequate access to food: Paradoxically, it is the people living in the agriculturally important regions of Africa who suffer from lack of nutrition.

Poverty as a health problem is exemplified by many countries of Africa as well: Their governments and population are confronted especially with HIV/aids, malaria (tropica) and trypanosomiasis (sleeping sickness). The risk groups may be similar and the access to the health system may be limited for both poor Austrians and Africans, but these examples demonstrate the differences with regard to the diseases and the infrastructure of the health system itself.

Poverty manifests itself as lack of education in a far higher degree in African societies than in Austria. Poor or ill children suffer exclusion from educational institutions from an early age on and children who have to care for their ill relatives neglect their schooling perforce and as a result, they are forced to work in low(er)-paid sectors.

At the same time, many teachers possess inadequate education and contract HIV/aids more and more frequently. As a consequence, many schools have to be closed.

An essential difference to Austria is the fact that poverty in many African countries manifests itself in the lack of access to water and the resulting problems. Again, this demonstrates that the different concepts of poverty cannot be examined separately, but that their reciprocal relationship always needs to be considered as well.

8 Bibliographie

- African Development Bank (2008): Selected Statistics on African Countries. 2008. Volume XXVII. Online auf:
http://www.afdb.org/pls/portal/docs/PAGE/ADB_ADMIN_PG/DOCUMENTS/STATISTICS/SELECTED%202008_WEB.PDF [Zugriff: 14.12.2008]
- Aiginger, Karl; Handler, Heinz; Schratzenstaller, Margit, Tichy, Gunther (2008): Ziele und Optionen der Steuerreform. Plädoyer für einen anspruchsvollen Ansatz. WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.). Online auf:
[www.wifo.ac.at/wwa/servlet/wwa.upload.DownloadServlet/bdoc/S_2008_STEUERREFORM_2009_ANSATZ_33939\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/wwa/servlet/wwa.upload.DownloadServlet/bdoc/S_2008_STEUERREFORM_2009_ANSATZ_33939$.PDF) [Zugriff: 26.10.2008]
- Alnwick, David (2002): Meeting the malaria challenge. In: West Africa 2002, 4321, 10–14.
- Appel, Margit [Red.] (2004): Österreichische Armutskonferenz 5, 2003, Salzburg. Pflicht zum Risiko. Dokumentation Fünfte Österreichische Armutskonferenz, 20.– 21.3.2003, St. Virgil (Salzburg). Wien: Die Armutskonferenz – Österr. Netzwerk gegen Armut u. Soziale Ausgrenzung.
- Asamer, Heidi (2001): Die Wirtschaft braucht uns Frauen. Online auf:
<http://www.wko.at/ooe/medien/2001/Juni/MU12.06.FrauinderWirtsch.htm>
[Zugriff: 11.11.2008]
- Austrian Development Agency. Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (2008): Uganda. Länderinformation. Online auf:
http://www.entwicklung.at/uploads/media/Laenderinformation_Uganda_Mai_2008_final.pdf [Zugriff: 14.12.2008]
- Austrian Development Cooperation (2002): Country Programme Uganda 2003–2005. Online auf:
http://www.entwicklung.at/uploads/media/suedkaukasus_regionalkonzept_2006_2008.pdf [Zugriff: 11.11.2008]

- Baldaszti, Erika Dr.; Urbas, Elfriede (2006): Wiener Frauengesundheitsbericht 2006. Online auf: <http://www.wien.gv.at/who/pdf/frauen-gesundheitsbericht2006.pdf> [Zugriff: 07.08.2008]

- Barlösius, Eva; Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (2001): Die Armut der Gesellschaft. Leske, Budrich: Opladen.

- Bauer, Sören (2006): Mehr Mittel für Wassersektor in Afrika. In: Weltnachrichten (2006), 5, 19.

- Berker, Claudia (2007): Träumen verboten. In: Südwind-Magazin. Februar 2007. Nr. 1-2. 28. Jahrgang, 42–43.

- Bizeps online (2005): Armut ist weiblich. Online auf: <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=5956> [Zugriff: 11.06.2008]

- Block, Ulrike (2007): HIV/Aids und Kinder. Die Herausforderungen für die Versorgung und den Schutz von Kindern in Afrika. In: Afrika Süd 36 (2007), 3, 33-35.

- BmeiA: Außenministerium Österreich (2008): Ernährung sichern. Online auf: <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/aussenpolitik/entwicklungs-und-ostzusammenarbeit/millenniumsziele/1-armuthunger/ernaehrung-sichern.html> [Zugriff: 15.11.2008]

- bmsk. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2006) Nationaler Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung. Online auf: http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/50%20thema/tm_0710_strategiebericht_soziale_eingliederung_at.pdf [Zugriff: 06.01.2009]

- Böhler, Thomas; Sedmak, Clemens (2004): Armutsforschung und Armutsminderung – eine Bestandsaufnahme aus einem ethischen Blickwinkel. University of Salzburg: Poverty Research Group.

- Boehm, R.; Buggler, R; Mautner, J. [Hg.] (2003): Facing Poverty. Arbeit am Begriff der Armut. University of Salzburg: Poverty Research Group.

- Böhnke, Petra; Delhey, Jan (1999): Lebensstandard und Armut im vereinten Deutschland. Abteilung „Sozialstruktur und Sozialberichterstattung“ im Forschungsschwerpunkt III. Online auf: <http://skylla.wzb.eu/pdf/1999/iii99-408.pdf> [Zugriff: 11.01.2009]

- Brendler, Claudia; Gene, Raimund; Hans, Christian (2006): Gesundheit und soziale Lage: Grundlagen, Ursachen, Strategien. Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Online auf: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=1636&type=infortext> [Zugriff: 01.08.2008]

- Buggler, Robert; Schenk, Martin; Bierling-Wagner, Eugen (2004): Kinderarmut. www.armutskonferenz.at/wissen/gesundheit.html und http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Kindheitsforschung/s_1581.html [Zugriff: 06.01.2009]

- Bujard, Otker; Lange, Ulrich (1978): Armut im Alter. Ursachen, Erscheinungsformen, politisch-administrative Reaktionen. Weinheim [u.a.]: Beltz.

- Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork Mobile Jugendarbeit. www.bundesarbeitsgemeinschaft-streetwork-mobile-jugendarbeit.de/homepage/material/armutsdefinition.pdf [Zugriff: 08.06.07]

- BMZ. Grund- und Berufsbildung verbessern. Online auf: <http://www.bmz.de/de/index.html> [Zugriff: 24.11.2008]

- Burri, Stefan [1998]: Methodische Aspekte der Armutsforschung. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt. S.7.

- Caritas (2005): Caritas zum Thema: Armut in Österreich. Armut als Schicksal? Online auf: http://www.caritas.at/fileadmin/user/oesterreich/publikationen/service_und_downloads/publikationen/zum_thema/ZT_4_05_armut_oe.pdf [Zugriff: 11.01.2009]

- Demuth, Karin (2003): Aids: Auge in Auge mit der Tragödie. In: Internationales Afrikaforum 39 (2003), 3. 283-285.

- Deutsches Rotes Kreuz (2007): Für eine Welt ohne Malaria. Online auf: http://drk.de/tops_2007/0827_malaria/Informationsblatt%20Malaria%20070822.PDF [Zugriff: 15.03.2008]

- Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Online auf: <http://www.armutskonferenz.at> [Zugriff: 10.08.2008]

- Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. Armut im Alter. Online auf: http://www.armutskonferenz.at/armut_in_oesterreich_alter.htm [Zugriff: 10.08.2008]

- Die Armutskonferenz. Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung. News. Volkshilfe: Retten wir unser soziales Europa. Online auf: http://www.armutskonferenz.at/armutskonferenz_news_eu_soziale_agenda_volks_hilfe.htm [Zugriff: 11.01.2009]

- Die Grünen Wien (2008): Armut im Alter. Online auf: http://wien.gruene.at/umverteilen/armut_im_alter/ [Zugriff: 06.11.2008]

- Dietscher, Christina [Hrsg.] (2000): Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz. Wien: Facultas Univ.-Verlag.

- Duszenko, Michael (1998): Afrikanische Trypanosomen: Die Erreger der Schlafkrankheit. In: Biologie in unserer Zeit. 28. Jahrgang 1998. Nr.2. Weinheim: Wiley-VCH Verlag.

- FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2008): Briefing Paper: Hunger on the rise. Soaring prices add 75 million people to global hunger rolls. Online auf: <http://www.fao.org/newsroom/common/ecg/1000923/en/hungerfigs.pdf> [Zugriff: 16.11.2008]

- FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations (2001): Food insecurity: when people live with hunger and fear starvation. FAO: Rom.

- FIAN (2005): Wirtschaft global – Hunger egal? Für das Menschenrecht auf Nahrung. VSA Verlag: Hamburg.

- Fleming, Melissa; Rickwood, Peter; Kabayo, John (2002): Kampagnen – Start zur Bekämpfung der Tsetse Fliege, die grosse Teile Afrikas in eine grüne Einöde verwandelt hat. Online auf: http://www.iaea.org/NewsCenter/Features/Tsetse/german_pr.pdf [Zugriff: 08.12.2008]

- Fonds Soziales Wien (2007): Wohnungslos in Wien. Medizinische Versorgung. „Louise-Bus“. Online auf: <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/medizin/luseibus.html> [Zugriff 09.08.2008]

- Frank, Heidi (2008): Ohne Ernährungssicherheit keine Entwicklung. Welternährungstag 2008: Die OEZA legt Hintergrundbericht vor. Online auf: <http://www.entwicklung.at/presse/welternaehrungstag-2008.html> [Zugriff: 10.03.2008]

- Gachuhi, Debbie (1999): The Impact of HIV/Aids on Education Systems in the Eastern & Southern African Region and the Response of Education Systems to HIV/Aids: Life Skills Programmes. Unicef. Eastern and Southern Africa Regional Office: Johannesburg.

- Gaidetzka, Petra [Red.] (1997): Ernährung. Ein Recht für alle. Horlemann; Miseror Medienproduktion und Vertriebsgesellschaft mbH: Aachen.

- Gallup, John Luke; Sachs, Jeffrey D. (2001): The Economic Burden of Malaria. Center for International Development, Harvard University, Cambridge, Massachusetts. Online auf: http://www.ajtmh.org/cgi/reprint/64/1_suppl/85.pdf [Zugriff: 09.12.2008]

- Gesetz zur Förderung der Chancengleichheit von Frauen und Männern (Landes-Frauenförderungsgesetz) LGBl. Online auf: voris.vorarlberg.at/voris/voris/5/5303.doc [Zugriff: 28.11.2008]

- Görgen, Regina (1990): Gesundheitsprobleme von Frauen in Afrika südlich der Sahara. In: NORD-SÜD aktuell; 4 (1990), 3, 390-401.

- Gusenbauer, Ursula (2004): Der Louisebus. Eine „fahrende“ Ordination für Obdachlose. In: Appel, Margit [Red.] (2004): Österreichische Armutskonferenz 5, 2003, Salzburg. Pflicht zum Risiko. Dokumentation Fünfte Österreichische Armutskonferenz, 20. – 21.3.2003, St. Virgil (Salzburg). Wien: Die Armutskonferenz – Österr. Netzwerk gegen Armut u. Soziale Ausgrenzung.

- Habl, Claudia (2002): Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Frauen und Gesundheitseinrichtungen. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen – Frauengesundheitsabteilung. ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

- Heitzmann, Karin; Schmidt, Angelika (Hrsg.) (2001): Frauenarmut. Hintergründe, Facetten, Perspektiven. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Lang.

- Hemson, David; Kulindwa, Kassim; Lein, Haakon; Mascarenhas, Adolfo [Hrsg] (2008): Poverty and water: Explorations of the Reciprocal Relationship. London, New York: Zed Books Ltd.

- Heuberger, Richard (2001): Europäisches Haushaltspanel – Forschungsberichte. Interdisziplinäres Forschungszentrum Sozialwissenschaften. Online auf: <http://www.iccr-international.org/echp/docs/endbericht7.pdf> [Zugriff: 09.03.2009]

- Höferl, Andreas Dr. (2005): Armut von Frauen in Kärnten. Wien: Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung – ÖGPP. Online auf: http://r.schule.at/dl/Frauen_und_Armut_2005.doc [Zugriff: 06.01.2009]
- Humpert, Nicola (2005): Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP) als neues Instrument der Armutsbekämpfung – am Beispiel Ghana. Online auf: <http://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=4iospIliFH4C&oi=fnd&pg=PA6&dq=Strukturanpassungsprogramm+%2B+Kritik&ots=JceEUsUr1v&sig=0EKSQE6tbEHZjleflOEjj1H610#PPP1,M1> [Zugriff: 09.03.2009]
- IFES. Institut für empirische Sozialforschung GmbH [2007]: Frauenbarometer 2007. Frauen zwischen 45 und 65. Online auf: www.wien.gv.at/menschen/frauen/rtf/frauenbarometer07.rtf [Zugriff: 29.10.2008]
- Indaba (2002): Aids und Gewerkschaften im Südlichen Afrika: Die Seuche fordert und heraus. Indaba (2002), 34, 3-8.
- Institut für Internationale Zusammenarbeit des deutschen Volkshochschul-Verbandes e.V. (2003): Erwachsenenbildung und Armutsbekämpfung. Internationale Perspektiven der Erwachsenenbildung 43. Äthiopien. Backwaren und Buchstaben. 10ff.
- International Monetary Fund (1999): The IMF's Enhanced Structural Adjustment Facility (ESAF): Is It Working? Online auf: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/esaf/exr/index.htm> [Zugriff: 09.03.2009]
- Ivansits, Helmut (2008): Arbeit und Wirtschaft. Gesundheit / Arm und krank: Vermutung oder Realität? Gesellschaftspolitik. Online auf: http://www.arbeitswirtschaft.at/servlet/ContentServer?cid=1182957332443&n=X03_999_Suche.a&pagename=X03/Page/Index [Zugriff: 07.08.2008]
- Klein, Thomas M. (2007): Performance Management in der humanitären Hilfe und internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Südwind-Verl.: Wien.

- Klimont, Jeanette; Kytir, Josef Dr.; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Statistik Austria. Die Informationsmanager. Online auf: http://www.statistik.at/web_de/static/oesterreichische_gesundheitsbefragung_20062007_bericht_029865.pdf [Zugriff: 04.11.2008]

- Klocke, Andreas (2001): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Belastungssyndrome und Bewältigungsfaktoren. In: Barlösius, Eva; Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (2001): Die Armut der Gesellschaft. Leske, Budrich: Opladen.

- Krämer, Walter (1997): Statistische Probleme bei der Armutsmessung. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

- Krasky, Andreas (2007): *In silico* Identifizierung neuartiger Redoxenzym-Inhibitoren zur Entwicklung von Medikamenten gegen Parasitosen und Krebs. Univ., Diss. Online auf: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=986958980&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=986958980.pdf [Zugriff: 08.12.2008]

- Kreuzroither, Jürgen; Schabbauer, Walter (1996): Armut in Österreich. Tagungsbericht 1996. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Brücke Druck- und Verlags-Ges.m.b.H.

- Küblböck, Karin (2008): Armutsbekämpfung – Zur Umsetzung der Millennium Development Goals. OEFSE: Österreichische Forschung Stiftung und Entwicklung. Online auf: <http://www.oefse.at/Downloads/publikationen/Armutsbekaempfung.pdf> [Zugriff: 09.03.2008]

- Küng, Ruedi (2006): Auf breiter Front gegen Aids und Malaria in Tansania. In: Eine Welt, März 2006, Nr. 1, 12-13.

- Langthaler, Margarita (2005): Die internationale Bildungsinitiative Education for All im Rahmen der Bildungszusammenarbeit. Entstehung, Stand der Umsetzung und Erfahrungen. Wien: Österreichische Forschungsförderung für Entwicklungshilfe.

- Lipp, Cäcilia (1996): Armut in der Familie. Benachteiligung von Frauen, Männern und Kindern. In: Kreuzroither, Jürgen; Schabbauer, Walter (1996): Armut in Österreich. Tagungsbericht 1996. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Brücke Druck- und Verlags-Ges.m.b.H.

- Magistrat der Stadt Wien. Bereichsleitung für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement. Gesundheitberichterstattung: Gesundheitsbericht 2004. Online auf: <http://www.wien.gv.at/who/gb/04/pdf/gb04gesamt.pdf> [Zugriff: 07.08.2008]

- Medecins sans Frontières. Ärzte ohne Grenzen (2001): Schlafkrankheit: Arsen als letzte Chance? Tuberkulose: Eine Fotoreportage aus China. Chagas: Die vergessene Krankheit. Online auf: www.aerzte-ohne-grenzen.de/_media/akut-3-01.pdf [Zugriff: 08.12.2008]

- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern [u.a.]: Huber.

- Moser, Michaela; Mauerlechner, Josef (2005): Sozialbericht 2003/04 – Armut in Österreich. Eine Zusammenschau der aktuellsten Zahlen zu Armut und sozialer Ausgrenzung. Online auf: http://www.armutskonferenz.at/wissen/Zahlen_zu_Armut_Feb_2005_austria.pdf [Zugriff: 05.06.2008]

- Mouzinho, Mario (2003): Higher Education in Mozambique. A Case Study. Oxford: James Curry Ltd.

- Netzwerk österreichischer Frauengesundheitszentren (2006): Gemeinsam für Frauengesundheit. Online auf: <http://www.fem.at/FEM/files/Netzwerk.pdf> [Zugriff: 10.08.2008]

- Nord Süd Dialog (2008): Ministerien. Online auf: http://www.nordsued-dialog.org/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=74
[Zugriff: 10.11.2008]
- Nussbaum, Martha Craven; Pauer-Studer, Herlinde (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- OÖ Netzwerk gegen Armut und soziale Ausgrenzung (2003): Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Warnung der Armutskonferenz. Leseheft 2. Online auf: www.armutskonferenz.at/wissen/armut-leseheft060303.pdf [Zugriff: 09.08.2008]
- OECD (2006): Erklärung von Paris über die Wirksamkeit der Entwicklungszusammenarbeit. Eigenverantwortung, Harmonisierung, Partnerausrichtung, Ergebnisorientierung sowie gegenseitige Rechenschaftspflicht. Deutsche Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst der OECD. Online auf: www.oecd.org/dataoecd/37/39/35023537.pdf [Zugriff: 10.11.2008]
- ÖFSE (2007): Bilaterale EZA. Entwicklungszusammenarbeit im Sektor Bildung. Online auf: <http://www.eza.at/index1.php?menuid=2&submenuid=154> [Zugriff: 10.03.2009]
- Österle, August (2004): Gesundheit und Armut. Betroffenheit, Zusammenhänge und Lösungsansätze. In: Appel, Margit [Red.] (2004): Österreichische Armutskonferenz 5, 2003, Salzburg. Pflicht zum Risiko. Dokumentation Fünfte Österreichische Armutskonferenz, 20. – 21.3.2003, St. Virgil (Salzburg). Wien: Die Armutskonferenz – Österr. Netzwerk gegen Armut u. Soziale Ausgrenzung.
- Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (2002): Landesprogramm Mosambik 2002-2004. Dezentralisierung. Ländliche Entwicklung. Online auf: http://www.entwicklung.at/uploads/media/mosambik_landesprogramm_2004_2004.pdf [Zugriff: 11.11.2008]

- Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (2006): Landesprogramm Kap Verde 2006–2008. Online auf: http://www.entwicklung.at/uploads/media/Landesprogramm_Kap_Verde_2006_08.pdf [Zugriff: 11.11.2008]

- Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (2008): OEZA Qualitätskriterien Armutsminderung. Online auf: http://www.entwicklung.at/uploads/media/Qualitaetskriterien_Armutsminderung.pdf [Zugriff: 12.11.2008]

- Österreichische Entwicklungszusammenarbeit (2008): Fokus Nahrungsmittelhilfe – ein Instrument der humanitären Entwicklungshilfe. Online auf: http://www.entwicklung.at/uploads/media/Fokus_Nahrungsmittelhilfe_Dezember_2008.pdf [Zugriff: 10.03.2008]

- Österreichische Entwicklungszusammenarbeit. Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten. Sektion VII – Österreichische Entwicklungs- und Ostzusammenarbeit (2008): Wasser. Wasserversorgung. Siedlungshygiene. Wasserressourcen. Leitlinien der Österreichischen Entwicklungs- und Ostzusammenarbeit. Online auf: http://www.entwicklung.at/uploads/media/leitlinie_wasser_Nov08_01.pdf [Zugriff: 14.12.2008]

- Pedro, Cecília (2004): Aids gefährdet Entwicklung. In: Weltnachrichten 2004, 3, 14.

- Pichler, Helmut (2000): ABGB §§ 137 bis 186a. Kindschaftsrecht. In: Fenyves, Attila; Welser, Rudolf [Hrsg] (2000): ABGB. 3. Auflage des von Heinrich Klang begr. Kommentars zum Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch. Verlag Österreich: Wien.

- Pilgram, Klaus; Kees, Marlis (2002): HIV/AIDS und Ländliche Entwicklung. In: Entwicklung und ländlicher Raum; 36 (2002), 1, S. 24-27.

- Redl, Johannes (2002): Europäisches Haushaltspanel – Forschungsberichte. **Armut und Deprivation in Österreich. – Längsschnittbericht zu den Wellen 1 bis 5 (1995–1999)** (ZAHLEN FÜR 1994 - 1998). Online auf: <http://www.iccr-international.org/echp/docs/tabellenband-longitudinal-final.pdf> [Zugriff: 01.06.2008]

- Republik Österreich: Nationaler Bericht über Strategien für Sozialschutz und soziale Eingliederung. Online auf: www.kinderrechte.gv.at/home/upload/50%20thema/tm_0710_strategiebericht_soziale_eingliederung_at.pdf [Zugriff: 29.10.2008]

- Sager, Wilhelm (2004): Wasser: Ein Schlüssel zum Frieden. In: Österreichische militärische Zeitschrift 42 (2004) 6, 719-722.

- Schenk, Martin [2004]: Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Abbau von Ungleichheit – eine „neue“ Herausforderung der Gesundheitspolitik. Online auf: http://www.sozialwirtschaft.at/_TCgi/Images/sozialwirtschaft/20040717115309_Schenk_Armut_kann_Ihre_Gesundheit_gefaehrden_1.pdf [Zugriff: 29.10.2008]

- Schild, Thomas (2001): Wenn Länder gemeinsam Wasser nutzen. In: Entwicklung und ländlicher Raum; 35 (2001), 5, 30-32.

- Schleicher, Barbara; Hlava, Anton (2003): Armutsbetroffene Frauen in Österreich. Gesundheit und Erkrankungsrisiko. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). Im Auftrag des Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Frauengesundheitsabteilung. Wien.

- Schneeberger Jane-Lise (2006): Medikamente alleine genügen bei weitem nicht. In: Eine Welt, März 2006, Nr 1., 8-11.

- Siegrist, Johann [1996]: Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen. In: Schenk, Martin [2004]: Armut kann Ihre Gesundheit gefährden. Abbau von Ungleichheit – eine „neue“ Herausforderung der Gesundheitspolitik. Online auf: [http://www.sozial-](http://www.sozialwirtschaft.at/_TCgi/Images/sozialwirtschaft/20040717115309_Schenk_Armut_kann_Ihre_Gesundheit_gefaehrden_1.pdf)

wirtschaft.at/_TCgi_Images/sozialwirtschaft/20040717115309_Schenk_Armut_kann_Ihre_Gesundheit_gefaehrden_1.pdf [Zugriff: 29.10.2008]

- Six, Clemens; Langthaler, Margarita; Obrovsky, Michael (2007): Die Pariser Erklärung und ihre bisherige Umsetzung. (Irr-)Wege zu mehr Wirksamkeit in der EZA. ÖFSE. Wissenschaftsbereich: Wien.
- Stadtschulrat für Wien: Kleine Klassen und Kursgruppen. Online auf: <http://www.stadtschulrat.at/mittelschule/catid68/> [Zugriff: 06.01.2009]
- Statistik Austria. Die Informationsmanager (2008): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2006. Online auf: www.armutskonferenz.at/einkommen_armut_und_lebensbedingungen_2006.pdf [Zugriff: 05.11.2008]
- Statistik Austria. Die Informationsmanager (2008): Familien. Online auf: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html [Zugriff: 29.10.2008]
- Steiner, Hans (1996): Armut in Österreich. In: Kreuzroither, Jürgen; Schabbauer, Walter (1996): Armut in Österreich. Tagungsbericht 1996. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit. Brücke Druck- und Verlags-Ges.m.b.H.
- Stenographisches Protokoll. 621. Sitzung des Bundesrates der Republik Österreich. XX. Gesetzgebungsperiode. Donnerstag, 16. Jänner 1997. Online auf: http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/BR/BRSITZ/BRSITZ_00621/fnameorig_113583.html# [Zugriff: 10.06.2008]
- Stenographisches Protokoll. 60. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich. XX. Gesetzgebungsperiode. Mittwoch 29. Jänner 1997. Online auf: http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XX/NRSITZ/NRSITZ_00060/fnameorig_114109.html# [Zugriff: 28.10.2008]

- Stenographisches Protokoll. 27. Sitzungsperiode des Nationalrates der Republik Österreich. XX. Gesetzgebungsperiode. Donnerstag, 13., Freitag, 14. Juni 1996. Online auf:
http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XX/NRSITZ/NRSITZ_00027/fnameorig_114043.html# [Zugriff: 28.10.2008]

- Stenographisches Protokoll. 47. Sitzungsperiode des Nationalrates der Republik Österreich. XX. Gesetzgebungsperiode. Mittwoch, 27., und Donnerstag, 28. November 1996. Online auf:
http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XX/NRSITZ/NRSITZ_00074/DATEN_000000.DOC# [Zugriff: 10.06.2008]

- Stenographisches Protokoll. 51. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich. XXII. Gesetzgebungsperiode. Donnerstag, 26. Februar 2004. Online auf:
http://www.parlinkom.gv.at/pls/portal/docs/page/PG/DE/XX/NRSITZ/NRSITZ_00128/DATEN_000000.DOC# [Zugriff: 10.06.2008]

- Stenographisches Protokoll. 9. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich. XXXIII. Gesetzgebungsperiode. Dienstag, 16., und Mittwoch, 17. Jänner 2007. Online auf:
http://www.parlinkom.gv.at/PG/DE/XXI/NRSITZ/NRSITZ_00009/fnameorig_114373.html# [Zugriff: 29.10.2008]

- Terhorst, Frank (2001): HIV/AIDS-Pandemie – Ihre Auswirkungen auf Entwicklungsländer und die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit. INEF Report. Duisburg: Gerhard-Mercator-Universität. Diplomarbeit.

- The United Nations Children’s Fund (Unicef) (2006): The State of the World’s Children 2007. Women and Children. The Double Dividend of Gender Equality. UNICEF: New York.

- UNESCO (2005) EFA Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

- United Nations Information Service (2008): Millenniums-Entwicklungsziel 1: Extreme Armut und Hunger beseitigen. Hochrangige Veranstaltung zu den Millenniums-Entwicklungszielen am Hauptquartier der Vereinten Nationen, New York, 25. September 2008. Online auf: http://www.unis.unvienna.org/pdf/MDG_2008_fact_sheet_1_de.pdf [Zugriff: 09.03.2009]

- Wimmer-Puchinger (2006): Frauengesundheit in Österreich. Entwicklung, Fakten, Modelle. In: Österreichische Pflegezeitschrift 03/06. www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2006/03/wimmer-puchinger.pdf [Zugriff: 07.08.2008]

- Wirtschaftskammer Österreich. Oberösterreich. Landesvorsitzende Heidi Asamer (2001): Die Wirtschaft braucht uns Frauen. Online auf: <http://www.wko.at/ooe/medien/2001/Juni/MU12.06.FrauinderWirtsch.htm> [Zugriff 28.10.2008]

- World Health Organization (1998): Control and Surveillance of African Trypanisimiasis. Genf: World Health Organization.

- World Health Organization (2006): Core Health Indicators. Country, Indicator and Year selection. Online auf: http://www.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm [Zugriff: 28.10.2008]

- World Health Organization (2000): Management of severe Malaria. A practical handbook. Second Edition. Geneva: World Health Organization

- Wukounig, Monika (2003): Armut und Krankheit. PensionistInnen und Krankheit. Online auf: www.telemedizin.at/plattform/download/Wukounig.pdf [Zugriff: 06.11.2008].

9 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Ulrike Vaishaipl ulli.v@gmx.at
Geburtsdatum	17.12.1985
Staatsbürgerschaft	Österreich
Eltern	<u>Mutter:</u> Sieglinde Vaishaipl (Office Management bei Message – The Inspiration Company) <u>Vater:</u> Manfred Vaishaipl (pensionierter EDV-Techniker bei den Österreichischen Bundesbahnen)
Geschwister	eine Schwester (in Ausbildung), ein Bruder (Sonnenschutztechniker)

Ausbildung

2004-2009 Diplomstudium Internationale Entwicklung
1996-2004 Gymnasium GRG 21, Franklinstraße 21, 1210 Wien
1992-1996 Volksschule Langenzersdorf, Steyrergasse 22, 2103 Langenzersdorf

Sprachkenntnisse

seit 2000	Latein
seit 1998	Französisch in Wort und Schrift
seit 1996	Englisch in Wort und Schrift

EDV-Kenntnisse

MS-Anwendungen	Word, Excel, Power Point, Outlook
----------------	-----------------------------------

Praktika

07/2003	VISA-AUSTRIA
07/2004	VISA-AUSTRIA
08/2004	VISA-AUSTRIA
09/2004	Creativ-Messe Salzburg (Kundenbetreuung)
seit 2004	laufend ehrenamtliche Mitarbeit im Familienbetrieb „Der Kaffeeenießer“, 2000 Stockerau
07/2005	Inventurmitarbeit bei Firma Stropek GesmbH und Co KG
09/2005	Creativ-Messe Salzburg (Kundenbetreuung)
11/2005	Fa. Kolbenheyer (Kundenbetreuung am Christkindlmarkt/Wiener Rathausplatz)
12/2005	Fa. Kolbenheyer (Kundenbetreuung am Christkindlmarkt/ Wiener Rathausplatz)
07/2006	be.public (Mitwirkung bei Verteileraktion)
11/2006	Fa. Kolbenheyer (Kundenbetreuung am Christkindlmarkt/ Wiener Rathausplatz)
12/2006	Fa. Kolbenheyer (Kundenbetreuung am Christkindlmarkt/ Wiener Rathausplatz)
07/2007	Bank Austria Creditanstalt
08/2007	Bank Austria Creditanstalt
09/2007	VISA-Austria
seit 2007	geringfügige Beschäftigung im Familienbetrieb „Der Kaffeeenießer“, 2000 Stockerau
01/2008	Creativ-Messe München (Kundenbetreuung)

Hobbys

1993	Unterricht in Blockflöte in der VS Langenzersdorf
1994-2004	klassische Ballettausbildung im Tanzstudio Elizabeth Mills Karzel, Magdalenenhofstraße 22, 2103 Langenzersdorf Skifahren, malen, lesen, Theater und Musicals, Kino, tanzen, Reisen: Italien, Griechenland, USA, Schweden, Deutschland, Ägypten, Tunesien, Frankreich

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name	Ulrike Vaishaip ulli.v@gmx.at
Date of Birth	December 17 th , 1985
Citizenship	Austrian
Parents	<u>mother</u> : Sieglinde Vaishaip (Office Management; Message – The Inspiration Company) <u>father</u> : Manfred Vaishaip (retired software engineer; Austrian Federal Railways)
Siblings	one sister (nurse in training), one brother (sunscreen engineer)

Formation

2004-2009 University of Vienna, International Development Studies
1996-2004 Secondary School GRG 21, Franklinstraße 21, 1210 Vienna
1992-1996 Primary School in Langenzersdorf, Steyrergasse 22, 2103 Langenzersdorf

Languages

since 2000	Latin
since 1998	France spoken and written
since 1996	English fluently in spoken and written language

Computer Literacy

MS applications	Word, Excel, Power Point, Outlook
-----------------	-----------------------------------

Job Experience

07/2003	VISA-AUSTRIA
07/2004	VISA-AUSTRIA
08/2004	VISA-AUSTRIA

09/2004	Creativ-Messe Salzburg (customer advisory service at exhibition)
since 2004	current volunteering in family business; „Der Kaffeegenießer“, 2000 Stockerau
07/2005	stock-taking with the company Stropek GesmbH und Co KG
09/2005	Creativ-Messe Salzburg (customer advisory service at exhibition)
11/2005	Fa. Kolbenheyer (customer advisory service; Christkindlmarkt/ Viennese town hall square)
12/2005	Fa. Kolbenheyer (customer advisory service; Christkindlmarkt/ Viennese town hall square)
07/2006	be.public (Mitwirkung bei Verteileraktion)
11/2006	Fa. Kolbenheyer (customer advisory service; Christkindlmarkt/ Viennese town hall square)
12/2006	Fa. Kolbenheyer (customer advisory service; Christkindlmarkt/ Viennese town hall square)
07/2007	UniCredit Bank Austria Creditanstalt
08/2007	UniCredit Bank Austria Creditanstalt
09/2007	VISA-Austria
Since 2007	employment below reporting threshold in family business; „Der Kaffeegenießer“, 2000 Stockerau (sales activity and customer advisory service)
01/2008	Creativ-Messe Munich (customer advisory service at exhibition)

Hobbys

1993	musical education in flute
1994-2004	classic ballett education at dancing studio Elizabeth Mills Karzel, Magdalenenhofstraße 22, 2103 Langenzersdorf Skiing, painting, reading, theatre and musicals, cinema, dancing, travelling: Italy, Greece, USA, Sweden, Germany, Egypt, Tunisia, France