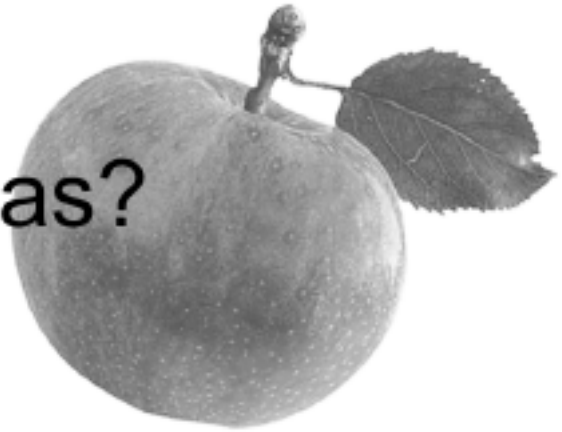


Fehlt Ihnen Etwas?
Beratung kann helfen!



„Fehlt Ihnen Etwas? Beratung kann helfen!“

Dokumentation der Kampagne 2006
„Armut und Gesundheit“

Eine Kampagne der
Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
Hamburg e.V. zum Thema der verdeckten Armut

www.fehlt-ihnen-etwas.de
Hamburg, Oktober 2006



Mitglieder der **AGFW**:

- **Arbeiterwohlfahrt**, Landesverband Hamburg e.V.
- **Caritasverband** für Hamburg e.V.
- **Der Paritätische Wohlfahrtsverband** Hamburg e.V.
- **Deutsches Rotes Kreuz**, Landesverband Hamburg e.V.
- **Diakonisches Werk Hamburg**, Landesverband der Inneren Mission e.V.
- **Jüdische Gemeinde**, Körperschaft des öffentlichen Rechts



Herausgegeben durch die
**Arbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V. (AGFW)**
Grevenweg 89
20537 Hamburg

Kampagnen-Logo: Agentur Mesch Media Direct Berlin.
Layout: Claudia Zinnert
Druck: Störck Verlag, Hamburg

Oktober 2006

Seite

- 4 - 6 Einleitung und Ausblick**
- 7 - 21 1.0** Vortrag **Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Herausforderungen für Politik und professionelles Handeln** von Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Public Health, Berlin
- 22 - 38 2.0** Vortrag **„Armut und Gesundheit – wie hängt das alles zusammen, was müssen wir tun?“** von Prof. Dr. med. Gerhard Trabert, Georg-Simon Ohm Fachhochschule Nürnberg
- 36 - 40 3.0** Podiumsdiskussion im Rahmen der Auftaktveranstaltung **Armut und Gesundheit – wie hängt das alles zusammen, was müssen wir tun?**
- 41 - 46 4.0** Zusammenfassung des Ergebnisberichtes zur Auswertung der Kampagne **„Fehlt Ihnen Etwas? – Beratung kann helfen!“ 2006**
Evaluation und Bericht von Sandie-Christine Schröfel

Ein Grundanliegen der Freien Wohlfahrtspflege

Die Beschäftigung mit dem Thema „**Verdeckte Armut**“ und die Hilfe für Menschen, die unter den Folgen von Ausgrenzung leiden, ist ein Grundanliegen der Freien Wohlfahrtspflege. Vor diesem Hintergrund haben die in der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. (AGFW) zusammengeschlossenen Verbände in den letzten drei Jahren Kampagnen durchgeführt. Unter Menschen, die in verdeckter Armut leben, werden hier diejenigen verstanden, die zwar Ansprüche auf gesetzliche Sozialleistungen haben, diese aber nicht geltend machen.

„Verdeckte Armut“ in Hamburg?

Über das Ausmaß der verdeckten Armut in Hamburg gibt es nur grobe Schätzungen, da bisher eine systematische Armuts- bzw. Lebenslagenberichterstattung fehlt. Aus dem im Jahre 2005 erschienenen zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung lassen sich Annäherungen an diese Form der Armut in Hamburg entwickeln. Nach Aussage von Richard Hauser, einem Mitverfasser dieses Berichtes, kommen auf drei Sozialhilfeempfänger/innen 1 bis 1,5 Menschen, die ihre gesetzlichen Ansprüche nicht geltend machen. Die in der AGFW zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbände schätzen, dass in Hamburg 60.000 bis 80.000 Menschen in verdeckter Armut leben.

**Fehlt Ihnen Etwas?
Beratung kann helfen!**



Mit der jeweiligen Kampagne sollen zwei Ziele verfolgt werden:

Die Betroffenen sollen durch konkrete Hilfsangebote über ihre Rechtsansprüche informiert und bei deren Durchsetzung unterstützt werden. Dies geschieht durch das breite Angebot der Beratungsstellen und durch weitere Aktivitäten der Kampagne. Die in der AGFW zusammengeschlossenen Wohlfahrtsverbände wollen auf die Sachlage „Verdeckte Armut“ hinweisen und entsprechende politische Forderungen aufstellen, u.a. nach einer Armuts- bzw. Lebenslagenberichterstattung durch den Senat der FHH.

Bausteine der Kampagne

Die wesentlichen Bausteine sind eine Beratungshotline, ein Beratertag an zentralen Plätzen der Stadt sowie eine verbandsübergreifende Broschüre mit 70 Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen standen und stehen während dieser Aktionen für kostenlose Beratung rund um das Thema Armut zur Verfügung. Vorbild der Kampagne war und ist eine Aktion der Berliner Wohlfahrtsverbände.

Die Ergebnisse aller bisherigen Kampagnen, die u. a. über die homepage **www.fehlt-ihnen-etwas.de** nachzulesen sind, haben gezeigt, dass die Mehrheit der befragten Menschen weder ausreichend über ihre sozialen Rechte noch über entsprechende Hilfsangebote informiert waren. Die Ergebnisse haben die Wohlfahrtsverbände dazu bewogen, die Kampagne fortzuführen.

Thema 2006: Armut und Gesundheit

Ausgehend von den Erfahrungen der Jahre 2004 und 2005 haben sich die Veranstalter entschlossen, das Thema „Armut und Gesundheit“ in den Mittelpunkt der Auftaktveranstaltung am 15. Mai 2006 zu stellen. Diese Veranstaltung beschäftigte sich mit dem Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Gerade Menschen, die unter der Armutsschwelle leben müssen mit einer größeren Beeinträchtigung ihrer Gesundheit und ihrer Lebenserwartung rechnen als andere. Dieses haben die Referenten Prof. Dr. Gerhard Trabert und Prof. Dr. Rolf Rosenbrock fachkompetent dargestellt. Besonders zu begrüßen ist, dass wir zu diesem Teil der Kampagne die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) als Partner gewinnen konnten.

Nach den beiden Fachreferaten kam es zu einer anregenden Diskussion. Neben den beiden Wissenschaftlern haben die folgenden Personen auf dem Podium mitgewirkt:

Dietrich Wersich, Staatsrat der Behörde für Soziales, Familie
Gesundheit und Verbraucherschutz

Gabi Brasch, Vorstand des Diakonischen Werkes Hamburg

Hanna Blase, Nachbarschaftsheim St. Pauli

Am 17. Mai 2006 fand die eintägige Beratungshotline statt. Von 9.00 bis 21.00 Uhr waren jeweils fünf Telefone gleichzeitig mit kompetenten Beraterinnen und Beratern besetzt. Den Abschluss der Kampagne bildete der Beratertag in sieben Hamburger Stadtteilen.

Die wissenschaftliche Begleitung dieser beiden Aktionen erfolgte wie in den Vorjahren durch Sandie-Christine Schröfel, Soziologiestudentin an der Universität Hamburg.

Vor diesem Hintergrund ist die Dokumentation der Kampagne „**Fehlt-Ihnen-etwas? – Beratung kann helfen!**“ wie folgt aufgebaut: Sie beginnt mit einer Wiedergabe der Auftaktveranstaltung. Im Anschluss gibt es eine Zusammenfassung der Podiumsdiskussion. Darauf folgend werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation zusammenfassend dargestellt.

Dank an die Engagierten

Die Kampagne konnte nur gelingen, weil sich wie in den Vorjahren eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verbände intensiv eingesetzt haben. Insbesondere sind die vielen Beraterinnen und Berater der Hamburger Beratungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege zu nennen, die sich vor allem während der Hotline und des Beratertages durch einen erheblichen Einsatz ausgezeichnet haben. Hervorzuheben ist der Einsatz von Wolfgang Völker (Diakonisches Werk), der bereits das zweite Mal die Projektkoordination übernommen hat. Auch den weiteren Mitgliedern

der Vorbereitungsgruppe – Monika Schmolke (Arbeiterwohlfahrt), Ilona Makossa (Der Paritätische Wohlfahrtsverband), Timo Spiewak (Caritasverband), Stefan Nagel (Diakonisches Werk) und Peter Drygalla (Deutsches Rotes Kreuz) – ist für ihr Engagement zu danken. Ebenso sei hier der HAG, vertreten durch Petra Hofrichter, die ebenso in der Arbeitsgruppe mitgewirkt hat, zu danken.

Ausblick

Das Eintreten für die Rechte der von Armut betroffenen Menschen zur Verbesserung deren Lebenssituation ist und bleibt ein zentrales Anliegen der Freien Wohlfahrtspflege. Die Hamburger Wohlfahrtsverbände werden deshalb ihre Aktivitäten in diesem Bereich fortsetzen. Zur Zeit wird im Rahmen der Auswertung der Kampagne 2006 geprüft, ob und wie die Aktionen fortgesetzt werden sollen. Insbesondere vor dem Hintergrund des diesjährigen Sonderthemas **„Armut und Gesundheit“** ist es notwendig, dass die Lebenslage der von Armut betroffenen Menschen weiter im Blickpunkt bleibt.

An dieser Stelle bleibt anzumerken, dass die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) angekündigt hat, mehrere Lebenslagenberichte zu entwickeln.

Die Hamburger Wohlfahrtsverbände begrüßen dieses Vorhaben, stellt es doch eine notwendige Bedingung dafür dar, Armut in Hamburg zu analysieren und zu bekämpfen. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die angekündigten Berichte den Anforderungen einer klassischen Armutsberichterstattung erfüllen.

Hamburg, im September 2006

Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V.

Manfred Klee
Vorsitzender des Vorstandes

Michael Edele
Geschäftsführer

Vortrag

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Herausforderungen für Politik und professionelles Handeln

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung,
Forschungsgruppe Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

Vortrag zur Auftaktveranstaltung „**Armut und Gesundheit – wie hängt das zusammen, was müssen wir tun?**“ der AGFW in Hamburg am 15. Mai 2006

Abstract

Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen, Gesundheit und Lebensdauer persistiert auch in reichen Ländern und nimmt insgesamt sogar weiter zu. Die Ursachen dafür liegen sowohl in der impliziten als auch in der expliziten Gesundheitspolitik, und sie finden sich auf allen Stufen der Gesundheitssicherung, also in der Gestaltung der Primär- und Sekundärprävention ebenso wie im Bereich der Kuration und Rehabilitation. Weder die staatliche Gesundheitspolitik in Deutschland noch die Institutionen der Prävention und Krankenversorgung und auch nicht die Forschung haben dieses Problem bislang in einem seinem Umfang und seiner kulturellen Bedeutung angemessenen Ausmaß zur Kenntnis genommen oder gar wissenschaftlich und praktisch bearbeitet.

Text

Basierend auf langjährigen Studien, auf der Teilnahme an den politischen Auseinandersetzungen um die Gestaltung des britischen National Health Service (NHS) sowie auf seinen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen als Allgemeinmediziner in einem Gesundheitszentrum in Wales formulierte Julian Tudor Hart vor gut 35 Jahren im Lancet (Tudor Hart 1971) das ‚inverse care law‘: Danach verhält sich die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung tendenziell umgekehrt proportional zum Bedarf in der jeweiligen Population. Anders ausgedrückt: je größer der Bedarf eine Bevölkerungsgruppe nach guter medizinischer Versorgung, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Bedarf auch angemessen befriedigt wird, und umgekehrt. Tudor Hart führte diesen für die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen wichtigen Befund auf eine ganze Reihe von Faktoren zurück. Diese identifizierte er sowohl auf der Bedarfsseite (also beim stark von sozialen Determinanten bestimmten Patientenverhalten) als auch auf der Angebotsseite (Ärzte und Nurses) als auch auf Seiten der politischen Steuerung des NHS und – vor allem – bei der sich wechselseitig verstärkenden Dynamik zwischen diesen drei Akteuren bzw. Aggregaten.

Im Lichte der Befunde der Sozialepidemiologie, sowohl national wie international vergleichend, sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt, sowohl aus Fallstudien wie aus Massendaten, sowohl aus Ist-Zustanderhebungen als auch aus Interventionsstudien können wir die Reichweite des Gesetzes das inverse care law heute mit einiger Sicherheit über das Gebiet der Krankenversorgung hinaus für die gesamte Gesundheitssicherung, also sowohl für die Prävention als auch für die

Krankenversorgung ausdehnen (Mielck 2000; Smedley/Syme 2000; Berkman/Kawachi 2000; Committee 2003. Die empirische Evidenz hierfür ist zureichend, und die Befunde sind auch alles andere als unplausibel. In dieser weiten Form haben wir im Ergebnis eigener Forschungen den Gehalt des inverse care law als das, soziale Dilemma der Gesundheitspolitik' bezeichnet (Rosenbrock et al. 1994).

Danach tragen diejenigen Gruppen und Schichten der Bevölkerung das größte Risiko, zu erkranken, behindert zu sein oder vorzeitig zu sterben, die über

- das geringste Einkommen,
- den geringsten Bildungsstand,
- die geringsten Gestaltungsmöglichkeiten,
- die schwächste soziale Unterstützung durch kleine soziale Netzwerke (social support) und
- den geringsten politischen Einfluss, sowohl individuell als auch als Gruppe

verfügen.

Sämtliche verfügbaren Daten sprechen nun dafür, dass die gesundheitlichen Auswirkungen des sozialen Dilemmas sich sowohl auf die Chancen erstrecken, einfach so gesund zu sein und zu bleiben, als auch darauf, im Bedarfsfall in den Genuss wirksamer Prävention zu kommen, wie auch auf die Qualität der Krankenversorgung.

Meine zentrale These ist nun, dass weder die Gesundheitspolitik in Deutschland noch die Institutionen der Prävention und Krankenversorgung und auch nicht die Forschung dieses Thema bislang in einem seinem Umfang und seiner kulturellen Bedeutung angemessenen Ausmaß zur Kenntnis genommen haben oder gar praktisch und wissenschaftlich bearbeiten.

Was ist denn nun der Umfang des Problems? Grob gesprochen lässt sich die Antwort wie folgt zusammen fassen (SVR 2005, Bd. I, Kap. 3) : Wenn wir die in Deutschland lebende Bevölkerung nach den Merkmalen Einkommen, Bildung und Stellung im Beruf in fünf gleich große Schichten (Quintile) aufteilen, dann stellen wir fest, dass Menschen aus dem untersten Fünftel in jedem Lebensalter – von der Wiege bis zu Bahre – ein ungefähr doppelt so hohes Risiko tragen, ernsthaft zu erkranken oder zu sterben, wie Menschen aus dem obersten Fünftel. Diese Beobachtung gilt für alle großen Erkrankungen und auch die Unfälle. Ausnahmen bilden lediglich der Brustkrebs, Alkoholismus und die leichten bis mittelschweren Allergien. Im Ergebnis leben Menschen aus dem obersten Fünftel im Durchschnitt fünf bis sieben Jahre länger und haben auch ungefähr gleichviel behinderungsfreie Lebensjahre mehr. Allein die Scheidelinie mit Abitur/ohne Abitur bedeutet in Deutschland einen Unterschied in der durchschnittlichen Lebenserwartung von rund 3,5 Jahren – bei Männern wie bei Frauen. Die Ungleichheit von Gesundheitschancen ist dabei kein Phänomen, das sich nur im Kontrast zwischen dem untersten und obersten Fünftel zeigt. Vielmehr vermindern sich Gesundheitschancen kontinuierlich, je weniger Einkommen und Bildung vorhanden sind und je niedriger der soziale Status ist. Auch gibt die Empirie keine Befunde her, die für eine generelle gesundheitliche Verelendung der unteren Schichten sprechen. Im Gegenteil: auch das unterste Fünftel profitiert von der pro Dekade im Gesamtdurchschnitt um etwas mehr als ein Jahr wachsenden Lebenserwartung und auch davon, dass die in diesem Umfang alternde Bevölkerung immer gesünder alt wird (Fries 2003). Es bleibt aber der stabile Befund, dass diese Gesundheitsgewinne stabil ungleich verteilt sind und die

1.0

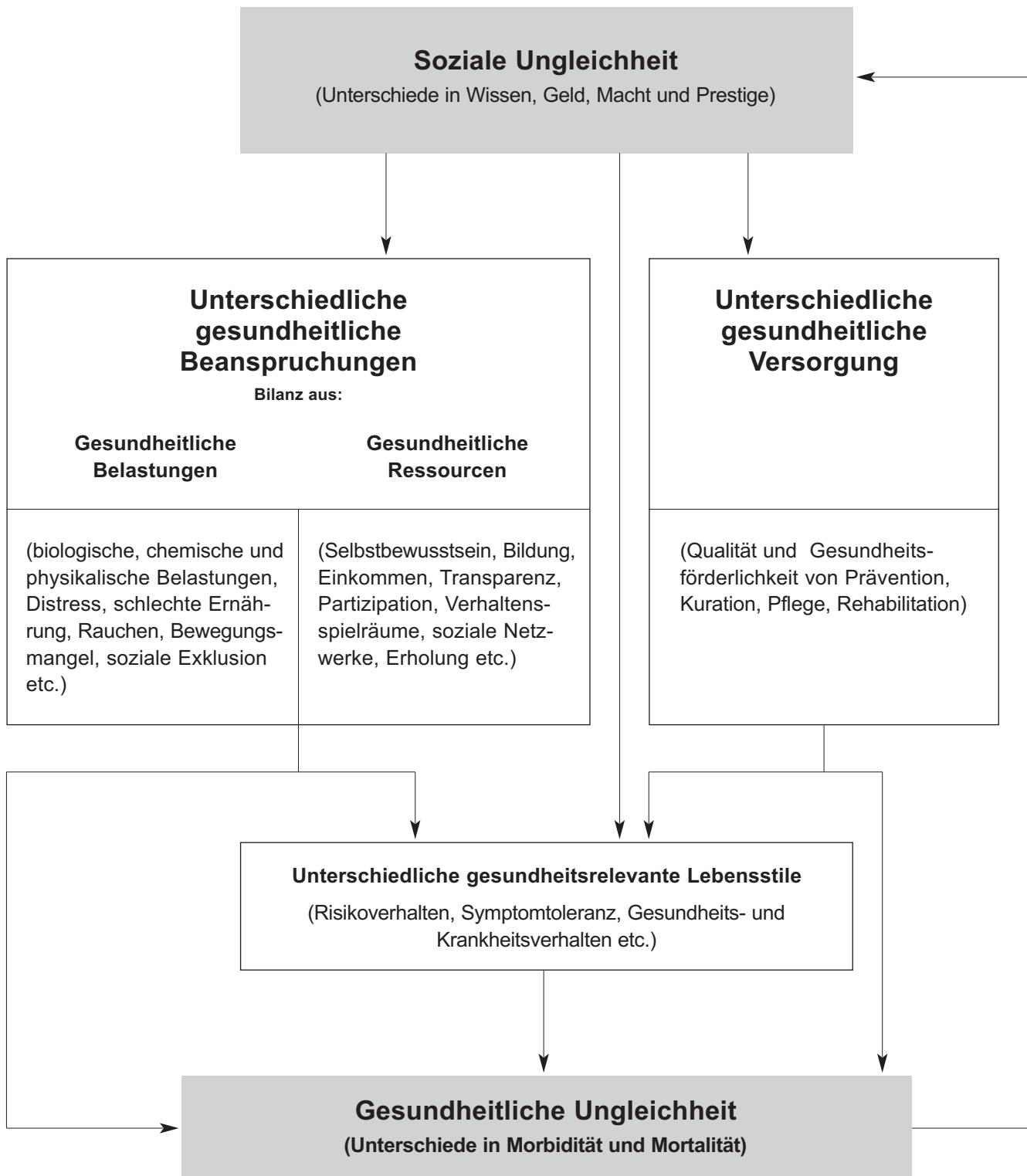
Ungleichheit dabei zumindest nicht abnimmt. In den meisten europäischen Ländern nimmt die Ungleichheit sogar weiterhin zu (Mielck 2000 mit weiteren Nachweisen). Das ist – mit Blick auf die bei uns immer größer werdende Ungleichverteilung von Bildungschancen, Arbeitsplätzen sowie Einkommen und Vermögen – auch für Deutschland hoch plausibel. Dass wir nicht wissen, ob und wenn ja mit welchem Tempo sich die Schere weiter öffnet, ist ein erster Beleg für meine zentrale These:

Im Gegensatz zum Beispiel zu Schweden, Großbritannien und den Niederlanden gibt es dazu in Deutschland keine aussagefähige Forschung. In diesen Ländern werden freilich soziale Ungleichheit und ihre Dynamik als ernstes und in der Perspektive den erreichten Zivilisationsstand bedrohendes Problem angesehen. Dort wird die Frage gestellt: Wieviel Ungleichheit brauchen wir, um genügend Anreize für Leistung und Innovation zusetzen? Und: wie viel Gleichheit brauchen wir, um den Zivilisationsstand aufrecht zu erhalten? Eine Orientierung dazu hätte ich mir auch erwartet, als sich der damals ziemlich neu gewählte Bundespräsident Horst Köhler zum ersten mal in seinem Amt zum Thema soziale Ungleichheit äußerte. Diese Erwartung wurde enttäuscht: „... gab und gibt es nun einmal überall in der Republik große Unterschiede in den Lebensverhältnissen. Das geht von Nord nach Süd wie von Ost nach West. Wer sie einebnen will, zementiert den Subventionsstaat ...“ (Interview in: Focus Nr. 38/2004, S. 23). Wer den status quo derart lakonisch akzeptiert und auf seine regionalen Ausprägungen reduziert, wer zudem die Möglichkeit von Verbesserungen mit einem sachlich kaum haltbaren Argument (‘Subventionsstaat’) verneint, bejaht im Grund die zunehmende Ungleichverteilung gesellschaftlicher Ressourcen. Das ist nicht gut, weder speziell für die Gesundheitspolitik, noch für die Gesellschaftspolitik insgesamt.

Wie nun erklären sich die Zusammenhänge, die zur Ungleichheit von Gesundheits- und Lebensschancen führen?

> siehe Grafik nächste Seite

Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



1.0

Die Ungleichheit in der Verteilung der zentralen gesellschaftlichen Ressourcen „Wissen, Geld, Macht und Prestige“ führt sowohl zu unterschiedlichen gesundheitlichen Beanspruchungen als auch zu Unterschieden im Zugang und der Qualität gesundheitlicher Versorgung. Die gesundheitlichen Beanspruchungen spielen dabei eine erheblich stärkere Rolle: der Zuwachs in Gesundheit und Lebenserwartung während der letzten ca. 50 Jahre in Europa erklärt sich nur zu max. 30 % durch Verbesserungen der Medizin und der Versorgung (SVR 2002, Band I, Ziff. 95), die Veränderungen in den Beanspruchungen als Bilanz aus Gesundheits-Belastungen und Gesundheitsressourcen stehen demnach für ca. 70 % der erzielten Gesundheitsgewinne. Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen sind in diesem Konzept so weit gefasst, wie die sozialegpidemiologische Forschung trägt: zu den Belastungen gehören neben biologischen, chemischen und physikalischen Belastungen selbstverständlich auch Disstress, schlechte Ernährung, Tabakrauchen, Bewegungsmangel und sozialer Ausschluss. Diese Belastungen werden zum Teil kompensiert bzw. gepuffert durch Gesundheitsressourcen, zu deren wichtigsten Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Bildung, Einkommen, Transparenz, Partizipation, Verhaltensspielräume, Einbindung in soziale Netzwerke und Erholungsmöglichkeiten zählen. Jede dieser Belastungen und jeder dieser Ressourcen bildet allein oder in Kombination mit anderen einen möglichen Ansatzpunkt für Strategien zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Es kann keine Rede davon sein, dass die Fülle der damit aufgeworfenen Fragen von der Versorgungsforschung – und wer sollte sonst dafür zuständig sein? – bislang quantitativ oder qualitativ hinreichend aufgegriffen worden wären.

Sowohl die ungleiche Verteilung der zentralen gesellschaftlichen Ressourcen als auch die unterschiedlichen Gesundheitsbeanspruchungen als auch die unterschiedliche Versorgungsqualität führen zu unterschiedlichen Lebensstilen, also zu Unterschieden im Risikoverhalten, in der Symptomtoleranz sowie zu unterschiedlichem Gesundheits- und Krankheitsverhalten (vgl. z. B. Helmert et al. 1997). Die unterschiedlichen gesundheitlichen Lebensstile erklären in erheblichem, aber keineswegs vollständigem Umfang die beobachtbaren gesundheitlichen Ungleichheiten. Diese Ungleichheiten erklären sich auch direkt aus den Unterschieden der gesundheitlichen Belastungen und den Qualitätsunterschieden der gesundheitlichen Versorgung.

In Theorie und Praxis immer noch sehr beliebt ist die Übung, lediglich den Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit zu betrachten und daraus zu schließen, dass die sozial weniger gut Gestellten selbst Schuld an ihrem kürzeren Leben und ihrem Mehr an Krankheit und Behinderung sind. Die Ausblendung der dahinter liegenden Variablen verstellt den Blick und den Weg zu zielführenden Fragen und Politiken und führt bekanntlich statt dessen geradewegs zur Verhöhnung der Opfer („selbst schuld“, *blaming the victims*’, Crawford 1979). Nebenbei: entgegen landläufigen Vorurteilen auch unter Wissenschaftlern erklärt sich lediglich der kleinere Teil der Ungleichheit in Lebenserwartung und Gesundheitschancen aus dem riskanteren, weil belastenderen Gesundheitsverhalten in den unteren Sozialschichten (Lantz et al. 1998).

Eine Quantifizierung der einzelnen Faktoren, die die Ungleichheit erklären, ist schon für sozial streng definierte Teilgruppen methodisch bis heute nicht möglich, erst recht gilt dies für große Populationen. Bei solchen Ansätzen besteht überdies die Gefahr, die für Theorie und Praxis wichtigsten Unterschiede durch Durchschnittsbildung unsichtbar zu machen. Ob die jeweils empirisch feststellbare gesundheit-

liche Ungleichheit sich ausschließlich aus der je unterschiedlichen Position auf der gesellschaftlichen Stufenleiter erklärt, oder ob auch das Ausmaß der Ungleichheit in der jeweiligen Population eine eigenständige Gesundheitsbelastung darstellt – das ist derzeit Gegenstand einer wirklich aufregenden, weltweit geführten gesundheitswissenschaftlichen Debatte (Wilkinson 1996; Berkman/Kawachi 2000) – leider ohne nennenswerten Forschungs-Input aus Deutschland.

Zumindest qualitativ können wir dagegen bestimmen, welche dieser Faktoren im Einflussbereich der expliziten und welche Faktoren eher im Bereich der impliziten Gesundheitspolitik liegen.

Implizite und explizite Gesundheitspolitik

Eigene Darstellung

	Interventionen vor Risikoeintritt (Primärprävention)	Interventionen nach Risikoeintritt (Krankenversorgung)
Implizite Gesundheitspolitik	Einkommens- und Vermögensverteilung, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Wohnungs-, Verkehrs-Politik etc.	Gesellschaftliche Akzeptanz von Krankheit und Kranken, Unterstützung bei Hilfesuche, Bewältigung und Behinderung, Gewichtung ‚von ‚equity‘
Explizite Gesundheitspolitik	Spezifische und unspezifische Prävention (i.d.R. Belastungssenkung kombiniert mit Ressourcenstärkung, also einschl. Gesundheitsförderung)	Finanzierung und Steuerung der Zugänglichkeit, der Qualitäten, Preise und Mengen von Leistungen des Krankenversorgungssystems

Implizite Gesundheitspolitik, also Politik, die zwar die Gesundheit der Bevölkerung in relevantem Umfang beeinflusst, ohne – sagen wir es einmal verkürzt – zum Ressort des Gesundheitsministeriums zu gehören, ist die eigentliche Antriebsmaschine für die Bewegungen der Ungleichheit von Gesundheitschancen. Hier sind in erster Linie die Einkommens- und Vermögensverteilung sowie die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Wohnungs-, die Verkehrspolitik etc. zu nennen. Implizite Gesundheitspolitik wirkt aber nicht nur auf die Chancen, gesund zu bleiben, sondern auch auf die Versorgungschancen. Hier sind v. a. sozialpsychologische Variable wie die gesellschaftliche Akzeptanz von Krankheit und Kranken, aber auch die politische Gewichtung der gesundheitlichen Chancengleichheit von besonderer Bedeutung.

Explizite Gesundheitspolitik bewegt sich im Rahmen von impliziter Gesundheitspolitik und kann deren Wirkungen meist nur partiell kompensieren. Umso wichtiger ist die selten genug wahrgenommene gesellschaftliche Verantwortung von uns Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die Öffentlichkeit und die Politik immer wieder darauf aufmerksam zu machen, dass mit Entscheidungen z. B. über Arbeitsmarktpolitik oder Sozialleistungen zugleich auch immer sehr gewichtige Entscheidungen über Lebenserwartung und Gesundheit getroffen werden (Siegrist 2003). Das sind unbequeme Wahrheiten, aber wer, wenn nicht wir GesundheitsforscherInnen, sollte sie aussprechen. Wenn zum Beispiel infolge der Absenkung der bisherigen Arbeits-

1.0

losenhilfe auf ungefähr Sozialhilfeniveau (das euphemistisch so genannte ‚Arbeitslosengeld II‘ ‚Hartz IV‘) einige hunderttausend Kinder mehr unter Bedingungen der Armut oder an der Armutsgrenze aufwachsen, dann entlastet das zwar kurzfristig den Bundeshaushalt, der gesundheitspolitische Problemhaushalt erfährt dagegen einen langfristigen und erheblichen Zuwachs (Martens 2003; Klocke 2001). Wenn infolge des geplanten Elterngeldes 155.000 Familien mit einem Jahreseinkommen von weniger als 30.000 Euro brutto in Zukunft weniger Elterngeld bekommen als sie bisher in Form des Erziehungsgeldes erhalten haben, und wenn zusätzlich 94.000 ALG II-Empfänger in Zukunft nur noch 14 Monate lang den Elterngeld-Sockelbetrag von 300 Euro erhalten anstatt – wie bisher – 24 Monate Erziehungsgeld, dann ist dies weder sozial noch weitsichtig. Das gilt insbesondere dann, wenn man einen Blick auf die Gewinner dieser Reform wirft: von dem 365.000 Haushalten, die durch das Elterngeld besser gestellt werden, haben 165.000 ein Jahresbruttoeinkommen von mehr als 60.000 Euro. Ohnehin ist die Armutsquote in Deutschland zwischen 1998 und 2003 von 11,4 % auf 13,5 % gestiegen, während gleichzeitig der Spitzensteuersatz von 48,5 % auf 45 % abgesenkt wurde. Auch infolge dessen bilden Kinder von 0 bis 3 Jahren mit einer Quote von 11,3 % die Gruppe mit dem höchsten Anteil an Sozialhilfeempfängern, der Bevölkerungsdurchschnitt beträgt hier 3,4 %. Im Jahre 2005 wuchs das Einkommen auf Unternehmertätigkeit und Vermögen gegenüber 2004 um 16 % (in Zahlen: ca. 35 Mrd. Euro plus), während das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung – erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik – sogar nominell sank – um 0,5 %, das sind ca. 6 Mrd. Euro). Soviel zur Primär- und Sekundärverteilung als Teil der ‚impliziten Gesundheitspolitik‘:

Auch die explizite Gesundheitspolitik kann – je nach Ausprägung – sowohl zur Vergrößerung wie auch zur Verminderung von gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen, und zwar wiederum sowohl beim Management von Gesundheitsrisiken vor ihrem Eintritt – also auf dem Gebiet der Prävention – als auch nach Risikoeintritt, also bei der Krankenversorgung.

Beginnen wir mit der Primärprävention.

Primärprävention – Strategietypen

Eigene Darstellung

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontexts
Individuum	z. B. Ärztliche Gesundheitsberatung	z. B. ‚präventiver Hausbesuch‘
Setting	z. B. Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen	z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z. B. ‚Esst mehr Obst‘ ‚Sport tut gut‘ ‚Rauchen gefährdet die Gesundheit‘	z. B. HIV/Aids-Kampagne

Je nachdem, ob lediglich mit Information, Aufklärung und Beratung gearbeitet wird, oder ob auch der jeweilige Kontext in die Intervention einbezogen und durch sie verändert wird, und je nachdem, ob als Interventionsebene das einzelne Individuum oder Settings als verhaltens- und wahrnehmungsprägende Sozialzusammenhänge oder die gesamte Bevölkerung gewählt wird, finden sich sechs Strategietypen. Es gibt in Deutschland kaum Forschung darüber, welche Strategietypen in welchen Ausprägungen tatsächlich Menschen mit geringer formaler Bildung und mehrheitlich auch geringerem Selbstwirksamkeitsgefühl und Kohärenzsinn und Zukunftsorientierung tatsächlich erreichen und damit einen Beitrag zur Verminderung von Chancenungleichheit leisten können. Wir wissen allgemein, dass die Chancen der Wirksamkeit steigen, je mehr solche Interventionen auch den Kontext thematisieren und auch verändern. Dies gilt für Interventionen auf individueller Ebene, bei Setting-Interventionen und auch bei bevölkerungsbezogenen Kampagnen.

Negativ wissen wir das aus der Inanspruchnahme und den Wirkungen von Gesundheitskursen, wie sie vielfach von den Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V angeboten werden (Kirschner et al. 1995): Menschen aus unteren Sozialschichten haben wesentlich größere Probleme, diese Angebote zu finden. Sie haben erheblich größere Schwierigkeiten, solche Kurse über die volle Länge durchzuhalten und sie haben oftmals unüberwindliche Probleme, das in diesen Kursen Gelernte nach Kurs-Ende in ihren in aller Regeln unveränderten Alltag einzufügen. Es ist höchste Zeit, dass aus dieser Erkenntnis endlich Konsequenzen gezogen werden, zum Beispiel mit veränderten Zugangswegen, veränderten Inhalten, angemessener Didaktik und Umsetzungshilfen im Alltag (Rosenbrock 2002). Auch hier ist der Beitrag der Versorgungsforschung unverzichtbar.

Positive Beispiele für Präventionsangebote auf individueller Ebene, die auch bei sozial benachteiligten Menschen ankommen und wirken, sind z. B. Hausbesuche bei Schwangeren zur Prävention von Neurodermitis (Dierks et al. 2002) oder zur altersgerechten Gestaltung der Wohnumgebung (Kruse 2002). Erfolge im Setting finden sich z. B. auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn im Rahmen integrierter Projekte der Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung regelmäßig prioritärer Interventionsbedarf bei besonders hoch belasteten und damit auch meist statusniedrigen Beschäftigtengruppen gesehen und bearbeitet wird (SVR 2002, Band III. 3, Ziff. 28 ff., Lenhardt 2003). Auf Bevölkerungsebene können wir auf die immerhin über ca. 15 Jahre stabilen Erfolge der HIV/Aids-Prävention verweisen, die sich eben nicht auf Information, Aufklärung und Beratung beschränkte, sondern auch die Schaffung von Möglichkeiten und Anreizen zur Kommunikation über das Infektionsrisiko und die Möglichkeiten seiner Vermeidung sowie praktische Hilfe bei der Prävention einschließt (Rosenbrock/Schaeffer 2002).

Aber dies sind – wie gesagt – einzelne Befunde, die Forschung in Deutschland hat bislang Primärprävention nur sehr marginal als ihre Angelegenheit betrachtet und behandelt, und im Hinblick auf das Thema der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen durch Primärprävention kenne ich lediglich einige Absichtserklärungen. Es ist bezeichnend für die Situation in Deutschland, dass die meisten und wichtigsten Beiträge und Anstöße hierfür von dem im Jahr 2006 bereits zum zwölften Mal in Berlin stattfindenden Kongress ‚Armut und Gesundheit‘ kommen, der von Gesundheit Berlin e.V. veranstaltet wird, einer nicht wissenschaftlichen Nichtregierungsorganisation (Geene 2003). Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat Gesundheit Berlin e.V. seit 2003 eine interaktive Datenbank eröffnet, in die bislang ca. 2.600 Gesundheits- und Sozialprojekte ihre

1.0

Daten eingegeben haben, die einen Beitrag zur Verminderung von Chancen-Ungleichheit zu leisten versuchen (BZgA 2003). Auch dieser Datenschatz hat meines Wissens bislang noch nicht die notwendige Aufmerksamkeit der Forschung auf sich gezogen. Immerhin ist daraus mittlerweile die vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen initiierte Kampagne ‚Mehr Gesundheit für alle‘ hervorgegangen, der mittlerweile auch alle Krankenkassenverbände, alle Landesvereinigungen für Gesundheit, einzelne Länderministerien sowie auch die Bundesärztekammer beigetreten sind.

Nach diesen wenigen, notgedrungen skizzenhaften Bemerkungen zu den möglichen und tatsächlichen Beiträgen nicht medizinischer Prävention zur Verminderung gesundheitlicher Chancen-Ungleichheit geht es im Folgenden um die möglichen und tatsächlichen Beiträge des Krankenversorgungssystems.

Qualität und Effizienz der Krankenversorgung lassen sich anhand der Antworten auf drei Leitfragen abschätzen, die auf (a) Zugangsrationalität, (b) Qualität und Effektivität sowie (c) Effizienz und Finanzierbarkeit abzielen (Rosenbrock/Gerlinger 2004).

Die Leitfrage zur Zugangsrationalität lautet: Sind Qualifikationen, Institutionen und Anreize so beschaffen, dass möglichst jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zum richtigen Zeitpunkt in das richtige Teilsystem gelangt?

Der spezifische Beitrag des Krankenversorgungssystems dazu, die gesundheitliche Chancen-Ungleichheit in der Krankenversorgung zumindest vor weiterer Vergrößerung zu bewahren, dürfte desto höher liegen, je mehr diese Leitfrage auch für Menschen aus unteren Sozialschichten, aus beengten Lebenslagen und mit geringer formaler Bildung, je mehr also die Frage nach dem Kriterium „möglichst jeder Mensch“ mit einem klaren „ja“ beantwortet werden kann.

Grundsätzlich sind wir in Deutschland, was die erste Leitfrage, also den Zugang zur Krankenversorgung angeht in einer sehr günstigen Situation: unser Land gehört zur weltweit nicht eben großen Spitzengruppe, in denen der Zugang zu einer hochwertigen und vollständigen Krankenversorgung nicht von den finanziellen Ressourcen und nicht vom sozialen Status abhängen soll. Ich sage „soll“, weil dieser Anspruch in der Realität auch in Deutschland nicht vollständig eingelöst wird. Ich verweise auf diesbezügliche, zum Teil unüberwindliche Hürden bei Obdachlosen, Asylbewerbern oder Menschen ohne rechtlich gesicherten Aufenthaltsstatus sowie die neue, nach hunderttausenden zählende Problemgruppe, die infolge der Hartz-Gesetze aus der Versicherung herausgefallen ist. Aber trotz dieser ungelösten Probleme ist es in Deutschland immer noch sinnvoll und halbwegs realistisch, den Anspruch materiell gleicher Zugangschancen aufrecht zu erhalten und Krankenversorgungspolitik auch als weitere Annäherung an dieses Ziel zu verstehen und zu betreiben. Eine solche Politik findet nach diesbezüglich ziemlich konstanten Umfrageergebnissen – nebenbei gesagt – auch die Unterstützung von ca. 80 % der Bevölkerung (SVR 2003, Band I, Ziff. 42 ff.), und ihre gesellschaftliche Kohärenz stiftende Wirkung reicht weit über die Gesundheitspolitik hinaus (Ullrich 2000). Auch deshalb sollte alles vermieden werden, was diese zivilisatorische Errungenschaft einen echten Standortvorteil Deutschland gefährdet.

Tatsächlich enthält das GKV-Modernisierungsgesetz, das am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist, zumindest einen ziemlich klaren Verstoß gegen dieses Kriterium. Ich meine damit die Praxisgebühr, die pro Erkrankungsfall und Quartal in Höhe von 10 Euro erhoben wird. Gewiss: im Durchschnitt gehen die Menschen in Deutschland

häufiger zum Arzt als Bewohner vieler anderer europäischer Länder, liegen aber diesbezüglich gewiss nicht an der Spitze (OECD 2002; Bergmann/Kamtsiuris 1999). Gewiss auch: ein gesundheitlicher Nutzen dieser relativ hohen Frequenz ist nicht erkennbar. Andererseits: seit den 70er Jahren wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen immer wieder beklagt, dass Menschen aus unteren Sozialschichten seltener und häufig auch zu spät ambulante ärztliche Leitungen in Anspruch nahmen und vermutlich auch deshalb häufiger im Krankenhaus landen (Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981). Hier hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Tendenz zur Angleichung der Inanspruchnahmepattern zwischen den Sozialschichten entwickelt. Mit der Praxisgebühr wird dieser Trend nun wieder gefährdet, und es ist plausibel, dass durch diese ökonomische Hürde nicht nur überflüssige, sondern auch notwendige Arztbesuche unterbleiben. Für diese pessimistische Hypothese sprechen u. a. Erfahrungen aus Schweden. Im dortigen steuerfinanzierten System sind diese Gebühren (ca. 11 bis 15 Euro beim Primärarzt, ca. 13 bis 28 Euro beim Facharzt) sowie Selbstbeteiligungen an Arzneimitteln die einzige finanzielle Belastung der Patienten. Zur Vermeidung überflüssiger Inanspruchnahme gibt es in Schweden darüber hinaus einen kostenfreien 24-Stunden-Telefondienst mit gut ausgebildeten Nurses, die ggf. den Arztbesuch anraten oder von ihm abraten. Bei insgesamt geringerer Einkommensdifferenzierung als in Deutschland (einschließlich geringerer Armutsquote) bietet Schweden damit wesentlich günstigere Voraussetzungen für die gesundheitlich unschädliche Erhebung von Praxisgebühren. Trotzdem zeigen Studien (Whitehead et al. 1997; Burström 2002), dass die Erhöhung der Praxisgebühren in den 90er Jahren dazu geführt hat, dass insbesondere Menschen mit geringem Einkommen signifikant vermehrt auch dann keinen Arzt aufgesucht haben, wenn sie subjektiv von der Notwendigkeit überzeugt waren („needed but not sought medical care“). Im ersten Quartal 2004 unterließen oder verschoben 8% der Versicherten wegen der Praxisgebühr einen Arztbesuch, bei Versicherten mit einem Einkommen von weniger als 1000 Euro waren es 16 %. Die Befunde für das Jahr 2005 sind strittig: sie liegen zwischen 9 % und 26 % für Versicherte mit weniger als 1000 Euro pro Monat.

Auch für die derzeit diskutierte Weiterentwicklung der Finanzierung und Steuerung der Krankenversicherung besteht unter dem Aspekt der Chancengleichheit nicht nur Anlass zum Optimismus. Viele Konzepte, insbesondere von Gesundheitsökonomern sind gegenüber diesem Problem offenbar blind, manchmal auch zynisch, zumindest aber unsensibel. Beispielhaft für den Reflexionsstand hier ein Satz des Direktors des Instituts für Finanzwissenschaft an der Uni Freiburg Bernd Raffelhüschen, der sich in der Finanzierungsdebatte immer wieder einflussreich zu Wort meldet: „Um es klar auf den Punkt zu bringen: Krankheit hat nichts mit Einkommen zu tun; man wird nicht durch eine Lohnerhöhung krank. Genau hier liegt der ökonomische Ausgangspunkt zur Beurteilung von einnahmeseitigen Reformen des Gesundheitssystems.“ (FAZ vom 30.08.2004, S.17) Wer Lösungen der Finanzierungsprobleme der GKV von diesem Ausgangspunkt aus sucht, kann eigentlich nur bei der Abschaffung des Solidarprinzips und damit bei der Zerstörung der sozialen Krankenversicherung landen.

Bedarf nach Forschung ergibt sich auch für andere Aspekte der Zugangsrationale: Bekanntlich werden Maßnahmen der Früherkennung, also der Sekundärprävention nur von einer Minderheit der dazu berechtigten Erwachsenen in Anspruch genommen, bei den Frauen sind es ca. 40 %, bei den Männern ca. 20 %, und zwar unabhängig davon, ob die gesundheitliche Sinnhaftigkeit der jeweiligen Untersuchung erwiesen ist oder nicht (Abholz 1994). Die unzureichende Inanspruchnahme weist

einen starken Sozialschichtgradienten auf. Es liegen international zahlreiche Konzepte und Erfahrungen zur Steigerung der Inanspruchnahme speziell für ‚hard to reach populations‘ vor, die an den deutschen Kontext zu adaptieren wären (Emmons 2000). Ich bin gespannt, inwieweit die Disease-Management-Programme, derzeit aktuell v. a. zum Brustkrebs und seiner Früherkennung, dazu beitragen, sozial sensitive und zugleich wirksame Einladungs- und Erinnerungspraktiken auch in Deutschland zu etablieren.

1.0

Damit komme ich zur zweiten Leitfrage der Gesundheitssicherung: Gewährleisten Qualifikationen, Institutionen und Anreize, dass möglichst jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem eine kontinuierliche, integrierte, auf seine Individualität und auf seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung erfährt? Diese Leitfrage zielt auf Effektivität und Qualität. Inwieweit diese Frage in Deutschland mit „ja“ beantwortet werden kann, das wissen wir nicht. In den siebziger Jahren war die Forschung dazu lebhafter; mein akademischer Lehrer Frieder Naschold fasste die damals vorliegenden Ergebnisse sinngemäß dahingehend zusammen, dass das Medizinsystem im Hinblick auf Kommunikationsstil, Angemessenheit der Leistungen und Überweisungen und damit auch auf Chancen einer integrierten Versorgung am ehesten als ‚Veranstaltung der Mittelschicht für die Mittelschicht‘ zu charakterisieren sei. Sicher hat sich seither viel geändert. Aber können wir heute davon ausgehen, dass die ÄrztInnen und Pflegekräfte mit den Patienten in einer auf deren Individualität und soziale Lage angemessen eingehende Art und Weise kommunizieren und entsprechend mit ihnen umgehen? Dass sie bei ihren Verordnungs- und Therapieentscheidungen die sozial zumindest mit-bestimmten Potenziale für Compliance und Selbsthilfe zutreffend einschätzen und zur Inangasetzung und Unterstützung von Empowerment-Prozessen berücksichtigen? Wir wissen zum Beispiel, dass bei gegebenen Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten, also v. a. Bluthochdruck, Cholesterin etc. die indizierte Verordnung von Statinen in sehr unterschiedlichem Umfang erfolgt, in erheblichem Umfang also auch Unterversorgung vorliegt (SVR 2002, Band III, 2, Ziff. 1-136). Wir wissen wenig über die Kriterien und Gründe. Wir wissen, dass viele Ärztinnen und Ärzte unter Budgetdruck mit der Verordnung eher zurückhaltend sind (Braun 2000), und dass diese Therapieentscheidungen kaum inhaltlich-medizinisch, sondern meistens im Hinblick auf den Patiententypus („fordernd“, ‚klagsam‘ etc.) begründet werden. Was wissen wir über die soziale Verteilung angemessener Therapie, die sich daraus ergibt? Offen gestanden: wir wissen darüber fast nichts. Wir wissen, dass Menschen aus unteren Statusgruppen mit der ambulanten Versorgung besonders unzufrieden sind, und dass z. B. Diabetiker aus unteren Sozialschichten besonders selten an einer Diabeteschulung teilnehmen (Mielck et al. 2001). Im Vergleich zum Beispiel zu den USA, wo die Agency for Healthcare Research an Quality, finanziert vom dortigen Gesundheitsministerium in der eigenen Monatsschrift ‚Research Activities‘ soziale Benachteiligung auch in der Krankenversorgung aufdeckt ist die Forschungs- und Erkenntnislage zu dieser zentralen versorgungspolitischen Herausforderung beklagenswert. Wir sollten auch in Deutschland mehr darüber wissen, weil es nicht unplausibel ist, dass sich auch bei uns in der Versorgungspraxis unter der Hand Kriterien der sozialen und gesellschaftlichen Nähe zwischen Arzt und Patient für die Qualität der Versorgung einschleichen, Kriterien, die nach aller Erfahrung die soziale Benachteiligung statusniedriger Patienten in die medizinische Versorgung hinein verlängern. In seinem Gutachten 2001 zur Unter-, Über- und Fehlversorgung hat der Sachverständigenrat für die KAiG im Hinblick auf alle dort untersuchten chronischen Erkrankungen (ischämische Herzerkrankungen; zerebrovaskuläre Erkrankungen, chronische, obstruktive Lungenerkrankungen und Asthma; Rückenleiden; Lungenkrebs; Brustkrebs;

Depressionen; Zahnmedizin) einen Mix von Unter-, Über- und Fehlversorgung diagnostiziert (SVR 2003, Band III, 1-4). Bei der Inzidenz und Prävalenz der meisten dieser Erkrankungen fanden wir einen deutlichen Schichtgradienten. Das konnten wir feststellen und im Gutachten auch dokumentieren. Im Hinblick auf die soziale Verteilung von Unter-, Über- und Fehlversorgung konnten wir keine vergleichbar validen Informationen finden (Übersicht zur Befundlage Mielck 2000, S. 218 – 233). Angesichts der Plausibilität der Vermutung, dass auch die Unter-, Über- und Fehlversorgung nicht zufällig, sondern nach sozialen Kriterien verteilt ist, halte ich das Fehlen valider Daten und einer Dauerbeobachtung über Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Inanspruchnahme sowie der Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgung für beunruhigend.

Diese Beunruhigung wird auch keineswegs besänftigt durch manche Äußerungen führender Mediziner in Deutschland, die nach meinem Eindruck zunehmend aggressiv und schamlos die Abscheu vor der solidarischen, auf Gleichheit zielenden Organisation der Krankenversorgung zum Ausdruck bringen. Beispielhaft möchte ich dazu zwei Sätze des führenden Kardiologen Erland Erdmann von der Uni Köln zitieren: „... die Frage, die wir uns wirklich alle stellen sollten, kann nicht sein, ob die 100%ige Versorgung aller Mitbürger mit evidenzbasierten Pharmaka finanzierbar sei. Das ist geradezu naiv gedacht. Es ist doch auch absurd, allen Autofahrern einen sicheren Oberklassewagen zu finanzieren.“ (Dtsch Med Wochenschr 129 (2004), S. 331).

Beruhigung könnte nur auf Basis von Befunden einer soliden, die Fragestellungen und Methoden der Ungleichheitsforschung aufgreifenden Versorgungsforschung einkehren.

Ich glaube auch nicht, dass die Sorge über ungleiche Behandlungsqualität entlang der sozialen Hierarchie aus der Luft gegriffen ist. Sie speist sich ja nicht nur aus den Befunden der Versorgungsforschung anderer Länder, sondern gewinnt zusätzliche Plausibilität und Schubkraft aus der ubiquitären Beobachtung des Vordringens von Markt und Marktlogik im Gesundheitswesen, z. B. in Form der Konkurrenz der GKV-Kassen nicht um Qualität und nicht um Chancengleichheit, sondern im Gegenteil um ‚gute Risiken‘, also um junge, gut gebildete Menschen in guten Positionen und (deshalb) mit geringen Gesundheitsproblemen. Und so empirisch überzeugend belegt auch das eingangs zitierte ‚inverse care law‘ von Julian Tudor Hart ist, so wenig Zweifel können auch an seiner zusätzlichen Charakterisierung der Wirkungsbedingungen dieses empirischen Gesetzes bestehen: Danach wirkt das inverse care law umso durchgreifender und umso vollständiger, je mehr die medizinische Versorgung von Marktkräften gesteuert wird, und es wirkt um so schwächer, je mehr der Einfluss der Marktkräfte eingeschränkt ist (Tudor Hart 1971, S. 412).

Literatur

- Abholz, H.-H. (1994). Grenzen medizinischer Prävention. In R. Rosenbrock, H. Kühn., B. M. Köhler (Hg.), Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung (54-82). Berlin: edition sigma.
- Bergmann, E., Kamtsiuris, P. (1999). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Gesundheitswesen 61, 138-144
- Braun, B. (2000). Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen, St. Augustin: Asgard Verlag.
- Burström, B. (2002). Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? Health Policy 62, 117-129.
- BZgA 2003. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2003). Gesundheitsförderung für Sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Köln: BZgA.
- Committee 2003. Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. The Future of the Public's Health in the 21st Century, Institute of Medicine, Washington D.C.: The National Academies Press.
- Crawford, R. (1979). Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens. Soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband AS 30 (6-29), Berlin: Argument-Verlag.
- Dierks, M.L., Buser, K., Busack, I., Walter, U. (2002). Aufsuchende Beratung – Ein Konzept zur Primärprävention von Neurodermitis bei Kleinkindern. In U. Walter, M. Drupp. F.W. Schwartz (Hg.). (111-120).
- Elkeles, T., Mielck, A. (1993). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität and Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P93-208, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.
- Emmons, K. M. (2000). Behavioral and Social Science Contributions to the Health of Adults in the United States. In B. D. Smedley, S. L. Syme (eds.) (254-321).
- Fries J.F. (2003). Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity, Annals of Internal Medicine, Vol. 139, 455-459
- Geene, R. (2003). Neun Jahre Kongresse "Armut und Gesundheit", in: BZgA (Hg.) (2003), (3-49)
- Helmert, U., Mielck, A., Shea, S. (1997). Poverty, health and nutrition in Germany. Reviews on Environmental Health 12, 159-170.
- Kirschner, W., Radoschewski, M., Kirschner, R. (1995). § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin: Asgard.
- Klocke, A. (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4, Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kruse, A. (2002). Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Schriften des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 146, Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Lantz, P.M., House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.R., Mero, R.P., Chen, J. (1998). Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality. Journal of the American Medical Association, Vol. 279, 1703-1708.
- Lenhardt, U. (2003). Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg., Heft 1, 18-37.
- Martens, R. (2003). Der Einfluss der Agenda 2010 auf Personen und Haushalte mit Kindern in Deutschland: Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe, Expertise, mimeo, Der Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, www.paritaet.org (letzte Abfrage 20.2.04).

1.0

Mielck, A., Reitmeir, P., Rathmann, W. (2001). Soziale Unterschiede in der Schulung von Typ-2-Diabetikern: Auswertung der Augsburger KORA-A Studie. Vortrag 36. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Aachen.

Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern usw.: Verlag Hans Huber.

OECD Health Data (2002).

Rosenbrock, R., Gerlinger, Th. (2004). Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern usw.: Verlag Hans Huber.

Rosenbrock R., Schaeffer, D. (Hg.) (2002). Die Normalisierung von Aids, Ergebnisse Sozialwissenschaftlicher Aids-Forschung Band 23, Berlin: edition sigma.

Rosenbrock, R. (2002). Krankenkassen und Primärprävention . Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In U. Walter, M. Drupp, F.W. Schwartz (Hg.). Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (40-57), Juventa Verlag: Weinheim und München.

Rosenbrock, R., Kühn, H., Köhler, B.M. (Hg.) (1994). Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung . Berlin: edition sigma.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gisela C. Fischer, Adelheid Kuhlmei, Karl W. Lauterbach, Rolf Rosenbrock, Friedrich W. Schwartz, Peter C. Scriba, Eberhard Wille) (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/ 2001: Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gisela C. Fischer, Adelheid Kuhlmei, Karl W. Lauterbach, Rolf Rosenbrock, Friedrich W. Schwartz, Peter C. Scriba, Eberhard Wille) (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/ 2001: Band III, 1-4: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gisela C. Fischer, Adelheid Kuhlmei, Karl W. Lauterbach, Rolf Rosenbrock, Peter C. Scriba, Friedrich W. Schwartz, Eberhard Wille) (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gisela C. Fischer, Gerd Glaeske, Adelheid Kuhlmei, Karl Lauterbach, Rolf Rosenbrock, Peter C. Scriba, Eberhard Wille) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Siegrist, J. (2003). Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit – zur ethischen Dimension sozialer Ungleichheit. Mainzer Universitätsgespräche: „Medizin – im Widerspruch von Ethik und Recht?“ Vortrag am 12. Februar 2003, www.studgen.uni-mainz.de/manuskripte - Abfrage 04.03.04

Smedley, B. D., Syme, S. L. (eds.) (2000). Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Institute of Medicine, National Academy Press: Washington D.C.

Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law, in: The Lancet 27.02.1971, 405-412.

Ullrich, C. G. (2000). Solidarität im Sozialversicherungsstaat. Frankfurt (Main) und New York: Campus Verlag.

Walter, U., Drupp, M. Schwartz, F.W. (Hg.) (2002): Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Juventa Verlag: Weinheim und München.

Whitehead, M., Evandrou, M., Haghund, B, Diderichsen, F. (1997). As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? British Medical Journal Vol. 315, 1006-1009.

Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality. London und New York: Routledge.

Der Autor

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ist Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) für Sozialforschung und lehrt Gesundheitspolitik an der Technischen Universität Berlin. Er betreibt seit den 70er Jahren Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G), Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Mitglied des Vorstandes des Berliner Zentrums Public Health (BZPH) sowie des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Public Health (BZPH) etc.

Email: rosenbrock@wz-berlin.de

1.0

Auftaktveranstaltung

Wie Armut krank macht oder Krankheit arm macht –

Auswirkungen der gesundheits- und sozialpolitischen Reformen auf die Gesundheit

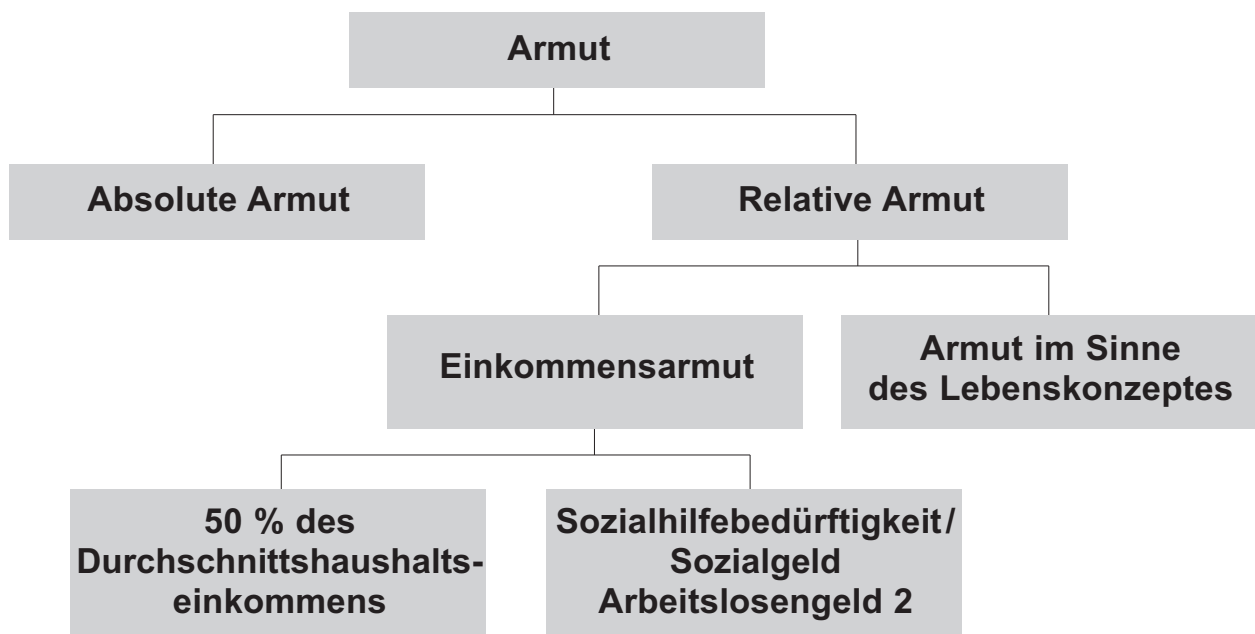
Prof. Dr. med. Gerhard Trabert,
Georg-Simon Ohm Fachhochschule Nürnberg

Power-Point-Präsentation zur Auftaktveranstaltung zur AGFW-Kampagne „Fehlt Ihnen Etwas? – Beratung kann helfen!“ am 15. Mai 2006 in Hamburg

Niehoff et al. (Sozialmedizin, 1995):

„Da in Armut Lebende in reichen Ländern zumeist **marginalisiert** werden und **keine Öffentlichkeit** haben, haben sie auch kaum Möglichkeiten, **ihre Probleme als prioritär zur Anerkennung zu bringen.**“

Armutsdefinitionen



Lebenslagenkonzept

(Kumulation von Unterversorgungslagen in den Bereichen:)

- Wohnen
- Bildung
- Arbeit, Arbeitsbedingungen
- Einkommen
- Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur

2.0

Verteilung des Geldvermögens in Deutschland (1999)

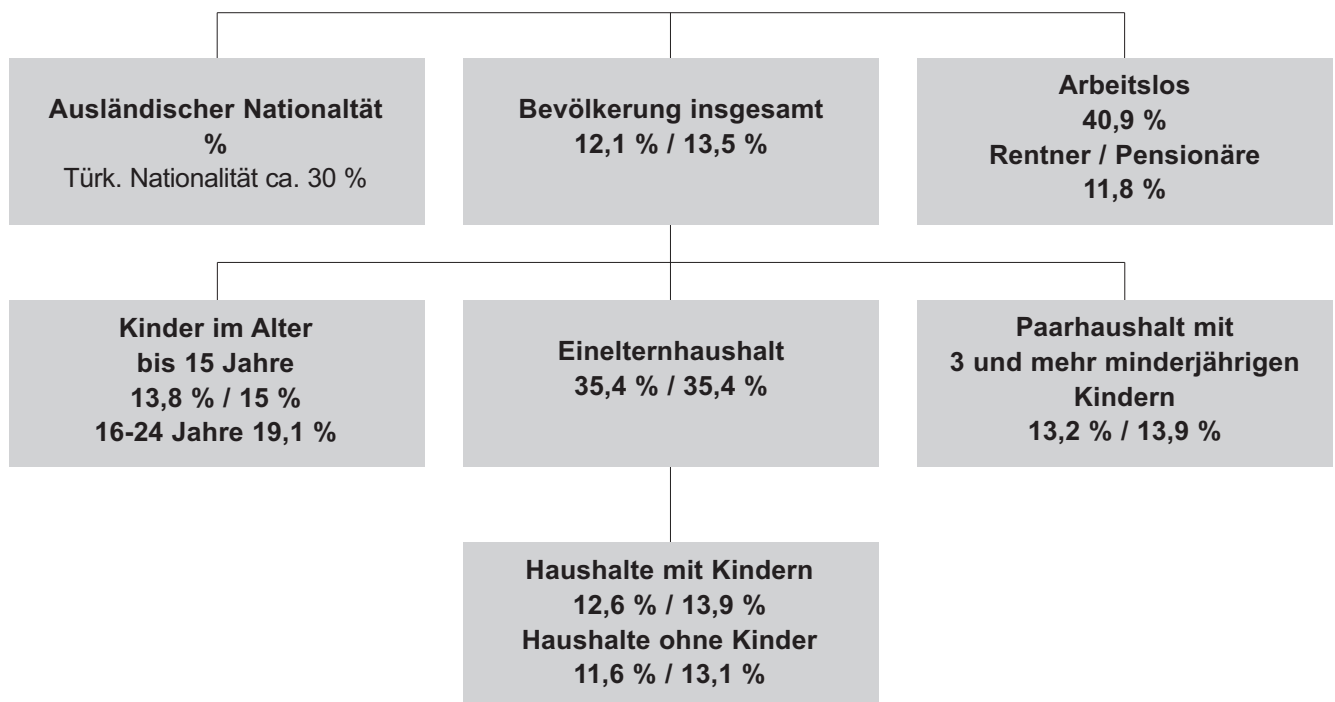
- Die reichsten 10 Prozent der deutschen Haushalte verfügten 1999 über 50,4 % des gesamten Geldvermögens.
- Die ärmsten 25 Prozent der deutschen Haushalte verfügen über ein „negatives Vermögen“, d.h. sie haben Schulden.

(Quelle: Ver.di 2000/2001)

Niedrigeinkommen in Deutschland 1998/2003

(1. (2001) + 2. (2005) Armuts- und Reichtumsbericht Deutschlands)

Betroffenheit von Armut und Niedrigeinkommen in Deutschland nach Haushaltsmerkmalen und Bevölkerungsgruppen im Jahre 1998/2003 (1. und 2. Armuts- und Reichtumsbericht Deutschland)



Besonders von Armut betroffene Menschen in Deutschland

- Wohnungslose Menschen
- Arbeitslose Menschen
- Kinder
- Alleinerziehende Eltern
- Kinderreiche Familien
- Ausländische Bürger

Selektionseffekt (Kranke werden eher arm)

- Bei Erwachsenen liegt vorwiegend soziale Selektion vor.
- Chronisch schlechte Gesundheit erhöht das Risiko Armut.

(Studie der Marburger Universität zu „Armutslebensläufen.“)

Kausationseffekt (Arme werden eher krank)

- Hinweise für einen Kausationseffekt ergeben sich für Kinder.
- Wer in Armut aufwächst, hat als Erwachsener eine schlechtere Gesundheit.

(Studie der Marburger Universität zu „Armutslebensläufen.“)

Haupterkrankungen bei von Einkommensarmut betroffenen Menschen

- Infektionskrankheiten
- Erkrankungen der Atmungsorgane
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Herz- Kreislauferkrankungen
- Psychosomatische Erkrankungen
- Psychiatrische Erkrankungen (Suizid)

Lebenserwartung

- Zwischen dem **reichsten und ärmsten Fünftel der Bevölkerung** besteht ein Lebenserwartungsunterschied von **7 Jahren!**

(Studie der Medizinischen Hochschule Hannover)

Alleinerziehende Eltern (Mütter)

Haupterkrankungsarten von alleinerziehenden Eltern/Müttern

- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen der Atmungsorgane

2.0

- psychosomatische Erkrankungen bzw. Beschwerdekompexe:
 - Rücken- und Kopfschmerzen
 - Einschlaf- Durchschlafstörungen
 - Menstruationsbeschwerden
 - Kreislaufprobleme
- Depressionen

Alleinerziehende Frauen nehmen medizinische Versorgungsangebote seltener in Anspruch u.a. aufgrund

- fehlender zeitlicher Ressourcen
- zu hoher Kosten (Eigenbeteiligungen)
- fehlender Koordinierungsmöglichkeiten der Gesundheitsversorgungsangebote
- dadurch werden Krankheiten häufig nicht rechtzeitig behandelt
- Selbstmedikation (Suchtpotential)

Kinder und Jugendliche

Besonders dominierende Erkrankungen

- Psychosomatische Erkrankungen bzw. Beschwerdekompexe
 - Kopf- und Rückenschmerzen
 - Einschlaf- Durchschlafstörungen
- Zahnkrankheiten
- Infektionskrankheiten
- Erkrankungen der Atmungsorgane (Asthma bronchiale)

Arbeitslose Menschen

Haupterkrankungsarten von arbeitslosen Mitbürgern

- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen der Atmungsorgane
- psychosomatische sowie psychiatrische Erkrankungen und Beschwerdekompexe:
 - Ängste, Depressionen (Suizidquote)
 - Einschlaf- Durchschlafstörungen
- Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems
- Krebserkrankungen
- Beteiligung an Unfällen

Erkrankungs- und Sterblichkeitsauffälligkeiten bei arbeitslosen Menschen

- Mortalität (Sterbequote) 2,6 fache höher als bei Erwerbstätigen
- Suizidversuche 20mal häufiger als bei Erwerbstätigen (Suizidversuche mit tödlichem Ausgang ebenfalls häufiger)
- doppelt so hohes Risiko eines gewaltsamen Todes (suizidal, Unfälle)

Ausländische Mitbürger

Haupterkrankungsarten von ausländischen Mitbürgern

- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Erkrankungen der Atmungsorgane bzw. Infektionskrankheiten (z.B. Tbc)
- psychosomatische sowie psychiatrische Erkrankungen und Beschwerdekompexe:
 - Ängste, Depressionen
 - Schlafstörungen
- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates

Erkrankungs- und Sterblichkeitsauffälligkeiten bei ausländischen Mitbürgern

- Müttersterblichkeit erhöht
- Verkehrsunfallbeteiligung von Kindern im Alter von 5-14 Jahren erhöht (oft auch mit tödlichem Ausgang)
- Anteil an Arbeits- und Verkehrsunfällen erhöht
- chronische Erkrankungen treten häufiger und früher auf

Ursachenanalyse

Multifaktorielles patho-genetisches Krankheitsmodell

- Soziale Lebenssituation
- Arbeitssituation (Arbeitsplatzbedingungen)
- Arbeitslosigkeit
- Individuelles Risikoverhalten (Zigaretten- und Alkoholkonsum)
- Life-Event, Coping-Strategien, Social support
- Gesellschaftsstrukturelle Bedingungen

Multifaktorielles patho-genetisches Krankheitsmodell

- **Gesellschaftsstrukturelle Bedingungen**

Arbeitslosengeld 2 Hartz IV

Finanzielle Ausgangssituation

Gesundheitsbereich

„Hartz“ 4 (2005)(I)

- Abschaffung der Arbeitslosenhilfe jetzt
 „**Arbeitslosengeld 2**“ (Höhe: 345 Euro)
 (Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe)
- Alle Erwerbsfähigen betroffen (Erwerbsfähig = wer mindestens 3 Stunden pro Tag arbeitsfähig ist)
- Verschärfte Zumutbarkeitsregelung
 (Gefahr der untertariflichen Bezahlung)

„Hartz“ 4 (2005)(II)

2.0

- Einrichtung von Job-Centren
- Weiterbildungsmaßnahmen von Prognose abhängig (Eingliederungsquote von 70 % muss erreicht werden), damit geringe Chancen für z.B. Suchtkranke, psychisch Kranke und Wohnungslose einen Weiterbildungsgutschein zu bekommen!

Arbeitslosengeld 2 Hartz IV	Single 100 %	1 Paar 2 x 90 %	1 Kind 15-18 Jahre 80 %	1 Kind bis 14 Jahre 60 %
West 345 Euro 4% für Gesundheitspflege	13,80 Euro	24,88 Euro	11,04 Euro	8,28 Euro
Ost 331 Euro 4% für Gesundheitspflege	13,24 Euro	23,83 Euro	10,59 Euro	7,94 Euro

Finanzielle Ausgangssituation**Ernährungsbereich****Finanzielle Ausgangssituation**

- Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe = Arbeitslosengeld 2:
 - West: 345 Euro
 - Ost: 331 Euro
- Für eine allein stehende Person sind 4,02 Euro pro Tag für Lebensmittel vorgesehen!
- Für eine z.B. allein erziehende Mutter mit einem 10 Jährigen Kind stehen pro Tag 7,05 Euro für Lebensmittel zur Verfügung!
- Dies bedeutet konkret folgendes:

**Experiment der Redaktion der Sendung Planet-Wissen zum Thema:
Schattendasein – Armut in Deutschland (7.11.2005)**

Nachfrage bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, was für eine ausgewogene Ernährung notwendig ist, was also eine Mutter und ein Kind um die 10 Jahre täglich essen sollten, um gesund zu leben.

Tagesration nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung

- 450 g Vollkornbrot (0,45 Euro)
- 100g Früchtemüsli (0,45 Euro)
- 1,5 l Apfelsaft (0,70 Euro)
- 1,5 l Mineralwasser (0,20 Euro)
- 500 g Gemüse (0,50 Euro)
- 500 g Kartoffeln, Nudeln oder Reis (Spaghetti: 0,30 Euro)
- 500 g Frischmilch (0,30 Euro)
- 200 g Joghurt, fettarm (0,20 Euro)

Fortsetzung der Ernährungsliste

- 80 g Käse (45% Fett) (0,50 Euro)
- 100 g Wurst (1,00Euro)
- 125 g fettarmes Fleisch oder Fisch oder Geflügel (Schweinefleisch: 1,25 Euro)
- 40 g Butter (0,12 Euro)
- 35 ml Sonnenblumenöl (0,04 Euro)
- 35 g Marmelade (0,08 Euro)
- 160 g Kuchen (1,30 Euro)

Einkaufsorte

- Fleisch und Wurst wurden frisch beim Metzger eingekauft
- Die sonstigen Lebensmittel wurden in einem Supermarkt gekauft.

Ergebnis

Insgesamt wurden 8,39 Euro ausgegeben.

Zur Verfügung standen 7,05 Euro!

Differenz pro Tag: **1,34 Euro**

Minusbetrag in einem Monat: **40,20 Euro**

Also: Auf frische Wurst verzichten, alles im Supermarkt abgepackt kaufen!

Frischgemüse durch Konserven ersetzen.

Der „Ernährungsposten“ innerhalb des Arbeitslosengeldes 2

- Entspricht mit ca. 35% dem höchsten Einzelposten!
- In absoluten Zahlen:
 - 120,75 Euro West
 - 115,85 Euro Ost
- D. h. aber auch, dass dieser Posten variabel benutzt / genutzt werden kann. Aus diesem Budget werden deshalb häufig andere, nicht aufschiebbare Kosten oder sonstige Investitionen finanziert.

Was bringt das neue Gesundheitsmodernisierungsgesetz?

2.0

Auswirkungen des GMG

- Praxisgebühr
- Wegfall der Härtefallklausel
- Erhöhung von Zuzahlungen
- Zahnbehandlungsregelung
- Sehhilfenerstattung nur bis zum 18. Lj.
- Krankengeld
- Usw.

Praxisgebühr

In jedem Quartal ist bei dem erstmaligen Besuch eines Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten eine Praxisgebühr von 10 Euro zu zahlen.

Zuzahlungen/Eigenbeteiligung bei Arznei- und Verbandmitteln

- 10 % des Preises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Packung.
- Kostet das Präparat weniger als 5 Euro, muss man lediglich für dessen eigentlichen Preis aufkommen.

Zuzahlungen/Eigenbeteiligung bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege

- 10 % der Kosten des Mittels sowie 10 Euro pro Verordnung
- Das bedeutet z.B.: 10 % der Krankengymnastikkosten oder Massagekosten plus 10 Euro für die Verordnung
- Bei Hilfsmitteln (wie Rollstühle und Hörgeräte) liegt die Zuzahlung bei 10% je Hilfsmittel.
(Grenzen monatlich höchsten 10 Euro und mindestens 5 Euro)

Zuzahlungen bei Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V-E)

Es gibt keine Befreiung mehr für die Zuzahlung bei Fahrtkosten und für Arznei-, Verband- und Heilmittel. (Die Belastungsgrenze beträgt 1% des Bruttoeinkommens für chronisch Kranke und 2 % für alle übrigen Versicherten.)

Chronisch Kranke

- Die Anträge auf eine finanzielle Unterstützung bei der Deutschen Krebshilfe sowie bei der Deutschen AIDS-Hilfe nehmen deutlich zu.
- Fahrtkosten zur Chemotherapie
- Fahrtkosten zur Dialysebehandlung
usw.

Wer zählt als chronisch Krank ?

Nach ärztlicher Einschätzung eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die aufgrund der ständig behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörung

- eine lebensbedrohliche Verschlimmerung,
- eine Verminderung der Lebenserwartung
- oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität

zu erwarten ist.

Hilfsmittelerstattungsvergleich – Perücken

Krankenkasse	Perückenzuschuss
AOK Rhi-Pfalz	350 Euro
AOK Hessen	205 Euro
LKK Rhi-Pfalz	350 Euro
BKK Opel	310 Euro (F) 515 Euro (M)
DAK	165 Euro / 400 Euro
IHK Rhi-Pfalz	332 Euro (511 Euro höchstens)
TKK	100 %
BEK	165 Euro
Barmenia (priv.)	50 %

Hilfsmittelerstattungsvergleich

Hilfsmittel	AOK	Barmer	Barmer	Sozialamt
Prothese	188 Euro	206 Euro	100 %	– wie AOK – ?
BH	30 Euro (2-3 Stck.)	30 Euro (2 Stck.)	100 % (mehrere)	
Perücke	350 Euro	165 Euro	50 %	
Badeanzug	51 Euro	51 Euro	50 %	

Eigenbeteiligung im Krankenhaus

- 10 Euro je Aufenthaltstag im Krankenhaus, höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr
- Reha- und Kurmaßnahmen ebenfalls 10 Euro pro Behandlungstag
- schon jetzt nehmen z.B. viele allein Erziehende Mütter Kurmaßnahmen in Anspruch, die eine finanzielle Unterstützung benötigen

Zahnstatus

Zahnerkrankungen finden wir häufig bei

- sozial benachteiligten Kindern
- wohnungslosen Menschen
- drogenabhängigen Menschen
- arbeitslosen Menschen

2.0

Zahnersatz (§ 30 SGB V)

Gesetzlich Versicherte müssen ab 1.1.2005 zur Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Betrag zahlen.

Zahnersatz

Schon jetzt ist z.B. die **Wurzelbehandlung von Zähnen** aufgrund eines neuen Leistungskriterienkataloges stark eingeschränkt, so dass oft lediglich die **Zahnextraktion** von der Krankenkasse **erstattet** wird und nicht mehr die zahn-erhaltende Wurzelbehandlung (müsste dann privat bezahlt werden).

Sehhilfen

- Bei sozial benachteiligten Menschen finden wir häufig Sehschwächen die nicht durch eine Sehhilfe korrigiert wurden.
- Untersuchung der Uni-Klinik-Mainz bei über 100 wohnungslosen Menschen, bei über 20% war die Verordnung einer Sehhilfe notwendig
- § 33 SGB V Sehhilfen werden nur noch bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erstattet
- Ausnahme: Versicherte mit schwerer Sehbeeinträchtigung

Studien national und international zum Thema Zuzahlung im Gesundheitssystem

Kanadische Studie (1996)

- Nach Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme lebenswichtiger Medikamente:
 - bei älteren Patienten um 9,1 %
 - bei Sozialhilfeempfänger um 14,4%.
- Dadurch erhöhte sich die Häufigkeit von medizinischen Zwischenfällen:
 - bei den älteren Patienten von 5,8 auf 12,6
 - bei Sozialhilfeempfänger von 14,2 auf 27,6 pro 10.000 Personen im Monat
- Die Zahl der notärztlichen Akutbehandlungen aufgrund aus bleibender Versorgung mit notwendigen Medikamenten erhöhte sich:
 - bei älteren Menschen von 8,5 auf 19,9
 - bei Sozialhilfeempfänger von 69,6 auf 123,8 pro 10.000 Personen-Monate

WHO-Bericht 2003

- Schweiz rangiert auf dem vorletzten Platz in Westeuropa!
- **Kritik der WHO:** Hohe Eigenbeteiligungsquoten im Krankheitsfall führen zur Verarmung betroffener Familienhaushalte. (Jeder 40. Haushalt verarmte hierdurch krankheitsbedingt in der Schweiz.)

AOK-Studie (2004)

Rückgang der Arztbesuche bei Patienten mit einem monatlichen Einkommen:

- bis 1000 Euro: minus 19,2%
- bis 2000 Euro: minus 13,3%
- bis 3000 Euro: minus 8,2%

Lögd Düsseldorf (10/2004)

- Methode: Telefonische Befragung
- N=1098 (d), 220 (t)
- 14 % haben mindestens einmal auf einen Arztbesuch verzichtet
- Unterschicht 19,4 %
Mittelschicht 14,3 %
Oberschicht 9,9 %
- Arbeiter 20,7 %
Angestellte 10,9 %

Fazit:

Besonders jüngere Männer aus der Unterschicht (Arbeiter) mit einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand verzichten auf einen Arztbesuch.

2.0

München (10/2004)

- Methode: Telefonische Befragung
- N = 1008 (d), 220 (t)
- 13,6 % haben mindestens einmal auf einen Arztbesuch verzichtet
- Einkommen bis 825 Euro: 20%
bis 1250 Euro: 11%
bis 1755 Euro: 10%

Fazit:

Arbeitslose und allein Erziehende Mütter verzichten besonders häufig auf einen Arztbesuch.

Vermutliche Folgen der Zuzahlungen Eigenbeteiligung

- Zunahme verschiedener Erkrankungen (besonders der oberen Luftwege)
- Rückgang der Kinderarztbesuche
- Rückgang der Krebs- Vorsorgeuntersuchungen
- Rückgang der Impfungen bei Kindern
- Rückgang der Mutter-Kind-Kuren

Weitere Problempunkte (I)

- Sozial benachteiligte Menschen zeigen schon jetzt eine niedrigere Teilnahme an Früh- und Vorsorgemaßnahmen sowie einen unzureichenden Impfstatus, obwohl diese Leistungen kostenlos sind
- bei zusätzlich entstehenden Kosten wird dieser Defizitzustand zunehmen

Weitere Problempunkte (II)

- Sozial benachteiligte Menschen zeigen schon jetzt eine niedrigere medizinische Versorgungs-compliance (z.B. Medikamenten- Compliance)
- bei zusätzlich entstehenden Kosten wird dieses Verhalten sich noch verstärken

Weitere Problempunkte (III)

- Zahlreiche niedrighschwellige medizinische Versorgungseinrichtungen sind nach einer Blitzumfrage der BAG-Wohnungslosenhilfe aufgrund der Auswirkungen des GMG in ihrer weiteren Existenz bedroht.

Konsequenzen / Fazit:

- Weil Du arm bist wird Deine medizinische Versorgung in Zukunft noch schlechter sein.
- Erkrankungsprävalenzen werden zunehmen!!
- Die Sterberate wird ebenfalls zunehmen, das Sterbealter für sozial benachteiligte Menschen wird sich senken. (Schon jetzt sterben arme Menschen 7 Jahre früher als wohlhabende Bürger.)

Welche Fragen resultieren aus den bisherigen Erkenntnissen?

- Wie muss eine an den Bedürfnissen und Problemen orientierte Gesundheitsversorgung konzipiert sein?
- Wo muss sie stattfinden?
- Wie teuer darf sie sein?
- Was ist „sozial verträglich“?
- Was ist uns eine sozialausgewogene Gesundheitsversorgung wert ?
- Usw.

Konsequenzen „allgemein“ (I)

- Stärkere Berücksichtigung des Themas „Armut und Krankheit“
- Vernetzung von Sozial- (Armut-) und Gesundheitsberichterstattung
- Integration des Themas „Armut und Krankheit“ in Forschung und Lehre

Thema: Ausbildung

- Integration sozialer Themen sowie Vermittlung des Berufsbildes der Sozialarbeit in die Medizinerbildung
- Stärkere Gewichtung von Gesundheitsthemen in der Ausbildung von SA/SP (Stichwort: Klinische Sozialarbeit)
- Gemeinsame Ausbildungsmodulare (Sozialarbeit/Medizin/Pflege)

Konsequenzen „allgemein“ (II)

- Praktische Umsetzung der Forschungserkenntnisse
- Rechtlicher Einspruch von Betroffenen gegen strukturelle Benachteiligung unterstützen
- Fachöffentlichkeits- und generell Öffentlichkeitsarbeit
- Lobbyarbeit (Kirche, politische Parteien usw.)

Wie viel **Ausgrenzung** von **sozial benachteiligten Menschen, von chronisch Kranken, von psychisch Kranken** kann sich eine angeblich humanistisch-christlich orientierte Gesellschaft leisten?!

2.0

Konsequenzen „speziell“ (I)

- Niederschwellig angelegte medizinische Sprechstunden („vor Ort“) - Arzt geht zum Patienten („Geh-Struktur“)
- interdisziplinäre Versorgungskonzepte (Sozialarbeit & Medizin)
- Bildungsarbeit
- Einbeziehung der Betroffenen (Ressourcennutzung)

Konsequenzen „speziell“ (II)

- Reintegration in die medizinische Regelversorgung fördern; trotz Nutzung komplementärer Angebote (keine Etablierung einer „Armutsm Medizin“)
- Zusätzliche Benachteiligungen durch Gesetzesbestimmungen transparent machen; Öffentlichkeitsarbeit
Usw.

Betroffeneneinbeziehung

Ressourcenorientiertheit – Betroffenenkompetenz
Einbeziehung von Betroffenen in Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse.

Bertrand Russel:

(1872-1970, brit. Philosoph und Mathematiker)

„Das einzige, was die Menschheit
zu retten vermag, ist Zusammenarbeit,
und der Weg zur Zusammenarbeit
nimmt im Herzen der einzelnen
seinen Anfang.“

Podiumsdiskussion

Armut und Gesundheit – wie hängt das alles zusammen, was müssen wir tun?

Auftaktveranstaltung zur AGFW-Kampagne „Fehlt Ihnen etwas - Beratung kann helfen“ 2006 am 15. Mai 2006, 13.00 Uhr bis 17.00 Uhr

Podiumsdiskussion

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Diskussion

Gabi Brasch (AGFW/Diakonisches Werk Hamburg)

Hanna Blase (Nachbarschaftsheim St. Pauli)

Prof. Dr. Gerhard Trabert (Fachhochschule Nürnberg)

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Wissenschaftszentrum Berlin)

Staatsrat Dietrich Wersich (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg)

Diskussionspunkte

- Bestandsaufnahme: Wie sieht die Situation in Hamburg aus?
- Wie hängen Armut und Gesundheit zusammen?
- Welche Auswirkungen haben die Gesundheitsreformen?
- Wie ist der Paradigmenwechsel zu mehr Eigenverantwortung zu bewerten?
- Inwieweit muss der Staat intervenieren?
- Braucht Hamburg einen Armutsbericht?
- Welche Maßnahmen versprechen eine Verbesserung?

Zusammenfassung der einzelnen Standpunkte

Hanna Blase, Nachbarschaftsheim St. Pauli

Frau Blase kann aus ihrer langjährigen Erfahrung als Mitarbeiterin im Nachbarschaftsheim St. Pauli berichten, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Armut und gesundheitlichen Problemen gibt. Armut bedeutet für die Betroffenen meist einen Mangelzustand, der sich auf alle Lebensbereiche erstreckt und damit auch den gesundheitlichen Zustand beeinflusst. So leben Menschen in Armut oft in schlecht ausgestatteten Wohnungen, die die Gesundheit gefährden und, im Hinblick auf ältere Menschen, nicht altersgemäß sind. Auch die Tatsache, dass viele ärmere Menschen auf zu engem Raum leben, führt zu gesundheitlichen Nachteilen. Enge und Platzmangel sind auch denkbar ungünstige Voraussetzungen für die Bildungsentwicklung, was den ohnehin schon vorhandenen Zusammenhang zwischen Ein-

3.0

kommens- und Bildungsarmut verstärkt. Armut bedeutet aber auch in vielen Fällen einen Mangel an ausreichender und vor allem gesunder Ernährung, sowie ein Mangel an adäquater, wetterfester Kleidung. Dazu kommt, dass ärmere Menschen oft in sehr beanspruchenden Berufen arbeiten, die körperlich stark belasten.

Diese Dimensionen der Armut führen zu zahlreichen gesundheitlichen Problemen, sowohl psychischer als körperlicher Art. So leiden beispielsweise viele ärmere Menschen an Depressionen und Versagensgefühlen angesichts ihrer bedrängenden Situation. Aber auch körperliche Beschwerden spielen eine große Rolle. Frau Blase spricht an dieser Stelle von den „jungen Alten“, also von Menschen, die frühzeitig gealtert sind, weil sie unter chronischen Mängeln leiden, großen körperlichen Belastungen im Beruf ausgesetzt sind und / oder gesundheitliche Versorgungsleistungen aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen. Frau Blase berichtet, dass selbst schwere Erkrankungen, wie Probleme mit der Schilddrüse oder Diabetes zum Teil nicht behandelt werden, weil die Betroffenen Arztbesuche bis zum Äußersten hinauszögern und notwendige Medikamente nicht einnehmen. Praxisgebühr und Zuzahlungen stellen hier eine enorme Barriere dar. Am ärgsten sind Menschen betroffen, die nicht krankenversichert sind. Es kommt immer wieder vor, dass diese Menschen beim Arzt oder im Krankenhaus abgewiesen werden.

Frau Blase sieht im Rückblick der letzten Jahre keine Verbesserung sondern eine deutliche Verschlimmerung der Situation. Aus ihrer Sicht ist die Erhöhung der Regelsätze nach SGB II und XII sowie eine Befreiung von Zuzahlungen im Gesundheitssystem für die entsprechenden Gruppen unabdingbar. Zudem müssen für ärmere Menschen positive, präventive Gesundheitsangebote geschaffen werden.

Gabi Brasch, Diakonisches Werk Hamburg / AGFW

Frau Brasch vertritt in der Diskussion die AGFW, die insgesamt über 2.000 Einrichtungen und 50.000 MitarbeiterInnen umfasst, die mit dem Problem täglich in Berührung kommen. Auch Frau Brasch sieht einen deutlichen Zusammenhang von Armut und gesundheitlichen Beeinträchtigungen und weist auf die defizitäre Versorgung von Wohnraum, Kleidung und Ernährung bei ärmeren Menschen hin. Der wesentliche Faktor für den Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist das Einkommen. So ermöglicht beispielsweise der niedrige Regelsatz des ALG II von vorneherein keine gesunde Ernährung. Der Regelsatz hat zudem keine angemessene empirische Grundlage, sondern unterliegt primär rein politischen Entscheidungen. Auch nach der Nationalen Armutskonferenz müssten die Regelsätze um 18-19% erhöht werden, um die Lebensunterhaltskosten ausreichend zu decken. Um zu sichern, dass auch ärmere Menschen Gesundheitsleistungen ausreichend in Anspruch nehmen, müssen diese Leistungen „armutsfest“ werden. Nur eine kostenlose Gesundheitsversorgung für Menschen in Armut garantiert, dass diese auch in Anspruch genommen wird. Befreiungen von Zuzahlungen und Praxisgebühr sind demnach notwendig. Aber auch die Regelsätze müssen erhöht werden, um den EmpfängerInnen von Sozialleistungen (SGB II und XII) eine gesunde Lebensführung zu ermöglichen.

Die Debatte um den Armutsbericht für Hamburg hat seine Aktualität auch vor dem Hintergrund dieses Themas nicht verloren. Sinnvolle und gezielte Maßnahmen benötigen eine valide Datengrundlage, darum ist ein Armutsbericht für Hamburg weiterhin allen Lebenslagen notwendig.

Frau Brasch urteilt ebenfalls, die Situation habe sich in den letzten Jahren verschlechtert. Der Zusammenhang von Einkommensarmut und gesundheitlichen Problemen sowie mangelnder Gesundheitsversorgung habe sich infolge der Gesundheitsreformen verstärkt. Frau Brasch betont, dass es hier um eine Frage der Prioritätensetzung im politischen Feld gehe. Das Problem muss in Zusammenarbeit der verschiedenen politischen Entscheidungsträger gezielt angegangen werden, um eine Verbesserung der Situation zu schaffen.

Staatsrat Dietrich Wersich

(Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz)

Herr Wersich ist Staatsrat der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG).

Herr Wersich merkt an, dass Einkommensarmut und Gesundheit nicht unbedingt kausal miteinander verknüpft sein müssen, sondern dass hier auch andere Faktoren sowohl Armut als auch Gesundheit zur Folge haben können. Die allgemein verwendete Definition von Armut, die Definition der Europäischen Union, geht rein auf monetäre Kriterien zurück, was gerade im Blick auf gesundheitliche Probleme unzureichend ist. Er bezweifelt, dass eine Erhöhung der Regelsätze bzw. Befreiungen von Zuzahlungen oder Zuschläge für medizinische Versorgungsleistungen allein zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Das eigentliche Problem ist der Mangel an Information und oftmals fehlendes Bewusstsein für Prävention und Gesundheitsangebote der Betroffenen. Dieses sollte gezielt unterstützt werden. Die einzelnen Faktoren für einen Zusammenhang von Armut und gesundheitlichen Beeinträchtigungen müssen jeweils genau betrachtet werden. So stellt sich das Problem beispielsweise bei mittellos Eingewanderten anders dar, als bei Personen, die bereits in der zweiten oder dritten Generation von Sozialtransfer leben oder erst im Laufe ihres Lebens arm geworden sind („sozialer Abstieg“).

Die Armutsberichterstattung für Hamburg war in der Vergangenheit nicht handlungsorientiert und hat keine Verbesserung der Verhältnisse erzielt. Sie ist deshalb in dieser Form nicht geeignet, um Armut und zusammenhängende gesundheitliche Probleme zu bekämpfen. Die BSG plant jedoch, sog. „Lebenslagenberichte“ zu erstellen, die die besonderen Probleme von Menschen in bestimmten Lebenslagen darstellen sollen. Zum Beispiel wird überlegt, im anstehenden Kinder- und Jugendbericht für Hamburg in 2007 auch diese Aspekte zu integrieren. Insgesamt betrachtet, herrscht in Hamburg aber weniger ein Analysedefizit, sondern es fehlen Erkenntnisse, welche Maßnahmen nachhaltig sind. Verbesserungsfähig ist auch die Zusammenarbeit verschiedenen Behörden. Gerade das Thema Gesundheitsförderung sei nur als Querschnittsaufgabe erfolgreich zu betreiben.

Eine konkrete Maßnahme, die die BSG zurzeit verfolgt, ist die Einführung bzw. Überprüfung von ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern vor der Einschulung oder bei Aufnahme in eine Kindertagesstätte. Über eine Bundesratsinitiative soll das Einladungswesen zur ärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kindern (U1-U9) verbindlicher gestaltet werden. Bei Nichtteilnahme soll eine Meldung an die zuständige Stelle in den Bundesländern erfolgen, um von dort aus weitere Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls zu ergreifen.

Auf die Forderungen aus dem Plenum zur Abschaffung der Zuzahlungen für niedri-

3.0

ge Einkommen und Abbau von Barrieren für einen Teil der ALG II-Bezieher, um die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu gewährleisten, betont Herr Wersich, die weitgehenden Sozialklauseln einerseits und das Normalisierungsprinzip (keine Sonderstrukturen) für die Gesundheit wie für den Umgang mit Ressourcen andererseits. Lediglich bei der Problemgruppe der Obdachlosen sollten im Einzelfall Regelungen gefunden werden.

Zusammenfassend ist für Herrn Staatsrat Wersich Eigenverantwortung eine entscheidende Komponente. Zur Stärkung dieser Selbstverantwortung sei daher auch das System der Pauschalierung von Geldleistungen sinnvoller als das alte System der Erstattung von Sonderbedarfen. Wer das selbst nicht schafft, braucht deshalb Hilfestellungen in Richtung eines Empowerment zur Eigenverantwortung. Dazu gehört auch aufsuchende Sozialarbeit.

Prof. Dr. Gerhard Trabert, Fachhochschule Nürnberg

Prof. Trabert lehrt und forscht unter anderem im Schwerpunkt Sozialmedizin und vertritt in der Diskussion die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema. Darüber hinaus bringt Prof. Trabert aufgrund einer über 12-jährigen Tätigkeit als Arzt in der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen auch fundierte praktische und empirische Erkenntnisse in Diskussion ein.

Demnach sind materielle Aspekte wesentlich in der Frage des Zusammenhangs von Armut und gesundheitlicher Benachteiligung. Mit finanziellen Mitteln könnte die Situation also durchaus verbessert werden. Ergänzend ist Bildungs- und Aufklärungsarbeit zu leisten. Sozial schwächere Schichten müssen mit niedrighwelligen Angeboten vor Ort über gesundheitliche Themen, wie Prävention und gesunde Ernährung, informiert werden. Sinnvoll wäre auch die Einführung eines Schulfaches „Gesundheit“, das seitens der Wissenschaft schon seit Jahren fordert wird. Die geplanten Kontrolluntersuchungen U1-U9 sind sehr wichtig, allerdings sei die Kontrolle der Kontrolluntersuchungen keine Lösung, da Repressionen mehr Schaden als Nutzen bringen würden und auch fraglich ist, wie Kontrolle und Intervention gestaltet werden könnte. Es geht vielmehr darum Barrieren abzubauen und Leistungsstrukturen zu schaffen, die keine Personengruppen ausschließen und für transparente Information sorgen. Auch Prof. Trabert bestätigt, dass immer wieder Menschen ohne Krankenversicherung von den Krankenhäusern abgewiesen werden. Die von der Politik postulierte Eigenverantwortung eines jeden Einzelnen, erfordert zunächst eine Basis an finanziellem Spielraum und an Wissen um gesundheitliche Themen, was beides gerade in sozial schwächeren Schichten oft nicht gegeben ist. Eigenverantwortung kann gefördert werden durch Stärkung der kognitiven Fähigkeiten. Vorsorge ist seit jeher mittelschichtorientiert. Was nützt die Möglichkeit, Vorsorge in Anspruch zu nehmen, wenn ich nicht die finanzielle Basis habe?

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Wissenschaftszentrum Berlin

Prof. Rosenbrock ist am Wissenschaftszentrum Berlin sowie in zahlreichen Gesundheitsorganisationen und –initiativen tätig und vertritt in der Diskussion ebenfalls die wissenschaftlichen Standpunkte zum Thema. Auch er betont, dass das Einkommen der wesentliche Faktor für die Auswirkungen von Armut und damit auch die zusammenhängenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist. Erst ein durch bestimmte

Verfahren festzulegendes Existenzminimum ermöglicht dem Einzelnen die verfassungsrechtlich geschützte gesellschaftliche Teilhabe. Auch das Argument, die Regelsätze nach SGB II und XII dürfen nicht höher als die Einkommen im Niedriglohnsektor betragen, um den Anreiz zur Arbeit zu erhalten, ändern nichts an dieser Tatsache. Vielmehr stellt der Arbeitsmarkt ein eigenes politisches Handlungsfeld dar und darf nicht als Maßgabe für die Höhe des Arbeitslosengeld II, der Sozialhilfe und anderer Sozialleistungen herangezogen werden. Die Höhe der Regelsätze muss nach einer empirischen Grundlage bestimmt werden, um die Lebensunterhaltskosten ausreichend decken zu können. Würde das ehemals verwendete Warenkorbverfahren fortgeführt, müssten die Regelsätze um 18-19% erhöht werden, wie es die Nationale Armutskonferenz entsprechend empfiehlt.

Die geplanten Kontrolluntersuchungen für Kinder (U1-U9) können eine gute Maßnahme sein, um gesundheitliche Missstände frühzeitig zu identifizieren. Dennoch bleibt fraglich, wie Interventionen oder gar Sanktionen seitens der staatlichen Stellen aussehen können. Sanktionen seien wenig hilfreich.

Prof. Rosenbrock unterstreicht ebenfalls die Notwendigkeit eines Armutsberichtes für Hamburg. Eine Berichterstattung ist zwar keine hinreichend, dennoch eine notwendige Bedingung für eine Verbesserung der Situation, da sie eine valide und zweifelsfreie Grundlage für politische Maßnahmen darstellt. Entgegen dem Argument, die in den Armutsberichten verwendete EU-Definition von Armut würde nur monetäre Aspekte berücksichtigen, weist er daraufhin, dass die Berichte zwischen Einkommens- und Versorgungsarmut unterscheiden und damit eine differenzierte Betrachtung benachteiligter Lebenslagen ermöglichen.

Zum Thema Selbstbeteiligung führt Herr Rosenbrock aus, dass diese nur dort steuere, wo es weh tue, also bei den Armen.

„Fehlt Ihnen Etwas? – Beratung kann helfen!“ 2006

Zusammenfassung des Ergebnisberichtes zur Auswertung der Kampagne 2006

Evaluation und Bericht von Sandie-Christine Schröfel

1. Zur Evaluation der Kampagne

Die Kampagne „Fehlt-Ihnen-etwas? – Beratung kann helfen!“ wurde in 2006 bereits das dritte Mal von der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V. veranstaltet. Die hier vorliegende Zusammenfassung des Auswertungsberichtes stellt wichtige Ergebnisse der von Sandie-Christine Schröfel durchgeführten Evaluation der Kampagne vor. Diese Evaluation der Kampagne umfasste die Hotlineaktion am 17. Mai und den Beratertag am 19. Mai 2006.

1.1. Untersuchungsfragen

Die Evaluation hatte erstens die Aufgabe, den Personenkreis, zu beschreiben, der im Rahmen der Kampagne Beratungsgespräche in Anspruch genommen hat. Zweitens sollten die zur Sprache gekommen Problemlagen erfasst werden. Zum Dritten sollte ermittelt werden, ob Personen in verdeckter Armut erreicht wurden und welche Gründe ggfls. für die Nichtinanspruchnahme von Sozialleistungen vorliegen. Schließlich sollte geklärt werden, ob den Ratsuchenden am Telefon bzw. am Beraterstand weitergeholfen werden konnte.

1.2. Erhebungsinstrument und methodische Anmerkungen

Da die Beratungsgespräche nicht durch eine Befragung der ratsuchenden Personen gestört werden sollten, wurden Protokollbögen eingesetzt, mit denen die geführten Beratungsgespräche von den BeraterInnen protokolliert wurden. Diese Bögen waren als teilstandardisierte Fragenkataloge mit vorwiegend geschlossenen Fragen gestaltet. Die Daten der Evaluation basieren damit auf den Einschätzungen der BeraterInnen. Die Ergebnisse sind vor diesem Hintergrund zu interpretieren.

Die Protokollbögen für die Hotline und den Beratertag weisen einige geringfügige Unterschiede auf. Es wurden jeweils Informationen abgefragt, von denen im Vorfeld vermutet wurde, dass sie im Zuge der Beratungsgespräche von selbst anfallen würden.

Insgesamt wurden 125 Beratungsgespräche protokolliert. Diese vergleichbar geringe Anzahl (2005: 325 protokollierte Gespräche; 2004: 186 protokollierte Gespräche) ist zum einen darauf zurückzuführen, dass das Hotlineangebot in diesem Jahr insgesamt von nur 53 Personen genutzt wurde (2005: 251 Anrufe; 2004: 139 Anrufe) und hiervon nur 37 Gespräche protokolliert wurden. Zum anderen konnten am Beratertag aufgrund des wiederum nach Aussage der BeraterInnen hohen Andranges nicht alle Beratungsgespräche von den BeraterInnen protokolliert werden. Selbstverständlich gilt, dass die Protokollierung nur durchgeführt wird, soweit personelle und zeitliche Ressourcen dies zulassen und die Beratungstätigkeiten nicht beeinträchtigt werden. Mangels Erhebungsmöglichkeiten ist daher auch unbekannt, wie

viele Beratungsgespräche und wie viele Kontakte insgesamt am Beratertag zustande kamen.

2. Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Evaluation

Bei den Kampagnenaktionen Hotline und Beratertag wurden insgesamt 125 Beratungsgespräche protokolliert. Dabei stellte sich heraus, dass die meisten Menschen durch die Tageszeitung (Hamburger Abendblatt) oder die Wochenblätter über die Kampagne informiert waren. Dies belegt, dass **Pressemitteilungen und Anzeigenschaltungen ein wichtiges Mittel** für die Bewerbung der Kampagne sind.

Die Beratungsgespräche am Beratertag fanden überwiegend auf Initiative der ratsuchenden Personen statt. **Die Beraterstände werden demnach als tendenziell niedrighschwelliges Angebot** wahrgenommen.

Die ratsuchenden Personen waren mit knapper Mehrheit Frauen, überwiegend alleinstehend und im Alter zwischen 41 und 64 Jahren. Es stellt sich daher die Frage, ob bei alleinlebenden Personen ein besonderer Beratungsbedarf besteht oder ob es bestimmte Gründe dafür gibt, dass in der Tendenz **keine (jungen) Familien mit Kindern erreicht** werden.

Zwölf Prozent der Nutzer von Hotline und Beratertag waren Nichtdeutsche (Ausländeranteil in Hamburg ca. 15%). Zur Reduzierung der **Hürden für ausländische BürgerInnen** könnten in Zukunft die öffentliche Werbung für die Kampagne und die Beratungsangebote selbst mehrsprachig erfolgen.

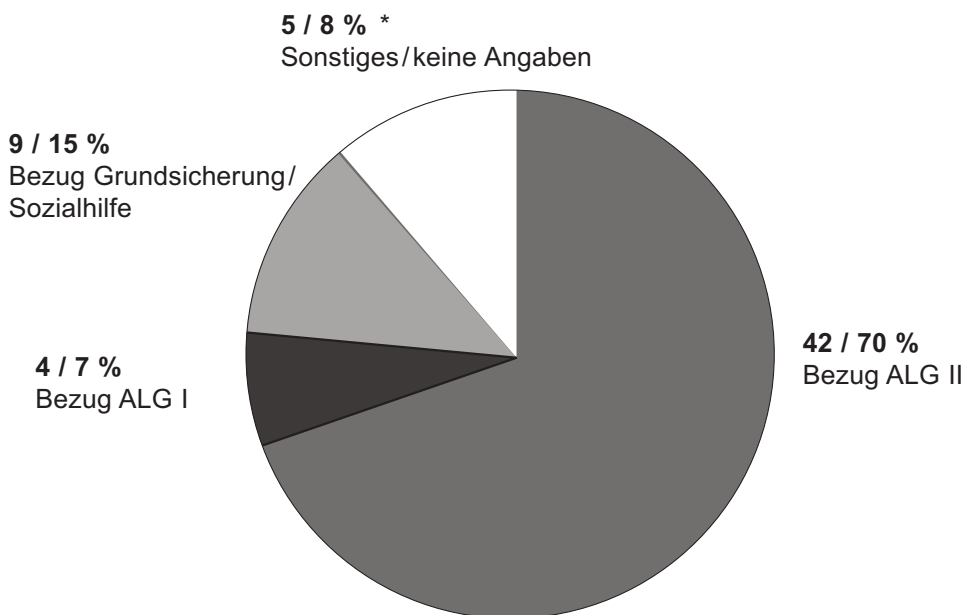
Bei allen ratsuchenden Personen spielten **finanzielle Probleme eine wesentliche Rolle für ihre schwierige Lebenslage**. In den meisten Fällen standen die finanziellen Probleme im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit, gesundheitlichen Problemen und / oder dem Lebensalter (82%).

Insgesamt waren 50% der Personen arbeitslos (62), 40% hatten gesundheitliche Probleme (50) und bei 14% standen die finanziellen Probleme im Zusammenhang mit dem Lebensalter (18). (vgl. Grafik 1) Mehrfachzählungen wurden in diesem Fall berücksichtigt.

So dominierten in den Beratungsgesprächen entsprechend **Fragen zu Sozialleistungen**. Es sind auch anderthalb Jahre nach den Sozialreformen für die Betroffenen immer noch viele Fragen offen.

Grafik 1: Ratsuchende Personen nach Art des Sozialleistungsbezugs

4.0



* Die Angaben stellen jeweils den absoluten und den prozentualen Anteil dar.

Die **finanziellen Probleme** standen bei 73% der Personen in engem Zusammenhang mit **Arbeitslosigkeit und / oder gesundheitlichen Problemen**. Für Menschen mit Krankheiten, psychischen Problemen oder Behinderungen (40% der im Rahmen der Kampagne erreichten Personen) ist die Lage in vielen Fällen besonders aussichtslos, da diese dauerhaft nicht oder nur eingeschränkt erwerbsfähig sind.

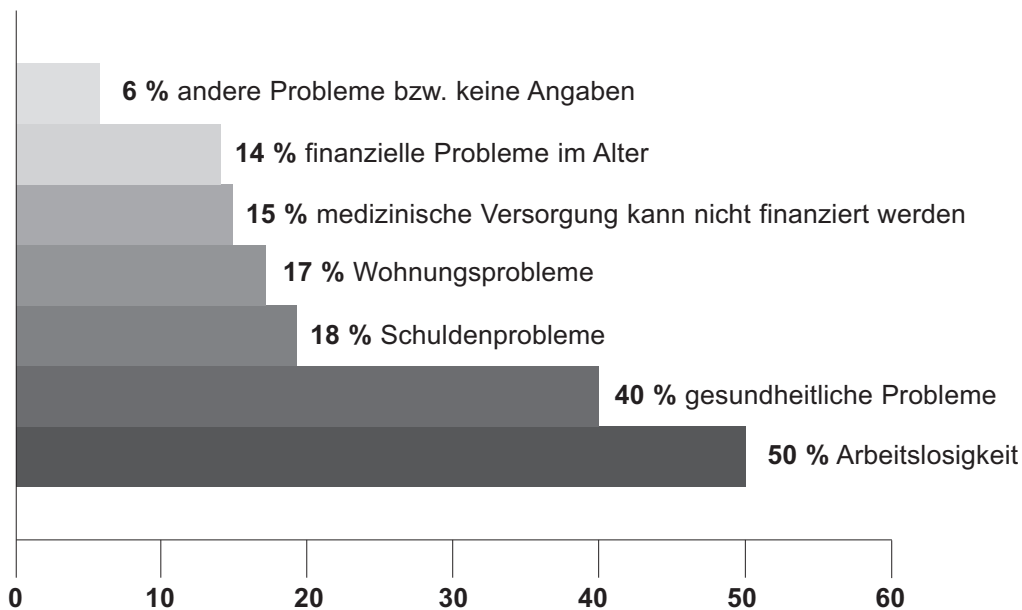
Aber auch das **Lebensalter** stand bei vielen Personen im Zusammenhang mit ihren finanziellen Problemen. Dies ist zum einen auf die besonders hohe Arbeitslosigkeit in diesem Personenkreis zurückzuführen, zum anderen treten unter ihnen wiederum häufiger gesundheitliche Probleme auf. Ein weiterer Grund sind die häufig zu geringen Rentenansprüche, die unter der Armutsgrenze liegen.

Weitere Folgen der finanziellen Schwierigkeiten waren bei jeweils einem Fünftel **Schuldenprobleme** und Probleme, die **Kosten des Wohnens** aufzubringen. Für 15% der Personen wurde zudem angegeben, dass diese aufgrund finanzieller Hürden **medizinische Versorgungsleistungen nicht in Anspruch** nehmen. Medikamentenzuzahlungen und die Selbstbeteiligung an nahezu allen gesundheitlichen Dienstleistungen stellen enorme Hürden für Menschen mit finanziellen Problemen dar. Insbesondere werde notwendige Arztbesuche nicht gemacht sowie Brillenversorgung oder Zahnbehandlungen nicht durchgeführt.

Probleme und schwierige Bedingungen im Überblick

Im Folgenden werden die geschilderten Problemlagen noch einmal im Überblick dargestellt. Für das folgende Diagramm wurden Mehrfachnennungen berücksichtigt, so dass pro Person mehrere Angaben zutreffen können. Insgesamt wurden 203 Angaben für 125 Personen gezählt.

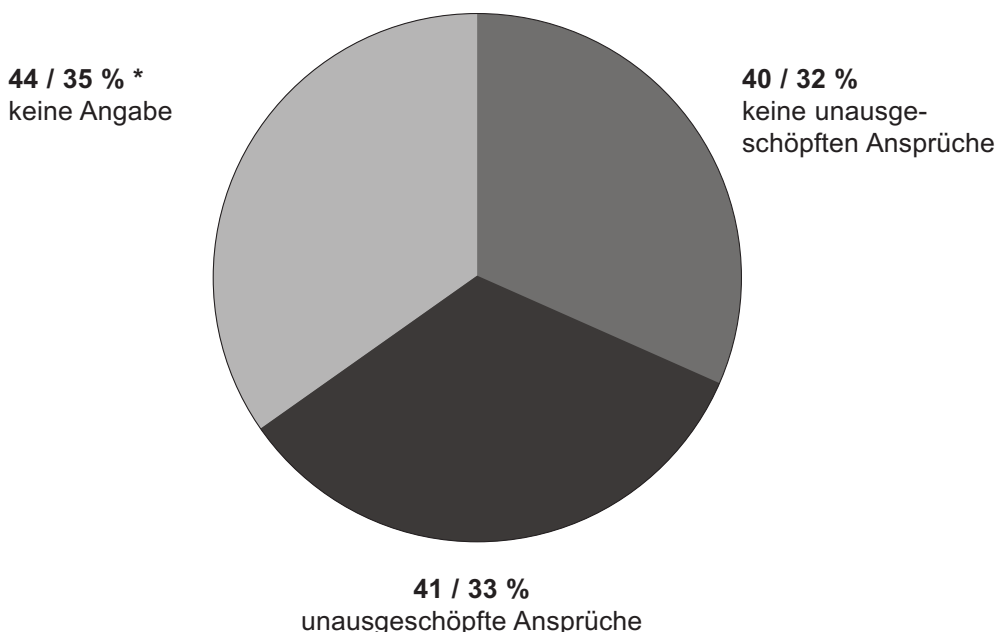
Grafik 2: Problemlagen der Ratsuchenden



Verdeckte Armut

Die BeraterInnen wurden in den Protokollbögen zu einer Einschätzung aufgefordert, ob für die ratsuchenden Personen Ansprüche auf Sozialleistungen bestehen, die noch nicht ausgeschöpft werden. Demnach machten 33% der Personen ihre rechtlichen Ansprüche nicht oder nicht vollständig geltend.

Grafik 3: Verdeckte Armut unter den Ratsuchenden

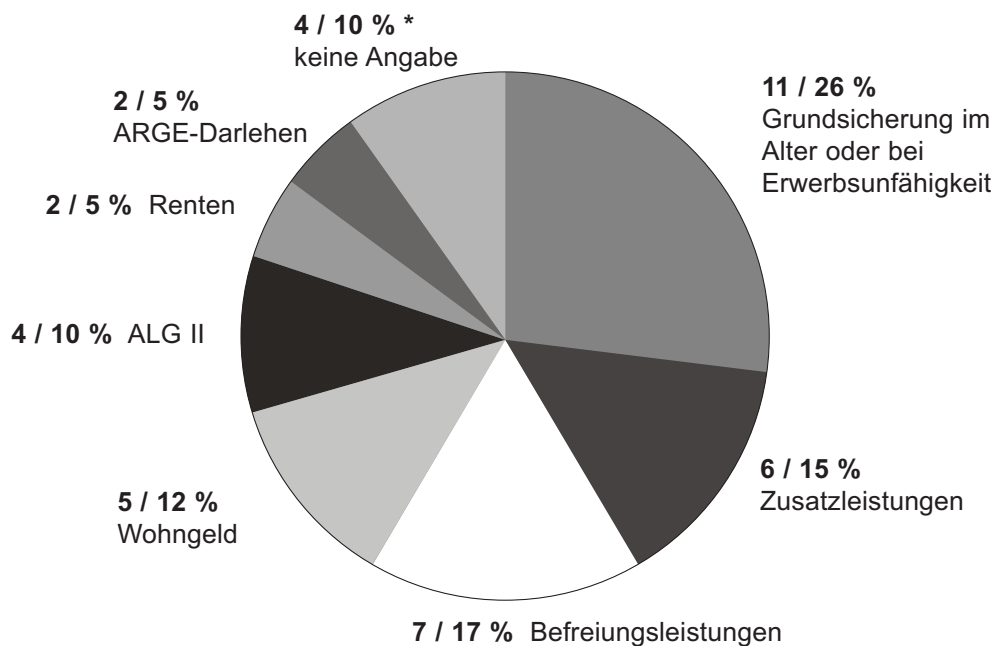


* Die Angaben stellen jeweils den absoluten und den prozentualen Anteil dar.

4.0

Die unausgeschöpften Ansprüche von insgesamt 41 Personen bezogen sich in 11 Fällen auf Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsunfähigkeit. In den verbleibenden 30 Fällen bestanden Ansprüche auf Zusatz- oder Befreiungsleistungen, Wohngeld, Arbeitslosengeld II, Erwerbsunfähigkeitsrente, EU-Rente oder ein ARGE-Darlehen.

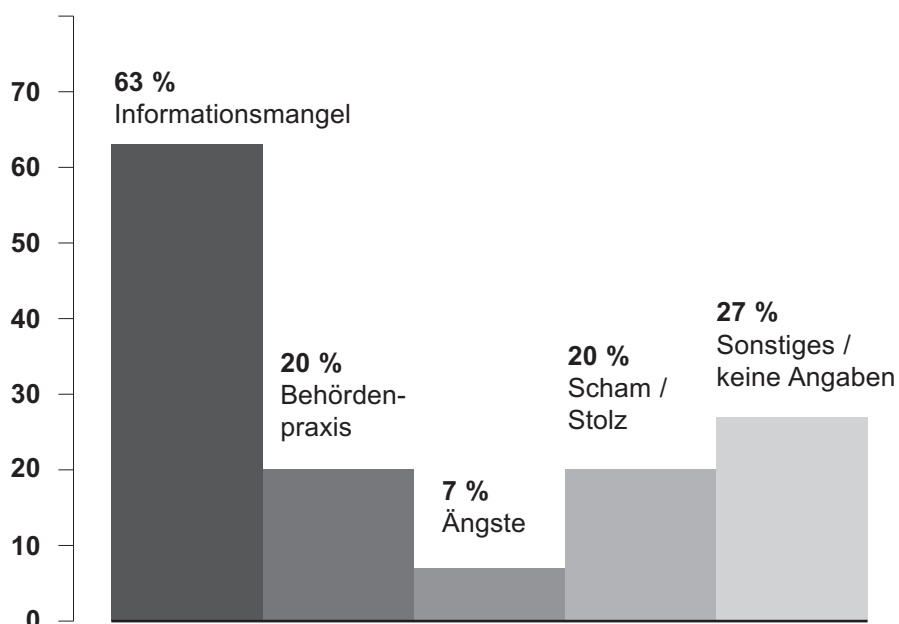
Grafik 4: Art der unausgeschöpften Ansprüche auf Sozialleistungen



* Die Angaben stellen jeweils den absoluten und den prozentualen Anteil dar.

Als **Grund für die Nichtinanspruchnahme** wurde in 26 Fällen (63%) Informationsmangel angegeben. Acht Personen (20%) wurden durch die gängige Behördenpraxis davon abgehalten ihre Rechte geltend zu machen. In elf Fällen spielten Scham, Stolz oder Ängste eine Rolle. Mehrfachnennungen wurden hierbei berücksichtigt, so dass insgesamt 56 Angaben für 41 Personen gezählt wurden. Sonstige Gründe, die in der Kategorie „Sonstiges bzw. k.A.“ umfasst sind, waren z. B. in einem Fall Analphabetismus und in einem anderen die soziale Isolation der Person.

Grafik 5: Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Sozialleistungen



Von den 41 Personen in verdeckter Armut waren 20 Personen arbeitslos (49%), 18 Personen hatten gesundheitliche Probleme* (44%) und acht Personen nahmen medizinische Versorgungsleistungen nicht in Anspruch (20%). Die gesundheitlichen Probleme waren bei sieben Personen Krankheiten (17%), bei sechs Personen Behinderungen (15%) und bei fünf Personen psychische Probleme (12%).

Über die **Angebote der Freien Wohlfahrtspflege** waren die meisten Personen nur wenig (27%) oder mittelmäßig (20%) **informiert**. 10% waren gar nicht informiert.

Insgesamt ist die Kampagne als erfolgreich zu bewerten. Dies belegen auch die Angaben der BeraterInnen für **84% der Fälle, in denen den ratsuchenden Personen weitergeholfen** werden konnte. Die meisten Personen wurden an eine spezifische Beratungsstelle vermittelt. In vielen Fällen konnten die Personen auch direkt am Telefon bzw. am Beraterstand umfangreich informiert und beraten werden.

* Gesundheitliche Probleme umfassen Krankheiten, Behinderungen und psychische Probleme.

Fehlt Ihnen Etwas?
Beratung kann helfen!



**Arbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege Hamburg e.V.**

Grevenweg 89 · 20537 Hamburg · T 040 - 23 15 86 ·
F 040 - 23 09 30 · agfw.ede@t-online.de

