

nak



Nationale Armutskonferenz

Positionspapier der Nationalen Armutskonferenz

Positionen und Forderungen der
nak zu Armut und Gesundheit



**Positionspapier
der Nationalen
Armutskonferenz**
Positionen und Forderungen
der nak zu Armut und Gesundheit

nak

— Weil Du
arm bist,
musst
Du früher
sterben¹

1 „Weil du arm bist, mußt du früher sterben“ ist ein deutscher Spielfilm aus dem Jahr 1956 von Paul May, der kritisch die Gesundheits- und Krankenkassenpolitik thematisiert.



Inhalt

Einführung.....	6
I. Grundsatzforderung.....	8
II. Einzelne Forderungen	8
1. Personen mit Bezug von SGB II- und SGB XII-Leistungen („Hartz IV“ und Sozialhilfe), Wohngeld und Kinderzuschlag sowie Personen mit geringem Einkommen	8
2. Asylsuchende und Geflüchtete.....	10
3. Wohnungslose Menschen	11
4. Inhaftierte und haftentlassene Menschen	13
5. Krankheitsbegünstigende Umwelteinflüsse	14
6. Leben in benachteiligten Wohnquartieren.....	14
7. Keine Krankenversicherung und schlechte Versorgung bei Beitragsrückständen.....	15
8. Teilhabe an Gesundheitsleistungen durch Leichte Sprache.....	18
Ausblick: Armut und Gesundheit und Behinderung und Armut	19

Einführung

Armut wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus und begünstigt die Entstehung von Krankheiten. In der öffentlichen und politischen Wahrnehmung spielt dieser Zusammenhang dennoch nur eine geringe Rolle. Auch für Deutschland – einem der reichsten Länder der Erde – gilt: Armut bedeutet mehr als den Verzicht auf Konsumgüter. Vielmehr bedeutet Armut häufig physisches und psychisches Leid, höhere Erkrankungsraten und eine signifikant geringere Lebenserwartung. Beispielsweise belegt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes¹, dass armutsgefährdete Menschen ab dem 45. Lebensjahr häufiger Schlaganfälle, Herzinfarkte, Diabetes mellitus, Hypertonien und Depressionen erleiden als Personen in ihrem Alter, die materiell abgesichert sind.

Menschen mit geringen finanziellen Möglichkeiten leiden in existenzieller Weise an den Gesundheitsausgaben, die sie aus ihren nicht bedarfsdeckenden SGB-II- bzw. SGB-XII-Leistungen (Grundsicherung für Arbeitssuchende, Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) bestreiten müssen. Gesundheitliche Ausgaben stellen Menschen mit geringem Einkommen deshalb vor unüberwindbare Finanzierungsprobleme.

Arm zu sein bedeutet eine große psychosoziale Belastung. In unserer leistungsbezogenen Gesellschaft wird der Wert eines Menschen oft über die Arbeitsstelle und das Einkommen definiert. Vor diesem Hintergrund werden von Armut bedrohte und betroffene Menschen häufig als Leistungsverweigerer stigmatisiert. Bei den betroffenen Menschen führt das oft zu einem sinkenden Selbstwertgefühl, das zu Krankheitsbildern wie Depressionen und Angststörungen führen kann. Zudem ist die Selbstmordrate unter sozial Benachteiligten deutlich erhöht.

¹ http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile

Auch die Sterberate ist bei armen Menschen deutlich höher. Nach Studien des Robert Koch Instituts² sterben arme Männer in Deutschland im Durchschnitt elf Jahre früher als ihre nicht armen Geschlechtsgenossen. Arme Frauen sterben durchschnittlich acht Jahre früher als nicht arme Frauen. Bei wohnungslosen und obdachlosen Menschen ist die Situation noch dramatischer.

Dieser Zustand widerspricht dem Anspruch auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums, der in mehreren Urteilen (2010, 2014) vom Bundesverfassungsgerichts betont wurde und auch Gegenstand internationaler menschenrechtlicher Vereinbarungen wie dem UN-Sozialpakt und der Sozialcharta des Europarats ist. Darum fordert die Nationale Armutskonferenz die politisch Verantwortlichen in Deutschland zum Handeln auf, um die gesundheitliche Versorgung für alle in Deutschland Lebenden unabhängig von Einkommen und sozialem Status zu gewährleisten!

² GBE kompakt 1/2016: Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter und GBE kompakt 2/2014: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung

I. Grundsatzforderung

Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht (§12 UN-Sozialpakt). Gesundheit und Gesundheit dürfen nicht an den finanziellen Mitteln Einzelner scheitern. Aus diesem Grund muss es für einkommensarme Menschen eine vollständige Kostenbefreiung bei der Gesundheitsversorgung geben.

Um frühzeitig auf Härten und gesellschaftliche Veränderungen reagieren zu können, hält es die Nationale Armutskonferenz zudem für dringend notwendig, die Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit wiederaufzunehmen.³ Einzubeziehen sind hierbei Betroffenenverbände, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften sowie Krankenkassen, Ärztekammern und weitere Akteure der Gesundheitsversorgung.

II. Einzelne Forderungen

1. Personen mit Bezug von SGB II- und SGB XII-Leistungen („Hartz IV“ und Sozialhilfe), Wohngeld und Kinderzuschlag sowie Personen mit geringem Einkommen

Die bestehende Höhe des Regelsatzes kann der Armut nicht entgegenwirken.⁴ Beim Anteil für die Gesundheitspflege sind wichtige Ausgabenpositionen nicht berücksichtigt worden. So sind etwa Zuzahlungskosten und Übernahme von Kosten etwa für nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder bei der Be-

3 Trotz mehrmaliger Interventionsversuche wurde die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Armut und Gesundheit im Bundesgesundheitsministerium seit der Beendigung im Jahre 2003 nicht wieder aufgenommen. Nicht erkannte Problemlagen konnten in dieser Gruppe durch den Dialog zwischen Politik und zivilgesellschaftlichen Organisationen frühzeitig identifiziert werden und mündeten in Empfehlungspapieren und Gesetzesvorschlägen zu Verbesserung der Situation betroffener Menschen. Auf diese Weise ist es möglich, sich entwickelnde Gesundheitsprobleme benachteiligter Bevölkerungsgruppen frühzeitig den Verantwortlichen zu kommunizieren. Vor allem im Hinblick auf die Flüchtlingsbewegungen ist ein solches Frühwarnsystem wichtig.

4 Mit dem geltenden Regelsatz sind die tatsächlichen Bedarfe für eine Sicherung des sozialen und kulturellen Existenzminimums nicht abgedeckt. Durch willkürlich erscheinende Streichungen bei den in der Vergleichsgruppe der unteren 15% der Einkommen der in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe befragten Haushalte und fehlende Plausibilitätsrechnungen sind die Regelsätze nach Berechnungen etwa des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, der Diakonie und der Caritas deutlich zu niedrig.

gleitung von Kindern im Krankenhaus, die nicht über das SGB II, SGB V und SGB XII abgedeckt sind, weder im Regelsatz berücksichtigt, noch werden sie separat erstattet. Auch die Kosten für Brillen, Hörgeräte-Zubehör und Empfängnisverhütung oder die Fahrtkosten zur ärztlichen Versorgung werden nicht als besondere Bedarfe übernommen. Bis zum Erreichen der Befreiungsgrenze von zwei Prozent des Jahreseinkommens (ein Prozent bei chronisch Kranken unter bestimmten Voraussetzungen) müssen alle Kosten für Zuzahlungen und Aufzahlungen jeglicher Art (Beispiele: Medikamente, Krankenhausaufenthalt, Zahnersatz, Kuren) selbst aufgebracht werden, was zur Folge hat, dass gesundheitlich notwendige Maßnahmen nicht in Anspruch genommen werden.

Die administrativen Hürden und Bestimmungen der Hartz IV-Gesetze wirken abschreckend. In der derzeitigen Praxis ist der barrierefreie Zugang in der Gewährung von Sonderbedarfen nach SGB II und SGB XII nicht gewährleistet. Dies wird verhindert durch umständliche Antragstellung und oftmals rechtswidrige Bescheide, die zu zeitraubenden Klagen vor den Sozialgerichten führen. Im Gesundheitsbereich ist schnelle Hilfe unabdingbar.

Die Nationale Armutskonferenz fordert daher, dass die Übernahme der Kosten für alles medizinisch Notwendige durch Krankenversicherungsleistungen nach dem SGB V sichergestellt wird.

Die nak fordert hilfsweise, dass durch eine Änderung des SGB II sichergestellt wird, dass zumindest alle im Sinne der Grundsicherung bedürftigen Personen einen Anspruch auf die medizinisch notwendigen Leistungen erhalten (Härtefallregelung).

Die nak fordert zudem mehr vorbeugende und gesundheitsfördernde Angebote für einkommensarme Menschen, damit der Teufelskreis von Armut und Krankheit durchbrochen wird

Darüber hinaus fordert die nak, die Regelleistungen, Transferzahlungen, Zuschüsse oder sonstige Hilfen so zu bemessen, dass eine gesunde Ernährung nach den Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Ernährung leistbar ist.

2. Asylsuchende und Geflüchtete

Die Gesundheitsversorgung von Migrant_innen setzt immer auch die Berücksichtigung kulturell bedingter Faktoren im Kontext von Krankheit und Gesundheit, Diagnostik und Therapie voraus. Dies erfordert transkulturelle Sensibilität und entsprechende medizinische Erfahrung. Migrant_innen haben ein höheres Armutsrisiko als der gesellschaftliche Durchschnitt – und damit auch ein höheres Risiko, mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen leben zu müssen.

Es gibt nicht „die Migrant_innen“ sondern verschiedene Personenkreise von Menschen mit Migrationshintergrund, deren gesundheitliche Versorgung nicht gleichmäßig gewährleistet ist. In diesem Papier wird der Schwerpunkt auf die zunehmende Personengruppe der Asylsuchenden sowie die Gruppe der Geflüchteten, insbesondere aus Kriegsregionen wie Syrien, die aufgrund der Verpflichtungserklärungsregelung zu Verwandten in Deutschland einreisen dürfen, gelegt.

Hierbei ist die Situation von Asylsuchenden im Asylverfahren, von anerkannten Asylbewerber_innen und von Geduldeten deutlich unterschiedlich. Hinzu kommen die Menschen, die ohne legalen Aufenthaltsstatus, als papierlose oder „illegalisierte Menschen“ in Deutschland leben. Sie haben zwar formal einen Anspruch auf ärztliche Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Tatsächlich nehmen die meisten diesen jedoch nicht wahr. Sie haben Angst vor der Abschiebung nach Entdeckung ihrer Anwesenheit durch die Behörden.

Die Nationale Armutskonferenz fordert daher:

Asylsuchende, geduldete Personen und Menschen mit einem humanitären Aufenthaltstitel müssen Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben. Alle Leistungsberechtigten des AsylbLG müssen in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden. Das Asylbewerberleistungsgesetz muss abgeschafft und die Leistungsberechtigten müssen im Grundsicherungssystem nach dem SGB II und XII sozial abgesichert werden.

Des Weiteren fordert die nak medizinisch-psychologische Untersuchungen und Hilfen bei Hinweisen auf Folter oder Traumatisierung nach den Voraussetzungen und Grundsätzen gemäß dem UN-Antifolterausschuss und entsprechend dem Istanbul-Protokoll⁵ anzubieten.

Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität müssen Zugang zum Gesundheitssystem erhalten, ohne ihre Daten preisgeben zu müssen. Gefordert wird, die konsequente Umsetzung des Nothelferparagraphen (AsylbLG §6a und §6b), der die Refinanzierung der Akutbehandlung von papierlosen Menschen unter Wahrung der Anonymität garantiert. Um Menschen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität zu ermöglichen, den Anspruch auf Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz wahrzunehmen, müssen die mit der Gesundheitsversorgung und deren finanzieller Abrechnung befassten öffentlichen Einrichtungen, insbesondere die Sozialämter, zudem von den Übermittlungspflichten nach § 87 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz ausgenommen werden.

Die Ausländerbehörden sind anzuweisen, Schwangerschaften als Abschiebehindernis anzusehen und nach der Entbindung eine Duldung zu erteilen.

Auch für Menschen ohne gesicherten oder geklärten Aufenthaltsstatus muss das Recht auf gesundheitliche Versorgung entsprechend dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden.

3. Wohnungslose Menschen

Die Versorgung mit angemessenem und ausreichendem Wohnraum ist Teil eines menschenwürdigen Existenzminimums und muss von Bund, Ländern und den Kommunen gewährleistet werden. Auf Wohnungsnot folgt Wohnungslosigkeit, etwa wenn bei Freunden ohne sicheren eigenen Wohnraum übernachtet wird, oder die Menschen ganz auf der Straße leben. Wohnungspolitik muss als Daseinsvorsorge, als Teil der Sozialpolitik verstanden werden und um Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit zu verhindern, darf die Schaffung und Vermietung von Wohnraum nicht dem freien Spiel des Marktgeschehens überlassen werden.

⁵ Kompletter Titel: Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe, siehe: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training8Rev1en.pdf>

Zur Wohnungsversorgung gehört auch der rechtliche Schutz der Mieter_innen, die Festlegung von niedrigeren Kappungsgrenzen in Ballungsräumen zur Begrenzung der Mietpreiserhöhungen sowie das ausreichende Angebot von Sozialwohnungen und von direkt zu vermittelnden Wohnmöglichkeiten für besonders Benachteiligte und Überschuldete. Durch die Sicherung von Wohnraum können auch die existenziellen Gesundheitsrisiken vermieden werden, die mit Wohnungslosigkeit einher gehen. Verwaltungshandeln darf Wohnungslosigkeit nicht begünstigen oder herbeiführen.

Nach den Sozialgesetzbüchern haben zwar auch wohnungslose Menschen einen Anspruch auf Grundsicherungs- und soziale Teilhabeleistungen sowie Krankenversicherung. Aber durch das Fehlen eines festen Wohnsitzes wird die Inanspruchnahme dieser Rechte deutlich erschwert, etwa wenn Ämter sich weigern, eine Meldeadresse anzuerkennen. Viele Helfende berichten, dass Wohnungslose nach einem begrenzten Zeitraum in die Nachbargemeinde abgeschoben werden, um dort wieder von vorne beginnen zu müssen⁶. Zahlreiche Untersuchungen und Erhebungen verschiedener Institutionen, Verbände und Forschungsgruppen bestätigen, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung für diese Personengruppe deutlich erschwert 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. Institutionen, Verbände und Vereine bieten deshalb in vielen Städten niedrigschwellige und zum Teil auch aufsuchende medizinische Angebote an.

Die Nationale Armutskonferenz fordert einen regulären Zugang zum Gesundheitssystem und zum regulären Krankenversicherungsschutz für wohnungslose Menschen und eine vollständige Kostenübernahme. Auch die Kosten von mobilen medizinischen Diensten oder Angeboten für diese Personengruppe sind als reguläre medizinische Leistungen anzuerkennen und dürfen nicht auf privaten Initiativen beruhen oder diesen überlassen bleiben.

⁶ Die sogenannte „vertreibende Hilfe“

Die nak fordert eine jährlich erscheinende, amtliche Wohnungslosenstatistik sowohl auf Bundesebene als auch auf Ebene der einzelnen Bundesländer. Damit an diesem Instrument (präventive) Projekte für Betroffene ausgerichtet werden können, muss die Zahl der Wohnungslosen detailliert und differenziert erhoben werden (z.B. nach Alter, Geschlecht, Art, Grund, Dauer der Wohnungslosigkeit, Anzahl der Haushalte mit Kindern, Anzahl und Alter der betroffenen Kinder etc.).

4. Inhaftierte und haftentlassene Menschen

Notwendige Gesundheitsleistungen für Inhaftierte⁷ werden während des Strafvollzugs im Rahmen der jeweiligen Länder-Strafvollzugsgesetze geregelt. Allerdings greift nach Haftentlassung das Strafvollzugsgesetz nicht mehr und durch unterschiedliche Regelungslücken wird eine Überleitung in einen „normalen“ Krankenversicherungsschutz häufig verhindert. Bis der Versicherungsschutz nach Beantragung wiederhergestellt ist, entstehen oft Lücken von bis zu sechs Wochen. In diesem Zeitraum verfügen die Haftentlassenen aufgrund ihres nicht geklärten oder nicht gegebenen Versicherungsstatus über keinerlei Versicherungsnachweis (Versichertenchipkarte oder Behandlungsschein) und können somit insbesondere bei chronischen Erkrankungen keine medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen.

Die Nationale Armutskonferenz fordert von den Ländern eine einheitliche und vollständige gesundheitliche Versorgung auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem benötigen Haftentlassene einen barrierefreien Zugang zu allen Gesundheitsleistungen. Für alle Inhaftierten, bei denen kein Krankenversicherungsschutz nach der Haftentlassung besteht, soll für die Übergangszeit, bis der Krankenversicherungsschutz wieder hergestellt ist, der volle Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden.

⁷ Dazu gehören auch Untersuchungshäftlinge und Menschen in Abschiebehaft.

5. Krankheitsbegünstigende Umwelteinflüsse

Die Umweltforschung hat die erhöhte Umweltbelastung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen belegt. So leben z. B. in Deutschland Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen häufiger in Wohngebieten mit erhöhter Luftschmutzbelastung und/oder erhöhten Lärmbelastung, da derartig exponierte Wohngebiete in der Regel einen niedrigeren Mietspiegel haben. Schadstoff- und Lärmbelastungen durch beispielsweise Verkehr (Autoverkehr, Bahnverkehr, oder auch Fluglärm) haben gerade für Kinder und Jugendliche mannigfaltige negative Auswirkungen. Sie führen unter anderem zu höherer Schwermetallkonzentration im Blut, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und multiplen psychosomatischen Beschwerden sowie zu Herz- und Kreislauferkrankungen. Umweltverschmutzung und Lärm haben gesundheitsschädliche Folgen.

Die Nationale Armutskonferenz fordert die Kommunen auf, Umwelt- und Sozialplanung und Stadtentwicklung zu verknüpfen, um gesundheitliche Benachteiligungen durch negative Umweltschäden zu vermeiden.

6. Leben in benachteiligten Wohnquartieren

In jeder Stadt, aber auch in ländlichen Gebieten gibt es Stadtteile bzw. Wohnquartiere, in denen hohe Anteile armer Menschen leben z.B. Langzeitarbeitslose, Menschen mit Migrationshintergrund oder Geflüchtete. Besonders die Situation von Kindern und Jugendlichen, die überproportional in diesen Quartieren leben, ist ihren Lebenschancen nicht förderlich. Zu den finanziellen Problemen der Menschen kommen häufig unzureichende Versorgung mit geeignetem und gesundheitsförderlichem Wohnraum, schlecht ausgebaute soziale Infrastruktur sowie eine ungünstige Verkehrsanbindung hinzu. Die Stigmatisierung dieser Wohngebiete wirkt sich in vielfacher Hinsicht auf die Menschen aus: Kreditwürdigkeit, Mobilität, Anbindung an Schulen, Arztpraxen, u.ä. sowie die Chancen auf dem Arbeitsmarkt sind beeinträchtigt. Dies kann zu mangelndem Selbstwertgefühl führen. Alle diese Faktoren haben auch Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Menschen. Was für einzelne benachteiligte Gruppen gilt, gilt hier in besonderem Maße: u.a. hohe Anteile chronischer Erkrankungen und frühe Sterblichkeit.

Seit Jahren bemühen sich Initiativen – auch von BBewohner_innen selbst – Verbände, Verwaltungen und Politik an vielen Stellen um eine Verbesserung der Situation. Dies ist dort gelungen, wo gemeinsame Strategien entwickelt wurden. Vor allem der Einsatz von Gemeinwesenarbeit vor Ort mit den Menschen ist eine Bedingung für das Gelingen. Auch das Programm „Soziale Stadt“ mit seinem Ansatz der integrierten sozialen Stadtentwicklung hat an vielen Stellen zur Verbesserung der Lebensbedingungen beigetragen. Doch es gibt noch viele weiße Flecken und Mängel in der Umsetzung.

Die Nationale Armutskonferenz fordert deshalb die Sicherung des Ansatzes integrierter Sozialer Stadtentwicklung auf allen politischen Ebenen. Die nak fordert die Verstärkung des „Sozialen“ in der Sozialen Stadt auch im Sinne einer „gesunden Stadt“. Einzelne Gesundheitsprojekte in den Quartieren sind wichtig, aber nicht genug. Es gilt die Förderung der Gemeinwesenarbeit zu verstärken, die die Beteiligung und das selbst Initiativwerden der Menschen ermöglicht.

7. Keine Krankenversicherung und schlechte Versorgung bei Beitragsrückständen

Der Gesetzgeber möchte verhindern, dass Menschen, die sich in jungen Jahren entschieden haben, sich in der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu versichern, um die besseren Leistungen zu genießen, im Alter in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wechseln. Ein Wechsel von der PKV in die GKV ist aus diesem Grund laut Gesetzeslage ab 55 Jahren nicht mehr möglich und stellt eine logische Konsequenz dieser Perspektive dar. Bei dieser Bestimmung wird jedoch nicht berücksichtigt, dass das im Alter zur Verfügung stehende Einkommen aus unterschiedlichsten Gründen, nicht mehr ausreichen kann, um die hohen Beiträge in der PKV zu zahlen.

Erwerbslose und insbesondere Selbständige und ihre Familienmitglieder verfügen dann über keinen Krankenversicherungsschutz oder keine Krankenversicherung. Erst mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden wurde im Juni 2013 der Notlagentarif für Privatversicherte eingeführt: Nach einem gesetzlich festgelegten Mahnverfahren werden Personen, die ihre Beiträge nicht mehr gezahlt haben, automatisch in den Notlagentarif

überführt und bleiben solange in dem Tarif bis alle Schulden beglichen sind. Zwar ist dieser Tarif mit etwa 100 Euro monatlich sehr günstig, die Versicherten verfügen in dieser Zeit aber auch nur über einen eingeschränkten Versicherungsschutz, der vergleichbar mit den medizinischen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist. Es ist davon auszugehen, dass viele Selbständige vor Einführung der Versicherungspflicht 2009 und dem damit eingeführten Basistarif sowie seit dem 2013 beschriebenen Notlagentarif ihre Versicherung bei zu großer finanzieller Belastung aufkündigten und deshalb seit einigen Jahren nicht mehr versichert sind.

Im Kontext der Armutsentwicklung in Deutschland weisen statistische Angaben darauf hin, dass immer mehr Menschen über 65 Jahre Sozialleistungen beziehen müssen. Mit dem Bezug von Grundsicherung im Alter bei Hilfebedürftigkeit muss der Sozialhilfeträger auch die Versicherungsbeiträge der privaten Krankenkassen, aber nur in der Höhe des Basistarifs, übernehmen. Nachdem der PKV eine Bescheinigung vom Sozialamt vorliegt, muss der Beitrag dann von dem Versicherungsunternehmen halbiert werden. Weder Betroffene noch Behörden scheinen über diese Möglichkeit der Unterstützung und über die Pflicht der Aufnahme in den Basistarif ausreichend informiert zu sein, berichten verschiedene Beratungsstellen und Betreuungseinrichtungen.

Mindestens 120.000 Menschen in Deutschland haben keine Krankenversicherung. Hierbei handelt es sich vor allem um Selbstständige, die der im Jahre 2009 eingeführten Verpflichtung, sich in der (privaten) Krankenversicherung zu versichern, nicht nachgekommen sind.

Doch auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es nach wie vor gravierende Probleme. Zwar hat der Gesetzgeber hier über einen sogenannten Auffangtatbestand (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) erreicht, dass alle Personen, die dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind (also insbesondere nicht selbstständig sind) und keine anderweitige Absicherung haben, per Gesetz versichert sind. Allerdings geht dieser Versicherungsschutz per Gesetz auch mit einer Beitragspflicht einher. Viele Betroffene haben so in den vergangenen Jahren große Beitragsschulden angehäuft und / oder können sich die monatlichen Beiträge nicht leisten. Das Beitragsschuldengesetz sah die Entschuldung für Personen mit Beitragsschulden in der gesetz-

lichen Krankenversicherung vor. Wer sich bis zum 31.12.2013 bei einer gesetzlichen Krankenversicherung meldete, bekam alle Beiträge rückwirkend ab Eintritt der Versicherungspflicht erlassen. Weiterhin wurde der Zins für Beitragsschulden gesenkt. Personen, bei denen dennoch weiter Beitragsschulden bestehen bzw. bei denen neue Beitragsschulden entstehen (z.B. auch freiwillig Versicherte), erhalten nur Notfall-Leistungen (Ruhens der Leistungen, § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V). Der § 16 Abs. 3 a SGB V stellt aber auch fest: „Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder waren.“

Das bedeutet, dass ein Ruhen der Leistungen ist bei Beziehenden von SGB II- und SGB XII-Leistungen ausgeschlossen ist. Darüber hinaus werden keine Angaben zur Höhe der Ratenzahlungen gemacht, d.h. auch eine Vereinbarung über geringe Ratenzahlungen können ein Ruhen der Leistungen verhindern.

In der privaten Krankenversicherung gilt nun ein Notlagentarif, der säumige Privatversicherte zu einem geringen Beitrag versichert. Jedoch werden in diesem Tarif – vergleichbar der Situation in der GKV bei Beitragsrückständen – ebenfalls nur dringend notwendige medizinische Behandlungen übernommen. Die Situation der Privatversicherten mit Beitragsrückständen ist dabei noch gravierender, als bei den gesetzlich Versicherten, da bei Letzteren auch im Falle von Beitragsrückständen zumindest noch Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten übernommen werden. Nur für Kinder und Jugendliche sind auch hier die Vorsorgeuntersuchungen „zur Früherkennung von Krankheiten nach Programmen“ sowie Impfungen zu übernehmen (s. § 153 Abs. 1 Satz 3 Versicherungsaufsichtsgesetz).

Die Nationale Armutskonferenz fordert die Sozialhilfeträger auf, ihrer gesetzlichen Beratungspflicht nach zu kommen, so dass die Betroffenen ihren Krankenversicherungsschutz behalten. Die nak fordert zudem die Neuaufgabe des Beitragsentschuldungsgesetzes. Zudem werden die gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufgefordert, proaktiv bei Beitragsrückständen von Versicherten über alternative kostengünstigere Tarife zu informieren.

8. Teilhabe an Gesundheitsleistungen durch Leichte Sprache

Bei einem Arztbesuch oder im Krankenhaus haben viele Patient_innen oftmals Schwierigkeiten, die Ärzt_innen oder schriftliche Unterlagen wie beispielsweise Beipackzettel, Patient_innenverfügungen, Patient_inneninformationen, Fragebögen oder auch allgemeine Gesundheitsinformationen zu verstehen. Dies betrifft nicht nur Menschen, die nicht so gut Deutsch können oder verstehen oder Leseschwierigkeiten haben, sondern auch die über 14 Millionen funktionalen An-alphabet_innen in Deutschland . Viele Menschen könnten 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. Der bereits von der Bundesregierung in Angriff genommene Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention unterstützt dieses Vorhaben.

Leichte Sprache erleichtert allen Bürgerinnen und Bürgern den barrierefreien und gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Entsprechend fordert die Nationale Armutskonferenz sämtliche für Patient_innen bestimmte Texte auch in Leichter Sprache abzufassen. Ärzt_innen sollten geschult werden, um nach den Leitgedanken der Leichten Sprache Patient_innen verständlicher zu informieren.

Ausblick: Armut und Gesundheit und Behinderung und Armut

Die UN-Behindertenrechtskonvention zählt zu den Menschen mit Behinderungen: „Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Art. 1 UN-BRK). Behinderungen können in unterschiedlicher Schwere angeboren oder sich im Laufe des Lebens durch Unfälle, chronische Erkrankungen, Alter oder Umwelteinflüsse herausbilden. So leben unter den 18- bis 34-jährigen 3 % Menschen, die aufgrund eines gesundheitlichen Problems stark beeinträchtigt und 9 %, die etwas beeinträchtigt sind. Dieser Prozentsatz steigt bis auf 38 % bei den 75-Jährigen und älter für die gesundheitlich starke Beeinträchtigung und auf 63 % für die etwas Beeinträchtigten an.

Ausgehend von den vorher beschriebenen Zusammenhängen zwischen Armut und Gesundheit, ist auch hier ein Zusammenspiel zu vermuten und anzunehmen, dass Behinderungen durch Einkommensarmut begünstigt werden und dass eine Behinderung Einkommensarmut bedingt.

Aufgrund der bisher vorliegenden Datenlage und noch wenigen Rückmeldungen von Behinderten, die von Armut betroffen sind, ist in diesem Positionspapier noch keine Aussage dazu enthalten. Die Nationale Armutskonferenz wird sich zukünftig insbesondere unter den Aspekten der Teilhabe und der Inklusion der Frage nach den Zusammenhängen von Armut und Gesundheit und Behinderung widmen.



Die Nationale Armutskonferenz

Die Nationale Armutskonferenz ist ein Zusammenschluss aus Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und deutschlandweit tätigen Fachverbänden und Betroffeneninitiativen. Die nak hat sich 1991 gegründet und ist die deutsche Sektion des European Anti Poverty Network (EAPN).

Mitglieder der Nationalen Armutskonferenz sind:

Arbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung der Verbände – Arbeiterwohlfahrt
 Bundesverband – Armutsnetzwerk – Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. –
 BAG Schuldnerberatung – BAG Soziale Stadtentwicklung – BAG Wohnungslosenhilfe –
 BAG der Landesseniorenvertretungen – BBI wohnungsloser Menschen –
 Bundesverband Deutsche Tafeln – Deutscher Bundesjugendring – Deutscher
 Caritasverband – Deutscher Gewerkschaftsbund – Diakonie Deutschland –
 Gesundheit Berlin-Brandenburg – Paritätischer Wohlfahrtsverband –
 Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Impressum

Nationale Armutskonferenz c/o

Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.

Caroline-Michaelis-Str.1

10115 Berlin

www.nationale-armutskonferenz.de

gedruckt mit der Unterstützung von



Diözesan-
 Caritasverband für das
 Erzbistum Köln e. V.

