

Dieser Artikel erscheint im Jahrbuch 2012 der neuen caritas. Er darf vor dessen Erscheinen nicht an anderer Stelle publiziert werden und nur intern zur Vorbereitung auf die Caritas-Kampagne 2012 genutzt werden.

Barbara Fank-Landkammer

Armut macht krank

Wo es an Einkommen, Perspektiven und Bildung fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.

Arme Menschen sind verletzbarer, im wörtlichen Sinne. Sie sind häufiger durch Krankheiten bedroht, erleben ihre Arbeits- und Lebensbedingungen als gesundheitsgefährdend. Existenzsorgen und fehlende soziale Netze führen zum Anstieg bestimmter psychischer Erkrankungen.

Jeder verdient Gesundheit

Armen Menschen in Deutschland ginge es noch schlechter, würden sie nicht in einem Land leben, dessen Gesundheitssystem solidarisch ausgerichtet ist. Beispielsweise ist im Unterschied zur USA bei uns die gesetzliche Krankenversicherung eine Pflichtversicherung. Jedem Versicherten stehen grundsätzlich die gleichen Leistungen zu, unabhängig davon welchen Beitrag er oder sie einbezahlt hat.

In der Praxis gibt es Probleme, das sollte nicht verschwiegen werden. Zuzahlungen sind bei Ebbe im Geldbeutel ein Problem. Kuren werden abgelehnt und oft nur nach Widersprüchen genehmigt. Asylbewerber(innen) erhalten nur eine Notversorgung. Für illegal in Deutschland lebende Menschen ist unser Gesundheitssystem nicht offen.

Trotzdem lohnt es sich, für den Erhalt der allgemeinen Krankenversicherung einzutreten. Auch das ist ein Ziel der Caritas-Kampagne 2012: Jede(r) verdient Gesundheit, auch in Zukunft!

Arme Menschen rauchen, trinken und essen zu viele Chips vor dem Fernseher

Stimmt das? Sind arme Menschen selbst schuld an ihren Krankheiten? Etwas mehr Disziplin und die Sache ist geregelt? Ein Blick auf die Fakten zeigt ein differenzierteres Bild:

Wer ist arm?

2008 waren rund 14 Prozent der Gesamtbevölkerung in Deutschland von Armut bedroht. „Darunter finden sich vor allem Haushalte mit Kindern und jungen Erwachsenen. So unterliegen Alleinerziehende mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren einem weit überdurchschnittlichen Armutsrisiko von mehr als 50 Prozent.“⁴¹ Arbeitslosigkeit, aber auch die Zunahme von prekären Beschäftigungsverhältnissen und Jobs im Niedriglohnbereich werden als Hauptursache für Armut in Deutschland genannt. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) berichtet dass 2007 die oberen zehn Prozent der Deutschen 60 Prozent der Geld- und Sachwerte besaßen. Im Gegenzug teilten sich die unteren 70 Prozent nur knapp neun Prozent des Vermögens. Rechnet man die Anwartschaften auf Renten und andere Altersversorgung hinzu, wird der Abstand geringer. Trotzdem befürchten die Forscher für Menschen mit

unterbrochenen Erwerbsbiographien (insbesondere in Ostdeutschland) und geringer Möglichkeit, selbst für das Alter vorzusorgen, so dass die Schere auseinandergehen wird.

Bildung und Gesundheit

Das Robert Koch-Institut stellte 2009 fest: „Die Gesundheitschancen sind nach Bildungsstatus ungleich verteilt. Personen mit niedrigem Bildungsstatus schätzen ihre Gesundheit seltener als sehr gut oder gut ein und berichten häufiger über gesundheitliche Einschränkungen als diejenigen mit mittlerem oder oberem Bildungsstatus. ... Die Gesundheitsrisiken Rauchen und Adipositas (krankhafte Fettleibigkeit) treten bei Personen der unteren Bildungsgruppen häufiger auf; riskanter Alkoholkonsum dagegen ist eher Merkmal der oberen Bildungsgruppen.ⁱⁱⁱⁱ Letzteres ist interessant, widerlegt es doch die These dass arme Menschen am meisten trinken. Im Gegenteil: In der niedrigsten Bildungsgruppe gibt es am meisten Nie-Trinker(innen).

Männer und Frauen unter 64 Jahren und mit niedriger Bildung sind körperlich aktiver als diejenigen aus den oberen Bildungsgruppen. Sie treiben aber weniger Sport. Auch diese Differenzierung ist wichtig. Wer seinen Sprudelflaschen mit dem Rad nach Hause holt oder weite Wege zur S-Bahn geht wird nicht so viel Sport machen, als ein Autofahrer, der den ganzen Tag am PC arbeitet.

Männer und Frauen in den niedrigen Bildungsschichten haben eine deutlich höhere Adipositasrate als alle anderen. Ab 45 Jahre liegt sie bei über 25 Prozent im Gegensatz zu teils einstelligen Werten in der oberen Bildungsgruppe. Die Vorstufe von Adipositas – Übergewicht - zeigt sich als gesamtgesellschaftliches Problem. Auch in der Mittelschicht haben nur knapp 60 Prozent der Frauen über 30 Normalgewicht. Bei gleichaltrigen Männern sind es sogar nur 41,3 Prozent.

Allergien und Neurodermitis kommen stärker in mittleren und höheren Bildungsschichten vor. Aber Menschen mit niedrigem Bildungsstatus

- haben mehr Seh- und Hörprobleme
- berichten häufiger über seelische Belastungen
- sind häufiger mehr als 50 Tage pro Jahr und öfters chronisch krank
- liegen öfters im Krankenhaus
- verfügen über geringere soziale Unterstützung
- arbeiten unter schlechteren, nicht gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Vorurteil Menschen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss würden hauptsächlich krank sein, weil sie mutwillig ungesund leben nicht haltbar ist.

Kinder und Jugendliche

„Kinder und Jugendliche, die unter sozial schwierigen Lebensumständen aufwachsen, weisen in zahlreichen Bereichen schlechtere Gesundheitschancen auf. Bisherige Studien belegen dies z. B. für frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen, Unfallverletzungen und Umweltbelastungen, zahnmedizinische Probleme sowie mit Blick auf das Jugendalter auch für die psychosoziale Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten.ⁱⁱⁱⁱ Arme Kinder und Jugendliche rauchen früher, zeigen häufiger eine schlechtere Mundhygiene, bewegen sich weniger und schauen mehr fern. Überraschend ist jedoch, dass ihr Obst-

und Gemüsekonsum sich kaum von anderen Kindern unterscheidet. Im Durchschnitt bekommen sie sogar seltener Süßigkeiten als Gleichaltrige aus der Mittelschicht. Jedoch trinken sozial benachteiligte Jugendliche öfter zuckerhaltige Limonade, gehen häufiger ohne Frühstück in die Schule und sind stärker übergewichtig.

Entscheidend für das gesunde Aufwachsen von Kindern sind auch die Ressourcen in ihrer Umgebung. Arme Kinder, die Zuwendung und ein positives, stabiles Familienklima erleben, sind weniger anfällig. Ebenso positiv wirken sich Freundschaften in Schule und Freizeit aus.

Im Gegensatz zu ihren Eltern, die eigene Vorsorgeuntersuchungen sogar häufiger wahrnehmen als Personen mit mittlerer/hohem Bildung, ist die Rate bei armen Kindern geringer. „So wurden in der Brandenburger Einschulungsuntersuchung im Jahr 2005 bei 47 Prozent der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus eine vollständige Untersuchungsreihe festgestellt. Die Vergleichswerte bei Kindern aus der mittleren bzw. hohen Statusgruppe lagen bei 67 Prozent und 71 Prozent (Landesgesundheitsamt Brandenburg 2007).“^{iv}

Einkommen und Gesundheit

Einkommen ermöglicht die Finanzierung des Lebensunterhaltes aber auch so schöner Dinge wie Hobbies, Reisen und Erholung. Diese Konsum- und Erlebnismöglichkeiten dienen dem Erhalt der eigenen Ressourcen und ermöglichen Teilhabe. Dadurch kann Stress vermindert und neue Energie getankt werden.

Arme Menschen wissen oft nicht wie sicher ihre Lebensgrundlagen sind. Sie arbeiten in prekären, zeitlich befristeten Arbeitsverhältnissen, unter schlechteren Arbeitsbedingungen oder sind länger arbeitslos. Das soziale Umfeld ist nicht so belastbar. Konflikte sind vorprogrammiert. Das alles macht Druck und führt zu einem Dauerstress.

Ihr geringes Einkommen ermöglicht nur begrenzt eine „Belohnung“ durch materielle Güter oder schöne Erlebnisse. Studien stellen deshalb fest, dass sich Menschen mit geringem Einkommen bei ihrer Bedürfnisbefriedigung oft kurzfristig orientieren. Sie zeigen eine höhere Bereitschaft zu gesundheitsriskantem Verhalten, wenn dieses zur Stressbewältigung beiträgt. Mit der Höhe des Einkommens vergrößert sich der Spielraum für eine gesunde Ernährung, Erholungsmöglichkeiten und direkten Erwerb von Gesundheitsleistungen.

Zwischen Gesundheit und Einkommen gibt es eine weitere Wechselwirkung. Chronisch kranke und behinderte Menschen haben schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt. Sie unterliegen einem höheren Risiko arbeitslos zu werden und erzielen dementsprechend geringere Einkommen.^v

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Langzeitarbeitslose haben nicht nur weniger Geld, sondern oft auch schlechtere Wohnungen. Diese sind nicht isoliert, liegen eher an großen Straßen oder in der Nähe von Gewerbe- und Industriegebieten. Der Verlust von Arbeit und mangelnde Perspektiven wirken sich direkt auf die Gesundheit aus. „Männer, die seit mindestens einem Jahr arbeitslos sind, beschreiben ihre eigene Gesundheit nur zu neun Prozent als sehr gut, während mehr als ein Viertel der erwerbstätigen und der kurzzeitig arbeitslosen Männer zu dieser Einschätzung gelangen. Auch langzeitarbeitslose Frauen beurteilen ihre Gesundheit weitaus schlechter.“^{vi}

Bezüglich der Diagnosen lässt sich sagen, dass Bluthochdruck, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression bei arbeitslosen Menschen häufiger

vorkommen. Besonders stark trifft dies auf Männer zu. Eklatant ist das Verhältnis bei psychiatrischen Diagnosen, die stationär behandelt werden. Arbeitslose Männer verbringen fast siebenmal mehr Tage in den Fachkrankenhäusern, als Erwerbstätige. Bei Frauen ist das Verhältnis 3:1.

Wohnungslosigkeit und Gesundheit

Obdachlose Menschen sind oft kranke Menschen. Das Leben auf der Straße, eine schlechte und unregelmäßige Ernährung, chronische physische und psychische Erkrankungen, fehlende soziale Kontakte führen dazu dass sie im Schnitt 30 Jahre früher sterben, als ihre gut versorgten Mitbürger. D.h., ihre durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 46,5 Jahren, wie Rechtsmediziner Klaus Püschel aus Hamburg feststellte.^{vii}

Viele Wohnungslose sind alkohol- oder drogensüchtig und/oder haben eine psychiatrische Diagnose. Dabei ist nicht eindeutig zu klären, ob die Krankheit zur Wohnungslosigkeit beigetragen hat oder umgekehrt die Wohnungslosigkeit die Krankheit negativ beeinflusst.

Ungelöst ist immer wieder die Situation von wohnungslosen Menschen nach einem stationären Krankenhausaufenthalt. Ein ungenügendes Entlassmanagement führt bei dieser Gruppe zu einer Unterversorgung. Wenn es kein soziales Netz gibt, das die Wohnungslosen aufnimmt, kann dies die medizinischen Erfolge, die durch die Behandlung im Krankenhaus erreicht wurden wieder vollständig zunichte machen.

Ausländer(innen) in prekären Aufenthaltssituationen

Nicht alle in Deutschland lebenden Ausländer(innen) haben Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung: So wird bei Asylbewerber(innen) und bei Geduldeten zwischen einer Notfallversorgung und einer stetigen, kurativen medizinischen Therapie unterschieden. Die Notfallversorgung erhalten sie. Schwieriger wird es bei Krankheiten, die nicht lebensbedrohlich sind. Letztendlich entscheidet der Arzt oder die Ärztin. Leider führt dies immer wieder dazu dass Krankheiten verschleppt werden und am Ende eine wesentlich teurere Not-OP erforderlich ist. In Deutschland gibt es zu wenige Plätze für die Behandlung von Trauma durch Flucht und Verfolgung.

Daneben gibt es Menschen, die noch nicht einmal diese notdürftige Versorgung in Anspruch nehmen können oder wollen. Man trifft sie in der Malteser Migrantinnen Medizin (MMM)^{viii} oder bei anderen Caritas-Projekten der Straßenambulanz. Hier finden z.B. Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus und eine schnell wachsende Zahl von Menschen aus den neuen EU-Ländern ohne Krankenversicherung eine erste ärztliche Versorgung. Häufige Gründe, die Anlaufstellen aufzusuchen sind Schwangerschaft, Unfallfolgen, akute Zahnerkrankungen, Tumorerkrankungen sowie Infektionskrankheiten. Die Patienten sind durchschnittlich deutlich jünger und schwerer erkrankt als in einer normalen Arztpraxis. Man schätzt, dass in Deutschland bis zu 460.000 Menschen in der Illegalität leben. Dazu gehören Studenten, die die vorgesehene Ausreise nach dem Studium nicht angetreten haben, Personen, die nach einer befristeten Arbeitserlaubnis nicht mehr in ihr Heimatland zurückkehren oder untergetauchte abgelehnte Asylbewerber. Sie arbeiten häufig schwarz. Auch ein Teil der ca. 150.000 in deutschen Haushalten arbeitenden Pflegekräfte dürfte zu dieser Gruppe gehören. Sie haben überwiegend keine gültige Arbeitserlaubnis und sind nicht sozialversichert. Sind sie Nicht-EU-Bürger und ist ihr Visum abgelaufen haben sie keinen gültigen Aufenthaltsstatus mehr. Im Krankheitsfall riskieren illegal in Deutschland lebende Personen ihre Abschiebung und wagen sich nicht zum regulären Arzt.

Zugang zum Gesundheitssystem

In der Praxis der Beratungsstellen gibt es immer wiederkehrende Probleme, die armen Menschen den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren. Untersucht und festgehalten wurden sie im Bereich der Wohnungslosenhilfe^{ix}:

- Der Caritasverband Frankfurt berichtet, dass bei 50 Prozent der in der Straßenambulanz akut behandlungsbedürftigen Menschen der Krankenversicherungsschutz ungeklärt oder nicht vorhanden ist.
- Quittungen, die für die Befreiung von Zuzahlungen zu sammeln sind, werden nicht aufgehoben.
- Psychische Beeinträchtigungen verhindern die Übernahme von Verantwortung für den eigenen Körper. In Wohnungsloseneinrichtungen weisen bis zu 50 Prozent der Bewohner(innen) eine psychiatrische Erkrankung auf, die sowohl Ursache, als auch Folge der Wohnungslosigkeit sein kann. Oft gibt es sogenannte Doppeldiagnosen (Sucht plus psychiatrische Erkrankung).
- Therapien werden wieder abgebrochen, da in Krisen ein unterstützendes soziales Umfeld fehlt.
- Vertrauen in Ärzte ist nicht vorhanden, der ständige Ortswechsel verhindert den Aufbau einer stabilen Arzt-Patientenbeziehung.

Das Ziel der aufsuchenden Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose in Hannover und an anderen Orten ist neben der niederschweligen (Erst-)Versorgung die Wiedereingliederung der randständigen Menschen in das für sie zuständige Regelsystem. Nach der Klärung der Krankenversicherung waren in Hannover 81 Prozent aller Fälle über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbar, weitere 10 Prozent erhielten eine Finanzierung über das Sozialamt. Neun Prozent waren nicht versichert oder der Versicherungsstatus konnte nicht festgestellt werden. In zehn Jahren wurden die Überweisungen an einen Facharzt von vier auf 18 Prozent gesteigert. Neben Wohnungslosen nehmen auch arme Familien und Alleinlebende die Angebote der Straßenambulanzen an.

Eine weitere Schwierigkeit hatten bis vor kurzem Personen, die z.B. wegen Selbständigkeit privat versichert waren, jetzt jedoch bedürftig sind und ALG II erhalten. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) muss sie nicht aufnehmen. Die private Krankenversicherung (PKV) versichert sie zu einem niedrigen Basistarif, der aber deutlich über dem Durchschnittstarif der GKV liegt. Die Jobcenter zahlten lange nur den GKV-Satz aus, so dass man gezwungen war, den Rest aus dem Regelsatz zu finanzieren. Die Folgen waren wachsende Schulden bei der Krankenversicherung. Die Wohlfahrtsverbände haben immer wieder Änderungen angemahnt. Das Bundessozialgericht entschied im Januar 2011, dass die Jobcenter dazu verpflichtet sind, den gesamten Basistarif zu bezahlen. Im Sommer 2011 einigte sich das Bundesgesundheitsministerium mit den PKV über einen rückwirkenden Schuldenerlass. Damit ist glücklicherweise dieses Problem gelöst.

Kommentar [BFL1]: Aktualisierung des Textes am 12.09.2011

Heutige Problemanzeigen

Für die Zuzahlungen gibt es eine Belastungsgrenze. Zu Beginn des Kalenderjahres müssen Praxisgebühren, Eigenbeteiligung je Verordnung (mind. fünf, max. zehn Euro) bzw. zehn Euro pro Krankenhaustag gezahlt werden. Ist die Summe von zwei Prozent des Bruttoeinkommens erreicht, kann ein Antrag auf Befreiung für das laufende Kalenderjahr gestellt werden. Bei chronisch kranken Menschen gilt die Ein-Prozent-Regelung. Zwei Prozent machen

bei einem Arbeitslosengeld II- Bezieher etwa 87 Euro aus. Fallen diese in einem Monat an, belastet es das Haushaltsbudget ziemlich.

Nicht unerheblich können die Ausgaben für nicht rezeptpflichtige Medikamente sein, die die Krankenkassen in der Regel nicht bezahlen. Das sind Hustenmittel, Salben gegen Zerrungen, Aspirin bei Kopfschmerzen, aber auch Medikamente gegen Neurodermitis. 2003 waren laut Statistisches Bundesamt 26,3 Prozent aller Verordnungen rezeptfrei.^x Erst seit kurzem gibt es eine Härtefallregelung für SGB II-Bezieher(innen), die unter Beteiligung der Wohlfahrtsverbände erkämpft werden musste. So können nun z.B. Mittel bei Neurodermitis abgerechnet werden.

Solidarität hilft heilen

Die Caritas-Kampagne 2012 möchte aufklären. Wie die Analyse gezeigt hat, stimmt die weit verbreitete These nicht, dass Arme rauchen, trinken und zu viel Chips essen und damit mutwillig ihre Gesundheit gefährden. Ihre schwierigen Lebenslagen und Existenzsorgen verringern ihre Gesundheitschancen. Manchmal erwächst daraus ein Teufelskreis. Es ist aber auch möglich, diesen zu durchbrechen. Was brauchen arme Menschen, damit sie ihr Recht auf eine gute gesundheitliche Versorgung wahrnehmen können? Sie brauchen, soviel lässt sich zu Beginn der Kampagne 2012 bereits sagen:

- Engagierte Ärztinnen und Ärzte, die die den Ermessungsspielraum zu Gunsten armer Menschen nutzen
- Krankenkassen, die eine kulante Regelung der Versicherungsschulden akzeptieren
- Aufsuchende Hilfesysteme, wie es die Straßenambulanzen sind und deren finanzielle Absicherung, z.B. durch eine Beteiligung der Krankenkassen
- Unbürokratische Fonds, die in Notfällen Zuzahlungen übernehmen und für illegal hier lebende Menschen eine angstfreie medizinische Versorgung ermöglichen.
- Rechtliche Regelungen, die Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auch eine kurative Versorgung und nicht nur eine Notfallversorgung tatsächlich ermöglichen und die Finanzierung sicherstellen.
- Gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen
- Ausbau der Prävention
- Stärkung und Befähigung von Kinder und Jugendlichen
- Wache Augen und Ohren von Freunden, Nachbarn und Kollegen, die im Alltag beratend zur Seite zu stehen, wenn Menschen ihre Rechte im Gesundheitssystem nicht kennen oder wahrnehmen
- Die weitere Bereitschaft der gesamten Gesellschaft zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems, damit arme Menschen, die krank werden nicht aus dem sozialen Netz fallen.

Armut macht krank. Das stimmt. Es gilt jedoch auch: Solidarität hilft heilen! Dafür setzt sich die Caritas 2012 mit ihrer Kampagne ein.

Weitere Infos ab Januar 2012 unter www.jeder-verdient-gesundheit.de

Barbara Fank-Landkammer

Referatsleitung Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising
Deutscher Caritasverband, Freiburg

-
- ⁱ Markus M. Grabka und Joachim R. Frick in Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Wochenbericht Nr. 7 /2010
- ⁱⁱ Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“, Robert Koch-Institut, S. 9
- ⁱⁱⁱ Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Robert Koch Institut 2010, S.77
- ^{iv} Dto. S.20
- ^v Vgl. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit,
Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2.Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, 2005, S.36 f
- ^{vi} Dto. S. 77
- ^{vii} Berliner Zeitung, 01.06.2011
- ^{viii} Vgl. www.malteser-migranten-medizin.de
- ^{ix} 10 Jahre Evaluation, Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen in Hannover, Hrsg.: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Mai 2011, Hannover
- ^x Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>