

## **Armut und Gesundheit**

### **Einige Gedanken und Fakten zum Kontext Armut und Gesundheit / Gesundheitssystem**

Dass sich die psychosoziale und sozioökonomische Lage auf die Gesundheit auswirkt, wissen wir seit geraumer Zeit. Es gibt zahlreiche eindeutige Studien zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit bzw. Krankheit.

#### **► Die Sterblichkeit hat bei armen Menschen deutlich zugenommen!**

Während Untersuchungen aus den Jahren 1984 – 1997 einen Lebenserwartungsunterschied von 7 Jahren zwischen dem reichsten und dem ärmsten Fünftel der deutschen Bevölkerung (bei Männern sind dies 10 bei den Frauen 5 Jahre) aufzeigten. Belegen die Erhebungen zum Sozioökonomischen Panel (Repräsentativstichprobe) bis zum Jahre 2005, dass diese Differenz bei den Männern auf 12 Jahre, und bei den Frauen auf 8 Jahre angestiegen ist.

31% der von Armut betroffenen Männer erreicht nicht das 65. Lebensjahr. Damit liegt die Lebenserwartung eines von Einkommensarmut betroffenen Mannes in Deutschland bei der eines Nordafrikaners. Im Hinblick auf die Zahlen zur „gesunden Lebenserwartung“ liegt der Unterschied zwischen der „Armutsguppe“ (Einkommen <60%) zur „Reichtumsgruppe“ (Einkommen >150% in Bezug zum Durchschnittseinkommen) bei den Frauen bei 10,2 Jahren und bei den Männern bei 14,3 Jahren. Nahezu alle Erkrankungsformen kommen bei von Armut Betroffenen häufiger vor. Insbesondere **psychische Erkrankungen** und Auffälligkeiten nehmen in den letzten Jahren deutlich zu. Hier einige Studienergebnisse:

- **AOK Studie 2008: Anstieg der psychischen Probleme und Krankheiten von 1995 - 2008 um 80%**
- **DAK-Studie 2009: Anstieg der psychischen Probleme und Krankheiten von 1998 - 2008 um 60%. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an der Gesamterkrankungsrate beträgt 10,6% (1998: 6,6%)**
- **Psychische Erkrankungen liegen, sowohl bei der AOK- als auch bei der DAK-Studie an der 4. Stelle der häufigsten Erkrankungen**
- **Die Suizidquote ist 20-fach höher bei langzeitarbeitslosen Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen.**
- **Studie der Mainzer Universität (ASG-Studie, 2008): Psychische Erkrankungen wie Angstzustände, Depressionen oder Psychosen sind mit 40% die häufigsten Beeinträchtigungen – unter denen Frauen übrigens häufiger leiden als Männer.**
- **Statistik der Gmünder Ersatzkasse (2000): Deutliche Zunahme von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Arbeitslosen. Auch bei alleinerziehenden Müttern stehen die psychischen Erkrankungen mit 25% im oberen, bei verheirateten Müttern mit 11% im unteren Drittel.**

Arm zu sein, bedeutet einer großen psychosozialen Belastung ausgesetzt zu sein, besonders in unserer leistungsbezogenen Gesellschaft, in der man(n) sich besonders über die Arbeit, das Einkommen definiert. Erschwerend kommt zudem hinzu, dass es immer noch eine Unkultur der Diffamierung und Schuldzuweisung gegenüber sozial benachteiligter Menschen gibt. Die häufig zu einer ausgeprägten Selbstwert-Infragestellung durch die betroffenen Menschen selbst führt.

All diese Faktoren wirken sich auch auf die betroffenen **Kinder und Jugendlichen** aus.

Eine der bedeutendsten Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen von Hurrelmann und Klocke kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit in sozialer Armut lebender Kinder in erschreckendem Maße verschlechtern. Hier spielen insbesondere Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten und Beschwerdekompexe (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen) eine wichtige Rolle. Diese Ergebnisse werden durch die KIGGS-Studie bestätigt und ergänzt. Insgesamt nehmen psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu. Haupterkrankungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten sind: mangelnde Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Aggressivität, Depressionen. Wiederum ist ein deutlicher sozialer Gradient zu beobachten. Essstörungen werden laut KIGGS-Studie bei 27,6% der Jugendlichen mit niedrigen sozialen Status festgestellt, während „nur“ 15,5% in der oberen Sozialschicht hiervon betroffen waren. 22 % der Kinder und Jugendlichen leiden unter psychischen Auffälligkeiten. Ca. 14 % sind manifest psychisch erkrankt (Angststörungen, Depressionen usw.). Insgesamt sind 31,3% der Kinder und Jugendlichen in der unteren Sozialschicht psychisch auffällig und „nur“ 16,4% in der oberen, sowie 21 % in der Mittelschicht. (BELLA-Studie: Modul „Psychische Gesundheit“ der KIGGS-Studie)

Eine Studie der Universität Bonn Fachbereich Ernährungswissenschaften (2007) kommt, bezüglich des Kontextes Ernährung und finanzielle Ressourcen, zu dem Ergebnis, dass mit dem Ernährungsbudget für Hartz IV-Empfänger eine gesunde ausgewogene Ernährung nicht möglich ist.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass es sich einerseits um eine strukturelle Benachteiligung von Arbeitslosengeld II – Bezieher handelt. Der Ernährungsetat ist einfach zu niedrig. Andererseits wird transparent, wie schwierig, mittlerweile auch nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen, unmöglich, mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, eine die Gesundheit stabilisierende Ernährung ist, hierbei spielt natürlich auch der Bildungsaspekt eine wichtige Rolle (Thema: ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital).

**Auswirkungen der sogenannten Gesundheitsreformen und der Agenda 2010 (Zusammenlegung von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe) auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten:**

► **Der Arztbesuch ist für arme Kinder nicht unbedingt kostenlos!**

Ein Arztbesuch ist für arme Kinder nicht unbedingt kostenlos. Zwar müssen keine Praxisgebühr oder Zuzahlungen erstattet werden, aber die Fahrt zum Arzt, z.B. durch die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, für das Kind sowie die Begleitperson, kostet Geld. Schnell werden hier für Hin- und Rückfahrt bis zu 10 €

an Fahrtkosten anfallen. An solche Geldposten hat scheinbar niemand gedacht. Sozial benachteiligte Menschen, oft Familien mit vielen Kindern, wohnen zudem in Stadtteilen, die zumeist eine geringere Arzt- und speziell Facharztdichte aufweisen. Längere Anfahrtswege sind somit keine Seltenheit. Könnte dies nicht auch ein banaler Grund für die schlechte Arztkonsultationsquote von Kindern aus der unteren Sozialschicht sein?

► **Es ist mittlerweile eindeutig belegt, dass arme und alte Menschen seit Einführung der Praxisgebühr seltener zum Arzt gehen!**

Die Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (Leben in Europa, 2006) zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen Armut / Armutsgefährdung und dem Verzicht auf notwendige medizinische Leistungen gibt. Bei von Armut Betroffenen verzichteten 28% auf einen notwendigen Arztbesuch (gegenüber 15% die nicht armutsgefährdet waren) und 23% auf einen notwendigen Zahnarztbesuch (gegenüber 11%).

- Eine Studie des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung aus dem Jahre 2008, ergab, dass die Gesundheitsausgaben privater Haushalte von 2002 – 2005, bei dem Posten Arzneimittel um 39% und dem Arztbesuch um 41% zugenommen haben. Bei einkommensarmen Personen (Einkommen bis 1.300€) lagen die durchschnittlichen Ausgaben bei 27€. Dies entspricht einer Steigerungsrate von 28% (2002 zu 2005). Anstieg bei Arzneimittel um 61%, Arztpraxis 470%. Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben sind insgesamt um über 20% gestiegen!
- Eine Untersuchung der Mainzer Universität Institut Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin zum „Zusammenhang von Armut, Schulden und Gesundheit (ASG 2008) kommt zu dem Ergebnis:
  - 65% der Befragten haben, nach eigenen Angaben, aus Geldmangel die vom Arzt verschriebenen Medikamente nicht gekauft
  - 60% haben Arztbesuche unterlassen, weil sie die nötigen finanziellen Mittel für die Zuzahlungen nicht aufbringen konnten.
- Andreas Renner von der **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung** veröffentlichte 2008 die Ergebnisse einer internen Befragung zu den Gesundheitskosten. Danach haben sich die Ausgaben in den letzten Jahren, bei Psoriasis-Patienten, Rheumapatienten und Morbus Crohn-Patienten, um bis zu 50% erhöht.

► **Die Gesundheitsversorgung / die gesetzliche Gesundheitsversorgungsbestimmungen für wohnungslose Menschen sind vollkommen unzureichend (siehe Schaubild)**

Es gibt ca. 200.000 alleinstehend wohnungslose Menschen in Deutschland. Die betroffenen Menschen leben häufig von sogenannten Tagessätzen, d.h. sie bekommen pro Tag vom Job-Center bzw. Ausgabestellen die von Wohlfahrtsverbänden / Organisationen usw. geführt werden „ihren Tagessatz“, der dem Arbeitslosengeld 2 - Satz geteilt durch 30 Tage entspricht, dementsprechend ca. 11,80 €. Die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse ist kein Automatismus. Die

Betroffenen müssen mittels Wahlrechtserklärung, die sie bei der Krankenkasse besorgen, bei der sie einmal versichert waren, diese erneute Mitgliedschaft über das Job-Center beantragen. Dann übernimmt, in der Regel, nicht immer, die Arbeitsagentur die Beiträge für einen Kalendermonat. Danach muss dieses Procedere erneut durchlaufen werden. Das beigefügte Schaubild verdeutlicht nochmals diesen komplexen bürokratischen Beantragungsweg. Viele Betroffene sind hierzu überhaupt nicht in der Lage. Es müsste eine übergreifende bundeseinheitliche Versicherungsregelung gefunden werden!

Ein weiteres Problem stellt das Verhalten der Krankenkassen dar. War der wohnungslose Klient einmal in der Kasse versichert, hat aber die Beiträge eine zeitlang nicht gezahlt, fordert die Krankenkasse, bei diesem erneuten Versicherungsantrag, die Betroffenen auf, die fehlenden Beiträge rückwirkend zu zahlen, bevor er versichert wird. Wie soll ein wohnungsloser Mensch Tausende von Euro bezahlen? Konsequenz: Einzelne Kassen verweigern die Mitgliedschaft, stellen keine Versichertenkarten aus, setzen den Betroffenen unter Druck, nur im Notfall einen Arzt aufzusuchen usw. Dies hat teilweise verheerende gesundheitliche Konsequenzen bei den betroffenen Patienten.

Selbst wenn der Patient versichert ist, wie soll er von 11,80 € Tagessatz Praxisgebühr und Medikamentenzuzahlungen leisten?

► **Die Regelung im Hinblick auf die Krankenversicherung von Straftätern nach deren Entlassung aus dem Strafvollzug sind mangelhaft.**

Leider ist es in vielen Bundesländern herrschende Praxis, dass Strafvollzugsentlassene, unversichert entlassen werden und auch unzureichend über notwendige Schritte bezüglich einer Mitgliedschaft in einer Krankenkasse informiert werden. Während der Haftstrafe unterliegen die Menschen einer speziellen Krankenversicherung. Mit dem Tag der Entlassung müssen sie sich bei einer Krankenkasse versichern, was (siehe Beispiel wohnungslose Menschen) nicht ohne weiteres möglich ist. Ich habe es immer wieder erlebt, dass Straffentlassene mit chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen, am Tag der Entlassung in meine Praxis kommen und z.B. mich bitten ihnen das lebensnotwendige Insulin (bei Diabetes mellitus-Patienten) zu verordnen, ohne dass die Krankenversicherungsmemberschaft geklärt wäre. Hier muss es unbedingt eine Regelung geben, dass die Patienten schon während der Haft, für die Zeit danach, versichert sind.

► **Chronisch kranke Patienten verarmen immer häufiger (Daten der AIDS-Hilfe und der Krebshilfe)**

Die Deutsche AIDS-Hilfe und die Deutsche Krebshilfe bestätigen, dass es immer häufiger zu einer materiellen Verarmung im Kontext dieser chronischen Erkrankungen kommt. Die Anträge auf finanzielle Unterstützung haben in den letzten Jahren in diesen Organisationen deutlich zugenommen. Chronische Krankheit führt zunehmend zu materieller Armut.

Hier spielt auch die Arbeitsmarktsituation eine bedeutende Rolle. Ich weiß von vielen Patienten, die aufgrund ihrer Krebserkrankung entlassen wurden (Die Patienten bekommen vom Arbeitsgericht zwar bestätigt, dass die Entlassung nicht rechtskonform sei, es wird dann häufig ein Vergleich beschlossen, mit der Konsequenz, dass der krebserkrankte Arbeitnehmer, deutliche finanzielle Einbußen hat.) Selbst in Einstellungsgesprächen wurden Patienten, die offen mit ihrer

Erkrankung umgehen, deutlich vermittelt, krebskranke, auch nach erfolgter kurativer Therapie, stellen wir nicht ein.

**Einige Aspekte, die bei Diskussionen zu alternativen Gesundheitsversorgungsstrukturen berücksichtigt werden sollten**

- **Befreiung von Arbeitslosengeld II- und Sozialgeldbezieher von Zuzahlungen und Eigenleistungen im Gesundheitssektor.**
- **Die derzeitige Berechnungsgrundlage des Sozialgeldes / des Arbeitslosengeldes II, sieht keine Eigenleistungen im Gesundheitssystem vor. Eine Nachbesserung erfolgte nicht. Damit wurden die Transferleistungen deutlich reduziert, bzw. ein Gesundheitsverhalten billigend in Kauf genommen, dass kostenpflichtige aber notwendige Arztbesuche verzögert oder ganz verhindert. Befreiung oder Aufstockung der Sozialleistungen!**
- **„Freie Fahrt zum Arzt“ (kostenlose Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Arzt, besonders für Kinder und alte Menschen)**
- **Einführung eines Schulfaches „Gesundheit“ in der Grundschule (siehe Beispiel Klasse 2000) und in weiterführenden Schulen**
- **Allgemein verständliche und zugängliche Informationen zu Gesundheitsleistungen. Größere Transparenz über Erstattungsmöglichkeiten der Krankenkassen und Eigenbeteiligung.**
- **Härtefallregelungen für Menschen in besonderen Lebenslagen müssen wieder eingeführt werden. (-siehe oben-)**

**Eine spezielle Forderung wäre...**

- **Wiederaufnahme der Tätigkeit der Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit beim Bundesgesundheitsministerium (letzte Sitzung im Jahre 2003).**

Mainz, Juni 2010

**Prof. Dr. med. Diplom Sozialpädagoge Gerhard Trabert  
Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.  
Leiter der Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit der Nationalen  
Armutskonferenz  
Gerhard.Trabert@hs-rm.de**