

Arme Menschen sterben kränker und früher

Möglichkeiten der politischen Steuerung gegen Armut und Krankheit

CORDULA BARTH

Cordula Barth ist Diplom-Gerontologin und Diplom-Sozialpädagogin und seit 2007 als wissenschaftliche Mitarbeiterin in diversen Forschungs- und Evaluationsprojekten der Behinderten- und Altenarbeit tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Inklusion, Teilhabeplanung, personenzentrierte Unterstützung und Planung sozialer Infrastruktur.
barthcordula@hotmail.com

Der Gesundheitszustand wie auch die subjektive Gesundheit eines Menschen wird von seiner ökonomischen Lage wie auch seinem Bildungsstand beeinflusst. Diese Erkenntnis gewinnt in höherem Alter an Bedeutung, da Benachteiligungen ebenso wie Privilegien im Laufe des Lebens kumulieren. So hat die im vorigen Jahrhundert gewonnene sozialmedizinische Erkenntnis »Arme Menschen sind weniger gesund und sterben früher« nichts an ihrer Brisanz verloren.

Der Gesundheitszustand sowie damit verbundene Beeinflussungen und Schmerzen sind ausschlaggebend für die individuelle Lebensqualität. Das in früheren Lebensphasen manifestierte Gesundheitsverhalten (insbesondere im Hinblick auf körperliche, geistige und soziale Aktivität, Ernährung, geringes Maß an Giftstoffen wie Alkohol oder Tabak), der Bildungsstand und die ökonomischen Verhältnisse sind angesichts einer begrenzt verbleibenden Lebenszeit immer weniger gestaltbar. Oft wird mit zunehmendem Alter Gesundheit subjektiv neu definiert von der Abwesenheit von Krankheit hin zu einem akzeptablen Maß an Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Im Alter ist die Vulnerabilität des Organismus erhöht und es bestehen fließende Übergänge zwischen Alterns- und Erkrankungsprozessen.

Von Armut betroffene Menschen sind in der Regel in den alltäglichen Aktivitäten ihres Lebens wie auch in ihrer Lebensqualität eingeschränkt. Sie sind häufiger belastenden Lebensbedingungen ausgesetzt, zeigen ein ungünstiges Gesundheitsverhalten oder haben – trotz gesetzlicher Krankenversicherung – einen schlechteren Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. So suchen ärmere Menschen seltener Fachärzte auf

und sehen sich manchmal gezwungen, auf sinnvolle Investitionen in die eigene Gesundheit zu verzichten, da nicht alle Gesundheitsausgaben von der Krankenversicherung vollständig übernommen werden, wie beispielsweise Zahnersatzleistungen.

Die Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung legt nahe, dass der Zusammenhang von Alter, Armut und Gesundheit künftig an Bedeutung gewinnt. Darüber hinaus ist bekannt, dass das deutsche Schul- und (Aus-) Bildungssystem die Segregation der Gesellschaft nach sozialer Herkunft und ökonomischen Ressourcen manifestiert.

Da Bildung sowohl eine wesentliche Voraussetzung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise und die Inanspruchnahme von präventiven und beratenden gesundheitsbezogenen Maßnahmen ist als auch Einfluss auf die individuelle soziale, politische und kulturelle Teilhabe einer Person nimmt, hat die Undurchlässigkeit des deutschen Bildungssystems negative Auswirkungen auf die Gesellschaft. Zudem geht Bildungsferne oft Hand in Hand mit prekären Beschäftigungsverhältnissen.

In Deutschland leben momentan etwa 82 Millionen Menschen. Davon sind 13 Millionen mindestens 65 Jah-

re alt. In den nächsten Jahrzehnten wird sowohl die Anzahl der Älteren, insbesondere die der über 80-jährigen Menschen als auch der Anteil Älterer an einer insgesamt schrumpfenden Bevölkerung steigen. Der demografische Wandel bewirkt so die Reduktion der Bevölkerung im Erwerbsalter und eine Zunahme des Anteils älterer Menschen. Dies wirkt sich sowohl auf den Anteil pflegebedürftiger Menschen aus als auch auf andere Bereiche des sozialen Sicherungssystems:

- Armut: Momentan haben 30 Prozent der Bevölkerung in Deutschland keine finanziellen Ressourcen oder sind sogar verschuldet. Ob dieser Bevölkerungsanteil unter der Armutsschwelle lebt, hängt sowohl vom Einkommen ab wie auch davon, wie viele Personen davon leben. In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der Ein-Eltern-Familien zugenommen; 2012 ist fast jede fünfte Mutter alleinerziehend. Die Alleinerziehenden sind nicht nur zahlreichen Belastungen ausgesetzt (alleinige Zuständigkeit für die Erziehung, den Lebensunterhalt und die Haushaltsführung), die sich auf Gesundheit und Lebensqualität auswirken, sondern sind auch besonders armutsgefährdet. Insgesamt ist das Armutssrisiko durch die hohe strukturelle Arbeitslosigkeit, den jüngsten Abbau des Sozialstaates zugunsten der Übernahme von Eigenverantwortung für Lebensrisiken und deren Folgen auch durch benachteiligte Bürgerinnen und Bürger sowie den Wandel von Lebens- und Haushaltsformen gestiegen. Armut wirkt sich auf die gesundheitliche Situation aus, da chronische Leiden und psychische Gesundheitsprobleme häufiger auftreten, aber auch Gesundheitsrisiken wie Alkohol- und Zigarettenkonsum oder Übergewicht unter ärmeren Menschen stärker verbreitet sind. Wenn die von diesen Risiken betroffenen Menschen altern, ist ein kontinuierlicher Anstieg der Armutssquoten in Deutschland zu erwarten.
- Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt: Die Zahl der Arbeitslosen beträgt 2012 knapp drei Millionen Menschen; davon leben etwa 70 Prozent unter der Armutsgrenze. Arbeitslosigkeit korreliert mit sozialen und gesundheitlichen Einschränkun-

gen wie auch einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko, wobei die Dauer der Arbeitslosigkeit eine entscheidende Rolle spielt. Von Langzeitarbeitslosigkeit sind über 55-jährige und Frauen besonders betroffen. Der Anteil der Erwerbstätigen mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze beträgt gut 7 Prozent. Die Zahl der Menschen in Teilzeitbeschäftigung wie auch mit einem Zweit-Job ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Insgesamt haben in Deutschland knapp 6 Prozent aller Erwerbstätigen eine Teilzeitbeschäftigung und etwa 4 Prozent aller Erwerbstätigen neben ihrem Hauptberuf einen zweiten Job; und das, obwohl sie meistens gut qualifiziert sind. Dies hat Auswirkungen, da mit der Berufstätigkeit arbeitsbezogene Risiken einhergehen wie Unfallgefahren oder Belastungen und Gefährdungen wie Schichtarbeit oder Lärm. Zudem sinken die Krankenstände, wobei Fehlzeiten aufgrund psychischer Probleme ansteigen. Die langfristigen Folgen ungünstiger Arbeitsbedingungen und höher Arbeitsbelastungen kumulieren häufig in Gesundheitsproblemen und fehlender Leistungsfähigkeit im Alter. Zudem sind gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte in stärkerem Maße von betriebsbedingten Kündigungen betroffen oder nehmen Möglichkeiten der Frühverrentung oder des Vorruhestands in Anspruch. So lag das reale Renteneintrittsalter 2011 bei etwa 63 Jahren, wobei chronische Krankheiten (wie Erkrankungen von Skelett, Muskeln oder Bindegewebe sowie des Herz-Kreislaufsystems und Krebs) und die Arbeitsmarktsituation die Hauptgründe für Frühberentungen waren. Die Folgen der Frühberentung sind auf individueller Ebene eine geringere Rentenhöhe und eine kürzere (Rest-)Lebenserwartung und auf gesellschaftlicher Ebene höhere Kosten für die sozialen Sicherungssysteme.

■ Entwicklungen der Renten: Renten ersetzen in der Regel das Arbeitseinkommen, jedoch gibt es gravierende geschlechterspezifische Unterschiede in der Höhe der Renten, insbesondere aufgrund von »Pausen« in der Erwerbsbiografie für Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen oder wegen Teilzeitbeschäftigung. So liegt

die Rente von nur jeder dritten Rentnerin über dem Existenzminimum. Trotzdem liegen die Armutssquoten der älteren Bevölkerung bisher unter denen der ganzen Bevölkerung, auch wenn das dünne Polster schrumpft. Dies liegt sowohl an der seit 1977 deutlich eingeschränkten Rentenanpassung wie auch an faktischen Rentenkürzungen. 2011 ging bereits jeder zweite mit Abschlägen in Rente. Wenn diese Rentenkürzungen in Eigenverantwortung ausgeglichen werden sollen, ist zu berücksichtigen, dass eine private Zusatzversorgung zur Verbesserung der eigenen Rente nicht jedem möglich ist. So verstärken private Zusatzrentenversicherungen die Chancenungleichheit innerhalb der Gesellschaft.

Um diesen Trends entgegenzuwirken, soziale Sicherheit und die Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten sowie die genannten Lebensrisiken und deren soziale oder gesundheitliche Folgewirkungen abzufedern, ist der deutsche Sozialstaat gefragt, proaktiv einzutreten. Dabei sollten sowohl die Unübersichtlichkeit und Komplexität der legislativen und bürokratischen Ausgangslage als auch repressive und auf Eigenverantwortung abzielende Maßnahmen sowie die Fokussierung des »sozialdisziplinierenden Sozialstaats«, wie Prof. Schulz-Nieswandt es 2005 in einer Expertise ausdrückte, überdacht werden.

Eine konzertierte Aktion für eine solidarische und soziale Gesellschaft mit einer präventiven Ausrichtung sollte mehrere Stellschrauben ins Auge fassen:

1. Das Armutssrisiko kann massiv verringert werden durch ein menschenwürdiges und unbürokratisches bedingungslose Grundeinkommen anstatt der Sozialhilfe mit ihren vielen bürokratischen Hürden und Repressalien sowie hohen bürokratischen Kosten. Wenn jeder Bürger Grundsicherung erhält, soll diese so hoch sein, dass gesellschaftliche Teilhabe möglich ist und kein Bürger Existenzsorgen hat (vgl. Grottian et al. 2003: 26 f.).

2. Auf strukturelle Arbeitslosigkeit sollte nicht mehr nur mit die Konjunktur oder Eigeninitiative fördernden Maßnahmen reagiert werden, sondern

mit Qualifizierungs- oder Bildungsmaßnahmen und Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung. Interventionen bei Arbeitslosigkeit sollen im Fokus haben, Arbeitslose möglichst frühzeitig auf adäquate Positionen in das Arbeitsleben zu integrieren sowie – wenn nötig – psychosoziale Betreuungsangebote zur Seite zu stellen. Arbeitsmarktreformen müssen den Menschen wieder stärker in den Blick nehmen und nicht mehr nur das Wirtschaftswachstum fokussieren. Eine wichtige Stellschraube ist hierbei die Gestaltung der Teilzeitarbeit von Frauen, so dass Arbeitszeiten nach Wunsch wieder aufgestockt werden können. Auf demografische Herausforderungen sollte mit einer gezielten Senkung der Arbeitsbelastung in Form einer Umverteilung von Arbeit durch Tarifverträge neuen Typs reagiert werden, bestehend aus Arbeitsverkürzung mit differenziertem Lohnausgleich (vgl. Grottian et al. 2003: 32 f.). Ergänzen würde diese Maßnahme eine Anhebung des faktischen Renteneintrittsalters durch adäquate Arbeitsplätze und Maßnahmen zum Transfer von Wissen und Kompetenzen für ältere Arbeitnehmer.

3. Es wird erwartet, dass die künftigen älteren Generationen gesünder sind als die vor ihnen geborenen Jahrgänge, aber die Zunahme von Funktions- und Mobilitätseinschränkungen im höheren Alter weiterhin ansteigt. Kranken- und Pflegekassen sollten sich auf diese Entwicklung fachlich und finanziell vorbereiten. Das im Juni 2012 verabschiedete Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz zeigt in die richtige Richtung, auch wenn die Leistungen für Menschen mit Demenz oder mit sogenannter geistiger Behinderung und deren Angehörige noch ausgebaut werden können.

4. Das im nordrhein-westfälischen Koalitionsvertrag von 2012 deutlich werdende Verständnis von Bildung als Investition (NRW SPD et al. 2012: 8) sollte auch auf Bundesebene übernommen werden. Bildungspolitische Strukturprobleme müssen insofern angegangen werden, dass die Durchlässigkeit des Bildungssystems wie auch bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt die bereits in Kindergarten und Schule verfestigte Segregation nach sozialer Herkunft nivelliert. Das würde bedeu-

ten, das Konzept des Betreuungsgelds zu verwerfen, da es finanziell besser gestellte bevorteilen und durch ein Konzept »Kitas für alle ab dem 3. Lebensjahr« zu ersetzen. Zudem sollte das dreigliedrige Schulsystem im Hinblick auf Chancengleichheit und die Vermeidung von Zuweisungsgerechtigkeit überarbeitet werden sowie der Sektor der Aus- und Weiterbildung auch stärker professionalisiert und mit personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet werden. Möglichkeiten eines lebenslangen, nicht segregierenden und der Heterogenität der Gesellschaft gerecht werdenden Lernens sollten ausgebaut werden.

5. Da die Kommune Ort der Daseinsvorsorge ist, was insbesondere für häufig mobilitätseingeschränkte Senioren von Bedeutung ist, sind inklusive Gemeinwesen zu entwickeln, indem die Rahmenbedingungen der Sozial- und Altenhilfe verbessert werden. Dabei ist es ratsam, sich von einem Hilfesystem abzugrenzen, das individuelle Hilfebedarfe durch die Platzierung von Klienten in ambulanter oder stationärer Versorgung zu decken sucht. Es sollten vielmehr Pflege- und Unterstützungsarrangements geschaffen werden, die aufeinander abgestimmt nach Art und Umfang dem individuellen Bedarf entsprechen und Teilhabemöglichkeiten sichern. Dabei sind zwischen ambulanten, (teil)stationären Versorgungssystemen, Strukturen bürgerschaftlichen Engagements und wohnortnahmen Begegnungs- und Beratungsstrukturen aufzubauen oder zu festigen. Neben einer neuen Kultur des Alterns auf der Basis differenzierter Altersbilder, wie sie im 6. Altenbericht der Bundesregierung dargelegt wird, bedarf es der Entwicklung lokaler Planungsstrukturen und einer Orientierung am Konzept der Sozialraumorientierung.

Wenn soziale Dienste, die Politik, die Akteure des Systems sozialer Sicherung und die Gesellschaft an einem Strang ziehen, jeder den erforderlichen Beitrag leistet und Partikularinteressen hinten anstellt, ist in einer konzentrierten Aktion die Korrelation von Armut, Alter und schlechtem Gesundheitszustand effizienter abzuschwächen. ■

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren,

Frauen und Jugend (2005): Materialien zur Familienpolitik. Expertise. Entwicklungspotenziale und Interventionen in der Wohlverhaltenperiode. Nr. 20 / 2005: 26.

Bundesministerium für Gesundheit (2012):

Nationales Gesundheitsziel »Gesund älter werden«. gesundheitsziele.de. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Berlin.

Deutscher Bundestag (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Drucksache 17/3815. Berlin.

Grottian, Peter; Narr, Wolf-Dieter; Roth, Roland (2003): Es gibt Alternativen zur Repressanda 2010! Statt repressiven Abbaus des Sozialstaats steht sein menschlich-demokratischer Umbau für Grundsicherung und Arbeit auf der Tagesordnung von uns allen mit zu verantwortender Politik. Langfassung. Internet www.theopen-underground.de/@pdf/kapital/sozial/repessanda_lang.pdf (abgerufen am 28.06.2012).

NRW SPD; Bündnis 90 / Die Grünen NRW

(2012): Koalitionsvertrag 2012–2017. Verantwortung für ein starkes NRW. Miteinander die Zukunft gestalten. Internet www.gruene-nrw.de/fileadmin/user_upload/gruene-nrw/politik-und-themen/12/koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2012-2017.pdf (abgerufen am 28.06.2012).

Robert Koch Institut (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 10: Gesundheit im Alter. Berlin.

Robert Koch Institut (2003): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin.

Robert Koch Institut (2005): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin.

Robert Koch Institut (2006a): Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland. Berlin.

Robert Koch Institut (2006b): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30: Gesundheitsbedingte Frühberentung. Berlin.

Robert Koch Institut (2010): Gesundheitsberichterstattung Kompakt. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 5/2010. Berlin.

Wahl, Hans-Werner; Tesch-Römer, Clemens; Ziegelmann, Jochen P. (Hg.) (2012): Angewandte Gerontologie. Intervention für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. 2. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin. Kohlhammer Verlag.