

III.

Überschuldung, Gesundheit und soziale Netzwerke

Expertise, erstellt im Auftrag des
Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Prof. Dr. oec. troph. Eva Münster, MPH
Juniorprofessorin für Sozialmedizin/Public Health
am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel
Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Mainz im September 2007

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



1. Vorbemerkung

Nach den Angaben der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland, ebenso wie in Europa, sind die drei wichtigsten Faktoren für eine gute Lebensqualität ¹:

1. gute Gesundheit
2. genügend Einkommen
3. soziale Unterstützung durch Familienmitglieder

Diese drei Faktoren bestimmen im großen Umfang die Lebensqualität des Menschen und werden durch das Individuum selbst, durch dessen soziale Netzwerke und durch die Gesellschaft sowie die Systemeigenschaften eines Staates geprägt.

Dem deutschen Sozial- und Wohlfahrtsstaat kommt hierbei die bedeutende Aufgabe zu, ein optimales Umfeld für seine Bürgerinnen und Bürger zu schaffen, um damit eine gute Lebensqualität der Bevölkerung und die Teilhabe des Individuums am System zu ermöglichen.

Da sich die Gesellschaft durch soziale und ökonomische Veränderungen stetig entwickelt, muss das Staatssystem dynamisch bleiben, um entsprechend evidente Maßnahmen zur Sicherung des sozialen Friedens und der sozialen Gerechtigkeit ergreifen zu können. Solche Maßnahmen können jedoch nur eingeleitet werden, wenn ein gesellschaftliches Problem als solches erkannt und in all seinen Dimensionen verstanden wird.

Die Überschuldung und damit die Zahlungsunfähigkeit von Privathaushalten in Deutschland stellt ein solches gesellschaftliches Problem dar, das zudem stetig wächst. Spätestens mit der Erstellung des 1. Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung im Jahr 2001 ist das Problembewusstsein generell für Armut in unserer Gesellschaft festgehalten ². Im 2. Armuts- und Reichtumsbericht von 2005 wird detaillierter auf die Überschuldungsproblematik von etwa 3,13 Millionen betroffenen Privathaushalten in Deutschland eingegangen ³. Noch im selben Jahr haben in

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Rheinland-Pfalz die wissenschaftlichen Arbeiten des Landesexzellenzclusters „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ begonnen, wobei ein Schwerpunktthema „Gläubiger und Schuldner: Kreditbeziehungen und Netzworkebildung im Zeichen monetärer Abhängigkeiten“ ist. Historische und gegenwartsbezogene Forschungsprojekte der Universitäten Trier und Mainz untersuchen u. a. in multi- und interdisziplinärer Zusammenarbeit die Schuldensituation aus verschiedenen wissenschaftlichen Blickrichtungen.

Das sozialmedizinische Projekt „Netzwerke der Gesundheitsprävention bei Schulden und Armut“ des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz unter der Leitung der hiesigen Autoren stellt eines dieser Projekte innerhalb des Landesexzellenzclusters dar. Es handelt sich hierbei um eine quantitative Analyse von überschuldeten Privatpersonen in Rheinland-Pfalz bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation und beeinflussenden Faktoren sowie deren Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitssystems.

Die Hauptergebnisse dieser Studie werden in der vorliegenden Expertise dargestellt. Sie sind ein Mosaik des Gesamtbildes der Überschuldungsproblematik und können zur Umsetzung von evidenten Maßnahmen zur Sicherung der sozialen Gerechtigkeit in Deutschland beitragen. Jedoch ist zu betonen, dass eine Wissenschaftsdisziplin alleine nicht in der Lage ist, der Mehrdimensionalität der Überschuldungsproblematik gerecht zu werden.

Aus unseren Erfahrungen innerhalb des Landesexzellenzclusters heraus wurde daher im Jahr 2006 ein interdisziplinärer Arbeitskreis an der Universität Mainz gebildet zu dem Thema „Armut und Schulden in der Bundesrepublik Deutschland“. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen der Fächer Rechtswissenschaften, Pädagogik, Arbeits- und Sozialmedizin/Public Health, Kriminologie, Wirtschaftspädagogik und Römische Geschichte arbeiten im Hinblick auf die Entwicklung von Präventionsstrategien betreffend der Überschuldung von Privathaushalten zusammen.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Die Leitung des interdisziplinären Arbeitskreises obliegt den hiesigen Autoren, die das Fach Sozialmedizin/Public Health an der Universität Mainz vertreten. Es stellt ein Bindeglied zwischen den wissenschaftlichen Bereichen dar, was sich mit Herophilos Worten beschreiben lässt:

„Ohne Gesundheit können sich Wissen und Kunst nicht entfalten, vermag Stärke nichts auszurichten und Reichtum und Intelligenz liegen brach.“

(Herophilos von Chalkedon, um 300 v. Chr.)

Gesundheit ist eine Grundlage für viele Lebensbereiche des Menschen. Ist diese geschwächt, kann dies Einfluss auf die ökonomisch-materiellen, sozialen und kulturellen Aktivitäten nehmen, was wiederum die Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben und an den sozialen Sicherungssystemen tangiert. Ebenso kann die Situation der Zahlungsunfähigkeit (Überschuldung) eines Menschen dazu führen, dass die ökonomisch-materiellen, sozialen, kulturellen und gesundheitlichen Ebenen des Betroffenen angegriffen werden und die Gesundheit darunter leidet.

Unter ethischen und sozialpolitischen Gesichtspunkten ist es notwendig, sich der Überschuldungsproblematik in Deutschland interdisziplinär entgegenzustellen mit effektiven und nachhaltigen Präventionsmaßnahmen, die auf validen, wissenschaftlich fundierten Grundlagen über das Ausmaß und das Erscheinungsbild der Mehrdimensionalität aufbauen. Dem Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege, neu deutsch „Public Health“ genannt, kommt bei der hier erforderlichen wissenschaftlichen Analyse sowie bei der Umsetzung der Erkenntnisse eine bedeutende Rolle zu, da die Prävention und Gesundheitsförderung als Schlüsselrolle für die Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme gilt.

Inwieweit Überschuldung und Gesundheit in Deutschland zusammenhängen, wird in der vorliegenden Arbeit durch die aktuellen Ergebnisse des sozialmedizinischen Projektes am Beispiel von Rheinland Pfalz dargestellt, welches nur durch die Zukunftsorientiertheit des Ministeriums für Wissenschaft, Weiterbildung, Forschung und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz im Rahmen des Hochschulprogramms „Wissen schafft

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Zukunft“ und dessen finanzieller Förderung möglich gemacht wurde. Besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schuldnerberatungsstellen in Rheinland-Pfalz, ohne deren Unterstützung die quantitative Untersuchung von überschuldeten Privatpersonen nicht möglich gewesen wäre.

Mainz, den 15. September 2007

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



2. Einleitung

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist wissenschaftlich international und national belegt ⁴⁻¹³. Jedoch, umfassende Auswege aus der sozial-gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland sind noch nicht gefunden, auch wenn zahlreiche Aktivitäten implementiert wurden ¹⁴.

Armut wird in der Regel nach dem Bruttoeinkommen einer Person definiert und ggf. anhand des Bildungsstatus bzw. formalen Bildungsniveaus weiter differenziert. Dies wird der Mehrdimensionalität und Vielschichtigkeit des Armutsproblems kaum gerecht, so dass besondere Risikogruppen innerhalb der Armutgruppen verdeckt bleiben. Eine solchermaßen besonders risikobehaftete Armutsgruppe kann die der überschuldeten Privatpersonen in Deutschland sein, die auf Grund ihrer Ausgabenarmut durch Zahlungsschwierigkeiten bis hin zur Zahlungsunfähigkeit in vielen Bereichen gravierende Lebenseinschränkungen aufweisen.

Nach der Insolvenzordnung (InsO) ¹⁵ von 1999 in §19 Absatz 2 wird die Überschuldung definiert als ein Zustand, bei dem „das Vermögen des Schuldners die bestehenden Verbindlichkeiten nicht mehr deckt“ und wird in der juristischen Diskussion weiter definiert als Situation „in der es der betroffenen Person nicht möglich ist, ihre Schulden innerhalb eines überschaubaren Zeitraums unter Einsatz vorhandenen Vermögens und freien Einkommens zu bezahlen“ ¹⁶.

Soziale Ausgrenzungen, Einschränkungen der Lebensbedingungen und der Teilhabe am gesellschaftlichen System können aus der Überschuldungssituation resultieren, was wiederum gesundheitliche Folgen haben kann. Ebenso ist es möglich, auf Grund von Defiziten im Gesundheitszustand in die finanzielle Notsituation der Überschuldung zu geraten, was wiederum die sozialen Netzwerke belasten kann.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Beide Wege sind wissenschaftlich denkbar und sollten in Forschungsprojekten verfolgt werden (Abbildung 1). Sowohl Überschuldung als auch Krankheit kann die ökonomisch-materielle, soziale, kulturelle und psychische Ebene eines Menschen negativ beeinflussen und somit das jeweils andere - Überschuldung oder Krankheit - nach sich ziehen.

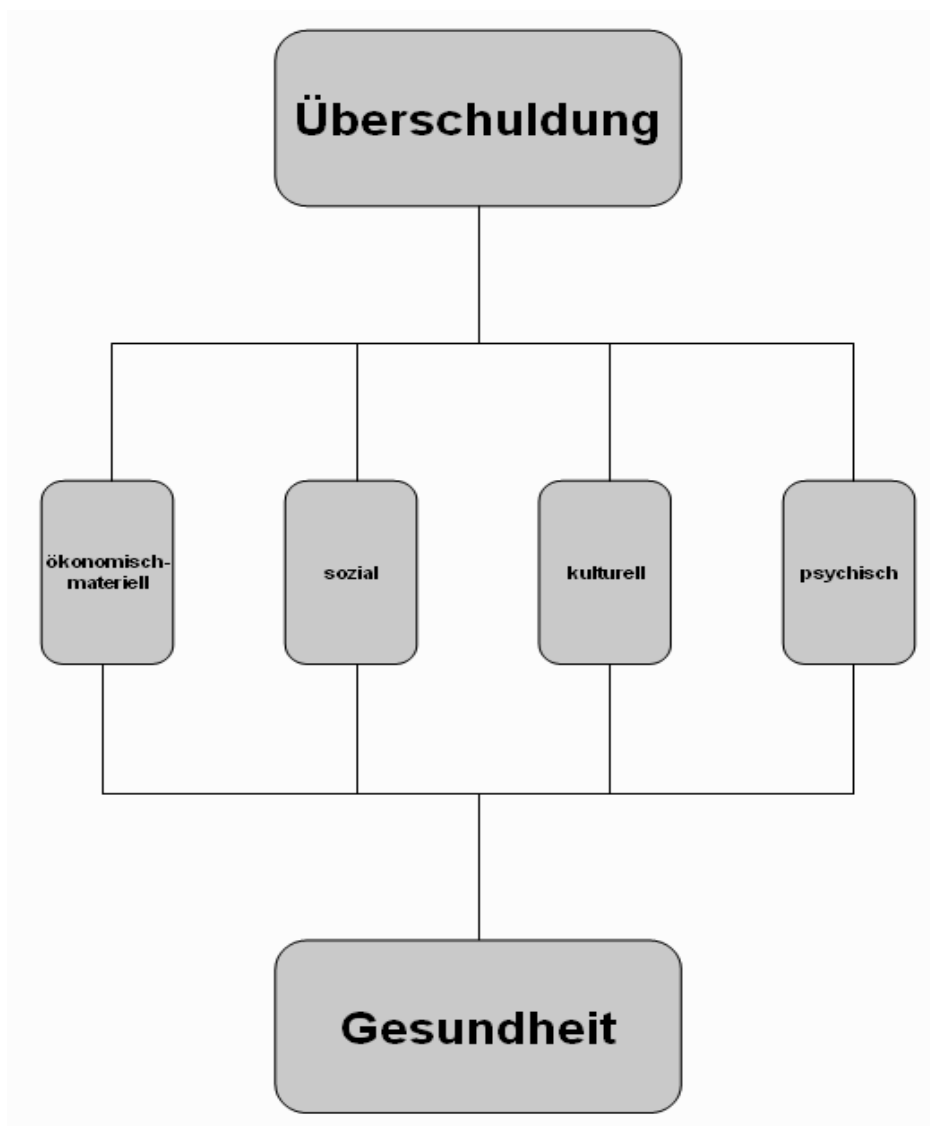


Abbildung 1: Schematischer Zusammenhang zwischen Überschuldung und Gesundheit auf individueller Ebene

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Inwieweit der Gesundheitszustand mit der finanziellen Notsituation der Überschuldung in Deutschland zusammenhängt, ist bislang kaum differenziert wissenschaftlich untersucht worden.

Hierzu wurde erstmalig in Deutschland die quantitativ angelegte sozialmedizinische ASG-Studie (Armut, Schulden und Gesundheit) initiiert, deren Ergebnisse hier vorgestellt werden. Einen generellen Überblick über den Gesundheitszustand der überschuldeten Privatpersonen der ASG-Studie gibt das Kapitel 4.3 „Gesundheitsstatus“.

Aus dem englischsprachigen Raum ist bereits bekannt, dass finanzielle Belastungen durch Schulden zu einem Verlust des Selbstbewusstseins, Selbstwertgefühls und schließlich zur Depression führen können^{17,18}. Dass dies besonders ausgeprägt stattfindet, wenn ein defizitäres soziales Netzwerk vorliegt, wird ebenfalls aufgezeigt¹⁹.

Ob dies ebenso für Deutschland zutreffend ist, wird in Kapitel 4.4 „Psychische Erkrankungen und soziale Netzwerke“ mit den hiesigen Daten untersucht werden.

Soziale Netzwerke und deren soziale Unterstützungen haben für das Individuum einen großen Einfluss auf die Stressbewältigung²⁰.

Ebenso darf nicht vernachlässigt werden, dass das Individuum Einfluss auf sein soziales Netzwerk nimmt. Bei der Betrachtung einer Familie kann jeder nachempfinden, dass durch die Schwäche eines Familienmitgliedes die anderen Familienmitglieder belastet werden. Inwieweit die Kausalbeziehungen zwischen finanziellem Stress und defizitärem sozialen Netzwerk vorliegen, ist nicht vollständig untersucht und wird in den Kapiteln 4.7 „Lebensgewohnheiten und soziale Netzwerke“ sowie 4.2 „Schuldensituation und deren Hauptgründe“ behandelt. Angelehnt an die Abbildung 1 auf Seite 8 sind verschiedene Mechanismen denkbar:

1. „Überschuldung führt zu Defiziten in den sozialen Netzwerken des Betroffenen“
2. „Erkrankung führt zu Defiziten in den sozialen Netzwerken und zur Überschuldung“
3. „Defizite in sozialen Netzwerken führen zur Überschuldung und zur Erkrankung“.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Die Ergebnisse der ASG-Studie können auf Grund des Studiendesigns der Querschnittsstudie keinen wissenschaftlichen Nachweis darüber erbringen, wie die Kausalkette tatsächlich verläuft, hierzu wäre eine prospektive Längsschnittstudie notwendig. Hinweise jedoch können ermittelt werden.

Nicht nur die individuellen Risikofaktoren, wie z. B. ökonomische oder soziale Defizite, eines Menschen können Einfluss auf den Gesundheitszustand nehmen, sondern auch der Aufbau des Gesundheitssystems, an dem das Individuum partizipieren soll. In Kapitel 4.5 „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ wird daher die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die der Zuzahlung bedürfen, von überschuldeten Privatpersonen untersucht.

Mit der Implementierung des GKV-Modernisierungsgesetzes am 1.1.2004 wurde das Zuzahlungswesen im deutschen Gesundheitssystem verstärkt. Die finanzielle Eigenbeteiligung u. a. von einer sog. Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro für ambulante Arzt- und Zahnarzt- sowie Psychotherapeutenkontakte ist quartalsweise vor Behandlungsbeginn von GKV-Versicherten zu entrichten. Darüber hinaus sind Zuzahlungen beim Kauf von Arzneimitteln zu leisten, die nach der Höhe des Apothekenabgabepreises bestimmt werden²¹.

Inwieweit überschuldete, und damit in der Regel zahlungsunfähige, Personen im deutschen Gesundheitssystem benachteiligt werden, wurde bisher nicht gefragt und wird erstmalig hier erörtert.

Auch können Veränderungen in der Arbeitswelt, geprägt durch Stellenabbau und Änderungen in den Arbeitsverträgen hin zu kurzfristigen und befristeten Beschäftigungsverhältnissen, zu dem ansteigenden Phänomen der Arbeitsplatzunsicherheit und zur Überschuldung führen. Arbeitsplatzunsicherheit steht nachweislich in Zusammenhang mit gesundheitlichen Faktoren, wie psychische Komorbidität und Bluthochdruck sowie erhöhten Infektionsraten²²⁻³³. Inwieweit Arbeitsplatzunsicherheit durch Überschuldung hervorgerufen wird, ist nicht bekannt. Dieser Thematik wird in Kapitel 4.6 „Arbeitsplatzbedrohung, Gesundheit und soziale Netzwerke“ nachgegangen.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Weitergehend wird auch im Kapitel 4.2 „Schuldensituation und deren Hauptgründe“ aufgezeigt, wie gescheiterte Selbständigkeit und Arbeitslosigkeit die finanzielle Not bewirken.

Die bedeutende Public Health Relevanz dieser sozialepidemiologischen Themen lässt sich aus der großen Anzahl von schätzungsweise 3,13 Millionen überschuldeten Privathaushalten in Deutschland ableiten³⁴. Unter Heranziehung der statistischen Haushaltsgröße in Deutschland von 2,11 Personen pro Haushalt sind somit etwa 6,6 Millionen Bürgerinnen und Bürger in Deutschland von der Ausgabenarmut betroffen^{3,34,35}.

Um nachhaltige Bewältigungsstrategien und Präventionsprogramme für überschuldete Privatpersonen in Deutschland entwickeln zu können, müssen evidente Daten zur Gesundheits- und Lebenssituation generiert werden. Die ASG-Studienergebnisse bilden eine erste Basis, auf der weitere Forschungsansätze entwickelt werden sollten.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



3. Methodisches Vorgehen

Vorbemerkungen

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse wurden im Rahmen des Landesexzellenzclusters von Rheinland-Pfalz „Gesellschaftliche Abhängigkeit und soziale Netzwerke“ erhoben. Das darin inkludierte sozialmedizinische Projekt „Netzwerke der Gesundheitsprävention bei Schulden und Armut“ des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz erhält seine finanzielle Förderung ebenso wie der gesamte Forschungsverbund durch das Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung, Forschung und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz.

Studienziel

Ziel des hier dargestellten sozialmedizinischen Projektes ist es, Gesundheitsprobleme von überschuldeten Privatpersonen zu identifizieren, zu quantifizieren und die Rolle von potentiellen Einflussfaktoren zu untersuchen. Darauf aufbauend sollen präventive Maßnahmen entwickelt werden.

Studiendesign

In der Planungsphase wurde, nach Sichtung der nationalen und internationalen Literatur, beschlossen, die Querschnittsstudie „Armut, Schulden und Gesundheit“ (nachfolgend ASG-Studie genannt) durchzuführen. Bei diesem epidemiologischen Studiendesign handelt es sich um eine Momentaufnahme einer Population: Einzelpersonen werden dabei zu einem einzigen Zeitpunkt untersucht, um Wissen über die Vielfalt der gesundheitlichen Probleme und deren Einflussfaktoren zu gewinnen. Für den Studienaufbau bedeutet dies, dass – möglichst repräsentativ – eine Stichprobe aus dem Kollektiv der überschuldeten Privatpersonen ausgewählt werden musste. Als Zielpopulation wurde die Bevölkerung von Rheinland-Pfalz definiert.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Probandenauswahl

Verschiedene Verfahren sind in der epidemiologischen Forschung üblich, um eine Probandenauswahl zu treffen und wurden bei der hiesigen Zielsetzung auf ihre Zweckmäßigkeit und Machbarkeit überprüft. So wurde z. B. eine Zufallsstichprobe über die Daten der Einwohnermeldeämter als nicht geeignet angesehen, da zu wenige betroffene überschuldete Haushalte dadurch erreicht worden wären und darüber hinaus die Motivationslage zur Teilnahmebereitschaft nicht hätte optimiert werden können.

Auch wurde das Verfahren angedacht, Adressen über die Internetveröffentlichungen der eröffneten Insolvenzverfahren zur Probandenrekrutierung zu verwenden. Dies erschien aber ebenso als nicht geeignet, da eine geringe Teilnahmerate erwartet wurde und zudem datenschutzrechtliche Bedenken bestanden. Es galt daher, einen Weg zu finden, der die Anonymität der zu untersuchenden Personen gewährleistet, um so eine möglichst hohe Teilnahmerate zu erwirken.

Letztendlich wurden mittels einmaliger schriftlicher Befragung die überschuldeten Privatpersonen über den Zugang der in Rheinland-Pfalz anerkannten Insolvenzberatungsstellen (nachfolgend Schuldnerberatungsstellen genannt) untersucht. In Abbildung 2 ist das Verfahren skizziert, das unter dem nachfolgenden Punkt „Studien-durchführung“ detailliert beschrieben wird. Jeder Schuldnerberatungsstelle wurden Informationsmaterial sowie Fragebögen mit frankierten Rückumschlägen für die Klientinnen und Klienten übermittelt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schuldnerberatungsstelle sollten die Studienunterlagen (Informationsblatt, Fragebogen und frankierter Rückumschlag) im Beratungsgespräch an ihre Klienten verteilen. Um einen vom Beratungsgespräch unabhängigen Entscheidungsprozess der Teilnahmebereitschaft zu ermöglichen, wurden die Studienunterlagen mit nach Hause gegeben, konnten dort ausgefüllt werden und in dem mitgelieferten Rückumschlag an das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz geschickt werden.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

So wurde sichergestellt, dass die Entscheidung über die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der ASG-Studie unabhängig von der Schuldnerberatung und vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin getroffen werden konnte und dass weder der Schuldnerberater noch das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin wussten, wie die Entscheidung ausfiel.

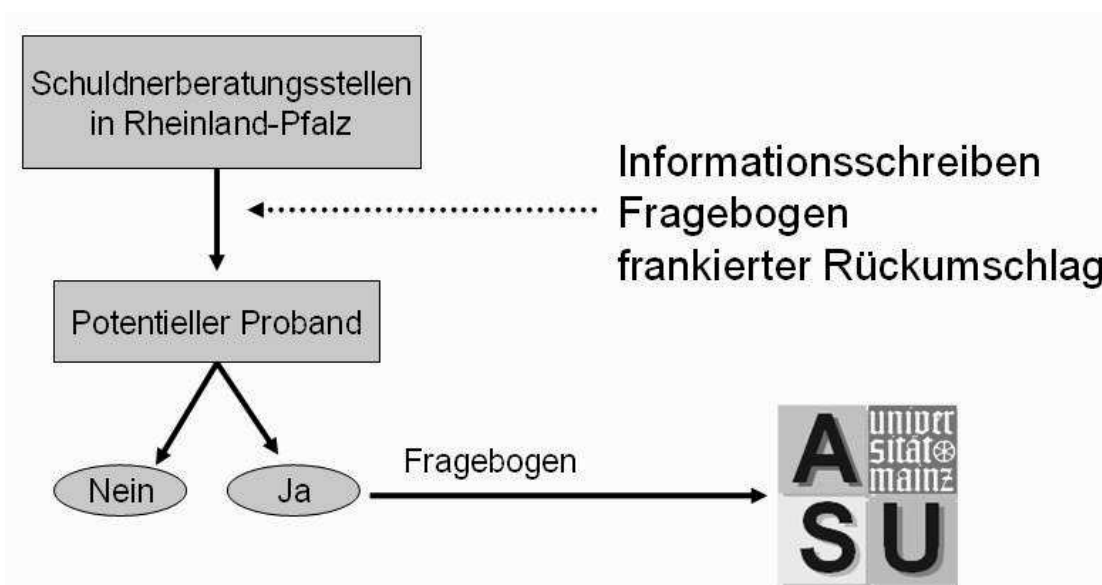


Abbildung 2: Methodisches Vorgehen der ASG-Studie

Um dieses Verfahren durchführen zu können, mussten folgende Institutionen/Personenkreise von dem Forschungsvorhaben informiert und deren Unterstützung erwirkt werden:

1. Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz

Seit dem 1999 in Kraft getretenen Insolvenzrecht für überschuldete Privathaushalte fördert das Landesministerium finanziell die anerkannten Schuldnerberatungsstellen und das Schuldnerfachberatungszentrum in Rheinland-Pfalz. Es nimmt somit Einfluss auf die Schuldnerberatungsstellen und musste gemeinsam mit den Trägern der Schuldnerberatungsstellen primär für das Studienvorhaben gewonnen werden.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



2. Träger der Schuldnerberatungsstellen

Im Landesgesetz zur Ausführung der Insolvenzordnung in Rheinland-Pfalz ist festgehalten, wie die Anerkennung von geeigneten Schuldnerberatungsstellen und deren Aufgaben gestaltet werden sollen. Träger können Gemeinden, Landkreise, Wohlfahrtsverbände und Kirchen sein, die soziale und juristische Gesichtspunkte der Klienten berücksichtigen.

3. Schuldnerfachberatungszentrum/ Forschungs- und Dokumentationsstelle für Verbraucherinsolvenz und Schuldnerberatung

Das Schuldnerfachberatungszentrum (SFZ) wurde 1999 als zentrale Anlaufstelle und Kompetenzzentrum für die Schuldnerberatungsstellen des Landes Rheinland-Pfalz an der Johannes Gutenberg-Universität eingerichtet. Es ist dort an die Fachbereiche "Sozialwissenschaften, Medien und Sport" sowie "Rechts- und Wirtschaftswissenschaften" angegliedert, um in den Funktionsbereichen „Unterstützung“, „Forschung und Entwicklung“ sowie „Bildung und Entwicklung“ optimal wirken zu können. Es verbindet juristische, methodische und medientechnische Kompetenz und wird vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz finanziell gefördert.

4. Schuldnerberatungsstellen und deren Mitarbeiter

In Rheinland-Pfalz sind derzeit 55 Schuldnerberatungsstellen tätig, die über eine Anerkennung des Landes zur Verbraucherinsolvenzberatung verfügen. Darunter sind sechs Beratungsstellen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe aktiv. Insgesamt wurden zum Zeitpunkt der Studiendurchführung 66 Fachpersonalstellen im Bereich der Schuldnerberatung durch das Land Rheinland-Pfalz finanziell gefördert.

Um die geplante ASG-Studie durchführen zu können, mussten alle Ebenen über das Projekt informiert werden und es mussten deren Einverständnis sowie die Zusage der aktiven Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schuldnerberatungsstellen eingeholt werden. Um diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Projekt zu gewinnen, wurden Vorträge bei Praxisforen durchgeführt und zusätzlich schriftlich über die Schuldnerberatungsstellen informiert. Ebenso erfolgte die Einrichtung einer für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schuldnerberatungsstellen zugriffsgeschützten interaktiven Internetplattform bei dem Schuldnerfachberatungszentrum zu Informationen und Fragen rund um die Studie.

Fragebogen

Ein standardisierter Fragebogen mit 58 Fragen zum Gesundheitsstatus, der Überschuldungssituation, der Inanspruchnahme des Versorgungssystems, sowie zu den Strukturen und Qualitäten des ego-zentrierten sozialen Netzwerks wurde entwickelt. Der methodische Aufbau der Fragen erlaubt es, Hinweise dahingehend zu ermitteln, ob die Schuldensituation Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigung und Krankheit, oder ob vielmehr die Gesundheitssituation einer Person Ursache für eine Überschuldung ist.

Um einen Einblick in die Morbiditätsstruktur der überschuldeten Privatpersonen zu erhalten, erfolgte eine Auswertung zur Frage nach dem Vorhandensein der nachfolgenden Krankheiten:

Bluthochdruck, Hypertonie

Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche)

Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma, Bronchitis)

Magenerkrankung, Gastritis

Entzündliche Darmkrankheit

Lebererkrankung, Hepatitis

Schilddrüsenkrankheit (z. B. Kropf)

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Nierenerkrankung (z. B. Pyelonephritis, Nierensteine)

Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Blutkrebs)

Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z. B. rheumatoide Arthritis, Arthrose)

Nervenerkrankung (z. B. Epilepsie, zerebrale Anfälle)

Psychische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose)

Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Zur Untersuchung der sozialen Netzwerke wurden Informationen zum einen zur Familiensituation und zum anderen zu Freundschaften näher erfasst. Ergänzend wurde die soziale Unterstützung, die durch die sozialen Netzwerke erbracht wird, mit dem Standardinstrument F-SozU^{36,37} erhoben. Dieses stellt ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung erlebter sozialer Unterstützung dar. Verwendung fand eine Kurzform der Skala mit 14 Items (Cronbach's Alpha=.94) und Ausprägungen zwischen 1 und 5, wobei Skalenwerte zwischen 1 und 2 als „defizitäre soziale Unterstützung“ und – dazwischen entsprechend abgestuft – Werte von 4 bis 5 als „intaktes soziales Netzwerk“ kategorisiert wurden.

Um einen Einblick in die Problematik der Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem bei Überschuldung zu erhalten, wurden folgende Fragen gestellt und ausgewertet:

Haben Sie wegen der 10-Euro-Selbstbeteiligung („Praxisgebühr“) schon einmal einen Arztbesuch auf Grund der Schuldsituation unterlassen? Wenn ja, wie häufig ist das in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

Haben Sie aus Geldmangel schon einmal vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft? Wenn ja, wie häufig ist das in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

Sofern ein Proband die jeweilige Frage bejahte und auch Angaben zu den vergangenen 12 Monaten machte, wurde er jeweils als Fall definiert.

Generell wurden vorrangig geschlossene Fragen gestellt, das heißt, dass Antwortkategorien vorgegeben wurden und von dem Probanden durch das Setzen eines Kreuzes markiert werden konnten. Zum einen wurden Fragen aus bereits existierenden Fragebögen, wie z.B. des Mikrozensus oder des telefonischen Gesundheitssurveys verwendet, zum anderen neue Fragen speziell für die ASG-Studie entwickelt. Generell wurde darauf geachtet, dass die Fragen leicht verständlich sind, um möglichst vielen Klienten der Schuldnerberatungsstellen die Teilnahme zu ermöglichen.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



In Kooperation mit dem Schuldnerfachberatungszentrum, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schuldnerberatungsstellen sowie Kollegen anderer Wissenschaftsdisziplinen, wie z. B. der Rechtswissenschaften und Wirtschaftspädagogik, wurde der Fragebogen auf seine Verständlichkeit und Zielerfassung geprüft und optimiert.

Weitergehend wurde eine Machbarkeitsstudie initiiert, um das Verfahren sowie den Fragebogen zu prüfen.

Machbarkeitsstudie

Im Juni 2006 wurde in Schuldnerberatungsstellen Hessens an 20 Probanden das Verfahren inklusive des Fragebogens getestet. Das Studiengebiet der Machbarkeitsstudie wurde bewusst außerhalb von Rheinland-Pfalz gewählt, um die zukünftigen Erhebungen der ASG-Studie nicht zu tangieren. Nachdem der Rücklauf eingegangen war und die Erfahrungen vorlagen, wurde der Fragebogen in einzelnen Punkten optimiert.

Datenschutzrechtliche und ethische Prüfung

Alle Studienunterlagen und das gesamte Studienvorgehen wurden von dem Landesbeauftragten für den Datenschutz Rheinland-Pfalz sowie von der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz geprüft.

Nach Zustimmung beider Institutionen wurde die Erhebung begonnen.

Studiendurchführung

Von den 55 offiziell in Rheinland-Pfalz nach §305 InsO anerkannten Schuldnerberatungsstellen wurden 53 Schuldnerberatungsstellen für die Studiererhebung eingeschlossen. Zwei Schuldnerberatungsstellen, die an den Handwerkskammern angesiedelt waren, wurden ausgeschlossen, da dort nicht ausschließlich Privathaushalte beraten werden.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Nachdem alle 53 Schuldnerberatungsstellen ausführlich über das Studienvorhaben, sowohl mündlich bei Praxisforen als auch schriftlich auf direktem Wege, informiert und deren Zustimmung zur Studienunterstützung gegeben wurde, erfolgte die Bereitstellung der Studienunterlagen. Folgendes Material wurde den Schuldnerberatungsstellen ausgehändigt:

1. Informationsmaterial

- a. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Schuldnerberatungsstellen: Studienanleitung zur Standardisierung des Austeilens der Fragebögen mit enthaltener Liste zur Erfassung der Anzahl der ausgeteilten Fragebögen.
- b. Poster für den Warteraum der Schuldnerberatungsstellen zur Vorabinformation über die ASG-Studie

2. Studienunterlagen

- a. Frankierter und an das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz adressierter Rückumschlag
- b. Informationsschreiben zur Aufklärung über datenschutzrechtliche und ethische Aspekte der ASG-Studie
- c. Fragebogen

Im Juli 2006 wurden alle Unterlagen von der Studienzentrale am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz an die beteiligten Schuldnerberatungsstellen verteilt, wobei pro Vollzeitstelle an einer Schuldnerberatungsstelle je 30 Studienunterlagen für potentielle Probandinnen und Probanden vorgesehen waren. Anteilig wurde die Anzahl Studienunterlagen an Teilzeitstellen aufgeteilt. Insgesamt konnten 2235 Fragebögen von der Studienzentrale an 53 Schuldnerberatungsstellen ausgegeben werden.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Den Schuldnerberatern wurde freigestellt, zu welchem Zeitpunkt des Beratungsgesprächs sie die Studienunterlagen an ihre Klienten austeilen. Als Einschlusskriterien für Klienten galten folgende Punkte:

1. Mindestalter: 16 Jahre
2. ab dem 2. wahrgenommenen Beratungstermin
3. alle Nationalitäten
4. Teilnahme jeweils nur einer Person pro Haushalt (möglichst diejenige, die beraten wird)

In regelmäßigen Abständen von etwa 6 Wochen wurden alle beteiligten Schuldnerberatungsstellen schriftlich oder telefonisch kontaktiert, um den Studienablauf durch Erinnerungsverfahren und Problemabhilfe zu optimieren.

Schuldnerberatung in Rheinland-Pfalz

Es ist zu betonen, dass nur durch die Unterstützung und Mitarbeit der Schuldnerberater und Schuldnerberaterinnen in Rheinland-Pfalz die Durchführung der ASG-Studie möglich gemacht wurde.

Schuldnerberatungsstellen zeichnen sich dadurch aus, dass sie Menschen in der Lebenskrise der Zahlungsunfähigkeit beraten. Dies bedarf nicht nur juristischer und wirtschaftlicher sowie pädagogischer Kenntnis, sondern ebenso sozialer Kompetenz, um die Kommunikation mit den betroffenen Personen führen zu können.

Verschiedene Zugänge zur Schuldnerberatung sind möglich: Zum einen kann der Kontakt auf freiwilliger Basis vom zukünftigen Klienten erfolgen, zum anderen liegen teilweise Eingliederungsvereinbarungen zwischen Schuldnerberatungsstellen und den ARGE n (Arbeitsgemeinschaften zur Grundsicherung für Arbeitssuchenden) vor, die ALGII-Bezieher n (Arbeitslosengeld2-Bezieher) kurzfristig ein Beratungsgespräch in der Schuldnerberatungsstelle ermöglichen und ggf. diese verpflichten, das Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen.

In der Regel erhalten in Rheinland-Pfalz Bürgerinnen und Bürger in akuter Krisensituation der Zahlungsunfähigkeit kurzfristig einen Termin bei einer Schuldnerberatungsstelle, ansonsten liegen die Wartezeiten zwischen Wochen und Monaten.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Auffällig bei der Planung der ASG-Studie war, dass die Tätigkeit der Schuldnerberatung auf Grund der psychischen Belastungssituation, die von den Klienten an die Berater herangetragen wird, ebenso auf Grund von teilweise hoher Arbeitsbelastung und weiteren nicht optimalen Arbeitsbedingungen, wie z.B. beengter Arbeitsplatzgestaltung und fehlendem Kollegenkontakt, mit besonderen Belastungen verbunden ist. Dies gilt es in arbeitsmedizinischer Hinsicht näher zu untersuchen. Das Forschungsprojekt „Querschnittsstudie zum Burnout-Syndrom, Arbeitsplatzbedingungen und Gesundheit von Schuldnerberatern“ wurde daraufhin vom Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz initiiert und durch den Schwerpunkt „Präventive Medizin“ des Fachbereichs Medizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz finanziell gefördert. Dazu wurden alle Schuldnerberaterinnen und Schuldnerberater in Rheinland-Pfalz im November und Dezember 2006 zu der Thematik einmalig standardisiert befragt. Die Ergebnisse dieser Studie werden derzeit ausgewertet und anschließend wissenschaftlich publiziert.

Datenerfassung der ASG-Studie

Alle schriftlich ausgefüllten Fragebögen, die bis Ende März 2007 an die Studienzentrale am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz geschickt wurden, konnten mittels Scann-Systems „Readsoft“ erfasst und für die Auswertung verwendet werden. Bereits beim Einscannen der Fragebögen wurden Plausibilitätsprüfungen zur Vermeidung von Eingabefehlern durchgeführt. Anschließend wurde der Gesamtdatensatz plausibilitätsgeprüft und bereinigt.

Auswertung der Daten

Alle nachfolgenden Ergebnisse basieren auf den von Juli 2006 bis März 2007 eingegangenen und ausgefüllten Fragebögen der ASG-Studienteilnehmer. Insgesamt konnten von den 53 beteiligten Schuldnerberatungsstellen in Rheinland-Pfalz 1876 Fragebögen in dem Erhebungszeitraum an Klienten weitergegeben werden.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Mit einer Teilnahmerate von 35,5% erhielt die Studienzentrale am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Mainz von insgesamt 666 Klientinnen und Klienten einen ausgefüllten Fragebogen.

Uni-, bi- und multivariate Auswertungen wurden mit dem statistischen Programmpaket SPSS, Version 13.0 berechnet. Alle statistischen Tests wurden zweiseitig mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$ durchgeführt. Sofern ein Testwert p unter der Irrtumswahrscheinlichkeit liegt, wird von einem signifikanten Testergebnis gesprochen.

Da die zu untersuchenden Variablen sich untereinander gegenseitig beeinflussen können, ist die Gefahr gegeben, dass der zu untersuchende Zusammenhang eines Risikofaktors fälschlicherweise vergrößert oder verkleinert wird. Verzerrungen der Ergebnisse können eintreten, wenn so genannte Störgrößen (Confounder) existieren, die sowohl mit der Zielgröße als auch mit der Einflussgröße assoziiert sind. Um dies zu kontrollieren, werden multivariate Modelle, in denen mehrere Risikofaktoren und potentielle Confounder enthalten sind, berechnet, um den tatsächlichen unabhängigen Effekt der zu untersuchenden Variablen aufzudecken.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4. Ergebnisse ³⁸⁻⁴¹**4.1 Kollektiv**

Das Kollektiv der ASG-Studie setzt sich aus 324 Männern, 340 Frauen und 2 Personen ohne Geschlechtsangabe zusammen (Abbildung 3).

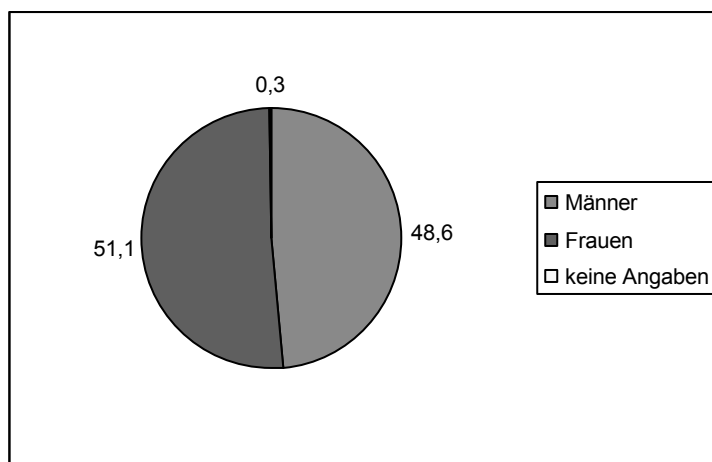


Abbildung 3: Geschlechtsverteilung im Gesamtkollektiv der ASG-Studie (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Die Probanden waren im Alter zwischen 18 und 79 Jahren (Mittelwert 40,99; Standardabweichung 11,18; Median 41), wobei Frauen mit 39,7 Jahren durchschnittlich 2 Jahre jünger waren als Männer mit 42,4 Jahren (Abbildung 4).

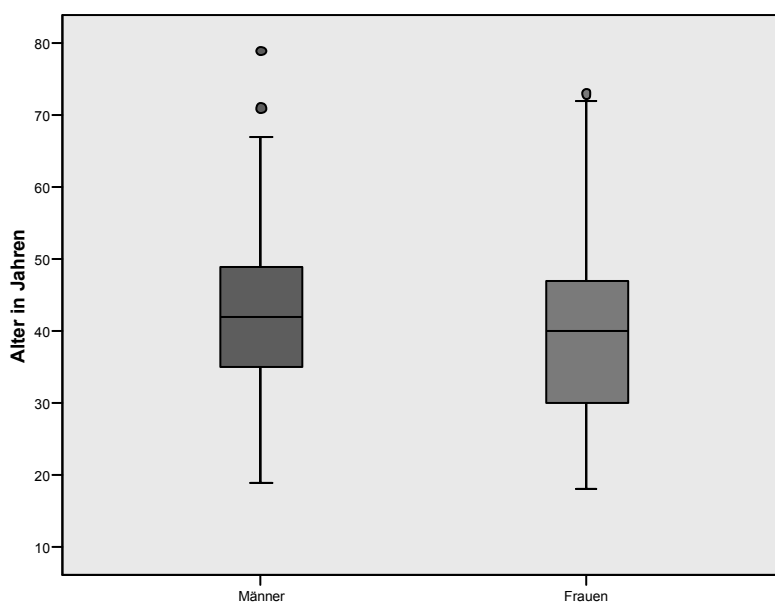


Abbildung 4: Altersverteilung der Männer (n=324) und Frauen (n=340) der ASG-Studie

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

In Abbildung 5 sind die Charakteristika „Familienstand“ und „höchster Schulabschluss“ in ausführlicher Form dargestellt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Drittel des Kollektivs verheiratet ist und über die Hälfte einen Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss aufweist. Die Mehrheit der Probanden (94,0%) ist deutscher Staatsangehörigkeit.

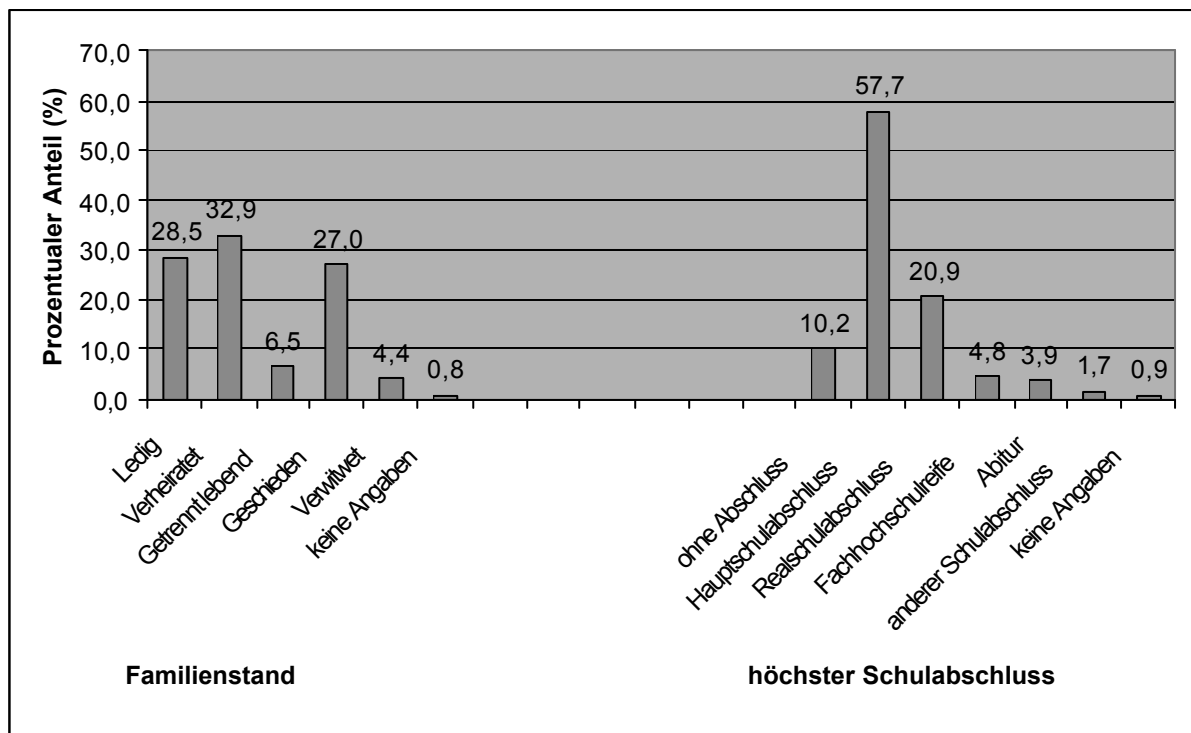


Abbildung 5: Familienstand (n=666) und Schulabschluss (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Um die familiären Lebensverhältnisse der Probanden detaillierter betrachten zu können, wurde differenziert nach den partnerschaftlichen Beziehungen und dem Kinderstatus (Abbildung 6) untersucht. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind vorhanden: So haben jede 5. Frau und jeder 3. Mann der ASG-Studie keine Kinder. Der Anteil der Frauen mit Kindern im Alter unter 14 Jahren und ohne Partner ist mit 16,5% signifikant höher als der der Männer mit gleicher familiärer Situation (1,9%).

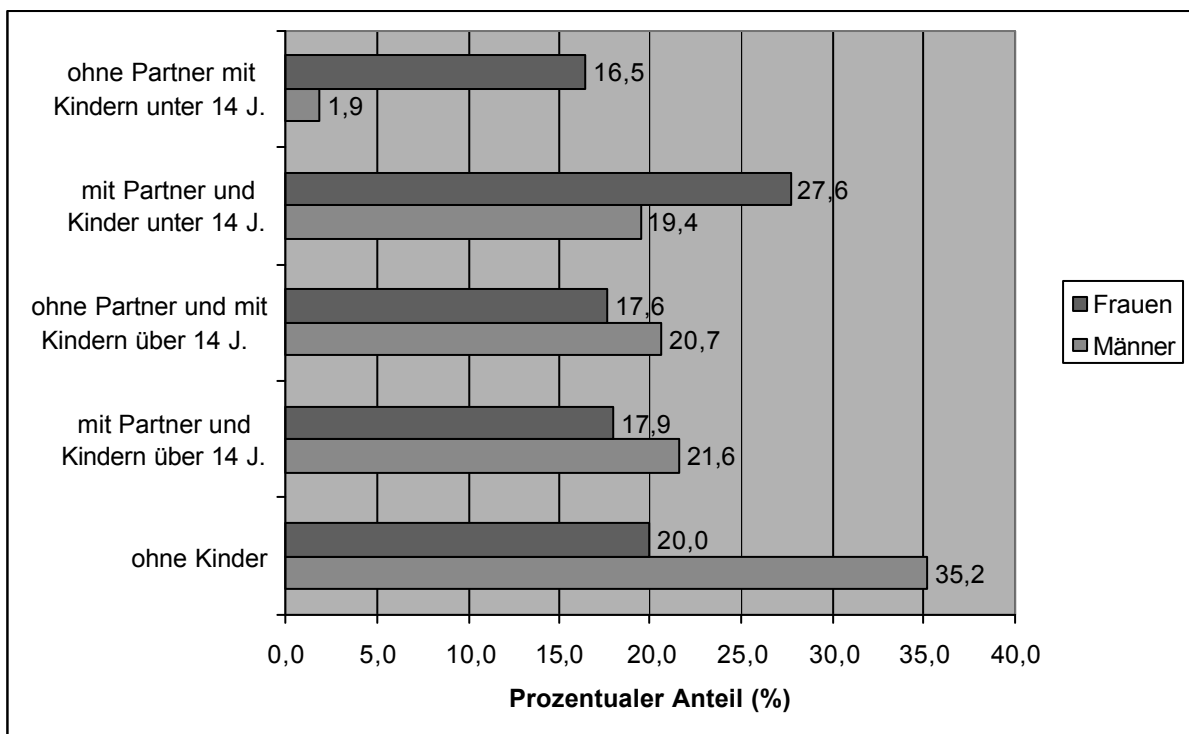


Abbildung 6: Familiensituation von Männern (n=324) und Frauen (n=340)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Zur Ergänzung des Kollektivaufbaus wird in Abbildung 7 dargestellt, woher die Probanden von den Schuldnerberatungsstellen erfahren haben. Über die Hälfte des Kollektivs kam über Verwandte, Freunde und Bekannte an die entsprechende Information, nur 6,5% über das Jobcenter bzw. die Agentur für Arbeit. Dies lässt folgern, dass nur ein sehr geringer Anteil über die verpflichtende Eingliederungsvereinbarung der Agenturen für Arbeit (Kapitel 3 „Methodisches Vorgehen“, Punkt „Schuldnerberatung in Rheinland-Pfalz“) unfreiwillig zu der Schuldnerberatungsstelle gekommen ist.

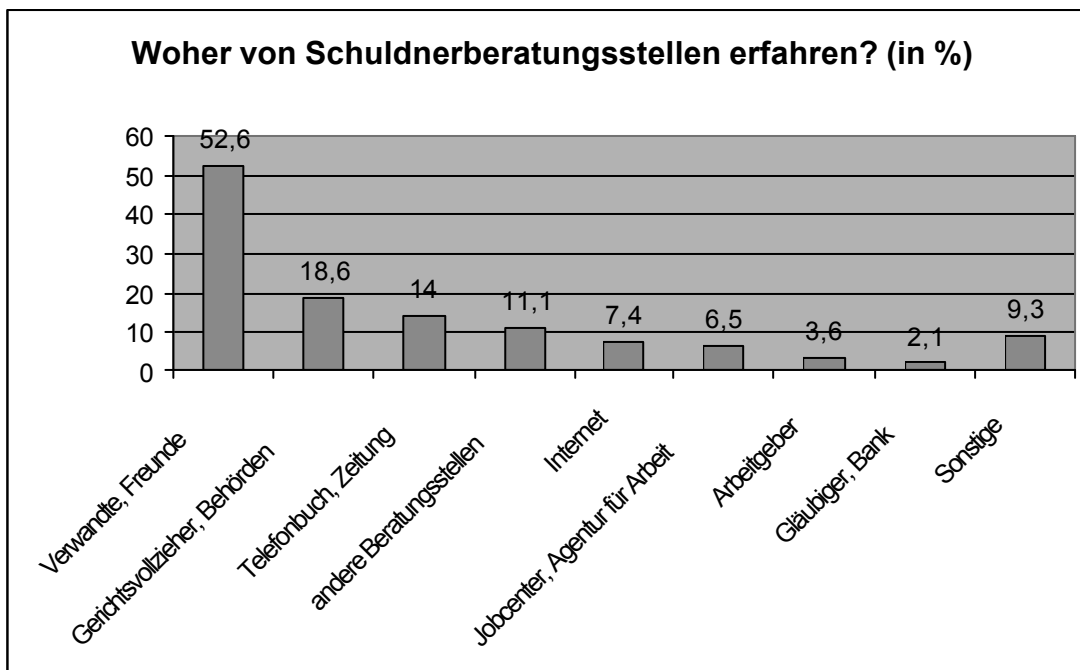


Abbildung 7: Wege der Probanden zu den Schuldnerberatungsstellen (n=666)
– Mehrfachnennungen waren möglich

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4.2 Schuldensituation und deren Hauptgründe

Die Schuldensituation der Probanden unterscheidet sich hinsichtlich der Höhe und der Dauer der Schulden (Abbildung 8). Etwa die Hälfte des Kollektivs hat zwischen 10.000 und 50.000 Euro Schulden und ein Drittel lebt 10 Jahre und länger mit Schulden.

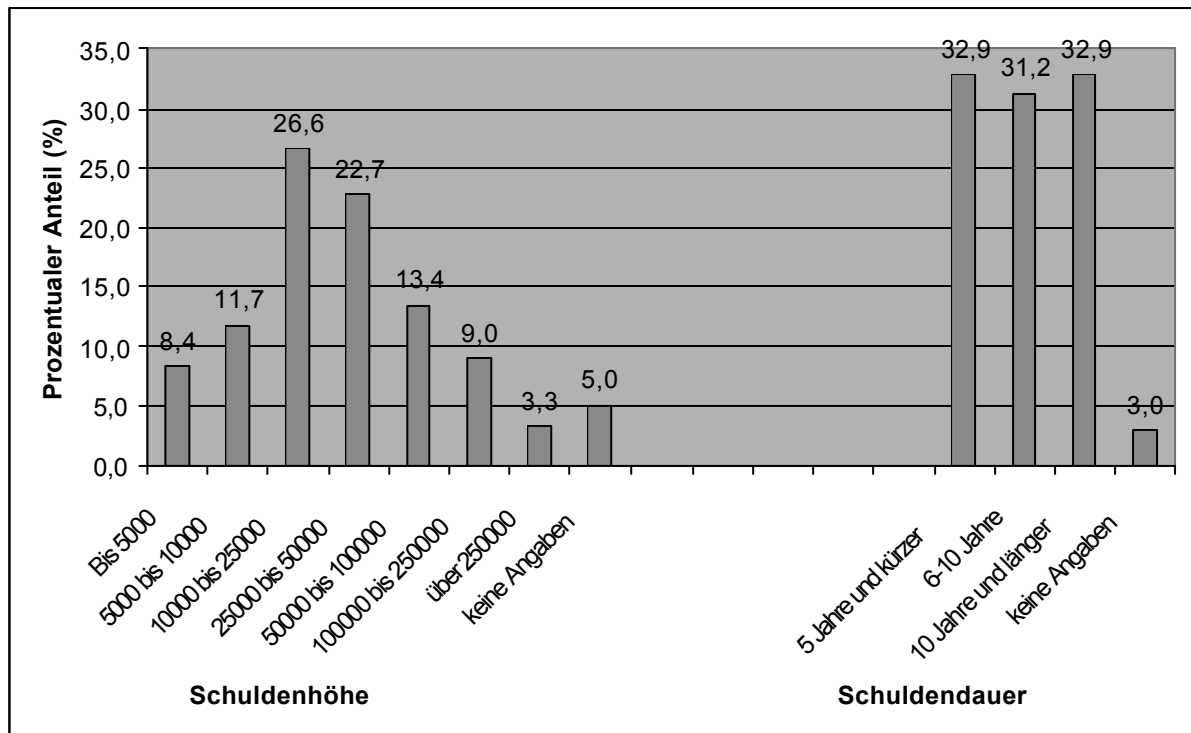


Abbildung 8: Schuldensituation und Schuldendauer (jeweils n=666)

Die Problematik der Schuldensituation und der damit verbundenen prekären Lebenslage spiegelt sich zum einen darin wider, dass von knapp zwei Dritteln der Probanden eine eidesstattliche Versicherung getätigt wurde und zum anderen darin, dass von der Hälfte des Kollektivs der Antrag auf ein Privatinsolvenzverfahren gestellt wurde (Abbildung 9). Mittels eidesstattlicher Versicherung, die vom Gerichtsvollzieher abgenommen wird, werden die Vermögensverhältnisse des Schuldners offen gelegt. Dieser ist auf Antrag des Gläubigers zur eidesstattlichen Versicherung verpflichtet, wenn im Rahmen der Zwangsvollstreckung ein Sachpfändungsversuch eines Gläu-

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

bigers ohne Erfolg geblieben ist. Das Privatinsolvenzverfahren ist noch tief greifender bzw. weit reichender. Es steht rechtlich völlig mittellosen, rechtschaffenen Schuld- nern offen und ermöglicht, nach erfolgreichem Abschluss des Verfahrens, Rest- schuldbefreiung zu erlangen.

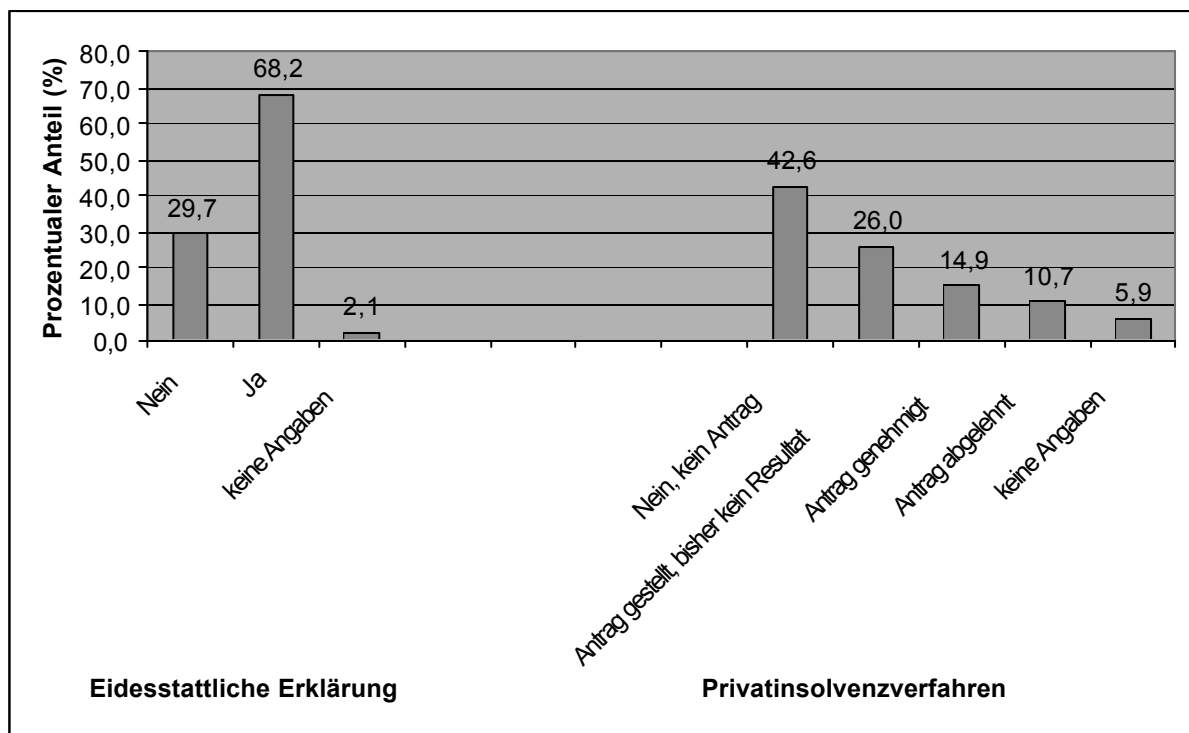


Abbildung 9: Eidesstattliche Versicherung und Privatinsolvenzverfahren (n=666)

Die Schuldensituation der Probanden vor Augen, stellt sich die Frage, worin die Gründe für diese finanzielle Notlage liegen. Hierzu wurden die Auskünfte der Befrag- ten herangezogen.

Als häufigster Hauptgrund der Überschuldungssituation wurde von den Probanden zu 53,9% „Arbeitslosigkeit“ angeführt, gefolgt von „dauerhaft niedriges Einkommen“ (34,9%) und „Trennung/Scheidung“ (33,1%). In Tabelle 1 sind die prozentualen Ver- teilungen der Hauptgründe im Kollektiv, und nach Männern und Frauen getrennt, aufgeführt.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Es zeigt sich hinsichtlich der Verteilung von vier Hauptgründen ein geschlechtsspezifischer Unterschied: So geben Frauen im Vergleich zu Männern häufiger an, dass die Hauptursachen ihrer finanziellen Probleme in der „Mithaftung und Bürgschaft“ (18,5% versus 8,6%) liegen. Männer geben demgegenüber als Hauptgründe häufiger eine unzureichende Kredit- und Bürgschaftsberatung (20,1% versus 12,9%) sowie die Geschäftspraxis der Banken (16,7% versus 8,5%) an. Daneben sind Schadenersatzleistungen wegen unerlaubter Handlungen als typisch männlicher Weg in die Überschuldung zu nennen (11,4% versus 4,7%).

Tabelle1: Hauptgründe für die Überschuldung (Mehrfachnennungen waren möglich)

	Gesamt (%) n=666	Männer (%) n=324	Frauen (%) n=340	Chi ² -Test- Ergebnis p-Wert
Arbeitslosigkeit	53,9	50,9	56,8	0,131
dauerhaft niedriges Einkommen	34,9	31,8	37,9	0,097
Trennung/Scheidung	33,1	31,8	34,4	0,473
Krankheit	23,3	25,9	20,9	0,125
gescheiterte Selbständigkeit	20,0	22,5	17,6	0,116
Handyvertrag	16,7	16,0	17,4	0,653
unzureichende Kredit-/Bürgschaftsberatung	16,4	20,1	12,9	0,013
Mithaftung/Bürgschaft	13,7	8,6	18,5	0,000
Geschäftspraxis der Banken	12,5	16,7	8,5	0,002
Haushaltsgründung	9,9	11,1	8,8	0,335
Geburt eines Kindes	9,5	7,7	11,2	0,128
gescheiterte Immobilienfinanzierung	8,6	10,5	6,8	0,086
Schadenersatz wegen unerlaubter Handlungen	8,0	11,4	4,7	0,001
Tod Partner/naher Angehöriger	6,5	5,2	7,6	0,209
keine Inanspruchnahme von Sozialleistungen	6,3	7,7	5,0	0,151
Sonstige	7,2	5,9	8,5	0,185

Diese Unterschiede lassen sich u. a. auf geschlechtsspezifische Verhaltensweisen im Alltag zurückführen. Männer sind meist wirtschaftlich aktiver als Frauen und häufiger zuständig für Geldangelegenheiten, darüber hinaus jedoch auch häufiger in Pflichtwidrigkeiten und Straftaten verwickelt, was sich in den Hauptgründen widerspiegelt.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Bei der Betrachtung der Hauptgründe der Überschuldung zu berücksichtigen gilt, dass 16,2% aller Probanden nur einen einzigen Hauptgrund angaben, während jeweils etwa ein Viertel zwei bzw. drei Hauptgründe nannten (Abbildung 10). Berücksichtigt man dies, lässt sich zeigen, dass „Arbeitslosigkeit“ von lediglich 5,3% aller Probanden als alleiniger Grund genannt wurde.

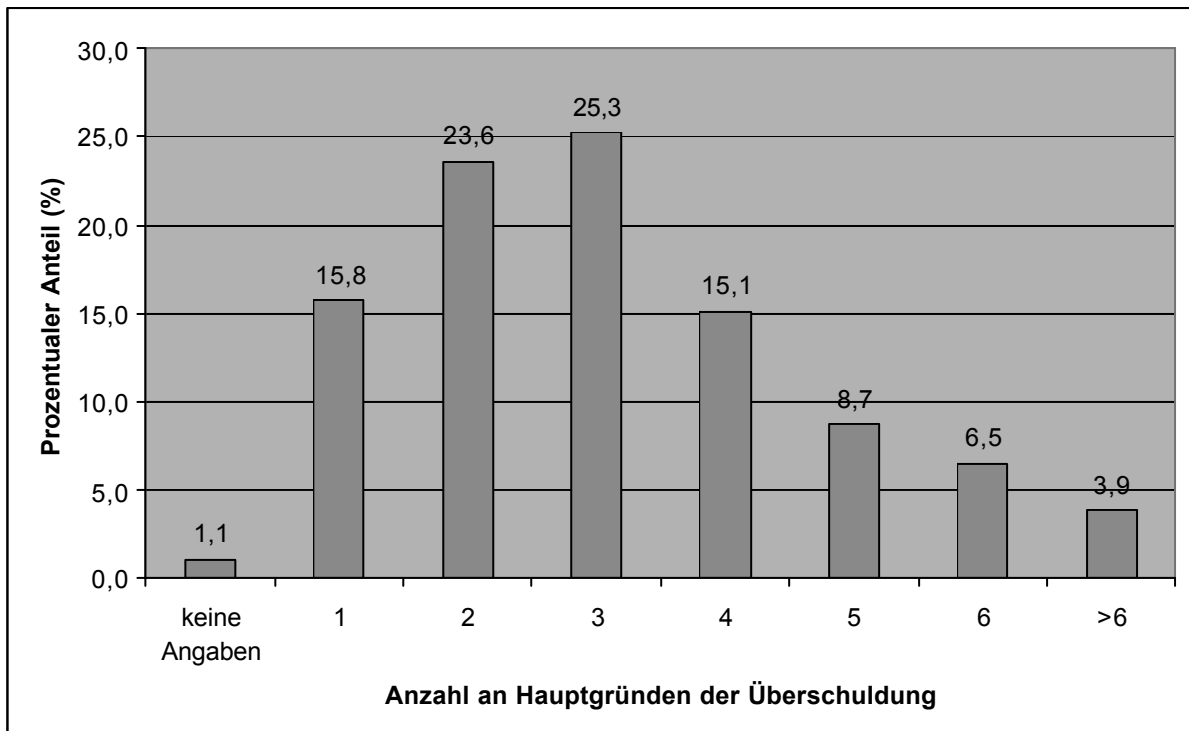


Abbildung 10: Anzahl an Hauptgründen der Überschuldung (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Um das Zusammenwirken der in Tabelle 1 aufgezeigten einzelnen Gründe zu analysieren, wurden verschiedene übergeordnete Ebenen gebildet. Folgende „Dimensionen“ konnten durch a priori Überlegungen, unter Hinzuziehung der Ergebnisse einer Faktorenanalyse, unterschieden werden:

Erwerbssituation und Arbeitslosigkeit	Arbeitslosigkeit Dauerhaft niedriges Einkommen Gescheiterte Selbständigkeit Keine Inanspruchnahme von Sozialleistungen
Haushaltsführung und Familienstruktur	Unwirtschaftliche Haushaltsführung Tod des Partners oder eines nahen Angehörigen Haushaltsgründung Geburt eines Kindes Handyvertrag
Scheidung/Trennung und Mithaftung	Trennung/Scheidung Mithaftung/Bürgschaft
Gesundheit	Krankheit Unfall Suchterkrankung
Kredit und Finanzierung	Gescheiterte Immobilienfinanzierung Geschäftspraxis der Banken Unzureichende Kredit- oder Bürgschaftsberatung

Diese Gruppierungen sind insofern charakteristisch, als dass die darin aufgeführten Einzel-Gründe häufig gemeinsam auftreten und dass diese Gruppierungen für sich alleine stehend am stärksten Erklärung für die Überschuldungssituation bieten.

Die prozentualen Verteilungen der Probanden auf diese Gruppierungen von Gründen werden, auch getrennt nach dem Geschlecht, in Abbildung 11 dargestellt.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Auffallend ist dabei der Einfluss der sozialen Netzwerke auf die Wege in die Überschuldung. So wird gerade hinsichtlich „Haushaltsführung und Familienstruktur“ sowie „Trennung/Scheidung und Mithaftung“ deutlich, dass von den (ehemaligen) Familienmitgliedern der Betroffenen ein entscheidender Einfluss auf die Entstehung der Überschuldungssituation ausgehen kann: z.B. auf Grund des Verlusts sozialer Bindungen – durch Tod oder Trennung – aber auch durch den Aufbau und die Erweiterung sozialer Bindungen – durch Geburt eines Kindes oder die Gründung eines Haushalts.

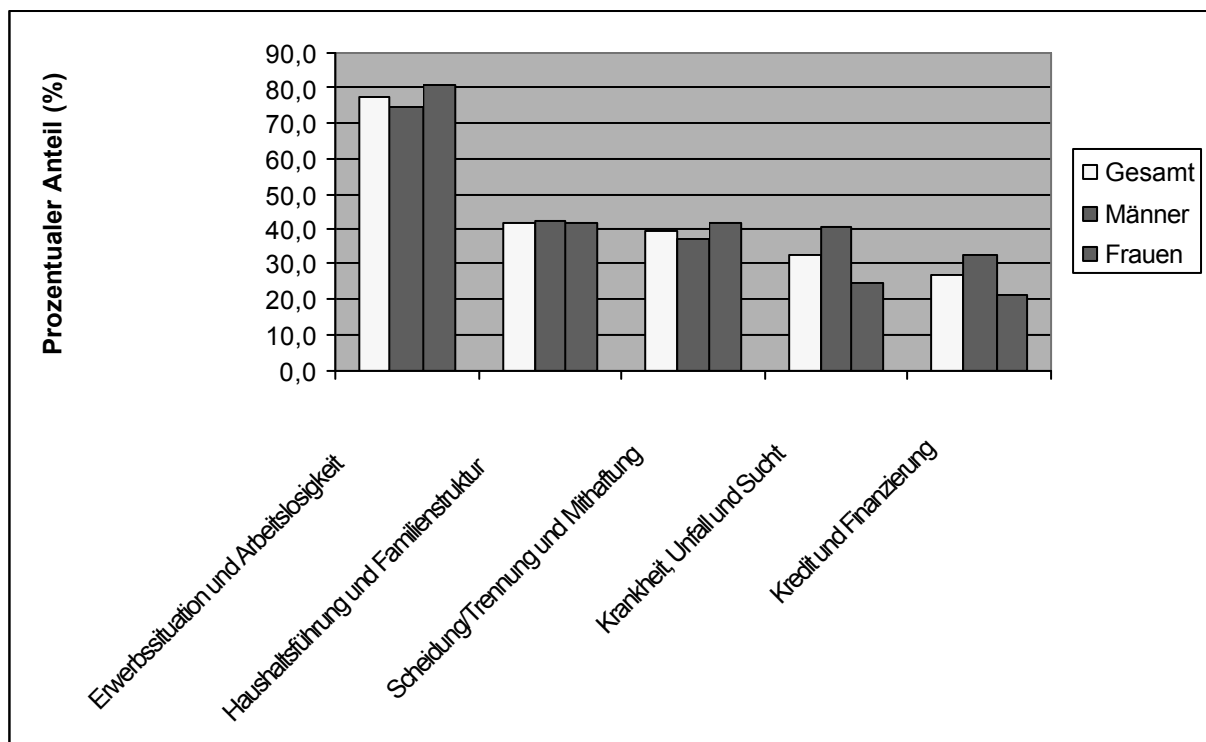


Abbildung 11: Übergeordnete Ebenen von Hauptgründen der Überschuldung
- Gesamt (n=666), Männer (n=324) und Frauen (n=340)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4.3 Gesundheitsstatus³⁹

Insgesamt hatten 79,1% des Kollektivs und somit 467 Probanden zum Zeitpunkt der Befragung mindestens eine der abgefragten Krankheiten (s. Kapitel 3 „Methodisches Vorgehen“). Abbildung 12 zeigt die relative Häufigkeit an Männer und Frauen, die jeweils angaben, an der aufgeführten Erkrankung zu leiden.

Es wird deutlich, dass Frauen statistisch signifikant häufiger psychische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Magenerkrankung, Schilddrüsenerkrankungen und Krebserkrankungen aufweisen, während Männer eine erhöhte Prävalenz von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen haben. Im Anhang sind in der Abbildung 12a die exakten Prävalenzen aufgeführt.

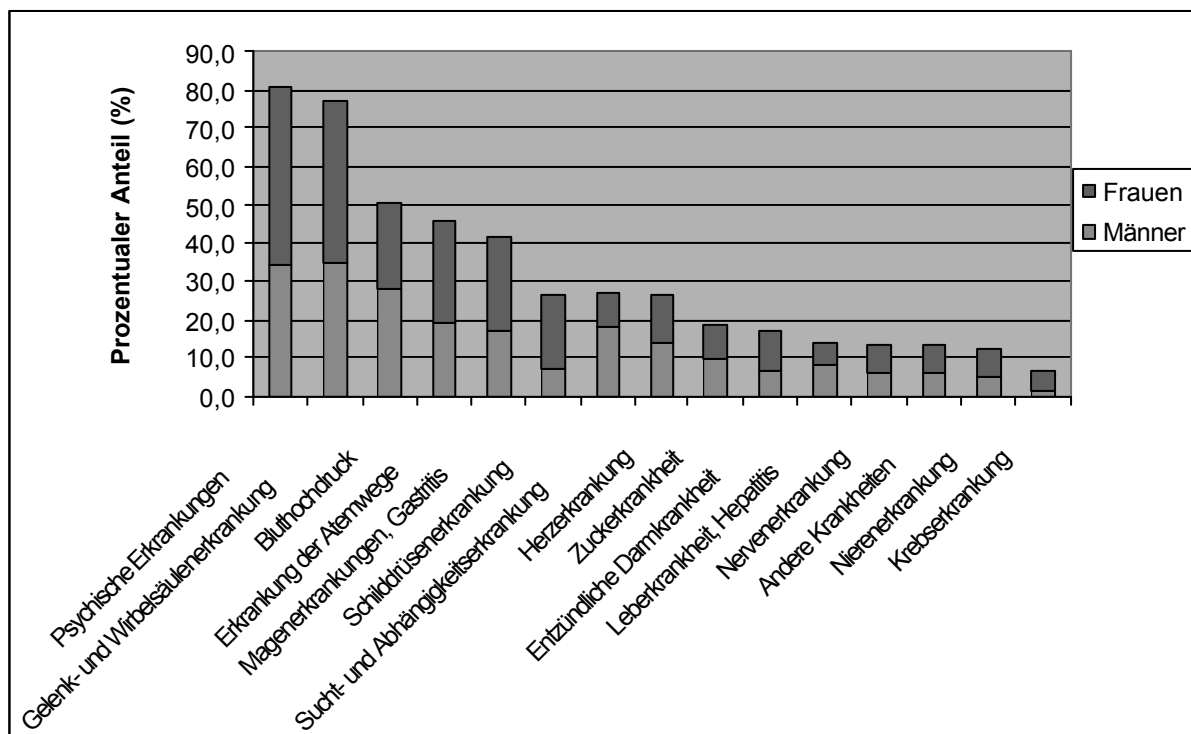


Abbildung 12: Erkrankungen bei überschuldeten Privatpersonen nach Männern (n=324) und Frauen (n=340)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Um Hinweise über Ursache und Wirkung der Assoziation von Überschuldung und Krankheit eruieren zu können, wurden zum einen die Hauptursachen der finanziellen Probleme bezüglich gesundheitsbezogener Gründe und zum anderen die Bewertung der Aussage „Ich bin wegen der Schuldensituation krank geworden“ herangezogen: 32,6% des Kollektivs (n=217) führten als Hauptgrund der Überschuldung eine Krankheit (23,3%) oder eine Sucht- und Abhängigkeitserkrankung (12,6%) oder einen Unfall (2,3%) an. In diesen Fällen war also höchstwahrscheinlich ein gesundheitsbezogener Faktor (Ursache) ursächlich für die finanziellen Probleme (Wirkung).

Der umgekehrte Mechanismus, „Schulden machen krank“, ist aber ebenso mit den Daten belegbar. 37,8% (n=251) des Kollektivs erachteten die Aussage „Ich bin wegen der Schuldensituation krank geworden“ für sie selbst als ganz bzw. weitgehend zutreffend (Abbildung 13). 21,5% konnten keine Beurteilung vornehmen, weitere 14,9% empfanden die Aussage als weitgehend nicht zutreffend und lediglich 20,6% der Probanden waren der Meinung, sie treffe auf ihre individuelle Situation überhaupt nicht zu. Von 5,3% der Probanden lagen keine Angaben vor. Bemerkenswert ist dabei, dass nur etwa jeder fünfte Proband diese spezielle Frage vollständig negierte.

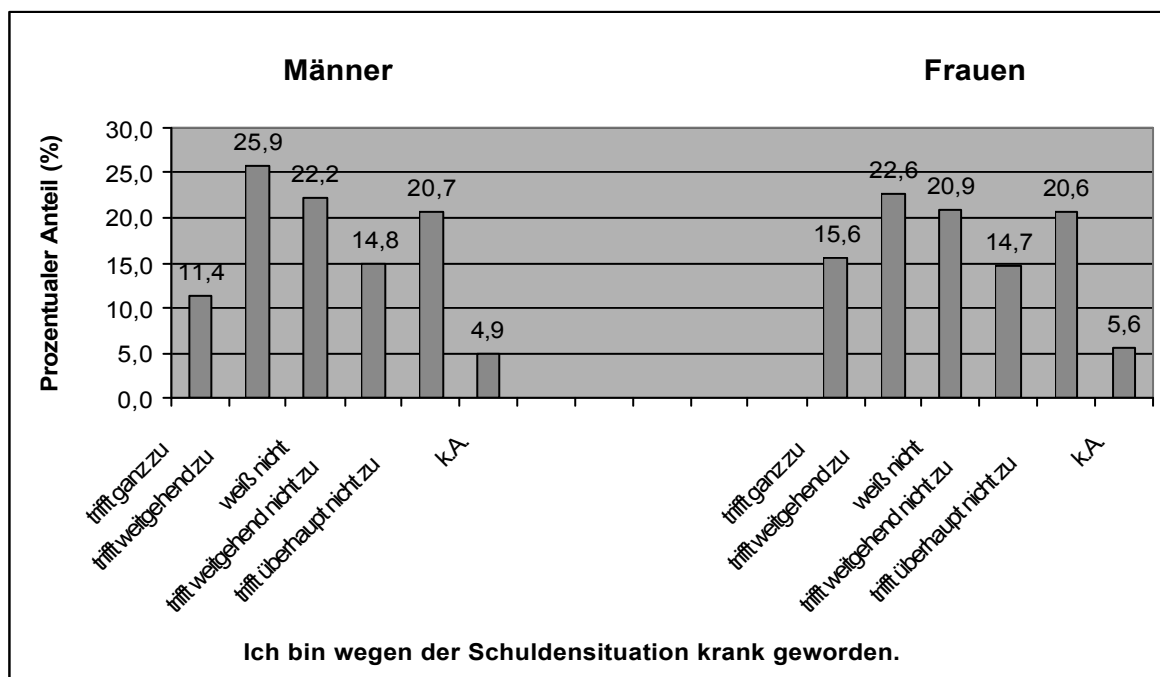


Abbildung 13: Schuldensituation als Ursache für Krankheit, nach Männern (n=324) und Frauen (n=340)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4.4 Psychische Erkrankungen und soziale Netzwerke ³⁸

Wie im vorangegangenen Kapitel gezeigt, gaben 40,4% (n=269) des Kollektivs eine psychische Erkrankung an, wobei Männer mit 34,6 % seltener als Frauen (46,2%) darunter litten. Auffällig war, dass in höheren Altersgruppen häufiger psychische Erkrankungen (Abbildung 14) vorkamen, ebenso wie unter Geschiedenen (49,4%) und getrennt Lebenden (45,3%).

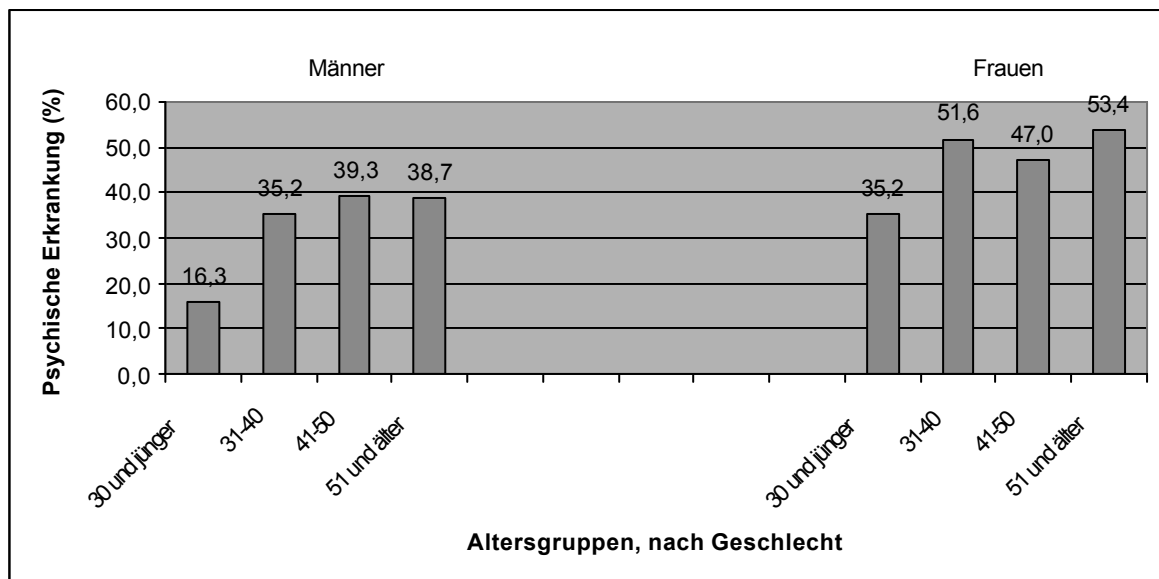


Abbildung 14: Altersgruppen und psychische Erkrankungen, nach Männern (n=324) und Frauen (n=340)

Von besonderer Bedeutung erscheint die Familiensituation (Abbildung 15): So haben etwa die Hälfte der Alleinerziehenden mit Kindern unter 14 Jahren (51,6%) und partnerlose Personen mit Kindern über 14 Jahren (50,8%) eine psychische Erkrankung, während kinderlose Personen dies nur zu 36,3% aufwiesen. Ob die Familiensituation einen Einfluss auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hat, ist zu diskutieren. Denkbar wäre, dass die Betroffenen mit Kindern, die nicht auf die Unterstützung eines Partners zurückgreifen können, besonders anfällig dafür sind, dass die Schuldensituation

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

ihre Psyche angreift bzw. belastet. Entscheidender ist vielleicht noch, dass es häufig gerade die Kinder sind, die offensichtlich unter einem psychisch erkrankten Elternteil zu leiden haben.

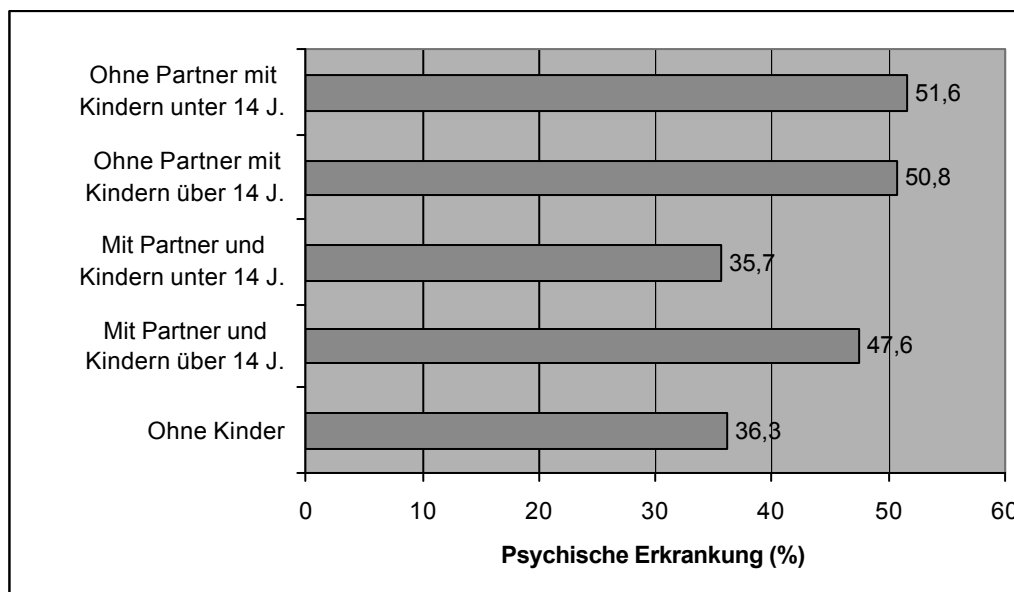


Abbildung 15: Familiensituation und psychische Erkrankungen (Kategorien von oben nach unten: n=62, n=128, n=157, n=132, n=182)

Das Empfinden der Schuldenbelastung scheint dabei einen Einfluss auf das Vorhandensein von psychischen Erkrankungen zu haben: Personen, die die Schuldensituation als stark belastend empfanden, weisen zu 49,9% eine psychische Erkrankung auf, während dies bei lediglich 30,3% bzw. 17,6% derjenigen Probanden der Fall war, die ihre Schulden als mäßig bzw. etwas belastend empfunden hatten.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Die Ausprägungen der sozialen Netzwerke und deren sozialer Unterstützung sind mit den psychischen Erkrankungen stark assoziiert. Wie in Abbildung 16 dargestellt, steigt die Prävalenz an psychischen Erkrankungen mit zunehmend defizitärer sozialer Unterstützung durch das soziale Netzwerk, ebenso existiert ein unabhängiger Effekt, wenn Freunde nicht vorhanden sind.

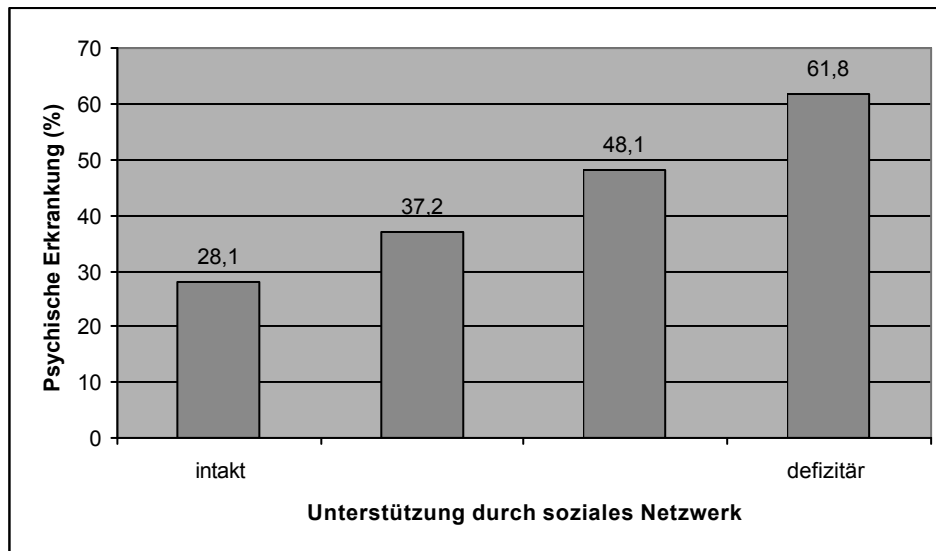


Abbildung 16: Psychische Erkrankungen und Unterstützung durch soziales Netzwerk (Kategorien von links nach rechts: n=160, n=242, n=160, n=89)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Um Hinweise zu ermitteln, wie sich die kausale Beziehung zwischen der Überschuldungssituation und den sozialen Netzwerken aufbaut, wurde die Frage „Hat sich in Ihrem Familien- und Bekanntenkreis etwas verändert, seit Sie finanzielle Probleme haben?“ ausgewertet (Abbildung 17). Insgesamt gab etwa die Hälfte aller Befragten an, dass sich Freunde oder Familie auf Grund der finanziellen Probleme zurückgezogen haben. Die höchste Prävalenz an psychischen Erkrankungen mit 58,7% haben Personen, bei denen sich sowohl Freunde als auch Familie zurückgezogen haben. Gefolgt mit einer Prävalenz von 49,7% sind Personen von psychischen Erkrankungen betroffen, bei denen sich Freunde zurückgezogen haben.

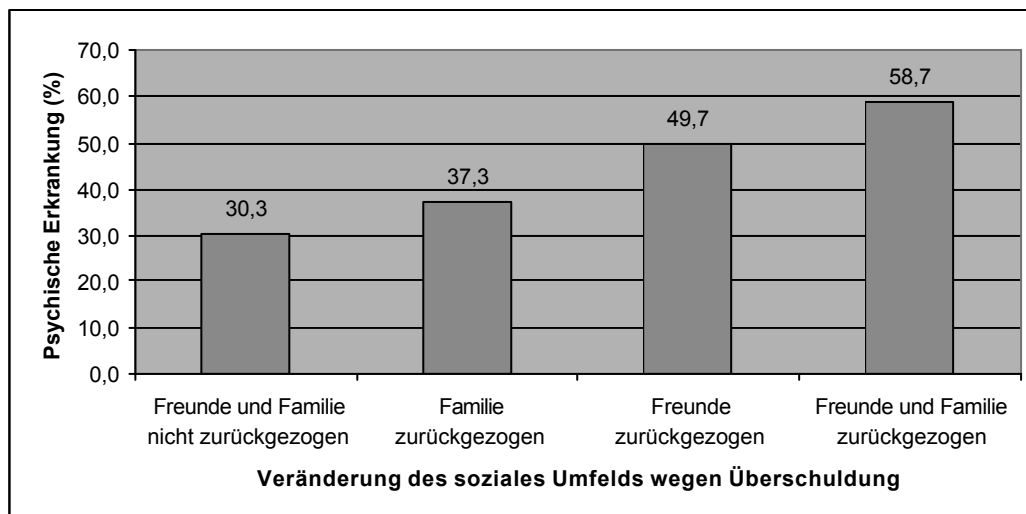


Abbildung 17: Verlust des sozialen Umfelds und psychische Erkrankung
(Kategorien von links nach rechts: n=317, n=52, n=145, n=126)

Die beschriebenen Effekte der sozialen Netzwerke bleiben auch unter Adjustierung weiterer Einflussvariablen und möglicher Confounder existent, so dass eine unabhängige Assoziation nachgewiesen werden konnte.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4.5 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems⁴⁰

Die Mehrzahl der Probanden (65,2%) gab an, aus Geldmangel vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft zu haben (Abbildung 18). Fast ebenso häufig wurde von 60,8% aller Probanden vermerkt, auf Grund der Schuldsituation und der 10-Euro Selbstbeteiligung einen Arztbesuch unterlassen zu haben (Abbildung 19).

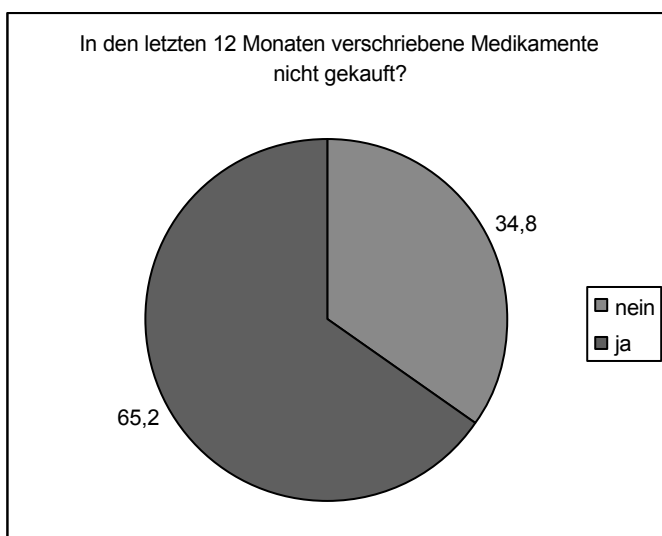


Abbildung 18: Reduzierte Inanspruchnahme von verschriebenen Medikamenten
(n=666)

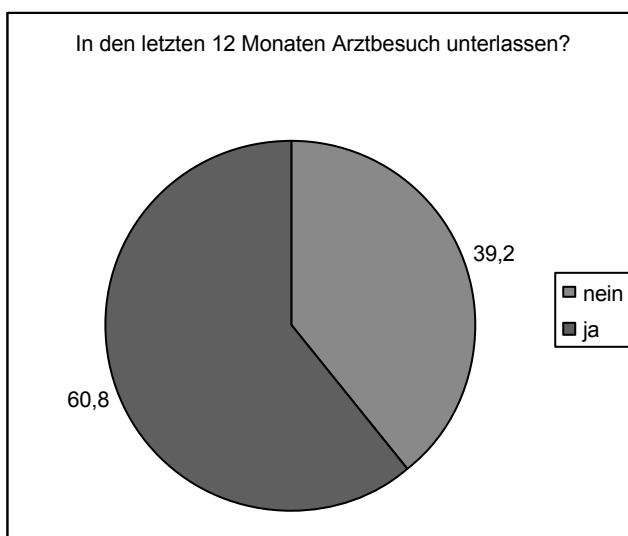


Abbildung 19: Reduzierte Inanspruchnahme von Arztbesuchen (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Um Präventionsansätze ausfindig machen zu können, wurden diese Zielgrößen in Abhängigkeit von sozio-ökonomischen Faktoren, Schulden und gesundheitsbezogenen Variablen betrachtet. In den Tabellen 1a-3a im Anhang sind die prozentualen Verteilungen angegeben.

Signifikante Unterschiede der bivariaten Modellierung in den Verteilungen der Einflussvariablen werden hervorgehoben. Beispielsweise haben von den 340 teilgenommenen Frauen insgesamt 67,1% angegeben, verschriebene Medikamente nicht gekauft zu haben. Von den 324 teilgenommenen Männern trifft dies auf 63,0% zu. Dieser Unterschied in den Angaben von Männern und Frauen ist statistisch nicht signifikant, d. h. diese Abweichungen dürften eher zufällig auftreten.

Signifikante Unterschiede im bivariaten Model konnten zwischen der Zielgröße „verschriebene Medikamente nicht gekauft“ und den Einflussgrößen „Familiensituation“ und „Insolvenzverfahren“ ermittelt werden. Bei Betrachtung der Zielgröße „Arztbesuche unterlassen“ waren die Unterschiede zwischen den „Altersgruppen“ und Effekte, ausgehend von der Aufmerksamkeit der Befragten gegenüber ihrer eigenen Gesundheit, statistisch auffällig.

Mittels eines multivariaten Modells kann gezeigt werden, dass hinsichtlich der Altersgruppen, der Familiensituation, des Status' des Insolvenzverfahrens sowie der Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit unabhängige Effekte auf die beiden Zielgrößen bestehen. Prägnant formuliert:

Jüngere überschuldete Privatpersonen haben im Vergleich zu älteren Personen ein erhöhtes Risiko, auf Grund der Zuzahlungen verschriebene Medikamente nicht zu kaufen oder auf Grund der 10 Euro-Selbstbeteiligung nicht zum Arzt zu gehen (Abbildung 20).

Im Vergleich zu Kinderlosen haben Personen mit Kindern und besonders solche ohne Partner ein erhöhtes Risiko, verschriebene Medikamente nicht zu kaufen oder einen Arztbesuch zu unterlassen (Abbildung 21).

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Überschuldete Personen, die einen Antrag auf die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens gestellt haben, haben tendenziell ein erhöhtes Risiko, verschriebene Medikamente nicht zu kaufen oder nicht zum Arzt zu gehen, im Vergleich zu Personen, die einen solchen Antrag nicht gestellt haben (Abbildung 22).

Probanden, die angaben, mittelmäßig oder gar nicht auf ihre Gesundheit zu achten, haben im Vergleich zu Probanden, die stark oder sehr stark auf ihre Gesundheit achten, ein erhöhtes Risiko, verschriebene Medikamente nicht zu kaufen oder einen Arztbesuch zu unterlassen (Abbildung 23).

In den nachfolgenden Abbildungen 20-23 werden die adjustierten Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen dargestellt.

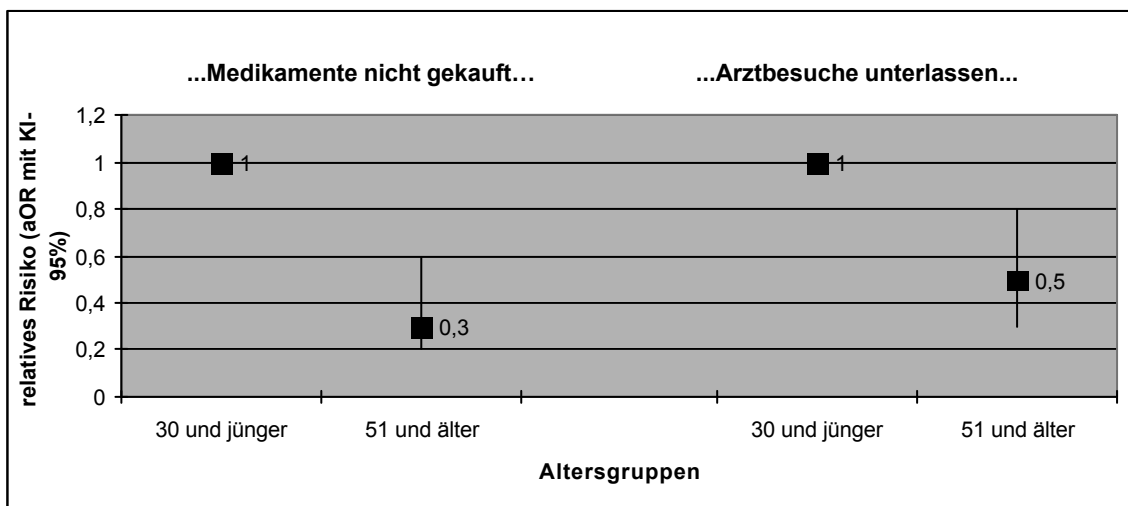


Abbildung 20: Altersabhängige Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

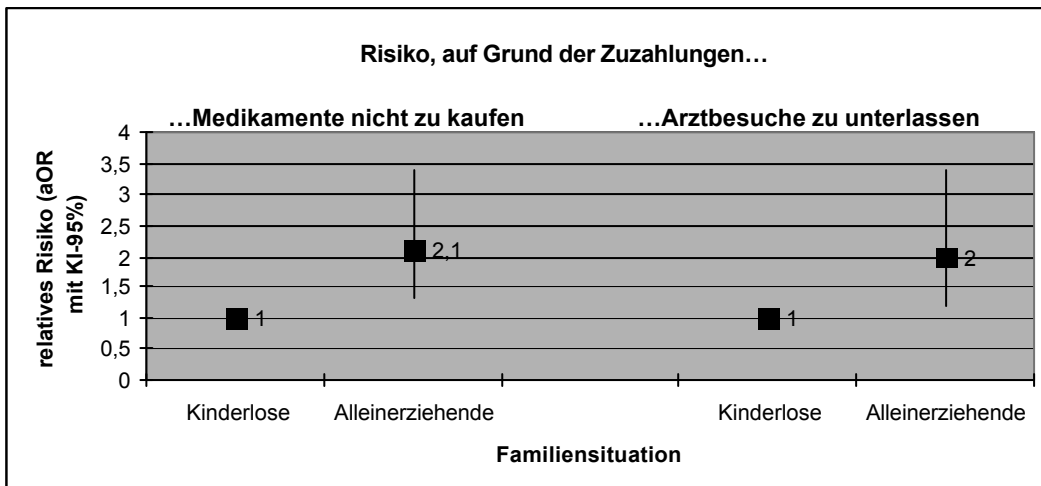


Abbildung 21: Familiensituationsspezifische Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

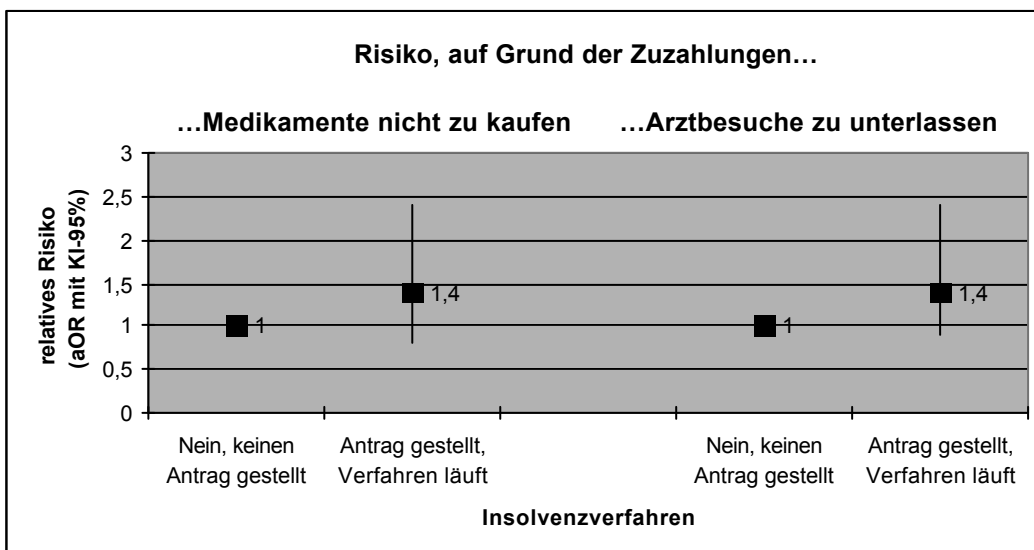


Abbildung 22: Insolvenzverfahren spezifische Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

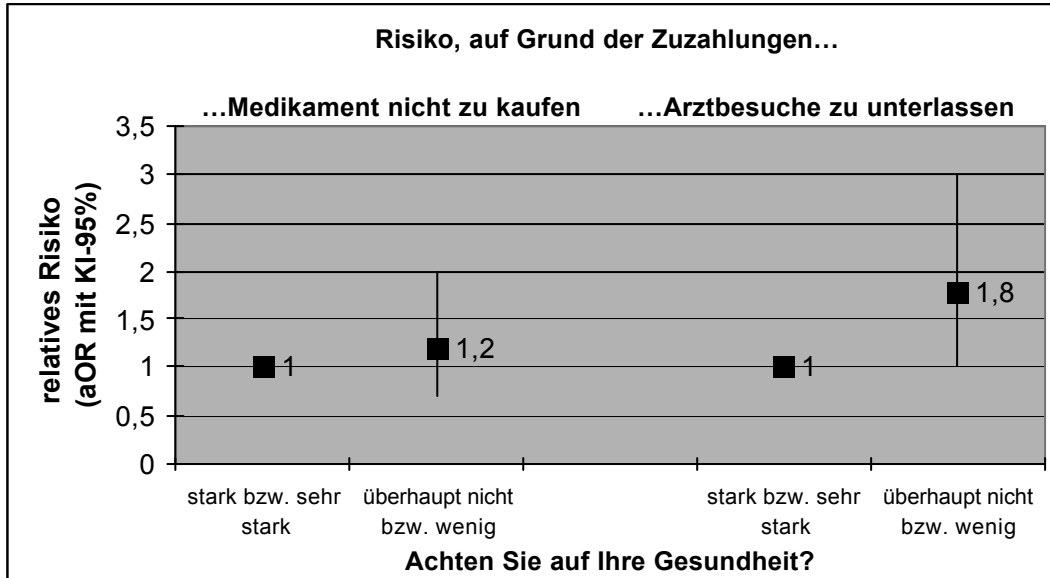


Abbildung 23: Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit der Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4.6 Arbeitsplatzbedrohung, Gesundheit und soziale Netzwerke

Inwieweit eine Arbeitsplatzbedrohung durch die Überschuldungssituation hervorgerufen wird, wurde in der ASG-Studie mit der Frage „Ist Ihr Arbeitsplatz durch die Schulden-situation bedroht bzw. finden Sie schwieriger Arbeit, weil Sie verschuldet sind?“ erfasst. Insgesamt bejahten 31% (n=208) aller Probanden diese Frage, wobei ein geschlechtsspezifischer Unterschied vorlag: Männer gaben mit 37% häufiger im Vergleich zu Frauen mit 25% solch eine Bedrohung an.

Von den 262 Erwerbstätigen gaben 21,4% an, dass ihr Arbeitsplatz durch die Schulden-situation bedroht ist, während 45,6% der 169 Arbeitslosen sagten, dass sie auf Grund der Schulden schwieriger Arbeit finden. Männer empfanden signifikant häufiger als Frauen diese Bedrohung, wie in Abbildung 24 ersichtlich wird.

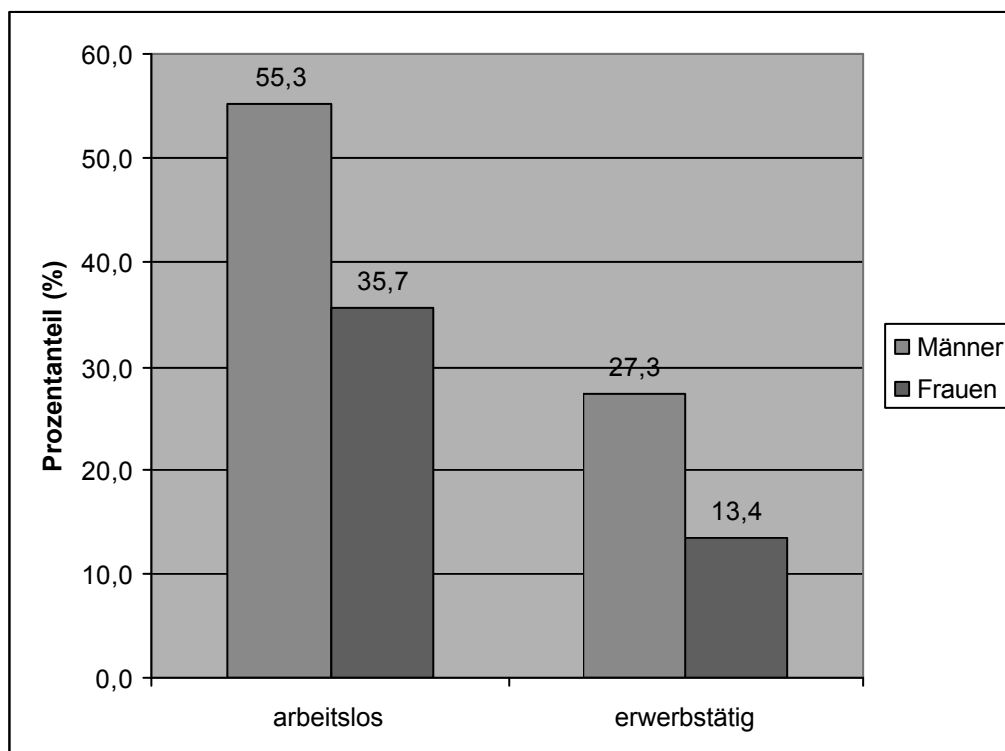


Abbildung 24: Bedrohung des Arbeitsplatzes bzw. Schwierigkeit einen Arbeitsplatz zu finden, nach Geschlecht

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Unter Berücksichtigung des Geschlechts (Abbildung 25) und des Alters (Abbildung 26) sowie der Familiensituation der Probanden konnte festgestellt werden, dass Personen mit einer Erkrankung (Kapitel 4.3 „Gesundheitsstatus“) ein 1,86fach erhöhtes Risiko hatten (95%-KI 1,18-2,93), unter der Bedrohung ihres Arbeitsplatzes zu leiden (Abbildung 25).

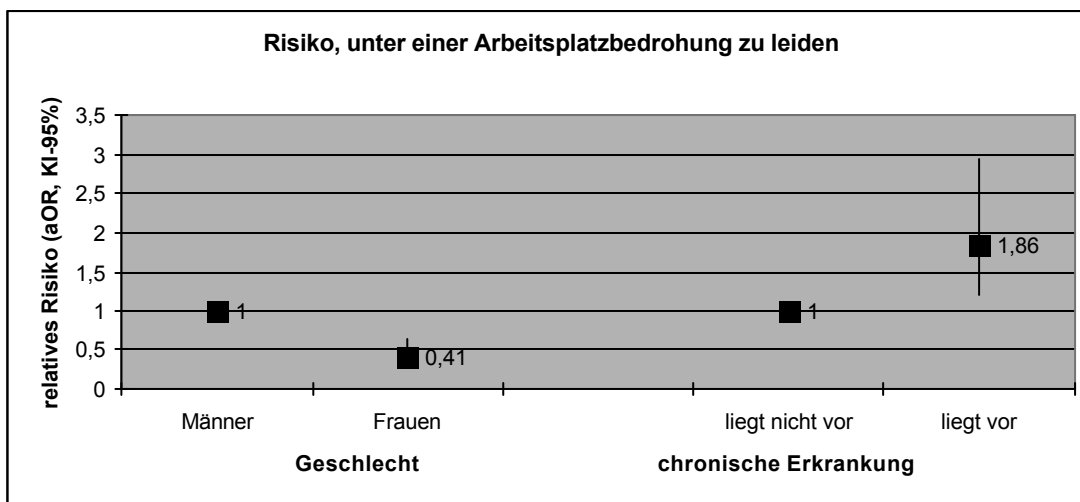


Abbildung 25: Risiko der Arbeitsplatzbedrohung in Abhängigkeit des Geschlechts und des Vorliegens einer chronischen Erkrankung – multivariate Analyse, Reverenzkategorie mit 1 gekennzeichnet

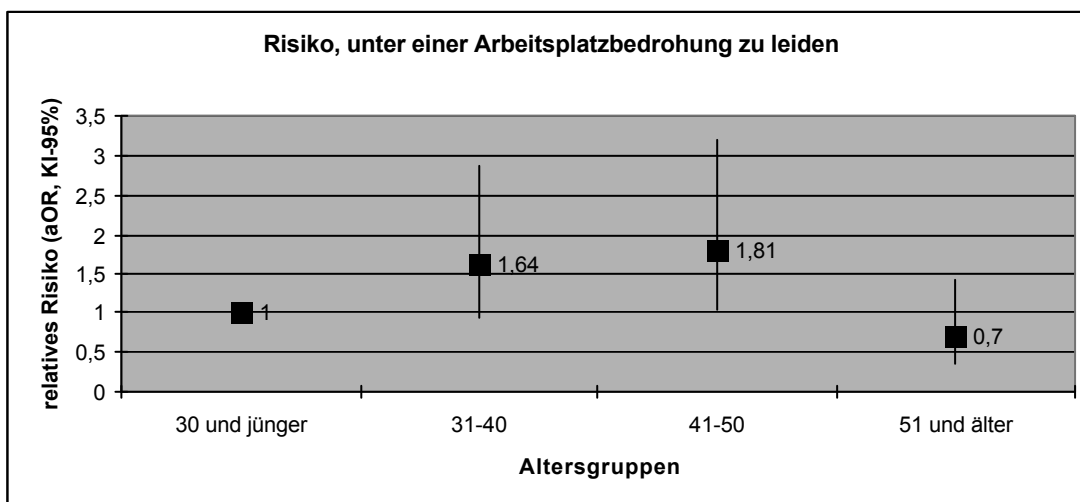


Abbildung 26: Risiko der Arbeitsplatzbedrohung in Abhängigkeit des Alters – multivariate Analyse, Reverenzkategorie mit 1 gekennzeichnet

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Tendenziell haben, unter Kontrolle obiger Faktoren, Alleinerziehende im Vergleich zu Kinderlosen ebenso tendenziell ein erhöhtes Risiko (aOR 1,25; 95%-KI 0,62-2,57), unter Arbeitsplatzbedrohung zu leiden (Abbildung 27).

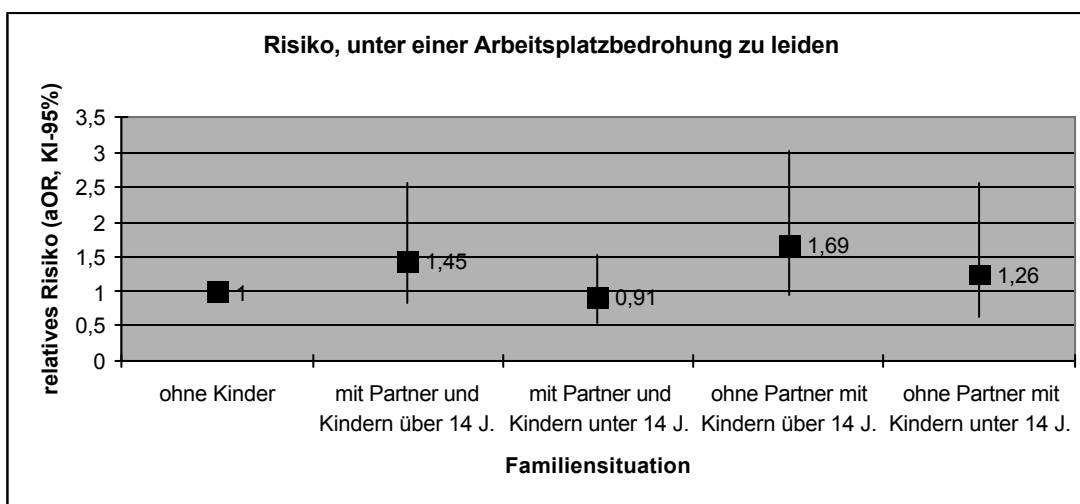


Abbildung 27: Risiko der Arbeitsplatzbedrohung in Abhängigkeit der Familiensituation – multivariate Analyse, Referenzkategorie mit 1 gekennzeichnet

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

4.7 Lebensgewohnheiten und soziale Netzwerke ⁴¹

Die Lebensgewohnheiten der Befragten haben sich auf Grund der Verschuldung, die in die finanzielle Notsituation der Zahlungsunfähigkeit geführt hat, verändert. Viele Bereiche werden beeinflusst, sei es das soziale Leben mit Freunden, Familie und in Vereinen oder das individuelle Sport-, Ernährungs- und Konsummuster.

29,5% der Betroffenen haben die Erfahrung gemacht, dass sich Freunde oder Familie auf Grund der finanziellen Probleme zurückgezogen haben, weitere 19,0% sehen sich sogar von beiden, Freunden und Familie, verlassen (Abbildung 28). Unabhängig davon sagen 62,9% des Kollektivs, dass auch sie selbst sich zurückgezogen haben.

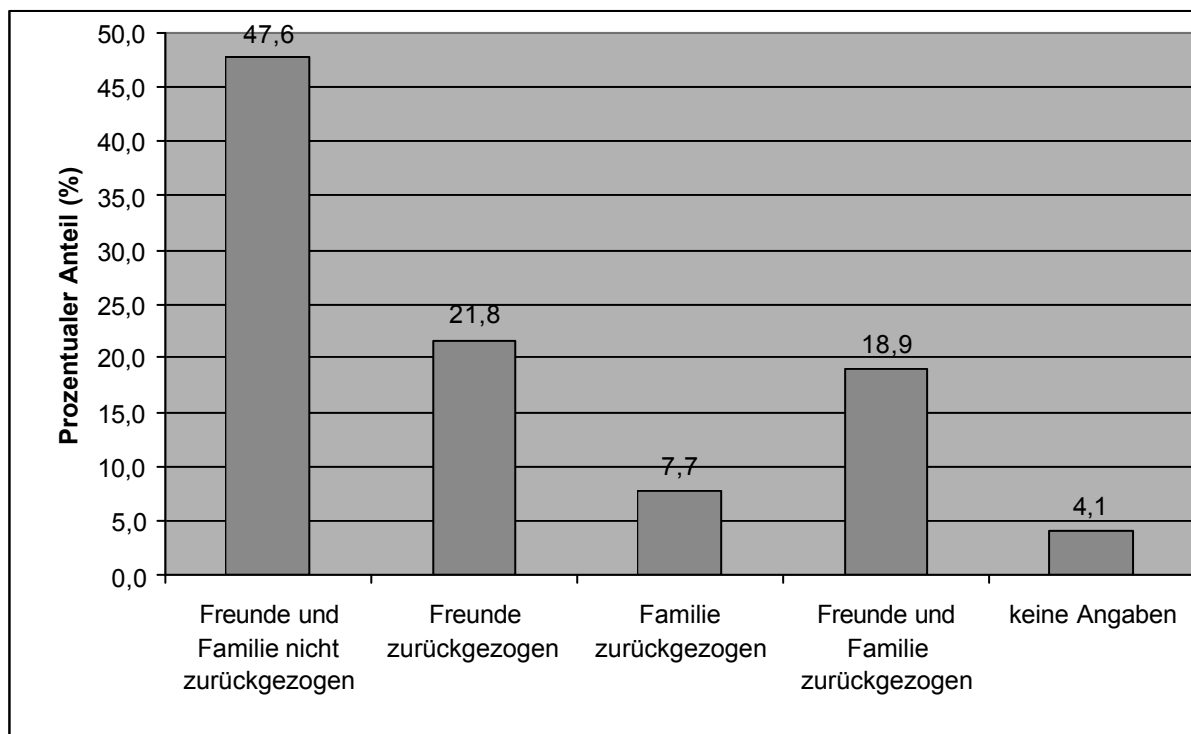


Abbildung 28: Veränderungen im Freundes- und Familienkreis (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Es wird sehr deutlich, dass die Überschuldungsproblematik nicht nur ein juristisches und ökonomisches, sondern auch ein soziales Problem darstellt. Nicht nur das betroffene Individuum selbst sieht sich auf vielen Ebenen negativen Beeinflussungen ausgesetzt, sondern auch die Freundschafts- und Familienbeziehungen leiden unter der finanziellen Notlage. Einen weiteren Einblick in die familiären Auswirkungen der Schulden ermöglichen die Selbstbeurteilungen der Befragten bezüglich der Aussage „Ich spare bei meinen Kindern“ (Abbildung 29). Insgesamt haben 482 (72,4%) aller Probanden Kinder, wobei davon ein Drittel angibt, bei den eigenen Kindern zu sparen, wohingegen die Hälfte der Meinung ist, dies nicht zu tun. Die Folgen der Überschuldung auf die Kinder sind somit schwer ableitbar, generell anzunehmen sind diese jedoch - ein Forschungsprojekt mit Fokus auf die Kinder von überschuldeten Privatpersonen ist daher zu empfehlen. Deutlich wird jedoch, dass Personen mit Kindern stärker belastet sind, da dort offensichtlich weniger Einsparungspotential gegeben ist. Die Eltern versuchen ihren Kindern – trotz der Überschuldungssituation – ein normales Leben zu ermöglichen; dass dies weitere finanzielle Belastungen nach sich zieht, ist zu vermuten.

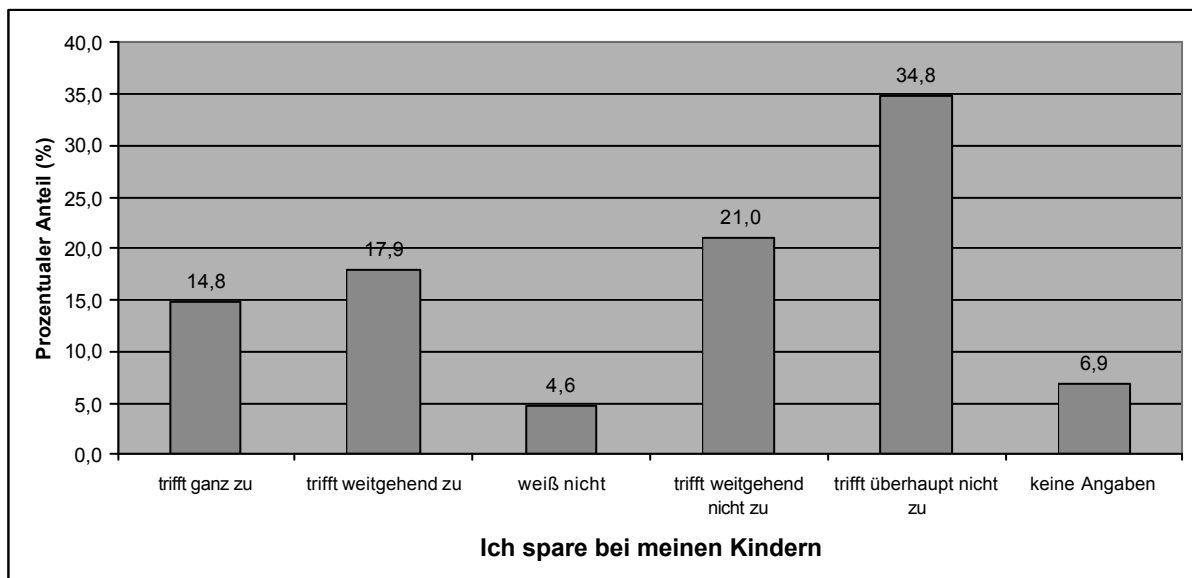


Abbildung 29: Bewertung der Aussage „Ich spare bei meinen Kindern“ (n=482; Personen mit Kindern)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Ein Großteil der Probanden, 82,7%, gibt an, sich früher unternommene Aktivitäten nun nicht mehr leisten zu können (Abbildung 30). Einschränkungen in der Lebensführung sind gegeben.

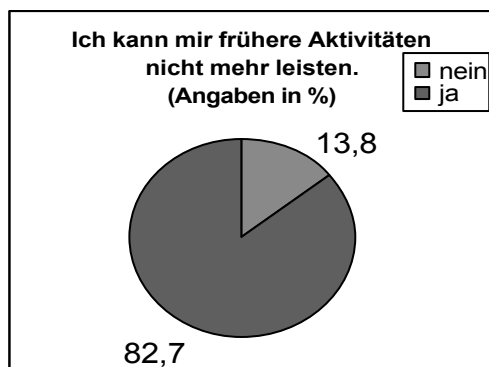


Abbildung 30: Zustimmung zur Aussage „Ich kann mir frühere Aktivitäten nicht mehr leisten.“ (n=666)

Konkret sind 318 Personen (47,7%) in Folge ihrer finanziellen Situation aus Vereinen ausgetreten (Abbildung 31).

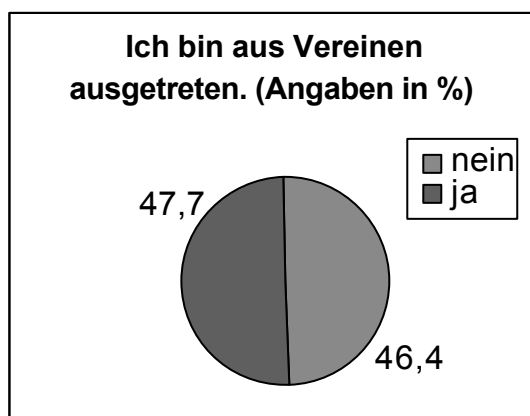


Abbildung 31: Zustimmung zur Aussage „Ich bin aus Vereinen ausgetreten.“ (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Zum Zeitpunkt der Befragung war noch knapp die Hälfte der Probanden sportlich aktiv, wobei der Umfang pro Woche variiert (Abbildung 32).

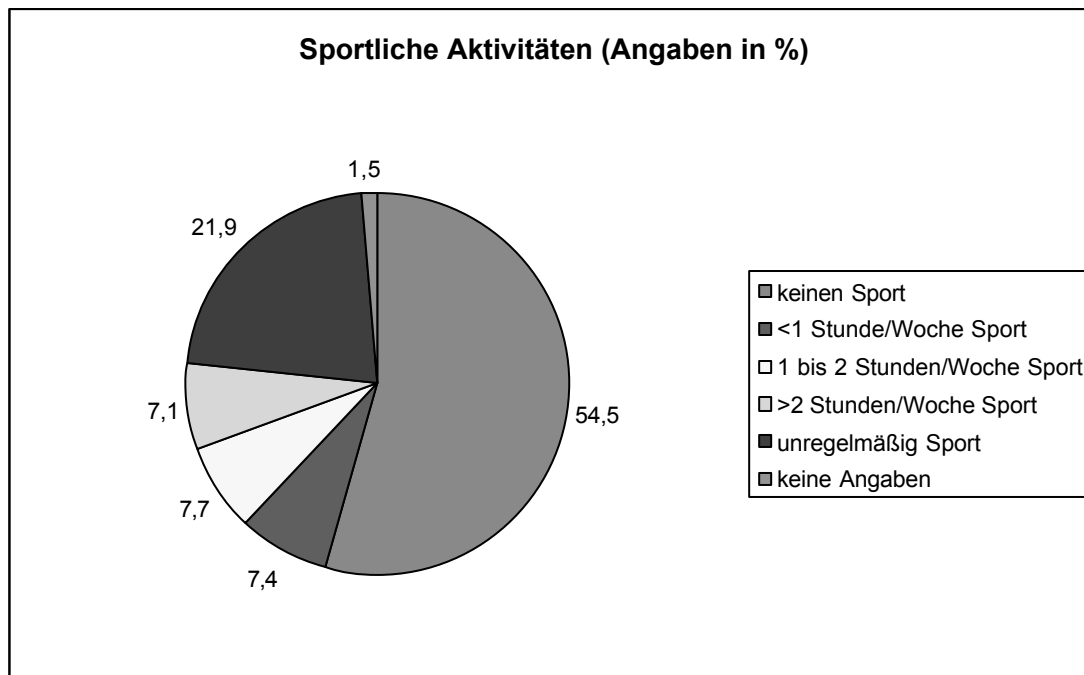


Abbildung 32: Derzeitiger Umfang an sportlichen Aktivitäten (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Die Problematik, dass generell positive Lebensgewohnheiten durch die Schulden-situation negativ beeinflusst werden, zeigt sich in Abbildung 33. Dargestellt sind die Veränderungen bezüglich sportlicher Aktivität und gesunder Ernährung. Dabei lässt sich die Antwort „trifft auf mich nicht zu“ so deuten, dass die Probanden bereits vor der finanziellen Notsituation weder sportliche Aktivitäten noch gesunde Ernährung verfolgten. Für jeweils ca. die Hälfte ist jedoch eine Reduzierung dieser direkt ge-sundheitsrelevanten Lebensgewohnheiten zu verzeichnen.

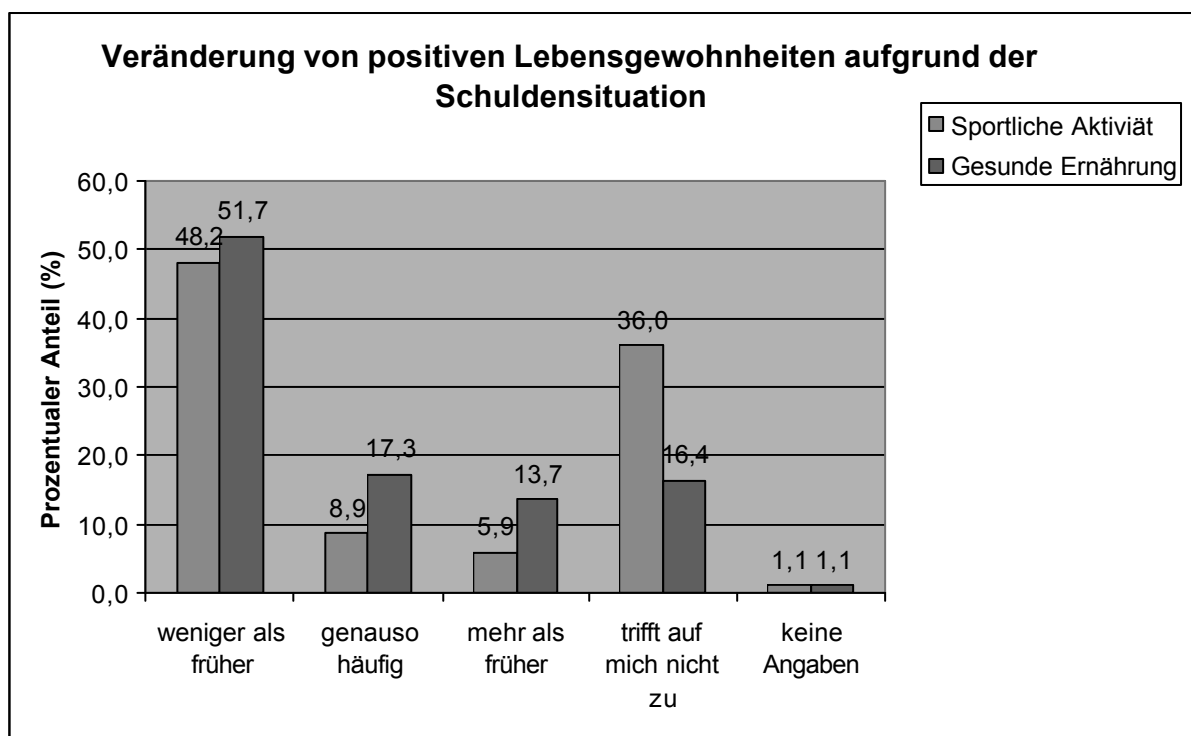


Abbildung 33: Veränderung von positiven Lebensgewohnheiten auf Grund der Schuldensituation (jeweils n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Die Probandenverteilung bezüglich der Rauchgewohnheiten zeigt Abbildung 34 auf. 63% des Kollektivs rauchen derzeit.

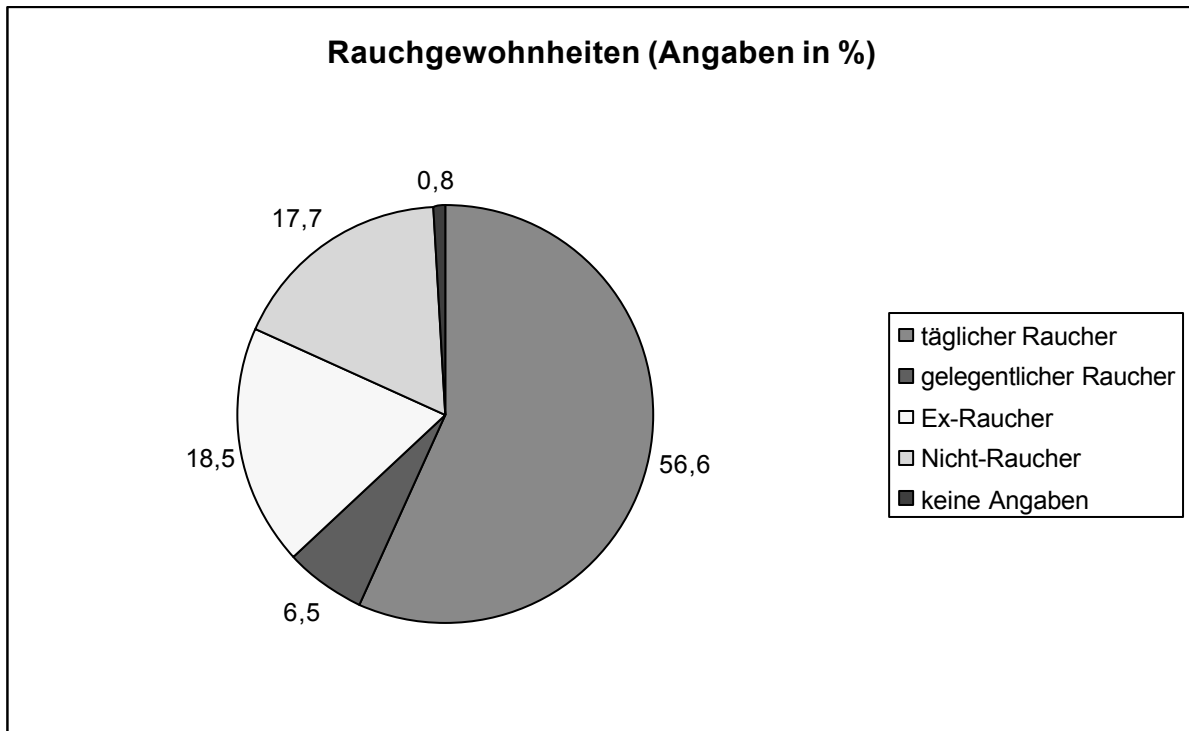


Abbildung 34: Derzeitige Rauchgewohnheiten (n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

In Abbildung 35 wird ersichtlich, dass die Schuldensituation zwei Wirkmechanismen auf die ungesunden Lebensgewohnheiten, wie z. B. das Rauchen hat: 23,4% der Probanden gaben an, weniger, 21,2% hingegen mehr als früher zu rauchen. Auf Grund der finanziellen Notsituation liegen die finanziellen Mittel für den Kauf von Zigaretten nicht vor, so dass ein Teil der Probanden diese Lebensgewohnheiten reduziert bzw. ablegt. Jedoch ist auch ein anderer, gerade für Suchterkrankungen typischer Mechanismus zu beobachten: unter der größeren Stresssituation wird der Sucht verstärkt nachgegangen, was zudem eine verstärkte finanzielle Belastung bedeutet.

Alarmierend ist der Befund, dass 18,9% aller Probanden mehr Beruhigungsmittel einnehmen als früher, vor der finanziellen Notsituation. Auch hierin spiegelt sich die hohe Belastungssituation der Überschuldung wider (Abbildung 35).

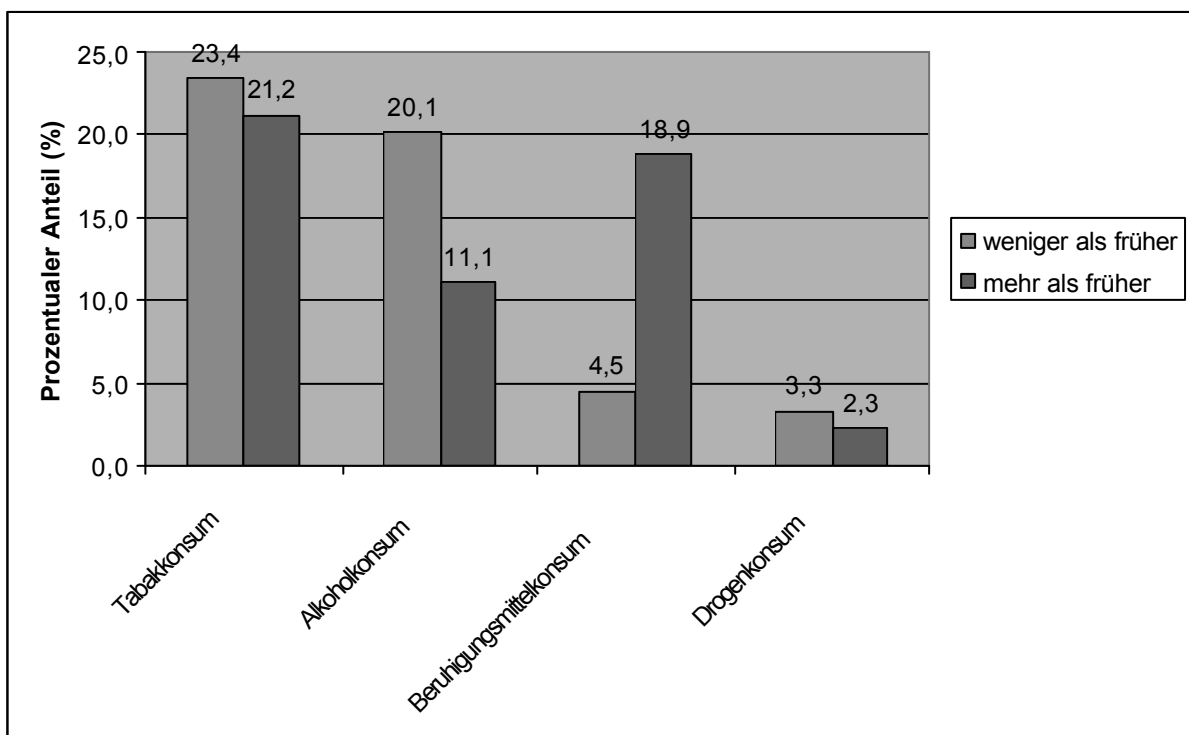


Abbildung 35: Veränderungen hinsichtlich negativer Lebensgewohnheiten auf Grund der Schuldensituation (jeweils n=666)

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



5. Diskussion

Die Ergebnisse der ASG-Studie (Armut, Schulden und Gesundheit) zeigen die prekären Lebens- und Gesundheitslagen von überschuldeten Privatpersonen sowie deren geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems in Deutschland am Beispiel von Rheinland-Pfalz auf:

8 von 10 überschuldeten Personen der ASG-Studie geben an, krank zu sein, wobei am häufigsten psychische Erkrankungen (40,5%) genannt werden. Die Überschuldungssituation belastet nicht nur den Betroffenen schwer, sondern auch dessen sozialen Netzwerke. Bei der Hälfte des Gesamtkollektivs haben sich Freunde und/oder Familie auf Grund der finanziellen Missslage zurückgezogen. Besonders hoch ist der Anteil an psychischen Erkrankungen mit 58,7%, wenn sich der Kreis der Freunde und der Familie auf Grund der Schuldensituation reduziert hat. Zusätzlich zum defizitären Gesundheitszustand der überschuldeten Privatpersonen nehmen diese medizinische Leistungen auf Grund der finanziellen Not nicht in Anspruch. Mehr als die Hälfte aller überschuldeten Privatpersonen in der ASG-Studie haben aus Geldmangel vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft (65,2%) oder Arztbesuche unterlassen (60,8%), da offensichtlich das Geld für die Zuzahlungen fehlte. Zu der finanziellen Not, dem defizitären Gesundheitsstatus und der fehlenden sozialen Unterstützung durch Wegbrechen der sozialen Netzwerke kommt in vielen Fällen die Bedrohung des Arbeitsplatzes auf Grund der Schuldensituation: 21,4% der 262 Erwerbstätigen geben an, dass ihr Arbeitsplatz auf Grund der finanziellen Probleme bedroht ist, während 45,6% der 169 Arbeitslosen infolgedessen schwieriger einen Arbeitsplatz finden. Erkrankte Personen beispielsweise haben ein 1,9fach erhöhtes Risiko der Arbeitsplatzbedrohung. Insgesamt verändern sich die Lebensgewohnheiten der Betroffenen, besonders auffällig ist der hohe Personenanteil von 51,7%, der sich weniger gesund ernährt auf Grund der Schuldenprobleme. Die hohe Belastungssituation der überschuldeten Privatpersonen hat darüber hinaus eine gesteigerte Einnahme von Beruhigungsmitteln zur Folge: Fast jeder fünfte Betroffene nimmt auf Grund der Schuldensituation vermehrt solche Medikamente ein.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Aus den Ergebnissen der ASG-Studie lässt sich zweifelsfrei ableiten, dass es sich bei der Überschuldungsproblematik nicht nur um ein ökonomisches und juristisches Problem auf individueller Ebene handelt, sondern dass gerade gesundheitliche und soziale Probleme dominieren und die Teilhabechancen an gesellschaftlichen Systemen, insbesondere des Gesundheitswesens, stark gefährdet sind.

Auch wenn auf Grund des Studiendesigns der wissenschaftliche Nachweis der zeitlichen Bezüge von Ursache und Wirkung nicht geführt werden kann, so liegen Hinweise vor, dass die beiden Mechanismen, „Überschuldung macht krank“ und „Krankheit führt zur Überschuldung“, in Deutschland existieren und die sozialen Netzwerke dabei jeweils eine wichtige Rolle einnehmen.

Vergleichsdaten der repräsentativen Befragung des Robert Koch-Institutes (RKI) von 2003 verstärken den Eindruck der besonderen Belastung des Kollektivs der überschuldeten Privatpersonen sowie des als außergewöhnlich insuffizient zu beurteilenden Gesundheitszustandes: Eine Prävalenz von länger andauernden Erkrankungen wurde je nach Altersgruppe von 20,6% bis 53,2% in der unteren sozialen Schicht in der Allgemeinbevölkerung durch das RKI eruiert ⁴². Dies liegt weit unter der festgestellten Prävalenz von 79,1% bei überschuldeten Privatpersonen der ASG-Studie.

Auch ist die Prävalenz an psychischen Erkrankungen mit 40,5% in der ASG-Studie höher als in der Normalbevölkerung. Psychische Erkrankungen werden generell als weit verbreitet in Deutschland eingestuft. 15% der Frauen und 8% der Männer der Allgemeinbevölkerung entwickeln innerhalb eines Jahres eine depressive Phase und fast jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann erlebt eine Angststörung ⁴³.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde die Vorkehrung getroffen, einkommensschwache bzw. durch Zuzahlungen stark belastete Versicherte von der Zuzahlungspflicht bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu befreien. Dies kann durch eine aktive Antragsstellung durch den Betroffenen erwirkt werden, wenn eine festgelegte Belastungsgrenze, die in § 62 SGB V nach dem Bruttoeinkommen definiert wird, überschritten wird. Üblicherweise erfolgt die Genehmigung einer Zu-

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



zahlungsbefreiung durch die Gesetzliche Krankenversicherung, wenn 2% des jährlichen Bruttoeinkommens durch die Zuzahlungsgebühren überschritten wird. Bei chronisch Kranken lag diese Belastungsgrenze zum Zeitpunkt der Erhebung bei 1%²¹.

Diese so genannte Härtefallregelung wird von den überschuldeten Privatpersonen der ASG-Studie scheinbar kaum genutzt. Hierfür sind mehrere Gründe denkbar.

- a) Die Regelung ist nicht bekannt.
- b) Die Regelung greift nicht, da die Heranziehung des Bruttoeinkommens der überschuldeten Privatpersonen nicht deren tatsächliche finanzielle Notsituation widerspiegelt.
- c) Die bürokratische Antragstellung stellt eine Überforderung der schwer belasteten Personen dar und erfolgt daher nicht.

Mit den Daten der ASG-Studie konnte das Problem der reduzierten und geringen Inanspruchnahme aufgezeigt werden, eine abschließende Beurteilung zu den Gründen kann mit ihnen jedoch nicht erfolgen. Weitere Forschung ist daher notwendig, um diesbezügliche Lösungsansätze entwickeln zu können. Hilfreich wäre es sicherlich, bereits jetzt alle Betreuungspersonen der überschuldeten Privatpersonen über diese Problemlage zu informieren sowie ein vereinfachtes Verfahren der Härtefallregelung zu ermöglichen, so dass die Gesundheitsleistungen auch den überschuldeten Menschen in gleicher Weise offen stehen wie der Allgemeinbevölkerung.

Denkbar wäre, dass überschuldete Privatpersonen einen Antrag auf Härtefallregelung bei ihrer Krankenversicherung mit Hilfe ihrer Betreuer, z. B. Schuldnerberater oder Arbeitslosenberater, stellen bzw. bei der Genehmigung eines Privatinsolvenzverfahrens automatisch die Härtefallregelung für die Befreiung von Zuzahlungen gilt.

Die Ergebnisse der ASG-Studie stehen konträr zu den bisherigen Untersuchungen bezüglich der Effekte des Zuzahlungssystems, die von keiner Ausgrenzung einzelner Bevölkerungsgruppen im deutschen Gesundheitswesen durch z. B. die Praxisgebühr berichten⁴⁴⁻⁴⁷. Bereits in den 70er und 80er Jahren zeigte eine große amerikanische Studie, dass eine Benachteiligung der unteren sozialen Schichten bei der Einführung

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



von Zuzahlungssystemen im Gesundheitswesen zu verzeichnen ist ⁴⁸⁻⁵⁵. Auch zeigt die Praxis in Deutschland die Benachteiligung von Armutgruppen auf, so wurde bereits in einem Pilotversuch die verbilligte Versorgung verarmter Menschen in Stuttgart mit rezeptfreien Arzneimitteln im Rahmen der Schwäbischen Tafel e. V. initiiert.

Aus sozialmedizinischer Sicht sollten Zuzahlungen für Armutgruppen und insbesondere für solche mit chronischen Erkrankungen und Beschwerden in Deutschland gestrichen werden ^{48,50-52,54,55}. Solange dies nicht durchgeführt wird, müssen Armutgruppen mit besonderer Aufmerksamkeit untersucht werden und Maßnahmen getroffen werden, dass diese keine systematischen Benachteiligungen erfahren.

Mit der ASG-Studie konnte aufgezeigt werden, dass epidemiologische Forschung auch mit einem solch schwer belasteten Armutskollektiv wie dem der überschuldeten Privatpersonen möglich ist. Die Ergebnisse müssen jedoch im Hinblick auf Selektionsverzerrungen diskutiert werden, da nicht sämtliche Klientinnen und Klienten der Schuldnerberatungsstellen an der Studie teilnehmen wollten oder konnten. Auch wenn im Vergleich zur Landesstatistik der Schuldnerberatungsstellen in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2006 Abweichungen im Migrationshintergrund und – punktuell und geringfügig – im Familienstatus sowie in der Schuldenhöhe auftreten, ist es denkbar, dass vermehrt kranke Klienten an der Befragung teilgenommen haben, um ihrer Lebenslage Ausdruck zu verleihen. Dies könnte eine Erhöhung der Erkrankungsprävalenz verursacht haben. Auch ist es möglich, dass gerade schwerkranke Personen nicht an der Studie teilgenommen haben, um weitere Belastungen von sich abzuwenden. Dies wiederum hätte zur Folge gehabt, dass die realen Krankheitsprävalenzen höher liegen als die aufgezeigten. Nach mündlichen Stellungnahmen der Schuldnerberater ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass ein gewisser Klientenanteil nicht in der Lage ist, zu schreiben oder zu lesen bzw. nicht die Fähigkeit besitzt, sich länger als wenige Minuten auf eine einzige Tätigkeit zu konzentrieren. Da dies jedoch notwendig ist, um an einer schriftlichen Befragungsstudie teilzunehmen, ist zu folgern, dass Randgruppen innerhalb der Gruppe der überschuldeten Privatpersonen existieren, die nicht an der Studie teilgenommen haben.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Die ASG-Studie ist eine reine Befragungsstudie, die anhand von medizinischer und psychologischer Untersuchungen ergänzt werden sollte, um das bedeutende Ausmaß der Krankheiten verifizieren zu können. Auch wenn noch weiterer Forschungsbedarf besteht, um die Multikausalität der Erkrankungen von überschuldeten Privatpersonen und die Gesundheitssystemdefizite im Hinblick auf die Überschuldungsproblematik detaillierter verstehen zu können, so stellt sich doch bereits jetzt deutlich dar, dass dringender Handlungsbedarf für eine kostenlose medizinische und psychologische Betreuung der Betroffenen besteht, in Ergänzung zu der – zumindest in Rheinland-Pfalz – gut strukturierten Schuldnerberatung.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



6. Ausblick

Überschuldung von Privatpersonen ist ein mehrdimensionales Problem, das den Betroffenen und die an ihn finanziell gebundenen Angehörigen, wie Ehepartner und Kinder, stark beeinträchtigen kann. Eine defizitäre Gesundheitslage sowie eine reduzierte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und ein sich negativ veränderndes gesundheitsrelevantes Verhalten auf Grund der finanziellen Not konnte bei den Betroffenen durch die ASG-Studie nachgewiesen werden.

Zur Sicherung der sozialen Gerechtigkeit und auch aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus, ist es unabdingbar, den überschuldeten Privatpersonen und dessen Haushaltsmitgliedern durch interdisziplinäre Interventionen Unterstützung zu gewähren, um die prekäre Lebenslage überwinden zu können. Ansatzpunkte sind in verschiedenen Bereichen gegeben:

1) **Prävention in Kindheit und Jugend**

Prävention zur Vermeidung von finanziellen Problemen

Zur Reduzierung von wirtschaftlichen Planungsdefiziten, misslichen Bürgschaftsverträgen und weiteren handlungsdefizitären Gründen der Überschuldung sollten Präventionsprogramme zum richtigen Umgang mit Geld und Vertragsbedingungen bereits in den Schulen implementiert werden. Aus wirtschaftspädagogischer Sicht scheint jedoch eine vorwiegend auf deklaratives Wissen ausgelegte Vermittlung nicht hinreichend. Es müssen Kompetenzen zum Umgang mit Geld und insbesondere der Entwicklung von Problembewältigungsstrategien aufgebaut werden.

Prävention zur Vermeidung von Krankheiten

Kinder und Jugendliche von überschuldeten Privatpersonen sind besonders zu schützen, hierzu ist Forschungsbedarf gegeben.

Ernährung und Ausbildung müssten unabhängig von den nicht vorhandenen finanziellen Ressourcen der Eltern gewährleistet sein. Kostenreduzierte/-freie Schulspeisungen und Lehrmittelfreiheit für Armutgruppen – wie die der Kinder von überschuldeten Privathaushalten – sollten ohne Stigmatisierung ermöglicht werden.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



2) Prävention im Erwachsenenalter

Prävention von Überschuldung und Krankheit

Sozial ausgerichtete Schuldnerberatungsstellen sind notwendig, um das Sozialstaatsprinzip zu gewährleisten. Für die künftige Arbeit der Schuldnerberatung ist es wichtig, dass die Vorschriften der momentan in der Überarbeitung befindlichen Insolvenzordnung, die voraussichtlich frühestens im Herbst 2008 in Kraft treten wird, einen verlässlichen und langfristigen Rahmen für ihre Arbeit geben. Die Insolvenzordnung trat 1999 in Kraft, wurde dann 2001 erstmals überarbeitet. In den Jahren 2004 und 2006 setzte der Gesetzgeber zu einer weiteren Überarbeitung an. Um der Arbeit der Schuldnerberatung Stabilität zu ermöglichen, ist diesmal von einer Übergangslösung abzusehen. Gleichfalls gilt es die Finanzierung der Schuldnerberatung langfristig zu gewährleisten, um die Erfüllung der übertragenen Aufgaben sicher zu stellen. Hier sind insbesondere die Bundesländer aufgerufen, ihrer Verantwortung nachzukommen.

Weitergehend sollte die Betreuung durch die Schuldnerberaterinnen und Schuldnerberater auf den Einzelfall ausgerichtet werden können, so dass Zeit- und Entwicklungsmöglichkeiten im Beratungsgespräch bestehen. Um nachhaltige Wirkung erzielen zu können, sollte die grundlegende Aufarbeitung der Überschuldungsproblematik in all ihren Dimensionen möglich sein. Im Hinblick auf die steigende Anzahl an überschuldeten Privathaushalten in Deutschland und dem damit verbundenen ansteigenden Beratungsbedarf muss auch der Arbeitsbelastung der Schuldnerberaterinnen und Schuldnerberater besonders bedacht werden. Unterstützung durch z. B. Erweiterung der personellen Mittel kann zum Erhalt der Leistungsfähigkeit der Schuldnerberaterinnen und Schuldnerberater beitragen.

Gesundheitsbezogene Präventionsprogramme für überschuldete Privatpersonen sollten entwickelt werden, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, den Erkrankungen und der finanziellen Notlage entgegenwirken zu können. Zu betonen ist, dass nicht nur der überschuldete Bürger, sondern auch dessen Angehörige und Freunde

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



von der Tabusituation der Überschuldung sowie von der gesundheitlichen, psychischen wie physischen Destabilisierung negativ beeinflusst werden können. Stressbewältigungsprogramme können ebenfalls Schaden abwehren.

3) Prävention durch Systemveränderungen

Zusätzlich sollten Regelungen im deutschen Gesundheitswesen getroffen werden, die eine Ausgrenzung der Armutsguppe der Überschuldeten aus der medizinischen Versorgung verhindern. Ohne bürokratischen Aufwand müssen Zuzahlungen bei Arztbesuchen und Arzneimittelkauf für die Gruppe der zahlungsunfähigen Personen wegfallen.

Generell sollten zur Sekundärprävention zum einen Schuldnerberater auf ein Erkennen von Anzeichen einer psychischen oder physischen Gesundheitsdestabilisierung der Klienten geschult werden, zum anderen müssten parallel dazu medizinische und psychologische Beratungsstellen mit Untersuchungs- und Therapieangeboten für diese Klientel geschaffen werden. Zu entwickelnde Therapieangebote, die eine soziale und berufliche Wiedereingliederung ermöglichen, sind notwendig.

Es kann nicht allein Aufgabe der Schuldnerberatungsstellen sein, den Betroffenen zu helfen. Sozialmedizinische und psychosoziale Betreuung müsste ebenfalls implementiert werden, um das verfassungsmäßig verbürgte Sozialstaatsprinzip in Art. 20 I GG („Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“) umzusetzen.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



7. Zusammenfassung

Innerhalb des Exzellenzclusters „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ des Landes Rheinland-Pfalz konnte das Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz eine sozialmedizinische Studie an überschuldeten Privatpersonen durchführen. In der ASG-Studie (Armut, Schulden und Gesundheit) wurden mit einer Teilnahmerate von 35,5% insgesamt 666 Klientinnen und Klienten von Schuldnerberatungsstellen in Rheinland-Pfalz schriftlich zum Gesundheitszustand, zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und zur sozioökonomischen Lage, sowie zu Struktur und Veränderungen von sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung befragt.

Die Befunde der ASG-Studie verweisen, am Beispiel von Rheinland-Pfalz, auf prekäre Lebens- und Gesundheitslagen von überschuldeten Privatpersonen sowie auf eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch diese Personengruppe. 8 von 10 überschuldeten Personen der ASG-Studie geben an, krank zu sein, wobei psychische Erkrankungen mit 40,5% am häufigsten genannt wurden. Die Überschuldungssituation stellt nicht nur für die Betroffenen selbst eine immense Belastung dar, sondern darüber hinaus für dessen soziale Netzwerke. Jeder zweite Betroffene berichtet davon, dass sich Freunde und/oder Familie auf Grund der finanziellen Notlage zurückgezogen haben. Besonders hoch ist dabei der Anteil an psychisch Erkrankten mit 58,7% unter denjenigen, deren Kontakte zu Freunden und zur Familie auf Grund der Schuldensituation zurückgegangen sind. Zu dem defizitären Gesundheitszustand der überschuldeten Privatpersonen kommt das Problem der geringeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen auf Grund der finanziellen Notsituation. Mehr als jede zweite überschuldete Privatpersonen in der ASG-Studie berichtet davon, aus Geldmangel vom Arzt verschriebene Medikamente nicht gekauft (65,2%) oder aber Arztbesuche unterlassen zu haben (60,8%), da sie die nötigen finanziellen Mittel für die Zuzahlungen nicht aufbringen konnte.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Die Problemsituation überschuldeter Personen ist vielschichtig. Neben der finanziellen Not, dem defizitären Gesundheitsstatus und mangelhafter sozialer Unterstützung sehen sich nicht wenige Betroffene zusätzlich der Bedrohung ihres Arbeitsplatzes auf Grund der Schuldsituation ausgesetzt. 21,4% der Erwerbstätigen befürchten, dass ihr Arbeitsplatz durch die finanzielle Notlage bedroht ist. Daneben besteht bei 45,6% der befragten Arbeitslosen die besondere Schwierigkeit, als von Überschuldung Betroffener einen Arbeitsplatz zu finden. Erschwerend kommt dabei hinzu, dass gerade erkrankte Personen ein nahezu doppelt so hohes Risiko aufweisen, von Arbeitsplatzbedrohung betroffen zu sein.

Insgesamt ist eine Veränderung der Lebensgewohnheiten der Betroffenen festzustellen. Beachtet werden sollte dabei besonders, dass sich jeweils ungefähr jeder zweite infolge der Überschuldungsproblematik weniger gesund ernährt und zudem weniger sportlich aktiv ist. Darüber hinaus führt die besondere Belastungssituation der überschuldeten Privatpersonen offensichtlich auch zu einer häufigen Einnahme von Beruhigungsmitteln. Nahezu jeder fünfte Betroffene räumt den vermehrten Konsum solcher Medikamente ein.

Die Ergebnisse der ASG-Studie legen den eindeutigen Schluss nahe, dass es sich bei der Überschuldungsproblematik nicht ausschließlich um ein ökonomisches oder juristisches Problem des betroffenen Individuums handelt, sondern dass gerade gesundheitliche und soziale Probleme dominieren und eine Einschränkung insbesondere bei der gesundheitlichen Versorgung vorliegt.

Um der Überschuldungsproblematik wirksam entgegenzutreten, sind interdisziplinäre Präventionsprogramme nötig, die auf den verschiedenen beteiligten Ebenen greifen und dem Lebensalter der Betroffenen entsprechend ausgerichtet sind. Wichtige Interventionen, die Teil eines Maßnahmenbündels sein müssten, wären zum einen, die Schuldnerberater auf das Erkennen von Anzeichen einer psychischen oder physischen Gesundheitsdestabilisierung der Klientinnen und Klienten hin zu schulen und zum anderen, parallel dazu, medizinische und psychologische Beratungsstellen mit Untersuchungs- und Therapieangeboten für dieses Klientel zu implementieren.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Die zentrale Aufgabe in der Zukunft wird es sein, die Hilfestellungen der Schuldnerberatungsstellen für die Betroffenen durch medizinische und psychologische Betreuung zu unterstützen und zu ergänzen, um das verfassungsmäßig verbürgte Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 I GG zu verwirklichen.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



8. Literaturverzeichnis

1. Alber J, Fahey T. Perceptions of Living Conditions in an Enlarged Europe (Report). European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition 2004.
2. BMAS. Lebenslagen in Deutschland. Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001.
3. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. 2005.
4. Helmert U, Mielck A, Shea S. Poverty, health, and nutrition in Germany. *Rev Environ Health* 1997;12(3):159-70.
5. Helmert U, Mielck A, Shea S. Poverty and health in West Germany. *Soz Präventivmed* 1997;42(5):276-85.
6. Knopf H, Ellert U, Melchert HU. [Social class and health]. *Gesundheitswesen* 1999;61 Spec No:S169-77.
7. Lampert T, Thamm M. [Social inequality and smoking behavior in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2004;47(11):1033-42.
8. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997;349(9066):1655-9.
9. Marmot M. Economic and social determinants of disease. *Bull World Health Organ* 2001;79(10):988-9.
10. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365(9464):1099-104.
11. Marmot M, Bobak M. International comparators and poverty and health in Europe. *Bmj* 2000;321(7269):1124-8.
12. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Socioeconomic status and disease. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1991;37:113-46.
13. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death-specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984;1(8384):1003-6.
14. BZgA, Aufklärung BfG. Strategies to reduce health inequalities. Cologne 2003.
15. Bundesministerium, Justiz f. Insolvenzordnung. 1999.
16. Hess, Weis, Wienberger. Kommentar zur Insolvenzordnung, Band 1; 2. Aufl. vor § 286 Rz. 1, S. 2261. 2000.
17. Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mullan JT. The stress process. *J Health Soc Behav* 1981;22(4):337-56.
18. Price RH, Choi JN, Vinokur AD. Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *J Occup Health Psychol* 2002;7(4):302-12.
19. Ziglio E. Gesundheitssysteme stellen sich der Armut. Kopenhagen, 2003.
20. Keupp H, Weber K. Psychologie – ein Grundkurs. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 2001.
21. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003, 14. November 2003.*
22. Amick BC, 3rd, Kawachi I, Coakley EH, Lerner D, Levine S, Colditz GA. Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. *Scand J Work Environ Health* 1998;24(1):54-61.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



23. Catalano R, Rook K, Dooley D. Labor markets and help-seeking: a test of the employment security hypothesis. *J Health Soc Behav* 1986;27(3):277-87.
24. Domenighetti G, D'Avanzo B, Bisig B. Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population. *Int J Health Serv* 2000;30(3):477-90.
25. Ferrie JE. Health consequences of job insecurity. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1999;81:59-99.
26. Ferrie JE. Is job insecurity harmful to health? *J R Soc Med* 2001;94(2):71-6.
27. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Martikainen P, Stansfeld SA, Smith GD. Job insecurity in white-collar workers: toward an explanation of associations with health. *J Occup Health Psychol* 2001;6(1):26-42.
28. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Davey Smith G. The health effects of major organisational change and job insecurity. *Soc Sci Med* 1998;46(2):243-54.
29. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld S, Smith GD. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *Bmj* 1995;311(7015):1264-9.
30. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 1998;88(7):1030-6.
31. Ferrie JE, Shipley MJ, Newman K, Stansfeld SA, Marmot M. Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship. *Soc Sci Med* 2005;60(7):1593-602.
32. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(6):450-4.
33. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Smith GD, Marmot M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;57(4):637-46.
34. Statistisches Bundesamt. *Leben in Deutschland — Haushalte, Familien und Gesundheit, Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2006.
35. Statistisches Bundesamt. *Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit — Ergebnisse des Mikrozensus 2005*.
36. Fydrich T., Sommer G., Brähler E. *F-SozU - Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, 2002.
37. Sommer G., Fydrich T. *Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SozU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1989.
38. Löffler I, Rüger H, Ochsmann E, Letzel S, Münster E. Psychische Erkrankung, soziales Netzwerk und finanzielle Notsituation durch Überschuldung. eingereicht in 'Der Nervenarzt' 2007.
39. Münster E, Rüger H, Ochsmann E, Alsmann C, Letzel S. Überschuldung und Gesundheit— sozialmedizinische Erkenntnisse für die Versorgungsforschung. eingereicht in 'Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU)' 2007.
40. Münster E, Rüger H, Ochsmann E, Alsmann C, Letzel S. Überschuldung und Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem – Benachteiligung bei Ausgabenarmut. eingereicht in 'Das Gesundheitswesen' 2007.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



41. Münster E, Rüger H, Ochsmann E, Letzel S. Adipositaspandemie: Armut im Reichtum Überschuldung und Adipositas – finanzielle Knappheit als Teilursache der Adipositaspandemie. eingereicht in 'Deutsche Medizinische Wochenschrift' 2007.
42. Lampert T. Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Blaue Reihe Berliner Zentrum Public Health 2005.
43. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Vol. 2. Auflage Februar 2007, 2006.
44. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt. Pressemitteilung vom 24. Januar 2005, Bonn:ZI 2005.
45. Grabka Markus M., Schreyoegg Jonas, Busse R. Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz - eine empirische Analyse. Discussion Paper 506 2005.
46. Grabka MM, Schreyogg J, Busse R. [The impact of co-payments on patient behavior: evidence from a natural experiment]. Med Klin (Munich) 2006;101(6):476-83.
47. Streich W. Reaktionen auf die Praxisgebühr - was antworten die Betroffenen. Gesundheitsmonitor.
48. Brook RH, Kamberg CJ, Lohr KN, Goldberg GA, Keeler EB, Newhouse JP. Quality of ambulatory care. Epidemiology and comparison by insurance status and income. Med Care 1990;28(5):392-433.
49. Brook RH, Lohr KN. Monitoring quality of care in the Medicare program. Two proposed systems. Jama 1987;258(21):3138-41.
50. Brook RH, Ware JE, Jr., Rogers WH, Keeler EB, Davies AR, Donald CA, Goldberg GA, Lohr KN, Masthay PC, Newhouse JP. Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. N Engl J Med 1983;309(23):1426-34.
51. Keeler EB, Brook RH, Goldberg GA, Kamberg CJ, Newhouse JP. How free care reduced hypertension in the health insurance experiment. Jama 1985;254(14):1926-31.
52. Keeler EB, Sloss EM, Brook RH, Operskaski BH, Goldberg GA, Newhouse JP. Effects of cost sharing on physiological health, health practices, and worry. Health Serv Res 1987;22(3):279-306.
53. Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J, Reboussin D, Newhouse JP. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. Med Care 1986;24(9 Suppl):S1-87.
54. Lohr KN, Kamberg CJ, Keeler EB, Goldberg GA, Calabro TA, Brook RH. Chronic disease in a general adult population. Findings from the Rand Health Insurance Experiment. West J Med 1986;145(4):537-45.
55. Newhouse JP. Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment. Health Aff (Millwood) 2004;23(6):107-13.

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



9. Abbildung- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Schematischer Zusammenhang zwischen Überschuldung und Gesundheit auf individueller Ebene	8
Abbildung 2:	Methodisches Vorgehen der ASG-Studie	14
Abbildung 3:	Geschlechtsverteilung im Gesamtkollektiv der ASG-Studie	23
Abbildung 4:	Altersverteilung der Männer und Frauen der ASG-Studie	24
Abbildung 5:	Familienstand und Schulabschluss	25
Abbildung 6:	Familiensituation nach Männern und Frauen	26
Abbildung 7:	Wege der Probanden zu den Schuldnerberatungsstellen	27
Abbildung 8:	Schuldenhöhe und Schuldendauer	28
Abbildung 9:	Eidesstattliche Versicherung und Privatinsolvenzverfahren	29
Abbildung 10:	Anzahl an Hauptgründern der Überschuldung	31
Abbildung 11:	Übergeordnete Ebenen von Hauptgründen der Überschuldung	33
Abbildung 12:	Erkrankungen bei überschuldeten Privatpersonen nach Männern und Frauen	34
Abbildung 12a:	Erkrankungen bei überschuldeten Privatpersonen nach Männern und Frauen	72
Abbildung 13:	Schuldensituation als Ursache für Krankheit	35
Abbildung 14:	Altersgruppen und psychische Erkrankungen	36
Abbildung 15:	Familiensituation und Psychische Erkrankungen	37
Abbildung 16:	Psychische Erkrankungen und Unterstützung durch soziales Netzwerk	38
Abbildung 17:	Verlust des sozialen Umfeldes und psychische Erkrankungen	39

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Abbildung 18: Reduzierte Inanspruchnahme von verschriebenen Medikamenten	40
Abbildung 19: Reduzierte Inanspruchnahme von Arztbesuchen	40
Abbildung 20: Altersabhängige Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ergebnisse der multivariaten Analyse	42
Abbildung 21: Familiensituationsspezifische Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ergebnisse der multivariaten Analyse	43
Abbildung 22: Insolvenzverfahren spezifische Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – Ergebnisse der multivariaten Analyse	43
Abbildung 23: Risiken der reduzierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit der Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit	44
Abbildung 24: Bedrohung des Arbeitsplatzes bzw. Schwierigkeit einen Arbeitsplatz zu finden	45
Abbildung 25: Risiko der Arbeitsplatzbedrohung in Abhängigkeit des Geschlechts des Vorliegens einer chronischer Erkrankung	46
Abbildung 26: Risiko der Arbeitsplatzbedrohung in Abhängigkeit des Alters	46
Abbildung 27: Risiko der Arbeitsplatzbedrohung in Abhängigkeit der Familiensituation	47
Abbildung 28: Veränderungen im Freundes- und Familienkreis	48
Abbildung 29: Bewertung der Aussage „Ich spare bei meinen Kindern“	49
Abbildung 30: Zustimmung zur Aussage „Ich kann mir frühere Aktivitäten nicht mehr leisten.“	50
Abbildung 31: Zustimmung zur Aussage „Ich bin aus Vereinen ausgetreten“	50
Abbildung 32: Derzeitiger Umfang an sportlichen Aktivitäten	51
Abbildung 33: Veränderung von positiven Lebensgewohnheiten auf Grund der Schuldsituation	52
Abbildung 34: Derzeitige Rauchgewohnheiten	53

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin



Abbildung 35:	Veränderung hinsichtlich negativer Lebensgewohnheiten auf Grund der Schuldensituation	54
Tabelle 1:	Hauptgründe für die Überschuldung	30
Tabelle 1a:	Prävalenz der „Zuzahlungsdefizite“ in Abhängigkeit sozio-ökonomischer Charakteristika	73
Tabelle 2a:	Prävalenz der „Zuzahlungsdefizite“ in Abhängigkeit der Schuldensituation	74
Tabelle 3a:	Prävalenz der „Zuzahlungsdefizite“ in Abhängigkeit von Gesundheit	75

Fachbereich Medizin

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin

Anhang

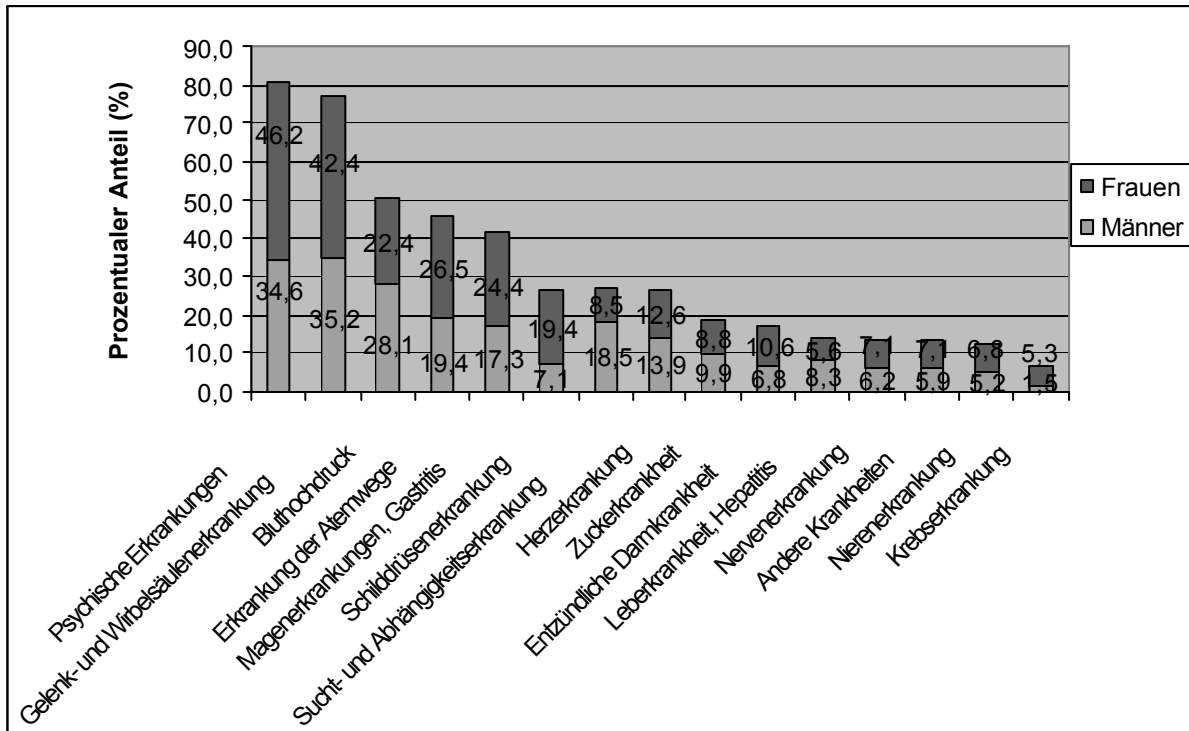


Abbildung 12a: Erkrankungen bei überschuldeten Privatpersonen nach Männern (n=324) und Frauen (n=340)