

Politik Macht Gesundheit

Keynote auf dem Kongress

Armut und Gesundheit 2019

Der Public Health-Kongress in Deutschland

14.03.2019

Berlin

→ **Armut** und **Ungleichheit**

... und *Krankheit*

→ Die (ambivalente) Bedeutung
der **Erwerbsarbeit** und der
Arbeitslosigkeit für Krankheit

... und *Gesundheit*

→ Die „**Problemfrage**“: Warum sich trotz
aller empirischen Evidenz so wenig
ändert



Einige Thesen vorweg

→ **Polarisierung** (→ Beispiel Diskussion über Altersarmut und Rente)

→ **Verfestigung** und **Konzentration** sowohl von **Armutslagen** wie auch von **Reichtumsverhältnissen** bei gleichzeitiger **Abnahme der sozialen Mobilität (nach oben)** und einer **internen Schließung oben** vor allem über den familiären Hintergrund vermittelt (in Verbindung mit einer zu geringen Umverteilung)

Entwicklung von dauerhafter Armut und dauerhaftem Reichtum in Deutschland

In der Bevölkerung waren über fünf Jahre hinweg unverändert



Anteil der Personen, die in allen Jahren des jeweiligen Zeitraums durchgehend arm oder sehr arm bzw. reich oder sehr reich sind

Quelle: SOEP Welle 19-33; eigene Berechnungen

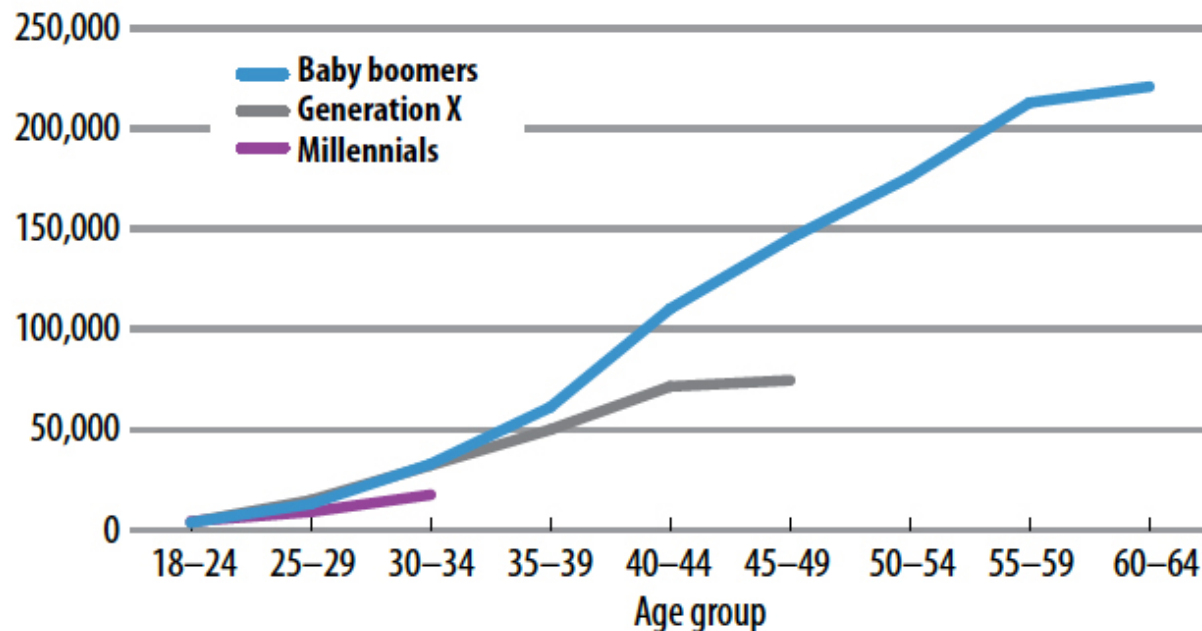
WSI

Chart 2

Amassing wealth

The wealth accumulation trajectory of millennials is well below that of other generations at comparable ages.

(median net worth, 2013 dollars)



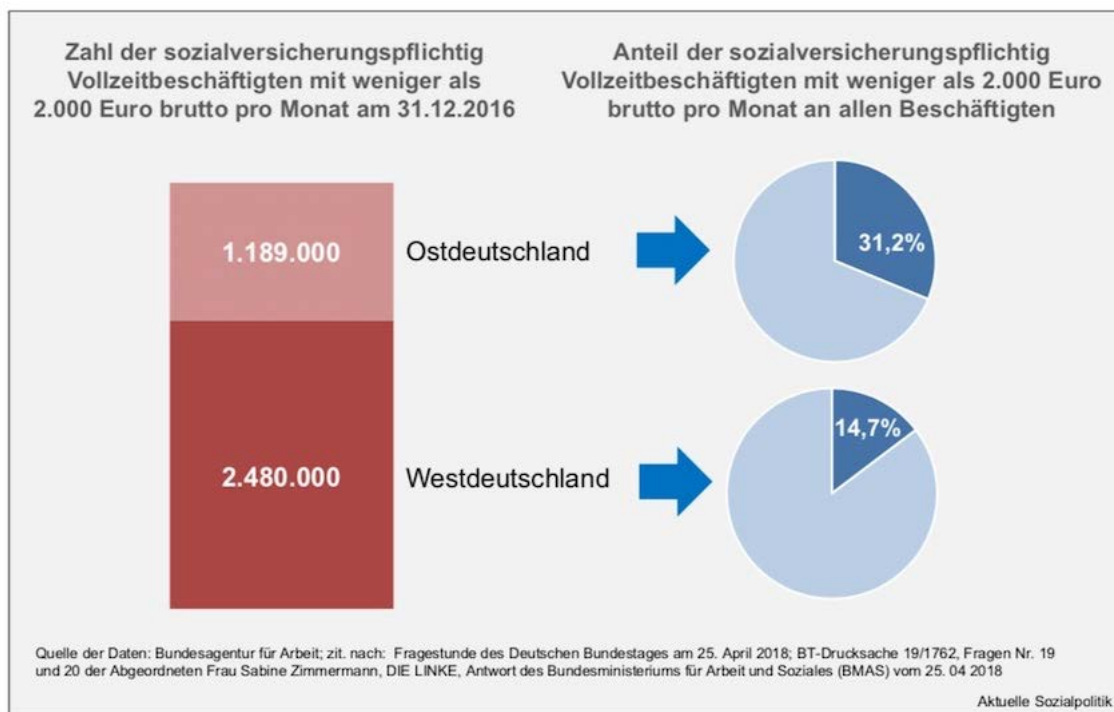
Source: Survey of Consumer Finances 1983-2013.

Im Durchschnitt hat die Generation Y (die Millennials) in den entwickelten Ökonomien ein **40 Prozent geringeres Vermögen** als die Baby Boomer oder die Generation X zu ihrer Zeit, hat der IWF errechnet.

Einige Thesen vorweg

→ Aber man darf sich nicht beschränken auf die unteren 10-15 Prozent der Bevölkerung in manifesten Armutslagen → ein besonderes Problem seit Mitte der 1900er Jahre ist die wachsende Gruppe der Arbeitnehmer, die im **Niedriglohnsektor** hängen bleibt und die in den öffentlichen Debatten gar nicht oder selten auftauchen

→ **Über 20 Prozent** der Beschäftigten verdienen weniger als 10 Euro pro Stunde



→ **3,7 Millionen** – wohlgemerkt – sozialversicherungspflichtig **Vollzeitbeschäftigte** verdienen **weniger als 2.000 Euro brutto pro Monat**. In Ostdeutschland ist das fast jeder dritte Arbeitnehmer in Vollzeitarbeit

Einige Thesen vorweg

Studien zur Nicht-Inanspruchnahme von Arbeitslosengeld II

Autoren	Datenquelle	Betrachteter Zeitraum	Ermittelte Quoten der Nicht-Inanspruchnahme	Anmerkungen
Becker (2012)	SOEP	2007	34,8% – 41,5% insgesamt 48,4% – 54,7% Erwerbstätigen-BG	Quoten schließen Haushalte ein, die möglicherweise einen Anspruch auf vorrangige Leistungen (Wohngeld, Kinderzuschlag) haben.
Becker, Hauser (2012)	SOEP	2007	45% insgesamt 63% Erwerbstätigen-BG	Quoten schließen Haushalte ein, die möglicherweise einen Anspruch auf vorrangige Leistungen (Wohngeld, Kinderzuschlag) haben.
Bruckmeier, Wiemers (2012)	SOEP	2005 – 2007	41,6% – 49,9% insgesamt	Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen der Grundsicherung (gemäß SGB II und SGB XII) insgesamt. Quote für Erwerbstätigen-BG wird nicht berichtet.
Bruckmeier, Pauser, Riphahn; Walwei, Wiemers (2013)	EVS 2008	2008	33,8% – 43,0% insgesamt	Quote für Erwerbstätigen-BG wird nicht berichtet.
Bruckmeier, Wiemers (2017a)	SOEP	2005 – 2012	42,5% insgesamt	Durchschnittliche Quote im genannten Zeitraum. Quote für Erwerbstätigen-BG wird nicht berichtet.
Bruckmeier, Wiemers (2017b)	SOEP	2013	43,1% BG, die nur Anspruch auf ALG II haben 62,8% BG, die zwischen Wohngeld und ALG II wählen können	Die Quote für Erwerbstätigen-BG wird nicht berichtet.

Die Quote der Nicht-Inanspruchnahme ist definiert als der Anteil der Anspruchsberechtigten ohne Arbeitslosengeld-II-Bezug an allen als anspruchsberechtigt simulierten Haushalten.

Datenquellen: Sozioökonomisches Panel (SOEP), Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS). BG = Bedarfsgemeinschaft.

Quelle: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)

Quelle der Abbildung: Bundestags-Drucksache 19/2804 vom 18.06.2018, S. 10

Offiziell gab es im Jahr 2017 laut Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) rund

4,36 Millionen erwerbsfähige Hartz-IV-Empfänger

→ Wie sieht es aus mit der **Dunkelziffer?**

Also der **Nichtinanspruchnahme** von eigentlich zustehenden Hartz IV-Leistungen?

Einige Thesen vorweg

Die ermittelte **Verzichtsquote** reicht **von 33,8 bis sogar 49,9 Prozent**. Fünf der Studien nutzten das Sozioökonomische Panel (SOEP) als Datenquelle.

Deutlich höher ist der Leistungsverzicht unter Erwerbstätigen. Die von der Bundesregierung genannten Studien schätzen, dass → **mindestens die Hälfte der Anspruchsberechtigten mit Einkommen aus Erwerbstätigkeit freiwillig auf Hartz-IV-Leistungen verzichten**. Je nach Erhebung wurde für diese Gruppe eine Verzichtsquote **von 48,4 bis 63 Prozent** berechnet.

→ 2017 = **4,36** Millionen erwerbsfähige Hartz-IV-Empfänger.

→ Ausgehend von einer (unteren) Verzichtsquote von 33,8 Prozent hätten in diesem Jahr (mindestens) **weitere rund (+) 2,22 Millionen Erwerbsfähige** einen Hartz-IV-Anspruch gehabt.

Und **warum** diese Nichtinanspruchnahme?

→ Auch in der **Grundsicherung für Ältere** nach dem SGB XII haben wir nach der Studienlage eine Nichtinanspruchnahme-Quote von mindestens 40 Prozent (derzeit beziehen mehr als 560.000 ältere Menschen Leistungen der Grundsicherung)

Immer wieder werden neben Scham und Nichtwissen vor allem die **bürokratische und eine die Inanspruchnahme der Leistungen abweisende Ausgestaltung auf Seiten der Institutionen** genannt

→ eine wichtige Rolle spielen dabei **Bedürftigkeitskriterien** und → **Sanktionen**

Der (krankmachende) Einfluss von Sanktionen (nicht nur in den USA)

→ Davis, Owen (2018): What is the relationship between benefit conditionality and mental health? Evidence from the United States on TANF policies

This article provides new evidence on the relationship between benefit conditionality and mental health. Using data on Temporary Assistance for Needy Families policies (TANF) - the main form of poverty relief in the United States - it explores whether the mental health of low-educated single mothers varies according to the stringency of conditionality requirements attached to receipt of benefit. Specifically, the article combines state-level data on sanctioning practices, work requirements and welfare-to-work spending with health data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System and evaluates the impact of conditionality on mental health over a fifteen-year period (2000 to 2015). **It finds that states that have harsher sanctions, stricter job search requirements and higher expenditure on welfare-to-work policies, have worse mental health among low-educated single mothers. There is also evidence that between-wave increases in the stringency of conditionality requirements are associated with deteriorations in mental health among the recipient population. It is suggested that these findings may reflect an overall effect of 'intensive conditionality', rather than of the individual variables per se.**

Der (krankmachende) Einfluss von Sanktionen

Auch in **Großbritannien** hat man seit vielen Jahren Erfahrungen mit der Sanktionierung von Sozialleistungsempfängern gemacht. „**Welfare conditionality**“, also die Bindung des Zugangs zu Geld- und Dienstleistungen an die Bereitschaft der Hilfeempfänger, bestimmte Regeln und Verhaltensweisen einzuhalten und bei abweichendem Verhalten die Menschen zu sanktionieren, wurde in Großbritannien seit den 1990er Jahren in das soziale Sicherungssystem eingebaut, wobei sowohl die Reichweite wie auch die Intensität der Anforderungen und der Sanktionen seit 2012 dramatisch zugenommen haben.

Auf dem Höhepunkt im Jahr 2013 gab es in Großbritannien mehr als eine Millionen Sanktionen. Zwischen 2010 und 2015 wurde ein Viertel aller Menschen im „jobseeker’s allowance“-System sanktioniert.

Die Zahl der Sanktionen in Großbritannien ist dann bis auf 350.000 im Jahr 2016 gefallen – auch als Folge einer ganzen Reihe an kritischen Berichten, die deren Wirksamkeit in Frage gestellt und auf negative Folgewirkungen hingewiesen haben. So beispielsweise House of Commons Work and Pensions Committee (2015): Benefit sanctions policy beyond the Oakley Review; Social Security Advisory Committee (2015): Universal Credit: priorities for action oder National Audit Office (2016): Benefit sanctions

Der (krankmachende) Einfluss von Sanktionen

Und 2018 wurden die Ergebnisse einer Studie veröffentlicht, in der über fünf Jahre lang mehrere Hundert Antragsteller untersucht und begleitet wurden. Es handelt sich um die größte Studie über „welfare conditionality“, die es bislang in Großbritannien gegeben hat (vgl. für eine Zusammenfassung der Befunde Peter Dwyer: Final findings: Overview, May 2018).

»Study concludes that punishing claimants triggers profoundly negative outcomes. Benefit sanctions are ineffective at getting jobless people into work and are more likely to reduce those affected to poverty, ill-health or even survival crime.«

Die Studie beklagt die negativen Auswirkungen der Sanktionen (»including debt, poverty and reliance on charities such as food banks ... they frequently triggered high levels of stress, anxiety and depression«) – wobei die Sanktionen (auch das wird aus Deutschland immer wieder berichtet) »often imposed for trivial and seemingly cruel reasons«.

»Claimants with chaotic lives – who were homeless or had addictions, for example – reacted to the “inherent hassle” of the conditionality system by dropping out of the social security system altogether. In some cases, they moved into survival crime, such as drug dealing.«

Es gibt in der Arbeitsmarktforschung eine lange Traditionslinie von Forschungen, die eine besondere gesundheitliche Belastung von arbeitslosen Menschen, vor allem hinsichtlich der zerstörerischen Wirkung lang andauernder Arbeitslosigkeit, nachweisen können. Man denke hier nur an die für die Sozialforschung so wichtige „**Marienthal-Studie**“, die die Folgen des wirtschaftlichen Niedergangs dieses österreichischen Ortes in den 1930er Jahren untersuchte

(→ Jahoda, M., Lazarfeld, P. F. und Zeisel, H.: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit, Frankfurt: Suhrkamp 1975).

→ **Selektion** bedeutet, dass chronisch erkrankte Personen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden. In der Folge sind Menschen mit solchen Erkrankungen in der Gruppe der Arbeitslosen überrepräsentiert → **Krankheit verursacht Arbeitslosigkeit.**

→ **Kausalität** hingegen bedeutet, »dass Arbeitslosigkeit selber zu einem Auslöser von Erkrankungen werden kann. Arbeitslosigkeit stellt einerseits eine schwere psychische Belastung für die Betroffenen dar, die besonders auf längere Sicht ein erhöhtes Erkrankungsrisiko mit sich bringt. Andererseits ist ökonomische Armut eine wichtige Determinante von Gesundheit und Lebenserwartung – weil zum Beispiel gesunde Ernährung, Lebensumwelt, die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und der Zugang zu medizinischer Versorgung vom Einkommen abhängen«. Es geht also um

→ **Arbeitslosigkeit verursacht Krankheit.**

Zur gesundheitlichen Situation (langzeit)arbeitsloser Menschen

»Selektion und Kausalität interagieren und verstärken sich im Sinne eines Teufelskreises, indem eine chronisch kranke Person arbeitslos wird (Selektion) und die Arbeitslosigkeit dann die Krankheit verschlimmert (Kausalität), was wiederum die Chancen vermindert, wieder einen Arbeitsplatz zu finden.«

Quelle: Herbig et al. (2013)

Eine der größten aktuellen Metaanalysen mit 42 eingeschlossenen Längsschnittstudien aus verschiedenen Ländern und über 20 Millionen Personen zeigt einen durchschnittlichen Risikoquotienten von **1,63 für die Gesamtmortalität bei Arbeitslosen**.

»Das heißt, Arbeitslosigkeit ist laut dieser Metaanalyse mit einem **63 %** höheren Sterblichkeitsrisiko verbunden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Beschäftigte und Nicht-Beschäftigte; beim Vergleich nur mit Beschäftigten war der Unterschied noch größer« – nämlich **75%**!

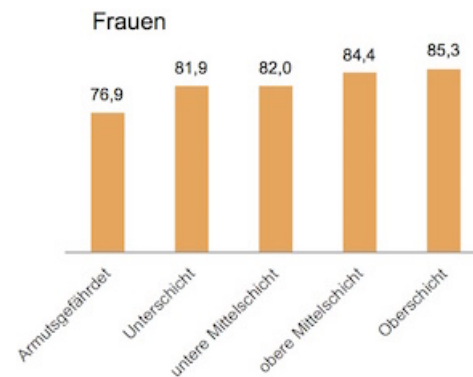
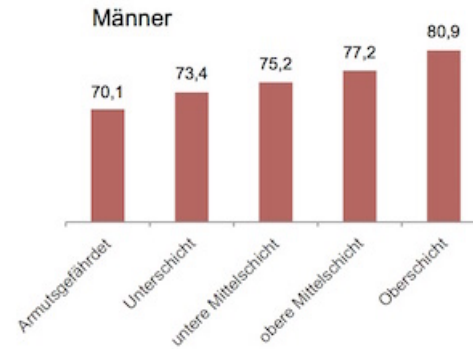
Zur gesundheitlichen Situation (langzeit)arbeitsloser Menschen

Auch speziell für Deutschland wurde erheblich erhöhte **Mortalitätsrisikowerte** gemessen:
»Bei Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) mit 1 bis unter 2 Jahren Arbeitslosigkeit zeigte sich im Vergleich zu den durchgängig Berufstätigen eine **1,6-fach** erhöhte Mortalität, bei Personen mit mindestens 2 Jahren Arbeitslosigkeit in den vorangehenden 3 Jahren war im Folgezeitraum das Mortalitätsrisiko **3,4-fach** erhöht.«

»Auswertungen von Krankenkassendaten von Personen, die aus einem bestehenden Arbeitsverhältnis heraus in die Arbeitslosigkeit gerieten, zeigten, dass Krankenhauseinweisungen aufgrund von **Herzinfarkten** mit der Dauer der Arbeitslosigkeit anstiegen: In den ersten 8 Monaten betrug das relative Risiko **1,49** ..., nach 8 bis 16 Monaten **1,82** ... und nach mehr als 16 Monaten **3,08**.«

Arme leben kürzer, die anderen länger

Reiche leben länger als Arme
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt in unterschiedlichen Einkommensschichten und nach Geschlecht (in Jahren)



Die Zuordnung zu den Einkommensschichten erfolgt auf der Grundlage des Netto-Äquivalenzeinkommens: unter 60 % (= armutsgefährdet), 60 % bis unter 80 % (= Unterschicht), 80 % bis unter 100 % (= untere Mittelschicht), 100 % bis unter 150 % (= obere Mittelschicht) sowie 150 % und mehr (= Oberschicht).

Datengrundlage: SOEP; die hier ausgewiesenen Lebenserwartungswerte beziehen sich auf die Periode 1995-2005.

Quelle: Robert Koch-Institut (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 2/2014. Berlin, S. 3

Aktuelle Sozialpolitik

Arme leben kürzer, die anderen länger – auch in Österreich

Österreich: Übersterblichkeit der Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdeten

Tabelle 1: Relatives Sterberisiko bei Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung

	Relatives Sterberisiko (Referenzgruppe = 1)	Untere Grenze	Obere Grenze	Nachteil in Lebensjahren
Männer	1,49	1,29	1,73	4,2
Frauen	1,18	1,01	1,37	1,5

Tabelle 2: Relatives Sterberisiko bei manifester Armut

	Relatives Sterberisiko (Referenzgruppe = 1)	Untere Grenze	Obere Grenze	Nachteil in Lebensjahren
Männer	2,97	2,24	3,94	11,2
Frauen	1,63	1,15	2,31	4,4

Tabelle 3: Relatives Sterberisiko bei dauerhaft manifester Armut

	Relatives Sterberisiko (Referenzgruppe = 1)	Untere Grenze	Obere Grenze	Nachteil in Lebensjahren
Männer	3,11	2,04	4,73	12,0
Frauen	2,51	1,53	4,13	9,1

Quelle: Statistik Austria, deterministische Verknüpfung der EU-SILC Befragung mit den Gestorbenenendaten der Jahre 2008 bis 2017. EU-SILC Befragte der Jahre 2008-17, die bei der ersten Befragung zwischen 25 bis 84 Jahren waren.

Quelle: Statistik Austria (2018): Eingliederungsindikatoren 2017. Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich, Wien, November 2018, S. 48 f.

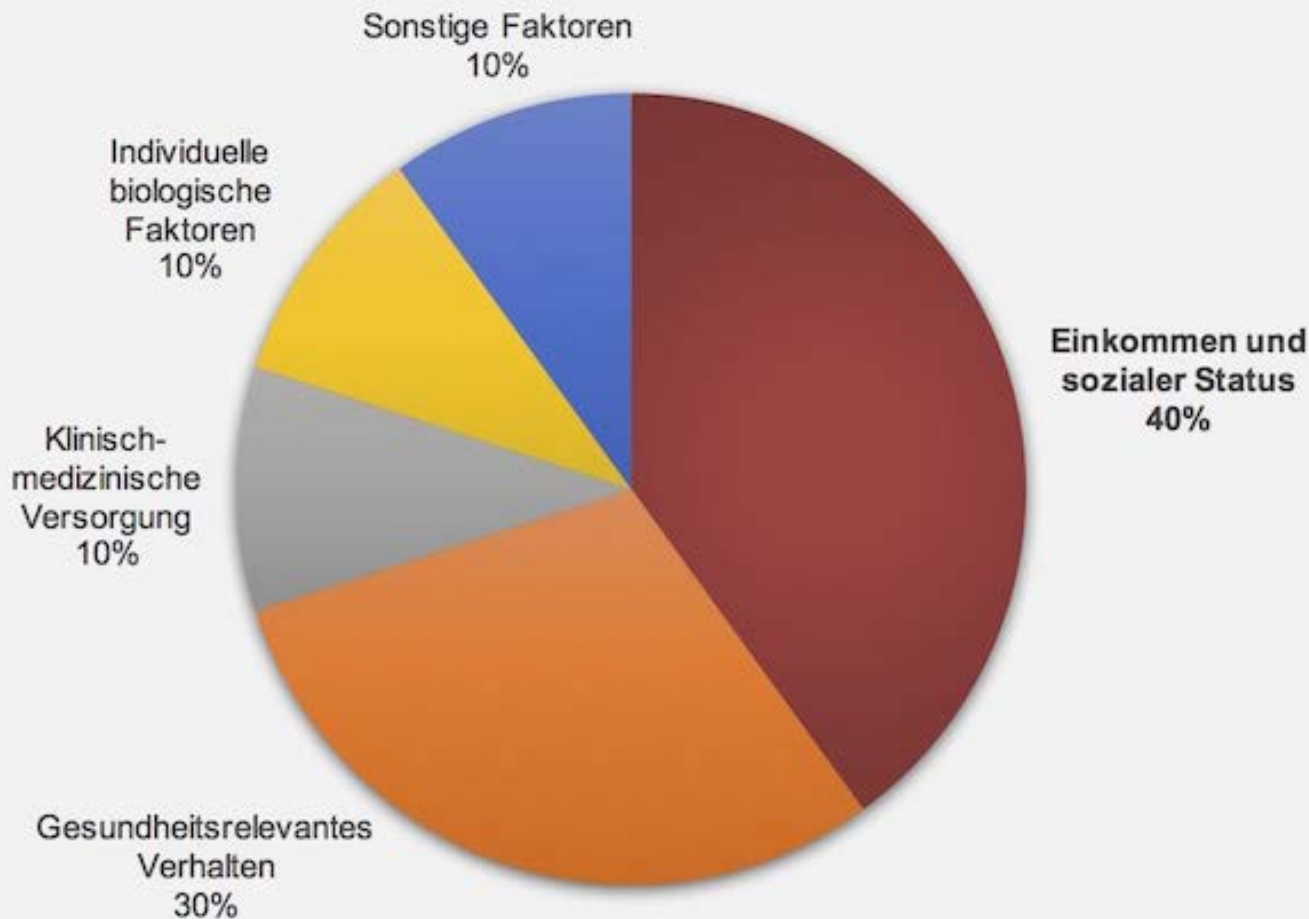
Aktuelle Sozialpolitik

Dauert die Armut mehrere Jahre an, sinkt die Lebenserwartung: um zwölf Jahre bei Männern und um neun Jahre bei Frauen.

Diese enorme Einschränkung der Lebenserwartung betrifft in Österreich fast 270.000 Menschen, das entspricht in etwa der Bevölkerung von Graz, der zweitgrößten Stadt Österreichs

Das Sowohl-als-auch-Problem

Was den Gesundheitszustand beeinflusst*



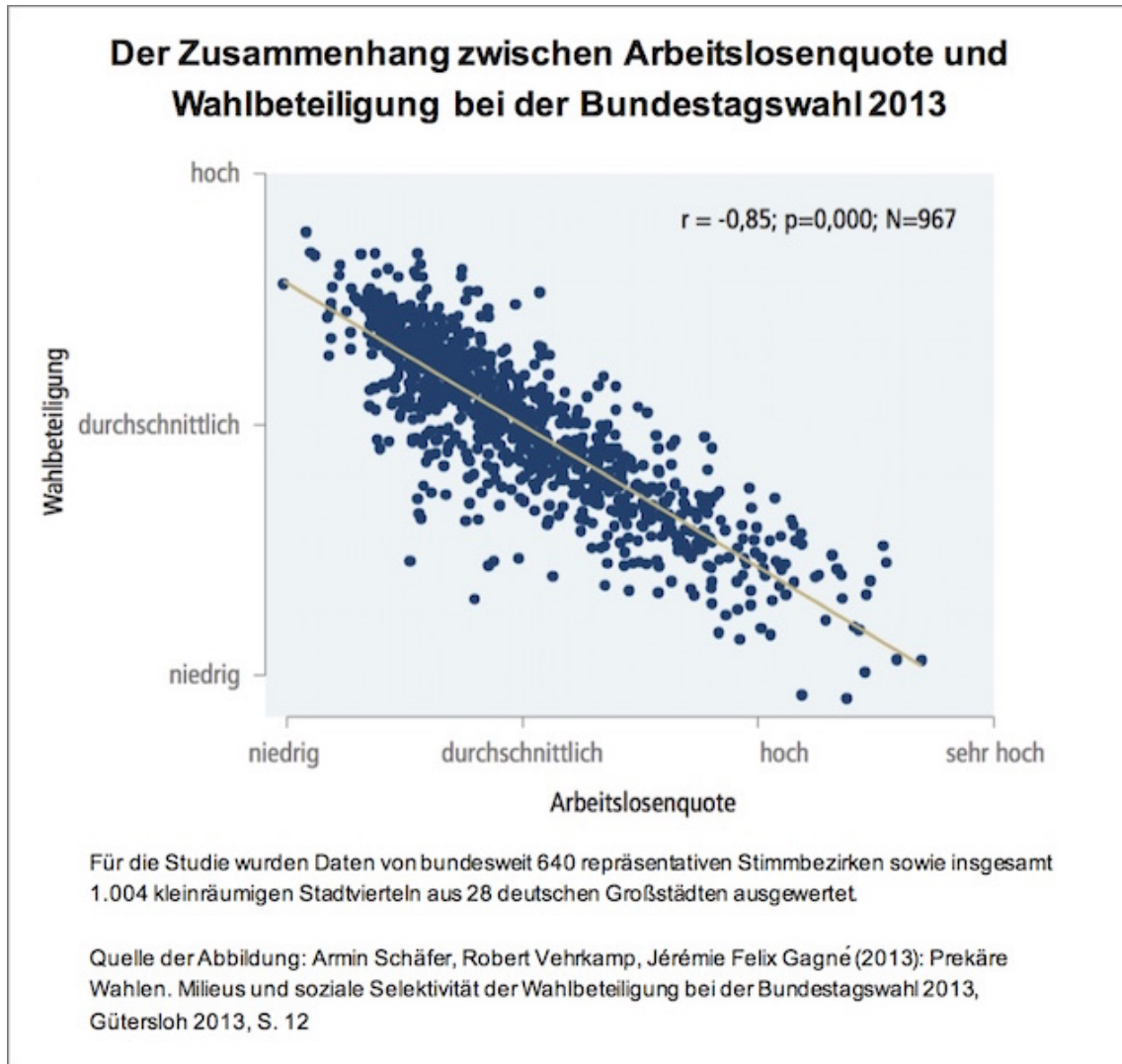
*) Anteilswerte nach Armin Fidler, European Public Health Conference 2016

»Einkommen und sozialer Status bestimmen den Gesundheitszustand zu 40 Prozent.

Gesundheitsrelevantes Verhalten macht 30 Prozent aus. Die klinisch-medizinische Versorgung ist für weitere zehn Prozent verantwortlich.«

Die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen in den meisten Staaten der Erde läuft aber ganz anders: Zumeist gehen fast 90 Prozent in direkte medizinische Versorgung.

Auf der Suche nach den Ursachen für die Nicht-Antworten aus dem System



Der typische Nichtwähler lebt in Wohnvierteln mit hoher Arbeitslosigkeit, Armut und niedriger Bildung. In solchen Vierteln wählten nur noch **30** Prozent der Bewohner, in gutbürgerlichen dagegen um die **80** Prozent.
(Vehrkamp 2015)

Und wenn es Antworten gibt, dann mehr als ambivalente

„Eine **Politik der Verhältnisse**, die primär gesellschaftsstrukturelle Bedingungen von sozialer Ungleichheit und Ausschließung (Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Armut etc.) problematisiert, wird von einer **Politik des Verhaltens** verdrängt. Letztere richtet den Fokus in erster Linie auf die ‚Diagnose‘ und ‚Behandlung‘ von individuellen Verhaltensdispositionen, Persönlichkeitsmerkmalen, Wertorientierungen, subjektiven Einstellungen und Fähigkeiten (der Arbeitslosen, der Wohnungslosen, der Armen etc.). Möglichkeiten der Teilhabe werden damit zunehmend versperrt. Aus einer strukturbezogenen Politik, die Macht- und Herrschaftsverhältnisse in Bezug z.B. auf Klassen- und Geschlechterkonflikte thematisiert, wird so eine dezidiert auf individuelles und kollektives Verhalten bezogene Politik, die Fragen des Lebensstils, der Moral, der Normkonformität und damit personalisierende Konzepte der Verhaltenssteuerung und Verhaltenskontrolle in den Vordergrund rückt. Aufgrund ihrer dominanten Tradition individualisierender ‚Problembearbeitung‘ war und ist die Soziale Arbeit seit jeher für eine Politik des Verhaltens anfällig. Aus gesellschaftlichen Konfliktkonstellationen um den herrschaftlich organisierten Zugang zu Ressourcen werden ‚Problemgruppen‘. Diese werden zum bevorzugten Gegenstand staatlicher Ordnungspolitik. Ihre ‚Verhaltens- und Kompetenzdefizite‘ sollen in einem Mix aus Zwang und ‚Förderung‘ (durch Empowerment, Resilienzförderung, soziale Kompetenztrainings, Präventionsprogramme etc.) unter professioneller Anleitung bearbeitet werden.“

Quelle: Bundeskongress Soziale Arbeit 2015 vom 30. September bis 2. Oktober 2015 in Darmstadt