

GESUNDHEITSREPORT 2020

# WIE IN DEUTSCHLAND DAS MENSCHENRECHT AUF GESUNDHEIT VERLETZT WIRD

Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland



## Dank

Zu diesem Bericht haben zahlreiche Menschen beigetragen: unsere Patient\*innen, die ehrenamtlichen Mitarbeiter\*innen und hauptamtlichen Kolleg\*innen aus den Projekten, unsere Kooperationspartner Medizin Hilft e. V. in Berlin, Ambulante Hilfe e. V. in Stuttgart und hoffnungsorte hamburg e. V. in Hamburg sowie die Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Universität München. Ihnen allen gilt unser herzlicher Dank.

## Ärzte der Welt

Die humanitäre Organisation Médecins du Monde wurde 1980 in Frankreich gegründet. 17 Sektionen auf drei Kontinenten bilden mittlerweile ein unabhängiges internationales Netzwerk, das sich weltweit sowie im jeweils eigenen Land für die medizinische Versorgung von Menschen in Krisensituationen engagiert. 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 Ärzten der Welt Deutschland

Nicht nur in den Ländern des Globalen Südens, sondern auch in Europa, setzen wir uns mit Gesundheitsprogrammen für benachteiligte Menschen ein. Im deutschen Inlandsprogramm bieten wir, in Kooperation mit Partnerorganisationen, medizinische Behandlungen an und ermöglichen den Patient\*innen durch individuelle Sozialberatungen Zugang zu weiterführender fachärztlicher Versorgung, dem regulären Gesundheitssystem und zusätzlichen Unterstützungsangeboten. Langfristiges Ziel der Projekte ist die (Re-)Integration der Patient\*innen in die medizinische Regelversorgung. Dank des Engagements zahlreicher ehrenamtlicher Mitarbeiter\*innen ist es möglich, die Angebote durchzuführen.

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

Unsere Kooperationspartner:



## Projekte des Inlandsprogramms

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

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

**open.med Hamburg:** Medizinische Anlaufstelle in Hamburg in Kooperation mit hoffnungsorte hamburg/Verein Stadtmission Hamburg (Gründung der Anlaufstelle 2011, Kooperation mit Ärzten der Welt seit 2014)

**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 Wohnungslose (seit Januar 2017)

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

## Aufklären und überzeugen

Die Advocacy-Arbeit ist integraler Bestandteil des Programms: Wir informieren politische Entscheidungsträger\*innen und die breite Öffentlichkeit über bestehende Missstände und setzen uns für strukturelle und nachhaltige Lösungsansätze ein. Dabei profitieren wir von den Erfahrungen, die wir mit den Patient\*innen in den Projekten machen, sowie von der Vernetzung auf kommunaler und Bundesebene. Beides bildet die Grundlage, um so zielgerichtet wie möglich einen politischen und gesellschaftlichen Wandel zu erreichen.



# INHALT

<b>DANKSAGUNG UND VORSTELLUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND</b> .....	<b>4</b>
Zielgruppen - Wer nicht ausreichend versorgt ist .....	4
<b>ZAHLEN AUF EINEN BLICK</b> .....	<b>5</b>
<b>DIE PATIENT*INNEN - ANALYSEERGEBNISSE IM DETAIL</b> .....	<b>6</b>
Alter .....	6
Kinder .....	6
Geschlecht .....	6
Herkunft .....	6
<b>WIE GESELLSCHAFTLICHE VERHÄLTNISSE KRANK MACHEN</b> .....	<b>7</b>
Armut .....	7
Wohnverhältnisse .....	7
Soziale Isolation .....	7
<b>BARRIEREN - WAS DEN ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG VERHINDERT</b> .....	<b>8</b>
Versicherungsstatus .....	8
Aufenthaltsrechtlicher Status .....	8
Erlebte Barrieren .....	8
Obdachlosigkeit - Gleichzeitig Barriere und soziale Determinante von Gesundheit .....	8
Verzicht .....	8
<b>GESUNDHEITSSTATUS - WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST</b> .....	<b>9</b>
Subjektiv empfundener Gesundheitszustand .....	9
Psychische Gesundheit .....	9
Medizinisch festgestellter Behandlungsbedarf/Gesundheitszustand .....	9
<b>SCHWANGERE</b> .....	<b>10</b>
<b>FRAUENRECHTSKONVENTION</b> .....	<b>12</b>
<b>KONSEQUENZEN DES VERWEHRTEN RECHTS FÜR INDIVIDUUM UND GESELLSCHAFT</b> .....	<b>13</b>
<b>POLITIK - VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN UND HANDELN</b> .....	<b>14</b>
<b>METHODIK - DER WEG ZU DEN DATEN</b> .....	<b>16</b>
Datenerhebung .....	16
Datenauswertung und Datenqualität .....	16

# GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Als dieser Bericht entstand, hielt die Coronapandemie die Welt in Atem. In aller Schärfe hat sie deutlich gemacht, dass es sich ein Gesundheitssystem nicht leisten kann, bestimmte Gruppen auszugrenzen. Dass dies aber in Deutschland der Fall ist, zeigen die im Folgenden ausgewerteten Daten der Ärzte der Welt-Projekte aus dem Jahr 2019.

Auch im vergangenen Jahr haben vor allem Menschen, die von Armut und prekären Arbeits- und Wohnverhältnissen betroffen sind, unsere Sprechstunden aufgesucht. Diese Personen sind nicht nur einer besonders hohen Gefahr ausgesetzt, zu erkranken, sondern auch mit zahlreichen Barrieren beim Zugang zu medizinischen Leistungen konfrontiert. Gesetzliche, sprachliche, bürokratische und andere Hindernisse stehen zwischen ihnen und ihrem Recht auf eine bestmögliche Gesundheit.

Im vorliegenden Bericht werden diese Barrieren näher beleuchtet. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Situation von Schwangeren, da es für sie besonders gefährlich ist, wenn sie keine ausreichende medizinische Versorgung erhalten.

Der Gesundheitsreport basiert auf einer wissenschaftlichen Auswertung von Patient\*innendaten, die von Januar bis Dezember 2019 in den Ärzten der Welt-Projekten in München, Hamburg und Berlin erhoben wurden. Die Analyse der Daten hilft uns dabei, die Bedarfe unserer Zielgruppen und ihre Problemlagen besser zu verstehen und unser Angebot darauf abzustimmen. Gleichzeitig soll der Bericht die Öffentlichkeit über die aktuelle Situation informieren und für Missstände sensibilisieren. In der deutschen Versorgungslandschaft stellen die von Ärzten der Welt gesammelten Daten einen einzigartigen Fundus dar, da die untersuchten Zielgruppen zum Teil wegen fehlender Meldeadressen oder Sprachbarrieren für andere Erhebungen, wie zum Beispiel den Mikrozensus, nicht erreichbar sind. Indem wir politischen Entscheidungsträger\*innen, Akteur\*innen aus der Wissenschaft, dem Gesundheitswesen sowie anderen Vereinen und Wohlfahrtsverbänden diese Daten zugänglich machen, wollen wir auch auf diesem Wege zu einer besseren Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland beitragen.

## Zielgruppen – 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 nötigen Vorsorgeuntersuchungen und medizinischer Versorgung.

➤ Solange Beitragsschulden bestehen, haben Versicherte lediglich Anspruch auf einen reduzierten Umfang an Leistungen. Seit aktuellen Änderungen im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (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, sofern die Person in ihrem Heimatland versichert ist. Oft ist eine EHIC jedoch nicht vorhanden, und selbst wenn diese Art der Versicherung besteht, ist eine Kostenübernahme nur bei notwendigen und dringend erforderlichen medizinischen Behandlungen möglich.

➤ Nicht erwerbstätige EU-Bürger\*innen ohne Krankenversicherung, die weniger als fünf Jahre in Deutschland gemeldet sind, werden seit dem Erlass des sogenannten Leistungsausschlussgesetzes (SGB II §7, SGB XII §23) aus dem Jahr 2016 von Unterstützung weitestgehend ausgeschlossen: Innerhalb von zwei Jahren können sie einmal für maximal einen Monat sogenannte Überbrückungsleistungen erhalten (inklusive eingeschränkter Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen). Anschließend besteht – selbst in Notfällen – kein Anspruch auf Kostenerstattung für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Medikamente.

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

➤ Nach 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 AsylbLG. Bei Inanspruchnahme müssen die zuständigen Behörden jedoch die Daten wegen der sogenannten Übermittlungspflicht (AufenthG § 87 Abs. 2) an die Ausländerbehörde weitergeben. Hiermit droht die Abschiebung. Nur bei einer stationären Notfallversorgung und einer Entbindung im Krankenhaus gilt ein verlängerter Geheimnisschutz, der die Weitergabe der Daten unterbindet.

# ZAHLEN AUF EINEN BLICK



## Patient\*innen

**2.583 Personen** wurden 2019 in den Anlaufstellen von Ärzten der Welt behandelt und beraten.

1.155 waren bereit, ihre Daten für diesen Gesundheitsreport zur Verfügung zu stellen.

Darunter befanden sich **223 Kinder und Heranwachsende** unter 20 Jahren.



## Lebensumstände

**94,9 %** aller Patient\*innen lebten **unter der Armutsgrenze**.

Nur **12,4 %** lebten **in einer eigenen Wohnung**:

**23,7 %** gaben an, **obdachlos** zu sein.



## Schwangerschaftsvorsorge

Unter den 520 Patientinnen waren **83 schwangere Frauen**.

Bei der Erstvorstellung befanden sie sich im Mittelwert in der **13. Schwangerschaftswoche**.

**62,2 % der Frauen** hatten davor **noch keine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung**.



## Barrieren

**Insgesamt hatten 72,6 % aller Patient\*innen keinen Versicherungsschutz** und weitere **21,6 %** lediglich Zugang zu **eingeschränkten medizinischen Leistungen**.

Die drei am häufigsten genannten **Barrieren beim Zugang zu medizinischer Versorgung** waren:

„**Angst vor hohen Kosten**“ (Behandlung, Medikation oder Versicherung zu teuer) (**50,5 %**), „**Unkenntnis des Gesundheitssystems** und/oder der eigenen Ansprüche“ (**42,6 %**) und „**Administrative Probleme und Schwierigkeiten mit dem Sozialamt/der Krankenkasse**“ (**39,6 %**)



## Gesundheitsstatus

**40,1 % aller Patient\*innen** und **55,6 % aller Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus** empfanden ihren **Gesundheitszustand als „schlecht“** oder **„sehr schlecht“**.



## Verzicht

**42,9 % aller Patient\*innen** und **59,9 % aller obdachlosen Menschen verzichteten** darauf, **Gesundheitsversorgung** in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

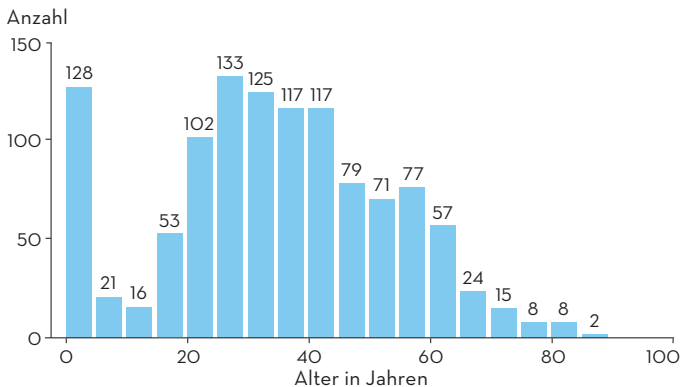
# DIE PATIENT\*INNEN

## ANALYSEERGEBNISSE IM DETAIL

2019 wurden im Inlandsprogramm von Ärzte der Welt insgesamt 2.583 Patient\*innen in 8.508 Konsultationen beraten und medizinisch versorgt. Davon waren 1.155 Personen in den Projekten in Berlin, Hamburg und München sowie beim Münchner Behandlungsbus erstmalig in 2019 vorstellig und gleichzeitig bereit, ihre Daten für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Die prozentualen und numerischen Angaben beziehen sich jeweils nur auf die Personen, die zu diesem Thema Angaben gemacht haben. Die Anzahl der Angaben wird jeweils aus den Zahlen in der Klammer ersichtlich.

**Alter:** Die Altersverteilung umfasste alle Altersgruppen, von null bis 89 Jahren (siehe Grafik 1). Das mediane Alter lag bei 34,9 Jahren. 18,9 % (218/1.155) der Patient\*innen waren Kinder und Heranwachsende unter 20 Jahren. 4,9 % (57/1.155) waren 65 Jahre alt oder älter.

**Grafik 1:** Altersverteilung der Patient\*innen

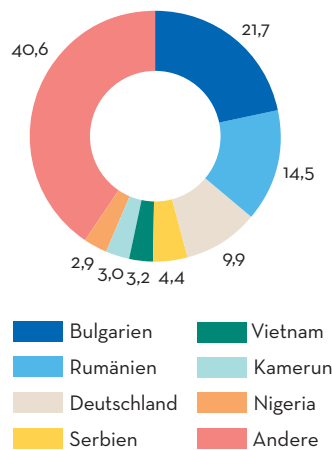


**Kinder:** Unter den Patient\*innen befanden sich 128 Kinder (11,1 %) unter fünf Jahren. Davon hatten 47,7 % (61/128) keinen Versicherungsschutz, weder in Deutschland noch in ihrem Herkunftsland. 25,2 % (32/127) von ihnen waren Unionsbürger\*innen (ohne Deutschland), 46,5 % (59/127) Drittstaatsangehörige und 28,4 % (36/127) deutsche Staatsangehörige.

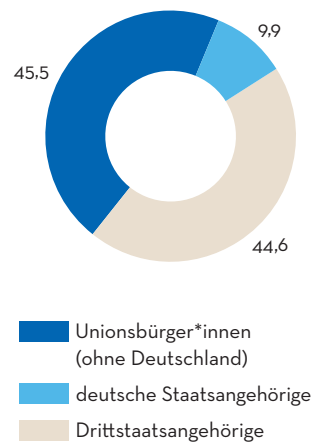
**Geschlecht:** Mit 54,6 % (629/1.153) war die knappe Mehrheit der Patient\*innen männlich, 45,1 % (520/1.153) weiblich, 0,4 % (4/1.153) inter/divers.

**Herkunft:** Es wurden 95 verschiedene Herkunftsländer von den Patient\*innen angegeben (siehe Grafik 2 mit den sieben häufigsten Angaben). Werden die Nationalitätsangaben in drei Gruppen aufgeteilt, ergibt sich folgendes Bild (siehe Grafik 3): 45,5 % (520/1.142) Unionsbürger\*innen (ohne Deutschland), 44,6 % (509/1.142) Bürger\*innen anderer Staaten, im Folgenden als Drittstaatsangehörige bezeichnet, und 9,9 % deutsche Staatsangehörige (113/1.142).

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



**Grafik 3:** Herkunft der Patient\*innen nach Nationalitätengruppen (in %)



### Stefanie Keller\*, 62 Jahre, aus Deutschland

Stefanie Keller lebte über 15 Jahre im EU-Ausland. Dort musste sie sich, weil es nicht anders ging, privat krankenversichern. Nach ihrer Rückkehr stellte sie bei ihrer ehemaligen gesetzlichen Krankenkasse einen Antrag auf Wiederaufnahme. Doch diese lehnte ab: Stefanie Keller hatte die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten und war die letzten fünf Jahre im Ausland privat versichert gewesen. Sie fragte deshalb bei verschiedenen privaten Krankenkassen an – ohne Erfolg.

Stefanie Keller kennt sich gut mit dem Gesundheits- und Versicherungssystem in Deutschland aus, früher arbeitete sie selbst bei einer Krankenversicherung. Sie empfindet es als zutiefst ungerecht, dass sie trotz Versicherungspflicht nicht aufgenommen wird. Unterschiedlichste Stellen hat sie bereits um Hilfe gebeten, darunter den Bundesärzterverband, den Verbraucherschutz, die Ärztekammer, das Sozialamt und open.med.

Als sie sich durch einen Sturz am Bein verletzte, wandte sie sich an open.med, wo sie kostenlos behandelt wurde. „Die Ärzte der Welt sind völlig unkompliziert und freundlich. Man muss sich nicht schämen, wenn man ohne Krankenversicherung dahinkommt. Das ist ja auch so eine Hemmschwelle, ohne Krankenversicherung zu einem Arzt zu gehen.“ Sorgen macht sich Stefanie Keller auch um die Beitragsschulden, die sie aufgrund der Versicherungspflicht mittlerweile aufgebaut hat: „Ein Versicherer würde rückwirkend bis zu meinem ersten Meldetag in Deutschland die Beiträge von mir verlangen. Ich bin panisch geworden, weil ich nicht weiß, wie ich das Geld aufbringen soll. Aber ich gebe nicht auf!“

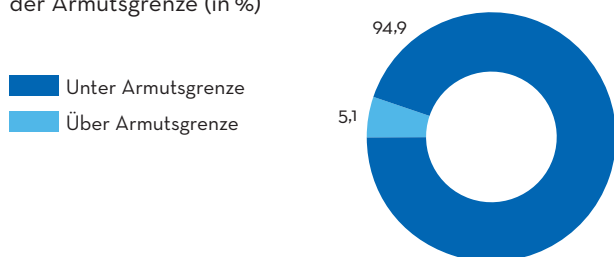
\* Name wurde geändert.

# WIE GESELLSCHAFTLICHE VERHÄLTNISS E KRANK MACHEN

Menschen, die über wenig Einkommen verfügen, in prekären Wohnverhältnissen leben und sozial isoliert sind, leiden häufiger unter gesundheitlichen Beschwerden. Zahlreiche Studien belegen, dass sozioökonomische und psychosoziale Faktoren zu einer höheren Morbidität und Mortalität führen.

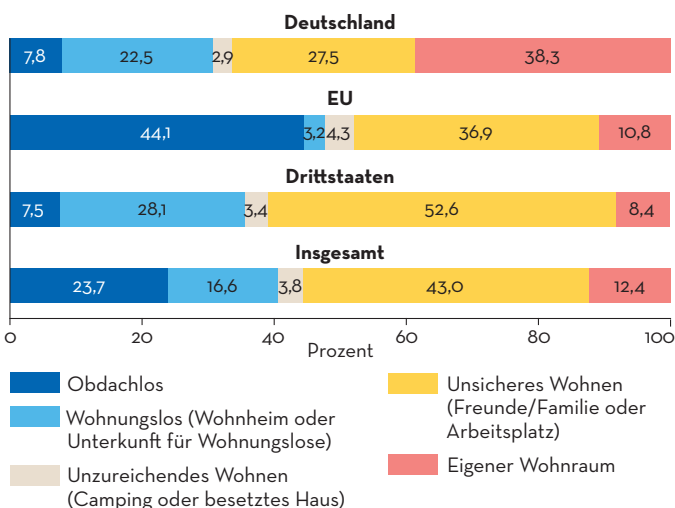
**Armut:** Fast alle Patient\*innen (94,9 %; 997/1.051), die im Beobachtungszeitraum erstmals in die Anlaufstelle kamen, lebten unterhalb der Armutsgrenze (laut Statistischem Bundesamt wird die Armutgefährdungsschwelle – dem EU-Standard entsprechend – bei 60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung festgelegt).

**Grafik 1:** Einkommensverteilung unter- und oberhalb der Armutsgrenze (in %)



**Wohnverhältnisse:** Die überwiegende Mehrheit der Klient\*innen wohnt unter prekären Bedingungen. 23,7 % (241/1.016) waren obdachlos, 16,6 % (169/1.016) lebten in einem Wohnheim oder einer Unterkunft für Wohnungslose, 3,8 % (39/1.016) campierten oder lebten in einem besetzten Haus, 43,0 % (437/1.016) lebten bei Freund\*innen oder der Familie oder übernachteten an ihrem Arbeitsplatz. 12,4 % (126/1.016) gaben an, als Besitzer\*in oder Mieter\*in im eigenen Wohnraum zu leben.

**Grafik 2:** Wohnsituation der Patient\*innen insgesamt und nach Herkunftsgruppen (in %)



**Soziale Isolation:** 59,8 % (453/758) berichteten, dass sie nur „manchmal“ (45,5 %; 345/758) oder „nie“ (14,3 %; 108/758) eine\*n Ansprechpartner\*in haben, der\*die sie emotional unterstützt und ihnen Hilfe und Vertrauen bietet, wenn sie es brauchen.

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus und Obdachlose sind deutlich isolierter. 85,4 % (41/48) der Obdachlosen berichteten, nie oder nur manchmal eine\*n Ansprechpartner\*in zu haben. 74,6 % (129/173) der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus berichteten, nie oder nur manchmal eine\*n Ansprechpartner\*in zu haben.



## Maria Albu\*, 36 Jahre, aus Rumänien

Maria Albu kommt seit mehreren Jahren immer wieder aus Rumänien nach Deutschland, um hier zu arbeiten. Die Familie in der Heimat ist dringend auf ihre Unterstützung angewiesen. Nach dem Tod ihres Mannes und Vaters ihrer beiden Kinder ist der finanzielle Druck noch größer geworden. Einmal hatte Maria Albu eine sozialversicherungspflichtige Stelle, verlor sie allerdings kurz danach wieder. Ihre aktuellen Haupteinkommensquellen sind Betteln und das Sammeln von Pfandflaschen. Da die Mieten in München zu teuer sind, schläft sie in der Notunterkunft der Stadt, dem Übernachtungsschutz.

Auch eine Krankenversicherung kann sich Maria Albu nicht leisten – obwohl sie sie dringend bräuchte. Sie leidet an mehreren chronischen Erkrankungen, darunter Herzrasen, eine Autoimmunerkrankung und Diabetes. Fast wäre sie verzweifelt, weil ihr in Deutschland der Zugang zu medizinischer Versorgung verwehrt blieb. Maria Albu stand kurz davor, in ihre Heimat zurückzukehren. Obwohl sie auch dort nicht versichert ist, sind Arztbesuche in Rumänien zumindest günstiger als in Deutschland.

Als sie auf das Projekt open.med in München aufmerksam wurde, war sie sehr glücklich: „Ich bin dankbar, dass ich behandelt wurde. Ich bin nicht versichert. Alles, was ich habe, ist ein Ausweis. Wenn ich ein Problem oder Fragen habe, komme ich hierher.“ Dass bei open.med Dolmetscher\*innen zur Verfügung stehen, ist ein wichtiger, vertrauensbildender und behandlungsfördernder Aspekt für sie.

Chronisch erkrankte Personen haben Priorität für open.med, denn ihre Versorgung ist aufgrund von gesetzlichen Einschränkungen besonders oft unzureichend.

\* Name wurde geändert.

# BARRIEREN WAS DEN ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG VERHINDERT

Ein Gesundheitssystem entspricht erst dann den Prinzipien des Ziels **Universal Health Coverage**, wenn es für alle gleichermaßen **bezahlbar und zugänglich** ist. Patient\*innen erfahren jedoch unterschiedlichste strukturelle und/oder persönlich erlebte Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland. Oftmals bedingen sich diese Barrieren gegenseitig. Alle haben sie gemeinsam, dass sie eine adäquate medizinische Versorgung verhindern.

## Versicherungsstatus

Der bezahlbare Zugang zum regulären Gesundheitssystem in Deutschland hängt in erster Linie vom Versicherungsstatus der jeweiligen Person ab (siehe Grafik 6). In die Kategorie „kein Versicherungsschutz“ (72,6 %; 758/1044) fallen deutsche Staatsangehörige ohne Krankenversicherung, Unionsbürger\*innen, die weder in Deutschland noch in ihrem Heimatland eine Krankenversicherung haben, sowie de facto Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus. In die Kategorie „eingeschränkter Versicherungsschutz“ (21,6 %; 226/1044) fallen Menschen, die nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen haben, z. B. aufgrund von Beitragsschulden in der Krankenversicherung oder über das Asylbewerberleistungsgesetz. Lediglich 5,8 % (61/1044) gaben an, regulär gesetzlich oder privat versichert zu sein.

**Tabelle 1:** Versicherungsstatus

<b>Kein Versicherungsschutz</b>	72,6 % (758/1.044)
<b>Eingeschränkter Versicherungsschutz</b>	21,6 % (226/1.044)
<b>Gesetzliche oder private Krankenversicherung</b>	5,8 % (61/1.044)

## Aufenthaltsrechtlicher Status

40,6 % (191/470) der Patient\*innen aus Drittstaaten hatten keinen geregelten Aufenthaltsstatus. 18,4 % (53/288) derjenigen, die zu dem Thema Angaben machten, berichteten, ihren Bewegungsradius aus Angst vor Abschiebung oft oder sehr oft einzuschränken.

## Erlebte Barrieren

Auf die Frage „Haben Sie irgendwelche Hürden/Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung erlebt?“ gaben insgesamt 124 Patient\*innen an, dass sie keine Barrieren erlebt hätten. Entweder hatten sie nicht versucht, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen (83,1 %; 103/124) und/oder sie hatten einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung (22,6 %; 28/124).

921 Patient\*innen berichteten jedoch von Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung. Viele erlebten mehrere Barrieren gleichzeitig, weshalb eine Mehrfachnennung möglich war.

## Angst vor hohen Kosten

Mehr als die Hälfte der Patient\*innen (50,5 %; 465/921) sieht finanzielle Barrieren beim Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung: Für sie sind die Kosten von Behandlung, Medikation oder einer Versicherung zu hochpreisig. Bei 2,7 % (25/921) wurde eine beantragte Kostenübernahme abgelehnt.

## Bürokratie und fehlende Informationen

42,6 % (392/921) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem und/oder die eigenen Ansprüche zu wissen. Für 39,6 % (365/921) stellten administrative Probleme oder Schwierigkeiten mit dem Sozialamt/der Krankenkasse eine Barriere beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar.

## Sprache

Nur 33,1 % (305/921) der Patient\*innen gaben die Sprache als direkte Barriere an. Dennoch wurde bei 78,7 % (907/1152) zum Zeitpunkt der Erstbefragung eine Sprachmittlung benötigt.

## Diskriminierung

Auf die Frage nach Diskriminierung gaben 4,3 % (28/655) an, durch einen Gesundheitsanbieter innerhalb der letzten zwölf Monate diskriminiert worden zu sein.

## Obdachlosigkeit – Gleichzeitig Barriere und soziale Determinante von Gesundheit

Menschen, die von Obdachlosigkeit berichteten, gaben deutlich häufiger Barrieren an als die Gesamtbefragten: 75,1 % (181/241) hatten keinen Versicherungsschutz. 73,9 % (178/241) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem zu wissen. Für 48,1 % (116/241) waren ein Arztbesuch, die Medikamente oder die Versicherung zu teuer. 59,3 % (143/241) gaben die Sprache als direkte Barriere an. 59,5 % (138/232) hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten darauf verzichtet, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

## Verzicht

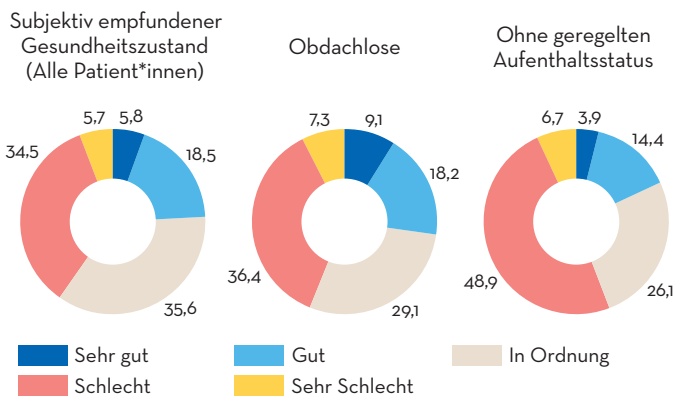
42,9 % (447/1.042) der Befragten hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten darauf verzichtet, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.



# GESUNDHEITSSTATUS 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 40,1 % (324/807) an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (34,5 %; 278/807) oder „sehr schlecht“ (5,7 %; 46/807) empfanden. 43,6 % (24/55) der obdachlosen Patient\*innen gaben an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (36,4 %; 20/55) oder „sehr schlecht“ (7,3 %; 4/55) einschätzten. 55,6 % (100/180) der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus gaben an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (48,9 %; 88/180) oder „sehr schlecht“ (6,7 %; 12/180) einschätzten.



## Psychische Gesundheit

Eine stabile Gesundheit ist wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Ist sie beeinträchtigt – angefangen bei leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen – kann das gravierende individuelle und gesellschaftliche Folgen nach sich ziehen und die körperliche Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten beeinflussen.

33,7 % (105/312) der Patient\*innen berichteten, dass sie sich innerhalb der letzten zwei Wochen an mehr als der Hälfte der Tage (16,0 %; 50/312) oder beinahe jeden Tag (17,6 %; 55/312) durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt gefühlt haben.

Durch **Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt gefühlt haben sich:**

Überhaupt nicht	20,51 %
An einzelnen Tagen	45,83 %
An mehr als der Hälfte der Tage	16,03 %
Beinahe jeden Tag	17,63 %

## Medizinisch festgestellter Behandlungsbedarf/ Gesundheitszustand

2019 wurden insgesamt bei 1.728 Patient\*innen in 4.488 Konsultationen 6.296 Diagnosen gestellt. (Die Angaben beziehen sich hier zur Darstellung des Gesamtaufkommens in den Anlaufstellen auf Erst- und Folgekonsultationen, hierbei können pro Patient\*in und Visite auch Mehrfach-Diagnosen gestellt werden).

Mehr als die Hälfte aller bei Erstvorstellung gestellten Diagnosen konnte den fünf folgenden Diagnosegruppen zugeordnet werden: „Familienplanung und Screening“ (13,1 %; 201/1.532), „Herz-Kreislaufprobleme“ (11,1 %; 170/1.532), „Muskuloskeletale Probleme“ (9,7 %; 149/1.532), „Atemwegsprobleme“ (9,5 %; 146/1.532), „Symptome ohne erfassbare zugrundeliegende Erkrankung“ (6,9 %; 105/1.532).

## Der Behandlungsbedarf wurde bei 7,2 % (81/1.130) aller Erstkonsultationen mit Diagnosestellung als dringend und/oder als Notfall eingestuft.

Als dringend wird jede Situation bezeichnet, die sich, falls sie für 48 Stunden oder länger unbehandelt bleibt, zu einem Notfall entwickeln könnte. Als **Notfall** wird jede Situation eines\*iner Patient\*in bezeichnet, die ohne sofortige **medizinische** Behandlung zu schweren bleibenden Schäden oder dem Tod führt und oft elementare Lebensfunktionen einschränkt.

42,9 % (621/1.449) aller Diagnosen waren bei Erstkonsultation chronischer Natur. Chronische Krankheiten zählen heute zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch relevantesten Gesundheitsproblemen. Sie beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.



### Kamon Iyer\*, 28 Jahre, aus Südasien

Kamon Iyer kam 2012 mit einem Studentervisum nach Deutschland. Wegen einer psychischen Erkrankung bestand er den Deutschttest nicht und verlor seine für Studierende geltende Aufenthaltserlaubnis. Seit mehr als fünf Jahren lebt Kamon Iyer ohne geregelten Aufenthaltsstatus und wohnungslos in Berlin. Bei open.med ist er u.a. wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Angst- und Schlafstörung sowie wegen eines posttraumatischen Belastungssyndroms in Behandlung. Medikamentöse Unterstützung, Skilltrainings und Psychotherapie zeigen bereits Erfolge. Außerdem strebt Kamon Iyer eine Ausbildung in der Gastronomie an, um damit seine Chancen auf eine Aufenthaltserlaubnis zu erhöhen.

\* Name wurde geändert.

# SCHWANGERE

Während der Schwangerschaft und Geburt sind Frauen und ihre Kinder einem besonders hohen gesundheitlichen Risiko ausgesetzt. Mithilfe von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen können eventuelle Krankheiten, Infektionen und Fehlentwicklungen jedoch frühzeitig erkannt und gegebenenfalls medizinisch behandelt werden. Hat eine schwangere Frau keinen Zugang zu medizinischer Versorgung vor, während und nach der Geburt, kann dies für Mutter und Baby schwerwiegende Folgen haben.

Die WHO empfiehlt daher, dass die erste Vorsorgeuntersuchung innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen stattfindet und insgesamt mindestens acht wahrgenommen werden.

„Gewisse Erkrankungen und Fehlbildungen kann man nur in einem bestimmten Stadium der Schwangerschaft erkennen. Gerade Untersuchungen im ersten Drittel sind besonders wichtig, um das Kind zu beurteilen.“ (Dr. Britta Dechamps, ehrenamtliche Gynäkologin)

In Deutschland hat jede schwangere Frau mit einer Krankenversicherung einen gesetzlichen Anspruch auf zehn Vorsorgeuntersuchungen.

**Dr. Britta Dechamps,  
ehrenamtliche Gynäkologin**

**„Wegen ihrer schwierigen Lebenssituation haben die Patientinnen nicht die Möglichkeit, auf sich und ihren Körper so zu achten, wie es eine Frau in der Schwangerschaft tun sollte. Physische und psychische Belastung kann zu frühzeitigen Wehen führen.“**

## Schwangere bei open.med

Unter den 520 Patientinnen, die 2019 eines der Projekte aufsuchten und bereit waren, ihre Daten zur Verfügung zu stellen, waren 16,0 % (83/520) schwanger. 62,2 % (23/37) der Frauen, die Angaben zum Thema gemacht haben, waren vor ihrem Besuch in einer der Anlaufstellen noch bei keiner Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung gewesen. Die Schwangeren, die



**Ana Iri\*, 42 Jahre, aus der Mongolei**

Auf ein besseres Leben hoffend, kam Ana Iri aus der Mongolei nach Deutschland. Nach Ablauf des dreimonatigen Touristenvisums lebte sie hier ohne geregelten Aufenthaltsstatus. In ihrer Heimat war sie Schneiderin gewesen, in Deutschland arbeitete sie weiterhin in dieser Branche, in unangemeldeten Aushilfsjobs. Da sie keine eigene Wohnung hatte, kam sie abwechselnd bei verschiedenen Bekannten unter.

Ana Iri war im dritten Monat schwanger, als sie die Sprechstunde von open.med in München aufsuchte. Erstmals brauchte sie während ihres Aufenthalts in Deutschland nun medizinische Hilfe: „Ich hatte auch Angst, ohne Papiere.“ Bei einer Internetrecherche war sie auf das Angebot von open.med gestoßen. Hier nahm sie insbesondere die gynäkologische Hilfe von Frauenärztinnen und Hebammen in Anspruch. Aufgrund ihres Alters handelte es sich um eine Risikoschwangerschaft, welche engmaschig medizinisch begleitet werden musste. Sie verlief ohne Komplikationen. Neben der Versorgung bei open.med suchte Ana Iri die aufenthaltsrechtliche Beratungsstelle Café 104 auf, um ihren Aufenthaltsstatus zu besprechen.

Aber die Angst vor Problemen mit der Ausländerbehörde war zu groß. Sie entschied sich, hochschwanger die lange Flugreise zurück in die Heimat anzutreten: „Hier fühle ich mich sehr unsicher, weil ich keine Adresse, keine Krankenversicherung oder richtige Wohnung habe.“

Ana Iri erhielt bei open.med allgemeinmedizinische und gynäkologische Betreuung. Die Kosten der Geburt hätte Ärzte der Welt nicht tragen können. Zu einer Klärung der Kostenübernahme kam es jedoch wegen der Ausreise nicht mehr. Angst vor der Ausländerbehörde erschwert in vielen Fällen eine langfristige Betreuung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus. Je nach Bundesland besteht zwar die Möglichkeit, für den Zeitraum des Mutterschutzes eine Duldung zu erreichen. Doch die Sorge vor den Konsequenzen für die Zeit danach hält die Betroffenen immer wieder von diesem Schritt ab.

Wie es Ana Iri in ihrer Heimat ergangen ist, bleibt offen. Nach dem Interview ist der Kontakt zu der Patientin abgebrochen.

\* Name wurde geändert.

vorher noch keine Vorsorgeuntersuchung hatten, waren beim ersten Besuch im Durchschnitt in der 13. Schwangerschaftswoche (SSW) bzw. zwischen der dritten und der 26. SSW.

## Alter

Das mediane Alter der schwangeren Patientinnen lag bei 27 Jahren. Die jüngste war 16 Jahre alt, die älteste 42 Jahre.

## Herkunft und Aufenthaltsstatus

Bei der Mehrheit (57,3 %; 47/82) der schwangeren Frauen handelte es sich um EU-Bürgerinnen. Die restlichen Patientinnen (42,7 %; 35/82) kamen aus Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union. 14,9 % (10/67) der schwangeren Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland.

## Wohn- und Lebensverhältnisse

Die Frauen lebten meist in sehr prekären Verhältnissen. 94,4 % (68/72) gaben an, unterhalb der Armutsgrenze zu leben. 8,8 % (6/68) waren obdachlos, 8,8 % (6/68) lebten in einem Wohnheim oder einer Unterkunft für Wohnungslose. 2,9 % (2/68) campierten oder lebten in einem besetzten Haus, 58,8 % (40/68) lebten bei Freund\*innen oder der Familie oder übernachteten an ihrem Arbeitsplatz. 19,1 % (13/68) gaben an, als Besitzer\*in oder Mieter\*in im eigenen Wohnraum zu leben.

Viele der schwangeren Frauen lebten in sozialer Isolation. In 53,1 % (34/64) der Fälle hatten sie nie oder nur unregelmäßig eine Ansprechperson, an die sie sich mit Problemen wenden konnten.

## Zugang zu Gesundheitsversorgung

56,6 % (47/83) gaben an, weder in Deutschland noch in ihrem Heimatland einen bestehenden Krankenversicherungsschutz zu haben. Weitere 20,5 % (17/83) hatten lediglich Zugang zu eingeschränkten Leistungen, etwa durch eine Reiseversicherung, die oftmals die Kosten für eine Schwangerschaft aus ihrem Leistungskatalog ausschließt.

Über den Krankenversicherungsstatus hinaus berichteten die Patient\*innen über weitere Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsversorgung. Das am häufigsten genannte Hindernis war mangelndes Wissen über das Gesundheitssystem und die eigenen Rechte (57,1 %; 32/56). Des Weiteren wurde von finanziellen Gründen, z. B. dass Behandlung, Medikamente oder Versicherungen zu teuer sind (53,6 %; 30/56), und Sprachbarrieren (35,7%; 20/56) berichtet. 39,3 % (22/56) der schwangeren Frauen wurden durch administrative Hürden am Zugang zu Gesundheitsversorgung gehindert, und 3,6 % (2/56) wurde der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen von einem Gesundheitsdienstleister verwehrt. 12,5 % (7/56) Frauen konnten nicht zum Arzt gehen, weil sie befürchteten, verhaftet, angezeigt oder abgeschoben zu werden. 3,6 % (2/56) verzichteten auf medizinische Versorgung aufgrund von Stigmatisierung.



## Greta Hernández\*, 34 Jahre, aus Südamerika

Greta Hernández kam Ende 2014 mit einem Arbeitsvisum aus Südamerika nach Deutschland. Zwei Jahre war sie erwerbstätig und bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.

Dann entschied sie sich, ein Masterstudium in München zu belegen, und wechselte in eine private studentische Krankenversicherung. Nebenbei hatte sie noch einen Minijob, um über die Runden zu kommen. Nach ein paar Monaten konnte sie ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr bezahlen, da ihre Einkünfte nur die Wohnkosten deckten.

Nach ihrem ersten Studienjahr wurde Greta Hernández schwanger. „Ich hatte keine Versicherung. Natürlich habe ich versucht, in meine vorherige private Krankenversicherung zurückzukehren. Das wäre auch gegangen, aber die Versicherung hätte keine Schwangerschaftsuntersuchungen abgedeckt. Daraufhin habe ich meine frühere gesetzliche Krankenkasse kontaktiert und erhielt die Auskunft, dass ich mich bei ihnen nicht versichern könnte, da ich zuvor in einer privaten Krankenkasse war – außer, ich würde Teilzeit arbeiten oder Arbeitslosengeld beziehen. Als Studentin konnte ich aber kein Arbeitslosengeld beantragen und habe auch keinen Teilzeitjob gefunden. Am Ende war ich verzweifelt. Ich habe im Internet nach kostenlosen Ärzten in München gesucht und Ärzte der Welt gefunden.“

Bevor Greta Hernández zu Ärzten der Welt kam, kontaktierte sie verschiedene Gynäkolog\*innen. Diese verlangten mehrere hundert Euro für eine Ultraschalluntersuchung, da sie keine gültige Krankenversicherungskarte besaß. Ärzte der Welt unterstützte Greta Hernández durch kostenlose gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Nach der Geburt ihrer Tochter vereinbarte sie mit dem Krankenhaus für die Entbindungskosten eine Ratenzahlung. Mittlerweile ist Greta Hernández verheiratet. Zusammen mit ihrem Mann und ihrer kleinen Tochter lebt sie in einem studentischen Familienapartment. Ihr Mann ist freiberuflich tätig, findet aber aktuell keine Arbeit. Die Familie lebt von seinem Arbeitslosengeld. Greta Hernández beantragte BAföG, was abgelehnt wurde, da die vorgeschriebene Dauer des Bachelorstudiums in Südamerika länger ist als in Deutschland.

**Nachtrag:** Mittlerweile wurde Greta Hernández von der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der sie während ihrer Erwerbstätigkeit Mitglied war, wieder aufgenommen. Grund dafür: Ihr Aufenthaltstitel hatte sich durch die Geburt der Tochter und die Heirat in eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis geändert. Allerdings haben sich für die drei Jahre, in denen sie nicht gesetzlich versichert war, Beitragsschulden angehäuft.

\* Name wurde geändert.

# FRAUENRECHTSKONVENTION

1979 verabschiedete die UN-Generalversammlung das „Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau“ (CEDAW-Frauenrechtskonvention), wodurch die Rechte von Mädchen und Frauen weltweit maßgeblich gestärkt wurden. Neben Deutschland haben bisher 188 weitere Staaten die Konvention ratifiziert und somit in nationales Recht aufgenommen. Die Vertragsstaaten verpflichten sich dazu, durch politische Maßnahmen die Gleichstellung von Mädchen und Frauen in allen Lebensbereichen zu garantieren. Für den Gesundheitsbereich wurde festgelegt, dass nicht nur jegliche Diskriminierung von Frauen beseitigt werden muss, sondern dass die Vertragsstaaten zudem für „angemessene und erforderlichenfalls unentgeltliche Betreuung der Frau während der Schwangerschaft sowie während und nach der Entbindung“ sorgen müssen.

Regelmäßig müssen von den Vertragsländern sogenannte Staatenberichte bei der UN vorgelegt werden, um die Einhal-

tung menschenrechtlicher Verpflichtungen zu belegen. Auch in Bezug auf die Umsetzung der Frauenrechtskonvention finden solche Berichtsprüfungsverfahren statt. Dabei müssen die Unterzeichnerstaaten sich einer Befragung durch einen Fachausschuss unterziehen, welche nach Durchführung des Prüfverfahrens Empfehlungen an die jeweiligen Länder aussprechen. Nichtregierungsorganisationen haben die Möglichkeit, in Form von Parallelberichten den Fachausschüssen eine alternative Sichtweise darzulegen, gegebenenfalls auf Missstände aufmerksam zu machen und so Einfluss auf die Fragen und Empfehlungen an die jeweiligen Länder zu nehmen.

Den nächsten Staatenbericht zur Umsetzung der Frauenrechtskonvention muss Deutschland 2021 bei der UN vorlegen. Ärzte der Welt plant, sich mit einem Parallelbericht über den Zugang zu Gesundheitsversorgung für Migrantinnen in Deutschland an dem Verfahren zu beteiligen und speziell die Situation von Schwangeren zu beleuchten.

Eine ehrenamtliche Ärztin untersucht eine Patientin im Behandlungsbus von Ärzte der Welt.



# KONSEQUENZEN DES VERWEHRTEN RECHTS FÜR INDIVIDUUM UND GESELLSCHAFT

## Krankmachende Lebensbedingungen

Die Gesundheit eines Menschen ist von vielfältigen Faktoren abhängig. Dazu gehören der Zugang zu medizinischer Versorgung, aber auch lebensgeschichtliche sowie soziale, politische und ökonomische Determinanten. Die in diesem Bericht analysierten Daten führen vor allem den Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit vor Augen: Die meisten der befragten Patient\*innen leben in prekären Verhältnissen, fast 95 % von ihnen unterhalb der Armutsgrenze. Viele haben keinen festen Wohnsitz oder leben auf der Straße. Sofern sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen, gefährden häufig schwierige Arbeitsbedingungen ihre Gesundheit.

Oft fehlt unseren Patient\*innen ein soziales Umfeld, das sie bei Problemen auffangen könnte. Rechtliche Einschränkungen und strukturelle Barrieren, wie der Versicherungs- und Aufenthaltsrechtliche Status, Angst vor hohen Behandlungskosten sowie geringe Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems, erschweren darüber hinaus den Zugang zu medizinischer Versorgung. Auch Gruppen, die besonderen Schutz benötigen, wie Schwangere und Kinder, sind betroffen.

## Nicht-Behandlung führt zu schweren Folgen

Wenn medizinische Versorgung – und speziell Präventionsleistungen wie Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft – nicht für jeden frei zugänglich sind, werden mögliche Erkrankungen nicht oder nicht frühzeitig behandelt. Viele unserer Patient\*innen haben notgedrungen auf eine medizinische Versorgung verzichtet, bevor sie den Weg in eine unserer Anlaufstellen fanden. Unbehandelte Krankheiten können sich chronifizieren oder zu akuten, lebensbedrohlichen Notfällen werden. Das ist nicht nur ethisch fragwürdig, sondern bedeutet zudem eine finanzielle Mehrbelastung für das Gesundheitssystem. Wenn ein\*e Patient\*in zum Beispiel nach einem Notfall keine Folgebehandlung erhält, kommt es häufig zu einer erneuten Einweisung ins Krankenhaus, die mit hohen Kosten verbunden sein kann. In der Regel ist es nicht nur menschenrechtskonform, sondern auch günstiger, Betroffene regelmäßig und vorbeugend medizinisch zu versorgen.

PD Dr. Michael Knipper, Medizinhistoriker  
und Ärzte der Welt-Vereinsmitglied

„Die beste Option für  
Gesellschaften weltweit sind  
inklusive Gesundheitssysteme,  
die niemanden ausgrenzen.  
Ausgrenzung ist teuer und  
macht krank.“

## Gesundheitsversorgung ist Staatsaufgabe

Durch immer restriktivere Gesetzgebungen und Verwaltungsvorschriften wird die finanzielle und soziale Verantwortung für Menschen ohne ausreichenden Versicherungsschutz auf ehrenamtlich arbeitende Ärzt\*innen und zivilgesellschaftliche Organisationen abgeschoben. Diese bieten jedoch überwiegend nur eine grundlegende Erstversorgung an, die eine adäquate ambulante und stationäre Diagnostik und Therapie nicht ersetzen kann. Zudem ist es eine genuin staatliche Aufgabe, sicherzustellen, dass alle Menschen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung erhalten. Nur so haben sie die Möglichkeit, auch andere Aspekte ihres Lebens zu gestalten.

Nicht nur die Betroffenen, sondern die ganze Gesellschaft profitiert davon, wenn Zugangsbeschränkungen zum Gesundheitssystem abgebaut werden. Es bedeutet nicht nur weniger Kosten und einen besseren Infektionsschutz, sondern wirkt sich auch positiv auf das gesamte soziale Gefüge aus.

# POLITIK

## VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN UND HANDELN

Die Bundesregierung hat sich durch völkerrechtlich verbindliche Verträge verpflichtet, für alle in Deutschland lebenden Menschen einen diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung und zu gesunden Lebensbedingungen sicherzustellen. Dieser Pflicht wird sie derzeit noch nicht ausreichend gerecht.

Ärzte der Welt e. V. fordert von der Bundesregierung eine Strategie, um alle Menschen angemessen medizinisch zu versorgen. Diese sollte folgende konkrete Maßnahmen beinhalten:

### 1. Datenlage verbessern

- Die aktuellen Erhebungsinstrumente zum Zugang zu medizinischer Versorgung schließen Menschen ohne Meldeadresse und private Wohnung systematisch aus. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die meisten Menschen mit keinem oder eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung wohnungslos sind und damit nicht von den Erhebungen im Rahmen des Zensus oder Mikrozensus erfasst werden. Hier sind – in Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen – Studiendesigns zu entwickeln, die geeignet sind, das Ausmaß der Problematik zu erfassen. Die gewonnenen Daten müssen öffentlich zugänglich sein.

### 2. Gesetzliche Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland aufheben

- Die neuen gesetzlichen Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung im Rahmen des Krankenversicherungs-Entlastungsgesetzes (SGB V §188, 191, 323) zurücknehmen, sodass niemand aufgrund von Beitragsschulden seine Krankenversicherung verliert.
- Einschränkungen der Gesundheitsleistungen für Asylbewerber\*innen (AsylbLG §§4 und 6) abschaffen, sodass auch sie Anspruch auf medizinische Leistungen im Umfang des GKV-Leistungskatalogs haben. Denn eine Einschränkung unter das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet, dass Menschen auch auf medizinisch notwendige Leistungen keinen Anspruch haben.
- Den Leistungsausschluss für EU-Bürger\*innen (SGB II §7, SGB XII §23) revidieren, da durch diesen hier lebende erwerbslose EU-Bürger\*innen keinerlei Anspruch auf medizinische Versorgung haben.
- Die Ausnahme von der Übermittlungspflicht (AufenthG §87 Abs. 2) auf den Sozial- und Gesundheitsbereich ausweiten, damit Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ihren Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung ohne Angst vor Abschiebung wahrnehmen können.

- Gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, damit auch Privatversicherte über 55 Jahren, die ihre Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht zahlen können, eine umfassende Gesundheitsversorgung bekommen.

### 3. Diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung sicherstellen

- Den Zugang zu präventiver medizinischer Versorgung (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) bei allen eingeschränkten Leistungen sicherstellen (z. B. bei Beitragsschulden, EHIC, im Notlagentarif).
- Anspruch auf bedarfsgerechte Sprachmittlung in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung gesetzlich festlegen und ausreichende Verfügbarkeit sicherstellen.
- Diskriminierungen im Gesundheitssektor durch geeignete Maßnahmen (z. B. Ombudspersonen, Antidiskriminierungstrainings) bekämpfen.
- Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für Menschen in prekären Lebenslagen als Teil des Regelsystems aufbauen, z. B. über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Bis strukturelle Maßnahmen umgesetzt werden, sind Beratungsstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (sogenannte Clearingstellen) mit ausreichender finanzieller Ausstattung und in Kombination mit einem anonymisierten Behandlungsschein sinnvolle Maßnahmen. In mehreren Bundesländern und Kommunen existieren sie bereits. Auch sollten Krankenkassen wirksam kontrolliert werden, damit sie Menschen mit Beitragsschulden nicht aus der Versicherung ausschließen, selbst wenn diese – z. B. aufgrund von Obdachlosigkeit oder psychischer Erkrankung – nicht erreichbar sind.

Wir fordern die Parteien auf, die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für alle in ihre Wahlprogramme für die Bundestagswahl 2021 aufzunehmen.

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. Dazu gehören unter anderem eine Verbesserung der Abrechnungsmöglichkeiten mit der EHIC-Karte und die Klärung der EU-weiten Rechtslage für Menschen ohne Krankenversicherung.

**Weiterführende Literatur zum Thema finden Sie unter [www.aerztederwelt.org/gesundheitsreport2020](http://www.aerztederwelt.org/gesundheitsreport2020)**

09 So	09 Di	09 Fr	09 So
10 Mo	10 Mi	10 Sa	10 Mo
11 Di	11 Do	11 So	11 Di
12 Mi	12 Fr	12 Mo	12 Mi
13 Do	13 Sa	13 Di	13 Do
14 Fr	14 So	14 Mi	14 Fr
15 Sa	15 Mo	15 Do	15 Sa
16 So	16 Di	16 Fr	16 So
17 Mo	17 Mi	17 Sa	17 Mo
18 Di	18 Do	18 So	18 Di
19 Mi	19 Fr	19 Mo	19 Mi
20 Do	20 Sa	20 Di	20 Do
21 Fr	21 So	21 Mi	21 Fr
22 Sa	22 Mo	22 Do	22 Sa
23 So	23 Di	23 Fr	23 So
24 Mo	24 Mi	24 Sa	24 Mo
25 Di	25 Do	25 So	25 Di
26 Mi	26 Fr	26 Mo	26 Mi
27 Do	27 Sa	27 Di	27 Do
28 Fr	28 So	28 Mi	28 Fr
29 Do		29 Sa	
30 Fr		30 So	
		31 Mo	

2018  
kalendaroutlet

Kalendar						
Bulan: Desember 2017						
No.	Tanggal	Waktu	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan	Keperawatan
1	12/01/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
2	12/02/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
3	12/03/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
4	12/04/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
5	12/05/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
6	12/06/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
7	12/07/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
8	12/08/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
9	12/09/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
10	12/10/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
11	12/11/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan
12	12/12/2017	08.00-12.00	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan	Asesmen Keperawatan





## Methodik: Der Weg zu den Daten

### Datenerhebung

Die Patient\*innen wurden nicht randomisiert ausgewählt, sondern stattdessen zu einem Erstgespräch eingeladen. Sie konnten selbst entscheiden, ob und welche Fragen sie beantworten wollten. 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

© 2020 Ärzte der Welt  
V.i.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.,  
(2020): *wie in Deutschland das  
Menschenrecht auf Gesundheit  
verletzt wird. Ärzte der Welt  
Gesundheitsreport*. München:  
Ärzte der Welt e.V.

### Weitere Mitwirkende

Datenanalyse: Dr. Günter Fröschl  
Fallbeispiele: Marina Bäcker,  
Katharina Ens, Dorothea  
Herlemann, Dr. Cevat Kara,  
Vera Macht, Annemarie Weber  
Redaktion: Stephanie Steidl,  
Sabine Fürst

### Layout und Gestaltung

MediaCompany – Agentur für  
Kommunikation GmbH

### Stand

Dezember 2020

### Bildrechte

Titelbild: © Bente Stachowske  
S. 12: © Ärzte der Welt  
S. 14 © Bente Stachowske

### Druck

Musterdruckerei XXXX

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

