

GESUNDHEITSREPORT 2019

ZURÜCKGELASSEN – WEN UNSER GESUNDHEITSSYSTEM AUSSCHLIESST

Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland



Dank

Wir bedanken uns bei allen, die zu diesem Bericht beigetragen haben: bei unseren Patient*innen, bei den ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen und hauptamtlichen Kolleg*innen aus den Projekten, bei unseren Kooperationspartnern Medizin Hilft e.V. in Berlin, Ambulante Hilfe e.V. in Stuttgart und hoffnungsorte hamburg e.V. in Hamburg sowie bei der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Universität München.

Ärzte der Welt

Die humanitäre Organisation Médecins du Monde wurde 1980 in Frankreich gegründet. 16 Sektionen auf drei Kontinenten bilden mittlerweile ein unabhängiges internationales Netzwerk und engagieren sich für die medizinische Versorgung von Menschen in Krisensituationen – weltweit sowie im eigenen Land. Auch politisch setzt sich die Organisation dafür ein, dass das Menschenrecht auf einen bezahlbaren Zugang zu Gesundheitsversorgung verwirklicht wird. Ärzte der Welt e.V. ist die deutsche Sektion des Netzwerks und wurde im Jahr 2000 gegründet.

Das Inlandsprogramm von Ärzte der Welt Deutschland

In den Projekten von Ärzte der Welt in Berlin, Hamburg, München und Stuttgart erhalten Menschen, die keinen ausreichenden Zugang zu Gesundheitsversorgung haben, medizinische Hilfe und bedarfsorientierte Beratung. Ziel der Projekte ist langfristig die (Re-)Integration aller Patient*innen in die reguläre Gesundheitsversorgung.

Projekte des Inlandsprogramms

open.med Berlin: Medizinische Anlaufstelle in Kooperation mit Medizin Hilft e.V.

open.med Hamburg: Medizinische Anlaufstelle in Kooperation mit hoffnungsorte hamburg/Verein Stadtmission Hamburg

open.med München: Medizinische Anlaufstelle und aufsuchende medizinische Versorgung

MedMobil Stuttgart: Aufsuchende medizinische Versorgung in Kooperation mit Ambulante Hilfe Stuttgart e.V.

Finanziell unterstützt wird die Publikation im Rahmen des Projektes „Gesundheitsversorgung für alle“ durch die SKala-Initiative. Vielen Dank für die Unterstützung und das Vertrauen.



Unsere Kooperationspartner:



GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

VERPFLICHTUNG UND REALITÄT

2015 hat Deutschland die Ziele der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung unterzeichnet und sich somit auch dem Ziel des Universal Health Coverage verpflichtet. Das bedeutet, die Bundesregierung muss dafür Sorge tragen, dass alle Menschen die von ihnen benötigten Gesundheitsleistungen in ausreichender Qualität in Anspruch nehmen können – zeitnah, wohnortnah und ohne in finanzielle Not zu geraten.

Indem sie die Deklaration „Universal health coverage: moving together to build a healthier world“ unterzeichnet hat, hat die Bundesregierung dieses Ziel im September 2019 noch einmal bekräftigt. Sie hat außerdem zugesichert, sich verstärkt um bisher besonders Benachteiligte zu kümmern und darauf zu achten, niemanden zurückzulassen („leave no one behind“). Für alle in Deutschland lebenden Menschen müssen demnach die notwendigen Gesundheitsdienste diskriminierungsfrei zugänglich sein.

Dass in Wirklichkeit viele Menschen ausgeschlossen werden zeigt dieser Bericht: Im Krankheitsfall haben sie oft keinen ausreichenden Zugang zum Gesundheitssystem und erhalten damit nicht die medizinische Versorgung, die sie benötigen. Sie erleben unterschiedlichste Barrieren, darunter gesetzliche Einschränkungen.

Gesetzesänderungen hatten in den vergangenen zwei Jahren zur Folge, dass das Recht auf diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung weiter massiv eingeschränkt worden ist.

Zweifellos verfügt Deutschland über ein hochentwickeltes Gesundheitssystem und qualitativ hochwertige medizinische Leistungen. Allerdings sind diese sehr teuer und privat, besonders für Menschen mit geringen finanziellen Mitteln, kaum bezahlbar – Patient*innen ohne Krankenversicherung bleibt der Zugang faktisch verwehrt.

Dieser Bericht basiert auf einer wissenschaftlichen Auswertung von Patient*innendaten, die von Januar bis Dezember 2018 in den Projekten in München, Hamburg und Berlin erhoben worden sind. Er gibt einen Überblick über Soziodemografie, Lebensumstände, erlebte Barrieren und den Gesundheitszustand der Patient*innen.

In der deutschen Versorgungslandschaft stellen die Daten einen einzigartigen Fundus dar, da die untersuchten Zielgruppen wegen fehlender Meldeadressen oder Sprachbarrieren für derartige Studien normalerweise nicht erreichbar sind.

Ärzte der Welt machen die Daten politischen Entscheidungsträger*innen, Akteur*innen aus der Wissenschaft und dem Gesundheitswesen sowie anderen Vereinen und Wohlfahrtsverbänden zugänglich, um so zu einem verbesserten Zugang für alle in Deutschland lebenden Menschen beizutragen.

Wer nicht ausreichend versorgt ist

Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden bei einer Krankenversicherung

- Unversicherte haben keinen Anspruch auf Kostenübernahme. Lediglich im Notfall und bei nachgewiesener Mittellosigkeit kann das Sozialamt die Kosten tragen. Kinder, deren Eltern keine Krankenversicherung haben, sind ebenfalls betroffen und haben keinen Zugang zu medizinischer Versorgung.
- Solange Beitragsrückstände bestehen, haben Versicherte lediglich den Anspruch auf einen reduzierten Umfang an Leistungen. Seit Anfang 2019 in Kraft getretenen Änderungen im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (SGB V §188, 191, 323) können Beitragsschulden, gemeinsam mit anderen Faktoren, zu einem Ausschluss aus der Krankenversicherung führen.

Migrant*innen aus EU-Mitgliedsstaaten

- Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland sollte die medizinische Versorgung durch die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) sichergestellt sein. Oft ist eine EHIC jedoch nicht vorhanden oder wird in Arztpraxen nicht akzeptiert.
- Nicht-erwerbstätige EU-Bürger*innen ohne Krankenversicherung, die weniger als fünf Jahre in Deutschland gemeldet sind, erhalten kaum noch Unterstützung, seit Anfang 2017 das sogenannte Leistungsausschlussgesetz in Kraft getreten ist (SGB II §7, SGB XII §23). Innerhalb von zwei Jahren können sie für maximal einen Monat sogenannte Überbrückungsleistungen beantragen (inklusive eingeschränkter Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen). Anschließend besteht – selbst in Notfällen – kein Anspruch auf die Kostenerstattung für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Medikamente.

Menschen, die im Asylverfahren sind oder mit einer Duldung in Deutschland leben

- Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG §4 und 6) besteht bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt in den ersten 18 Monaten ein Anspruch auf Kostenübernahme für reduzierte medizinische Leistungen. Darüber hinausgehende Leistungen, zum Beispiel für die Behandlung chronischer Krankheiten, müssen im Einzelfall in oft langwierigen Verfahren beantragt werden.

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus

- Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf eingeschränkte Leistungen nach dem AsylbLG. Werden diese in Anspruch genommen, unterliegen die zuständigen Behörden jedoch einer Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde, durch die eine Abschiebung droht (AufenthG § 87 Abs. 2). Nur bei einer stationären Notfallversorgung und einer Entbindung im Krankenhaus gilt ein sogenannter verlängerter Geheimnisschutz.

DIE PATIENT*INNEN

ANALYSE-ERGEBNISSE IM DETAIL

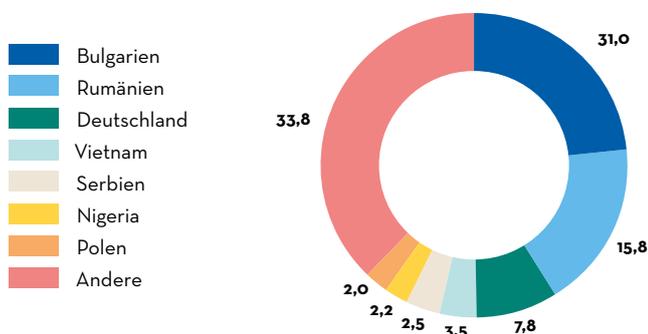
Insgesamt wurden 2018 im Inlandsprogramm von Ärzte der Welt 2.441 Patient*innen in 8.144 Konsultationen beraten und medizinisch versorgt. Davon waren in den drei Anlaufstellen in Berlin, Hamburg und München sowie beim Münchner Behandlungsbus 1.099 Personen bereit, ihre Daten für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Sie wurden zum Zeitpunkt ihres ersten Besuchs in einem der Projekte befragt. Die prozentualen Angaben beziehen sich jeweils nur auf die Personen, die zu diesem Thema Angaben gemacht haben. (Die numerische Anzahl wird jeweils aus den Zahlen in der Klammer ersichtlich.)

Alter: Das mediane Alter lag bei 34,1 Jahren. 20,6 % (226/1.097) der Patient*innen waren Kinder und Heranwachsende unter 20 Jahren. 4,9 % (54/1.097) waren über 65 Jahre alt. **Unter den Patient*innen befanden sich 121 Kinder (11,0 %) unter fünf Jahren. Davon hatten 57,9 % (70/121) keinen Versicherungsschutz, weder in Deutschland noch in ihrem Heimatland.** 40,0 % (48/120) von ihnen waren Unionsbürger*innen (ohne Deutschland), 46,7 % (56/120) Drittstaatsangehörige und 13,3 % (16/120) deutsche Staatsangehörige.

Geschlecht: Mit 53,8 % (591/1.099) war die knappe Mehrheit der Patient*innen weiblich.

Schwangere Frauen: Unter den 474 Patientinnen, waren 21,5 % (102/474) schwanger. 72,9 % (43/59) der Frauen, die Angaben zum Thema gemacht haben, waren vor ihrem Besuch in einer der Anlaufstellen noch bei keiner Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung gewesen. Im Mittelwert kamen die schwangeren Frauen in der 17. Schwangerschaftswoche das erste Mal zu uns.

HERKUNFT DER PATIENT*INNEN NACH STAATEN IN %



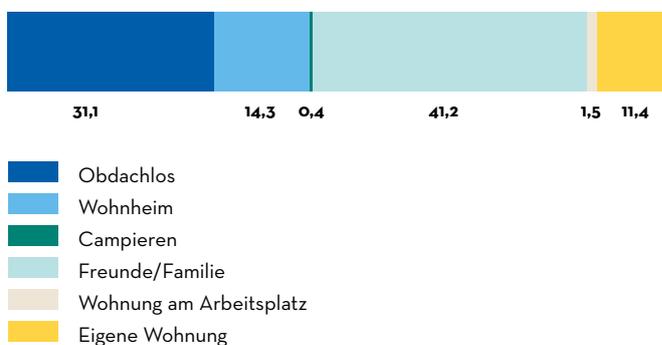
Herkunft: Von den Patient*innen wurden 85 verschiedene Herkunftsländer angegeben (siehe Grafik 1 mit den sieben häufigsten Angaben). Werden die Nationalitätsangaben in die folgenden drei Gruppen aufgeteilt, ergibt sich folgendes Bild: 57,2 % (627/1.097) Unionsbürger*innen (ohne Deutschland), 35,0 % (384/1.097) Bürger*innen anderer Staaten und 7,8 % deutsche Staatsangehörige (86/1.097).

Gesellschaft: Lebensverhältnisse, die krank machen

Studien belegen, dass sich diverse sozioökonomische und psychosoziale Faktoren negativ auf die Gesundheit auswirken können. Dazu gehören Armut, prekäre Wohnverhältnisse und soziale Isolation.

Armut: 95,6 % (1.022/1.069) der Patient*innen, die im Beobachtungszeitraum erstmals in die Anlaufstelle kamen, lebten unterhalb der Armutsgrenze (definiert entsprechend EU-Standard).

WOHNSITUATION DER PATIENT*INNEN NACH HERKUNFTSGRUPPEN IN %



Wohnverhältnisse: Nur 11,4 % (120/1057) gaben an, als Besitzer*in oder Mieter*in im eigenen Wohnraum zu leben. 2,2 % (23/1057) campierten, lebten in einem besetzten Haus oder übernachteten am Arbeitsplatz. 41,2 % (435/1057) lebten bei Freunden oder der Familie, 14,3 % (151/1057) in einem Wohnheim oder einer Unterkunft für Wohnungslose und 30,9 % waren obdachlos (327/1.057).

21,8 % (156/715) aller Patient*innen sahen ihre Wohnverhältnisse als gesundheitsgefährdend an.

Soziale Isolation: 45,6 % berichteten, dass sie nur „manchmal“ (35,0 %; 239/628) oder „nie“ (10,6 %; 72/682) eine Vertrauensperson haben, die sie emotional unterstützt und ihnen Hilfe bietet, wenn sie es brauchen.

Obdachlose sind deutlich isolierter. 73,8 % (48/65) berichteten, nie oder nur manchmal eine*n Ansprechpartner*in zu haben.

BARRIEREN WAS DEN ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG VERHINDERT

Ein Gesundheitssystem entspricht erst dann den Prinzipien der Universellen Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage), wenn es für alle bezahlbar und zugänglich ist. Patient*innen erleben jedoch unterschiedlichste Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsversorgung – strukturelle wie individuelle. Oftmals bedingen sich diese Barrieren gegenseitig. Sie alle verhindern eine adäquate medizinische Versorgung.

Versicherungsstatus

Der bezahlbare Zugang zum regulären Gesundheitssystem in Deutschland hängt in erster Linie vom Versicherungsstatus der jeweiligen Person ab. In die Kategorie „kein Versicherungsschutz“ fallen deutsche Staatsangehörige ohne Krankenversicherung, Unionsbürger*innen, die weder in Deutschland noch in ihrem Heimatland eine Krankenversicherung haben, sowie Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus. In die Kategorie „eingeschränkter Versicherungsschutz“ fallen Menschen, die z.B. aufgrund von Beitragsschulden bei der Krankenversicherung oder über das Asylbewerberleistungsgesetz nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen haben.

VERSICHERUNGSSTATUS IN PROZENT



Fallbeispiel: Peter K. konnte nach dem Bankrott seiner Firma die Beiträge für die private Krankenversicherung nicht mehr bezahlen:

„In Deutschland muss jeder Bürger eine Krankenversicherung haben. Da soll mir mal einer sagen, wie ich das machen soll, bei einem geschätzten Beitrag von 800 Euro. Ich musste mich zweimal einer lebensbedrohlichen Operation unterziehen. Keiner hat gewusst, dass ich eine Niereninsuffizienz habe. Ich habe im Internet verzweifelt nach einem Ort gesucht, wo ich ärztliche Hilfe bekommen kann. So bin ich auf Ärzte der Welt gestoßen.“

Angst vor hohen Kosten

Viele unserer Patient*innen haben Angst vor den Kosten für medizinische Versorgung: 45,7 % (502/1.099) gaben an, dass ihnen ein Arztbesuch zu teuer war, 38,1 % (419/1.099) konnten sich die Medikamente nicht leisten.

Aufenthaltsrechtlicher Status

27,5 % der Patient*innen aus Drittstaaten hatten keinen geregelten Aufenthaltsstatus (101/368). 45,8 % derjenigen, die zu dem Thema Angaben machen wollten (33/72), berichteten, ihren Bewegungsradius aus Angst vor Abschiebung oft oder sehr oft einzuschränken.

Bürokratie und fehlende Informationen

Für 25,7 % (282/1.099) stellten administrative Probleme eine Barriere beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar. 32,4 % (356/1.099) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem zu wissen.

Sprache

Nur 24,8 % (273/1.099) der Patient*innen gaben die Sprache als direkte Barriere an. Dennoch wurde bei 80,4 % (882/1.097) zum Zeitpunkt der Erstbefragung eine Sprachmittlung benötigt.

Obdachlosigkeit

Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen waren, gaben deutlich häufiger Barrieren an als die Befragten insgesamt: 80,4 % (263/327) hatten keinen Versicherungsschutz. 54,1 % (177/327) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem zu wissen. Für 46,2 % (151/327) war ein Arztbesuch zu teuer, für 45,3 % (148/327) waren die Medikamente zu teuer. 46,5 % (152/327) gaben die Sprache als direkte Barriere an.

Fallbeispiel: Die Bulgarin Violeta Z. bezieht zwar eine Witwenrente und hat damit auch Anspruch auf eine Krankenversicherung in Deutschland, besaß jedoch lange Zeit keinen Versicherungsnachweis. Sie ist an einem chronischen Nierenleiden erkrankt. Aus eigenen Mitteln kann sie die Behandlung nicht zahlen. Außerdem berichtet die 57-Jährige von Diskriminierungen und Sprachbarrieren, als sie in einem Krankenhaus Hilfe suchte:

„Man hat mir noch nicht einmal ins Gesicht geschaut. Sie haben mir gesagt, ich solle wieder gehen, weil ich kein Deutsch spreche.“

Verzicht

59,9 % (597/997) der Befragten hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten darauf verzichtet, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren. Die obdachlosen Patient*innen verzichteten mit 73,8 % (239/324) deutlich häufiger auf medizinische Versorgung.

GESUNDHEITSTATUS WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST

Subjektiv empfundener Gesundheitszustand

Die Aussagen zum subjektiv empfundenen Gesundheitszustand liefern wichtige Hinweise, um den Zustand von Personen oder Bevölkerungsgruppen zu beschreiben. Bei ihrem ersten Besuch in einem der Projekte gaben 35,2 % (258/733) an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (30,4 % 223/733) oder „sehr schlecht“ (4,8 %, 35/733) empfanden.

55,4 % (36/65) der obdachlosen Patient*innen gaben an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (40,0 %; 26/65) oder „sehr schlecht“ (15,4 %; 10/65) einschätzten.

Medizinisch festgestellter Behandlungsbedarf/ Gesundheitszustand

Mehr als die Hälfte aller gestellten Diagnosen konnte den fünf folgenden Diagnosegruppen zugeordnet werden: Familienplanung und Screening (15,3 %; 224/1460), Atemwegsprobleme (9,7 %; 141/1460), Muskuloskelettale Probleme (9,3 %; 135/1460), Herz-Kreislaufprobleme (8,6 %; 126/1460), Symptome ohne erfassbare zugrundeliegende Erkrankung (8,4 %; 122/1460).

Der Behandlungsbedarf wurde bei 31,6 % (310/982) aller Erstkonsultationen mit Diagnosestellung als dringend eingestuft.

34,0 % (478/1407) aller Diagnosen waren bei der Erstkonsultation chronischer Natur. Chronische Krankheiten zählen heute zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch relevantesten Gesundheitsproblemen. Sie beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.



ZURÜCKGELASSEN KONSEQUENZEN DES VERWEHRTEN RECHTS FÜR INDIVIDUUM UND GESELLSCHAFT

Gesundheit ist ein dynamischer Prozess, der von sozialen, ökonomischen und politischen Determinanten beeinflusst wird. Viele Einflussfaktoren, wie beispielsweise die Wohnsituation, wirken auf zwei Ebenen. Sie beeinflussen den Gesundheitszustand negativ und erschweren den Zugang zu medizinischer Versorgung gleichermaßen. Darüber hinaus werden in Deutschland Gesetze und Verwaltungsvorschriften immer restriktiver.

Dieser Bericht zeigt, dass vor allem Menschen, die in schwierigen und krankmachenden Lebensverhältnissen leben, vielen Barrieren begegnen und keinen oder nur einen sehr eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Erkrankungen bleiben daher unbehandelt und können zu akuten, lebensbedrohlichen Notfällen werden. Wenn speziell chronische Erkrankungen nicht oder nicht frühzeitig behandelt und Präventionsleistungen nicht für jeden frei zugänglich angeboten werden, hat das nicht nur schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen. Es führt auch, wie Studien belegen, zu einer finanziellen Mehrbelastung für das Gesundheitssystem. Werden Zugangsbeschränkungen hingegen abgebaut, entstehen dadurch weniger Kosten für das Gesundheitssystem. Zudem haben gesundheitlich stabili-

lere Menschen mehr Ressourcen zur Verfügung, um beispielsweise ihre Wohn- oder Arbeitssituation positiv gestalten zu können.



AUF EINEN BLICK

Über ein Drittel der Patient*innen bewerteten ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Bei den obdachlosen Personen waren es über 55 %.

Dringender medizinischer Behandlungsbedarf bestand bei knapp 32 %.

Durch entsprechende Gesetzesänderungen könnte der Zugang zu medizinischer Versorgung erheblich verbessert werden. Von einer daraus resultierenden stabileren Gesundheit könnten Betroffene wie Gesellschaft gleichermaßen profitieren.

VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN UND HANDELN

Wie schon 2018 zeigt dieser Bericht, dass die Bundesregierung ihrer menschenrechtlichen Verpflichtung nicht ausreichend nachkommt, für alle in Deutschland lebenden Menschen einen diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung und zu gesunden Lebensbedingungen sicherzustellen. Stattdessen übernehmen ehrenamtlich arbeitende Ärzt*innen und zivilgesellschaftliche Angebote zunehmend diese genuin staatliche Aufgabe. Sie können jedoch eine adäquate Versorgung im Regelsystem keinesfalls ersetzen.

Ärzte der Welt e.V. fordert von der Bundesregierung eine Strategie, um das Recht auf medizinische Versorgung für alle zu gewährleisten. Diese sollte folgende Maßnahmen beinhalten:

- Gesetzliche Einschränkungen für den Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland aufheben. Eine Einschränkung unter das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet, dass Menschen auch auf medizinisch notwendige Leistungen keinen Anspruch haben.
 - Die neuen gesetzlichen Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung im Rahmen des Krankenversicherten-Entlastungsgesetzes (SGB V §§188, 191, 323) zurücknehmen
 - Einschränkungen der Gesundheitsleistungen für Asylbewerber*innen (AsylbLG §§4 und 6) abschaffen
 - Gesundheitsversorgung für alle hier lebenden EU-Bürger*innen gewährleisten, unter anderem durch die Abschaffung des sogenannten Leistungsausschlussgesetzes (SGB II §7, SGB XII §23)
 - Ausweitung der Ausnahme von der Übermittlungspflicht (AufenthG § 87 Abs. 2) auf den Sozial- und Gesundheitsbereich, damit Menschen ohne Papiere ihren Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung ohne Angst vor Abschiebung wahrnehmen können
- Härtefallregelungen beim Wiedereintritt in die gesetzliche Krankenversicherung gesetzlich festlegen, beispielsweise für Privatversicherte über 55 Jahre, die ihre Beiträge nicht zahlen können und von sozialer Notlage bedroht sind.
- Zugang zu präventiver medizinischer Versorgung (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) auch bei eingeschränkten Leistungen (z.B. bei Beitragsschulden, Europäischen Krankenversicherungskarte sicherstellen).
- Krankenkassen wirksam kontrollieren, damit sie Menschen mit Beitragsschulden nicht aus der Krankenversicherung ausschließen können, auch wenn sie – z.B. aufgrund von Obdachlosigkeit oder psychischer Erkrankung – nicht erreichbar sind.
- Krankenkassen dazu verpflichten, verlässliche und sozialverträgliche Regelungen zur Ratenzahlung für Menschen mit Beitragsschulden anzubieten.
- Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für Menschen in prekären Lebenslagen als Teil des Regelsystems aufbauen, z.B. über den öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Daten über Menschen ohne ausreichenden Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung erheben und sicherstellen, dass darauf frei zugegriffen werden kann.
- Ausreichend Sprachmittler*innen bei ambulanter und stationärer Versorgung bereitstellen und finanzieren
- Diskriminierungen im Gesundheitssektor durch geeignete Maßnahmen (z.B. Ombudspersonen, Antidiskriminierungstrainings) bekämpfen
- Beratungsstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (sogenannte Clearingstellen) mit ausreichender finanzieller Ausstattung und in Kombination mit einem anonymisierten Behandlungsschein einrichten. Sie sind bis zur Durchsetzung struktureller Verbesserungen sinnvolle Maßnahmen. Solche Clearingstellen existieren bereits in mehreren Bundesländern und Kommunen.
- Auch auf EU-Ebene bedarf es – entsprechend der Empfehlungen der EU-Kommission von 2017 (2017/761) – Regularien, die den Zugang zu sozialer Absicherung und das „Recht auf rechtzeitige, hochwertige und bezahlbare Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung“ gewährleisten (2017/761). Dazu gehören unter anderem eine Verbesserung der Abrechnungsmöglichkeiten mit der EHIC-Karte und die Klärung der EU-weiten Rechtslage für Menschen ohne Krankenversicherung.



AUF EINEN BLICK

Deutschland kommt seiner menschenrechtlichen Verpflichtung nicht ausreichend nach, Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.

Um eine Versorgung im Regelsystem sicherzustellen, fordert Ärzte der Welt umfangreiche Maßnahmen: vom Aufheben gesetzlicher Einschränkungen bis zur Bekämpfung von Diskriminierungen.

Korrekturen bedarf es auch auf EU-Ebene, zum Beispiel bei den Abrechnungsmodalitäten mit der EHIC-Karte.

Weiterführende Literatur zum Thema finden Sie unter:
www.aerztederwelt.org/UHC



Methodik: Der Weg zu den Daten

Datenerhebung

Die Patient*innen wurden nicht randomisiert ausgewählt. Stattdessen wurde jede*r zu einem Erstgespräch eingeladen und konnte selbst entscheiden, ob und welche Fragen beantwortet werden. Alle Daten wurden im Rahmen des regulären Praxisbetriebs der Anlaufstellen erhoben, wobei die medizinische Versorgung der Patient*innen im Vordergrund stand. 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 Report veröffentlicht wird.

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

Datenauswertung und Datenqualität

Die statistische Datenanalyse erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Universität München.

Die exportierten Datensätze im Excel-Format wurden nach Datenbereinigung und Plausibilitätsprüfung in das Datenformat der statistischen Software Stata (Version StataSE 14) überführt. 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.

Manche Datensätze sind nicht vollständig ausgefüllt worden, teilweise war es aufgrund sehr kleiner Fallzahlen sowie großer Diversität bestimmter Kriterien notwendig, Daten zusammenzufassen.

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

Impressum

Herausgeber

© 2019 Ärzte der Welt
Vi.S.d.P.: Prof. Dr. H.-J. Zenker
(Vorstandsvorsitzender)
Landsberger Straße 428
D-81241 München
info@aerztederwelt.org
www.aerztederwelt.org

Kooperationspartner Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin, Klinikum der Universität München (LMU)

Leopoldstraße 5
80802 München

Medizin Hilft e.V.

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

Ambulante Hilfe e.V.

Kreuznacherstraße 41 A
70372 Stuttgart
medmobil@
ambulantehilfestuttgart.de

hoffnungsorte hamburg

Repsoldstraße 46
22097 Hamburg
info@hoffnungsorte-hamburg.de

Autorinnen

Carolin Bader, Ärzte der Welt e.V.
Johanna Offe, Ärzte der Welt e.V.
Zitiervorschlag: Bader, C., Offe, J.,
2019: Zurückgelassen – wen unser
Gesundheitssystem ausschließt,
Ärzte der Welt Gesundheitsre-
port. München: Ärzte der Welt e.V.

Weitere Mitwirkende

Datenanalyse: Dr. Günter Fröschl
Redaktion: Stephanie Steidl,
Sabine Fürst, Stephanie Kirchner

Layout und Gestaltung

MediaCompany – Agentur für
Kommunikation GmbH

Stand

Dezember 2019

Bildrechte

Titelbild © Peter Groth
Seite 5 © Bente Stachowske

Druck

Druckerei Brandt

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.

Spendenkonto

Deutsche Kreditbank (DKB)

IBAN: DE061203 0000 1004 333660

BIC: BYLADEM1001

