

GESUNDHEITSREPORT 2018

VERWEHRTES RECHT AUF GESUNDHEIT

Krank und ohne medizinische
Versorgung in Deutschland



DANKSAGUNG

Dieser Bericht konnte nur realisiert werden, weil zahlreiche Menschen daran mitgewirkt und viel Mühe und Zeit darauf verwendet haben. Ihnen allen gebührt an dieser Stelle unser herzlichster Dank!

Ganz besonders bedanken möchten wir uns

- bei unseren Patient*innen, die sich bereiterklärt haben, unsere Fragen offen zu beantworten, und uns so einen tiefen Einblick in ihr Leben gewährt haben,
- bei den vielen ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen und hauptamtlichen Kolleg*innen aus den Projekten für ihren unermüdlchen Einsatz und ihre großartige Arbeit,
- bei unseren Partnern Medizin Hilft e. V., Ambulante Hilfe e. V. und hoffnungsorte hamburg, die in unseren gemeinsamen Projekten in Berlin, Stuttgart und Hamburg unsagbar viel leisten und mit denen wir sehr gut und sehr gerne zusammenarbeiten,
- bei der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Universität München, ohne deren Unterstützung bei der Datenanalyse und der inhaltlich-konzeptionellen Vorarbeit dieser Bericht nicht zustande gekommen wäre,
- bei allen, die darüber hinaus auf unterschiedlichste Weise zu diesem Bericht beigetragen haben.

Finanziell unterstützt wird dieser Bericht durch das Europäische Programm für Integration und Migration (EPIM), eine gemeinschaftliche Initiative des Network of European Foundations (NEF). Außerdem wird die Publikation im Rahmen des Projektes „Gesundheitsversorgung für alle“ durch die SKala-Initiative gefördert. SKala ist eine Initiative der Unternehmerin Susanne Klatten in Partnerschaft mit dem gemeinnützigen Analyse- und Beratungshaus PHINEO. SKala fördert bis zum Jahr 2020 etwa 100 gemeinnützige Organisationen mit insgesamt bis zu 100 Millionen Euro in den Bereichen Inklusion und Teilhabe, Engagement und Kompetenzförderung, Brücke zwischen den Generationen sowie Vergessene Krisen. Unterstützt werden ausschließlich Organisationen, die gegenüber PHINEO eine große soziale Wirkung nachgewiesen haben. Vielen Dank für die Unterstützung und das entgegengebrachte Vertrauen.

Hinweis: Dieser Bericht und darin geäußerte Standpunkte spiegeln die Meinung von Ärzte der Welt wider und repräsentieren nicht notwendigerweise die Position des EPIM, des NEF oder ihren Partnerstiftungen, des Klinikums der Universität München (LMU), der SKala-Initiative sowie der Kooperationspartner von Ärzte der Welt. Die Verantwortung für die in diesem Bericht enthaltenen Informationen und Ansichten liegt ausschließlich bei Ärzte der Welt. Ärzte der Welt übernimmt keine Verantwortung für jegliche Nutzung der darin enthaltenen Informationen.



Ärzte der Welt Deutschland: Die humanitäre Organisation Médecins du Monde wurde 1980 in Frankreich gegründet. 15 Sektionen auf drei Kontinenten bilden mittlerweile ein unabhängiges internationales Netzwerk, das sich weltweit sowie im jeweils eigenen Land für die medizinische Versorgung von benachteiligten Menschen engagiert. Politisch setzen wir uns dafür ein, dass das Menschenrecht auf einen bezahlbaren Zugang zu Gesundheitsversorgung verwirklicht wird. In 75 Ländern führt Ärzte der Welt rund 340 Gesundheitsprojekte durch. Ärzte der Welt e. V. ist die deutsche Sektion des Netzwerks und wurde im Jahr 2000 gegründet.



INHALT

DANKSAGUNG	2
EINLEITUNG	4
ZAHLEN AUF EINEN BLICK	6
GESETZLICHER UND POLITISCHER KONTEXT: GLEICHES RECHT FÜR ALLE?	8
Wer nicht ausreichend versorgt ist	8
DAS INLANDSPROGRAMM VON ÄRZTE DER WELT	11
METHODIK	12
Datenerhebung	12
Datenauswertung	12
Datenqualität	12
DIE PATIENT*INNEN VON ÄRZTE DER WELT: ANALYSE-ERGEBNISSE IM DETAIL	13
Wer das Angebot in den Anlaufstellen in Anspruch nahm	13
SOZIALE EINFLUSSFAKTOREN: WIE LEBENSVERHÄLTNISSE KRANK MACHEN KÖNNEN	15
Sozioökonomische Faktoren	15
Politisch-rechtliche Faktoren	17
Psychosoziale Faktoren	18
BARRIEREN: WAS DEN ZUGANG VERHINDERT	20
Versicherungsstatus	20
Kosten und Bürokratie, Unwissen und Sprache	20
Verzicht und Diskriminierung	21
GESUNDHEITSTATUS: WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST	22
Subjektive Gesundheit	22
Diagnosen und Krankheitsbilder	22
Mutter-Kind-Gesundheit	23
SCHLUSSFOLGERUNGEN: KONSEQUENZEN DES VERWEHRTEN RECHTS FÜR INDIVIDUUM UND GESELLSCHAFT	26
EMPFEHLUNGEN UND FORDERUNGEN	27
LITERATURNACHWEISE UND ERLÄUTERUNGEN	30

EINLEITUNG

Viele Menschen in Deutschland haben keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem. Laut Erhebungen des Statistischen Bundesamtes sinkt zwar die offizielle Zahl der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz seit Einführung der Versicherungspflicht – 2015 waren es 80.000 gegenüber 128.000 im Jahr 2011.¹ Die Dunkelziffer ist jedoch weitaus höher. Ärzte der Welt schätzt, dass Hunderttausende keinen ausreichenden Zugang zu medizinischen Leistungen haben. Zweifellos verfügt Deutschland über ein hochentwickeltes Gesundheitssystem und qualitativ hochwertige Gesundheitsleistungen. Allerdings sind diese sehr teuer und privat kaum bezahlbar. Folglich bleibt Menschen ohne Krankenversicherung der Zugang faktisch verwehrt. Sie laufen Gefahr, akute Erkrankungen unbehandelt zu lassen oder notwendige Behandlungen aufzuschieben.

In den Projekten von Ärzte der Welt in Hamburg, Stuttgart, München und Berlin wird sichergestellt, dass auch diese Menschen medizinisch versorgt und bedarfsorientiert beraten werden.

Der vorliegende Bericht zeigt eine wissenschaftliche Auswertung von Daten unserer Patient*innen, die während der Sprechstunden in den Anlaufstellen in München, Hamburg und Berlin erhoben wurden. Diese Daten geben einen Überblick über Soziodemografie, Lebensumstände, erlebte Barrieren und den Gesundheitszustand der befragten Patient*innen. Die statistische Datenanalyse erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Universität München.

Die Analyse hilft uns dabei, die Bedarfe der Zielgruppen und ihre Problemlagen besser zu verstehen und unser Angebot darauf abzustimmen. Darüber hinaus sind die pseudonymisierten Daten die Grundlage für die politische und öffentlichkeitswirksame Arbeit. Die Patient*innen haben dieser Nutzung ihrer Daten zugestimmt. Viele sind darüber hinaus bereit, ihre Fallgeschichten zur Verfügung zu stellen.

”
**Gesundheit ist
nicht alles,
aber ohne
Gesundheit ist
alles nichts.**
“

Arthur Schopenhauer

Die untersuchten Zielgruppen finden bei bundesweiten statistischen Erhebungen zur medizinischen Versorgung kaum Berücksichtigung, da sie durch fehlende Meldeadressen oder Sprachbarrieren für derartige Studien nicht erreichbar sind. Deshalb stellen die vorliegenden Daten einen einzigartigen Fundus in der deutschen Versorgungslandschaft dar.

Mit diesem Bericht weist Ärzte der Welt auf konkrete Lücken und Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung im deutschen Gesundheitssystem hin, macht Einzelschicksale sichtbar und zeigt politische Handlungsbedarfe auf. Darüber hinaus sollen die für den Bericht wissenschaftlich erhobenen und aus-

gewerteten Daten politischen Entscheidungsträger*innen, Akteur*innen aus der Wissenschaft und dem Gesundheitswesen sowie anderen Vereinen und Wohlfahrtsverbänden zugänglich gemacht werden, um so zu einer verbesserten Versorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen beizutragen.

Der diskriminierungsfreie Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht. Als humanitäre Organisation veröffentlichen wir auch deshalb Daten über unsere Patient*innen, um darauf hinzuwirken, dass Deutschland seiner Pflicht nachkommt, dieses Recht für alle im Land lebenden Menschen zu verwirklichen.

In Stuttgart fährt der Behandlungsbus von Ärzte der Welt und Ambulante Hilfe öffentliche Plätze an und bietet Menschen in Krisensituation einen Zugang zu medizinischer Grundversorgung. ›



ZAHLEN AUF EINEN BLICK



Patient*innen

1.096 Personen -

davon 619 Unionsbürger*innen, 390 Drittstaatsangehörige und 83 deutsche Staatsangehörige - wurden 2017 in den Anlaufstellen von Ärzte der Welt behandelt und beraten.

Darunter befanden sich **205 Kinder und Heranwachsende** unter 20 Jahren.



Lebensumstände

96,3 % aller Patient*innen lebten unter der Armutsgrenze.

Nur **15,5 %** lebten in einer eigenen Wohnung;

13,8 % gaben an, obdachlos zu sein.

23,8 % sahen ihre Wohnverhältnisse als gesundheitsgefährdend an.

51,4 % berichteten, dass sie „nie“ oder nur „manchmal“ emotionale Unterstützung haben, die ihnen Hilfe und Vertrauen bietet.



Versicherungsstatus

Insgesamt hatten **66,0 %** aller Patient*innen keinen Versicherungsschutz und weitere **13,2 %** lediglich Zugang zu eingeschränkten medizinischen Leistungen.

68,8 % der unter Fünfjährigen hatten keinen Krankenversicherungsschutz und somit keinen Zugang zu regulären medizinischen Leistungen.



Barrieren

Die drei am häufigsten genannten Barrieren beim Zugang zu medizinischer Versorgung waren:
„Arztbesuch zu teuer“ (**40,8 %**), „Medikamente zu teuer“ (**31,3 %**) und
„Administrative Probleme“ (**22,1 %**).



Verzicht und Diskriminierung

51,0 % aller Patient*innen und **71,7 %** der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus verzichteten darauf, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

17,7 % aller Patient*innen und **29,9 %** der obdachlosen Menschen fühlten sich durch eine*n Gesundheitsdienstleister*in diskriminiert.



Gesundheitsstatus

33 % aller Patient*innen und **48,7 %** der obdachlosen Menschen empfanden ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Die am häufigsten gestellten Diagnosen betrafen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (**17,8 %**), des endokrinen Systems/ Stoffwechsels/ der Ernährung (**10,91 %**) und muskuloskelettale Erkrankungen (**10,29 %**).



Schwangerschaftsvorsorge

Unter den **393 Patientinnen** waren **88 schwangere Frauen**.

Bei der Erstvorstellung befanden sie sich im Mittelwert in der 16. Schwangerschaftswoche.

64,8 % der Frauen hatten davor noch keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung.

GESETZLICHER UND POLITISCHER KONTEXT: GLEICHES RECHT FÜR ALLE?

„Jeder Mensch hat das Recht auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ – so heißt es im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (UN), der seit 1976 auch für Deutschland rechtsverbindlich ist. Der deutsche Staat hat sich damit verpflichtet, die notwendigen Gesundheitsdienste für alle in Deutschland lebenden Menschen diskriminierungsfrei zugänglich zu machen.

Grundsätzlich sind Arbeitnehmer*innen und Menschen, die Leistungen vom Jobcenter oder vom Sozialamt erhalten, sowie ihre Familienangehörigen durch die gesetzliche Krankenversicherung versichert. Menschen mit hohem Einkommen sowie Selbstständige und Beamte können sich privat versichern. Für Bedürftige, die nicht anderweitig abgesichert sind, sieht das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) zudem „Hilfen zur Gesundheit“ im Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen vor.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass trotzdem viele Menschen in Deutschland im Krankheitsfall nicht ausreichend abgesichert sind und daher nicht die medizinische Versorgung erhalten, die sie benötigen. Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen kein akuter Notfall vorliegt. Im Notfall sind alle Ärzt*innen verpflichtet, Hilfe zu leisten, auch wenn die Kostenübernahme nicht geklärt und nicht immer gewährleistet ist. Menschen ohne oder mit eingeschränktem Versicherungsschutz anderweitige medizinische Leistungen zu gewähren, liegt häufig im Ermessen von Sachbearbeiter*innen der jeweiligen Behörde oder Krankenversicherung und beruht damit nicht auf Einschätzungen von medizinisch geschultem Personal.

Wer nicht ausreichend versorgt ist

Zu den nicht ausreichend abgesicherten Menschen gehören vor allem folgende Personengruppen:

Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden bei einer Krankenversicherung: Unversicherte haben keinen Anspruch auf Kostenübernahme bei medizinischen Leistungen. Solange Beitragsrückstände bestehen, haben Versicherte lediglich Anspruch auf einen reduzierten Umfang an Leistungen. Oft häufen sich nach langen Nichtversicherungszeiten oder bei versäumter Zahlung große Schulden-

summen an, sodass die Betroffenen über einen längeren Zeitraum nicht ausreichend versorgt werden. Geringverdienende Selbstständige, Senior*innen mit niedriger Rente oder arbeitslose Menschen können ihre Beiträge für die Krankenversicherung oftmals nicht bezahlen. Das kann unter anderem daran liegen, dass sie keinen Anspruch auf Grundsicherung im Alter, Arbeitslosengeld oder andere Sozialleistungen haben. Die gesetzlichen Krankenversicherungen verzeichneten im Januar 2018 einen Höchststand von 8,21 Milliarden Euro an Beitragsrückständen von Selbstzahler*innen.² Kinder, deren Eltern keine Krankenversicherung haben, sind ebenfalls betroffen und haben keinen Zugang zu medizinischer Versorgung.

Migrant*innen aus EU-Mitgliedsstaaten können sich zwar meist aufgrund der sogenannten Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der EU legal in Deutschland aufhalten, aber viele von ihnen haben dennoch keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsversorgung. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt sollte eigentlich die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) eine Versorgung mit den Gesundheitsleistungen sicherstellen, die sich während des Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen. Oft ist eine EHIC jedoch nicht vorhanden, weil im Heimatland keine Versicherung besteht, die EHIC im Herkunftsland nicht ausgestellt wurde, abgelaufen ist oder in den Arztpraxen nicht akzeptiert wird. Besteht ein „gewöhnlicher Aufenthalt“³ in Deutschland, unterliegen Unionsbürger*innen der Krankenversicherungspflicht. In der Realität können sich viele die Beiträge jedoch nicht leisten, oder die Krankenkassen lehnen eine Aufnahme ab. Nicht erwerbstätigen EU-Bürger*innen, die weniger als fünf Jahre in Deutschland gemeldet sind, stehen seit dem Erlass des „Gesetzes zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“ (Leistungsausschlussgesetz) vom 22. Dezember 2016 auch keine Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII mehr zu. Stattdessen können sie einmal innerhalb von zwei Jahren für maximal einen Monat sogenannte Überbrückungsleistungen bekommen. Diese beinhalten auch eingeschränkte Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen. Anschließend besteht – selbst in Notfällen – keinerlei Anspruch auf die Erstattung von Kosten für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Medikamente.



Aktion vor dem europäischen Patentamt gegen den Missbrauch von Patenten auf lebensrettende Medikamente, München

Menschen, die im Asylverfahren sind oder mit einer Duldung in Deutschland leben, haben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylBLG) in den ersten 15 Monaten nur Anspruch auf die Kostenerstattung für reduzierte medizinische Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt. Darüber hinausgehende Leistungen, zum Beispiel für die Behandlung mancher chronischer Krankheiten, müssen im Einzelfall in oft langwierigen Verfahren beantragt werden. Ihre Bewilligung wird in einigen Kommunen auch von der Bleibeperspektive der Antragstellenden abhängig gemacht. Nach den Bestimmungen im Asylpaket II aus dem Jahr 2015 kann der eingeschränkte Leistungsanspruch auch über die 15 Monate hinaus verlängert werden, wenn der Asylantrag als offensichtlich unbegründet eingeschätzt wird.

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus^{4,5} haben zwar dem Gesetz nach ebenfalls Anspruch auf eingeschränkte Leistungen nach AsylBLG, faktisch haben sie jedoch keinen Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung. Denn wenn sie beim Sozialamt einen Krankenschein beantragen, sind dessen Mitarbeiter*innen nach § 87 des Aufenthaltsgesetzes verpflichtet, sie bei der Ausländerbehörde zu melden. Damit droht die Abschiebung. Lediglich bei einer Notfallversorgung im Krankenhaus wird die Übermittlungspflicht aufgehoben. Viele Men-

schen nehmen daher erst medizinische Hilfe in Anspruch, wenn die Krankheit schon weit fortgeschritten beziehungsweise zu einem Notfall geworden ist. Die Übermittlungspflicht gilt selbst für schwangere Frauen, die somit de facto keinen Zugang zu Schwangerschafts- und Geburtsvorsorge haben. Ausschließlich die Entbindung kann im Krankenhaus als Notfallversorgung vorgenommen werden.⁶

Die aktuelle politische Debatte zum Thema Migration führt zunehmend zu Abschottung und Ausgrenzung. So wurden die Bedingungen, unter denen gesundheitliche Gründe eine Abschiebung verhindern, im Asylpaket II von 2016 deutlich verschärft. Der vom Bundesinnenministerium im Juli 2018 veröffentlichte „Masterplan zur Ordnung, Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung“ sieht erhebliche Verschlechterungen im Zugang zu Gesundheitsdiensten für Asylsuchende vor, indem er erneut die Verlängerung der Bezugsdauer von Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz von 15 auf 36 Monate vorsieht. Im Jahr 2015 war sie auf Drängen des Bundesverfassungsgerichts und aufgrund der Menschenrechtsempfehlungen der UN von 48 auf 15 Monate gekürzt worden.

Diese Regelungen stehen der Verwirklichung des Rechts aller in Deutschland lebenden Menschen auf diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung entgegen.

Unsere Teams in Berlin, Hamburg, München und Stuttgart führen individuelle Sozialberatungen durch ...



... und eröffnen so Zugang zu weiterführender fachärztlicher Versorgung, dem regulären Gesundheitssystem und zusätzlichen Unterstützungsangeboten, etwa für Kinder oder Frauen.

DAS INLANDSPROGRAMM VON ÄRZTE DER WELT

Im Rahmen unseres Inlandsprogramms bieten wir in Kooperation mit Partnern medizinische Behandlungen an und eröffnen den Patient*innen durch individuelle Sozialberatungen Zugang zu weiterführender fachärztlicher Versorgung, dem regulären Gesundheitssystem und zusätzlichen Unterstützungsangeboten. Ziel der Projekte ist langfristig die (Re-)Integration aller Patient*innen in die medizinische Regelversorgung. Die Angebote stützen sich auf das Engagement von zahlreichen ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen.

Projekte des Inlandsprogramms

Das Inlandsprogramm besteht aus einzelnen Projekten, die mehrheitlich gemeinsam mit anderen Organisationen durchgeführt werden:

open.med München: Medizinische Anlaufstelle (seit 2006); Erweiterung des Angebots durch mobile Komponente (Behandlungsbus) für Geflüchtete (September 2015 bis Juli 2017) und Menschen in besonders prekären Lebensumständen, wie Wohnungslosigkeit (seit Januar 2017)

MedMobil Stuttgart: Aufsuchende medizinische Versorgung (Behandlungsbus) in Kooperation mit Ambulante Hilfe Stuttgart e. V. (seit 2009)

Migrantenmedizin westend: Medizinische Anlaufstelle in Hamburg in Kooperation mit hoffnungsorte hamburg/Verein Stadtmission Hamburg (Gründung der Anlaufstelle 2011, Kooperation mit Ärzte der Welt seit 2014)

open.med Berlin: Medizinische Anlaufstelle in Berlin in Kooperation mit Medizin Hilft e. V. (seit 2016)

Aufklären und überzeugen

Wichtiger und integraler Bestandteil des Programms ist die Advocacy-Arbeit: Wir informieren politische Entscheidungsträger*innen und die breite Öffentlichkeit über die bestehenden Missstände und setzen uns für strukturelle und nachhaltige Lösungsansätze ein. Denn Erfahrungen mit den Lebenswelten der Zielgruppen und die Arbeit in Gremien und Netzwerken machen immer wieder deutlich, dass der Anspruch, auf politischer und gesellschaftlicher Ebene einen Wandel zu erreichen, nur durch eine begleitende politische und öffentlichkeitswirksame Arbeit durchgesetzt werden kann.



METHODIK

Datenerhebung

Die in diesem Bericht enthaltenen Daten wurden in den Anlaufstellen von Ärzte der Welt in Hamburg, Berlin und München von Januar bis Dezember 2017 erhoben. Während die sogenannten Sozialdaten nur beim ersten Besuch erhoben wurden und somit lediglich eine Momentaufnahme im Leben der Patient*innen darstellen, wurden die medizinischen Daten während der gesamten Behandlungszeit dokumentiert. Die Datenerhebung orientierte sich an einem jährlich aktualisierten Fragebogen des European Network to reduce vulnerabilities in health, in dessen Rahmen seit 2006 jedes Jahr der European Observatory Report⁷ veröffentlicht wird.

Die Patient*innen wurden bei erstmaliger Vorstellung in einem der Projekte zu einem Erstberatungsgespräch eingeladen. Wesentlicher Bestandteil des Erstgesprächs war die Sozialanamnese, die mittels eines teilstrukturierten Interviews anhand eines Fragebogens mit geschlossenen, offenen und halboffenen Fragen durchgeführt wurde. Die Befragung bezog sich neben demografischen und medizinischen Hintergrunddaten auch auf soziale Determinanten der Gesundheit, wie beispielsweise die Wohnsituation oder den Aufenthaltsstatus. Dieses Erstgespräch fand in einem geschützten Raum statt und wurde ausschließlich von hauptamtlichen Mitarbeiter*innen durchgeführt.

Die medizinische Behandlung und Beratung wurde von einem ehrenamtlichen Team, bestehend aus einem Arzt oder einer Ärztin und einer medizinischen Assistenz, durchgeführt und dokumentiert. Hierbei wurde umfassend unter anderem die medizinische Vorgeschichte, der aktuelle medizinische Beratungsanlass, die durchgeführten Untersuchungen, die festgestellten Diagnosen sowie die Medikation erfasst.

Alle Daten wurden im persönlichen Kontakt und bei Bedarf mit der Unterstützung einer Sprachmittlung erhoben und in einer Datenbank durch die Vergabe von laufenden Patient*innennummern pseudonymisiert erfasst.

Datenauswertung

Die exportierten Datensätze im Excel-Format wurden nach Datenbereinigung und Plausibilitätsprüfung in das Datenformat der statistischen Software Stata (Version StataSE 14) überführt. Häufigkeiten anhand der untersuchten Kriterien werden in Anzahlen und Proportionen angegeben. Aufgrund der rein deskriptiven Natur dieses Berichtes und wegen methodischer Besonderheiten wurde auf eine statistische Analyse von Korrelationen verzichtet. Lediglich die direkten Häufigkeiten sowie gegebenenfalls nach Untergruppen differenzierte Häufigkeiten wurden angegeben.

Datenqualität

Alle Daten wurden im Rahmen des regulären Praxisbetriebs der Anlaufstellen gesammelt, wobei die medizinische Versorgung der Patient*innen im Vordergrund stand. Gleichzeitig basiert die Befragung auf Freiwilligkeit. Manche Datensätze sind darüber hinaus nicht vollständig ausgefüllt worden, beispielsweise weil die Patient*innen einzelne Fragen nicht beantworten wollten oder konnten, weil in Ausnahmefällen kein*e Sprachmittler*in anwesend war oder weil ein akuter medizinischer Bedarf eine ausführliche Befragung nicht zuließ. Teilweise war es aufgrund sehr kleiner Fallzahlen sowie großer Diversität bestimmter Kriterien notwendig, Daten zusammenzufassen. Dies wird in den jeweiligen Kapiteln entsprechend angegeben.

Die befragten Patient*innen wurden nicht randomisiert ausgewählt. Stattdessen wurde jede*r Patient*in zu einem Erstgespräch eingeladen und konnte selbst entscheiden, ob und welche Fragen beantwortet wurden.

Die soziodemografischen Daten wurden in der Regel bei Erstkontakt erhoben. Somit muss sich dieser Bericht bei allen Analysen mit Bezug auf soziodemografische Faktoren auf die Personengruppe beschränken, die im Berichtsjahr 2017 erstmalig konsultiert wurde, um hier die Aktualität der Sozialdaten und des Zeitbezugs zu gewährleisten.

DIE PATIENT*INNEN VON ÄRZTE DER WELT: ANALYSE-ERGEBNISSE IM DETAIL

Wer das Angebot in den Anlaufstellen in Anspruch genommen hat

Insgesamt wurden 2017 im Inlandsprogramm von Ärzte der Welt 2.300 Patient*innen in 7.270 Konsultationen beraten und medizinisch versorgt. In den drei Anlaufstellen in Berlin, Hamburg und München waren 1.096 Personen bereit, ihre Daten für die wissenschaftliche Auswertung zur Verfügung zu stellen. Daten ausschließlich dieser Personen fanden Eingang in die Analyse. Im Schnitt nahm eine Person drei medizinische Konsultationen in Anspruch (3.271 Konsultationen insgesamt).

Geschlecht

Die Mehrheit der Patient*innen war weiblich (52,4 %; siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Patientenzahlen in den Anlaufstellen, nach Geschlecht

	weiblich	männlich	keine Angabe	Gesamt
Berlin	90 (42,1 %)	124 (57,9 %)	0	214
Hamburg	224 (60,7 %)	144 (39,0 %)	1 (0,3 %)	369
München	260 (50,7 %)	253 (49,3 %)	0	513
Gesamt	574 (52,4 %)	521 (47,5 %)	1 (0,1 %)	1.096

Angegeben sind Zahlen zu Einzelpersonen. Wiederholte Vorstellungen sind nicht dargestellt.

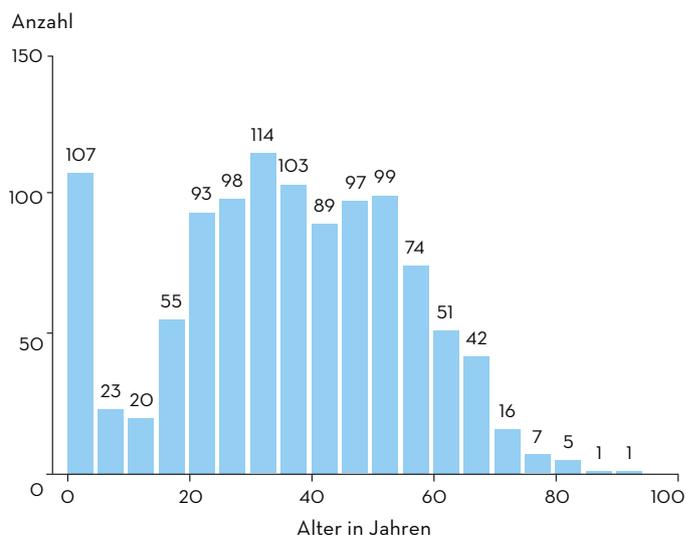
Alter

Die Altersverteilung umfasste alle Altersgruppen, von null bis 90 Jahren (siehe Grafik 1). Das mediane Alter lag bei 36,7 Jahren. Bei 18,7 % (205/1096) der Patient*innen handelte es sich um Kinder und Heranwachsende unter 20 Jahren; 9,8 % (107/1096) der Patient*innen waren unter fünf Jahren. 6,6 % (72/1096) waren über 65 Jahre alt.



Allgemeinmedizinische Sprechstunde in der Anlaufstelle von Ärzten der Welt in München

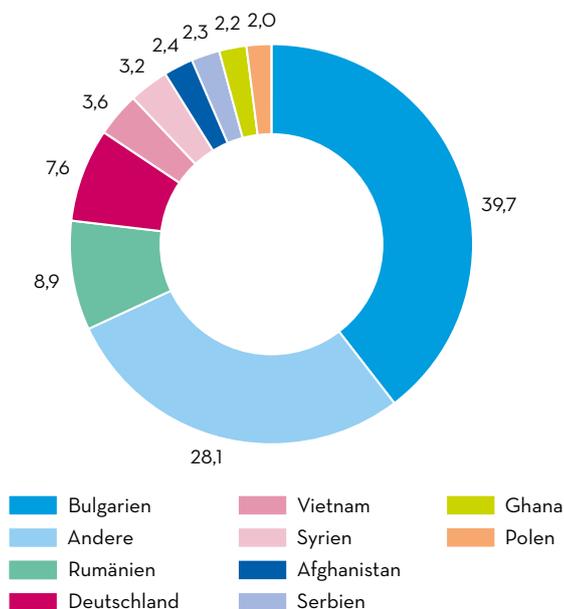
Grafik 1: Altersverteilung der Patient*innen





Ehrenamtliche Ärztinnen mit Kindern in der Berliner Anlaufstelle von Ärzten der Welt und Medizin Hilft

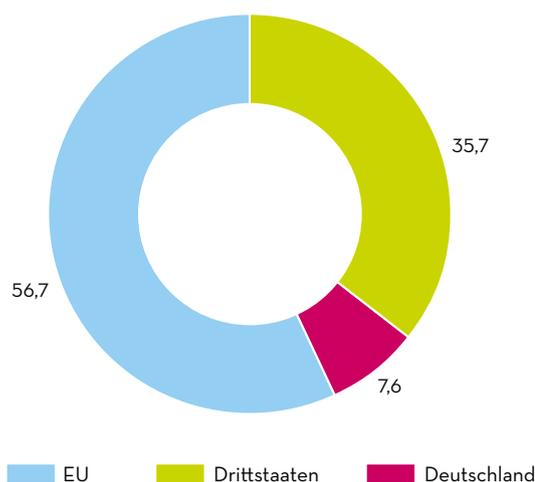
Grafik 2: Herkunft der Patient*innen nach Staaten (in %)



Herkunft

Von den Patient*innen wurden 88 verschiedene Herkunftsländer angegeben (siehe Grafik 2). Das am häufigsten genannte Herkunftsland war Bulgarien mit 435 Nennungen (39,7 %), gefolgt von Rumänien mit 98 Nennungen (8,9 %) und Deutschland mit 83 Nennungen (7,6 %). Werden die Nationalitätsangaben in die folgenden drei Gruppen aufgeteilt, so kamen 619 (56,5%) Bürger*innen aus Ländern der Europäischen Union (außer Deutschland), 390 aus anderen Staaten (im Folgenden als Drittstaatsangehörige bezeichnet, 35,6 %) und 83 deutsche Staatsangehörige (7,6 %) in die Anlaufstellen (Rest: [4/1096] keine Angaben [siehe Grafik 2]).

Grafik 3: Herkunft der Patient*innen nach Nationalitätengruppen



ERSTGESPRÄCHE: Von den 1.096 Personen, die behandelt und beraten wurden, stellten sich 786 Personen (71,7 %) 2017 erstmalig vor. Mit diesen wurden Erstgespräche geführt und Daten zu den Lebensumständen erhoben. Zur näheren Darstellung der aktuellen Bedarfsdynamik wird im weiteren Bericht, wenn nicht anders angegeben, auf diese Gruppe Bezug genommen. In dieser Gruppe der Erstvorstellungen waren 49,9 % (392/786)^a weibliche Patientinnen vertreten. Die Altersspanne bei den erstgesehenen Patient*innen war vergleichbar mit der bei der Gesamtgruppe der Patient*innen (0 bis 86 Jahre). Der Anteil der Unionsbürger*innen war mit 49,0 % (385/786) geringer als bei den Gesamtzahlen, der der Drittstaatsangehörigen mit 43,1 % (339/786) höher. Der Anteil der deutschen Staatsangehörigen blieb mit 7,4 % (58/786) in etwa gleich.

SOZIALE EINFLUSSFAKTOREN: WIE LEBENSVERHÄLTNISSE KRANK MACHEN KÖNNEN

Das Phänomen der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit lässt sich in allen Ländern beobachten, auch in Deutschland.⁹ Es gibt diverse politisch-rechtliche, sozioökonomische und psychosoziale Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Dies kann sich unter anderem in einer höheren Morbidität, vorzeitiger Mortalität oder verminderter Lebensqualität ausdrücken.



Martin B., 71, deutsch

Kurz vor seinem Eintritt in die Rente wurde Martin B. arbeitslos. Er nahm keine Sozialleistungen in Anspruch, daher wurde die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge nicht automatisch fortgeführt. Aus seinen eigenen Mitteln konnte er die Beiträge nicht finanzieren. Mit seinem Renteneintritt wollte Martin B. sich wieder krankenversichern lassen. Zu diesem Zeitpunkt hatte er jedoch bereits hohe Beitragschulden, die die Krankenversicherung rückwirkend von ihm verlangte. Von seiner geringen Rente konnte Martin B. die Schulden nicht begleichen und blieb daher unversichert.

Als Martin B. nach acht Jahren ohne Krankenversicherung in die Anlaufstelle kam, klagte er über Sprachprobleme, Halsschmerzen und Schluckstörungen, die bereits seit über einem Jahr andauerten, sowie über unkontrollierte Gewichtsabnahme. Er wurde an einen HNO-Spezialisten aus dem Netzwerk an Fachärzt*innen überwiesen, der einen Halstumor diagnostizierte und empfahl, sofort eine Therapie einzuleiten. Martin B. konnte keine Nahrung mehr zu sich nehmen, sein Zustand verschlechterte sich zusehends. Er wurde als Notfall in die HNO-Abteilung eines städtischen Klinikums überwiesen, wo ihm jedoch eine Therapie verweigert wurde, da der Kostenträger der Behandlung nicht gesichert sei. Mit Schmerzmitteln versorgt, wurde er entlassen. Über Kontakte der ehrenamtlich engagierten Ärzt*innen der Anlaufstelle war es möglich, dass Martin B. eine Ernährungssonde erhielt. Dadurch konnte er wieder etwas zu Kräften kommen. Neben der medizinischen Versorgung gelang es dem Team, nach langwierigen Verhandlungen mit der Krankenkasse und dem Ausfüllen zahlreicher Unterlagen, Martin B. ohne Schulden wieder in die Krankenkasse zu integrieren. Er erhielt daraufhin eine entsprechende Therapie im Klinikum und kann heute weiterhin im regulären Gesundheitssystem versorgt werden.



”

Menschen in prekären Lebensverhältnissen, wie Obdachlose oder Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, empfinden ihren Gesundheitszustand häufiger als schlecht oder sehr schlecht, weil dem so ist. Ihre Gesundheit ist aufgrund ihrer Lebensbedingungen tatsächlich häufig in hohem Maße beeinträchtigt.

“

Dr. Christian Steidle / Internist

Zu den Faktoren gehören beispielsweise ein unregelmäßiger oder ungesicherter Aufenthaltsstatus, Armut, prekäre Wohnverhältnisse und soziale Isolation. Sie sind nicht konstant oder statisch, sondern können über einen kürzeren oder längeren Zeitraum hinweg das Leben eines jeden Menschen beeinflussen. Oft wirken mehrere dieser Faktoren gleichzeitig und bedingen beziehungsweise verstärken sich gegenseitig. Diese multifaktorielle Mehrbelastung wird durch folgende Zahlen verdeutlicht: Von allen Patient*innen, die über keinerlei Versicherungsschutz verfügten, lebten 95,7 % (491/513) unter der Armutsgrenze und 75,0 % (386/515) in temporären Wohnverhältnissen. Zudem gaben 21,3 % (104/489) an, dass ihre Wohnsituation gesundheitsgefährdend ist, und 49,8 % (247/496), dass sie in schwierigen Lebenslagen nie oder nur manchmal eine*n Ansprechpartner*in haben.

Sozioökonomische Faktoren

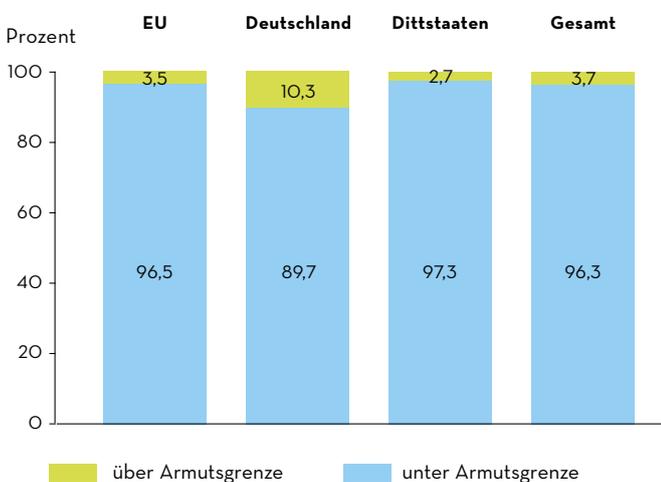
Studien belegen, dass sich der sozioökonomische Status eines Menschen auf dessen Gesundheit auswirkt. Beispielsweise stellt das Robert-Koch-Institut (RKI) in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes fest, dass „[ein] niedriger sozioökonomischer Status [...] häufiger mit Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und Depression [einhergeht]“ oder dass „Frauen [und Männer] mit niedrigem Einkommen [...] eine um acht [bzw. elf] Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen [und Männer] mit hohem Einkommen [haben].“¹¹

96,3 % (736/764) der Patient*innen, die im Beobachtungszeitraum erstmals in den Anlaufstellen vorstellig wurden, lebten unterhalb der Armutsgrenze^{12 13}, das waren 97,1 % (370/381) der Frauen und 95,6 % (365/382) der Männer (siehe Grafik 4).

Ein geringes Einkommen und auch dadurch bedingte prekäre Wohnverhältnisse stehen in direktem Zusammenhang mit einem schlechten Gesundheitsstatus.^{14 15 16} Obdachlose Menschen sind außerdem von zusätzlichen gesundheitsschädigenden Faktoren betroffen: Unzureichende hygienische Bedingungen und ein verstärkt vorkommender Suchtmittelmissbrauch spiegeln sich in einer höheren Anfälligkeit für Infektionskrankheiten wider.¹⁷ Auch werden bei Obdachlosen vermehrt psychische Erkrankungen beobachtet.¹⁸ Hinzu kommt, dass medizinische Versorgung und eine regelmäßige Medikamenteneinnahme aufgrund konkurrierender Prioritäten, wie dem Beschaffen von Essen und einem Schlafplatz für die Nacht, oft vernachlässigt werden.¹⁹ Des Weiteren ist die sichere und angemessene Verwahrung von Medikamenten für Obdachlose äußerst schwierig.

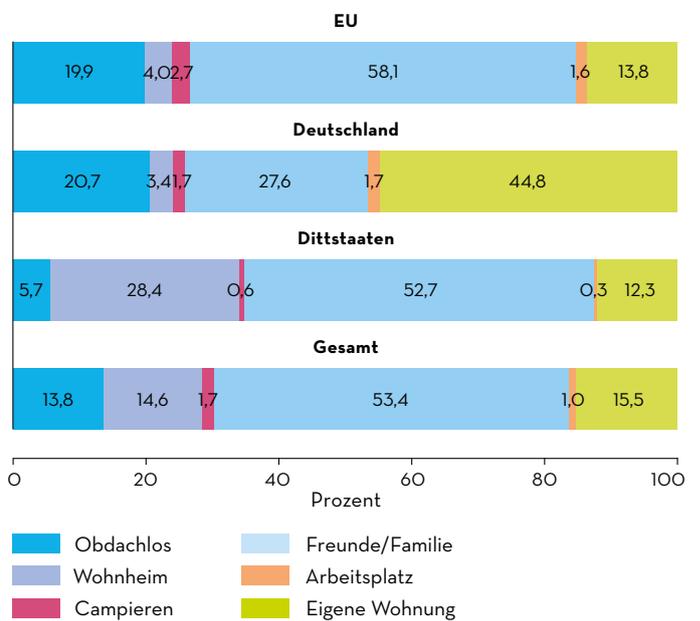
Grafik 4: Einkommensverteilung unter- und oberhalb der Armutsgrenze

(unterteilt nach Unionsbürger*innen, deutschen Staatsangehörigen und Drittstaatsangehörigen)



Wie Grafik 5 zeigt, waren von den befragten Patient*innen 13,8 % (106/769) obdachlos (lebten also entweder auf der Straße oder in einer Notunterkunft mit Aufenthaltsmöglichkeit bis maximal zwei Wochen). 14,6 % (112/769) lebten in einem Wohnheim (Asylbewerberheim, Verein, Hotel mit einer Aufenthaltsmöglichkeit von mehr als zwei Wochen), 1,7 % (13/769) campierten, 53,5 % (411/769) lebten bei Freunden oder der Familie, 1,0 % (8/769) übernachteten am Arbeitsplatz und nur 15,5 % (119/769) gaben an, in eigenem Wohnraum (Eigentum oder Miete) zu leben.

Grafik 5: Angaben zur Wohnsituation



Ein Arzt untersucht einen Patienten in Stuttgart.

Nach der offiziellen europäischen Begriffsdefinition²⁰ waren somit 13,8 % obdachlos, 14,6 % wohnungslos, 1,7 % lebten in ungenügenden Wohnverhältnissen, 54,5 % in ungesicherten Wohnverhältnissen und lediglich 15,5 % in einer festen Wohnung.

Unter den obdachlosen Patient*innen befanden sich mit 70,8 % (75/106) auffallend viele Unionsbürger*innen. (Zum Vergleich: Nur 49,0 % aller erstmalig gesehenen Patient*innen waren Unionsbürger*innen.) Etwa ein Drittel der Obdachlosen war weiblich (29,2 %; 31/106), etwa zwei Drittel waren männlich (70,8 %; 75/106).

73,7 % (567/769) der Patient*innen sahen ihre Wohnverhältnisse als temporär, 23,8 % (173/727) sahen sie als gesundheitsgefährdend an.



Kristina K., 59, bulgarisch

Kristina K. war im Niedriglohnsektor als Reinigungskraft auf 450-Euro-Basis beschäftigt. Sie bezog keine Sozialhilfe, obwohl ihr bewusst war, dass sie darauf Anspruch gehabt hätte. Sie wollte ihren Lebensunterhalt selbstständig bestreiten, allerdings reichte das Geld nicht für eine Krankenversicherung. Kristina K. wohnte in einer heruntergekommenen Behausung. Um die kalten Wintermonate zu überbrücken, benutzte sie einen Gasheizkörper.

Es kam zu einer Gasexplosion, wodurch Kristina K. schwere Brandverletzungen erlitt und als Notfall in ein städtisches Klinikum eingeliefert wurde. Für die Leistung des Rettungsdienstes erhielt sie eine Rechnung in Höhe von 700 Euro, die sie nicht begleichen konnte. Im Klinikum wurden erste Operationen durchgeführt. Ihr Zustand verschlechterte sich, sodass sie zunächst ins künstliche Koma versetzt wurde. Kristina K. hätte dringend eine weitere Operation am Auge sowie Kompressionskleidung inklusive einer Gesichtsmaske benötigt. Beides wurde ihr aufgrund der fehlenden Krankenversicherung und der damit nicht gesicherten Kostenübernahme verwehrt. Aus Angst vor den ihr bevorstehenden Kosten verließ Kristina K. das Klinikum, trotz ihres schlechten gesundheitlichen Zustands.

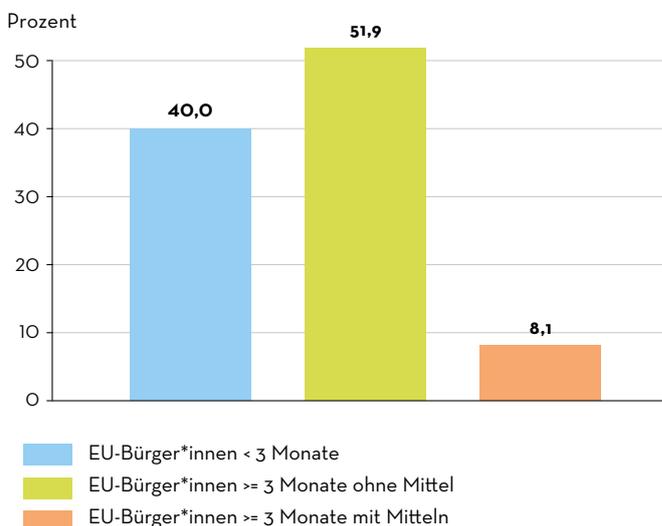
Sie suchte die Anlaufstelle auf, zunächst, weil sie sich die verschriebenen Medikamente nicht leisten konnte. Neben ihrer Versorgung mit Medikamenten und einer regelmäßigen Physiotherapie war es dem Team in der Anlaufstelle möglich, Kontakt zu einem gemeinnützigen Verein und einem ehrenamtlichen Spezialisten herzustellen. Dieser führte die dringend benötigte Operation am Auge kostenfrei durch, ohne die ihr die Erblindung droht hätte. Obwohl Kristina K. noch immer durch ihre Verletzungen beeinträchtigt ist, ist es ihr gelungen, eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu finden. Dadurch hat sie nun eine Krankenversicherung und erhält eine volle Versorgung im Regelsystem.

Politisch-rechtliche Faktoren

Vor allem Menschen, die über keinen geregelten Aufenthaltsstatus verfügen, aber auch solche, die keinen gesicherten, längerfristigen Aufenthaltsstatus haben, sind von politischer und sozialer Teilhabe weitestgehend ausgeschlossen. Zu Letzteren gehören zum Beispiel Asylsuchende, deren Asylantrag in Bearbeitung ist und abgelehnt werden kann, oder EU-Bürger*innen, welche sich bereits über drei Monate in Deutschland aufhalten und keine ausreichenden finanziellen Mittel und/oder keine Krankenversicherung nachweisen können und deren Freizügigkeit dadurch aberkannt werden kann. Studienergebnisse zeigen, dass ein direkter Zusammenhang zwischen sozialer Teilhabe und physischer sowie psychischer Gesundheit besteht.²¹

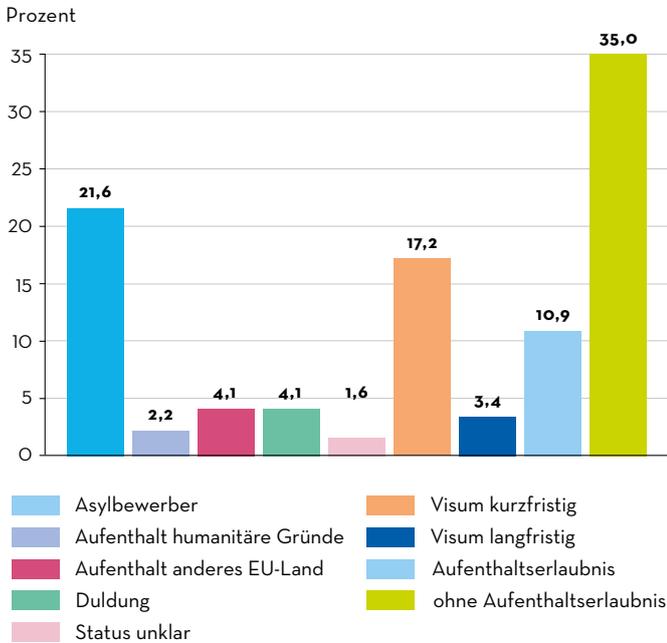
Unter den Patient*innen aus der EU (siehe Grafik 6) hielten sich 40,0 % (148/370) unter drei Monaten in Deutschland auf. 8,1 % (30/370) der EU-Bürger*innen befanden sich bereits über drei Monate in Deutschland, hatten ausreichende finanzielle Mittel und haben ein Aufenthaltsrecht in Deutschland. 51,9 % (192/370) hielten sich über drei Monate in Deutschland auf und verfügten nicht über ausreichende finanzielle Mittel. Ihnen kann das Aufenthaltsrecht unter bestimmten Umständen aberkannt werden.

Grafik 6: Aufenthaltsstatus von EU-Bürger*innen



Die drei größten Gruppen von Patient*innen aus Drittstaaten (siehe Grafik 7) waren hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (35,0 %; 112/320), davon 42,5 % (48/113) Frauen und 57,5 % (65/113) Männer, sich noch im Verfahren befindende Asylsuchende (21,6 %; 69/320) und Menschen mit einem kurzfristigen Visum (17,2 %; 55/320).

Grafik 7: Aufenthaltsstatus von Drittstaatsangehörigen

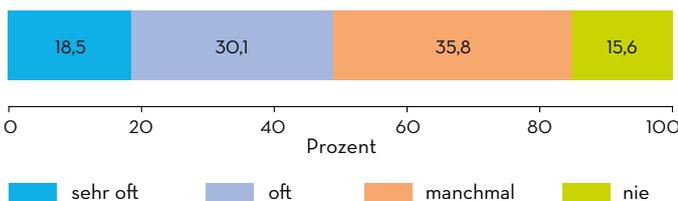


Psychosoziale Faktoren

Auch psychosoziale Faktoren bedingen ein erhöhtes Risiko an gesundheitlicher Beeinträchtigung.²² Fehlende soziale Kontakte und das Gefühl von Einsamkeit tragen in allen Altersgruppen zu höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei.^{23 24 25}

48,6 % der Patient*innen gaben an, dass sie „sehr oft“ (18,5 %; 138/745) oder „oft“ (30,1 %; 224/745) eine*n Ansprechpartner*in²⁶ hatten, wenn sie mit Problemen konfrontiert waren. 51,4 % berichteten, dass sie nur „manchmal“ (35,8 %; 267/745) oder „nie“ (15,6 %; 116/745) eine*n Ansprechpartner*in hatten (Grafik 8).

Grafik 8: Angaben zum Vorhandensein eines Ansprechpartners/einer Ansprechpartnerin bei Problemen



Die Nationalitätengruppe der Drittstaatsangehörigen berichtete am häufigsten davon, „nie“ (18,9 %; 63/333) oder nur „manchmal“ (36,9 %; 123/333) eine*n Ansprechpartner*in zu haben. Menschen ohne geregelten Aufenthalt sind in besonders hohem Maße von sozialer Isolation betroffen. So berichteten 58,6 % (65/111), nie oder nur manchmal eine*n Ansprechpartner*in zu haben. Des Weiteren gaben 53,5 % (53/99) an, ihren Bewegungsradius aus Angst vor Abschiebung oft oder sehr oft einzuschränken. Menschen, die von temporären Wohnverhältnissen berichteten, hatten seltener eine*n Ansprechpartner*in (17,4 % „nie“; 40,8 % „manchmal“) als Menschen, die in stabilen Wohnverhältnissen lebten (10,3 % „nie“; 21,7 % „manchmal“).



Josef Z., 28 Jahre, nigerianisch

Als Josef Z. als Flüchtling nach Deutschland kam, stellte er einen Asylantrag. Dieser wurde jedoch abgelehnt. Aus Angst davor, abgeschoben zu werden, meldete er sich seitdem nicht mehr bei den Behörden und tauchte unter. Seit mehreren Jahren lebt Josef Z. nun ohne Papiere in Deutschland. Seinen Lebensunterhalt verdient er sich mit kleineren Gelegenheitsjobs, die ihm von seinen Bekannten vermittelt werden. Wenn es gut läuft, kann er einige Tage hintereinander arbeiten und sich mit dem verdienten Geld einen Schlafplatz organisieren. Ansonsten übernachtet er bei Bekannten oder im Park.

Als Josef Z. sich zum ersten Mal in der Anlaufstelle vorstellte, war er sehr müde und erschöpft. Er hat Diabetes Typ 1 und benötigt regelmäßig Insulin, das er zum damaligen Zeitpunkt bereits seit einem Tag nicht mehr genommen hatte. Zuvor hatte Josef Z. sein Insulin von einer anderen Anlaufstelle bekommen, diese konnte dafür aber nicht mehr aufkommen und verwies ihn an open.med. Medizinische Kontrollen und die Verfügbarkeit seiner Medikamente sind für ihn als Diabetiker unabdingbar.

Aus Angst davor, entdeckt und abgeschoben zu werden, kann Josef Z. keinen Krankenschein beantragen und sich daher nicht in einer regulären Arztpraxis medizinisch versorgen lassen. In der Anlaufstelle wird er nun von den ehrenamtlichen Ärzt*innen engmaschig betreut und bekommt seine lebensnotwendigen Medikamente - anonym und kostenfrei.

MedMobil
 Aktuelle Einsätze und Einsatzzeiten

Montag 10.00 - 12.00 Uhr: Cafe 72
 Tagessitz der Arbeitslosen Hilfe e.V. (Postfach 36, 10725 Berlin)

Dienstag 11.30 - 12.30 Uhr: Olga 46
 Tagessitz der Caritas, Olga 46, 10112 Berlin

Mittwoch 11.00 - 13.00 Uhr: Schloßpark
 Tagessitz der Arbeiter- und Jugendlicher in Stuttgart für die Arbeitlosen, Kinder- und Jugendärztliche Sprechstunde, Schloßpark 21, 70374 Stuttgart

Mittwoch 11.00 - 13.00 Uhr: Paulinenbrücke
 Rupert - Mann - Platz Stuttgart

Donnerstag 14.00 - 16.00 Uhr: Wilmshöhe
 Tagessitz der Evangelischen Gesellschaft, Buchhorn 14, 10119 Berlin

Donnerstag 17.00 - 18.00 Uhr: Oberer Schlossgarten
 Naha Erlangen

Freitag 10.00 - 12.00 Uhr: Cafe 72
 Tagessitz der Arbeitslosen Hilfe e.V. (Postfach 36, 10725 Berlin)

Die alle 8 Wochen frische im Cafe 72 findet zwischen 8.30 - 11.30 Uhr eine gemeinsame Beratung und Beratung stattfindet unter 030 252 4942 20

AUSFALL DER MEDMOBIL SPRECHSTUNDEN

Auf Grund von Reparaturen am Bus fallen folgenden Sprechstunden des MedMobils aus:

25.07. in der Olgastraße 46 11.30- 13.00

26.07. an der Paulinenbrücke 11.00- 13.00 Uhr

27.07. im Hof der Evangelischen Gesellschaft 14.00- 16.00 Uhr

27.07. und 03.08. im Oberen Schlossgarten 17.00- 19.00 Uhr

Wiederhin finden die Sprechstunden **montags und freitags im Cafe 72 (10-12 Uhr)** statt!



BARRIEREN: WAS DEN ZUGANG VERHINDERT

Versicherungsstatus

Der Zugang zum regulären Gesundheitssystem hängt in erster Linie vom Versicherungsstatus der jeweiligen Person ab, aber nicht ausschließlich.

Menschen mit einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung haben einen rechtlich gewährleisteten Anspruch auf medizinische Versorgung. Sie haben freie Arztwahl und erhalten reguläre Leistungen. Eingeschränkten Versicherungsschutz haben beispielsweise Asylsuchende, Menschen mit einer Reiseversicherung oder einer Versicherung für einen Studienaufenthalt, Versicherte mit ruhenden Leistungen oder Beitragsschulden sowie Unionsbürger*innen mit einer EHIC-Karte. Der Leistungsumfang kann hierbei stark variieren, aber beinhaltet in der Regel mindestens Anspruch auf Notfallversorgung sowie medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Keinen Anspruch auf Kostenübernahme bei Leistungen haben Menschen, die über keinerlei Versicherungsschutz verfügen. Darunter fallen deutsche Staatsangehörige ohne Krankenversicherung, Unionsbürger*innen, die weder in Deutschland noch in ihrem Heimatland eine Krankenversicherung haben oder keine EHIC-Karte vorweisen können, sowie de facto Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus.²⁷

12,2 % (95/786) der Patient*innen, die im Beobachtungszeitraum erstmals eine der Anlaufstellen aufsuchten, verfügten über eine reguläre gesetzliche oder private Krankenversicherung, 13,2 % (104/786) nur über eingeschränkten Versicherungsschutz, 66,1 % (519/786) hatten gar keinen Versicherungsschutz. (Rest [68/786]: keine Angaben).

Tabelle 2: Umfang der Leistungen nach Nationalitätengruppen

	EU	Deutschland	Drittstaaten	Gesamt
Kein Versicherungsschutz	76,1 %	50,0 %	57,5 %	66,1 %
Eingeschränkter Versicherungsschutz	9,9 %	37,9 %	12,7 %	13,2 %
Gesetzliche oder private Krankenversicherung	2,9 %	10,3 %	23,0 %	12,2 %

Kosten und Bürokratie, Unwissen und Sprache

Die fünf meistgenannten konkreten Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung waren, bei maximal vier Antwortmöglichkeiten: „Arztbesuch zu teuer“ (40,8 %; 321/786), „Medikamente zu teuer“ (31,3 %; 246/786), „Administrative Probleme“ (22,1 %; 174/786), „Unkenntnis über das Gesundheitssystem“ (20,1 %; 158/786), „Sprachbarriere“ (16,5 %; 130/786).

Angesichts der hohen Anzahl an Patient*innen, die unter der Armutsgrenze lebten (96,3 %; 736/764), waren die Kosten für medizinische Versorgung für viele Patient*innen schlichtweg zu hoch, vor allem wenn unklar war, ob und in welcher Höhe sie von einer Versicherung oder Behörde übernommen wurden.

Dass insgesamt 12,2 % der Patient*innen medizinische Versorgung in den Anlaufstellen wahrnahmen, obwohl sie über reguläre Leistungen verfügten, zeigt noch mal deutlich, dass es neben dem Versicherungsstatus auch noch andere Barrieren beim Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung gibt. Von allen Menschen, die reguläre Leistungen hatten, waren die drei am häufigsten genannten Barrieren: „Sprachbarriere“ 34,7 % (33/95), „Administrative Probleme“ und „Unkenntnis über das Gesundheitssystem“ (je 32,6 %; 31/95). Viele dieser Patient*innen waren Asylbewerber*innen. Sie waren zwar bereits versichert, hatten aber keine gültige elektronische Versicherungskarte vorliegen.

UNKENNTNIS ÜBER DAS GESUNDHEITSSYSTEM UND ADMINISTRATIVE HÜRDEN:

In der Beratung hat sich gezeigt, dass viele der Patient*innen – sowohl Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft als auch deutsche Staatsangehörige – ihre Rechte oft nicht kennen und keine oder kaum Kenntnisse über das Gesundheitssystem besitzen. Unkenntnis kann beispielsweise im Hinblick auf Sozialhilfeleistungen bei Krankheit, Krankenversicherung bei Renteneintritt oder Leistungen bei einer Abrechnung über die EHIC-Karte bestehen. Erfahrungswerte aus den Anlaufstellen zeigen, dass häufig zahlreiche administrative Hürden genommen werden müssen, um Ansprüche bei Krankenversicherungen und Sozialbehörden geltend zu machen. Dies ist nicht selten mit großem Zeitaufwand und Kosten verbunden. So müssen beispielsweise Anträge ausgefüllt, Vollmachten erteilt und offizielle Dokumente aus dem Ausland besorgt werden. Außerdem wird oft ein hohes Maß an Verhandlungsgeschick und Hartnäckigkeit benötigt.

Auch wenn deutlich weniger Patient*innen die Sprache als direkte Barriere im Zugang zur medizinischen Versorgung benannten, wurde dennoch bei 72,7 % (545/750) der Menschen zum Zeitpunkt der Erstbefragung eine Sprachmittlung benötigt. Bei 66,8 % (501/750) waren Sprachmittler*innen anwesend, bei 0,9 % (7/750) telefonisch verfügbar und bei 4,9 % (37/750) nicht vorhanden, obwohl benötigt. Die Notwendigkeit einer Sprachmittlung bedeutet nicht, dass die jeweilige Person über gar keine Deutschkenntnisse verfügt. Für eine Ärztin oder einen Arzt ist es im Rahmen einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung jedoch ausschlaggebend, die Patient*innen zu verstehen beziehungsweise ihnen gesundheitsrelevante Informationen wie Diagnosen, Therapieansätze und präventive Maßnahmen verständlich näherzubringen.

Verzicht und Diskriminierung

Von allen Menschen, die 2017 das erste Mal eine der Anlaufstellen aufsuchten und in einem Erstgespräch befragt wurden, verzichteten 51,0 % (369/724) in den vorangegangenen zwölf Monaten darauf, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren. In Relation zum Gesamtanteil von 51,0 % war der Anteil der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus mit 60,2 % (65/108) und der obdachloser Menschen mit 65,0 % (65/100) besonders hoch.

Mehrere Studien zeigen ähnliche Ergebnisse: Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus nehmen generell Leistungen der Basisgesundheitsversorgung seltener in Anspruch als beispielsweise Migrant*innen mit geregeltem Aufenthaltsstatus.^{28 29 30} Gründe dafür können Angst vor Abschiebung, Unkenntnis über ihre Ansprüche oder ihre sozioökonomische Situation sein.³¹ Die Gesundheitsberichterstattung des RKI und des Statistischen Bundesamts zeigt zudem, dass Menschen mit Migrationshintergrund „aufgrund sprachlicher und kultureller Probleme oder infolge von Diskriminierungserfahrungen“ seltener Gesundheitsleistungen beanspruchen.³²

Die Bedeutung der Barriere „Diskriminierung“ hat die Antidiskriminierungsstelle des Bundes nachgewiesen: In ihrem Bericht zeigt sie, dass entsprechende Erfahrungen aufgrund der ethnischen Herkunft, des Aufenthaltsstatus, der Religion oder Weltanschauung, der sexuellen Orientierung, der sozialen Herkunft oder anderer Merkmale in verschiedensten Lebenswelten in Deutschland weit verbreitet sind – so auch im Gesundheitswesen.³³

Patient*innen der Anlaufstellen von Ärzte der Welt berichteten ebenfalls von Diskriminierung durch Gesundheitsdienstleister*innen: Insgesamt 17,7 % (116/653) der Menschen, welche angaben, in den vorangegangenen zwölf Monaten krank gewesen zu sein, fühlten sich diskriminiert. Auffällig ist, dass von den

Menschen, die neben einer Erkrankung in den vorangegangenen zwölf Monaten von Obdachlosigkeit betroffen waren, sogar 29,2 % (28/96) mitteilten, diskriminiert worden zu sein. Studien zeigen, dass Obdachlose regelmäßig schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem machen. Folglich scheuen sie oft davor zurück, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.^{34 35}



Petre T., 46, rumänisch

Petre T. war mittellos und lebte auf der Straße. Er hatte aufgrund des Leistungsausschlussgesetzes keinen Anspruch auf Sozialleistungen und verfügte weder in Deutschland noch Rumänien über einen Krankenversicherungsschutz.

Als Petre T. erstmals die Anlaufstelle aufsuchte, klagte er über zunehmend unscharfe Sicht und einen weißen Schleier vor den Augen. Er hatte Angst, sein Augenlicht zu verlieren. Die Mitarbeiter*innen der Anlaufstelle überwiesen ihn an eine Augenärztin aus dem Netzwerk an Fachärzt*innen, die eine neurologische Ursachenklärung empfahl. Nach mehreren Wochen war es möglich, Petre T. für eine Kernspintomografie an eine kooperierende radiologische Facharztpraxis zu vermitteln. Der Befund ergab, dass er an einem Tumor litt, der dringend operativ entfernt werden musste.

Das Team der Anlaufstelle beantragte bei der zuständigen Sozialbehörde die Übernahme der anfallenden Notfallbehandlungskosten. Eine Rückmeldung seitens der Behörde blieb aus, rechtliche Schritte wurden dagegen eingeleitet. Da sein Gesundheitszustand es nicht erlaubte, länger zu warten, wurde Petre T. von einer Mitarbeiterin der Anlaufstelle in die neurochirurgische Ambulanz eines Klinikums begleitet. Die Mitarbeiterin betonte die lebensbedrohliche und akute Situation des Patienten und zeigte mögliche öffentlichkeitswirksame und juristische Konsequenzen einer Nichtbehandlung auf. Daraufhin willigte das Krankenhaus ein, ohne auf eine Verpflichtungserklärung zur Selbstzahlung zu bestehen. Petre T. wurde stationär aufgenommen und am nächsten Tag operiert. Er überstand die Operation gut, eine poststationäre Versorgung konnte von der Anlaufstelle und Kooperationspartnern organisiert und finanziert werden. Nachdem die Operation erfolgt war, wurde von der Sozialbehörde die Kostenübernahme bewilligt. Heute ist Petre T. gesund und befindet sich in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, wodurch er auch über einen Krankenversicherungsschutz verfügt.

GESUNDHEITSSTATUS: WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST

In den Projekten von **Ärzte der Welt** wird der Gesundheitsstatus der Patient*innen durch die einfache Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands, das heißt die subjektive Gesundheit, sowie durch die medizinische Einschätzung und Diagnosestellung der Ärzt*innen erfasst.

Subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit liefert wichtige Hinweise, um den Zustand von Personen oder Bevölkerungsgruppen zu beschreiben: „Personen, die ihre Gesundheit eher negativ bewerten, leiden im Lebensverlauf häufiger an kognitiven und funktionalen Einschränkungen sowie chronischen Erkrankungen (...) und haben ein höheres Sterberisiko.“³⁶

Von allen erstkonsultierten Menschen gaben insgesamt 28,7 % an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ (5,6 %; 43/768) oder „gut“ (23,1 %; 177/768) empfanden, 38,4 % (295/768) als „in Ordnung“, 33 % als „schlecht“ (27,9 %; 214/768) oder „sehr schlecht“ (5,1 %; 39/768).

Menschen, die sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer besonders prekären Lebenssituation befanden, hatten im Mittelwert einen schlechteren empfundenen Gesundheitsstatus als die Gesamtpopulation: Beispielsweise bewerteten insgesamt 47,2% der obdachlosen Patient*innen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht, davon 40,6% (43/106) als „schlecht“ und 6,6% (7/106) als „sehr schlecht“. 44,3 % der Patient*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus gaben an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (35,4 %; 40/113) oder „sehr schlecht“ (8,9 %; 10/113) bewerteten.

Diagnosen und Krankheitsbilder³⁷

Mehr als die Hälfte aller gestellten Diagnosen konnte den fünf folgenden Diagnosegruppen zugeordnet werden (siehe Tabelle 3)³⁸⁻³⁹: „Kreislaufsystem“ (17,8 %)⁴⁰, „Endokrin, metabolisch, Ernährung“ (10,91 %)⁴¹, „Bewegungsapparat“ (10,29 %)⁴², „Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung“ (9,32 %) sowie „Psychologisch“ (9,15 %).

Tabelle 3: Diagnosen nach ICPC Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Anzahl	Prozent
Allgemein und unspezifisch	232	5,77
Blut und blutbildende Organe, Immunsystem	47	1,17
Verdauungssystem	331	8,23
Auge	60	1,49
Ohr	40	0,99
Kreislauf	716	17,80
Bewegungsapparat	414	10,29
Neurologisch	99	2,46
Psychologisch	368	9,15
Atmungsorgane	277	6,89
Haut	281	6,98
Endokrin, metabolisch, Ernährung	439	10,91
Urologisch	124	3,08
Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	375	9,32
Weibliches Genitale/Brust	144	3,58
Männliches Genitale	72	1,79
Soziale Probleme	4	0,10
Total	4.023	



Kinderärztliche Sprechstunde in der Anlaufstelle von Ärzte der Welt und hoffnungsorte hamburg

Der Behandlungsbedarf wurde bei 32,3 % (242/750) aller Erstkonsultationen mit Diagnosestellung als dringend eingestuft.

Dabei waren 56,4 % (2025/3590) aller gestellten Diagnosen chronischer Natur. Chronische Krankheiten zählen heute zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch relevantesten Gesundheitsproblemen. Sie beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.⁴³ Von den als chronisch eingestuften Diagnosen konnten die meisten den folgenden fünf Diagnosegruppen zugeordnet werden: „Kreislauf“ (31,16 %; 631/2025), „Endokrin, metabolisch, Ernährung“ (19,90 %; 403/2025), „Psychologisch“ (12,15 %; 246/2025), „Bewegungsapparat“ (8,54 %; 173/2025) und „Verdauungssystem“ (5,88 %; 119/2025)⁴⁴.



Die Mehrheit der chronischen Erkrankungen in der Anlaufstelle sind Hypertonie und Diabetes. Eine Behandlung dieser Krankheiten ist dringend notwendig. Wenn ich einen Hochdruck-Patienten nicht behandle, muss ich damit rechnen, dass er einen Infarkt oder Schlaganfall bekommt.

Um chronische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes, gut einzustellen, sind gewisse Ernährungsempfehlungen wie regelmäßige Mahlzeiten einzuhalten. Viele unserer chronisch Erkrankten haben aber aufgrund ihrer Lebensverhältnisse oft nicht die Möglichkeit, diese Empfehlungen umzusetzen. Wenn eine Patientin oder ein Patient obdachlos ist und als Tagelöhnerin oder Tagelöhner arbeitet, sind regelmäßige Mahlzeiten schlichtweg unmöglich.



Dr. Christian Steidle, ehrenamtlicher Internist bei Ärzte der Welt

Mutter-Kind-Gesundheit

Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensjahre eines Kindes sind mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden. Selbst in Deutschland sterben pro 100.000 Lebendgeburten sechs Frauen an schwangerschafts- oder geburtsbedingten Komplikationen⁴⁵ und pro 1.000 Lebendgeburten 3,9 Kinder vor Vollendung ihres fünften Lebensjahres.⁴⁶ Durch qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung vor, während und nach der Geburt können entsprechende Risiken für Mutter und Kind gemindert oder sogar vermieden werden.⁴⁷



Die Mitarbeiter*innen der Anlaufstelle in Hamburg gehen auch auf die speziellen Bedürfnisse von Kindern ein.

Schwangere Frauen

Um die Mutter-Kind-Gesundheit zu fördern, hat in Deutschland jede schwangere Frau, die gesetzlich oder privat versichert ist oder Leistungen bezieht, einen gesetzlichen Anspruch auf zehn Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft.⁴⁸ Die Vorsorgeuntersuchungen dienen dazu, eventuelle Krankheiten, Infektionen und Fehlentwicklungen auszuschließen beziehungsweise frühzeitig zu erkennen.⁴⁹ Die WHO empfiehlt, dass die erste Vorsorgeuntersuchung innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen stattfindet und insgesamt mindestens acht Untersuchungen vorgenommen werden.⁵⁰



Gewisse Erkrankungen und Fehlbildungen lassen sich nur in einem bestimmten Stadium erkennen. Auch mögliche Erkrankungen der Mutter wie Hypertonie oder Schwangerschaftsdiabetes können bei fehlenden Vorsorgeuntersuchungen nicht entsprechend behandelt werden. Dadurch erhöhen sich die Risiken erheblich.

Den Versorgungsauftrag, den ich als Gynäkologin im regulären deutschen Gesundheitssystem gegenüber schwangeren Patientinnen habe, kann ich in der Anlaufstelle nicht entsprechend ausführen. Schwangere, die keinen Zugang zum Regelsystem haben, können nicht optimal betreut werden, zum Beispiel wegen eingeschränkter Untersuchungsmöglichkeiten und Öffnungszeiten.



Dr. Britta Dechamps, ehrenamtliche Gynäkologin bei Ärzte der Welt

Unter den 393 Patientinnen, die erstmalig in einer der Anlaufstellen vorstellig wurden, waren 88 schwangere Frauen (22,4 %), davon 15,9 % (14/88) jünger als 18 Jahre. 60,2 % (53/88) waren Unionsbürgerinnen und 39,8 % (35/88) Drittstaatsangehörige.

Im Mittelwert befanden sich die schwangeren Patientinnen bei Erstvorstellung in der 16. Schwangerschaftswoche (Minimum vierte, Maximum 38. Schwangerschaftswoche). 64,8 % (46/71) der Frauen hatten vor ihrem Besuch in einer der Anlaufstellen noch keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. 27,3 % (6/22) der Frauen, deren Schwangerschaftswoche bereits in der Sozialanamnese ermittelt werden konnte, hatten ihre erste Vorsorge nach der zwölften Schwangerschaftswoche (Minimum 18., Maximum 25. Schwangerschaftswoche).

70,5 % (62/88) hatten keinen Versicherungsschutz, 17,1 % (15/88) hatten eingeschränkte Leistungen. Nur 2,3 % (2/88) der Patientinnen hatten reguläre Leistungen und somit einen sicher gewährleisteten Zugang zu Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und medizinischer Versorgung im Krankheitsfall sowie einen sicher gewährleisteten Anspruch auf Kostenübernahme. Die Schwangeren mit keinem oder eingeschränktem Zugang sind in der Regel von ehrenamtlichen Angeboten abhängig.

Nicht nur der allgemeine Gesundheitszustand, sondern auch eine Schwangerschaft wird durch prekäre Lebensverhältnisse wie finanzielle Nöte, die Wohnsituation und soziale Isolation negativ beeinflusst. 96,5 % (82/85) der schwangeren Frauen lebten unterhalb der Armutsgrenze, 8,2 % (7/85) waren obdachlos und 12,5 % (11/88) hatten keinen geregelten Aufenthaltsstatus. Zudem berichteten 43,8 % (35/80) der Patientinnen, nie oder nur manchmal eine*n Ansprechpartner*in zu haben.



Schwangerschaftsvorsorge in der Anlaufstelle von Ärzte der Welt und hoffnungsorte hamburg



Sofia L., 26 Jahre, ein Kind, bulgarisch

Sofia L. war während ihrer Schwangerschaft sozialversicherungspflichtig mit einem befristeten Arbeitsvertrag beschäftigt. Als ihr Arbeitgeber von der Schwangerschaft erfuhr, kündigte er ihr fristlos und zahlte ihren letzten Lohn nicht. Sofia L. ging davon aus, dass sie nicht mehr krankenversichert war und keinen Anspruch auf eine Versicherung hatte.

Sie suchte nach ihrer Kündigung die Anlaufstelle auf und nahm dort im sechsten Monat ihre vermutlich erste Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung wahr. Das Team der Anlaufstelle vermittelte Sofia L. außerdem an eine Rechtsberatung weiter. Es wurde Klage erhoben, da ihr unrechtmäßig gekündigt worden war. Die Klage hatte Erfolg: Sofia L. bekam ihren Job zurück und war damit wieder gesetzlich versichert. Dadurch hatte sie Zugang zu einer Geburt im Krankenhaus mit gesicherter Kostenübernahme.

Um den Zeitpunkt der Geburt herum lief der befristete Arbeitsvertrag allerdings aus. Sofia L. versäumte, aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Schwangerschaft beziehungsweise der Geburt, zeitnah Sozialleistungen zu beantragen. Deshalb wurde ihr Antrag letztlich abgelehnt. Somit verfügten weder Sofia L. noch ihr Sohn über eine Krankenversicherung. Die „U“-Untersuchungen des Kindes werden nun von den ehrenamtlichen Ärzt*innen in der Anlaufstelle durchgeführt. Das Team ist weiterhin bemüht, den Anspruch von Sofia L. auf Sozialleistungen durchzusetzen, sodass sie und ihr Sohn in Zukunft krankenversichert sind.

Kinder unter fünf Jahren

Deutschland erkennt mit dem „Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen“ (Kinderrechtskonvention) das Recht eines jeden Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an und ist dazu verpflichtet, „sicherzustellen, dass alle Kinder die notwendige ärztliche Hilfe und Gesundheitsfürsorge erhalten“⁵¹. Dazu gehören medizinische Versorgung im Krankheitsfall sowie für die Kindergesundheit essenzielle, präventive Maßnahmen wie Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1 bis U9 sowie J1). Bei diesen „U“-Untersuchungen wird die Entwicklung von Kindern regelmäßig überprüft.⁵² Außerdem werden die Eltern im Rahmen der Untersuchungen beispielsweise zu gesunder Ernährung und Zahnhygiene beraten. Um eine Grundimmunisierung gegen diverse vermeidbare Erkrankungen zu erhalten, sollen Kinder unter fünf Jahren zudem geimpft werden.⁵³ Laut RKI „zählen Impfungen zu den wichtigsten, effektivsten und kostengünstigen Maßnahmen des präventiven Gesundheitsschutzes. Sie tragen maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitslage von Kindern und Jugendlichen und der Gesamtbevölkerung bei.“⁵⁴ Die Möglichkeit, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen und Impfungen zu erhalten, hängt allerdings von der Art des Zugangs zum Gesundheitssystem ab.



Kinderärztliche Sprechstunde in der Anlaufstelle von Ärzte der Welt und hoffnungsorte hamburg

Unter den insgesamt 1.096 Patient*innen befanden sich 205 Kinder und Heranwachsende unter 20 Jahren (18,7 %). 107 Kinder waren unter fünf Jahren (9,8 %). 93 Mädchen und Jungen unter fünf Jahren kamen im Beobachtungszeitraum zum ersten Mal in die Anlaufstelle. 39,8 % waren Unionsbürger*innen, 54,8 % Drittstaatsangehörige und 5,4 % deutsche Staatsangehörige.

68,8 % (64/93) hatten keinen Versicherungsschutz, 7,5 % (7/93) hatten eingeschränkte Leistungen. Nur 15,1 % (14/93) der Kinder unter fünf Jahren hatten reguläre Leistungen und somit einen sicher gewährleisteten Zugang zu „U“-Untersuchungen, Impfungen und medizinischer Versorgung im Krankheitsfall sowie einen sicher gewährleisteten Anspruch auf Kostenübernahme.

”

Um Kinder vor Erkrankungen zu schützen und ihnen ein gesundes Heranwachsen zu ermöglichen, ist es unabdingbar, dass sie Zugang zu Präventionsmaßnahmen im Regelsystem haben.

Besonders beeinträchtigten Kindern, die einer speziellen Förderung durch ein interdisziplinäres Team von Physiotherapeuten, Logopäden, Kinderneurologen, Kinderorthopäden und Chirurgen bedürfen, wird ohne Zugang zum regulären Gesundheitssystem eine optimale Förderung verwehrt.

“

Dr. Peter Schwick, ehrenamtlicher Kinderarzt bei Ärzte der Welt

Unter die Diagnosegruppe „allgemein und unspezifisch“ (64,6 %; 148/229) fallen, im Rahmen der Kindersprechstunden, hauptsächlich präventive Leistungen wie U-Untersuchungen und Impfungen. Daneben wurden die meisten Diagnosen den folgenden vier Diagnosegruppen zugeordnet: „Atmungsorgane“ (13,97 %; 32/229), Verdauungssystem“ (7,86 %; 18/229), „Haut“ (6,11 %; 14/229) und „Kreislauf“ (1,75 %; 4/229). 63,8 % (141/221) der Diagnosen, die bei Kindern unter fünf Jahren gestellt wurden, wurden als akut eingestuft, 4,98 % (11/221) als chronisch (Rest [69/221]: keine Angaben). Bei 4,8 % (4/83) der Erstkonsultationen mit Diagnosestellung wurde der Behandlungsbedarf als dringend eingestuft.

Studien zeigen, dass ein niedriger sozioökonomischer Status und damit einhergehende prekäre Wohnverhältnisse die physische und psychische Gesundheit vor allem von Kindern negativ beeinflussen.^{55,56} Bei allen erstmalig gesehenen Mädchen und Jungen unter fünf Jahren gaben 70,0 % (63/90) der Eltern an, in einer temporären Wohnsituation zu leben. 12,9 % (11/85) gaben an, dass die Wohnsituation gesundheitsgefährdend ist.

SCHLUSSFOLGERUNGEN: KONSEQUENZEN DES VERWEHRTEN RECHTS FÜR INDIVIDUUM UND GESELLSCHAFT

Gesundheit ist kein einmal erreichter und unveränderlicher Zustand. Vielmehr ist er ein dynamischer Prozess, der von vielen Einflussfaktoren abhängig ist, zum Beispiel von lebensgeschichtlichen Determinanten sowie sozialen, rechtlichen und politischen Faktoren.



Ärzte der Welt-Mitarbeiter während eines Einsatzes in München

Dieser Bericht zeigt, dass auch prekäre Lebensverhältnisse krank machen können: Die Lebensverhältnisse der Patient*innen – bedingt durch ihren sozioökonomischen Status, ihren aufenthaltsrechtlichen Status und damit verbundenen Einschränkungen der sozialen Teilhabe sowie durch psychosoziale Faktoren – beeinträchtigen ihre physische und psychische Gesundheit.

Gleichzeitig zeigen die Daten, dass genau diese Menschen aufgrund von rechtlichen oder administrativen Regelungen und anderweitigen Barrieren oftmals keinen oder nur einen sehr eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung haben: sei es durch das Leistungsausschlussgesetz, den fehlenden Krankenversicherungsschutz, die Komplexität des Gesundheitssystems oder weil die Medikamente schlichtweg zu teuer sind. Viele Patient*innen sind außerdem von Diskriminierung betroffen.

Die Zielgruppen haben somit aufgrund ihrer Lebensumstände häufig einen erhöhten medizinischen Bedarf, bei gleichzeitig schlechterer Versorgung. Durch diese strukturelle Unterversorgung wächst wiederum das Risiko von Morbidität und Mortalität. Diesen Kreislauf eigenständig zu durchbrechen und den Weg in das medizinische Regelsystem zu finden, stellt für die Patient*innen aufgrund der multifaktoriellen Mehrfachbelastung eine enorme Herausforderung dar.

Der nicht vorhandene oder eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsversorgung hat oft dramatische individuelle Konsequenzen. Wenn Menschen keinen Zugang zu präventiven und kurativen Leistungen haben und dadurch Erkrankungen lange unbehandelt bleiben, können diese zu akuten, lebensbedrohlichen Notfällen werden. Speziell chronische Erkrankungen nicht oder nicht frühzeitig zu behandeln und Präventionsleistungen nicht für jeden frei zugänglich anzubieten, hat aber nicht nur schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen. Es stellt auch eine finanzielle Mehrbelastung für das Gesundheitssystem dar.^{57 58} Beispielsweise kommt es bei einer fehlenden Weiterbehandlung nach einem Notfall häufig zu einer erneuten Notfalleinweisung, die mit hohen Kosten verbunden sein kann – oftmals um das Vielfache höher als eine regelmäßige Versorgung.

Durch immer restriktiver werdende Gesetzgebungen und Verwaltungsvorschriften wird diese finanzielle und soziale Verantwortung zu einem Großteil auf ehrenamtlich arbeitende Ärzt*innen und zivilgesellschaftliche Angebote zur medizinischen Versorgung abgeschoben. Diese bieten jedoch überwiegend eine grundlegende Erstversorgung an, die nicht mit einer adäquaten ambulanten Diagnostik und Therapie gleichzustellen ist. Eine Weiterleitung an Fachärzt*innen und gegebenenfalls stationäre Strukturen im Regelsystem ist nicht möglich.

Werden die Zugangsbeschränkungen abgebaut, entstehen dadurch zum einen – langfristig gesehen – weniger Kosten für das Gesundheitssystem.⁵⁹ Zum anderen haben gesundheitlich stabile Menschen mehr Ressourcen zur Verfügung, um auch in anderen Lebensbereichen positive Veränderungen zu erreichen, wie beispielsweise in der Wohn- und/oder Arbeitssituation.

EMPFEHLUNGEN UND FORDERUNGEN

Aufgrund der in diesem Bericht dargestellten Missstände setzt sich Ärzte der Welt e. V. dafür ein, dass die Bundesregierung ihrer menschenrechtlichen Verpflichtung wirksamer nachkommt, den Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen diskriminierungsfrei sicherzustellen. Dies ist eine genuin staatliche Aufgabe und kann nicht in der Verantwortung zivilgesellschaftlicher, oftmals mit Ehrenamtlichen arbeitenden Organisationen liegen.

Die Allgemeinen Erläuterungen zum Recht auf Gesundheit verlangen von den unterzeichnenden Staaten, dass sie eine nationale Strategie und einen Aktionsplan verabschieden, um die gesamte Bevölkerung in die Gesundheitsversorgung miteinzubeziehen. Diese sollten unter Beteiligung von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Betroffenen, in Zusammenarbeit verschiedener Ressorts und unter Berücksichtigung von Maßnahmen auf Bund-, Länder- und kommunaler Ebene, entwickelt werden.

Folgende Maßnahmen wären aus Sicht von Ärzten der Welt e. V. wichtige Bestandteile einer solchen Strategie der Bundesregierung:

- Senkung des Mindestbeitragssatzes für freiwillig Versicherte. Derzeit wird bei Selbstständigen ein fiktives Mindesteinkommen von monatlich 2.283,75 Euro als Bemessungsgrundlage für die Mindestkrankenversicherungsbeiträge angenommen. Dies führt dazu, dass sich viele Selbstständige mit geringerem Einkommen bisher die Beiträge nicht leisten können. Ärzte der Welt begrüßt daher die von der Regierung beschlossene Senkung der Beiträge für freiwillig Versicherte ab 2019 auf 1.038,33 Euro im Monat.
- Darüber hinaus bedarf es sozialverträglicher und verlässlicher Regelungen zur Ratenzahlung sowie Härtefallregelungen für Menschen mit Beitragsschulden und bei Wiedereintritt in die Krankenversicherung – beispielsweise für Privatversicherte über 55 Jahren, die ihre Beiträge nicht zahlen können und von sozialer Notlage bedroht sind.
- Einführung einer Informations-, Beratungs- und Mitwirkungspflicht der Krankenkassen, zum Beispiel bei drohender Gefahr von Beitragsrückständen und bei der Reintegration in die Krankenversicherung.
- Beibehaltung der obligatorischen Anschlussversicherung nach § 188 Abs. 4 SGB V. Der vom Kabinett verabschiedete Gesetzesentwurf enthält Bestimmungen, nach denen eine Versicherung nicht aufrechterhalten wird, wenn jemand sechs Monate lang keine Leistungen in Anspruch nimmt, keine Beiträge zahlt und nicht erreichbar ist. Dies würde für viele wohnungslose Menschen und erwerbslose Unionsbürger*innen den Ausschluss aus der gesetzlichen Krankenversicherung bedeuten.
- Abschaffung der Einschränkungen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung im Asylbewerberleistungsgesetz. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist bereits so definiert, dass die Leistungen das „Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen. Eine Einschränkung bedeutet, dass Menschen selbst das medizinisch Notwendige nicht erhalten.
- Abschaffung der Pflicht, dass Mitarbeiter*innen der Sozialbehörden Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus bei der Ausländerbehörde melden müssen. Die sogenannte Übermittlungspflicht nach § 87 Aufenthaltsgesetz wurde für Einrichtungen im Bildungssektor bereits abgeschafft. Zur Gewährleistung des Rechts auf Zugang zu Gesundheitsversorgung ist dies auch für Sozialämter umzusetzen.
- Gewährleistung einer Gesundheitsversorgung für alle hier lebenden EU-Bürger*innen, unter anderem durch die Abschaffung des sogenannten Leistungsausschlussgesetzes.
- Etablierung von niedrigschwelligen medizinischen Versorgungsangeboten für Menschen in prekären Lebenslagen als integrativer Teil des Regelsystems.
- Ausreichende Bereitstellung und Finanzierung von Sprachmittler*innen. Eine professionelle Sprachmittlung ist wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Derzeit werden die Kosten einer Sprachmittlung nicht von der Krankenkasse übernommen.
- Gezielte Maßnahmen, um Diskriminierungen im Gesundheitssektor zu dokumentieren und zu verhindern (zum Beispiel Ombudspersonen, Antidiskriminierungstrainings).
- Bereitstellung von Informationen über die Rechte von Patient*innen für das Gesundheitspersonal und für Betroffene in verschiedenen Sprachen und in einfacher Sprache (zum Beispiel zur Abrechnung medizinischer Leistungen mit einer EHIC-Karte).

Bis zur Durchsetzung dieser strukturellen Maßnahmen sind kurzfristige, komplementäre Maßnahmen notwendig, um Menschen den Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen. Auf kommunaler Ebene gehören dazu unter anderem:

- Einrichtung von Clearingstellen, um Möglichkeiten der (Re-) Integration ins Regelsystem zu ermitteln. Modellprojekte von Clearingstellen haben gezeigt, dass die Mehrheit der Menschen ohne Krankenversicherung in das Regelsystem (re-)integriert werden kann.⁶⁰
- Einführung eines anonymisierten Krankenscheins für Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus. Damit könnten Betroffene ohne Angst vor der Übermittlung ihrer Daten an die Ausländerbehörde einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen.⁶¹
- Vereinfachung und Standardisierung des Abrechnungsverfahrens von Krankenhäusern nach einer Notfallbehandlung bei Sozialämtern.
- Bereitstellung von niederschweligen Angeboten zur medizinischen Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen, zum Beispiel über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Auf EU-Ebene existieren ebenfalls Vorschläge für gesetzliche Neuerungen, um die Gesundheitsversorgung für alle in der EU lebenden Menschen zu verbessern. Dazu gehören unter anderem eine Verbesserung der Abrechnungsmöglichkeiten mit der EHIC-Karte und die Klärung der EU-weiten Rechtslage für Menschen ohne Krankenversicherung.

Die 2017 proklamierte Europäische Säule sozialer Rechte enthält wichtige Elemente, deren Umsetzung von politischen Entscheidungsträgern der EU-Institutionen vorangetrieben werden sollte.⁶² Es bedarf – entsprechend den Empfehlungen der EU-Kommission von 2017 – europäischer Regularien, die den Zugang zu sozialer Absicherung und das „Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung“ sichern.⁶³

”

**Gesundheitlich stabile Menschen
haben mehr Ressourcen für
positive Veränderungen in anderen
Lebensbereichen zur Verfügung.**

“



LITERATURNACHWEISE UND ERLÄUTERUNGEN

- 1 o. V. (2016): Statistisches Bundesamt. Wie viele Deutsche sind nicht krankenversichert? *Ärzte Zeitung online*. [online] https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/920592/statistik-viele-deutsche-nicht-krankenversichert.html [09.08.2018]
- 2 Staeck, F. (2018): Beitragsschulden. Kassen laufen 8,2 Milliarden Euro hinterher. *Ärzte Zeitung online*. [online] https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/961671/beitragsschulden-kassen-laufen-82-milliarden-euro-hinterher.html [07.08.2018]
- 3 European Commission (2013): *Praktischer Leitfaden zum anwendbaren Recht in der Europäischen Union (EU), in Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz: 46-47*. [pdf] <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11366&langId=de> [07.08.2018]
- 4 Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus sind Menschen, die „sich ohne legalen asyl- oder ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus, ohne Duldung und ohne behördliche Erfassung in Deutschland aufhalten“, beispielsweise auch „Menschen ohne Papiere“ genannt.
- 5 BAG Gesundheit/Illegalität (2018): Krank und ohne Papiere. Fallsammlung der BAG Gesundheit/Illegalität. [pdf] https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/Krank_und_ohne_Papiere_Fallsammlung_der_BAG_Gesundheit_Illegalitaet_April_2018_Web.pdf [30.08.2018]
- 6 Manteuffel von, Marie (2018): Papierlos und unterversorgt, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 64(1): 35.
- 7 Médecins du Monde (o. J.): Observatory reports. European Network to reduce vulnerabilities in health. [online] <https://mdmeuroblog.wordpress.com/resources/publications/> [28.08.2018]
- 8 Bei den Angaben der Daten werden jeweils unterschiedliche Nenner angegeben. Diese entsprechen der Gruppengröße, die zu den jeweiligen Kriterien auch Angaben machte.
- 9 Naidoo, J. und Wills, J. (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). 2. Aufl., Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung: 30.
- 10 Alle Namen der Patient*innen wurden von der Redaktion geändert.
- 11 Robert Koch-Institut (RKI) (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: 148*. [pdf]
- 12 Die Armutsgrenze wurde in der Datenerhebung mit monatlich 1.033 Euro festgelegt. Sie basiert auf der vom Statistischen Bundesamt festgelegten Armutsschwelle von 2015. Der Wert bezieht sich auf Alleinlebende.
- 13 o. V. (o. J.): Lebensbedingungen, Armutsgefährdung. Armutsschwelle und Armutsgefährdung (monetäre Armut) in Deutschland. Destatis. [online] https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/EinkommenKonsumLebensbedingungen/LebensbedingungenArmutsgefaehrung/Tabellen/EUArmutsschwelleGefaeehrung_SILC.html [21.08.2018]
- 14 Lampert, T. und Mielck A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik, in: *G+G Wissenschaft (GGW)*, 8(2): 7-16.
- 15 Naidoo, J. und Wills, J. (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage*. BZgA (Hrsg.). 2. Aufl., Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung: 30-31.
- 16 RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis: 148-156*. [pdf] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitInDeutschlandPublikation.pdf?__blob=publicationFile [07.08.2018]
- 17 Fazel, S., Geddes, J. R. und Kushel, M. (2014): The health of homeless people in high-income countries. Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations, in: *The Lancet*, 384(9953): 1533-1534.
- 18 Kaduszkiewicz, H., Bochon, B., van den Bussche, H., Hansmann-Wiest, J., und van der Leeden, C. (2017): The Medical Treatment of Homeless People. *Deutsches Ärzteblatt International*. 114: 673-679.
- 19 Hwang S. W., Ueng J. J. M., Chiu, S., Kiss A., Tolomiczenko G., Cowan, L., Levinson W. und Redelmeier, D. A. (2010): Universal Health Insurance and Health Care Access for Homeless Persons, in: *American Journal of Public Health*, 100(8): 1454-1461.
- 20 European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL (o.J.): *ETHOS. Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung*. [pdf] http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Grundlagen/Ethos_NEU_d.pdf [09.08.2018]
- 21 o. V. (2018): Vorteil Jena – Vorbeugung durch soziale Teilhabe, in: Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): *Aktuelle Ergebnisse in der Gesundheitsforschung*, April 2018: 4-6. [pdf] https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/NL_89_barrierefrei.pdf [29.08.2018]
- 22 Peter, R. (2006): Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit, in: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag: 109-123.
- 23 Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E. RN, Lytle, B. L., Bosworth, H. B., Williams, R. B. Jr. und Mark, D. B. (2001): Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality, in: *Psychosomatic Medicine*. 63(2): 267-272.
- 24 Seeman, T. E. (2000): Review Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults, in: *American Journal of Health Promotion*. 14(6): 362-370.
- 25 House, J. S., Landis, K. R. und Umberson, D. (1988): Social relationships and health, in: *Science*. 241(4865): 540-545.
- 26 In der Datenerhebung wurde gefragt: „Gibt es jemanden in München/Hamburg/Berlin, der Sie emotional unterstützt, und der Ihnen Hilfe und Vertrauen bietet, wenn Sie es brauchen?“
- 27 In der Datenerhebung wurde bei Menschen ohne geregelten Aufenthalt aufgrund der Problematik der Übermittlungspflicht immer „kein Versicherungsschutz“ angekreuzt.
- 28 Dias S., Gama, A., Cortes, M. und de Sousa B. (2011): Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal, in: *Health and Social Care in the community*. 19(5): 514-521.
- 29 Ehmsen, B. K., Biswas, D., Jensen, N.K., Krasnik, A. und Norredam, M. (2014): Undocumented migrants have diverse health problems, in: *Danish Medical Journal*. 61(9): A4897.
- 30 Britz, J. B. und McKee M. (2016): Charging migrants for health care could compromise public health and increase costs for the NHS, in: *Journal of Public Health*. 38(2): 384-390.
- 31 Woodward, A., Howard, N. und Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review, in: *Health Policy Plan*. 29(7): 818-830.

- 32 RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*: 181. [pdf] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitInDeutschlandPublikation.pdf?__blob=publicationFile [07.08.2018]
- 33 Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017): Diskriminierung in Deutschland. Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. [pdf] https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/BT_Bericht/Gemeinsamer_Bericht_dritter_2017.pdf?__blob=publicationFile&v=13 [30.08.2018]
- 34 Rae, B. E. und Rees, S. (2015): The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care, in: *Leading Global Nursing Research*. 71(9): 2096-2107.
- 35 Wen C. K. , Hudak P. L. und Hwang S. W. (2007): Homeless People's Perceptions of Welcomeness and Unwelcomeness in Healthcare Encounters, in: *Journal of General Internal Medicine*. 22(7): 1011-1017.
- 36 RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*: 31. [pdf] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitInDeutschlandPublikation.pdf?__blob=publicationFile [07.08.2018]
- 37 Die Diagnosen und Krankheitsbilder werden in den Projekten nach einer ausführlichen medizinischen Anamnese und Untersuchung beschreibend und als ICD-10 Codierung dokumentiert. Für die Datenauswertung wurden die Diagnosen in ICPC-2 umgewandelt.
- 38 Die Auswertung der Diagnosen in diesem Kapitel bezieht sich stets auf alle gestellten Diagnosen in allen medizinischen Konsultationen, also Erst- und Wiederholungskonsultationen.
- 39 Wonca International Classification Committee (WICC) (2013): *ICPC-2 Deutsch/German. International Classification of Primary Care*. 2. Ausgabe. [pdf] <https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICPC-2e%20International%20classification%20of%20primary%20care%202nd%20edition%20German.pdf> [29.08.2019]
- 40 Häufig gestellte Diagnosen: Hypertonie und koronare Herzerkrankungen
- 41 Häufig gestellte Diagnosen: Diabetes, Fettstoffwechselstörung und Schilddrüsenerkrankungen
- 42 Häufig gestellte Diagnosen: orthopädische Erkrankungen von Knie, Hüfte, Wirbelsäule oder Muskulatur
- 43 o.V. (o.J.): Chronische Erkrankungen. *RKI*. [online] https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Chronische_Erkrankungen_node.html [09.08.2018]
- 44 Häufig gestellte Diagnosen: Magenschleimhautentzündungen und Magengeschwüre
- 45 Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (o.J.): *Maternal mortality in 1990-2015*. [pdf] http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/deu.pdf [22.08.2018]
- 46 o.V. (2016): Under-Five Mortality Rate. *Child Mortality Estimates*. [online] http://www.childmortality.org/index.php?r=site/graph&ID=DEU_Germany [07.08.2018]
- 47 o.V. (2018): Maternal mortality. *WHO*. [online] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> [09.08.2018]
- 48 BZgA (2017): *Rundum. Schwangerschaft und Geburt*: 52. [pdf] <https://www.bzga.de/pdf.php?id=bb61bb48021fb00c5a76b7d64546da95> [05.07.2018]
- 49 BZgA (2017): *Rundum. Schwangerschaft und Geburt*: 52-53. [pdf] <https://www.bzga.de/pdf.php?id=bb61bb48021fb00c5a76b7d64546da95> [05.07.2018]
- 50 WHO (2016): *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*: 105. [pdf] <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf> [10.08.2018]
- 51 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): *Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien*. [online] https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRC/crc_de.pdf [03.09.2018]
- 52 Bundesministerium für Gesundheit (o.J.): *Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche*. [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/kindergesundheit/frueherkennungsuntersuchung-bei-kindern.html> [06.07.2018]
- 53 RKI (2017): *Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. [pdf] https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?__blob=publicationFile [06.07.2018]
- 54 BZgA und RKI (2008): *Erkennen - Bewerten - Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. [pdf] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/KiGGG_GPA.pdf [06.07.2018]
- 55 RKI (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*: 152. [pdf] https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/GesundheitInDeutschlandPublikation.pdf?__blob=publicationFile [07.08.2018]
- 56 Perna, L., Bolte G., Mayrhofer H., Spies G. und Mielck A. (2010): The impact of the social environment on children's mental health in a prosperous city. An analysis with data from the city of Munich, in: *BMC Public Health*. 10(199).
- 57 European Agency for Fundamental Rights (2015): Cost of exclusion from healthcare. *The case of migrants in an irregular situation*. [pdf] fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf [22.07.2018]
- 58 Britz, J. B. und McKee M. (2016): Charging migrants for health care could compromise public health and increase costs for the NHS, in: *Journal of Public Health*. 38(2): 384-390.
- 59 Bozorgmehr K. und Razum O. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013, in: *PLoS ONE*. 10(7).
- 60 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2018): *Clearingstellen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Zugewanderten*. [pdf] <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-803.pdf> [22.07.2018]
- 61 Modellprojekte bestehen in Niedersachsen (Hannover und Göttingen). In Berlin und Thüringen ist die Einführung des anonymisierten Krankenscheins in Planung.
- 62 Rat der Europäischen Union (2017): *Interinstitutionelle Proklamation zur europäischen Säule sozialer Rechte*. [pdf] <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13129-2017-INIT/de/pdf> [22.07.2018]
- 63 Europäische Kommission (2017): *Empfehlung (EU) 2017/761 der Kommission vom 26. April 2017 zur europäischen Säule sozialer Rechte*. [online] <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/dcd36fce-2c66-11e7-9412-01aa75ed71a1/language-de> [10.08.2018]



Herausgeber

© 2018 Ärzte der Welt
Vi.S.d.P.: Prof. Dr. H.-J. Zenker (Vorstandsvorsitzender)
Leopoldstraße 236
D-80807 München
info@aerztederwelt.org
www.aerztederwelt.org

Autorinnen

Carolin Bader, Ärzte der Welt e. V.
Johanne Offe, Ärzte der Welt e. V.
Kirstie McMeekin, Ärzte der Welt e. V.
Bader, C., Offe, J., McMeekin, K. (2018):
Verwehrttes Recht auf Gesundheit. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland.
München: Ärzte der Welt e. V.

Stand

Oktober 2018

Weitere Mitwirkende

Datenanalyse: Günter Fröschl
Redaktion: Stephanie Meyer-Steidl, Sabine Fürst

Kooperationspartner



Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin,
Klinikum der Universität München (LMU)
Leopoldstraße 5, 80802 München

Layout und Gestaltung

MediaCompany - Agentur für Kommunikation GmbH

Medizin Hilft e. V.

open.med Berlin
Teltower Damm 8a, 14169 Berlin
info@medizin-hilft.org

Bildrechte

Titelbild, S. 23, S. 25: © Bente Stachowske
Bild S. 5, S. 29: © Katharina Meier
Bild S. 9: © Lukas Lauber
Bild S. 10: © Philipp Döring
Bild S. 10, S. 11, S. 19: © David Gohlke
Bild S. 10, S. 13, S. 24: © Mike Yousaf
Bild S. 10, S. 14: © Florian Kolmer
Bild S. 15, S. 26: © Laura Schweizer
Bild S. 16: © Manfred Neumann

Ambulante Hilfe e. V.

Kreuznacherstraße 41 A, 70372 Stuttgart
medmobil@ambulantehilfestuttgart.de

hoffnungsorte hamburg

Repsoldstraße 46, 22097 Hamburg
info@hoffnungsorte-hamburg.de

Druck

Druckerei Brandt GmbH
Rathausgasse 13, 53111 Bonn

Ärzte der Welt ist Träger des
Sozialen Menschenrechtspreises 2018



Spendenkonto

Deutsche Kreditbank (DKB)
IBAN: DE061203 0000 1004 333660
BIC: BYLADEM1001

Ärzte der Welt e. V. ist als gemeinnützige Organisation anerkannt. Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Seit April 2006 erhält Ärzte der Welt jährlich das DZI-Spendensiegel als Zeichen für Vertrauenswürdigkeit und erfüllt so die strengen Kriterien des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen.

