**Positionspapier der Nationalen Armutskonferenz**

**\***

**Positionen und Forderungen der NAK zu Armut und Gesundheit**

*„Weil Du arm bist, musst Du früher sterben“[[1]](#footnote-2)*

Inhaltsverzeichnis

[Einführung 1](#_Toc463506411)

[I. Grundsatzforderung 2](#_Toc463506412)

[II. Einzelne Forderungen 2](#_Toc463506413)

[1. Personen mit Bezug von SGB II- und SGB XII-Leistungen („Hartz IV“ und Sozialhilfe), Wohngeld und Kinderzuschlag sowie Personen mit geringem Einkommen 2](#_Toc463506414)

[2. Asylsuchende und Geflüchtete 4](#_Toc463506415)

[3. Wohnungslose Menschen 5](#_Toc463506416)

[4. Inhaftierte und haftentlassene Menschen 6](#_Toc463506417)

[5. Krankheitsbegünstigende Umwelteinflüsse 7](#_Toc463506418)

[6. Leben in benachteiligten Wohnquartieren 7](#_Toc463506419)

[7. Keine Krankenversicherung und schlechte Versorgung bei Beitragsrückständen 8](#_Toc463506420)

[8. Teilhabe an Gesundheitsleistungen durch Leichte Sprache 10](#_Toc463506421)

[Ausblick: Armut und Gesundheit und Behinderung und Armut 11](#_Toc463506422)

# 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 Konsum-güter. Vielmehr bedeutet Armut häufig physisches und psychisches Leid, höhere Erkrankungsraten und eine signifikant geringere Lebenserwartung. Beispielsweise belegt die Gesundheitsberichterstattung des Bundes[[2]](#footnote-3), 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 zu einem sinkenden Selbstwertgefühl, das zu Krankheitsbildern wie Depressionen und Angststörungen führen kann. Zudem ist die Selbstmordrate unter sozial Benachteiligten deutlich erhöht.

Auch die Sterberate ist bei armen Menschen deutlich höher. Nach Studien des RKI[[3]](#footnote-4) 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 EU-Sozialcharta 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:

## **Grundsatzforderung**

**Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht (§12 UN-Sozialpakt). Gesundheit und Gesundung 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 Gesundheitwiederaufzunehmen.[[4]](#footnote-5)Einzubeziehen sind hierbei Betroffenenverbände, Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften sowie Krankenkassen, Ärztekammern und weitere Akteure der Gesundheitsversorgung.

## Einzelne Forderungen

### **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.[[5]](#footnote-6)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 Begleitung 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 Voraus-setzungen) müssen alle Kosten für Zuzahlungen und Aufzahlungen jeglicher Art (Beispiele: Medikamente, Krankenhausaufenthalt, Zahnersatz, Kuren) selbst aufgebracht werden müssen, 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 nak fordert daher, dass die Übernahme der Kosten für alles medizinisch Notwendige durch Krankenversicherungsleistungen nach dem SGB V sichergestellt wird.**

**Die Nationale Armutskonferenz 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 einkommensarmen Menschen, damit der Teufelskreis zwischen Armut und Krankheit durchbrochen wird**

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

### **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 Durch-schnitt – 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 Pflege-versicherung 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 Nationale Armutskonferenz medizinisch-psychologische Untersuchungen und Hilfen bei Hinweisen auf Folter oder Traumatisierung nach den Voraussetzungen und Grundsätzen gemäß dem UN-Antifolterausschuss und entsprechend dem Istanbul-Protokoll[[6]](#footnote-7) 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 deren 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 Abschiebhindernis anzusehen 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.**

### **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. Zur Wohnungsversorgung gehört auch der rechtliche Schutz der Mieter\_innen, die Festlegung von Mietobergrenzen in Ballungsräu­men sowie das ausreichenden Angebot von Sozialwohnungen und von direkt zu vermitteln­den Wohnmöglichkeiten für besonders Benachteiligte und Überschuldete. Durch die Siche­rung von Wohn­raum können auch die existentiellen Gesundheitsrisiken vermieden werden, die mit Wohnungslosigkeit einhergehen. 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 müssen[[7]](#footnote-8). 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. Viele 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 private Initiativen beruhen oder diesen überlassen bleiben.**

**Wir fordern 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.).**

### **Inhaftierte und haftentlassene Menschen**

Notwendige Gesundheitsleistungen für Inhaftierte[[8]](#footnote-9) werden während des Strafvollzugs im Rahmen der jeweiligen Länder-Strafvollzugsgesetze geregelt. Allerdings greift nach Haftentlassung das Strafvollzugsgesetz nicht mehr und durch unterschiedliche Regelungs-lücken 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 Haftentlassen 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 benötigenHaftentlassene einen barrierefreien Zugang zu allen Gesundheitsleistungen. Für alle Inhaftierte, 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.**

### **KrankheitsbegünstigendeUmwelteinflüsse**

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 i.d.R. einen niedrigeren Mietspiegel haben. Schadstoff- und Lärmbelastungen durch z. B. 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 psycho-somatischen 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.**

### 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 und Menschen mit Migrationshintergrund – in letzter Zeit kommen auch Geflüchtete hinzu. 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 Bewohner/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 Gelingensbedingung. 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. Sie fordert die Verstärkung des „Sozialen“ in der Sozialen Stadt auch im Sinne eine „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.**

### Keine Krankenversicherungund 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 privat Versicherte 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 eigeschränkten 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 oder / und können sich die monatlichen Beiträge nicht leisten. Das Beitragsschuldengesetz sah die Entschuldung für Personen mit Beitragsschulden in der gesetzlichen 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.

Allerdings erhalten Personen, bei denen dennoch weiter Beitragsschulden bestehen bzw. bei denen neue Beitragsschulden entstehen (z.B. auch freiwillig Versicherte), nur Notfall-Leistungen (Ruhen der Leistungen, § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V).

In der privaten Krankenversicherung gilt nun ein Notlagentarif, der säumige privat Versicherte 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 PKV-Versicherten 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 ihrer gesetzlichen Beratungsplicht nach zukommen, sodass die Betroffenen ihren Krankenversicherungsschutz behalten. Die nak fordert zudem die Neuauflage des Beitragsentschuldungsgesetzes.Zudem werden die gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufgefordert, proaktiv bei Beitragsrückständen von Versicherten, über alternative kostengünstigere Tarife zu informieren.**

### Teilhabe an Gesundheitsleistungen durch Leichte Sprache

Bei einem Arztbesuch oder im Krankenhaus haben viele Patient/innen oftmals Schwierigkeiten, die Ärtzt/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 Analphabet/innen in Deutschland[[9]](#footnote-10).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 allenBürgerinnen 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-Jähirgen 3% Menschen, die aufgrund eines gesundheitlichen Problems stark beeinträchtig 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 Beeinträchtigung 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 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.

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. [↑](#footnote-ref-2)
2. <http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile> [↑](#footnote-ref-3)
3. [GBE kompakt 1/2016: Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2016_1_soziale_ungleichheit_alter.pdf?__blob=publicationFile) und [GBE kompakt 2/2014:
Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.pdf?__blob=publicationFile)  [↑](#footnote-ref-4)
4. 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. [↑](#footnote-ref-5)
5. 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. [↑](#footnote-ref-6)
6. 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 [↑](#footnote-ref-7)
7. Die sogenannte „vertreibende Hilfe“ [↑](#footnote-ref-8)
8. Dazu gehören auch Untersuchungshäftlinge und Menschen in Abschiebehaft. [↑](#footnote-ref-9)
9. Nach der leo-Studie aus dem Jahre 2012 (Funktionaler Analphabetismus in Deutschland, Anke Grotlüschen, Wibke Riekmann (Hrsg), S. 15-53) sind 14 Prozent der erwerbsfähigen Bevölkerung oder 7,5 Millionen Personen als funktionale Analphabeten anzusehen. Unter „funktionalen Analphabetismus“ werden Personen verstanden, die zwar einzelne Sätze lesen oder schreiben können, nicht jedoch zusammenhängende, auch kürzere Texte. Betroffene Personen sind aufgrund ihrer begrenztenschriftsprachlichen Kompetenzen nicht in der Lage, am gesellschaftlichenLeben in angemessener Form teilzuhaben. So misslingt etwa auch bei einfachenBeschäftigungen das Lesen schriftlicher Arbeitsanweisungen. [↑](#footnote-ref-10)