

ARME STERBEN FRÜHER

Fachtag „Armut hat viele Gesichter“

Dr. Thomas Böhm

25.08.16

DER UNTERGANG DER TITANIC

- von den 142 weiblichen Passagieren der 1. Klasse starben nur 4 (3 davon, weil sie sich weigerten das Schiff zu verlassen)
- von den 93 Frauen der 2. Klassen starben 15
- von den 179 Frauen der 3. Klasse starben 81

DIE SPITZE DES EISBERGS ...

- Sterben muss jeder ob arm oder reich, die Frage ist nur wann und wie.
- Das Beispiel der Titanic ist ein besonders drastisches Beispiel dafür wie ungleich die Chancen zu leben und gesund zu leben verteilt sind.
- **Das war 1912, und heute?**
- **Nicht nur in Bezug auf den Reichtum, sondern auch in Bezug auf die Gesundheit und die Lebenserwartung geht die Kluft immer weiter auf.**

WAS IST ARMUT?

- „**Absolute Armut**“: Laut Weltbank lebt in Armut, wer weniger als **1,90 US-Dollar** am Tag zum Leben hat.
- „**Relative Armut**“ berücksichtigt die umgebenden Lebensumstände. Als „**arm**“ gilt wessen Einkommen weniger als **50%** des Durchschnittseinkommens (Median) beträgt, als „**armutsgefährdet**“, wer auf weniger als **60%** kommt. (*WHO und OECD*) (*EU: 50% relativ arm, 40% arm*)
- 2014 lag die so errechnete **Armutsgrenze** (50%) für Alleinstehende in Deutschland bei **822 €**, die **Armutgefährdungsgrenze** (60%) lag bei **987 €**. (*Quelle: Destatis*)
- Für Familien mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren betrug sie **1605 € bzw. 1926 €**. (*Quelle: Destatis*)

DIMENSIONEN

- über 15,4% der Bevölkerung sind armutsgefährdet (ca. 12 Mio. Menschen),
- (Zum Vergleich 1995: 8% in den alten und 13% in den neuen Bundesländern)
- 21% sind jünger als 16 Jahre (2,5 Mio. Kinder)
- 42% sind Alleinerziehende
- 24,6% sind Kinderreiche
- 57,6% sind Erwerbslose
- 32% sind Ausländer

*(4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2013
und Armutsbericht 2016 Paritätischer Wohlfahrtsverband)*

ES GILT AUCH: WER KRANK IST WIRD ARM ...

- Krankheiten sind bei jeder zehnten Überschuldung der Hauptauslöser.
- Der Anteil stieg von 5% im Jahr 2005 auf 10,5% im Jahr 2011
- Bei der Gruppe der 40 - 50 Jährigen sind es 19,4%, also fast jeder Fünfte
- Anstieg parallel zur Einführung der Hartz IV-Gesetzgebung und den Zuzahlungsregelungen im Gesundheitssektor

(Studie des Hamburger Instituts für Finanzdienstleistungen 2011)

DAS „WHO IS WHO“ DER BENACHTEILIGTEN

- die krassen gesundheitlichen Benachteiligungen haben sicherlich:
 - **Obdachlose, Arbeitslose, Flüchtlinge, Alte, Alleinerziehende Frauen, Kinder.**
- Aber auch allgemein gilt: Der sog. **sozioökonomische Status** hat einen **direkten Zusammenhang** mit der
 - **Morbidität**, also der Erkrankungshäufigkeit und der
 - **Mortalität**, der Sterblichkeit.

KEIN INTERESSE AN HARTEN FAKTEN???

- Erste Forschungsergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland stammen aus den 80er Jahren.
- Die Zahl der Studien ist bis heute überschaubar, u.a. wegen der eingeschränkten Datenlage:
 - auf den **amtlichen Todesbescheinigungen** gibt es keine Informationen zur sozioökonomischen Lage,
 - ein **bundesweites Sterberegister**, dessen Informationen mit anderen Datenquellen zusammengeführt werden könnten, gibt es bis heute nicht

WAS IST „SOZIOÖKONOMISCHE LAGE (SES)“?

- Einkommen, Vermögen
 - Beruf
 - Ausbildung, Bildung
 - Wohngegend
 - Herkunft
- **Einzelfaktoren bedingen und verstärken sich gegenseitig**

WIRKUNGSMECHANISMUS

- Arbeitsbedingungen direkt
- Psychosozialer Stress
incl. Selbst-/Fremdbestimmung (Entfremdung) und
Integration
- Ernährungsmöglichkeiten
- Erholungsmöglichkeiten

SELBSTVERSCHULDET?

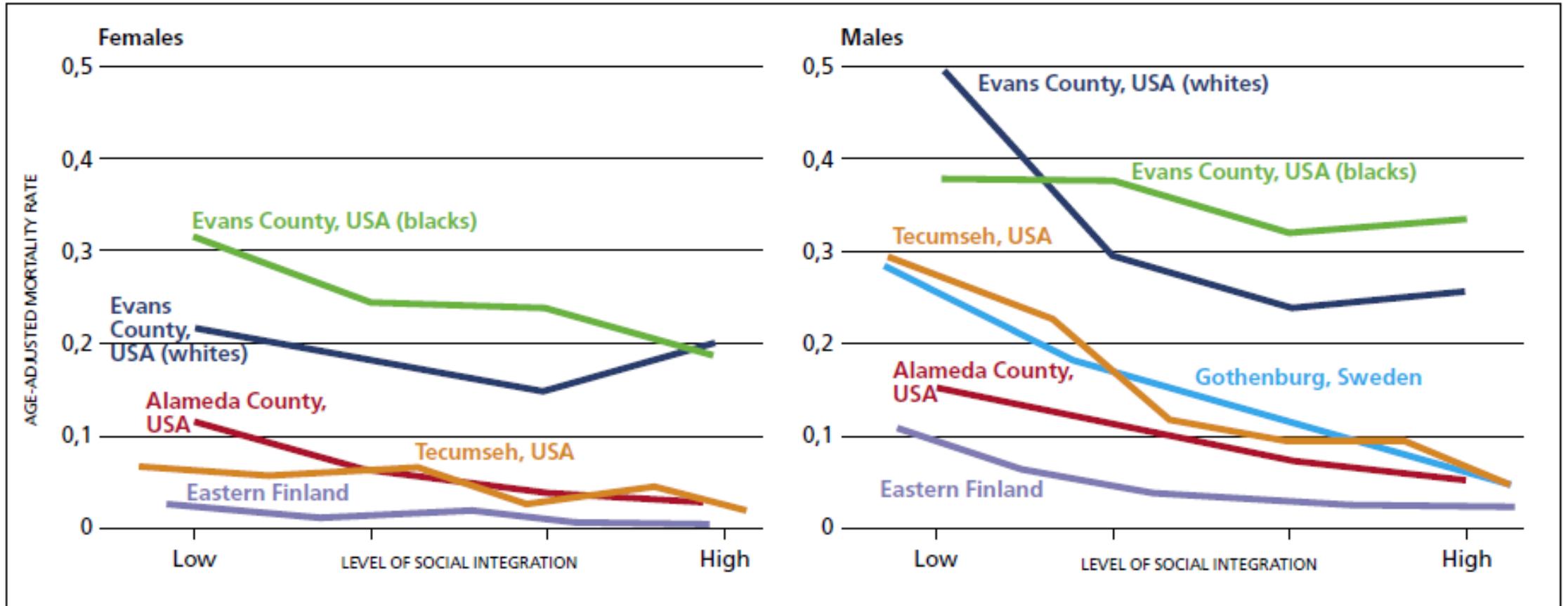
- angesichts der wissenschaftlichen Beweise für sozioökonomische Verursachung:
 - Freche Lüge
 - „Blame the victims“ = Die Opfer zu Tätern machen
 - Unsinnigkeit der Verhaltensprävention

ÜBERPROPORTIONAL HOHE MORBIDITÄT BEI EINEM NIEDRIGEN SES NACHGEWIESEN:

- Allgemeiner Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen,
- Allgemeiner Gesundheitszustand bei Erwachsenen,
- Herz-Kreislauf-Krankheiten,
- Diabetes mellitus,
- Magen-/Darmkrebs, Lungenkrebs, Nieren-/ Blasenkrebs, Leukämie und maligne Lymphome,
- Krankheiten des Magens,
- Zahngesundheit,
- evtl. Bronchitis (bei Erwachsenen),
- Bandscheibenschäden, rheumatische Krankheiten, Gicht,
- Unfälle (bei Kindern),
- psychische Morbidität sowie
- Multimorbidität

(GUTACHTEN SVR 2005)

INTERNATIONALE STUDIEN: SOZIALE INTEGRATION UND MORTALITÄT



LEBENSERWARTUNG - I

- In Deutschland sterben in der niedrigsten Einkommensgruppe früher als in der höchsten
 - **Männer 10,8 Jahre,**
 - **Frauen 8,4 Jahre,**
- Über einem Alter von 65 Jahren liegt der Unterschied zwischen Menschen mit niedrigem Einkommen und Menschen mit einem hohen Einkommen bei **5,3 Jahren** (Männer) beziehungsweise **3,8 Jahren** (Frauen).

(ROBERT KOCH INSTITUT - RKI)

GESUNDE JAHRE

- Betrachtet man nur die gesunde Lebenserwartung, d. h. die Lebensjahre, die in sehr gutem oder gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden, macht der Unterschied zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe sogar **13,3 Jahre** bei Frauen und **14,3 Jahre** bei Männern aus.

(RKI)

LEBENSERWARTUNG -2

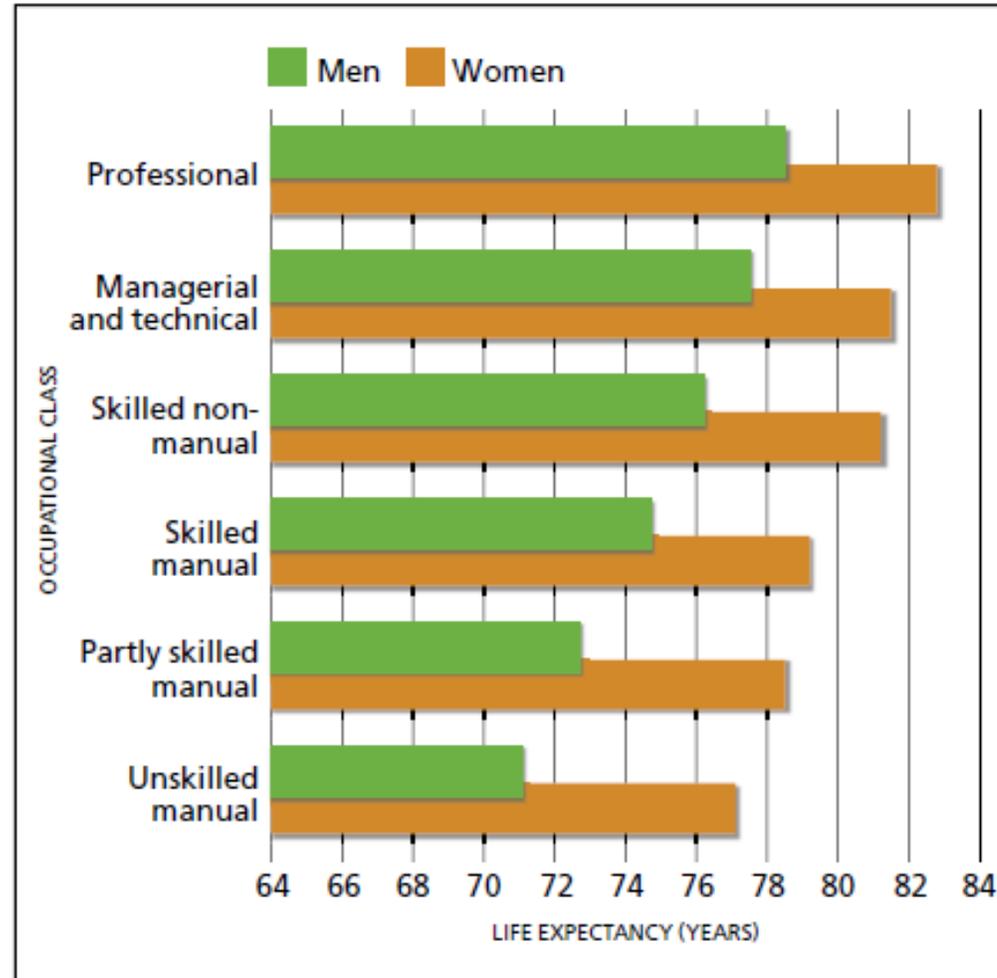
- Frauen und Männer, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegen, weisen ein im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe um das 2,4- beziehungsweise 2,7-fache erhöhtes Mortalitätsrisiko“ auf.
- Lediglich **84%** der Frauen, die in relativer Armut leben, erreichen das 65. Lebensjahr, während **93%** der relativ wohlhabenden Frauen diese Altersgrenze bewältigen.
- Bei den armen Männer erleben sogar nur **69%** das 65. Lebensjahr, wohingegen **87%** der Männer aus der hohen Einkommensgruppe älter als 65 Jahre werden

LEBENSERWARTUNG -3

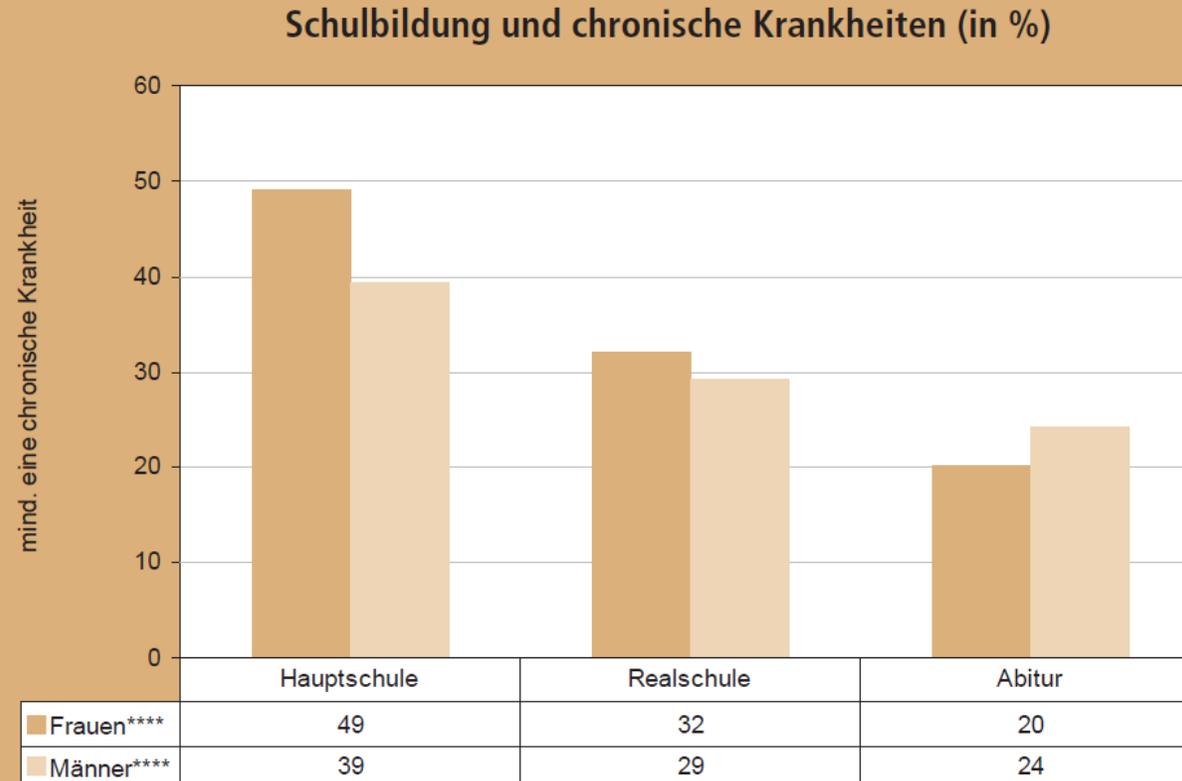
- Die Sterblichkeit bei Versicherten der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) war 1986 in der niedrigsten Einkommensgruppe zwischen 5,7 mal, (Altersgruppe 35 bis 39 Jahren) und 1,7 mal (Altersgruppe 55 bis 59 Jahren) höher als in der höchsten Einkommensgruppe.

(Gesundheitsbericht der Stadt Stuttgart 2000)

LEBENSERWARTUNG UND BERUF (ENGL.)



SCHULBILDUNG UND CHRON. KRANKHEITEN



Daten: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004
N (Frauen) = 1.580 (fehlend = 60), N (Männer) = 1.378 (fehlend = 48)
 $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Frauen bzw. bei den Männern; χ^2 -Test)
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt 2006, S. 18

Abb. 1

RÄUMLICHE UNGLEICHVERTEILUNG

- „Die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung sind auch auf sozialräumlicher Ebene zu beobachten. Die mittlere Lebenserwartung ist in Bundesländern, Raumordnungsregionen und Landkreisen bzw. kreisfreien Städten mit hoher Armutsbetroffenheit und ungünstiger Sozialstruktur geringer als in vergleichsweise besser gestellten Regionen.“

(RKI)

- „In Bremen hatten Bewohner von Ortsteilen, die eher von der niedrigen sozialen Schicht geprägt sind eine höhere Sterblichkeit an Krebs von 37%, an ischämischen Herzkrankheiten (z.B. Herzinfarkt) von 50% und an zerebrovaskulären Krankheiten (z.B. Schlaganfall) von 20%.“

(Gesundheitsbericht der Stadt Stuttgart 2000)

SUBJEKTIVES KRANKHEITSGEFÜHL

- Ihren Gesundheitszustand schätzen sozial benachteiligte Frauen selbst fünfmal häufiger als "mittelmäßig" oder "schlecht" ein.
- Männer tun das viermal häufiger.

(RKI)

SUBJEKTIVES KRANKHEITSGEFÜHL

- Für die 18- bis 64-jährige Bevölkerung zeigt sich im Vergleich von drei Beobachtungszeiträumen (1994 bis 1999, 2000 bis 2005 und 2006 bis 2009), dass in der niedrigen Einkommensgruppe der Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilen, im Verlauf der letzten 15 Jahre zugenommen hat.
- In der hohen Einkommensgruppe und bei Frauen auch in der mittleren Einkommensgruppe ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten.
- Die Differenz zwischen der niedrigen und hohen Einkommensgruppe hat bei Männern um 46% und bei Frauen um 39 % zugenommen.

(Sozial-Datenreport 2011)

ERWERBSMINDERUNGSRENTE

- Fast jeder fünfte Arbeitnehmer, muss sein Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig beenden und bekommt eine Erwerbsminderungsrente.
- Bei den Frauen und Männern mit Fach- oder Hochschulabschluss gehen mit Ende 50 nur rund 5 von 1.000 gesetzlich Rentenversicherten in die Erwerbsminderungsrente.
- Bei niedrig qualifizierten Männern sind es hingegen fast 25%, bei niedrig qualifizierten Frauen 19%

(Rentenversicherungs-Routinedaten - 2008)

KLUFT WIRD GRÖßER - I

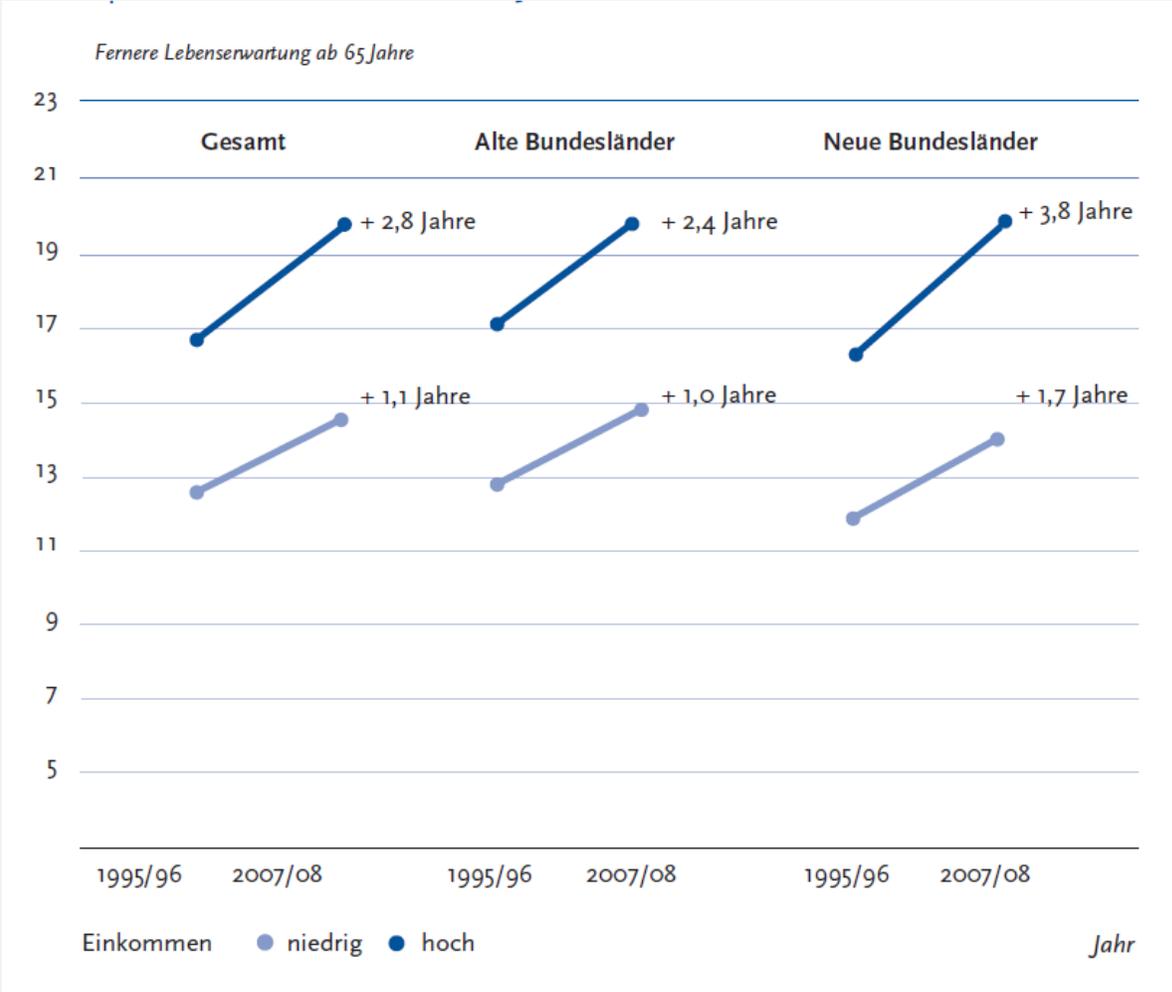
- „Die wenigen vorliegenden Studien deuten an, dass sich die beobachteten Unterschiede zwischen den Einkommens-, Bildungs- bzw. Berufsstatusgruppen im Zeitverlauf ausgedehnt haben könnten. „

(RKI)

KLUFT WIRD GRÖßER - 2

- Alle deutschen männlichen 65-Jährigen mit sehr kleinen Renten (30-39 Rentenpunkte) hatten 2008 eine durchschnittliche Lebenserwartung von 79,8 Jahren
- Ihre gleichaltrigen Mitversicherten mit hohen Renten (65 Rentenpunkte und mehr) wurden im Durchschnitt 84,3 Jahre alt.
- Mitte der 1990er Jahre betrug der Abstand der Lebenserwartung der Gruppe mit kleinen Renten im Vergleich zu der mit hohen Renten in Westdeutschland rund drei Jahre und in Ostdeutschland dreieinhalb Jahre.
- 2008 wuchsen die Abstände also auf 4,8 und 5,6 Jahre.

KLUFT WIRD GRÖßER - 3



VOLKSKRANKHEITEN

- **Herzinfarkt** (2-3fach erhöhtes Risiko)
- **Schlaganfall** (2-3fach erhöhtes Risiko)
- **Krebserkrankungen** und **Lebererkrankungen** ebenfalls deutlich höher
(Siegrist 1995)
- Frauen mit niedrigem Sozialstatus erkranken doppelt so häufig an **Diabetes** wie der Durchschnitt. Männer in dieser sozialen Gruppe sogar dreimal so häufig

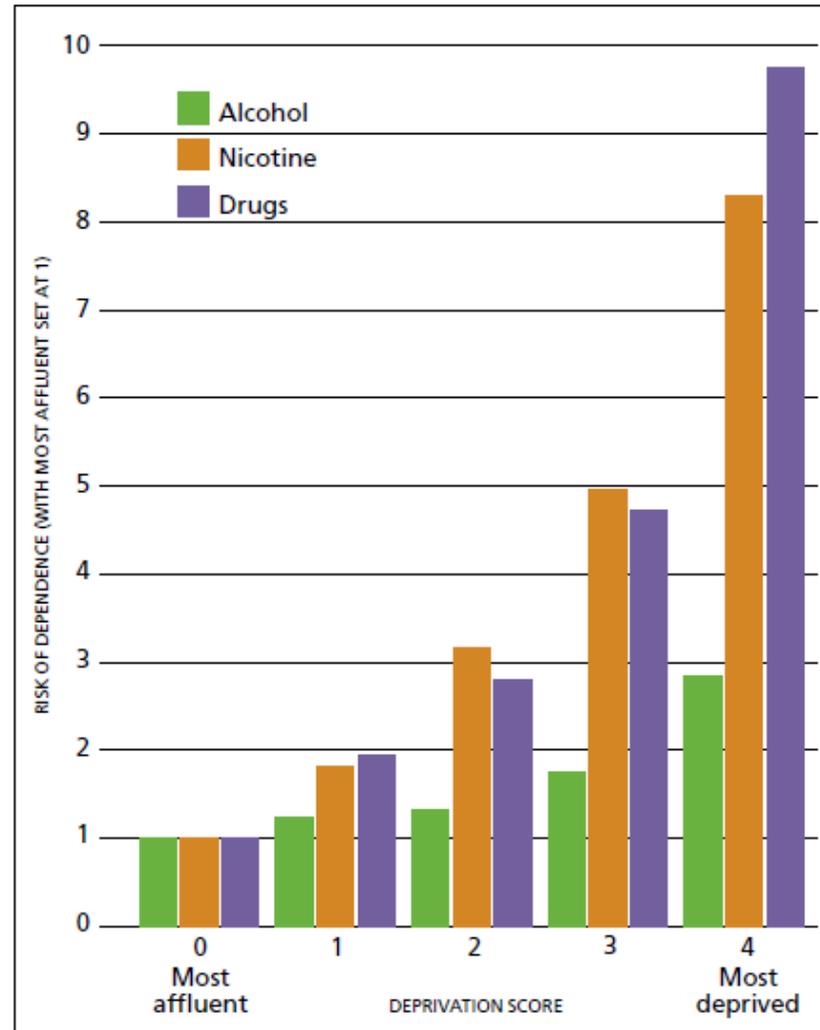
(RKI)

PSYCHISCHE KRANKHEITEN

- Die Häufigkeit von Depressionen beträgt bei niedrigem SES 13,6%, bei mittlerem 7,6%, bei hohem 4,6%
- Die Chance einer **aktuellen seelischen Belastung** ist bei niedrigem Sozialstatus etwa 2,6-mal höher als bei hohem Sozialstatus,
- Die Häufigkeit **starker Stressbelastung** nimmt insgesamt mit steigendem sozioökonomischem Status ab; sie fällt von 17,3 Prozent bei niedrigem auf 7,6 Prozent bei hohem sozioökonomischem Status.
- Menschen mit einer starken Belastung durch chronischen Stress zeigen deutlich häufiger eine aktuelle **depressive Symptomatik**, ein **Burnout-Syndrom** oder **Schlafstörungen** als Menschen ohne starke Belastung durch chronischen Stress.

(RKI, 2011)

BENACHTEILIGUNG UND DROGEN



KARIES

- Während 88 Prozent der Zwölfjährigen mit hohem Sozialstatus völlig kariesfrei sind, haben nur 75 Prozent der Kinder mit niedrigem Sozialstatus keine Karies.
- Bei den jüngeren Senioren mit niedrigem Sozialstatus sind mehr als 16 Prozent komplett zahnlos; bei jenen mit hohem Sozialstatus sind es vier Prozent.

(Stgt. Z. 17.8.16)

ZYNISMUS DER HERRSCHENDEN

- Es sagte die damalige Generalsekretärin der FDP Cornelia Pieper (2002):

„Ohne Zahnersatz zu leben, ist für Betroffene zwar ein großes Problem insbesondere im Hinblick auf die soziale Integration, aber nicht tödlich und zudem zeitlich plan- und streckbar.“

WEITERE BEFUNDE

- Eine Analyse und Auswertung der Mikrozensus-Daten von 1992 ergab, dass der **Kranken- und Unfallverletztenanteil** bei Sozialhilfeempfänger wesentlich höher ist als im Bevölkerungsdurchschnitt (*Stat. Bundesamt 1992*).
- Eine Untersuchung von **Angestellten** ergab bei einem jährlichen Einkommen von 30.000 DM eine ungefähr doppelt so hohe Sterblichkeit, wie bei einem Einkommen von 60.000 DM. (*Mielck 1997*)
- Eine weitere Studie zeigte, dass **Arbeiter** eine doppelt so hohe Sterblichkeit wie **Akademiker** hatten. (*Siegrist 1995*)

ARBEITSLOSE - I

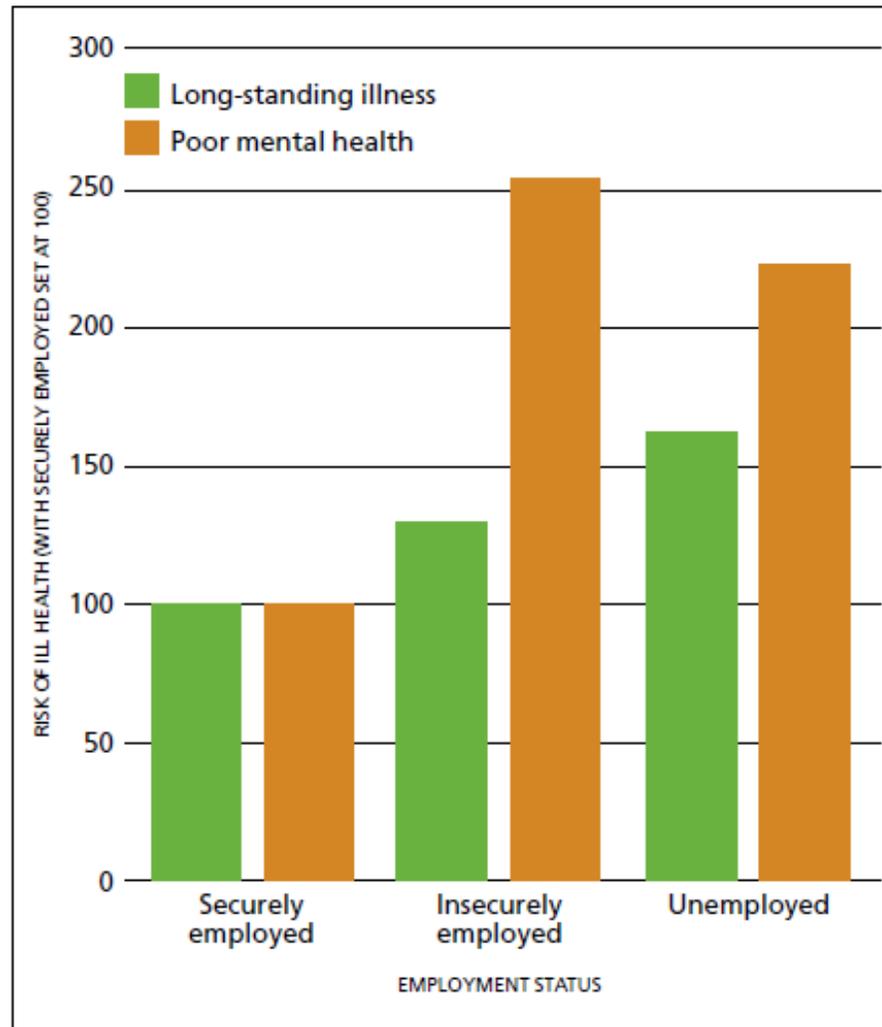
- Sterblichkeit erhöht um 20 - 90 %
- körperliche Erkrankung erhöht um 30 - 80 %
- psychische Leiden erhöht um ca. 100 %
- Gesundheitszufriedenheit negative Bewertung 3 x häufiger

(Rosenbrock 1997)

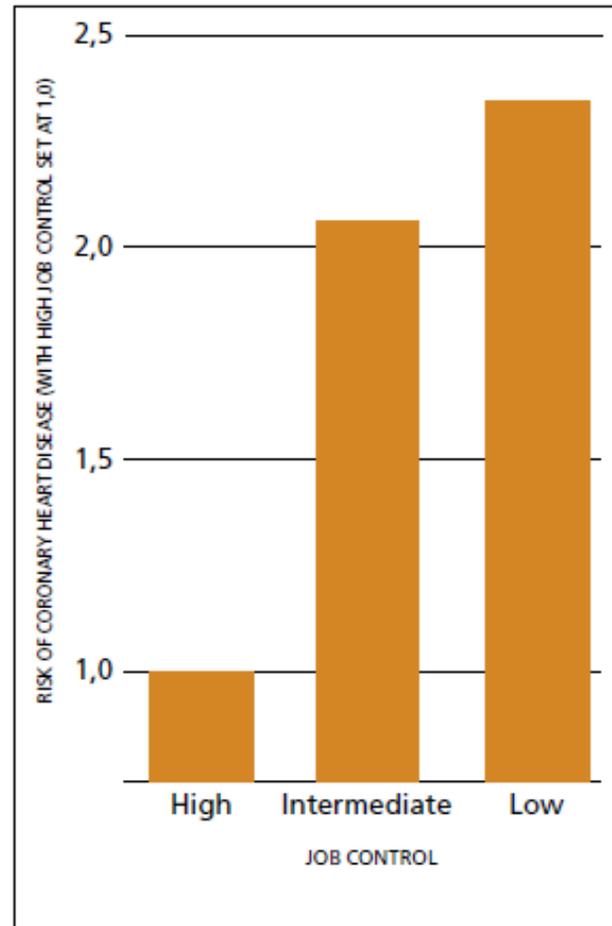
ARBEITSLOSE - 2

- 1996 litten zwischen 20 und 60 % aller Arbeitslosen unter seelischen und körperlichen Erkrankungen.
- Ein erhöhtes Risiko besteht vor allem, an Herz-Kreislauf-Krankheiten (um 50 % erhöht) und Krebs zu erkranken.
- Ein um mehr als das Doppelte erhöhtes Risiko besteht, Unfälle oder einen gewaltsamen Tod (zum Teil suizidal) zu erleiden.
- Erkrankungen der Verdauungsorgane, zum Beispiel Magen- und Duodenalgeschwüre, treten signifikant häufiger auf.
- Langzeitarbeitslose sind besonders betroffen. bei arbeitslosen Menschen.
- Selbsttötungsversuche finden sich bis zu 20mal häufiger als bei vergleichbaren Gruppen von Erwerbstätigen.
- Eine Analyse von AOK- und Befragungsdaten (Schachl 1994) hat ergeben, dass die Sterblichkeit bei Arbeitslosen um das 2,6fache höher ist als bei Erwerbstätigen.
- Arbeitslose nehmen im Vergleich zu Erwerbstätigen seltener medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wahr. Dies trifft auch auf ihre Kinder zu.
- Umgekehrt: Krankheit führt zu Arbeitslosigkeit: Rund ein Drittel aller Kündigungen erfolgt aus Krankheitsgründen. (G. Zimmermann von 1985)

ARBEITSPLATZUNSICHERHEIT UND ARBEITSLOSIGKEIT



SELBSTBESTIMMTHEIT IM BERUF UND KHK



Bereinigt nach
Alter, Geschlecht,
Follow-up-Dauer,
Ungleichgewicht
von Einsatz/
Belohnung,
Beschäftigungsgrad,
koronaren
Risikofaktoren
und negativer
psychologischer
Veranlagung

WOHNUNGSLOSE

- hoher Krankheitsstand (90 Prozent sind dringend behandlungsbedürftig) und unzureichende medizinische Versorgung.
- Haupterkrankungen sind: Herz-Kreislauf- und Haut-Erkrankungen sowie akute Infektionen und Erkrankungen der Atmungs- und Verdauungsorgane.
- Untersuchungen zur Mortalität bei wohnungslosen Menschen deuten darauf hin, dass das durchschnittliche Sterbealter zehn bis 15 Jahre unter dem der Normalbevölkerung liegt.

(nach Trabert DÄ 99)

ALLEINERZIEHENDE

- Signifikant häufig anzutreffende Beschwerden sind Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, Kreislaufprobleme, Menstruationsbeschwerden, Magenerkrankungen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane und psychische Verhaltensauffälligkeiten, vor allem Depressionen.
- Alleinerziehende Frauen würden gern mehr für ihre Gesundheit tun, was jedoch aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen sowie fehlender Koordinierung der Gesundheitsangebote nicht möglich ist. (*Gesundheitsbericht des Landes Berlin*)
- Verschiedene Studien belegen, dass alleinerziehende Frauen Krankheiten nicht rechtzeitig behandeln lassen. Sie nehmen häufiger rezeptfreie Medikamente zur Selbstbehandlung ein (insbesondere Schmerz- und Schlafmittel sowie stimmungsaufhellende Medikamente), die teilweise erhebliches Suchtpotential beinhalten.

(nach Trabert DÄ 99)

KINDER

- Der Gesundheitszustand, das Wohlbefinden sowie die psychische Gesundheit in sozialer Armut lebender Kinder verschlechtern sich in erschreckendem Maße. Es spielen vor allem Infektionskrankheiten, Asthma bronchiale, Zahnkrankheiten sowie Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen eine wichtige Rolle. *(WHO-Studie Hurrelmann/Klocke)*
- Mehr als 30 Prozent der Kinder arbeitsloser Eltern wiesen einen unzureichenden Impfschutz auf, Vorsorgeuntersuchungen wurden nicht in Anspruch genommen (Teilnahmequote an der U9-Vorsorgeuntersuchung bei Kindern aus Familien ohne eigenes Einkommen: 27%, Teilnahmequote insgesamt: 61% *(Studie Gesundheitsamt Göttingen)*)

(nach Trabert DÄ 99)

AUSLÄNDER

- Haupterkrankungen sind psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen, Infektionskrankheiten (insbesondere Tbc), Erkrankungen der Verdauungsorgane und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates.
- Der Anteil der Neuerkrankungen an Tbc liegt dreimal höher als in der Gesamtbevölkerung.
- Die Müttersterblichkeit sowie die Beteiligung nichtdeutscher Kinder im Alter von fünf bis 14 Jahren an Verkehrsunfällen sind signifikant erhöht.
- Des Weiteren treten früher und häufiger chronische Erkrankungen auf.
- Speziell bei Migranten und Asylanten stellen die physischen und psychischen Folgen von Verfolgung und Traumatisierung ein erhöhtes Erkrankungsrisiko dar.
- Aufgrund von Verständigungsproblemen kommt es häufig zu Fehldiagnosen oder einer verzögerten Diagnose mit entsprechend unzureichenden beziehungsweise falschen therapeutischen Maßnahmen.

(nach Trabert DÄ 99)

REAKTIONEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS

ZUGANGSUNTERSCHIEDE - I

- Während **GKV**-Patienten mit akuten Beschwerden im Durchschnitt **8 Tage** auf einen Termin warten, sind dies bei Privatpatienten nur **3 Tage**.
- **21%** der **GKV**-Mitglieder warten **länger als 7 Tage** auf einen Termin, in der **PKV** sind dies nur **6%**.

(Befragung BKK Bundesverband April/Mai 2008 - 6.000 Bundesbürger)

ZUGANGSUNTERSCHIEDE - 2

- Kassenpatienten müssen 38 Tage auf einen Facharzttermin warten, Privatversicherte hingegen nur 11 Tage: ein Unterschied von 27 Tagen.
- Die Differenz beträgt sieben Tage mehr als bei der letzten Erhebung im April 2013.
- Nur rund ein Drittel der angerufenen Praxen machten bei der Terminvergabe keinen Unterschied zwischen Kassen- und Privatpatient.
- Besonders große Unterschiede machten bei der Erhebung **Kardiologen** in Fulda. Hier mussten **Kassenpatienten 105 Tage** warten, während **Privatpatienten nach 26 Tagen** einen Termin bekamen.
- Ähnlich sah es bei Augenärzten in Hanau aus.
- **Spitzenreiter war ein Hautarzt in Fulda: Dem Kassenpatienten wurde ein Termin nach 224 Tagen angeboten, dem Privatversicherten nach nur sieben**

(Hessenschau - Umfrage im Auftrag der Grünen)

ZUGANGSUNTERSCHIEDE – 3

- **Gesetzlich Versicherte warten beim Arzt 3-mal länger auf ihren Termin als privat Versicherte.**
- Bei einem Allergietest waren es 26 Tage bei Angabe gesetzlich versichert und 8,4 Tage bei der Angabe privat versichert.
- Bei einer Magenspiegelung bekam der GKV-Versicherte seinen Termin im Schnitt nach 36,7 Tagen und musste damit 24,8 Tage länger darauf warten als bei der Angabe privat.

(Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uniklinik Köln – IGKE)

WARTEZEITEN BEI STATIONÄRER BEHANDLUNG

- In Krankenhäusern hatten gesetzlich Versicherte eine rund **20 Prozent längere Wartezeit** für einen Behandlungstermin als privat Versicherte.
- Bei der Indikation "**Knöchelbruch**" mussten gesetzlich Versicherte mehr als doppelt so lange warten (131 Prozent) als privat Versicherte, nämlich **4,7 Tage** im Vergleich zu **2,1 Tagen**.
- Bei der Indikation "**Herzkranzgefäßverengung**" (Stenose) lag die Wartezeit noch **18%** (13,9 bzw. 11,8 Tage) und
- bei "**Krebsverdacht**" (Konisation) noch **5%** über den privat Versicherten.
- Während **41%** der **privat** Versicherten **innerhalb einer Woche** einen Termin erhielten, waren es bei den **gesetzlich** Versicherten nur **28%**.

(Sauerland et al., 2008)

BEHANDLUNGSUNTERSCHIEDE - I

- Die Todesfälle nach erstem Herzinfarkt bei Personen mit unterem beruflichen Status sind um 60 % höher als bei Personen mit mittlerem und höherem beruflichen Status.

(Gesundheitsbericht der Stadt Stuttgart 2000)

BEHANDLUNGSUNTERSCHIEDE - 2

- Überlebende nach Herzinfarkt (46.000 Patienten 1993-1996)
- Bei Patienten aus oberen Einkommensgruppen hatten Mediziner zwei- bis dreimal so häufig eine Revaskularisierung durchgeführt wie bei den Patienten mit dem niedrigsten Einkommen.
- die 5-Jahres-Überlebensquote bei den einkommensstarken Patienten war doppelt so groß.

(Schwedisches Herzinfarkt-Register)

ARME IM KRANKENHAUS: VERWEILDAUER LÄNGER UND KOSTEN HÖHER

- Die Differenzen zwischen Patienten mit niedrigerem sozioökonomischen Status und denen mit hohem beliefen sich auf **25 %** für die **Aufenthaltsdauer** und **16 %** für die **Kosten**.

(Bereinigt um Alter, Geschlecht, Schwere der Krankheit, Jahr der Entlassung, Ausbildung des behandelnden Arztes, Alleinlebend)

(A.M. Epstein at al, New England Journal of Medicine 1988)

KASSEN: BESSER DURCH MEHR MARKT?

- In Ländern mit individuelle risikobezogenen Versicherungsmodellen (Vorbild USA) verschlechtert sich die medizinische Versorgung von sozial benachteiligten Menschen, im Vergleich zu Systemen mit Solidarausgleich.

(nach Trabert DÄ 99)

FOLGEN VON MEHR MARKT

- **Kassen:** Mitgliederselektion (Boni, Sonderleistungen), Risikoselektion
- **Niedergelassene:** Bevorzugung privat Versicherte (Höhere Einnahmen, weniger Aufwand)
- **Krankenhäuser:** Jagd nach Privatpatienten und „gesunden“ Patienten (DRG's sind Festpreise, Arme und Schwerkranke machen höhere Kosten)
- **Allgemein:** Markt-/Preissysteme setzen einen ökonomischen Anreiz zu
 - Kostensenkung und Gewinnmaximierung
 - Mengenausdehnung bei lukrativen Patienten
 - Risikoselektion

KONSEQUENZEN/FORDERUNGEN

WARUM WOHL

- ungleiche Bildungschancen seit Jahren **der Aufreger**
- bei massiven Benachteiligungen in Bezug auf Gesundheit und Tod **kein Aufschrei**
- „Après moi le déluge!“ ist der Wahlruf jedes Kapitalisten und jeder Kapitalistennation. Das Kapital ist daher rücksichtslos gegen Gesundheit und Lebensdauer des Arbeiters, wo es nicht durch die Gesellschaft zur Rücksicht gezwungen wird. Der Klage über physische und geistige Verkümmern, vorzeitigen Tod, Tortur der Überarbeit, antwortet es: Sollte diese Qual uns quälen, da sie unsre Lust (den Profit) vermehrt?

• (Karl Marx, *Das Kapital*, S. 282)

GESELLSCHAFTSPOLITISCHE KONSEQUENZEN

- **„Es nützt nichts, das Geschwür am Bein des Obdachlosen zu behandeln und ihn danach wieder auf die Straße zu schicken.“**

Sir Michael Marmot, brit. Sozialepidemologe

- **„Politik ist Medizin im Großen“**

Rudolf Virchow

GESUNDHEITSPOLITISCHE KONSEQUENZEN

Solidarsystem statt Marktsystem

GESELLSCHAFTSPOLITISCHE KONSEQUENZEN

Konkret:

Rückumverteilung (Steuern)

Rücknahme der Sozialkürzungen

Ausbau Sozialsysteme

Abbau prekäre Arbeit/Arbeitsschutzrechte

Tariflöhne/-erhöhungen

Erhöhung Mindestlöhne

GESUNDHEITSPOLITISCHE KONSEQUENZEN

Konkret:

- *Bürgerversicherung*
- *Kostenerstattung statt Preissystem*
- *Trennung Einkommen Behandler von Behandlung*