

Prof. Dr. Georg Cremer
Generalsekretär
Deutscher Caritasverband e.V.



Armut macht krank - Herausforderung für die Sozialpolitik **Sozialpolitische Impulse zur Caritas-Kampagne 2012**

Vortrag bei der Verabschiedung des Direktors des DiCV Görlitz, Ordinariatsrat Rudolf Hupe am 17. Februar 2012, im St. Johannes-Haus in Cottbus

„Armut macht krank.“ Dies ist das Motto der diesjährigen Jahreskampagne des Deutschen Caritasverbandes. Zu den Bildern armer und gesundheitlich gezeichneter Menschen auf unseren Plakaten lesen Sie den Zusatz: „Wo es an Einkommen, Bildung und Perspektiven fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.“

Nun haben wir in Deutschland ein im internationalen Vergleich gutes Gesundheitssystem. Seit 2007 haben wir zudem das Recht und die Pflicht jedes Bürgers in Deutschland auf Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung. Damit sollte der Zugang aller zu einem guten System der Gesundheitsversorgung gesichert sein, und für die allermeisten Menschen in Deutschland ist er auch gesichert. Dafür gibt es auch einen breiten politischen Konsens, für den wir dankbar sein können. Verbitterte Debatten bis hin zu einer Spaltung des Landes über die Frage, ob allen Bürgern eine Gesundheitsversicherung zusteht, wie wir dies in den USA erlebt haben und im kommenden Präsidenten-Wahlkampf vermutlich wieder erleben werden, sind bei uns nicht denkbar.

Und dennoch: Auch bei uns gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Variablen Einkommen, Bildungsstand und Beschäftigungssituation einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits. Da Arme neben niedrigem Einkommen oft zudem einen niedrigen Bildungsstand haben und langzeitarbeitslos sind, ist der Gesundheitszustand von armen Menschen signifikant schlechter. Dieser Zusammenhang ist empirisch gut gesichert, durch viele Studien, etwa den Studien, die das Robert-Koch-Institut im Rahmen des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung erstellt hat. Die Schere in der Lebenserwartung zwischen den unteren und den oberen Einkommen beträgt in Deutschland bei den Männern ungefähr zehn Jahre, bei den Frauen ca. acht Jahre.

Dieser Unterschied ist irritierend. Er ist eine Herausforderung an unser Gerechtigkeitsgefühl. Denn Gesundheit ist ein Gut, das einen existenziellen Stellenwert hat. Während wir akzeptieren, dass Menschen mit höherem Einkommen komfortabler leben, können wir nicht akzeptieren, dass die unterschiedlichen Lebensbedingungen zu krassen Unterschieden der Lebenserwartung führen und im Falle der Krankheit die Heilungschancen von der Einkommenssituation abhängen.

Dabei ist der Unterschied in der gesundheitlichen Lage der Einkommensklassen nicht darauf zurückzuführen, dass Armen der Gesundheitsschutz verweigert würde. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung sichert einen in den essentiellen Leistungen einkommensunabhängigen Zugang zur medizinischen Versorgung. Trotz Praxisgebühr und Zuzahlungen sowie gewisse Probleme beim Zugang zu nicht-verschreibungspflichtigen (und damit von der GKV nicht erstatteten) Medikamenten kann man dies festhalten.

Der erste Schritt, der aus sozialpolitischer Sicht notwendig ist, ist es, diesen Unterschied überhaupt zur Kenntnis zu nehmen und

ihn in den gesundheitspolitischen Debatten zu thematisieren. Nur einige Schlaglichter zum Befund: Erwachsene in mittlerem Alter in Einkommensarmut (d.h. weniger als 60% des Nettoäquivalenzeinkommens) leiden, wie das Robert-Koch-Institut für den Armutsbericht beigetragen hat, vermehrt an Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Adipositas sowie Depressionen. Depressionen sind bei langzeitarbeitslosen Menschen etwa dreimal so häufig anzutreffen. Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben weit häufiger als die sozial besser gestellten Gleichaltrigen wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen oder leiden unter chronischen Erkrankungen. Nach Status der Eltern ausgewertete Schuleinstellungsuntersuchungen zeigen, dass sie häufiger Defizite in der Sprachentwicklung aufweisen.

Wo aber nun ansetzen, um dem Anspruch der „Gesundheitsgerechtigkeit“ näher zu kommen? In den USA würde man hier nun an erster Stelle sagen: Es muss der unhaltbare Zustand überwunden werden, dass Millionen Bürger keinen Krankenversicherungsschutz haben, dass in einem Land mit den höchsten Kosten weltweit für das Gesundheitssystem viele Bürger unversorgt sind. Und natürlich ist dies auch in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern die erste Forderung, die sich stellen würde. Diesbezüglich haben wir in Deutschland aber einen Zustand, der dem Ideal gesundheitlicher Gleichheit nahe kommt, trotz einer ärgerlichen Spaltung zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Privatversicherungen, die man nur als historisch überkommen aus der Entwicklung der deutschen Sicherungssysteme erklären kann. Die Unterschiede zwischen den beiden Systemen können aber die unterschiedlichen Lebenserwartungen nach sozialer Lage bei weitem nicht erklären. Auch wenn es ärgerlich ist, als gesetzlich Versicherter länger auf einen Facharzttermin zu warten als der privatversicherte Nachbar, davon stirbt man nicht zehn Jahre früher. Etwa 90% der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sind in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch innerhalb dieses Systems sind die

sozial bedingten Unterschiede in der Lebenserwartung anzutreffen. (Aus dem positiven Bild des gleichen Zugangs zu einem guten Gesundheitssystem nehme ich bestimmte Randgruppen wie Flüchtlinge oder Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus ausdrücklich aus, auf diese Gruppen komme ich am Ende des Vortrags wieder zurück.)

Die Kausalketten zwischen Lebenslage und Gesundheit verlaufen zu wesentlichen Teilen außerhalb des Systems der Krankenbehandlung. Sorge für die Gesundheit ist weit mehr als das, was die Krankenkasse bezahlt. Also fordert die irritierende gesundheitliche Ungleichheit die Sozialpolitik auf vielen Feldern heraus, die auf den ersten Blick nicht als gesundheitsrelevant angesehen werden. Langzeitarbeitslose Menschen haben eine deutlich schlechtere gesundheitliche Situation, hier kumulieren sich häufig die Risiken, im Durchschnitt eine schlechtere Ausbildung (ich sage bewusst im Durchschnitt, insbesondere in Regionen mit sehr hoher Arbeitslosigkeit ist dies nicht zwingend), hohes Armutsrisiko und die psychische Belastung, die mit unsicheren oder fehlenden Perspektiven verbunden ist. Daher ist eine aktive Beschäftigungspolitik eine Herausforderung, die auch für das Ziel der Gesundheitsgerechtigkeit höchst relevant ist. Und sie darf sich nicht allein auf diejenigen beschränken, die (bereits) fit für den ersten Arbeitsmarkt sind oder schnell dazu fit gemacht werden können – so wichtig Arbeitsmarktpolitik auch für diese Zielgruppe ist (und so erfolgreich sie in den letzten Jahren war). Der Zugang zu Arbeit ist die Grundlage unserer wirtschaftlichen Prosperität, ohne die ein leistungsfähiger Sozialstaat gar nicht finanzierbar wäre. Aber sinnstiftende Arbeit ist mehr, sie ist auch Teilhabe, sie schafft persönliche Perspektiven, die sich positiv auch auf die gesundheitliche Lage auswirken. Auch aus diesem Grunde tritt die verbandliche Caritas für eine aktive Arbeitsmarktpolitik ein, die das Ziel der Teilhabe neben das Ziel setzt, Zugänge zum ersten Arbeitsmarkt zu eröffnen.

Auch Stadt-, Umwelt- und Verkehrspolitik sind im der Gesundheitsgerechtigkeit zu sehen. Verkehrslärm beispielsweise schädigt die Gesundheit insbesondere armer Menschen, die sich die Mieten in ruhigeren Wohngebieten nicht leisten können.

Es geht aber auch um gesundheitsförderndes Verhalten. Eine vorurteilsfreie Erfassung der Kausalketten wird nicht außer Acht lassen können, dass der Zusammenhang zwischen Lebenslagen und gesundheitlicher Situation auch verhaltensbedingte Gründe hat. Auch dies zeigen die Studien, auf die ich anfangs hingewiesen habe. Mit dem niedrigen sozioökonomischen Status ist gleichzeitig häufiger ein risikobehaftetes Verhalten verbunden: Kinder aus armen Familien beginnen häufiger und früher zu rauchen. Auch bei Erwachsenen gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Suchtkrankheit und Armutsrisiken, dabei nehmen Symptome der Alkoholabhängigkeit zu, je länger die Arbeitslosigkeit, der bei weitem wichtigste Auslöser der Armut, andauert. Die kausale Zuordnung darf dabei nicht einseitig erfolgen; Alkoholabhängigkeit und Drogenmissbrauch erhöhen gleichzeitig in hohem Maße das Risiko, arbeitslos und arm zu werden.

Nur, so wichtig es ist, diesen Teil der Realität nicht auszublenden: Dies sollte nicht missbraucht werden für ein achselzuckendes „Selber schuld“, sondern es sollte Ansporn sein dafür, nach Wegen zu suchen, Perspektiven zu schaffen und, soweit dies geht, auch Menschen in prekären Lebenslagen durch eine Politik gesundheitlicher Prävention zu erreichen. Dies ist leichter gesagt als getan: Denn die mittelschichtorientierten Aufklärungskampagnen zur Gesundheitsprävention erreichen Menschen in prekären Lebenslagen kaum oder gar nicht. Im Deutschen Caritasverband ist in den letzten Jahren verstärkt diskutiert worden, wie wir mit unserer Arbeit Milieus erreichen, die uns fremd sind: Menschen aus sog. bildungsfernen Milieus, die sich nicht an den uns vertrauten Denkwelten der Mittelschicht orientierten. Ich vermute, der Umgang mit fremden Milieus fällt

Medizinern nicht leichter als Mitarbeitenden der Caritas. Ob Caritasmitarbeiter oder Mediziner, beide kommen in aller Regel nicht aus den Milieus der Unterschicht. Möglicherweise sind diese Milieus nicht nur fremde Welten für sie, sondern deren Wertmuster und Verhaltensweisen werden unbewusst als unsympathisch empfunden. Ein wirklicher Zugang zu Menschen in der Unterschicht wird befördert, wenn Mitarbeitende in den Gesundheits- und Sozialberufen sich in ihrer Milieubindung selbst kennen, Kompetenz im Umgang mit anderen Milieus und Respekt vor ihrer Andersartigkeit entwickeln. Diese Kompetenz trägt dazu bei, die Wirksamkeit der eigenen Arbeit selbstkritisch überprüfen zu können. Für Mediziner, die den Anspruch haben, neben ihrem kurativen Auftrag auch präventiv zu arbeiten und durch ihre Beratung Einfluss zu nehmen auf das gesundheitsrelevante Verhalten ihrer Patienten, ist eine solche Sensibilisierung unverzichtbar. Notwendig ist auch eine Zusammenarbeit der Dienste und Personen, die überhaupt Zugänge zu Menschen aus prekären Milieus haben und dadurch im Sinne der Prävention wirken können. Der Deutsche Caritasverband hat gerade ein großes Projekt gestartet, das „Frühe Hilfen“ für Familien in prekären Lebenslagen befördern will. Eine breite Beteiligungsbereitschaft im Verband – derzeit 60 Standorte – deutet auf den hohen Handlungsbedarf hin. Hoch belastete Familien haben mehr oder weniger sporadische Kontakte zur Schwangerenberatung, zum Kinderarzt oder Hausarzt, zu sozialen Beratungsdiensten. Wie sensibel sind die dort tätigen Personen, über den direkten professionellen Anlass hinaus Symptome einer prekären Lebenslage wahrzunehmen und zu Hilfen zu vermitteln, die über den unmittelbaren Anlass hinausgehen? Kennen Sie die in ihrem Umfeld tätigen Hilfsangebote, was zwingende Voraussetzung dafür ist, dass sie als Akteure einer frühen und wirksamen Hilfe tätig werden können? Hier könnte die Zusammenarbeit zwischen Akteuren der Gesundheits- und Sozialberufe verbessert werden. Auch dies ist ein Beitrag zu einer Politik zur Bekämpfung von Armut, die über den Aspekt materieller Absicherung hinausgeht.

Ich hatte erwähnt, dass ich bei dem grundsätzlich positiven Bild, dass ich vom Gesundheitssystem in Deutschland anfangs gezeichnet habe, bestimmte Gruppen ausnehme, die häufig keinen ausreichenden Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Auf diese möchte ich abschließend eingehen. Dies sind einerseits wohnungslose Menschen. Sie leiden, bedingt durch ihre Situation, besonders häufig unter einem schlechten Gesundheitszustand. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe schätzt die durchschnittliche Lebenserwartung männlicher Obdachloser auf 46 Jahre, also rund 30 Jahre unter dem Durchschnitt der Bevölkerung. Seit 2007 haben auch wohnungslose Menschen einen Rechtsanspruch darauf, krankenversichert zu sein. Beratungsstellen der Caritas haben wohnungslose Menschen dabei unterstützt, wenn Krankenkassen sie rechtswidrig abwimmeln wollten. Aber auch wenn wohnungslose Menschen versichert sind, sie scheuen häufig den Weg in eine Arztpraxis. So werden Krankheiten verschleppt. Auch Praxisgebühr und Zuzahlungen sind für diese Gruppe ein großes Problem. Zwar gilt eine Überforderungsgrenze. Aber dazu müssten Wohnungslose Menschen Belege sammeln, was sie in ihrer Lebenslage nicht leisten können. Für wohnungslose Menschen fehlen in vielen Orten niedrigschwellige Angebote. In einer Reihe von Städten gibt es Straßenambulanzen, dieses Angebot muss dringend ausgebaut werden, ohne den Anspruch wohnungsloser Menschen auf einen Zugang zum Regelsystem aufzugeben. Wichtig ist auch das Verhalten der Bürgerinnen und Bürger. Wie verständnisvoll reagieren sie, wenn in der Praxis ihres Arztes auch wohnungslose Menschen behandelt werden?

Ein Problem ist die Gesundheitsversorgung auch für Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. , ist die gesundheitliche Versorgung ungenügend. 2009 waren Dies sind nicht allein Asylbewerber, sondern auch Menschen, die vor einem Bürgerkrieg geflohen sind oder nur eine Duldung haben.

Sie sind nicht krankenversichert, haben aber einen Rechtsanspruch auf ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen, bei Schmerzen, bei einer Schwangerschaft und Geburt. Dann erhalten sie die notwendige ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Sonstige Behandlungen stehen im Ermessen der Behörden. Oft leben Menschen aus den genannten Gruppen über viele Jahre in diesem Zustand. Es ist ein Gebot der Gerechtigkeit, ihnen den vollen Zugang zum medizinischen Regelsystem zu geben.

Die dritte und letzte Gruppe, auf die ich eingehen will, sind Menschen, die ohne legalen Aufenthaltstitel in Deutschland leben. Auch sie haben de jure einen Anspruch auf ärztliche Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Sie haben aber Angst, dass eine kostenpflichtige Behandlung zur Aufdeckung ihres Status führt. Deswegen scheuen auch sie den Besuch beim Arzt oder den Gang in ein Krankenhaus. Daher nehmen Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus meist keine Vorsorge wahr und haben teilweise nicht einmal medizinische Betreuung während der Geburt. Auch wenn das das Recht eines Staates ist, einem illegalen Aufenthalt entgegen zu treten, aus humanitären Gründen brauchen Menschen, die illegal in Deutschland leben, medizinische Behandlung, ohne ihre Daten preisgeben zu müssen. Und Schwangere brauchen einen gesetzlich geregelten besonderen Schutz gegen Abschiebung.

Wir haben ein gutes Gesundheitssystem in Deutschland. Wir sollten es öffnen für Menschen, die am Rande unserer Gesellschaft stehen und besonderen Schutz brauchen. Trotz eines guten Gesundheitssystems haben wir einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, den wir nicht einfach hinnehmen können. Diese Diskrepanz abzubauen, ist Herausforderung an viele Politikfelder und auch an die Caritas.