

Sozialpolitische Positionen zur Caritas-Kampagne 2012

Der Vorstand des Deutschen Caritasverbandes hat die folgenden Positionen am 20. Dezember 2011 als Fachpapier für die politische Lobbyarbeit des DCV im Rahmen seiner Kampagne „Armut macht krank – jeder verdient Gesundheit“ verabschiedet. Die Analysen, Bewertungen und Lösungsvorschläge sollen dazu beitragen, die Forderung nach gesundheitlicher Chancengleichheit und dem Abbau bestehender Benachteiligungen in den Fokus von Fachöffentlichkeit und Politik zu rücken.

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung	33
2 Theologische und sozioethische Grundlagen von Gesundheit	34
2.1 Definition Gesundheit	34
2.2 Theologische und ethische Grundlagen gesundheitlicher Chancengleichheit	34
3 Grundlegende Faktoren gesundheitlicher Chancengleichheit	36
3.1 Faktor Armut	36
3.2 Faktor Bildung, Wohnort, Umfeld	37
4 Gesundheitliche Chancengleichheit geht alle an – Lösungsansätze zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit	38
4.1 Lösungsansätze mit Blick auf den Bundes- und die Landesgesetzgeber	38
4.2 Lösungsansätze mit Blick auf die kommunale Steuerung	40
4.3 Lösungsansätze aus der Perspektive des Deutschen Caritasverbandes	41
4.4 Lösungsansätze mit Blick auf das Gesundheitssystem	43
5 Konkrete Beispiele gesundheitlicher Benachteiligung	47
5.1 Wohnungslose Menschen	47
5.2 Bezieher(innen) von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	49
5.3 Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität	50
5.4 Langzeitarbeitslose Menschen	51

1 Einführung

Deutschland verfügt über ein Gesundheitswesen, das solidarisch ausgerichtet ist und eine hohe Qualität hat. In unserem Land stehen grundsätzlich jedem gesetzlich Versicherten die gleichen Leistungen zu, unabhängig davon, welchen Beitrag er oder sie in die Krankenversicherung eingezahlt hat. Vom Grundsatz her hängt der Zugang zu den und die Verteilung der Res-

ourcen nicht vom Alter, vom Einkommen, von der sozialen Schicht, der Herkunft, dem Bildungsstand oder den Sprachkenntnissen ab. Es ist allgemeiner Konsens, dass gesundheitliche Chancengleichheit ein Menschenrecht ist und zugleich eine zentrale Voraussetzung für die Einlösung des Rechts auf selbstbestimmte Teilhabe in unserer Gesellschaft.

Gesundheitliche Chancengleichheit stellt sich aber nicht von selbst ein. Dieses Ziel muss immer wieder neu in die Debatte gebracht und politisch eingefordert werden. Denn viele einschlägige Befunde belegen, dass der gesundheitliche Zustand und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sehr stark vom sozialen Status der Betroffenen abhängen.

Der Deutsche Caritasverband nimmt deshalb mit seiner Kampagne 2012 „Armut macht krank – jeder verdient Gesundheit“ die gesundheitliche Situation von vulnerablen, sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Deutschland besonders in den Fokus. Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen, die den Zusammenhang von Armut und Krankheit belegen. Besonders aufrüttelnd sind Befunde, die besagen: Arme Menschen sind kränker und sterben früher. Die praktischen Erfahrungen der Caritas in den verschiedenen sozialen Handlungsfeldern decken sich mit diesen Befunden: Wo es an Einkommen, Perspektiven und Bildung fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.

Der Deutsche Caritasverband macht auf gesundheitliche Benachteiligungen aufmerksam, beleuchtet deren Ursachen und unterbreitet Lösungsvorschläge. Die Überwindung verfestigter Armut ist nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes dabei eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Förderung von Gesundheit und zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Das Engagement des Verbandes geht aber über dieses Anliegen hinaus und greift weiter.

Als Anwalt, Dienstleister und Solidaritätsstifter vertritt der Deutsche Caritasverband das Konzept der „sozialen Gesundheit“. Gesundheit und Krankheit sind demnach nicht ausschließlich auf das Individuum zu beziehen, sondern werden

durch die Lebensbedingungen beeinflusst. Trotzdem steht zunächst der einzelne Mensch im Zentrum. Ein zentraler Aspekt des Wohlbefindens ist die psychische Gesundheit. Dazu gehören Angstfreiheit, Gelassenheit und die Überzeugung, für andere wichtig zu sein und gemeinsam mit ihnen etwas zur Verbesserung der Lage bewirken zu können.

Zugleich sind aber auch die materiellen, kulturellen und gesellschaftlichen Ursachen und Rahmenbedingungen von Gesundheit und Krankheit zu betrachten. Entsprechend liegt die Verantwortung für die Gesundheitsförderung nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen. Ziel ist – über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus – die Förderung von Wohlbefinden in einem umfassenderen Sinn. Der Deutsche Caritasverband möchte Menschen darin unterstützen, ihre persönliche Gesundheit im Blick zu haben, aber auch gemeinsam mit ihnen und anderen Partnern an der Verbesserung der Lebensqualität arbeiten und somit einen Beitrag zur gesundheitlich relevanten Verhältnisprävention leisten. Die Dienste und Einrichtungen der verbandlichen Caritas unterstützen diese Perspektive insbesondere mit ihren Konzepten der Sozialraumorientierung und der interkulturellen Öffnung.

Schließlich bleibt es eine Daueraufgabe für die Caritas der katholischen Kirche als Gesundheitsakteurin, als Anwältin für Benachteiligte und als Solidaritätsstifterin, die Aufmerksamkeit für die existenzielle Dimension von Krankheit und Gesundheit und die damit verbundenen theologischen und ethischen Fragen wachzuhalten. Wenn die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schon 1946 Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definiert hat, ist der Weg zur Illusion einer leidfreien Gesellschaft nicht weit. Dass damit der Druck auf alle Menschen wächst, die diesem Ideal nicht entsprechen, wird immer wieder zu thematisieren sein.

2 Theologische und sozialetische Grundlagen von Gesundheit

2.1 Definition Gesundheit

Die WHO hat schon kurz nach dem Zweiten Weltkrieg eine ideale und umfassende Definition von Gesundheit vorgeschlagen: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“¹

Aus diesem Grund sind für den Gesundheitszustand bereits das Gefühl einer beschädigten Identität oder länger anhaltende Angst- oder Hilflosigkeitsgefühle, wie sie zum Beispiel im Zu-

sammenhang mit Arbeitslosigkeit häufig auftauchen, relevant und müssen als Krankheitssymptome aufgefasst werden, da sie negative Auswirkungen auf Denken, Motivation und Verhalten haben, aber auch auf den Körper, konkret beispielsweise auf das Immunsystem und das Herz-Kreislauf-System. Ein Mangel an Perspektiven in der Selbstwahrnehmung führt nachweislich zu einer höheren Sterblichkeitsrate. Eine 2006 veröffentlichte zusammenfassende Analyse von 22 Studien hat gezeigt, dass die Sterblichkeitsrate bei einer negativen Einschätzung der Gesundheit fast doppelt so hoch war wie bei einer sehr guten Bewertung.²

Die in dieser Positionierung vorgelegten Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit sozial benachteiligter Gruppen verfolgen deshalb einen weit gefassten salutogenetischen Ansatz zur Gesundheitsförderung. Das Konzept der Salutogenese, das heißt der Entstehung von Gesundheit wurde als Gegenkonzept zur Pathogenese entwickelt, die die Entstehung von Krankheit erklären soll. Statt der Behandlung und Vorbeugung von Krankheit steht bei diesem Konzept die Schaffung von Bedingungen für den Erhalt von Gesundheit im Vordergrund. Die in diesem Papier vorgeschlagenen Lösungsansätze haben deshalb neben der Verbesserung physischer und psychischer Gesundheit auch den Bereich der Bildung, Prävention und Gesundheitsförderung, der Stärkung der Selbstbestimmung und der Stärkung von Widerstandskräften, aufbauend auf den Ressourcen der sozial Benachteiligten, zum Ziel. Daneben werden auch grundlegende Lösungsansätze vorgestellt, die die Verbesserung von Umweltbedingungen und -belastungen wie auch die gesellschaftlichen Verhältnisse in den Blick nehmen.

2.2 Theologische und ethische Grundlagen gesundheitlicher Chancengleichheit

Gesundheitsversorgung ist für jeden Menschen eine existenzielle Grundvoraussetzung, um sein Leben entfalten zu können. Im Krankheitsfall ist der Einzelne auf die Unterstützung und Solidarität anderer angewiesen. Die Gesundheitsversorgung ist ein solidares Gut, das der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden muss. Es ist eine elementare Bedingung für selbstbestimmte Teilhabe.

Die biblische Option:

Ausgrenzung überwinden und Beteiligung aller am gesellschaftlichen Leben

Krank sein und gesund werden ist für alle Menschen eine tiefe existenzielle Erfahrung. So überrascht es nicht, dass dies auch zentrale Themen der Bibel sind. Krank sein bedeutet dort eine umfassende Lebensstörung und Lebensbedrohung des Menschen. Sie wirkt sich auf seine individuelle Handlungsfähigkeit, seine soziale und religiöse Situation aus. Das Alte Testament be-

richtet von zahlreichen Krankheitsfällen und Heilungen. Es werden unter anderem Heilungen von Blinden, Tauben, Aussätzigen und Bewegungsgestörten (zum Beispiel Fußkranken) erzählt. Das Phänomen Krankheit war in Israel nicht nur Schicksal des Individuums, sondern hatte immer weitreichende Konsequenzen für die Stellung des Kranken in der Gemeinschaft. Ein zusammenfassendes und damit gleichzeitig paradigmatisches Bild der Situation des Kranken schildert Ijob 19,13–20. Die Krankheit wird zum Zeichen einer grundlegenden Krise des ganzen Volkes. Diese Interpretation wird gerade am Beispiel des kranken Königs (2 Sam 12,15–23) deutlich. Heilung ist nur durch Gott möglich. In den Texten des Neuen Testaments findet die Heilung in der Begegnung mit Jesus statt.

Am Leben der Aussätzigen (Lk 5,12–14) wird exemplarisch vorgeführt, wie kranken Menschen eine bestimmte soziale Rolle aufgezwungen wird. Kranke werden von den alltäglichen Lebensvollzügen ausgegrenzt und leben am Rande der Gesellschaft. Jesus wehrt sich wie im Buch Ijob gegen die Sichtweise, dass Kranksein notwendig eine Strafe für begangene Sünden sei (Joh 9,1–7). Stattdessen will Jesus den Kranken nicht noch länger vom Leben ausschließen. Jesus bricht daher das Verbot, am Sabbat zu heilen, und zeigt damit, dass die Aufhebung dieses Zustandes sofort geschehen muss (Mk 3,1–6; Lk 13,10–17). Die Heilung selbst beschreibt die Bibel als ein wechselseitiges Beziehungsgeschehen, an dem der Kranke nicht unbeteiligt ist. So glaubt die blutflüssige Frau an Jesus und überwindet dafür alle gesellschaftlichen Schranken (Lk 8,43–48). Anderswo ist der Kranke der Hilfsbedürftige, der die Unterstützung seiner Mitmenschen braucht und in Anspruch nimmt (Mk 2,1–12). In der Begegnung mit Jesus wird der Kranke zum Subjekt, das wieder handlungsfähig ist und seine Beziehung zu den Mitmenschen und Gott leben kann. Im biblischen Sinn ist Gesundheit ein Leben, in dem selbstbestimmte Teilhabe möglich ist. Heilung ist so eine umfassende Reintegration des Kranken. Die biblische Option für die Kranken zielt darauf, Ausgrenzungen zu überwinden, sie zu eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen und alle am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen.

Gesundheit als konditionales Gut

Die besondere Bedeutung von Gesundheit liegt in ihrem Ermöglichungscharakter. Gesundheit trägt nicht nur allgemein zu unserem Wohlbefinden bei, sondern ist zentrale Voraussetzung für die Realisierung von Lebensmöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, wenn die Verteilung von Gesundheitschancen die ungleichen Verhältnisse in unserer Gesellschaft abbildet. Allerdings darf die hohe Wertschätzung von Gesundheit nicht dazu führen, dass kranken Menschen die Chance, ein gelungenes Leben zu führen, abgesprochen wird. Ein gelingendes Leben ist auch ohne Gesundheit möglich. An-

dererseits ist auch klar, dass Krankheit eine selbstbestimmte Lebensführung und die Beteiligung an gesellschaftlichen Prozessen erschwert. Aus diesem Grund hat das Individuum ein Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung, um sein Leben selbstbestimmt führen zu können und sich an der Gesellschaft zu beteiligen.

Ethische Kriterien

Zentrale ethische Kriterien in Bezug auf das Gut Gesundheit sind die Würde des Menschen, Bedarfsgerechtigkeit, Solidarität und Eigenverantwortung, Teilhabe- und Befähigungsgerechtigkeit.

Würde des Menschen, Menschenbild und

Bedarfsgerechtigkeit

Der Mensch muss „Träger, Schöpfer und das Ziel aller gesellschaftlichen Einrichtungen sein“³.

Das Gesundheitssystem muss sich an der unteilbaren und gleichen Würde des Menschen orientieren und diese im Falle einer Gefährdung durch Krankheit bewahren. Entscheidend für die Gestaltung des Gesundheitswesens ist ein umfassendes Menschenbild, das alle Dimensionen des Menschseins berücksichtigt. Im Zentrum der Gesundheitsversorgung müssen die individuelle Bedürftigkeit und die Sorge um den kranken Menschen stehen. Die „Bestimmung des objektiven Bedarfs an Gesundheitsleistungen muss den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden“⁴. Die gleiche Bedürftigkeit darf nicht ungleich medizinisch behandelt werden. Dabei sind insbesondere arme und armutsgefährdete Menschen in den Blick zu nehmen.

Solidarität und Eigenverantwortung

Um diese Ziele zu erreichen, muss der Gedanke der Solidarität weiterhin fest im deutschen Gesundheitssystem verankert bleiben. Alle Menschen „müssen sich sicher sein können, dass sie im Falle einer existentiellen Gefährdung durch Krankheit auf die notwendigen Hilfeleistungen durch die Solidargemeinschaft zählen können“⁵. Der normative Orientierungspunkt für die Organisation des Gesundheitssystems bleibt der Einzelne, sein Wohl, seine Autonomie und seine Verantwortlichkeit.⁶ Es steht in der Verantwortung jedes Einzelnen, ob er mit seinem Verhalten seine Gesundheit fördert oder ihr schadet. Die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils ist nur möglich durch die Übernahme von Eigenverantwortung. Der Einzelne soll dazu befähigt und motiviert werden, für ein gesundheitsförderndes Verhalten die Verantwortung zu übernehmen. Die Befähigung zur Selbstsorge muss bereits im Kindesalter durch Familie und im Rahmen von Bildungsprozessen erfolgen. Führt die individuelle Lebensführung jedoch nicht zu einer solchen Verbesserung oder erhöht sie gar das Krankheitsrisiko, darf dies nicht zu Ein-

schränkungen der Leistungsberechtigung im Gesundheitswesen führen. Im Übrigen lässt sich gerade in Bezug auf den Lebensstil aufzeigen, dass gesundheitsrelevantes Verhalten vielfach weniger gewählt als frühkindlich geprägt oder sozial beeinflusst ist. Auch die jeweiligen Verhältnisse und Umweltbedingungen spielen beim Thema Gesundheit eine Rolle. Der Verweis auf die Eigenverantwortung ist deshalb immer ins rechte Verhältnis mit allen anderen die Gesundheit bedingenden Faktoren zu setzen. So ist das rechte Maß zu finden „zwischen dem, was der Einzelne für seine Gesundheit selbst tun kann (...), und dem, was gerechterweise von der Gemeinschaft erwartet werden darf.“⁷

Teilhabegerechtigkeit, Befähigungsgerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit

Die Gesundheitsvorsorge muss dem Menschen „seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern“⁸. Kranke wie gesunde Menschen haben ein Recht auf Teilhabe. Gesundheit lässt sich nur in Koproduktion zwischen Patient(inn)en, ihrem sozialen Umfeld und dem Gesundheitssystem realisieren. „Sie verlangt auf der einen Seite von allen Bürgern, sich aktiv an der Bewahrung beziehungsweise Herstellung des Gutes Gesundheit im Rahmen der eigenen Möglichkeiten zu beteiligen. Auf der anderen Seite obliegt es der Gesellschaft, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich die Menschen auch tatsächlich beteiligen können.“⁹ Ein Mehr an Gerechtigkeit ist möglich, wenn es gelingt, alle Akteure aktiv daran zu beteiligen, die Befähigung sozial benachteiligter Menschen zu verantwortlichem Gesundheitshandeln zu fördern. Dabei muss vermieden werden, allein auf das Individuum zu fokussieren. Im Sinne eines sozial fundierten Konzeptes von Gesundheit und im Rahmen einer recht verstandenen Verhältnisprävention sind die materiellen, kulturellen und gesellschaftlichen Ursachen und Rahmenbedingungen zu betrachten.

Es bedarf einer an den jeweiligen Lebenslagen der sozial benachteiligten Menschen orientierten generationssolidarischen, geschlechtergerechten und kultursensiblen Herangehensweise, die alle Politikfelder umfasst. Die Verteilung von Gesundheitsressourcen muss sich an den Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit orientieren. Bei Ressourcenknappheit müssen in Zukunft Priorisierungskriterien in einer öffentlich geführten Debatte und durch demokratisch legitimierte Verfahren und auf der Basis ethischer Kriterien entwickelt und umgesetzt werden.

3 Grundlegende Faktoren gesundheitlicher Chancengleichheit

Deutschland verfügt über ein Gesundheitssystem, das solidarisch ausgerichtet ist und eine hohe Qualität hat. In unserem Land stehen grundsätzlich jedem gesetzlich Versicherten die

gleichen Leistungen zu, unabhängig davon, welchen Beitrag er oder sie in die Krankenversicherung eingezahlt hat.

Dennoch belegen einschlägige Studien, dass die gesundheitliche Lage sehr eng mit dem sozioökonomischen Status der verschiedenen Personen(gruppen) zusammenhängt. Die Ergebnisse vielfältiger Analysen belegen, dass die Dimension sozialer Ungleichheit zu den wichtigsten Determinanten der Sterblichkeit und Lebenserwartung gehört.

Zu den Faktoren, die Gesundheit mitbedingen, zählen neben der Armut auch Lebensbedingungen wie Wohnverhältnisse und Umwelt, Gesundheitsverhalten in den Bereichen Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung, Beruf und Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, geringe Bildungschancen und Bildungsstand, Status, Einkommen, Zugang zu Dienstleistungen wie Sozialschutz und zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung.

3.1 Faktor Armut

Ein wesentlicher Faktor für gesundheitliche Benachteiligung ist die soziale Ungleichheit. Die soziale Ungleichheit wird wesentlich durch das verfügbare Einkommen bestimmt.

Was heißt arm?

Wer weniger als 60 Prozent des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens eines Landes zur Verfügung hat, gilt als armutsgefährdet.¹⁰ Im Jahr 2009 bedeutete das für eine(n) Alleinstehende(n) ein Nettoeinkommen unter 940 Euro im Monat, für eine Familie mit zwei Kindern unter 14 Jahren ein Nettoeinkommen unter 1974 Euro monatlich.

Im Jahr 2009 lebten 15,6 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze und waren deswegen armutsgefährdet.¹¹ Die Höhe des Anteils schwankt von Bundesland zu Bundesland um bis zu zwölf Prozentpunkte.¹²

Armut ist nicht nur in Bezug auf die finanziellen Ressourcen einer Person zu sehen, sondern umfasst die verschiedensten Dimensionen. Armut meint somit auch Bildungsarmut, Beziehungsarmut, Perspektivlosigkeit. Weiterhin manifestiert sich Armut in mangelnden Teilhabechancen in vielen Bereichen. Dieser mehrdimensionale Ansatz hat auch Eingang in die Armuts- und Reichtums-Berichterstattung der Bundesregierung gefunden.

Wer ist vor allem von Armut betroffen?

Besonders stark armutsgefährdet sind Arbeitslose. Über 70 Prozent von ihnen leben mit einem Armutsrisiko. Bei den Erwerbstätigen liegt das Armutsrisiko bei 7,2 Prozent. Sehr stark armutsgefährdet sind zudem Personen, die in Haushalten von Alleinerziehenden leben (43 Prozent). Das betrifft zum größten Teil Frauen, denn zu 90 Prozent ist der alleinerziehende Elternteil

weiblich.¹³ Stark betroffen sind auch Alleinlebende (30 Prozent Armutsrisiko). Kinder und Jugendliche sind überdurchschnittlich armutsgefährdet (Personen unter 18 Jahren 17,5 Prozent).¹⁴ Menschen mit Migrationshintergrund gehören überdurchschnittlich oft zu einer dieser Risikogruppen.

Die Armutsrisikoquote der Personen über 65 Jahre liegt bei 14,1 Prozent. Doch das Risiko eines Anstiegs besteht, denn die Einkommensentwicklung der „jungen Alten“, die heute zwischen 55 und 65 alt sind, ist insgesamt negativ. In dieser Altersgruppe gibt es den höchsten Anstieg an Einkommen, die unter 900 Euro liegen.¹⁵ Frauen haben im Vergleich zu Männern ab 65 Jahre ein um rund ein Viertel höheres Armutsrisiko.¹⁶ Gründe sind beispielsweise die unterbrochene Erwerbsbiografie durch Zeiten der Kindererziehung, die teils unvollständige Absicherung von Selbstständigen und niedrige Rentenansprüche, die durch Minijobs, Teilzeitjobs und von Geringverdienern erworben werden. Menschen mit Erwerbsunterbrechungen aufgrund von Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen – das betrifft insbesondere Frauen – haben ein höheres Risiko, im Alter nur eine kleine Rente zu beziehen. Aber auch langandauernde Krankheiten sind ein Armutsrisiko im Alter.

Arme Menschen sind kränker und sterben früher

Schon bei Kindern und Jugendlichen schlägt sich ein niedriger sozialer Status in einer durchschnittlich schlechteren Gesundheit nieder. Säuglinge aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sterben häufiger an plötzlichem Kindestod als Säuglinge mit höherem Sozialstatus.¹⁷ Junge Menschen aus sozial benachteiligten Familien haben ein deutlich höheres Unfallrisiko (Verkehrsunfälle und Verbrennungen) als Kinder und Jugendliche aus sozial bessergestellten Familien. Bei Minderjährigen sowie Erwachsenen mit niedrigem Sozialstatus wurden insgesamt schlechtere Sehleistungen festgestellt.¹⁸ Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund sind zudem häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen.¹⁹ Sie sehen ihre Zukunft oft pessimistisch.²⁰ Menschen mit einem niedrigen oder gar keinem Einkommen, Menschen, die in prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten oder gar keine Arbeit haben sowie Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand haben eine deutlich geringere Lebenserwartung und tragen ein wesentlich höheres Krankheitsrisiko als Menschen mit einem höherem sozioökonomischen Status. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt liegt in Deutschland bei Frauen aus der Armutsrisikogruppe rund acht Jahre unter der von Frauen aus einer hohen Einkommensgruppe. Bei Männern sind es sogar elf Jahre.²¹ Konkret ist für arme Menschen das Risiko höher, bestimmte Krankheiten zu bekommen wie beispielsweise Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mel-

litus und chronische Bronchitis.²² Menschen mit geringem Einkommen sterben bei bestimmten Krankheitsbildern früher, zum Beispiel bei Bluthochdruck. „Die stärkere Verbreitung von Gesundheitsrisiken und Krankheiten in der einkommensarmen Bevölkerung findet auch in der vorzeitigen Sterblichkeit einen deutlichen Niederschlag. Im Vergleich zur einkommensstärksten Bevölkerungsgruppe weisen die Einkommensschwächsten eine etwa zweifach erhöhte vorzeitige Sterblichkeit auf (Sozio-ökonomisches Panel 1998–2003).“²³

3.2 Faktor Bildung, Wohnort, Umfeld

Bildung

In den Studien zum Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit „besteht Einigkeit darüber, dass die in frühen Phasen des Lebens erworbene Bildung eine Veränderung der Gesundheit im Alter beeinflusst“²⁴. Personen mit niedrigem Bildungsstand haben häufiger Seh- oder Höreinschränkungen und sind mit zunehmendem Alter eher von chronischen Erkrankungen betroffen als Personen mit höherem Bildungsstand. Sie leiden im Alter mehr an körperlichen Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und sind in ihrer Mobilität gemindert. Sie erfahren zudem weniger soziale Unterstützung als Menschen mit höherem Bildungsstand. Menschen mit geringer Bildung haben außerdem ein zwei- bis dreifach höheres Risiko, arbeitslos zu werden.

Das bedeutet: Bildung und Gesundheit gehen Hand in Hand. Bildung eröffnet nicht nur den Zugang zu besseren Verdienstmöglichkeiten, sondern auch zu Gesundheitswissen, erhöht die Sensibilität für gesundheitsförderliche Zusammenhänge und vergrößert somit die Chancen für gesundheitsförderliches Verhalten. Gesundheit ist zugleich eine zentrale Voraussetzung für das Lernen.

Wohnort und Umfeld

Auch der Wohnort und die Bedingungen im Umfeld spielen eine nicht unerhebliche Rolle in Bezug auf Gesundheit und Lebenserwartung. Abhängig von der Armutsrisikoquote einer Region in Deutschland kann die Lebenserwartung nicht unerheblich differieren: In Regionen mit der höchsten Armutsrisikoquote liegt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Vergleich mit Regionen mit niedriger Armutsrisikoquote bei Männern um fünf Jahre niedriger, bei Frauen um drei Jahre niedriger.²⁵ Aber auch Infrastruktur und Wirtschaftskraft sind „signifikante Kontextfaktoren“ in Bezug auf Sterblichkeit: Bundesländer mit geringerer Wirtschaftskraft, weniger Ärzt(inn)e(n) und höherer Ländlichkeit weisen beispielsweise eine höhere männliche Rentnersterblichkeit auf.²⁶ Unterschiede zwischen Stadt und Land zeigen sich in neuen und alten Bundesländern: „Für Hessen und Mecklenburg-Vorpommern konnte gezeigt werden, dass die Lebens-

erwartungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen beträchtlich variieren: Die mittlere Lebenserwartung in der Stadt lag um mehrere Jahre über der in den Landkreisen. Als Grund dafür wurde ein Ursachenkomplex angegeben, zu dem die bessere medizinische Versorgung und kürzere Rettungswege in städtischen Regionen zählen sowie selektive Wanderungsprozesse mit einer nicht zufälligen Bevölkerungsverteilung.⁴²⁷

Es gibt aber selbst in der Stadt Unterschiede von Stadtteil zu Stadtteil. In Großstädten wie Berlin wurden zwischen einzelnen Stadtteilen Unterschiede in der Lebenserwartung von durchschnittlich bis zu 3,5 Jahren festgestellt. So beträgt zum Beispiel bei Frauen in Friedrichshain-Kreuzberg die durchschnittliche Lebenserwartung 2,8 Jahre weniger als bei Frauen im Stadtteil Treptow-Köpenick. Bei Männern beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung in Friedrichshain-Kreuzberg 4,1 Jahre weniger als bei Männern im Stadtteil Charlottenburg-Wilmersdorf.²⁸ Der Zusammenhang zwischen früherer Sterblichkeit und bestimmten sozialen Merkmalen wurde in Berlin auch in Form eines negativen Sozialindex beschrieben, der auf die Verbindung der Merkmale geringes Einkommen und Familienstand hinweist: „Bezirke mit einem negativen Sozialindex wiesen zum Beispiel einen hohen Anteil an Arbeitslosen, Sozialhilfeempfängern, Alleinerziehenden und Geringverdienern auf.“²⁹

Zum Faktor Umfeld, der Gesundheit ganz konkret mitbestimmt, sind auch die Wohnverhältnisse, Kindertageseinrichtungen und Schulen, Ausbildungsplätze und Arbeitswelten hinzuzurechnen.

4 Gesundheitliche Chancengleichheit geht alle an – Lösungsansätze zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit

Gesundheitliche Benachteiligung wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt. Insofern müssen auch die Lösungsansätze mehrdimensional und vielfältig sein. Diese können nicht nur das Gesundheitssystem betreffen, sondern müssen alle Politikbereiche in den Blick nehmen. Darauf weist bereits die Ottawa-Charta der WHO von 1986 hin: „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.“³⁰ Einzubeziehende sind insbesondere das Sozialsystem und die Arbeitspolitik, das Bildungssystem und die Zivilgesellschaft, dieses konkret in der Gestaltung des sozialen Nahraumes, von Nachbarschaft und Quartier. Grundlegend ist unter anderem auch der Zugang zu materiellen Ressourcen, auskömmlicher Erwerbsarbeit und zu angemessenem Wohnraum.

4.1 Lösungsansätze mit Blick auf den Bundes- und die Landesgesetzgeber

Verankerung gesundheitlicher Chancengleichheit als Querschnittsaufgabe

Um langfristig eine Verlängerung der Lebenserwartung und der gesunden Jahre von allen Menschen zu erreichen, sind besonders die Belange von sozial benachteiligten Menschen bei allen Gesetzgebungsverfahren in den Blick zu nehmen. Initiativen und Gesetzesvorhaben auf allen politischen Ebenen (Kommune, Land, Bund) und in allen Bereichen (Gesundheits-, Arbeits- und Sozialpolitik, Bildungspolitik, Arbeitswelt, Umwelt, Städtebau und Wohnungsbau) sind auf ihre Konsequenzen bezüglich Armut und Ausgrenzung zu prüfen. Deshalb hat der Deutsche Caritasverband bereits 2010 folgenden Vorschlag unterbreitet: „Geltende Gesetze und künftige Gesetzgebungsverfahren sind daraufhin zu überprüfen, ob die spezifischen Belange von Menschen mit körperlichen, seelischen, geistigen, sprachlichen oder anderen Einschränkungen angemessen berücksichtigt sind.“³¹

Eine praktische Umsetzung im Sinne einer generellen Ausrichtung der Gesetzgebung würde bedeuten, dass neben einer Gender- und Generationengerechtigkeit auch immer die Überprüfung einer „Sozial-Benachteiligten-Gerechtigkeit“ bei jeder Gesetzesvorlage erfolgt, indem die Frage zu stellen ist: Nutzt dieses Gesetz auch den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen bei einer Verbesserung ihrer Lebenswirklichkeit und ihrer gesundheitlichen Situation?

Verabschiedung eines Präventionsgesetzes

Die Bundesregierung ist gefordert, eine umfassende Präventionsstrategie zu entwickeln und damit Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgung aufzuwerten. Die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes, das die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie die Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention festlegt und dabei besonderen Bezug auf gesundheitlich benachteiligte Personengruppen nimmt, ist geboten.

Weiterführung und Stärkung nationaler Gesundheitsziele

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von sozial benachteiligten Menschen bedarf es einer Weiterführung, Neuausrichtung und Stärkung der nationalen Gesundheitsziele. Es muss ein Handlungsplan erarbeitet werden, der regelhaft anhand einer durch Kriterien gestützten Evaluierung revidiert wird, um Prioritäten in der Gesundheitsförderung zu setzen. Da ein gesunder Lebensstil früh geprägt wird und eine Gesundheitsförderung, die bei Kindern und Jugendlichen ansetzt, die größten Effekte in Bezug auf die Lebenszeit hat, sind dabei vor allem Kinder und Jugendliche in den Blick zu nehmen. Dies fordert

beispielsweise auch der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung: „Es bedarf des entschiedenen politischen Willens, damit die Verminderung sozialer Ungleichheit als gemeinsame Aufgabe der vorrangig verantwortlichen Ressorts (zum Beispiel Bildungs-, Arbeits- und Sozialpolitik, Familien-, Kinder und Jugendpolitik sowie Finanz- und Wirtschaftspolitik) anerkannt wird.“³²

Patientenvertreter(innen) sollten auf politischer Ebene in den Gremien und Institutionen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der regionalen gesundheitlichen Versorgung haben – wie zum Beispiel in Landesgesundheits- und Pflegeausschüssen –, stärker beteiligt werden. Auch eine stärkere Beteiligung von Betroffenenvertreter(inne)n im Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) wäre sinnvoll.

Zielführend wäre auch ein generelles Verbot der Werbung für gesundheitsschädliche und suchtgefährdende Produkte wie beispielsweise Zigaretten und Alkohol auf Plakaten, in Zeitungen und Zeitschriften, Funk, Film, Internet und Fernsehen.

Mögliche nationale Gesundheitsziele wären demzufolge ...

- ... die Verbesserung der Ernährung und Bewegung von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. Ein im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung vorgeschlagener Parameter dazu wäre: Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht nimmt im Verhältnis zu den Ergebnissen der KIGGs-Studie³³ nicht zu.³⁴

- ... die Verbesserung der Sprachförderung bei Kindern, um Sprachkompetenzen insbesondere bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund zu fördern. Vorgeschlagener Parameter: 95 Prozent der Kinder, die eingeschult werden, haben ausreichende Sprachkompetenzen.³⁵

- ... der Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen, mit einer Verknüpfung von messbaren Zielen. Ein im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung vorgeschlagener Parameter dazu wäre: Ein Viertel aller Schulen bietet entsprechende Programme an.³⁶

Anpassung der Gesundheitsberichterstattung

Die Daten und Ergebnisse der Berichterstattung der Bundesregierung zu Armut und Reichtum, Frauen, Familie und Sozialem und zur Gesundheit müssen miteinander verknüpft und den politisch Verantwortlichen und Handelnden in Kommune und Gemeinde, Verwaltung und der Fachpraxis zur Verfügung gestellt werden. Dabei sollten, so stellt der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung fest, „Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und Behinderung (...) in der Gesundheitsberichterstattung besondere Berücksichtigung finden.“³⁷

Politik zur Verbesserung der Einkommenssituation

Um Armut als einen der wichtigsten Faktoren, der gesundheitlicher Chancengleichheit entgegensteht, zu überwinden, sind folgende Maßnahmen in Bezug auf den Arbeitsmarkt zentral: eine schnelle Vermittlung in den Arbeitsmarkt, gegebenenfalls unterstützt durch individuelle begleitende Sozialarbeit, eine passgenaue Förderung von Qualifikationen sowie die Schaffung familien- und altersgerechter Arbeitsplätze. Auch die Schaffung eines sogenannten „dritten“ Arbeitsmarktes für aufgrund von mehrfachen Vermittlungshemmnissen nicht in den ersten Arbeitsmarkt vermittelbare Menschen wäre hier zu nennen.

Verbesserung der Einkommenssituation von Frauen und Familien mit Kindern

Gesundheitsverhalten wird maßgeblich in Familien geprägt. Nachgewiesen ist ein enger Zusammenhang zwischen materieller Armut und schlechtem Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen. Dementsprechend sieht auch der 13. Kinder- und Jugendbericht mit dem Titel „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen“ die Überwindung von Armut in Familien als zentrale Voraussetzung für eine nachhaltige Gesundheitsförderung an: „Die Verbesserung der materiellen Lage armer Haushalte mit Kindern und der gesundheitlichen Bedingungen des Aufwachsens, unter besonderer Berücksichtigung der sozioökonomischen Lage von Alleinerziehenden, Arbeitslosen, von Migrantinnen und Migranten müssen (...) Vorrang haben.“³⁸

Der Deutsche Caritasverband hat im Oktober 2008 ein Konzept zur Bekämpfung der Kinderarmut vorgelegt: Über bedarfsgerechte Kinderregelsätze und eine Qualifizierung des Kinderzuschlags wird gewährleistet, dass Familien mit Transfer- oder Niedrigeinkommen den Unterhaltsbedarf ihrer Kinder außerhalb der Grundsicherung erhalten und so das verfügbare Haushaltseinkommen erhöht wird. Ebenso will das Konzept über befähigende Sachleistungen sicherstellen, dass jedes Kind über die notwendigen Voraussetzungen für Bildung und Teilhabe verfügt.³⁹

Es ist erforderlich, Menschen in Zeiten, in denen eine Erwerbstätigkeit wegen Fürsorge- oder Pflegeleistungen nicht oder nur eingeschränkt erfolgen kann, finanziell besser abzusichern. Hierzu gehört die Erweiterung des Elterngeldes in der gesetzlichen Elternzeit, eine Ausweitung der „Partnermonate“, um Frauen einen besseren Wiedereinstieg ins Berufsleben zu ermöglichen, ebenso wie die bessere Honorierung von Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung. Parallel dazu müssen auch die Rentenanwartschaften für Sorgeleistungen neu justiert werden.

Damit die von der Politik angestrebte höhere Erwerbsbeteiligung von Müttern die Einkommenssituation von Familien spürbar verbessert, ist ein Abbau der Lohndifferenzen zwischen Frauen und Männern bei gleichwertigen Tätigkeiten durch In-

stallierung geschlechtergerechter Arbeitsbewertungsverfahren (vgl. 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung) erforderlich. Frauen verdienen im Schnitt 23 Prozent weniger als Männer in den gleichen Berufen. Bei den Minijobs, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden, ist eine Rentenversicherungspflicht einzuführen. Minijobs müssen nach Ansicht der Caritas mit dem vollen Beitragssatz von 19,9 Prozent rentenversicherungspflichtig sein, wobei der Arbeitgeber sowohl im gewerblichen als auch im privaten Bereich 15 Prozent und der Arbeitnehmer 4,9 Prozent zu tragen hat.

4.2 Lösungsansätze mit Blick auf die kommunale Steuerung

Die Ottawa-Charta der WHO konstatierte: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.“⁴⁰ Ausgehend von dieser umfassenden Beschreibung gesundheitsbestimmender Faktoren muss vor Ort, wie in einigen Städten bereits modellhaft vorgelegt, eine Analyse der bestimmenden Faktoren/Stressoren für die gesundheitliche Situation (Wohnung, Verkehr, Arbeit, Infrastruktur, Wohnumfeld, Bildung, Einkommen etc.) erfolgen. Die konsequente Einhaltung einer gesundheitsbezogenen Umweltbeobachtung zum Gesundheitsschutz vor allem in Regionen mit hoher, durch wirtschaftliche Prozesse verursachter Umwelt- und Schadstoffbelastung (Industrieanlagen, Bergbau, Verkehr, Atomkraftwerke etc.) ist umzusetzen, ausgerichtet auf die besonderen Belange von Kindern und auf Wohnquartiere mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Menschen. Dies betrifft die Überprüfung und Begrenzung von Schadstoffen in Baustoffen, aber auch in Böden, Gewässern und in der Luft sowie die Verringerung der Belastung der Bevölkerung mit Lärm und niederfrequenter Strahlung durch Hochspannungsleitungen und elektromagnetischer Strahlung durch Sendemasten moderner Kommunikationseinrichtungen.

In der Stadtentwicklung muss die Dimension der Schaffung und des Erhalts gesundheitsförderlicher (Wohn-)Umfelder und von Wohnraum als verbindliche und sektorübergreifende Strategie verankert werden. Bauliche Maßnahmen wie die Errichtung und Bewahrung von Grünflächen und Parks, Sportanlagen und Spielplätzen und bezahlbare Angebote für die Freizeitgestaltung vor allem für Kinder und Jugendliche in benachteiligten Stadtbezirken sind einzubetten in eine Strategie integrierter Stadtteilentwicklung, bei der bauliche, soziale, bildungs- und gesundheitspolitische Strategien miteinander verbunden werden.

Weitere Maßnahmen sind die Gestaltung der Verkehrsführung mit dem Ziel der Verkehrsberuhigung in Wohngebieten mit negativem Sozialindex, zum Beispiel durch Einrichtung von Umgehungsstraßen und Spielstraßen, durch innerstädtische Geschwindigkeitsbegrenzungen (beispielsweise Tempo-30-Zonen) und durch den Ausbau des Radwegenetzes und der Fußgängerbereiche. Zur Gestaltung gesundheitsfördernder Umwelten im Stadtteil gehört auch die Schaffung gesundheitsförderlicher und kindgerechter Erlebniswelten, zum Beispiel durch eine bewegungsanregende Gestaltung von Parks und Spielplätzen, durch die Einrichtung von Ruhezonen, durch die Einrichtung und Initiierung von Erlebnisbauernhöfen, auf gemeinschaftliche Bewirtschaftung ausgelegten Gartenprojekten, Waldprojekten, Abenteuerspielplätzen und -hallen und Sportangeboten, sowie durch die gesundheitsförderliche Gestaltung von Kindertageseinrichtungen, Schulen und Treffpunkten für Kinder und Jugendliche und Orten der Begegnung wie Bürgerhäusern, Mehrgenerationenhäusern etc.

Vernetzung und bereichsübergreifende Zusammenarbeit

Eine zentrale Aufgabe im Rahmen der integrierten Stadtentwicklung ist die Organisation der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Akteure des Bildungs-, Versorgungs- und Gesundheitssystems insbesondere im Hinblick auf sozial benachteiligte und vulnerable Bevölkerungsgruppen. Die gesundheitliche Situation vulnerabler Bevölkerungsgruppen muss dazu vor Ort analysiert werden und die Menschen bei der Gestaltung einer an ihren Bedürfnissen orientierten gesundheitlichen Versorgung einbezogen werden.

Sozialraumorientierung

Die konsequente Umsetzung von Sozialraumorientierung ist ein wichtiger Schritt zur Etablierung ganzheitlicher Gesundheitsprävention, -förderung und -hilfe insbesondere im Blick auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Sozialraumorientierung meint dabei den Blick auf den Sozialraum als das Wohn- und Lebensumfeld der Menschen, auf den Stadtteil, das Quartier, eine Nachbarschaft oder ein ganzes Dorf, teilweise auch auf eine administrative und planerische Größe innerhalb kommunaler Verwaltung und Planung.⁴¹ Die Sozialraumorientierung nimmt in erster Linie die Menschen, andererseits aber auch den Raum, in dem sie als Bürgerinnen und Bürger eines Gemeinwesens wohnen, in den Blick. Sie fragt nach deren Wünschen und Bedarfen und aktiviert und fördert die (Selbsthilfe-)Potenziale und Ressourcen der Menschen. Dabei geht es nicht nur um die betroffenen Menschen selbst, etwa die kranken oder armutsgefährdeten Menschen, sondern um alle Bewohner(innen) eines Sozialraums, aber auch alle dort angesiedelten und agierenden Dienste, Einrichtungen, Institutio-

nen, Ämter, Organisationen, Unternehmen, Arbeitgeber bis hin zu den Kirchen und anderen Glaubensgemeinschaften. Zielgruppen-, bereichs- und sektorübergreifend versuchen sie alle gemeinsam durch ein solcherart integriertes Vorgehen, die Lebenssituation der Menschen in den Sozialräumen zu verbessern.

Durch einen solchen Ansatz kann für eine gesundheitsförderliche Gestaltung des Umfeldes und der Lebensverhältnisse sowie der Dienste und Einrichtungen der Gesundheitshilfe viel erreicht werden. Die Menschen vor Ort werden direkt miteinbezogen, wodurch die Chancen steigen, auch benachteiligte Gruppen mit unterschiedlichen Zugangshindernissen zu Angeboten der gesetzlich verankerten Gesundheitshilfe zu erreichen oder zu Verhaltensänderungen zu bewegen.

Gut funktionierende Nachbarschaften entstehen nicht von allein, sondern erfordern bestimmte Rahmenbedingungen sowie Strukturen, die vielfältige Gelegenheiten zur Begegnung ermöglichen. Daraus können dann beispielsweise Netzwerke und ehrenamtliche Unterstützungsformen in Form von Patenschaftskonzepten für Kinder, Jugendliche, alte Menschen, Migrantenfamilien etc. entstehen, die Menschen bei der Verwirklichung ihrer Befähigungs- und Teilhabechancen in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit unterstützen und niederschwellige Zugänge zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsleistungen eröffnen können.

Die Berücksichtigung der Prinzipien der Sozialraumorientierung ist eine zentrale Aufgabe der kommunalen Politikgestaltung.

Interkulturelle Öffnung

Eine gesundheitliche Benachteiligung betrifft vornehmlich Menschen mit fehlenden oder eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen, einem geringen Bildungsstand, niedrigem Einkommen und/oder prekärer Aufenthaltssituation. Diese Gruppe ist in vielen Aspekten mit der Gruppe sozial benachteiligter und/oder bildungsferner Menschen ohne Migrationshintergrund zu vergleichen, hat aber aufgrund sprachlicher Barrieren, eventueller kultureller Besonderheiten und einer teilweise geringen Systemvertrautheit noch höhere Zugangsbarrieren und ist durch die bestehenden Systeme und Angebote schwerer erreichbar als letztere.

Trotz vermehrter Bemühungen, das deutsche Gesundheitssystem und insbesondere die Gesundheitseinrichtungen interkulturell zu öffnen, bestehen jedoch nach wie vor zahlreiche Zugangsbarrieren. In vielen Diensten und Einrichtungen der Gesundheitshilfe und bei Krankenkassen, Ärzt(inn)en und Therapeut(inn)en fehlen Unterstützungsstrukturen in der sprachlichen Kommunikation (und die Möglichkeiten der Finanzierung solcher Leistungen) sowie interkulturelle Kompetenzen. Sprachliche Barrieren und mangelhafte beziehungsweise keine

Kenntnisse über die kulturellen Hintergründe der Klient(inn)en stellen für behandelnde Therapeut(inn)en und Ärzt(inn)en eine Herausforderung dar. Nicht selten kommt es aus Unkenntnis der soziokulturellen Hintergründe zu Missverständnissen, die fehlerhafte Behandlungen und Therapien zur Folge haben können.

Konkrete Anforderungen für die Institutionen, Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens sind unter anderem: die Herausgabe von Informationsmedien in einfacher Sprache wie zum Beispiel Patienteninformationen, die auch in mehrere Sprachen übersetzt werden. In einem Projekt der Universität Mainz wurden beispielsweise Informationen zu allgemeinen Gesundheitsleistungen und Kosten erarbeitet und in mehrere Sprachen übersetzt.⁴² Ein weiteres Beispiel ist die Erarbeitung leicht verständlicher Informationen zu Krankheitsbildern, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie sie von der Universität Witten/Herdecke⁴³ oder dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) herausgegeben wurden.⁴⁴

Die Bildung interkultureller Teams, die Einstellung muttersprachlichen Personals beispielsweise von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund und die interkulturelle Fortbildung der Angestellten und Führungskräfte ist ebenfalls Teil der interkulturellen Öffnung. Eine weitere Maßnahme wäre eine verbesserte Zulassung zur Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten, die in ihren Herkunftsländern ausgebildet wurden. Zu hoffen ist, dass mit dem neuen „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen“ (BQFG), das am 12. März 2012 in Kraft tritt, dies auch erreicht wird.

Muttersprachliche Informationen über die Ausprägungen der interkulturellen Öffnung von Kliniken und Gesundheitszentren wären ein zentraler Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Sie würden darin gestärkt, ihr Wunsch- und Wahlrecht bewusst wahrzunehmen.

4.3 Lösungsansätze aus der Perspektive des Deutschen Caritasverbandes

Der Deutsche Caritasverband ist mit seinen spezifischen Gesundheitsdiensten und -einrichtungen ein wichtiger Akteur im Kontext von Kuratation, Pflege und Rehabilitation. Darüber hinaus ist er als Dienstleister im sozialen Sektor stark in der Gestaltung guter Lebensqualität engagiert und somit ein Akteur, der Prävention im umfassenden Sinne betreibt. Mit seinen Konzepten der Befähigung und Teilhabe unterstützt er sowohl den einzelnen Menschen und setzt sich zugleich für deren Interessen ein.

Ressourcenorientierung

Der Deutsche Caritasverband orientiert sich in seinen Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung am Konzept der Sa-

lutogenese, verstanden als ein multifaktorielles Geschehen, das eng mit sozialen und kulturellen Faktoren verbunden ist. Gesundheit beziehungsweise der Erhalt von Gesundheit hängt unter anderem auch damit zusammen, dass man versteht, was mit einem passiert. Wenn man Vertrauen in den Sinn des Lebens hat und die Möglichkeit, die Ressourcen und die Fähigkeit, Einfluss auf die Gestaltung des Lebens zu nehmen, beeinflusst dies das Gefühl der Kohärenz.⁴⁵ Der Zusammenhalt in einer Gesellschaft, im sozialen Nahraum und in erster Instanz in der Familie spielen dabei eine wesentliche Rolle. In diesen Settings wird ein Grundgefühl des Vertrauens erzeugt, und dadurch können zum Beispiel Angstgefühle gemindert werden. Angst wiederum ist ein grundlegender Faktor für die Entstehung psychischer Krankheiten. Ein Gefühl von Stimmigkeit entsteht auch durch Beziehungen und durch zwischenmenschliche Kommunikation. Deshalb spielt auch die zwischenmenschliche Kommunikation im sehr weiten Sinne eine entscheidende Rolle für die Erhaltung von Gesundheit. Will man den Grundsatz der Salutogenese in der Gesundheitsförderung und der Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Menschen verwirklichen, müssen deshalb die Fähigkeiten und Ressourcen des Individuums, aber auch sein Verwobensein in den familiären Kontext und die Einbindung in soziale Netzwerke/den sozialen Nahraum in den Blick genommen werden.

Stärkung der Widerstandskraft

Ein Ansatz in der Gesundheitsförderung, der auf diesen Erkenntnissen aufbaut, ist die Stärkung der Resilienz. Unter Resilienz oder auch Stressresistenz versteht man die Stärkung der inneren, mentalen, physischen und psychischen Widerstandskraft des Individuums im Umgang mit erschwerenden Lebensbedingungen, widrigen Umständen und Lebenskrisen. Dazu zählen beispielsweise schwere Krankheiten, Verlust von nahestehenden Menschen, Trennung der Eltern, chronische Armut oder Arbeitslosigkeit. Resilienz ist eine Kapazität, die vor allem im Verlauf der Entwicklung im Kontext der Kind-Umwelt-Interaktion erworben wird. Initiativen müssen sich daher mit den Schutz- beziehungsweise Risikofaktoren der kindlichen Entwicklung, die sowohl in der Person des Kindes selbst als auch in seinem familiären und sozialen Lebensumfeld angelegt sein können, auseinandersetzen und sie im Sinne der frühen Prävention positiv beeinflussen. Eine Stärkung der Resilienz erfolgt beispielsweise, wenn Erfahrungen der Zugehörigkeit und Anerkennung gemacht werden können, wenn Vertrauen durch soziale Beziehungen zu anderen gestärkt wird und auch durch die Erfahrung von Selbstwirksamkeit. Hier wirken Initiativen und Angebote zur Stärkung der elterlichen Versorgungs-, Erziehungs- und Beziehungskompetenzen (zum Beispiel das HaushaltsOrganisationsTraining [HOT] der Caritas⁴⁶, Angebote der Frühen

Hilfen, der Erziehungs- und Elternberatung, Mutter-Kind-Interaktionsförderung im Rahmen der Müttergenesung usw.). Gefördert wird dies auch beispielsweise in Projekten von ehrenamtlich engagierten älteren Menschen mit Kindern und Jugendlichen (zum Beispiel Familienpaten, Wunsch-Großelterndienste oder auch „Leihgroßmutter“, „Leihgroßvater“, durch ehrenamtliche Hausaufgabenhilfe etc.).

Für Jugendliche und Erwachsene wird dies auch möglich durch ehrenamtliches Engagement, in dem der oder die Einzelne Verantwortung übernimmt und sich für andere einsetzt (beispielsweise Engagement bei der Freiwilligen Feuerwehr, Wasserwacht, Bergwacht, in Sportvereinen, Umweltorganisationen, innerhalb eines Freiwilligen Sozialen Jahres, bei Besuchsdiensten in Krankenhaus und Altenheim etc.). Aber auch durch die Mitgliedschaft in Selbsthilfegruppen (zum Beispiel Anonyme Alkoholiker, Overeaters Anonymus, Kreuzbund, Freundeskreise Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz etc.) können solche Erfahrungen gemacht und bestärkt werden. Gezielte Programme, die in Kindertageseinrichtungen bei den betroffenen Kindern und Eltern ansetzen oder bei arbeitslosen Menschen und ihrer Familie, können hier ebenfalls hilfreich sein und präventiv wirken.

Ebenso führt sportliche Betätigung zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls und der Stressresistenz. Nachgewiesen-ermaßen wirkt Sport aber auch präventiv bei einer Vielzahl von Krankheiten und verlängert die Lebenserwartung. Insofern ist die Förderung von sportlichen Aktivitäten für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, junge und alte Menschen insbesondere in Quartieren mit einer Konzentration von sozial benachteiligten Menschen eine wichtige Maßnahme der gesundheitlichen Prävention. Die sozialpädagogischen Angebote der Caritas berücksichtigen diese Zusammenhänge in ihren Konzepten.

Stärkung der Selbstbestimmung und Selbsthilfe

Gesundheitsförderung kann durch die Stärkung der Selbstbestimmung und durch Empowerment ganz konkret vorangetrieben werden. Empowerment und Partizipation werden gefördert beispielsweise in Selbsthilfenetzwerken. Eine wirksame Gesundheitsförderung stellt durch Befähigung die dafür notwendigen Voraussetzungen zur Teilnahme und zum Engagement her. Dabei brauchen diese Selbsthilfestrukturen eine professionelle Unterstützung. Auch Einrichtungen und Dienste können ihren Teil zur Stärkung der Selbsthilfe und der Ressourcen von gesundheitlich benachteiligten Menschen beitragen: Im Rahmen eines Projektes wurden im Deutschen Caritasverband Checklisten erarbeitet, die die Angebote und Dienste der Caritas dabei unterstützen sollen zu überprüfen, ob ihr Engagement ressourcenfördernd ist.⁴⁷

Befähigung und Bildung

Kindertageseinrichtungen, Schulen und Ausbildungsstätten müssen das Thema „gesundes Leben“ als breiten, praxisorientierten Ansatz konzeptionell implementieren. In Schulen sollte es als Querschnittsthema in verschiedenen Schulfächern (zum Beispiel Biologie, Deutsch, Gemeinschaftskunde, Hauswirtschaft, Sport) verankert und zusätzlich in den Schulalltag integriert werden („gutes“ Essen bei Festen, Sportevents, Projektarbeit). Auch muss für Schüler(innen) im Rahmen von Bewegung und Entspannung der Körpererfahrung mehr Raum gegeben werden.

Eine Voraussetzung dafür ist, dass in die Aus- und Weiterbildung der Erzieher(innen), Lehrkräfte, Pädagogen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Mediziner und Pflegekräfte das Wissen um die Verbindung von Bildung und Gesundheit integriert wird. Und schließlich müssen alle übrigen Akteure in der Gesellschaft in diesen Prozess miteinbezogen werden: „Um gemeinsam mit Schule die Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern, bedarf es Strukturen einer regionalen Bildungslandschaft, die das Zusammenwirken von Akteuren der Jugendhilfe, des Sports, der Kirche, Kultur und Wirtschaft ermöglicht.“⁴⁸

„Die Chance, das eigene Leben in die Hand zu nehmen, muss im Sinne einer dynamischen Chancengerechtigkeit jedem Einzelnen immer wieder neu eröffnet werden. Zugleich verändert der gesellschaftliche Wandel die Spielräume ständig. Deshalb muss auch die Gesellschaft die Angebote zur Beteiligung und zur Befähigung fortwährend an die neuen Gegebenheiten anpassen.“⁴⁹

Ein weiteres Problem im Bereich der Bildung ist die Zunahme fehlender oder eingeschränkter Schreib- und Lesekompetenzen. Dies betrifft insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten, ältere Menschen, Menschen mit geringer Bildung und auch Zuwanderer mit begrenzter deutscher Sprachkenntnis. Über vier Millionen Menschen in Deutschland gelten als sogenannte funktionale Analphabeten. Sie haben zwar irgendwann einmal Lesen und Schreiben gelernt, diese Fähigkeit aber wieder verlernt. Für diese Menschen sind schriftliche Mitteilungen von Einrichtungen des Gesundheitssystems nicht oder nur schwer zu verstehen. Ihnen fällt es beispielsweise schwer, einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen zu stellen, wenn die Belastungsgrenze von zwei Prozent des Bruttojahreseinkommens, beziehungsweise bei chronisch kranken Menschen von einem Prozent, erreicht ist. Schriftliches gesundheitsbezogenes Aufklärungs- und Präventionsmaterial ist ihnen nicht oder nur schwer zugänglich. Neben der Einrichtung von Bildungskursen, die speziell auf diese Klientel zugeschnitten sind (zum Beispiel im Rahmen der Bildungskurse von Arbeitsämtern, Volkshochschulen und Vereinen) ist eine Sensibilisierung von Ämtern und Behör-

den, Geschäftsstellen der Krankenkassen, Beratungsstellen, Einrichtungen und Diensten für das Problem des Analphabetismus voranzutreiben.

Entwicklung von Leitbildern, die gesundheitliche Chancengleichheit beinhalten

Die Entwicklung von Leitbildern, die gesundheitliche Chancengleichheit beinhalten, kann nicht zuletzt auch auf dem Hintergrund einer christlichen Unternehmenskultur erfolgen:

In den Rahmenbedingungen einer christlichen Unternehmenskultur heißt es in Kapitel 2.1 Grundsätze der Dienstleistungserbringung: „In seiner Angebotsgestaltung richtet sich der Träger nach den Bedürfnissen seiner Zielgruppen (Kundinnen- und Kundenorientierung). (...). Niemand darf aufgrund seines Geschlechts, seines Alters, seiner physischen und/oder psychischen Verfassung, seiner ethnischen Zugehörigkeit, seiner Nationalität, seiner Religion, seiner Kultur und Weltanschauung, seiner Bildung, seiner sozialen Herkunft ausgeschlossen werden.“⁵⁰

Eine Überprüfung einer Institution/eines Betriebes hinsichtlich der Wirksamkeit und Umsetzung der Leitbilder könnte beispielsweise durch eine Evaluation der Zielgruppen bezüglich des Einschlusses gesundheitlich benachteiligter Personengruppen erfolgen. Zu fragen wäre: Wird die Zielgruppe mit dem bestehenden Angebot erreicht? Wenn nicht, müsste regelhaft analysiert werden, warum dieses Ziel nicht erreicht wird. Anschließend wäre gegebenenfalls das Angebot an den Bedarfen der speziellen Zielgruppen (neu) auszurichten. Ein Instrument zur Evaluation und Analyse wären zum Beispiel die Anwendung und Implementierung von Checklisten, die im Rahmen eines Projektes im Deutschen Caritasverband erarbeitet wurden. Diese können die Angebote und Dienste der Caritas dabei unterstützen, sich zu überprüfen, ob vulnerable Zielgruppen erreicht werden, ob und wie Zugänge geschaffen werden können und wie Vernetzung zu fördern ist.⁵¹

4.4 Lösungsansätze mit Blick auf das Gesundheitssystem Zugang zu Gesundheitsleistungen

Die Überwindung von Zugangsbarrieren ist eine wichtige strukturelle Maßnahme zur Verbesserung der Gesundheit und der Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung von sozial benachteiligten Menschen. Der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens muss grundsätzlich für alle in Deutschland lebenden Menschen – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – gleichermaßen gewährleistet sein. Menschen, die aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger und sprachlicher Einschränkungen spezifische Bedarfe haben, dürfen nicht benachteiligt werden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens müssen barrierefrei ausgestaltet sein. Dies betrifft ihre räumliche, sächli-

che und inhaltlich-konzeptionelle Ausstattung und erfordert angemessene Vorkehrungen als Voraussetzung für die Bedarfsfeststellung im individuellen Fall sowie für Verfahren der Diagnostik, Therapie, Pflege und Rehabilitation.⁵² Deshalb muss ein verlässlicher und niederschwelliger Zugang ermöglicht werden zu allen notwendigen und medizinisch sinnvollen Gesundheitsleistungen. Vor Ort ist dazu eine Analyse der regionalen Gegebenheiten notwendig mit dem Schwerpunkt der Erfassung der Versorgungssituation von Menschen, die aus gesundheitlichen, familiären oder finanziellen Gründen oder aufgrund besonderer Lebenslagen Probleme haben, die bestehenden Angebote zu nutzen. Ziel ist der Abbau von Zugangsbarrieren, ob sie örtlicher, zeitlicher, struktureller oder sprachlicher Art sind, insbesondere auch in ländlichen Gegenden.

Information, Aufklärung und Beratung

Der Deutsche Caritasverband wies in seiner Stellungnahme zu den Eckpunkten eines Patientenrechtegesetzes auf die Rechte von vulnerablen Patientengruppen in Bezug auf Information und Aufklärung hin: Patient(inn)en mit körperlichen, seelischen, geistigen, sprachlichen oder anderen Einschränkungen haben in gleicher Weise wie Menschen ohne diese Einschränkungen ein Recht darauf, verständlich und umfassend aufgeklärt zu werden. Der Umsetzung dieses Rechtes muss im Bedarfsfall beim Aufklärungsgespräch Sorge getragen werden, beispielsweise durch die Hinzuziehung eines Übersetzers, Gebärdendolmetschers oder Kulturlotsen. Gleiches gilt für die Betreuer(innen), wenn ein(e) solche(r) für die Patient(inn)en bestellt wurde. Der zuständige sozialversicherungsrechtliche Kostenträger (die gesetzliche Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung) muss die anfallenden Kosten dafür übernehmen.⁵³ Damit schriftliche gesundheitliche Informationen für alle zugänglich und auch verständlich sind, müssen sie in einfacher, für Laien verständlicher Sprache verfasst werden und in mehreren Sprachen verfügbar sein.

Das Wissen um die vielfältigen Angebote und Strukturen des Gesundheitssystems muss auch Menschen nahegebracht werden, die damit nicht so vertraut sind. Um gesundheitlich benachteiligte Menschen besser zu erreichen, ist es daher notwendig, dass Krankenkassen Aufklärungs-, Beratungs- und Bildungsinitiativen in Bezug auf gesundheitliche Themen in Kooperation mit lokalen Partnern und Multiplikatoren durchführen. Als Kooperationspartner kommen hierfür zum Beispiel infrage: Kindertageseinrichtungen, Schulen, Ausbildungsträger, Bildungswerke, Sozialstationen, Familienpflegedienste, Beratungsstellen gemeinnütziger Verbände, Krankenhäuser, Altenpflegeheime, Gemeindezentren von Glaubensgemeinschaften, Vereine wie beispielsweise Kulturvereine von Migrantengruppen oder Sportvereine.

Ein weiterer Beitrag ist der Ausbau der unabhängigen Beratungs- und Aufklärungsangebote, die individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung beim Zugang zu gesundheitlichen und gesundheitsförderlichen Angeboten bieten. Diese Beratung muss die besonderen Problemlagen armer und gesundheitlich benachteiligter Menschen im Blick haben und migrationssensibel sein. Insgesamt müssen aber auch die telefonische Beratung und daneben die Internetberatung und die Beratung per E-Mail ausgebaut werden, wie es die Unabhängige Patientenberatung Deutschland bereits beginnt. Diese Beratung wird seit neuestem auch mehrsprachig angeboten.⁵⁴

Aber auch der Ausbau von häuslichen Beratungsbesuchen und einer mobilen Beratung, die in Gegenden mit einer fehlenden Infrastruktur zum Einsatz kommen könnten, wäre hier zu nennen. Ein Beispiel dafür ist zum Beispiel die Einführung eines häuslichen präventiven Beratungsbesuchs, wie sie die Stadt München für Menschen über 75 Jahre und Migranten über 65 Jahre durchführt. Weitere Beispiele der mobilen Beratung wären die aufsuchende Sozialarbeit und der Ausbau der aufsuchenden Beratung durch ambulante Pflegedienste.

Niedrigschwelligkeit der gesundheitlichen Angebote

Ein weiterer Ansatz zum Abbau von Zugangsbarrieren ist die Schaffung niedrigschwelliger und zugehender präventiver und pflegerisch-medizinischer Angebote. Dies kann geleistet werden durch die Umsetzung von Konzepten der Familiengesundheitspflege oder durch neue Formen einer mobilen gesundheitlichen Versorgung, die Menschen beispielsweise in strukturschwachen Gebieten oder außerhalb der häufig begrenzten Öffnungszeiten einer Arztpraxis einen verlässlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährleisten. Ein Beispiel dafür wäre die mobile gesundheitliche Versorgung durch ein Arztmobil als rollende Straßenambulanz, wie sie im Bereich der Wohnungslosenhilfe bereits erfolgreich eingesetzt wird. Ein Ausbau dieser Hilfen würde auch Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und EU-Bürgern, die zwar in Deutschland arbeiten, deren sozialversicherungsrechtliche Absicherung jedoch nicht geklärt ist, zugutekommen. Die Finanzierung und gesetzliche Umsetzung solcher Projekte ist durch alle Akteure im Gesundheitssystem voranzutreiben. Diese Projekte müssen daher mit entsprechenden Angeboten und einer am Regelsystem der Gesundheitsversorgung orientierten Ausstattung flächendeckend umgesetzt werden und regulär aus den Sozialversicherungssystemen finanziert werden.

Auch das Modell der Gemeindegewerkschaft und die Sicherung, der Ausbau und die Übertragung von präventiven und medizinisch-pflegerischen Aufgaben an ambulante Pflegedienste und Familienpflegedienste ermöglichen einen niedrigschwel-

ligen Zugang für gesundheitlich benachteiligte Menschen und können die Versorgung in strukturschwachen Gebieten verbessern.

Zuzahlungen und Zusatzbeiträge

In Deutschland geht laut einer Studie fast jeder achte Befragte aufgrund zu hoher Kosten trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht zum Arzt. Jedem Vierten fehlt die Zuversicht, bei einer schweren Erkrankung ausreichend medizinisch versorgt zu werden. Besonders gering ist dieses Vertrauen bei Personen mit einem niedrigen Einkommen.⁵⁵ Private Zuzahlungen schwächen zudem das Vertrauen der Menschen in die Gesundheitsversorgung und verschlechtern insbesondere die Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen. Dies kann auf lange Sicht sogar zu einer Erhöhung der Kosten im Gesundheitssystem führen, wenn Menschen nicht rechtzeitig zum Arzt gehen oder Medikamente nicht selbst kaufen können und durch eine Verschlimmerung der Erkrankung möglicherweise viel höhere Folgekosten entstehen.⁵⁶

Zusatzbeiträge zur Krankenversicherung

Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge sind für benachteiligte Geringverdiener unverhältnismäßig, da sie ausschließlich von den Versicherten getragen werden und für alle Versicherten einer Kasse gleich hoch sind. Da der Arbeitgeberanteil „eingefroren“ wurde, werden mit weiteren Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einseitig die Versicherten belastet.

Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden deutlich höhere Zuzahlungen festgelegt. Dies betrifft zum Beispiel rezeptpflichtige Medikamente. Aber auch für Heilmittel (wie beispielsweise Krankengymnastik) und für häusliche Krankenpflege muss eine Zuzahlung sowohl für jede einzelne Verordnung als auch eine anteilige Zuzahlung zu jeder einzelnen Leistung gezahlt werden. Daneben gibt es noch Zuzahlungen für die Haushaltshilfe im Krankheitsfall und Zuzahlungen zu Hilfsmitteln (zum Beispiel Rollstühle) wie auch für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (beispielsweise Inkontenzprodukte).

In Bezug auf verschreibungspflichtige Medikamente müssen Zuzahlungen bezahlt werden, die sich an der Höhe des Apothekenpreises der Medikamente orientieren. Ziel war es ursprünglich, bei Ärzt(inn)en und Patient(inn)en ein größeres Kostenbewusstsein zu entwickeln und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen dadurch zu steuern. Heute stellt sich indes die Frage, ob die Zuzahlungen zu Medikamenten diese erhoffte Wirkung haben. Denn es zeigt sich als nicht intendierter Effekt der Zuzahlungen, dass die Therapietreue wegen der Zuzahlungen

sinkt, also zum Beispiel vom Arzt zur Behandlung notwendige verschriebene Medikamente wegen der Zuzahlungen nicht gekauft oder geringer dosiert werden.⁵⁷ Besonders davon betroffen sind Menschen mit geringem Einkommen und davon insbesondere überschuldete Haushalte, Eltern mit Kindern und Alleinerziehende.⁵⁸

Die zugleich mit diesen Kostenregelungen eingeführten Belastungsgrenzen⁵⁹ für Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln einschließlich der Praxisgebühr beim Arzt und Zahnarzt, der Zuzahlungen für Krankenhausbehandlungen, zu Reha-Maßnahmen und Mutter/Vater-Kind-Kuren greifen nicht umfassend. Zuzahlungen müssen nur bis zu einer Höhe von zwei Prozent des Bruttojahreseinkommens beziehungsweise bei chronisch Kranken bis zu einer Höhe von einem Prozent des Bruttojahreseinkommens getragen werden. Für Zuzahlungen, die darüber hinausgehen, kann auf Antrag eine Befreiung erteilt werden. In der Praxis zeigt sich, dass diese Befreiung fast ausschließlich von chronisch kranken Menschen oder Menschen in Heimen (93 Prozent) beantragt wird.⁶⁰ Das ist ein Indiz dafür, dass die bestehenden Belastungsgrenzen und die Möglichkeit der Befreiung vielen armen Menschen nicht bekannt sind, beziehungsweise dass die Regelungen zu bürokratisch ausgestaltet sind. Erforderlich ist daher eine bessere Aufklärung sozial benachteiligter Menschen über die bestehenden Belastungsgrenzen in der Krankenversicherung und über die Möglichkeit der Freistellung von Zuzahlungen.⁶¹ Besser wäre jedoch eine weniger aufwendig gestaltete Befreiungsregelung.

In der Praxis zeigt sich aber auch, dass bestimmte Personengruppen aus persönlichen Gründen nicht in der Lage sind, die Freistellung zu beantragen. Zu nennen sind hier insbesondere wohnungslose Menschen. Zudem sind schwerbehinderte Menschen auf zahlreiche Gesundheitsleistungen angewiesen, die entweder zuzahlungspflichtig sind oder zum Teil hohe Eigenbeteiligungen erfordern (bei Zahnbehandlungen, Brille, Fahrtkosten zu medizinischer Behandlung). Aufgrund ihrer besonderen Lebenslage wäre es sachgerecht, diese Personengruppen grundsätzlich zumindest von den Zuzahlungen, gegebenenfalls auch von bestimmten Eigenbeteiligungen zu befreien.

Die Leistungspflicht der Krankenkasse für Hilfsmittel ist ausgeschlossen, wenn der in Frage stehende Gegenstand als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens anzusehen ist. Dies ist der Fall, wenn der Gegenstand nicht überwiegend für Behinderte und Kranke konzipiert worden ist, auch wenn er im Einzelfall dem Ausgleich der Behinderung dient, zum Beispiel ein motorgetriebener Bettenlattenrost. Hier wäre eine Befreiung von den Kosten wünschenswert, wenn der Gebrauchsgegenstand in seiner konkreten Anwendung dem Ausgleich der Behinderung dient.

→

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Seit 2004 dürfen viele Verbandsstoffe und manche Medikamente nicht mehr zulasten der Krankenkasse verordnet werden. Es erfolgte eine Kategorisierung in durch den Arzt „verschreibungspflichtige“ das heißt rezeptpflichtige, und „nicht verschreibungspflichtige“, das heißt nicht rezeptpflichtige, jedoch apothekenpflichtige Medikamente. Diese nicht verschreibungspflichtigen Medikamente sind grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Eine Verordnung dieser Arzneimittel ist nur zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Dann können sie vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden. Die Festlegungen dazu erfolgen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) in der sogenannten OTC-Liste⁶², in der rezeptfreie Arzneimittel und Indikationen aufgelistet werden, die zulasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen. Alle anderen nicht verschreibungspflichtigen Arzneien müssen vollständig privat finanziert werden.

Das hat zur Folge, dass Medikamente, die zur Behandlung notwendig sind, aber nicht auf dieser Liste stehen, mitunter nicht eingenommen werden, weil sie durch arme Menschen nicht finanzierbar sind. Denn eine Belastungsgrenze gibt es hier nicht.

Dem Deutschen Caritasverband ist es ein Anliegen, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt wird, dass alle medizinisch notwendigen Arzneimittel wieder übernommen werden, wenn sie ärztlich verordnet werden. Dies gilt besonders für wohnungslose Menschen. Auch braucht es eine Lösung für Menschen, die von Arbeitslosengeld II (ALG II) oder Sozialhilfe leben und regelmäßig auf die Einnahme oder Nutzung nicht verschreibungspflichtiger Arzneien angewiesen sind. Aus dem Regelbedarf sind derartige kontinuierliche Ausgaben nicht finanzierbar. Zwar können seit der Einführung der sogenannten Härtefallklausel in der Grundsicherung für arbeitssuchende Bezieher(innen) von ALG II die Kosten für einen laufenden, nicht nur einmaligen Bedarf gegenüber dem Jobcenter geltend gemacht werden.⁶³ In der Praxis zeigt sich jedoch, dass die Voraussetzungen für diese Regelung sehr eng sind und sie von den Behörden auch sehr restriktiv angewendet wird. Sie ist also nur ein erster Schritt und stellt keine verlässliche Absicherung aller medizinisch notwendigen Bedarfe dar.

Menschen mit Behinderung benötigen aufgrund der Begleiterkrankungen ihrer Behinderung in vielen Fällen Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig und daher nicht mehr ordnungsfähig sind. Beispielhaft seien Abführmittel bei gehbehinderten Menschen genannt oder Salben bei Neurodermitis. Diese nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen oder bei Begleit-

erkrankungen bei schwerwiegenden Behinderungen als Therapiestandard gelten, sollen nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.⁶⁴ Die OTC-Liste muss dementsprechend überarbeitet werden. Übergangsweise wäre zur Minderung von Härten die Einrichtung eines Fonds hilfreich, aus dem bei Bedarf Zuzahlungen für bedürftige betroffene Personen gezahlt werden können.

Durch die Krankenkassen werden die Kosten einer Gesetzesänderung zulasten der Krankenkassen auf 50 bis 100 Millionen Euro geschätzt.⁶⁵ Zu berücksichtigen ist jedoch, dass erhebliche Einsparungen durch bisher praktizierte Substitutionseffekte zu erwarten sind. Praktisch verschreiben Ärzte heute häufig an der Stelle preiswerter nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden, teurere, verschreibungspflichtige Medikamente, die von den Kassen übernommen werden. Dies wird dadurch belegt, dass nach Inkrafttreten der Reform der Umsatz verschreibungspflichtiger Arzneimittel im August 2004 um 10,5 Prozent auf 1,3 Milliarden Euro stieg, während der Umsatz rezeptfreier Arzneimittel um 5,5 Prozent auf 281 Millionen Euro zurückging.

Praxisgebühr und Zuzahlung für stationäre Maßnahmen

Die Praxisgebühr wurde eingeführt, um übermäßige, medizinisch nicht notwendige Arztbesuche zu vermeiden beziehungsweise dem sogenannten „Arzt-Hopping“ entgegenzuwirken. Studien belegen indes, dass diese steuernde Wirkung, über die Gesamtbevölkerung gesehen, nicht eingetreten ist.⁶⁶ Vielmehr ist festzustellen, dass sich die Einnahmen aus der Praxisgebühr mit einem Volumen von circa zwei Milliarden Euro in erster Linie zu einem wichtigen Finanzierungselement in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt haben.

Es zeigt sich zudem, dass die Einführung der Praxisgebühr auch nicht intendierte Effekte hat. So ist festzustellen, dass insbesondere jüngere, gesündere einkommensschwache Versicherte und auch chronisch kranke einkommensschwache Versicherte Arztbesuche deutlich häufiger verschieben oder vermeiden als entsprechende Personen mit höherem Einkommen. In der Gruppe der chronisch Kranken verschieben oder vermeiden Menschen in der unteren Einkommensgruppe den Arztbesuch zum Beispiel 2,45-mal öfter als Menschen in der hohen Einkommensgruppe.⁶⁷ Die Praxisgebühr benachteiligt Menschen mit geringen Einkommen daher zusätzlich. Es kann zudem vermutet werden, dass wegen dieser Gebühr zum Teil auf dringend notwendige Arztbesuche verzichtet wird. Dies zeigen nicht nur Studien in Deutschland, sondern auch aus anderen Ländern wie Spanien und Frankreich.⁶⁸ Die Praxisgebühr für den Haus- oder

Zahnarzt oder für die Behandlung in einer Notfallambulanz und im Krankenhaus bedeutet zudem für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen eine doppelte Belastung: Erstens müssen diese „Selbstbeteiligungen“ aus dem sowieso schon schmalen Geldbeutel erbracht werden. Zweitens weisen sozial benachteiligte Menschen überdurchschnittliche Morbiditätsraten auf und sind daher häufiger auf Arztbesuche beziehungsweise Krankenhausaufenthalte angewiesen. Ähnliches gilt auch für die Zuzahlungen zu Krankenhausbehandlungen, zu Reha-Maßnahmen und Mutter/Vater-Kind-Kuren.

Angesichts der über die Gesamtgesellschaft gesehen fehlenden Steuerungswirkung der Praxisgebühr sowie mit Blick auf die negativen Effekte, die sie bei bestimmten Personengruppen mit niedrigerem Einkommen hat, wäre es sinnvoll, die Praxisgebühr mittelfristig abzuschaffen und durch anderweitige sinnvolle Steuerungsinstrumente zu ersetzen. Zu überlegen wäre etwa, wenn die Ursache häufiger, medizinisch nicht notwendiger Arztbesuche in Vereinsamung und fehlenden sozialen Kontakten liegt, ob diesem Bedürfnis durch anderweitige soziale Angebote, wie beispielsweise der offenen Altenhilfe oder Ähnlichem, abgeholfen werden kann.

5 Konkrete Beispiele gesundheitlicher Benachteiligung

Festzustellen ist: Der gesundheitliche Zustand von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist schlechter als der der Durchschnittsbevölkerung. Zunehmend wird von sozial benachteiligten Menschen die gesundheitliche Versorgung außerhalb des regulären Gesundheitssystems nachgefragt. Sie finden sich immer häufiger in meist spendenfinanzierten sogenannten Schwerpunktpraxen oder Straßenambulanzen ein, die ursprünglich für Wohnungslose eingerichtet wurden.

Nach Untersuchungen der Ärztekammer Niedersachsen sind 61 Prozent der in Hannover im Rahmen eines Projektes behandelten Menschen Bezieher(innen) von Arbeitslosengeld II und 18 Prozent Rentner(innen). Das verbleibende Fünftel wurde anhand des Kriteriums „Menschen mit Migrationshintergrund“ erfasst oder machte keine Angaben.⁶⁹ Die Ambulanz am Bahnhof Zoo in Berlin versorgt mittlerweile zu über 50 Prozent Menschen, die nicht wohnungslos sind, sondern aus Polen, Rumänien usw. kommen, in Deutschland arbeiten, hier aber entweder nicht krankenversichert sind oder trotz Versicherungspflicht keinen praktischen Zugang zu einer Krankenversicherung haben, weil sie keiner legalen, versicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen. Die Zunahme dieser Menschen in einer Versorgung außerhalb des Regelsystems ist ein Gradmesser dafür, dass etwas in unserem System nicht stimmt. Die Caritas setzt sich besonders für Personengruppen ein, die sozial und gesundheitlich benachteiligt sind. Im Folgenden werden exemplarisch einige der

gesundheitlich und sozial besonders benachteiligten Personengruppen und Lebenslagen herausgegriffen und – angepasst an die jeweilige spezifische Situation – Lösungswege zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation der betroffenen Menschen aufgezeigt.

5.1 Wohnungslose Menschen

Situation

Nach Angaben des Dachverbandes der Wohnungslosenhilfe waren im vergangenen Jahr 248.000 Menschen ohne Wohnung und 106.000 von Wohnungslosigkeit bedroht. Die Zahl der Menschen ohne jede Unterkunft beträgt etwa 22.000.⁷⁰ Wohnungslose haben häufig einen schlechten Gesundheitszustand, ein unzureichendes Gesundheitsverhalten und leben in Situationen, die wenig gesundheitsfördernd sind. Nach einer Studie, die 2008 von einem Arzt der Caritas Hamburg im Rahmen der mobilen Hilfe für Obdachlose bei 110 Personen durchgeführt wurde, sind 94 Prozent der teilnehmenden Menschen krank. Mehr als die Hälfte aller obdachlosen Menschen leiden an mindestens vier Erkrankungen, sind also als multimorbid einzustufen.⁷¹

Vor dem Hintergrund der gefährdenden Lebensbedingungen und ohne den Schutz eines sicheren und angemessenen Lebensraums sind wohnungslose Menschen kontinuierlich gesundheitlichen Gefahren und Beeinträchtigungen ausgesetzt. Vor allem bei Wohnungslosen ohne jede feste Unterkunft ist der Schutz vor den Witterungsverhältnissen und defizitären hygienischen Verhältnissen häufig nur unzureichend möglich. Aber auch bei anderen Formen der Wohnungslosigkeit ist ein verantwortlicher Umgang mit der eigenen Gesundheit erschwert. Im Jahr 2010 hatten fast 45 Prozent der männlichen Klienten der Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in den sechs Monaten vor Hilfebeginn keinen Hausarzt aufgesucht, obwohl viele der Klienten an erkennbaren oder bekannten gesundheitlichen Störungen leiden.⁷²

Obdachlose Menschen leben deutlich kürzer als „Normalbürger“. Nach den Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe haben Obdachlose eine durchschnittliche Lebenserwartung von 46 Jahren,⁷³ was einer um 31 Jahre verringerten Lebenserwartung im Vergleich zum Durchschnitt der männlichen Bevölkerung entspricht.⁷⁴

Eine nicht unerhebliche Zahl der Wohnungslosen hat ein Einkommen, das noch unter den Regelsätzen der Grundsicherung (Sozialgesetzbuch II/XII) liegt, ein knappes Viertel aller Wohnungslosen verfügt aus verschiedenen Gründen über gar kein Einkommen. Patient(innen) in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe müssen Zuzahlungen, Praxisgebühren und die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente aus ihrem monatlichen Barbetrag bestreiten. →

Bewertung

Alle Neuerungen in der Gesundheitsgesetzgebung, die auf die Wahrnehmung individueller Verantwortung abzielen und vermehrt Kosten auf den/die Einzelne(n) verlagern, bewirken auch negative Veränderungen beziehungsweise Konsequenzen. Bei Menschen in besonderen Lebenslagen und in Wohnungslosigkeit treten diese Auswirkungen stärker und belastender als beim Durchschnitt der bundesdeutschen Bevölkerung hervor. So sind die Vorschriften zur Befreiung von Zuzahlungen ein großes Problem, weil dazu Quittungen für schon geleistete Zuzahlungen gesammelt werden müssen. In einer Lebenssituation, in der eine gewöhnliche Alltagsstruktur nicht vorhanden ist und auch wichtigere Dokumente verlorengehen, bereiten schon solche vermeintlichen Kleinigkeiten erhebliche Schwierigkeiten. Es wird vorausgesetzt, dass einerseits alle Menschen über ausreichend Geld für die notwendigen Zahlungen verfügen und dass sie außerdem gesundheitlich wichtige Maßnahmen als prioritär erkennen und eine notwendige gesundheitliche Maßnahme nicht unterlassen. Beide Annahmen treffen auf wohnungslose Menschen in der Regel nicht zu.

Durch die Einführung der Praxisgebühren und Zuzahlungen und durch die Ausgliederung bestimmter Medikamente aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere nicht verschreibungspflichtiger Medikamente, wird die Integration von wohnungslosen Menschen in das System der Regelversorgung erschwert.

Das Gesundheitssystem ist auf die besonderen Belange wohnungsloser Menschen insgesamt nur unzureichend ausgerichtet. Wohnungslose haben zwar, wenn sie versichert sind, einen Anspruch auf Versorgung im Regelsystem, können oder wollen die regulären Angebote aber aus verschiedensten Gründen nicht wahrnehmen beziehungsweise werden durch diese Angebote nicht erreicht. Gesetzliche Regelungen berücksichtigen bislang nicht die besondere Situation von wohnungslosen Menschen. Bisher gibt es keine regelhaften, niedrighschwellig, aufsuchenden Angebote medizinisch-pflegerischer Leistungen für Menschen, die auf der Straße leben.

Bundesweit gibt es eine Anzahl von niedrighschwellig, medizinischen Projekten, die Wohnungslose, aber auch Menschen in anderen Armutslagen medizinisch versorgen (beispielsweise sogenannte Straßenambulanzen). Durch diese niedrighschwellig, medizinischen Hilfen sollen Behandlungsbarrieren überwunden oder abgebaut werden, um wohnungslosen Patient(innen) einen Zugang zu medizinischen Leistungen zu ermöglichen. Diese Projekte unterscheiden sich in allen Kategorien regional sehr stark hinsichtlich Angebot, Ausstattung, Zielgruppe, Finanzierung, gesetzlichen Grundlagen etc. Sie sind meist aufgrund von ehrenamtlichem Engagement entstanden und

können nur aufgrund von Spenden ihre Arbeit sicherstellen. Ein strukturierter und bedarfsgerechter Aufbau dieser Hilfen ist durch die Regelungen und die Akteure im Gesundheitssektor erschwert. Gleichzeitig ist aber auch immer wieder zu beobachten, dass Patient(innen) aus unterschiedlichen Gründen auch über die Zeit der Wohnungslosigkeit hinaus in den niedrighschwellig, medizinischen Hilfen verbleiben und damit die Reintegration in das medizinische Regelsystem erschwert wird. Daher müssen auch die Auswirkungen der medizinischen Spezialversorgung Wohnungsloser hinsichtlich Qualität und Durchlässigkeit sowie Auswirkungen auf die Regelversorgung überprüft werden.

Lösungsvorschlag

Die Überwindung der Wohnungslosigkeit und ihrer Ursachen hat für eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von wohnungslosen Menschen oberste Priorität. Solange jedoch Wohnungslosigkeit besteht, ist die Integration der Wohnungslosen in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung die zentrale Forderung der Arbeit der Caritas und der Wohnungslosenhilfe. Das Regelsystem muss die gesetzlichen und individuellen Barrieren und Sondersysteme außerhalb der Regelversorgung für einen Teil der Bevölkerung abbauen, um diese Menschen zu integrieren.

Solange wohnungslose Menschen im Regelsystem nicht ankommen beziehungsweise integriert werden können, bedarf es einer qualitativ guten medizinischen Versorgung durch niedrighschwellig, medizinische Projekte wie zum Beispiel Schwerpunktpraxen und Straßenambulanzen. Dadurch wird eine gesundheitliche Versorgung Wohnungsloser, auch hinsichtlich der erschwerten Lebensbedingungen, sichergestellt. Die Finanzierung und gesetzliche Umsetzung solcher Projekte ist durch alle Akteure im Gesundheitssystem zu gewährleisten und darf nicht auf Wohlfahrtsverbände oder etwaige Spender(innen) abgeschoben werden. Diese Projekte müssen daher mit entsprechenden Angeboten und einer am Regelsystem der Gesundheitsversorgung orientierten Ausstattung flächendeckend umgesetzt und regulär aus den Sozialversicherungssystemen finanziert werden.

Die Befreiung von Zuzahlungen bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie von Praxisgebühren bei wohnungslosen Bezieh(inne)n von Grundsicherungsleistungen nach Sozialgesetzbuch II oder XII sollte durch Einführung einer Härtefallklausel (wieder-)eingeführt werden. Ebenfalls bedarf es wirksamer Härtefallregelungen für den Kauf von notwendigen, aber nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten. Prothetik aller Art und Sehhilfen müssen für diesen Personenkreis zu einem Festbetrag zur Verfügung stehen und von den Krankenkassen übernommen werden.

5.2 Bezieher(innen) von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Situation

Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz⁷⁵ erhielten im Jahre 2009 mehr als 121.000 Menschen. Nur 28 Prozent davon waren Asylsuchende, 42 Prozent hatten eine Duldung und zehn Prozent einen Aufenthaltstitel als Bürgerkriegsflüchtlinge, als Opfer von Zwangsprostitution oder aus humanitären Gründen.⁷⁶ Ebenfalls unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen deren Ehegatten, Lebenspartner(innen) und minderjährige Kinder.

Die Höhe der Grundleistungen, die 2009 von 81.000 Menschen bezogen wurden, liegt mehr als 30 Prozent unter dem Niveau des Existenzminimums, wie es derzeit in der Sozialhilfe beziehungsweise in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Sozialgesetzbuch II) festgeschrieben ist. Auch die Gesundheitsversorgung ist stark eingeschränkt. Diese Menschen haben in Deutschland zwar einen Rechtsanspruch auf ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), sind jedoch nicht krankenversichert.⁷⁷ So erhalten die Betroffenen (meist) erst bei akuten Erkrankungen und nur bei Erkrankungen mit Schmerzzuständen die notwendige ärztliche und zahnärztliche Versorgung.⁷⁸ Des Weiteren erhalten sie medizinische Versorgung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsbeihilfe.⁷⁹ Sonstige Behandlungen stehen im Ermessen der Behörden, werden aber nur gewährt, soweit sie „zur Sicherung (...) der Gesundheit unerlässlich“ sind.⁸⁰

Die Betroffenen können auch eine psychotherapeutische Behandlung erhalten.⁸¹ Ob dies im Einzelfall geschieht, steht im Ermessen der Behörden. Des Weiteren besteht für die Kostenträger die Verpflichtung, die Kosten eines Dolmetschers zu übernehmen, wenn ansonsten der Anspruch auf Krankenhilfe nicht erfüllt werden kann. In der Praxis stehen viele Betroffene jedoch vor dem Problem, dass ihnen die Kosten einer Psychotherapie wie auch eines Dolmetschers verweigert oder erst nach langem Insistieren übernommen werden. In der Folge meiden zahlreiche Betroffene die bürokratischen Hürden oder suchen nach Hilfe im Angehörigen- oder Bekanntenkreis anstelle einer adäquaten medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgung.

Dies wiegt umso schwerer, wenn man bedenkt, dass verschiedenen nationalen und internationalen Studien zufolge eine erhebliche Zahl der hier lebenden Menschen, die aus Bürgerkriegsgebieten oder vor politischer Verfolgung geflohen sind, bereits bei ihrer Einreise an einer schweren psychischen Erkrankung leidet.⁸² Unter den Betroffenen sind auch Kinder und Jugendliche, die durch Erfahrungen von Verfolgung, Krieg und Flucht oftmals besonders belastet sind. Sie nehmen überdurchschnittlich selten die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersu-

chungen wahr. Die Eltern sind häufig selbst durch die Flucht traumatisiert und können keine ausreichende Unterstützung bieten. Eine besondere Belastung ergibt sich für unbegleitete oder von ihren Eltern/Angehörigen getrennte junge Menschen. Ihnen fehlen der innerfamiliäre Halt und die familiäre Unterstützung gänzlich. AsylbLG-Bezieher(innen) mit seelischer, körperlicher und/oder geistiger Behinderung erhalten keine Leistungen der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII) zur Förderung ihrer Teilhabe. Ebenso werden keine zusätzlichen Bedarfe wie medizinische Hilfsmittel gewährt (beispielsweise Rollstuhl), die für Krankenversicherte erhältlich sind, um einer „drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen“⁸³.

Die sowieso schon eingeschränkten Ansprüche werden zum Teil auch aus mangelnder Informiertheit nicht verwirklicht. So wird der Ermessensspielraum, den Ärzt(inn)e(n) bei der Behandlung haben, aufgrund von Unkenntnis oder durch die Erfahrung einer restriktiven Handhabung von Behörden und Sozialämtern bei der Rückerstattung der Leistungen nicht ausgeschöpft. In der Praxis treten immer wieder Fälle auf, in denen medizinisch notwendige Leistungen für die Betroffenen sowohl seitens der (Amts-)Ärzt(inn)e(n) als auch seitens der Sozialämter unzulässig eingeschränkt werden. Beispielsweise berichtete die Ärztezeitung, dass den Betroffenen in Thüringen überdurchschnittlich häufig Zähne gezogen wurden, obwohl eine zahnerhaltende Behandlung vielfach möglich gewesen wäre.⁸⁴

Neben den geringen Leistungen sind die Betroffenen häufig konfrontiert mit der Residenzpflicht, dem Sachleistungsprinzip (also dem Vorrang von Sachleistungen vor Geldleistungen), dem Leben in Gemeinschaftsunterkünften und einem Arbeitsverbot im ersten Jahr des Aufenthalts sowie einem nachrangigen Arbeitsmarktzugang für weitere drei Jahre. Dies in Kombination mit der materiellen Armut infolge der geringen Leistungen führt häufig zu Perspektivlosigkeit und einem weitgehenden Ausschluss von sozialer Teilhabe und damit wiederum zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko.

Bewertung

Auch Menschen im Bezug von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz müssen Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung haben. Es darf nicht sein, dass ihnen notwendige Leistungen wie auch präventive Leistungen wegen ihres ausländerrechtlichen Status verweigert werden. Der Ermessensspielraum, den Ärzte bei der Gewährung medizinisch notwendiger Leistungen haben, darf nicht durch Behörden unzulässig begrenzt werden.

Lösungsvorschlag

Asylsuchende, Personen in Duldung und Menschen mit einem humanitären Aufenthaltstitel müssen bedarfsdeckenden Zu-

gang zu Angeboten gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie dem Rehabilitationsbereich erhalten. Ärzt(inn)e(n) müssen sensibilisiert, informiert und besser über ihre Ermessensspielräume bei der Behandlung von Menschen im Bezug von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aufgeklärt werden mit dem Ziel, dass die Betroffenen die bestmögliche Behandlung erhalten, die die Rahmenbedingungen zulassen. Um der materiellen Armut entgegenzuwirken, müssen die Betroffenen angemessene Grundleistungen erhalten. Dies kann geschehen durch eine Abschaffung des AsylbLG, eine Forderung, die die Caritas seit Jahren erhebt. Solange das AsylbLG nicht abgeschafft wird, bedarf es einer Ausweitung der Leistungen, einer Herausnahme aller Personengruppen mit einem humanitärem Aufenthaltstitel und einer Duldung und/oder einer zeitlichen Eingrenzung des Leistungsbezugs nach AsylbLG auf einen deutlich kürzeren Zeitraum. Weiter muss gewährleistet werden, dass die Leistungen nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz auch bei chronischen Erkrankungen und bei Erkrankungen ohne Schmerzzustände erbracht werden.

Auf Bundes-, Landes- und Ortsebene setzt sich die Caritas seit langem für angemessene soziale Leistungen für die Betroffenen ein. Die Dienste und Einrichtungen vor Ort helfen den Betroffenen, dem Kreislauf aus Armut, Perspektivlosigkeit, fehlender Teilhabe und dadurch entstehenden Gesundheitsrisiken zu entkommen. Dies geschieht zum Beispiel durch Qualifizierung und Vermittlung der Betroffenen in Arbeit sowie Angebote der gesellschaftlichen Teilhabe.

Den nicht klar geregelten Zugang zu psychotherapeutischen Hilfen versuchen derzeit privat oder kirchlich organisierte spezielle Therapiezentren anstelle der öffentlichen Hand aufzufangen. Die Caritas hat in Köln ein Therapiezentrum für Folteropfer (TZFO⁸⁵), in dem Betroffene psychologisch beraten und behandelt werden. Die Hilfen können jedoch nur für einen kleinen Teil der Betroffenen erfolgen.

Auch in Zukunft wird die Caritas die Betroffenen bei der Inanspruchnahme bestehender gesetzlicher Ansprüche unterstützen und die Mitarbeitenden diesbezüglich sensibilisieren. Weiterhin wird die Caritas darauf hinwirken, dass bereits bestehende Erkrankungen angemessen behandelt werden und dadurch der Kreislauf aus Armut, Perspektivlosigkeit, fehlender Teilhabe und Gesundheitsrisiken unterbrochen wird.

5.3 Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität

Situation

Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität⁸⁶ haben in Deutschland nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einen Rechtsanspruch auf ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt. Diese Minimalversorgung liegt hinsichtlich des Umfangs deut-

lich unter den Leistungen der Sozialhilfe. Eine Inanspruchnahme der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erfolgt aus Sorge vor Statusaufdeckung und der Gefahr einer folgenden Abschiebung in der Regel nicht.⁸⁷

Zentraler Grund für die Nichtinanspruchnahme sind die behördlichen Übermittlungspflichten des Aufenthaltsgesetzes. Danach haben öffentliche Stellen – dazu gehören im Gesundheitsbereich unter anderem Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sowie Sozialämter – die Ausländerbehörden zu unterrichten, wenn sie Kenntnis vom illegalen Aufenthalt eines Ausländers erlangen. Besondere Bestimmungen gelten für die Notfallversorgung in öffentlichen Krankenhäusern. Dort wurden durch die Verwaltungsvorschriften die finanzielle Abrechnung und damit auch die Behandlung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität erleichtert. Eine Behandlung auf Selbstzahlerbasis ist meist ebenfalls ausgeschlossen, da die Betroffenen aufgrund ihrer materiell schwierigen Lebenssituation durch die hohen Kosten überfordert und außerdem ohnehin nicht selten bedürftig sind.

Hinweise aus der Praxis zeigen, dass Menschen in der Illegalität oftmals überhaupt keine oder viel zu spät medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Der Krankheitsverlauf droht dadurch schwerer zu werden, nicht selten werden Krankheiten verschleppt oder chronifizieren sich und entwickeln sich dadurch zu schwer heilbaren Krankheiten. Dies gilt auch für schwangere Frauen. Bei ihnen wirkt sich noch gravierender aus, dass sie durch die Angst vor Entdeckung und Abschiebung einer sehr hohen psychosozialen Belastung ausgesetzt sind. Aus Furcht vor Aufdeckung des Status und wegen fehlender Finanzierung unterbleiben somit oft auch bei werdenden Müttern ohne legalen Aufenthaltsstatus die Schwangerschaftsvorsorge, die medizinische Betreuung während der Geburt und die Nachsorge.

Bewertung

Eine große Zahl von in Deutschland lebenden Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität löst ihren Anspruch auf medizinische Versorgung aufgrund der drohenden Konsequenzen faktisch kaum ein. Die gesundheitliche Versorgung dieser Menschen ist jedoch nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes höher einzuschätzen als das Bestreben des Staates, illegale Zuwanderung zu vermeiden. Gegenwärtig findet die gesundheitliche Versorgung der Betroffenen überwiegend auf ehrenamtlicher und spendenfinanzierter Basis statt. In den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz von 2009 wurde klargestellt, dass auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser den berufsmäßig tätigen Gehilfen von Heilberufen zuzurechnen ist, somit der Schweigepflicht unterliegt und damit die personenbezogenen Daten weder übermitteln darf noch muss.⁸⁸ Die Daten, welche

zu Abrechnungszwecken an die Sozialbehörde gehen, dürfen von dieser also nicht an die Ausländerbehörde übermittelt werden. Damit wurde zumindest in Notfällen eine Behandlung mit Kostenabwicklung über die Sozialämter leichter möglich. Menschen, die sich illegal in Deutschland aufhalten, müssen einen Zugang zur Gesundheitsversorgung bekommen.⁸⁹

Lösungsvorschlag

Um den Anspruch auf Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz tatsächlich zu ermöglichen, müssen die mit der Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität und deren finanzieller Abrechnung befassten öffentlichen Einrichtungen, insbesondere die Sozialämter, von den Übermittlungspflichten nach § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz ausgenommen werden.

Die Ausländerbehörden sind anzuweisen, dass Schwangerschaften in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität grundsätzlich als Risikoschwangerschaften zu behandeln sind. Deshalb liegt ein Abschiebehindernis vor, und es muss mindestens drei Monate vor und drei Monate nach der Entbindung eine Duldung erteilt werden.

Für diesen Personenkreis müssen freiwillige Versicherungsmöglichkeiten geschaffen werden, wie beispielsweise der Zugang zu einer privaten Krankenversicherung.

Um Arbeitnehmer(inne)n in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität den Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich zu ermöglichen, müssen die Übermittlungspflichten nach § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen eingeschränkt werden. Zusätzlich muss klargestellt werden, dass gesetzliche Krankenkassen Daten auch nicht freiwillig an die Ausländerbehörden übermitteln dürfen.⁹⁰

In den allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz ist es mittlerweile zu der Klarstellung gekommen, dass die berufsspezifische Hilfe zur Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in der Regel keine Beihilfe zum illegalen Aufenthalt ist. Dies muss aber besser kommuniziert werden.

Neben der oben genannten Klarstellung in den Verwaltungsvorschriften wäre auch eine Gesetzesänderung dahingehend wünschenswert, dass in derartigen Fällen keine Beihilfe nach Aufenthaltsgesetz oder dem Strafgesetzbuch vorliegt, da Staatsanwaltschaften und Gerichte nicht durch Verwaltungsvorschriften gebunden sind.

5.4 Langzeitarbeitslose Menschen

Situation

Langzeitarbeitslosigkeit zählt zu den größten Armutsrisiken in unserer Gesellschaft und behindert somit auch die grundsätzli-

che gesellschaftliche Teilhabe in ihrer gesamten Vielfalt. Bundesweit gehen Arbeitsmarktexperten von 400.000–450.000 Menschen ohne unmittelbare Integrationsperspektive für den allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Das Risiko, arbeitslos zu werden (und für einen zumindest längeren Zeitraum auch zu bleiben) trifft insbesondere Gering- und Nichtqualifizierte, denen kein adäquates Arbeitsangebot in der freien Wirtschaft gegenüber steht.

Die Verarbeitung der prekären Lebenslage nimmt mit fortschreitender Dauer der Arbeitslosigkeit bei zahlreichen Betroffenen eine zunehmend depressive Form an und erzeugt Begleitschäden in Form von ungünstigen, selbstschädigenden Bewältigungsstrategien. Ganz besonders betroffen sind hier allein lebende arbeitslose Männer, denen sowohl das Korrektiv eines positiven Familienlebens als auch der Genuss von regelmäßigen und gesunden Mahlzeiten mehrheitlich fehlt. Dadurch entstehen neben den schwerwiegenden Folgen für die Betroffenen selbst auch volkswirtschaftlich beachtliche Kosten im Gesundheitssystem. Arbeitslose haben häufiger Herz- und Kreislauferkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall als Menschen mit Arbeit und erkranken doppelt so häufig wie Berufstätige an psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel einer Depression.⁹¹ Auch Erkrankungen des Stoffwechsels wie Diabetes und chronische Lebererkrankungen sind deutlich erhöht.⁹² Manifeste Armut aufgrund von Langzeitarbeitslosigkeit führt auch zu einer geringeren Lebenserwartung.

Von Langzeitarbeitslosigkeit sind auch schon junge Menschen unter 25 Jahren betroffen, wenn sie nach Beendigung der Schule keine berufliche Anschlussperspektive finden. In den Diensten und Einrichtungen der Caritas für arbeitslose junge Menschen werden auch hier zunehmend Armutsphänomene wahrgenommen, beispielsweise im Bereich Ernährung und schlechter Ernährungsgewohnheiten, die sich auf die Gesundheit auswirken. Auch die körperliche Belastbarkeit ist bei vielen sehr eingeschränkt; sportliche Aktivitäten der jungen arbeitslosen Menschen sind die Ausnahme. Als auffallend wird auch die Zunahme psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen in Form von Depression, Essstörungen, totalem Rückzug, Selbstverletzungen, Aggressivität sowie sexualisierten verbalen und tätlichen Attacken beschrieben.

Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Familien – und hier insbesondere die Kinder – leiden bei anhaltender Dauer der Arbeitslosigkeit zunehmend unter gravierenden physischen und psychischen Belastungen, wie zahlreiche Studien der aktuellen Armuts- und Gesundheitsforschung eindrücklich belegen.⁹³

Bewertung

Langzeitarbeitslose Menschen sind von zentralen Erfahrungen ausgeschlossen, die in der modernen Arbeitsgesellschaft Iden-

tität begründen, Zugehörigkeit symbolisieren und die Erfahrung von Selbstwirksamkeit ermöglichen. Dass die gesundheitliche Lage schlechter ist und Lebenserwartung von armen und arbeitslosen Menschen deutlich niedriger liegt als die von besser gestellten sozialen Schichten, darf ebenso wenig hingenommen werden wie die Tatsache, dass Kindern von langzeitarbeitslosen Menschen sowohl der Zugang zu Bildung als auch zu gesundheitspräventiven Angeboten erschwert ist.

Das derzeitige System der Arbeitsmarktintegration, insbesondere in der Grundsicherung für Arbeitsuchende, ist nicht in wünschenswertem Umfang in der Lage, arbeitsmarktfernen Personen eine ausreichende und nachhaltige Beteiligung am Erwerbsleben zu sichern. Es gilt daher, verstärkt nach Alternativen zu suchen und Beschäftigungschancen für diejenigen Menschen zu schaffen, die bisher unabhängig von konjunkturellen Schwankungen vom allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegrenzt wurden. Neben dem Zugang zu (sinnstiftender) Beschäftigung wirkt die Integration in (gute) Arbeit in der Regel auch präventiv im Hinblick auf gesundheitliche Belastungen. Dies trifft in besonderem Maße auch auf langzeitarbeitslose junge Menschen zu, die oft schon im Schulalter Perspektiv- und Chancenlosigkeit erleben. Sie erfahren, dass sie dem Leistungsdruck der Gesellschaft (Schule, Ausbildung, Engagement, Statussymbole) nicht gerecht werden und erleben immer wieder Misserfolge. Dies führt auf Dauer zu Resignation und Gleichgültigkeit, auch gegenüber der eigenen Gesundheit. Deshalb ist es eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe, jedem und jeder Jugendlichen eine Berufsausbildung und damit gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Dies wäre ein wichtiger Beitrag für die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen.

Lösungsvorschlag

Arbeitsmarktferne Arbeitsuchende müssen individuell und somit passgenau im Kontext von flexiblen arbeitsmarktpolitischen Instrumenten befähigt und gefördert werden, um ihnen eine nachhaltige Beteiligung am Erwerbsleben zu ermöglichen. Auch im Kontext von öffentlich geförderter Beschäftigung kann das Armuts- und, damit verbunden, das Krankheitsrisiko deutlich abgemildert werden. Hierzu hat sich der Deutsche Caritasverband eindeutig positioniert und explizit darauf hingewiesen, dass in jedem Fall zunächst zumindest die soziale Teilhabe der Betroffenen sichergestellt und somit auch ein wesentliches Krankheitsrisiko abgemildert werden muss; die soziale Teilhabe von langzeitarbeitslosen Menschen soll in diesem Zusammenhang als eigenes Ziel in die Grundsicherung für Arbeitsuchende (Sozialgesetzbuch II) aufgenommen werden.

In Bezug auf die Gesundheitsförderung allgemein bedarf es einer systematischen Umsetzung erfolgreicher Ansätze und einer Förderung in Regelstrukturen. Da bei Arbeitslosen unter-

schiedlichste Akteure einzubeziehen und zu beteiligen sind (zum Beispiel die Arbeitslosenversicherung, die Träger der Grundsicherung, die Krankenversicherungen sowie die Träger von sozial flankierenden Leistungen) könnte zunächst in Form einer Rahmenvereinbarung auf Bundesebene geklärt werden, wer die Koordinierung und Steuerung dazu übernimmt. Grundsätzlich sollte das Thema Prävention und Gesundheitsförderung jedoch vom Gesetzgeber endlich aufgegriffen werden und sollten in einem Präventionsgesetz die erforderlichen Festlegungen getroffen werden.

Bei der Praxisgebühr sowie bei den Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln muss kurzfristig in der gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V) für soziale und finanzielle Härtefälle eine Ausnahmeregelung gefunden werden, um den Zugang zum Gesundheitssystem generell sowie zu allen medizinisch notwendigen Maßnahmen zu erleichtern.

Für Bezieher(innen) von Arbeitslosengeld II gibt es seit April 2010 eine Härtefallklausel in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Sozialgesetzbuch II). Danach kann der Regelbedarf individuell angepasst werden, sofern ein unabwiesbarer, laufender, nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht, der seiner Höhe nach erheblich vom durchschnittlichen Bedarf abweicht.⁹⁴ Auch medizinische Bedarfe können prinzipiell darunter gefasst werden. Die sehr unterschiedliche Handhabung dieser Regelung hat bereits zu einer Vielzahl von Klagen und auch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts geführt. Deshalb muss die Handlungsanweisung der Bundesagentur für Arbeit entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes aktualisiert werden. Aufgenommen werden müssen krankheitsbedingte atypische Bedarfe (beispielsweise krankheitsbedingter Bedarf an Kleidung in Übergröße, Mehrbedarf an Strom, Wasser wegen erhöhter Hygieneanforderungen etc.). Aber auch die Kosten für die Fahrt zur ärztlichen Behandlung, wenn die Therapie längerfristig ist und der Arzt verhältnismäßig weit entfernt ist und dadurch hohe Fahrtkosten entstehen. Dies ist zum Beispiel der Fall bei einer längeren fachärztlichen Therapie oder einer psychiatrischen Behandlung in der Muttersprache, die häufig weite Fahrten notwendig macht.

Sozialberatungen der freien Wohlfahrtspflege sowie Institutionen der Erwachsenenbildung und Krankenkassen müssen ihre Angebote verstärkt zielgruppenspezifisch ausdifferenzieren und den Zugang zu einer realitätsgerechten, gesundheitsorientierten Beratung und Bildung insbesondere für langzeitarbeitslose Menschen möglichst niedrigschwellig gestalten. Weiterhin ist es notwendig, die Vernetzung der verschiedenen Hilfen und Anbieter weiter voranzutreiben. Auf der Ebene der Qualifizierungs- und Beschäftigungsbetriebe sollten Maßnahmen und Konzepte für langzeitarbeitslose Menschen gesundheitsfördernde und präventive Module implizieren. Die Katholische Bundesarbeits-

gemeinschaft Integration durch Arbeit (IDA) des Deutschen Caritasverbandes hat hierfür eine Weiterbildung zum „Gesundheits-Coach“ sowie ein Fortbildungskonzept aufgelegt.

Freiburg, den 20. Dezember 2011

Deutscher Caritasverband

Vorstand

PRÄLAT DR. PETER NEHER

Präsident

Kontakt: Dr. Franz Fink, E-Mail: franz.fink@caritas.de;
Elisabeth Frischhut, E-Mail: elisabeth.frischhut@caritas.de;
Dr. Elisabeth Fix, E-Mail: elisabeth.fix@caritas.de

Anmerkungen

1. Vgl. *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*, New York, 1946, S. 1.
2. Vgl. DeSALVO, Karen B.; BLOSER, Nicole; REYNOLDS, Kristi et al.: *Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. A Meta-Analysis. Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21, 3/2006, S. 267–275.
3. Vgl. Johannes XXIII.: *Enzyklika Mater et magistra*, 1961, Nr. 219.
4. Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.): *Solidarität braucht Eigenverantwortung : Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*. Bonn, 2003, S. 6.
5. Ebd., S. 8.
6. Ebd., S. 9.
7. Ebd., S. 9.
8. Ebd., S. 6.
9. Ebd., S. 16.
10. *Die Armutsrisikogrenze liegt bei 60 Prozent des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens*.
11. Vgl. Bundesamt für Statistik, Pressemeldung vom 3.11.2011. Im Internet: www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2011/11/PD11__406__634,templateId=renderPrint.phtml, Stand: 7.11.2011.
12. 2009 waren beispielsweise in Baden-Württemberg 10,9 Prozent, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen 23,1 Prozent der Bevölkerung armutsgefährdet. Vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK: *Statistisches Jahrbuch 2011*, S. 554, www.destatis.de
13. Vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK (Hrsg.): *Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 29. Juli 2010 in Berlin*.
14. Vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK: *Pressemeldung vom 3.11.2011*, URL s. o.
15. Vgl. INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK, GELSENKIRCHEN: *Pressemeldung vom 16.8.2011*.
16. Vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK: *Der Sozialbericht für Deutschland 2011*, S. 155, www.destatis.de
17. Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): *13. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung*, Bundestags-Drucksache 16/12860, 2009, S. 85.
18. Vgl. KLOCKE, Andreas; LAMPERT, Thomas: *Armut bei Kindern und Jugendlichen*. In: ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 4*, Berlin, 2005, S. 8.
19. Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): *13. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung*, Bundestags-Drucksache 16/12860, 2009, S. 100.
20. HURRELMANN, Klaus; ANDRESEN, Sabine et al.: *Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie*, WORLD VISION INSTITUT (Hrsg.), Frankfurt/Main, 2010.
21. Vgl. LAMPERT, Thomas; KROLL, Lars Eric: *Armut und Gesundheit*. In: ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): *GBE kompakt 5/2010*. Berlin, 2010, www.rki.de/gbe-kompakt
22. Ebd.
23. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. Berlin 2005, S. 146.
24. Vgl. LEOPOLD, Liliya; ENGELHARDT, Henriette: *Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität?* In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 2011, 63, S. 207–236, S. 227.
25. Vgl. LAMPERT, Thomas; KROLL, Lars Eric: *Armut und Gesundheit*. A. a. O.
26. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52*, 2011.
27. Ebd., S. 22.
28. Vgl. SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT, UMWELT UND VERBRAUCHERSCHUTZ BERLIN (Hrsg.): *Sozialstrukturatlas Berlin 2008. Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung*. Berlin, 2009, S. 31.
29. Vgl. ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 52*, 2011, S. 22.
30. WHO: *Ottawa-Charta*, 1986.
31. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND: *Position zu den Eckpunkten eines Patientenrechtegesetzes vom 4.10.2010*.
32. Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): *13. Kinder und Jugendbericht der Bundesregierung*, S. 260.
33. KiGGS ist eine Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (www.kiggs.de).
34. Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): *13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung*, S. 262.
35. Ebd.
36. Ebd.

37. Ebd., S. 259.
38. Ebd., S. 260.
39. Vgl. DCV-Vorschlag zur Bekämpfung der Kinderarmut. In: *neue caritas* Heft 17/2008, S. 25–48.
40. WHO: *Ottawa-Charta*, 1986.
41. Vgl. *Ansatz der Caritas in der Sozialraumorientierung. Sozialraumorientierung in der Caritasarbeit: Diskussionspapier für die verbandswerte Debatte*. In: *neue caritas* Heft 8/2011, S. 36–43.
42. Vgl. www.sozialvital.de
43. Vgl. www.patientenleitlinien.de
44. Vgl. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: *Wartezimmerinformationen*. Im Internet: www.kbv.de/wartezimmerinfo.html, Stand: 18.10.2011.
45. Vgl. ANTONOVSKY, Aaron: *Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, 1997.
46. *Projekträger von HOT sind die rund 300 Familienpflegedienste der Caritas*. Im Internet: www.caritas.de/glossare/hothaushaltsorganisationstraining, Stand: 15.11.2011.
47. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND: *Gesundheit vor Ort. Projektbericht*, 2010, S. 45 (s.a. *neue caritas* Heft 9/2010, S. 25 f.).
48. Vgl. ANSCHUB.DE: *Programm für die gute gesunde Schule e. V., Berliner Erklärung des Vereins vom 24.11.2010*.
49. Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hrsg.): *Chancengerechte Gesellschaft. Leitbild für eine freiheitliche Ordnung*. Bonn, 2011, S. 35.
50. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND; DIAKONISCHES WERK DER EKD (Hrsg.): *Rahmenbedingungen einer christlichen Unternehmenskultur in Caritas und Diakonie*. 2011, S. 10.
51. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND: *Gesundheit vor Ort, Projektbericht*, 2010, S. 44 ff.
52. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND: *Position zu den Eckpunkten eines Patientenrechtegesetzes vom 4.10.2010*.
53. Ebd.
54. Vgl. UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG DEUTSCHLAND (UPD). Im Internet: www.unabhaengige-patientenberatung.de, Stand: 21.10.2011.
55. Vgl. ÄRZTEBLATT.DE: *Private Zuzahlungen schwächen Vertrauen in das Gesundheitssystem*. Im Internet: www.aerzteblatt.de/nachrichten/45521/Private_Zuzahlungen_schwaechen_Vertrauen_in_das_Gesundheitssystem.htm, Stand: 19.4.2011.
56. Ebd.
57. DEUTSCHER BUNDESTAG: *Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten, öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 13.4.2011, Bundestags-Drucksache 17/241, S. 17f.*
58. Vgl. MÜNSTER, Eva et al.: *Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut*. In: *Gesundheitswesen* 2010, 72, S. 67–76.
59. Vgl. § 62 Sozialgesetzbuch V.
60. Vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG: *Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abschaffen – Patientinnen und Patienten entlasten. Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 13.4.2011, Bundestags-Drucksache 17/241, S. 9.*
61. *Die Belastungsgrenze für Zuzahlungen liegt nach § 62 Sozialgesetzbuch V bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt beziehungsweise für chronisch kranke Menschen bei einem Prozent. Für Bezieher(innen) von Arbeitslosengeld II (ALG II) sind das 87,36 Euro/Jahr und für chronisch kranke 43,68 Euro/Jahr.*
62. OTC steht für die englische Formulierung „over-the-counter“.
63. Vgl. § 21 Abs. 6 Sozialgesetzbuch II.
64. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND: *Position zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 11.10.2011: § 34 Abs. 1 S. 2 SGB V ist – wie folgt – zu formulieren: „Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen oder bei Begleiterkrankungen bei schwerwiegenden Behinderungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung dieser Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können.“*
65. Vgl. MÜNSTER, Eva et al.: *Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut, a. a. O.*
66. Vgl. AUGURZKY, Boris et al.: *Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung? In: RHEINISCH-WESTFÄLISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (Hrsg.): RWI Positionen 16, Essen, 2007. Im Vergleich zu Privatpatient(inn)en und Personengruppen, die von der Praxisgebühr befreit sind (Kinder und Jugendliche), zeigte sich bei den gesetzlich Versicherten kein anderes Verhalten bezüglich der Arztbesuche.*
67. Vgl. RÜCKERT, Ina-Maria et al.: *Are German patients burdened by the practice charge for physician visits? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors*. In: *BMC Health Services Research*, 2008, 8: 232, S. 10.
68. Vgl. MÜNSTER, Eva et al.: *Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut, a. a. O.*
69. Vgl. PROTSCHKA, Johanna: *Zu arm für den Arztbesuch*. In: *Ärzteblatt.de*. Im Internet: www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=zu+arm+Arztbesuch&id=105181, Stand: 9.9.2011.
70. Vgl. BAG Wohnungslosenhilfe: *Zahl der Wohnungslosen in Deutschland steigt. Pressemeldung vom 9.11.2011*. Im Internet: www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html, Stand: 14.11.2011.
71. Vgl. PÜSCHEL, Klaus; NAWKA, Stanislaw: *Morbidität obdachloser Menschen in Hamburg*. In: *Wohnungslos*, Heft 2/2011, S. 53 ff.
72. 44,9 Prozent der Männer und 26,6 Prozent der Frauen hatten trotz Erkrankungen keinen Hausarzt aufgesucht. Vgl. BAG Woh-

nungslosenhilfe: Statistikbericht 2010. Im Internet: www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html; Stand: 17.11.2011.

73. Vgl. KOOPERATIONSVERBUND „GESUNDHEITSFÖRDERUNG BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN“: Situation von Wohnungslosen hat sich kaum verbessert. Im Internet: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/situation-von-wohnungslosen-hat-sich-kaum-verbessert, Stand: 14.11.2008.

74. Statistisches Bundesamt Deutschland: Durchschnittliche Lebenserwartung für 2009: Männer: 77,4 Jahre; Frauen: 82,6 Jahre, www.destatis.de

75. Vgl. § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

76. Vgl. BUNDESAMT FÜR STATISTIK: Sozialleistungen – Leistungen an Asylbewerber 2009. Fachserie 13, Reihe 7, Wiesbaden, 2011.

77. Vgl. § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

78. Vgl. ebd. § 4 Abs. 1.

79. Vgl. ebd. § 4 Abs. 2.

80. Vgl. ebd. § 6.

81. Vgl. ebd. § 6.

82. Die meisten Studien gehen von 30–40 Prozent aus. Vgl. GIERLICH, Hans Wolfgang; UHE, Frank: Gefährdung kranker Flüchtlinge durch Abschiebung und Abschiebungshaft. In: DEUTSCHES INSTITUT FÜR MENSCHENRECHTE (Hrsg.): Prävention von Folter und Misshandlung in Deutschland. Baden-Baden, 2007, S. 243.

83. Vgl. § 33 Sozialgesetzbuch V: Im Rahmen des AsylbLG wird dies nur in Ausnahmen und im Ermessen gewährt.

84. Vgl. BÜSSOW, Robert: Doktor Eisenbarths Therapie für Asylbewerber. In: Arztezeitung.de vom 11.8.2011. Im Internet: www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/665348/doktor-eisenbarths-therapie-asybewerber.html?sh=1&h=1243623909, Stand: 3.11.2011.

85. THERAPIEZENTRUM FÜR FOLTEROPFER/FLÜCHTLINGSBERATUNG DES CARITASVERBANDES FÜR DIE STADT KÖLN E. V. Im Internet: http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln_cv/zuwanderer_fluechtlinge/therapiezentrum_folteropfer, Stand: 15.11.2011.

86. Eine Studie des Hamburger Weltwirtschaftsinstituts (HWWI) schätzt für Deutschland eine Zahl zwischen 200.000 und 460.000 Personen. Vgl. VOGEL, Dita; ABNER, Manuel: Kinder ohne Aufenthaltsstatus – illegal im Land, legal in der Schule. Studie für den Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR). Februar 2010, S. 15–16.

87. Arbeitnehmer(innen) sind per Gesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Tatsächlich ist dieser Anspruch für illegal Beschäftigte in der Regel nicht realisierbar, da die faktische Beschäftigung aufgrund nicht erfolgter Meldung durch den Arbeitgeber kaum nachgewiesen werden kann.

88. Vgl. Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz (AVwV AufenthG) zu § 88, Rn. 88.2.4.0.

89. Vgl. DEUTSCHER CARITASVERBAND: Kriterien zur zukünftigen Finanzierung des Gesundheitssystems, 2005 (s.a. neue caritas Heft 14/2005, S. 29).

90. Vgl. hierzu Fußnote 87.

91. Vgl. GROBE, Thomas G.; SCHWARTZ, Friedrich W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin, 2003.

92. Vgl. LAMPERT, Thomas; KROLL, Lars Eric: Armut und Gesundheit, a.a.O.

93. Vgl. BERGMANN, Eckardt et al.: Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: ROBERT KOCH-INSTITUT (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, 2008, S. 17 ff.

94. Vgl. § 21 Abs. 6 Sozialgesetzbuch II.