

**Oswald von Nell-Breuning Institut
für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik**

Offenbacher Landstr. 224
60599 Frankfurt/Main, Germany
Tel. 0049 (0) 69-6061-0, Fax -559
eMail: nbi@sankt-georgen.de
web: www.sankt-georgen.de/nbi

Michael Wolff¹

Positionen und Forderungen der Nationalen Armutskonferenz (nak) zu Armut und Gesundheit

In der AG Armut und Gesundheit der nak wurden in den Jahren 2016/17 viele Diskussionen zum Zusammenhang von Armutzustand und schlechter persönlicher Gesundheitssituation sowie eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem geführt. Daraus wurde ein Positionspapier erarbeitet, welches auf der nak-Homepage zum Download verfügbar ist.² „Armut wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus und begünstigt die Entstehung von Krankheiten“, so die zentrale Aussage der nak. „In der öffentlichen und politischen Wahrnehmung spielt dieser Zusammenhang dennoch nur eine geringe Rolle“, weshalb es wichtig ist im Sinne der Betroffenen (anwaltschaftlich) tätig zu werden. Die Diskussion in der AG lebte dabei sowohl von wohlfahrtsverbandlicher, wissenschaftlicher Expertise als auch von konkreten Berichten der Menschen mit Armutserfahrung. Das Oswald von Nell-Breuning-Institut ist Gastmitglied in der Nationalen Armutskonferenz und beteiligt sich hier aus wissenschaftlicher Perspektive an den Debatten.

In einem reichen Land wie Deutschland stellen gesundheitliche Ausgaben die Menschen mit geringem Einkommen vor oftmals unüberwindbare Finanzierungsprobleme. Arm zu sein in einer stark leistungsbezogenen Gesellschaft bedeutet eine große psychosoziale Belastung mit Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl. Dies kann zu Krankheitsbildern wie Depressionen und Angststörungen führen.

¹ Ein Dank geht an Jakob von Bronk, der mich bei der Zusammenfassung des Positionspapiers unterstützt hat.

² Verfügbar unter: https://www.nationale-armutskonferenz.de/wp-content/uploads/2017/07/NAK-Positionspapier_Armut-und-Gesundheit.pdf [zuletzt geprüft: 09.11.2017].

Letztendlich ist auch die Sterberate bei armen Menschen deutlich höher. Nach Studien des Robert-Koch-Instituts „sterben arme Männer in Deutschland im Durchschnitt elf Jahre früher als ihre nicht armen Geschlechtsgenossen“. Bei armen Frauen beträgt der Unterschied acht Jahre, schreiben die Verfasser des Positionspapiers.

Das Bundesverfassungsgericht betont in mehreren Urteilen den Anspruch auf Gewährleistung eines soziokulturellen Existenzminimums. Da dieses häufig in der gegenwärtigen Situation nicht erfüllt ist, fordert die Nationale Armutskonferenz die Verantwortlichen in der Politik zum Handeln auf.

In dem vorliegenden Text werden die zentralen Aussagen und Forderungen des Positionspapiers zusammengefasst. Die Grundsatzforderung der nak ist, dass eine gesundheitliche Versorgung unabhängig von Einkommen und sozialem Status sichergestellt werden muss. Für einkommensarme Menschen muss eine vollständige Kostenbefreiung in der Gesundheitsversorgung erfolgen.

Im Folgenden werden konkrete Forderungen für unterschiedliche Personengruppen und Lebenssituationen formuliert.

1. EmpfängerInnen von „Hartz IV“ und Sozialhilfe, Wohngeld und Kinderzuschlag sowie Menschen mit geringem Einkommen

Beim Anteil der Gesundheitspflege im Transfereinkommen werden wichtige Ausgabenpositionen wie die Übernahme von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten nicht kostendeckend berücksichtigt. Diverse weitere Ausgaben für Brillen, Hörgeräte-Zubehör, Empfängnisverhütung oder Fahrtkosten zur ärztlichen Versorgung werden nicht im Regelsatz berücksichtigt und bei Bedarfsanmeldung auch nicht erstattet. Das Ergebnis ist, dass gesundheitlich notwendige Maßnahmen aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen werden.

„Die nak fordert daher, dass die Übernahme der Kosten für alles medizinisch notwendige durch Krankenversicherungsleistungen nach dem SGB V sichergestellt wird.“ Zudem soll hilfsweise das SGB II geändert werden, so dass alle im Sinne der Grundsicherung bedürftigen Personen „einen Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen erhalten (Härtefallregelung)“. Des Weiteren sollen „mehr vorbeugende und gesundheitsfördernde Angebote“ bereitgestellt werden, um den „Teufelskreis zwischen Armut und Krankheit“ zu durchbrechen.

2. Asylsuchende und Geflüchtete

Im Zusammenhang mit Zugewanderten muss eine transkulturelle Sensibilität mit entsprechender medizinischer Erfahrung bzw. Fortbildung sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere für Neuankömmlinge. Das Armutsrisiko ist hier über dem gesellschaftlichen Durchschnitt und damit besteht auch ein höheres Risiko mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen leben zu müssen. Eine ganz eigene Gruppe stellen dabei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus dar. Sie nehmen den Anspruch auf ärztliche Behandlung, der auch ihnen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zusteht, aus Angst vor Abschiebung, oft nicht wahr.

Deshalb fordert die nak, dass alle Leistungsberechtigten des AsylbLG in die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden. Außerdem wird „die konsequente Umsetzung des Nothelferparagraphen (AsylbLG §6a und §6b)“ gefordert, „der die Refinanzierung der Akutbehandlung von papierlosen Menschen unter

Wahrung [...] [von deren] Anonymität garantiert“. Die Ausländerbehörden müssen angewiesen werden, „Schwangerschaften als Abschiebhindernis anzusehen und nach der Entbindung eine Duldung zu erteilen“.

3. Wohnungslose Menschen

Mit Hilfe von sozialer Wohnungspolitik soll die Sicherung von Wohnraum erfolgen. Hiermit werden existenzielle Gesundheitsrisiken vermieden, die mit Wohnungslosigkeit einhergehen. „Zahlreiche Untersuchungen und Erhebungen verschiedener Institutionen, Verbände und Forschungsgruppen bestätigen, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für diese Personengruppen deutlich erschwert [ist] und gesundheitliche Risiken erhöht sind. Menschen, die auf der Straße leben, in Wohnheimen übernachten oder von akuter Wohnungslosigkeit bedroht sind, suchen trotz multipler Erkrankungen medizinische Versorgungseinrichtungen erst in Notfällen auf und verfügen oft nicht über den notwendigen Krankenversicherungsschutz für einen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung.“

Die nak fordert daher eine vollständige Kostenübernahme der Gesundheitsversorgung. Kosten von mobilen medizinischen Diensten oder andere Angebote für diese Personengruppe „sind als reguläre medizinische Leistungen anzuerkennen und dürfen nicht auf private[n] Initiativen beruhen oder diesen überlassen bleiben“.

4. Inhaftierte und haftentlassene Menschen

Während des Strafvollzugs werden notwendige Gesundheitsleistungen im Rahmen des jeweiligen Länder-Strafvollzugsgesetzes geregelt. Nach der Haftentlassung greift dieses jedoch nicht mehr und unterschiedliche Regelungslücken verhindern häufig eine Überleitung in den geregelten Krankenversicherungsschutz. Die Übergangslücken dauern nach Beantragung oft bis zu sechs Wochen. In diesem Zeitraum verfügen die Haftentlassenen aufgrund des unklaren Versicherungsstatus „über keinerlei Versicherungsnachweis (Versichertenchipkarte oder Behandlungsschein) und können somit insbesondere bei chronischen Erkrankungen keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen“.

Die nak „fordert von den Ländern eine einheitliche und vollständige gesundheitliche Versorgung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung“. Haftentlassene benötigen einen „barriere- und kostenfreien Zugang zu allen Gesundheitsleistungen“, der auch die Übergangszeit abdeckt.

5. Krankheitsbegünstigende Umwelteinflüsse

Die Umweltforschung attestiert einen Zusammenhang von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und einer erhöhten Umweltbelastung.

Daher *fordert die nak* „die Kommunen auf, Umwelt- und Sozialplanung [sowie] Stadtentwicklung zu verknüpfen, um gesundheitliche Benachteiligungen durch negative Umweltschäden zu vermeiden“.

6. Leben in benachteiligten Wohnquartieren

In jeder Stadt sowie in ländlichen Gebieten gibt es Wohnquartiere mit einem hohen Anteil armer Menschen. Dies beeinflusst insbesondere die (Zukunfts-)Chancen der vor Ort heranwachsenden Kinder und Jugendlichen.

Die nak fordert daher, den Ansatz für eine integrierte soziale Stadtentwicklung auszubauen. Die Förderung soll nicht nur einzelne Gesundheitsprojekte in den Quartieren betreffen, sondern auch insgesamt die Gemeinwesenarbeit stärken.

7. Keine Krankenversicherung und schlechte Versorgung bei Beitragsrückständen

Vor allem ältere Menschen oder jene mit Beitragsrückständen haben das Problem, dass ein Wechsel aus einer privaten Krankenversicherung in eine gesetzliche nur unter Umständen möglich ist. Ab dem Alter von 55 Jahren ist ein Wechsel grundsätzlich nicht mehr möglich. Das Problem dabei ist, dass oftmals das zur Verfügung stehende Einkommen aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr ausreicht, um die hohen Beiträge der privaten Krankenversicherung zu zahlen. Auch die Gruppe der Selbstständigen hat bei Zahlungsausfall eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung. Um bei Zahlungsrückstand von einem 2013 eingeführten Notlagentarif versorgt werden zu können, besteht die Verpflichtung eine private Krankenversicherung abzuschließen. Mindestens 120.000 Menschen, davon überwiegend Selbstständige, die der Verpflichtung nicht nachkamen, besitzen nun keine Krankenversicherung.

In Deutschland sind per Gesetz alle Personen, die keine weitere Absicherung haben, über einen so genannten Auffangtatbestand (§5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) automatisch der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen. Doch dies geht mit einer Beitragspflicht einher. Personen bei denen Beitragsschulden entstehen, erhalten faktisch nur noch Notfall-Leistungen.

Die nak fordert die Sozialhilfeträger auf, „ihrer gesetzlichen Beratungspflicht nachzukommen, so dass die Betroffenen ihren Krankenversicherungsschutz behalten“. Außerdem sollen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen proaktiv im Falle von Beitragsrückständen auf kostengünstigere Tarife aufmerksam machen. „Die nak fordert zudem die Neuauflage des Beitragsentschuldungsgesetzes.“

8. Teilhabe an Gesundheitsleistungen durch „Leichte Sprache“

Viele Patientinnen und Patienten haben Schwierigkeiten die ärztlichen Anweisungen und Medikamentenbeipackzettel zu verstehen. Sie „können Textinhalte besser aufnehmen, wenn diese auch in Leichter Sprache abgefasst sind. Leichte Sprache bedeutet, Fachbegriffe, schwierige Wörter oder komplexe Zusammenhänge in einfachen Worten und kurzen Sätzen bildlich zu umschreiben, so dass sie jede/r auf Anhieb versteht.“

Die nak fordert in diesem Zusammenhang den Einsatz von Leichter Sprache, so dass ein barrierefreier und gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsleistungen erfolgen kann.