



Deutscher
Caritasverband

**Jahresempfang des Deutschen Caritasverbandes 2012
„Armut macht krank. Jeder verdient Gesundheit“
Mittwoch, 23. Mai 2012, 18:00 Uhr**

SPERRFRIST: Mittwoch, 23. Mai 2012, 18:00 Uhr

Sehr geehrte Damen und Herren,

In diesem Jahr feiern wir unseren Jahresempfang im St. Hedwig-Krankenhaus. Zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts lag in diesem Krankenhaus eine junge Frau, die nach langer Krankheit von den Ärzten aufgegeben wurde. Doch am Ostersonntag des Jahres 1909 geschah etwas, was Hildegard Burjan, so hieß die damals 25jährige, selbst als ein Wunder bezeichnet hat: Die nicht mehr zu erwartende Heilung, nicht zuletzt durch die hingebungsvolle Pflege der Schwestern des Hedwig-Krankenhauses. Das alles war so überzeugend für sie, dass sich die religionslos aufgewachsene junge Frau taufen ließ und später in Österreich zu einer aktiven Frauenrechtlerin und engagierten Politikerin wurde, die sich als Christin insbesondere für die Rechte und die Bildung von Frauen und Kindern einsetzte. Papst Benedikt XVI. hat sie vor wenigen Wochen selig gesprochen.

Warum erzähle ich das? Weil hier am Beispiel der Schwestern des Hedwig-Krankenhauses deutlich wird, dass die Sorge um arme und kranke Menschen ein zutiefst biblischer Auftrag ist, der wesentlich zum Selbstverständnis unserer Kirche und ihrer Caritas gehört. Heilen und Heilung ermöglichen - das ist bis heute unser Auftrag.

Und das Motto unserer diesjährigen Kampagne „Armut macht krank. Jeder verdient Gesundheit“ versucht dies auf den Punkt zu bringen. Denn zu den Bildern armer und gesundheitlich gezeichneter Menschen auf den dazugehörigen Plakaten lesen Sie den Zusatz: „Wo es an Einkommen, Bildung und Perspektiven fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.“

Krank zu sein, besonders bei schweren Erkrankungen, ist eine tiefe existentielle Erfahrung. Kranksein wird in vielen biblischen Erzählungen mit einer umfassenden Störung und Bedrohung des Menschen gleichgesetzt. Kranke werden ausgegrenzt und leben am Rand der Gesellschaft.

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e. V.
Berliner Büro - Pressestelle

Redaktion:
Claudia Beck (verantwortlich)

Telefon: 030 284447-42
Telefax: 030 284447-55
E-Mail: pressestelle@caritas.de
Internet: www.caritas.de

Haus der Deutschen Caritas
Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin

Statement

Die biblische Option für die Kranken zielt darauf, Ausgrenzung zu überwinden, sie zu eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen und sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen. So wird Gottes rettendes Handeln greifbar und sie selbst werden zu Zeugen für das Reich Gottes.

Nun haben wir in Deutschland ein im internationalen Vergleich gutes Gesundheitssystem. Seit 2007 haben wir zudem das Recht und die Pflicht jedes Bürgers in Deutschland auf Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung. Damit sollte der Zugang aller zu einem guten System der Gesundheitsversorgung gesichert sein. Für die allermeisten Menschen in Deutschland ist er das auch. Dafür gibt es einen breiten politischen Konsens, für den wir dankbar sein können. Verbitterte Debatten bis hin zu einer Spaltung des Landes über die Frage, ob allen Bürgern eine Gesundheitsversicherung zusteht, wie wir dies in den USA erlebt haben und im kommenden Präsidentschaftswahlkampf vermutlich wieder erleben werden, sind bei uns nicht denkbar.

Und dennoch: Auch bei uns gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Einkommen, Bildungsstand und Beschäftigungssituation einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits. Da Arme neben niedrigem Einkommen oft zudem einen niedrigen Bildungsstand haben und langzeitarbeitslos sind, ist der Gesundheitszustand von armen Menschen signifikant schlechter. Dieser Zusammenhang ist empirisch gut gesichert. Die Schere in der Lebenserwartung zwischen den unteren und den oberen Einkommen beträgt in Deutschland bei den Männern ungefähr elf Jahre, bei den Frauen ca. acht Jahre. Und ein obdachloser Mann hat mit 46 Jahren eine um 30 Jahre geringere Lebenserwartung als ein Mann in einem einigermaßen gesicherten Lebensumfeld.

Dieser Unterschied ist frappierend. Er ist eine Herausforderung an unser Gerechtigkeitsgefühl. Denn Gesundheit ist ein Gut, das einen existenziellen Wert hat. Während wir akzeptieren, dass Menschen mit höherem Einkommen komfortabler leben, können wir nicht akzeptieren, dass die unterschiedlichen Lebensbedingungen zu krassen Unterschieden der Lebenserwartung führen und im Falle einer Krankheit die Heilungschancen auch von der Einkommenssituation abhängen.

Dabei ist der Unterschied in der gesundheitlichen Lage der Einkommensklassen nicht darauf zurückzuführen, dass Armen der Gesundheitsschutz verweigert würde. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung sichert grundsätzlich einen in den wesentlichen Leistungen einkommensunabhängigen Zugang zur medizinischen Versorgung. Praxisgebühr und Zuzahlungen sowie gewisse Probleme beim Zugang zu nichtverschreibungspflichtigen (und damit von der GKV nicht erstatteten) Medikamenten beeinträchtigen diesen grundsätzlichen Zugang jedoch erheblich.

Der erste Schritt ist es deshalb, diesen Unterschied überhaupt zur Kenntnis zu nehmen und ihn in den gesundheitspolitischen Debatten zu thematisieren. Nur einige Schlaglichter zum Befund: Erwachsene in mittlerem Alter in Einkommensarmut leiden vermehrt an Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Adipositas sowie Depressionen. Depressionen sind bei langzeitarbeitslosen Menschen etwa dreimal so häufig anzutreffen. Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben weit häufiger als die sozial besser gestellten Gleichaltrigen wahrnehmungs- und psychomotorische Störungen oder leiden unter chronischen Erkrankungen.

Wo aber nun ansetzen, um dem Anspruch der „Gesundheitsgerechtigkeit“ näher zu kommen? Die Sorge um die Gesundheit ist jedenfalls weit mehr als das, was die Krankenkasse bezahlt. Die irritierende gesundheitliche Ungleichheit fordert die Sozialpolitik auf vielen Feldern heraus, die nicht sofort als gesundheitsrelevant angesehen werden.

So haben langzeitarbeitslose Menschen eine deutlich schlechtere gesundheitliche Situation: oftmals kumulieren hier Risiken wie beispielsweise eine im Durchschnitt schlechtere Ausbildung, ein hohes Armutsrisiko und die psychische Belastung, die mit unsicheren oder fehlenden Perspektiven verbunden ist. Eine aktive Beschäftigungspolitik ist daher eine Herausforderung, die auch für das Ziel der Gesundheits-gerechtigkeit höchst relevant ist. Aber sinnstiftende Arbeit ist mehr, sie ist Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und schafft persönliche Perspektiven, die sich auch positiv auf die gesundheitliche Lage auswirken.

Genauso sind Stadt-, Umwelt- und Verkehrspolitik mit Blick auf Gesundheitsgerechtigkeit zu sehen. So schädigt Verkehrslärm beispielsweise die Gesundheit insbesondere armer Menschen, die sich die Mieten in ruhigeren Wohngebieten nicht leisten können.

Aber auch der Einzelne ist gefordert. Seine Verantwortung für die eigene Gesundheit kann und darf ihm nicht abgenommen werden. Dies setzt jedoch Wissen und Information über den Zusammenhang zwischen individuellen Verhaltensweisen und deren Auswirkungen auf die eigene Gesundheit voraus. Studien zeigen, dass mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger und früher risikobehaftetes Verhalten verbunden ist. Kinder aus armen Familien beginnen häufiger und früher zu rauchen. Auch bei Erwachsenen gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Suchtkrankheiten und Armutsrisiken. So nehmen Symptome der Alkoholabhängigkeit zu, je länger die Arbeitslosigkeit andauert, der bei weitem wichtigste Auslöser von Armut.

Diese Zusammenhänge dürfen jedoch nicht für ein achselzuckendes „Selber schuld“ missbraucht werden. Vielmehr muss es darum gehen, Perspektiven zu schaffen und nach Wegen zu suchen, die auch Menschen in prekären Lebenslagen durch eine Politik gesundheitlicher Prävention erreichen. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass die mittelschichtsorientierten Aufklärungskampagnen zur Gesundheitsprävention Menschen in prekären Lebenslagen kaum oder gar nicht erreichen. Auch wir im Deutschen Caritasverband diskutieren darüber, wie wir mit unserer Arbeit Milieus erreichen, die uns eher fremd sind: Menschen aus bildungsfernen Milieus, die sich nicht an den uns vertrauten Denkwelten der Mittelschicht orientieren. Und ich vermute, der Umgang mit fremden Milieus fällt Medizinern nicht leichter als den Mitarbeitenden der Caritas. Dies ist eine Herausforderung, der sich alle Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen stellen müssen.

Vor diesem Hintergrund zeigt unsere Kampagne, dass es Gruppen in unserem Land gibt, die häufig keinen ausreichenden Zugang zur medizinischen Versorgung haben. Zu ihnen gehören langzeitarbeitslose Menschen, Obdachlose, Asylbewerber und Menschen in der Illegalität. Wir machen auf die Nöte dieser Menschen aufmerksam und schlagen Lösungen vor, die helfen können, auch für diese Gruppen eine gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Denn es gibt in Deutschland unbestreitbar einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit, der nicht einfach hingenommen werden kann. Diese Diskrepanz abzubauen, ist eine Herausforderung.

Vor der Seligsprechung von Hildegard Burjan äußerte der Wiener Erzbischof Kardinal Christoph Schönborn, sie sei die „weltweit erste demokratische Politikerin, die von der katholischen Kirche zur Ehre der Altäre erhoben wird.“ Dies sei ein Beweis, „dass es möglich ist, in der Politik heilig zu werden.“

Prälat Dr. Peter Neher
Präsident des Deutschen Caritasverbandes