

Denkanstoß – gesundheitliche Chancengleichheit und GKV-Förderung von Selbsthilfegruppen

„Die Förderung von Selbsthilfegruppen... auf der gesetzlichen Grundlage des § 20c Sozialgesetzbuch V (SGB V) trägt dem hohen gesundheitspolitischen Stellenwert der Selbsthilfe Rechnung“, so formuliert es der GKV-Spitzenverband 2013 in seinem Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Ja – in der Tat, auch für mich als Leiterin einer Selbsthilfekontaktstelle ist die Beratung und Unterstützung der Selbsthilfegruppen bei der Beantragung von Fördergeldern, die über § 20c SGB V gewährt werden, ein wichtiges Anliegen. Der GKV-Leitfaden mit seinen Fördergrundsätzen begleitet mich von Beginn meiner Tätigkeit an und ist einerseits so selbstverständlich und gesetzt und andererseits immer wieder auch Anlass für Fragen und Zweifel. Im Leitfaden zur Selbsthilfeförderung wurde 1996 das Verzeichnis der Krankheitsbilder erstellt, bei denen eine Förderung nach § 20c SGB V zulässig ist, und dieses Verzeichnis gilt – unverändert – noch heute.

Und gerade das ist es, was zweifeln lässt, denn eine Verankerung der Erkenntnisse zur Forschung sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen im § 20c SGB V hat bislang nicht stattgefunden. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage ist unter Experten hinlänglich bekannt und durch vielfältige Studien erwiesen und anerkannt. Die sozial-epidemiologischen Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit weisen für die Industrieländer nach, dass arme Menschen in jeder Lebensphase ein besonderes Risiko haben zu erkranken und seit über 20 Jahren weisen Expert/innen aus Politik, Wissenschaft und Praxis darauf hin, dass es eine gesamtge-

Exkurs

Gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht die Verpflichtung, einen Beitrag zum Abbau sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener ungleicher Gesundheitschancen zu leisten, um das Grundrecht auf bestmögliche Gesundheit unabhängig von Herkunft, Religion, politischer Überzeugung sowie wirtschaftlicher oder sozialer Stellung zu verwirklichen (Helsinki-Statement 2013).

So geschehen auch im Bereich der Krankenkassenförderung im Aufgabenfeld der Primärprävention, mit Wiedereinführung des § 20, Abs. (1) SGB V mit der Gesundheitsreform 2000. Hauptaussage mit Einführung der neuen gesetzlichen Regelung ist: **„Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“** Mit dieser Regelung gab es nach und nach bei der Förderung der Krankenkassen eine Umorientierung, die dafür sorgte, dass immer weniger Kursangebote zur Primärprävention gefördert wurden - mit denen vulnerable Bevölkerungsgruppen nachweislich nicht erreicht werden können - sondern über settingbezogene Maßnahmen gerade auch die Menschen erreicht werden, die besonderer Unterstützung durch Primärprävention bedürfen, so wie gesetzlich als ‚Soll-Regelung‘ festgeschrieben.

sellschaftliche Aufgabe ist zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen beizutragen.

Die derzeitigen GKV-Fördergrundsätze zur Umsetzung von § 20c SGB V und das zugrunde liegende Krankheitsverzeichnis werden meines Erachtens diesem Anspruch – der AUCH gesundheitspolitisch grundlegend ist – nicht gerecht. Im Umkehrschluss – nach den derzeitigen geltenden Fördergrundsätzen – kann man vermuten, dass sogar zu einer Verstärkung der Ungleichheit von Gesundheitschancen beigetragen wird, indem die Gruppen, die durch Armut gesundheitlich besonders belastet sind und sich in Selbsthilfegruppen zusammenschließen, nicht gefördert werden. § 20c SGB V wird nur wirksam, wenn Selbsthilfegruppen sich *„auf die gemeinsame Bewältigung eines bestimmten Krankheitsbildes, einer Krankheitsfolge und/ oder psychischer Probleme richten. (...)“* (GKV-Leitfaden, 2013, Seite 13). Schließen sich aber Menschen zusammen, die nachweislich zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören, deren Gesundheitszustand durch die eigene soziale Lage besonders belastet ist, wird keine Förderung gewährt.¹

Ich möchte beispielhaft an einer Gruppe aus dem Einzugsbereich der Selbsthilfekontaktstelle Friesland die Situation darlegen, wie sie sich in meinem Alltag zeigt.

Im Oktober 2013 hat sich in Friesland die Selbsthilfegruppe „Interessengemeinschaft Hartz IV Varel“ gegründet. In der Gruppe waren recht schnell mehr als sechs Mitglieder, die sich regelmäßig alle 14 Tage trafen und immer noch treffen. Die Selbsthilfegruppe ist über zwei Ansprechpartner/innen telefonisch wie auch per Email gut zu erreichen. Es wurde ein Gründungsprotokoll erstellt, die Gruppe ist über den Selbsthilfefahrplan der KISS öffentlich bekannt, ihre Treffen werden auch regelmäßig in der Presse veröffentlicht, auch hat die Gruppe eine eigene Homepage. Auf ihrer Homepage nimmt die Darstellung der Selbsthilfearbeit eine eigene ‚Kategorie‘ ein. Die Gruppenmitglieder arbeiten ehrenamtlich und die Gruppe ist offen für neue Mitglieder. Die Gruppe erfüllt also alle besonderen Fördervoraussetzungen, die im Leitfaden unter B.5.3 angegeben sind.

Die Selbsthilfegruppe arbeitet nach dem Selbsthilfeprinzip, indem sie von Hartz IV Betroffenen eine Anlaufstelle bietet zum Austausch, zur Hilfestellung und für aktuelle Informationen. Durch die Selbsthilfearbeit möchten die Mitglieder dazu beitragen, dass sie in ihrer Gesundheit gefördert werden (sich also gegenseitig fördern) und nicht ins soziale Abseits und in persönliche Einsamkeit geraten.

Doch der GKV-Förderantrag, den die Gruppe für die Unterstützung der Gründungsphase eingereicht hatte, wurde abgelehnt – mit Bezug auf das Krankheitsverzeichnis. Hier konnte auch das gemeinsame Gespräch mit der Vertreterin der Krankenkasse und eine zusätzliche Stellungnahme der Kontaktstelle nichts bewirken. Zuspruch erhält die Selbsthilfegruppe vom Jobcenter sowie vom Bürgermeister, der bereits zwei Gruppentreffen besucht hat. Die Gruppe hat nun über die Unterstützung des Bürgermeisters eine kleine finanzielle

Unterstützung erhalten sowie eine Spende einer Bundestagsabgeordneten aus dem Wahlkreis Friesland, Wilhelmshaven, Wittmund.

Die Krankheitsbilder der Mitglieder der Selbsthilfegruppe Interessengemeinschaft Hartz IV sind vor allen Dingen gekennzeichnet durch die Hauptbefunde *Chronische Schmerzerkrankungen und Psychische Erkrankungen* und die meisten der Betroffenen sind von einer Schwerbehinderung betroffen. Die Förderung der Selbsthilfegruppe wurde auch mit dem Hinweis abgelehnt, dass die Mitglieder doch in die entsprechenden Selbsthilfgruppen gehen könnten, die sich je nach ihrer Erkrankung anböten. Der Grundsatz der Selbsthilfearbeit *„In Selbsthilfgruppen schließen sich Menschen mit einem gemeinsamen Problem oder einem gemeinsamen Anliegen zusammen“* (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfgruppen e.V.) fand in dieser Begründung keine Beachtung. *„Selbsthilfe bedeutet, die eigenen Probleme und deren Lösung selbst in die Hand zu nehmen und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten gemeinsam mit anderen Menschen aktiv zu werden“* (ebd.), trifft genau auch das Anliegen der Gruppe. Dies wird aber in der Einschätzung der Förderwürdigkeit nicht berücksichtigt.

Im Sinne von Antonovsky (1997; Übersetzung durch Franke), der mit seinem salutogenetischen Gesundheitsmodell darlegt, welche Schutzfaktoren es sind, die Menschen gesund erhalten, spielen nicht nur das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, sondern auch die Hilfe und Unterstützung anderer eine wesentliche Rolle. Diese Erfahrungen sind es, die auch in der Selbsthilfearbeit stattfinden und so wertvoll sind. Seit 1996 werden mit dem zugrundeliegenden Krankheitsverzeichnis des GKV-Leitfadens aber genau die Selbsthilfgruppen ausgeschlossen, in denen sich erkrankte Menschen aufgrund ihrer Lebenssituation, die sich durch einen geringen sozioökonomischen Status auszeichnet, zusammenschließen.

Studien belegen den Zusammenhang zwischen gesundheitlicher und sozialer Lage – ein Einblick

„Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind vermehrt von chronischen Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, chronischer Bronchitis und verschiedenen malignen Tumoren betroffen (Lampert u.a., 2014). „In allen Altersgruppen ist der Gesundheitszustand in der unteren Statusgruppe zumeist erheblich schlechter als in der oberen Statusgruppe. Dabei ist die Morbidität in der unteren Statusgruppe häufig zwei- bis dreimal so groß wie in der oberen Statusgruppe.“ (Mielck, 2001, Seite 3).

In der sozial-epidemiologischen Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit wird die Einkommensarmut als der zentrale Indikator für die vertikale soziale Ungleichheit bewertet² Die sozial-epidemiologischen Forschungsergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit weisen für die Industrieländer also nach, dass arme Menschen in jeder Lebensphase ein besonders hohes Risiko haben zu erkranken.

Zur Konkretisierung der Erkrankungen der Betroffenen möchte ich mich auf die Forschungsergebnisse zur Gesundheit arbeitsloser Menschen beziehen. Ein hoher Prozentsatz aller Hartz IV Bezieher/innen ist arbeitslos.

Der gesundheitsschädigende Effekt von Erwerbslosigkeit ist in allen Altersstufen und bei beiden Geschlechtern seit mehreren Jahrzehnten durch Studien, Gesundheitssurveys etc. nachweisbar.

Hinlänglich bekannt ist bei Experten/innen, dass Arbeitslosigkeit und Gesundheit im wechselseitigen Zusammenhang stehen, sich bedingen und / oder gegenseitig verstärken. „Arbeitslose weisen im Vergleich zu Beschäftigten einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Die Gesundheitsunterschiede sind vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit sehr groß. Das belegen sowohl internationale Meta-Analysen als auch Auswertungen von Surveys und Krankenkassendaten in Deutschland.“ (Hollederer, 2008)

Die Meta-Analyse von McKee-Ryan (2005) hat ergeben, dass Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten vor allem eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit, aber auch einen ungünstigeren physischen Gesundheitszustand aufweisen.

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes von aktuell arbeitslosen Männern, die als Hauptverdiener mehr als ein Jahr arbeitslos waren, wird mehr als viermal so schlecht beurteilt als von aktuell Berufstätigen, die keine Arbeitslosigkeit erfahren haben (Statistisches Bundesamt, 2004a). Männliche Arbeitslose sind achtmal häufiger von psychiatrischen Erkrankungen betroffen wie Erwerbstätige, bei Frauen sind die Unterschiede etwas geringer (Kuhnert & Kastner, 2002).

Der Bundesgesundheitsurvey, ärztliche Befragung von 3.437 Betroffenen, hat aufgezeigt:

- arbeitslose Männer mit 2,5-fach höherer Quote an Dysthymie (chronisch depressive Verstimmung), depressiven Störungen, Panikstörungen, Phobien und somatoformen Störungen,
- arbeitslose Frauen mit höherer Quote an Dysthymie.

Eine Studie der gesetzlichen Krankenkassen BKK und TK (2005) weist bezüglich der AU-Tage nach, dass Arbeitslose aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen mehr als doppelt so viele AU-Tage aufweisen.

Die Meta-Analyse von Paul, Moser (2006, 2009) bietet erstmals eine gesicherte Aussage zu Ursache und Wirkung, nämlich, dass Arbeitslosigkeit nachweislich zu psychischen Störungen wie Angst, Depression, psychosomatischen Symptomen, geringem Wohlbefinden und geringem Selbstwertgefühl führt.

Kuhnert (2002) zeigt auf, dass eine psychische Beeinträchtigung sich bis zum neunten Monat der Erwerbslosigkeit kontinuierlich verschlechtert und sich dann auf niedrigem Niveau einpendelt. Bei Frauen wird die Gesundheit stärker durch Kurzzeit- als durch Langzeitarbeitslosigkeit belastet.

Ziel ist es, die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu stärken – Kooperationen

Der seit 1995 jährlich stattfindende bundesweite Kongress zum Thema ‚Armut und Gesundheit‘ bietet Wissenschaftler/innen, Praktiker/innen wie auch Betroffenen eine Plattform. Zudem wurde 2003 der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ gegründet, ein Verbundprojekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), von Krankenkassen und Ärztenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit (BA), Wohlfahrtsverbänden und vielen weiteren Partnerorganisationen³ mit dem Ziel, die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu stärken. Seit 2014 ist auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Mitglied.

Fazit

Eine Förderung durch die Selbsthilfe über § 20c SGB V wird gerade den Menschen versagt, die nachgewiesen sozial bedingt von unterschiedlichen chronischen Erkrankungen betroffen sind. Als Leiterin einer Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe sehe ich es als wichtig an, dass hier im Sinne der Betroffenen eine Regelung gefunden wird.

Anmerkungen

- 1 'Vulnerabilität' im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten findet sich besonders häufig dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (z. B. Arbeitslose, alte Menschen), mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft (SVR, Gutachten 2007, Pkt.6,136).
- 2 Die Armutsmessung mit Blick auf das Kriterium ‚Einkommen‘ erfolgt am häufigsten mit den Indikatoren des durchschnittlichen Äquivalenz-Haushaltseinkommens oder anhand des Bezugs von Sozialhilfe - durch die Zusammenlegung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe nun Hartz IV, SGB II. Beide Maße sind in der wissenschaftlichen Diskussion in ihrer Aussage anerkannt.
- 3 Die Internetplattform des Kooperationsverbundes ist unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de im Internet präsent.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke). Tübingen. DGVT.
- Berth, H.; Förster, P.; Brähler, E. (2003). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Gesundheitswesen*, 65, 555–560.
- Hollederer, A. (2008). Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit; ISSN 1861-6704; *Prakt. Arb.med.* 2008; 12: 29-32.
- Kuhnert, P.; Kastner, M. (2002). Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit. In Geene, R.; Gold, C.; Hans, C. (Hrsg.): *Armut und Gesundheit. Gesundheitsziele gegen Armut: Netzwerke für Menschen in schwierigen Lebenslagen* (S. 336–364); Berlin: b_books
- Lampert, Tt.; Kroll, LE.; Hapke, U.; Jacobi, F. (2014). Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit in Public Health Forum 22 Heft 82.
- McKee-Ryan FM.; Song Z.; Wanberg CR.; Kinicki AJ. (2005). Psychological and physical wellbeing during unemployment. *Journal of Applied Psychology* 2005; 90: 53-76.
- Mielck, A. (2001). Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Ein zentrales Thema der Public-Health-Diskussion. *Public Health Forum*, 33 (9), S. 2–4.
- NAKOS - Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbst-

- hilfegruppen (2015). Basiswissen. Verfügbar unter: <http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/> [13.02.2015]
- Paul, K. I.; Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Paul, K.I.; Zempel, J.; Moser, K. (2005). Arbeitslosigkeit. In D. Frey; L. v. Rosenstiel; C. Graf Hoyos (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (S. 5-13). Weinheim: Beltz.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007). *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007*, Berlin, s.u. Pkt 6, 136. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=84> [13.02.2015]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004a). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*. Berlin: Robert Koch Institut.

Gabriele Peest ist Gesundheitswissenschaftlerin (MPH); sie war im Bereich ‚Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung‘ in der Projektarbeit tätig und ist seit 2012 Leiterin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe (KISS-Friesland) des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Friesland.