

GESUNDHEITSREPORT 2023

KRANK UND OHNE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND



Ärzte der Welt

Benachteiligte Menschen medizinisch zu versorgen und das Recht auf Gesundheitsversorgung politisch durchzusetzen – das sind die wichtigsten Ziele von Ärzten der Welt. Als Médecins du Monde 1980 in Frankreich gegründet, besteht die Organisation heute aus 17 Sektionen, die in jeweils eigenem Land und in 76 Ländern weltweit humanitäre Arbeit leisten. Ärzte der Welt e. V. wurde als deutsche Sektion des Netzwerks im Jahr 2000 gegründet.

Das Inlandsprogramm von Ärzten der Welt Deutschland

Nicht nur in Ländern des Globalen Südens, sondern auch in Europa setzen wir uns mit Gesundheitsprogrammen für benachteiligte Menschen ein. Im Rahmen des deutschen Inlandsprogramms bieten wir kostenlose medizinische und psychologische sowie psychiatrische Behandlungen an und ermöglichen Patient*innen durch individuelle Sozialberatungen Zugang zu weiterführender fachärztlicher Versorgung, dem regulären Gesundheitssystem und zusätzlichen Unterstützungsangeboten. Langfristiges Ziel der Projekte ist, Patient*innen nach Möglichkeit in die medizinische Regelversorgung zu (re-)integrieren. Das Angebot beruht auf dem Engagement zahlreicher ehrenamtlicher Mitarbeitenden.

Aufklären und überzeugen

Die Advocacy-Arbeit ist integraler Bestandteil des Programms: Wir informieren politische Entscheidungsträger*innen und die Öffentlichkeit über Missstände und setzen uns auf politischer Ebene für strukturelle und nachhaltige Lösungsansätze ein. Dabei profitieren wir von den Erfahrungen, die wir bei der Arbeit mit unseren Patient*innen machen, sowie von der Vernetzung auf kommunaler und Bundesebene.

Dank

Viele Menschen haben zu diesem Bericht beigetragen: unsere Patient*innen, die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen und hauptamtlichen Kolleg*innen, unsere Kooperationspartner Ambulante Hilfe e. V. in Stuttgart und hoffnungsorte hamburg sowie die Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Ihnen allen gilt unser herzlicher Dank.

Finanziell unterstützt wird die Publikation durch die Deutsche Postcode Lotterie. Vielen Dank für die Unterstützung und das Vertrauen.



Unsere Kooperationspartner:



- 4** HINTERGRUND
- 6** ZAHLEN AUF EINEN BLICK
- 8** UNSERE POLITISCHEN FORDERUNGEN
- 10** UNSERE MEDIZINISCHEN PROJEKTE
- 12** UNSERE PATIENT*INNEN
- 14** LEBENSITUATION UNSERER PATIENT*INNEN
- 15** BARRIEREN UNSERER PATIENT*INNEN IM GESUNDHEITSWESEN
- 16** GESUNDHEITZUSTAND UNSERER PATIENT*INNEN
- 19** FOKUSTHEMA: KREBSERKRANKUNGEN
- 21** FAZIT UND AUSBLICK
- 22** METHODIK
- 24** IMPRESSUM

INHALT

Titelbild:
Beratung in der Anlaufstelle
von open.med Berlin-Lichtenberg
Foto: © Max Avdeev

HINTERGRUND

Nicht alle in Deutschland lebenden Menschen sind krankenversichert. Und es gibt Menschen, die medizinische Hilfe nicht in Anspruch nehmen können, obwohl sie krankenversichert sind oder ein Recht auf Kostenübernahme haben. Wie viele Menschen davon betroffen sind, ist nicht bekannt. Schätzungen gehen von mehreren hunderttausend Personen aus. Angebote von Hilfsorganisationen sind für die betroffenen Personen oftmals die einzige Möglichkeit, sich medizinisch behandeln und beraten zu lassen. Dieser Bericht verdeutlicht die Barrieren, die es in Deutschland beim Zugang zum regulären Gesundheitssystem gibt, und zeigt, wie diese abgebaut werden können. Darüber hinaus wird anhand von Daten unserer Patient*innen die Lebenssituation und die gesundheitliche Lage von Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz beschrieben, die in den Datenquellen der amtlichen Gesundheitsberichterstattung häufig nicht enthalten oder unterrepräsentiert sind. Ziel dieses Berichts ist es, einen Beitrag dazu zu leisten, dass die aufgezeigten Barrieren abgebaut und die Bedarfe der genannten Bevölkerungsgruppen von der Gesundheitspolitik hinreichend berücksichtigt werden. Dies soll dazu beitragen, dass alle Menschen in Deutschland ihr Recht auf Gesundheit verwirklichen können.

Wer hat aufgrund von gesetzlichen Regelungen keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung?

Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden

Unversicherte haben keinen Anspruch auf Kostenübernahme, wenn sie medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Lediglich im Notfall oder bei nachgewiesener Mittellosigkeit kann das Sozialamt die Kosten tragen. Kinder, deren Eltern keine Krankenversicherung haben, sind ebenfalls unversichert und haben keinen Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und medizinischer Versorgung.

Solange Beitragsschulden bestehen, haben Versicherte lediglich Anspruch auf einen reduzierten Umfang an Leistungen. Aufgrund von Änderungen im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (SGB V §188, 191, 323) können Beitragsschulden gemeinsam mit anderen Faktoren trotz Versicherungspflicht zu einem Ausschluss aus der gesetzlichen 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. In der Praxis wird die EHIC wegen Unsicherheit und einem erhöhten Aufwand von Leistungserbringer*innen häufig nicht akzeptiert. Selbst wenn diese Art der Versicherung besteht und akzeptiert wird, ist eine Kostenübernahme nur bei unmittelbar erforderlichen medizinischen Behandlungen möglich.

Nicht-erwerbstätige EU-Bürger*innen, die mehr als drei Monate, aber weniger als fünf Jahre, in Deutschland gemeldet sind, sind seit dem Erlass des sogenannten Leistungsausschlussgesetzes aus dem Jahr 2016 von Sozial- und Gesundheitsleistungen weitestgehend ausgeschlossen (SGB II §7, SGB XII §23). Auch eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist für sie ausgeschlossen (SGB V, § 5 Abs. 1 Nr. 13 i. V. m. § 5 Abs. 11). Sie können – für einen Monat und nur einmal innerhalb von zwei Jahren – sogenannte Überbrückungsleistungen erhalten, die auch eingeschränkte Gesundheitsleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzen enthalten. Kürzlich wurde jedoch vom Bundessozialgericht entschieden, dass Krankenhäuser im Härtefall auch nach Ablauf dieses Monats Behandlungskosten vom Sozialamt erstattet bekommen (<https://tinyurl.com/BSG-Urteil>).



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

- § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) beschränkt den Anspruch auf medizinische Leistungen auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, Schwangerschaft und Geburt sowie Impfungen. Außer in Notfällen muss vor einem Arztbesuch in vielen Bundesländern ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt werden. Andere Bundesländer und einzelne Kommunen haben hingegen die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt, die bürokratische Hürden senkt. Alle weiteren Gesundheitsleistungen können nach einer Einzelfallprüfung § 6 AsylbLG gewährt werden, wenn sie für die Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die Behandlung chronischer und psychischer Krankheiten, Leistungen für Pflegebedürftige und Hilfen für Menschen mit Behinderung müssen für jeden Einzelfall in oft langwierigen Verfahren beantragt werden.

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus

- Für Menschen, die ohne gesetzlich vorgeschriebenen Aufenthaltstitel und ohne Duldung in Deutschland leben, besteht ebenfalls ein gesetzlicher Anspruch auf eingeschränkte Leistungen nach AsylbLG. Auch sie müssten einen Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt stellen. Das Sozialamt ist jedoch aufgrund der sogenannten Übermittlungspflicht (AufenthG, § 87 Abs. 2) verpflichtet, die persönlichen Daten der Person an die Ausländerbehörde weiterzugeben. Hiermit droht der betreffenden Person die Abschiebung. Nur bei einer stationären Notfallversorgung oder einer Entbindung im Krankenhaus gilt ein sogenannter verlängerter Geheimnisschutz, der verhindern soll, dass die Daten weitergegeben werden.



^ Behandlung in der Anlaufstelle von open.med Berlin-Lichtenberg

Foto: © Max Avdeev

**„MANCHMAL ERGREIFT
UNS EINE ERDRÜCKENDE
SCHWERE, WENN MENSCHEN,
DIE SEHR LANGE KEINEN ARZT
AUSUCHEN KONNTEN,
UNSERE RÄUME BETRETEN.“**

Dr. Cevat Kara, Projektleiter

ZAHLEN AUF EINEN BLICK

2.324
Menschen

wurden im Jahr 2022 in unseren Anlaufstellen und Behandlungsbussen medizinisch **behandelt** und beraten.

776

Patient*innen

kamen im Jahr 2022 **erstmalig** in unsere Projekte in Hamburg oder München und haben der Nutzung ihrer Daten für diesen Bericht zugestimmt.

88 %

der neuen Patient*innen waren **nicht krankenversichert.**

10 %

der neuen Patient*innen hatten einen **eingeschränkten Krankenversicherungsschutz.**

98 %

der neuen Patient*innen waren **von Armut betroffen.**

34 %

der neuen Patient*innen **waren obdachlos.**

18 %

der neuen Patient*innen **lebten in Unterkünften für Wohnungslose oder Asylsuchende.**

57 %

der obdachlosen Patient*innen gaben an,
**keine Person zu haben,
die sie unterstützen kann.**

10 %

der neuen Patient*innen hatten einen
ungeregelten Aufenthaltsstatus.

79 %

der neuen Patient*innen **benötigten**
für die Behandlung und Beratung eine
Sprachmittlung.

Bei Erwachsenen waren

chronische Erkrankungen wie
**Bluthochdruck, Diabetes
und Rückenschmerzen**

die häufigsten **Behandlungsanlässe.**

Bei Heranwachsenden waren

**Vorsorgeuntersuchungen,
Impfungen und
Atemwegsinfektionen**

die häufigsten **Behandlungsanlässe.**

Bei Frauen gehörten

**Vorsorgeuntersuchungen
in der Schwangerschaft**

zu den häufigsten **Behandlungsanlässen.**

UNSERE POLITISCHEN FORDERUNGEN

Ärzte der Welt e. V. fordert von der Bundesregierung eine Strategie, um das Recht auf Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen zu verwirklichen. Dies entspricht nicht nur den menschenrechtlichen Verpflichtungen Deutschlands, sondern trägt auch zur individuellen und öffentlichen Gesundheit bei. Eine solche Strategie sollte folgende Maßnahmen beinhalten:

1. Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik – gesunde Lebensbedingungen schaffen

Gesundheit zu fördern ist eine sektorenübergreifende Aufgabe. Bei allen politischen Maßnahmen, ob im Bereich Arbeit, Migration, Wohnen oder Energie, sollten immer auch die gesundheitlichen Folgen mitbedacht werden. Das ist der Kern des „**Health in all policies**“-Ansatzes, zu dem sich die Bundesregierung bekannt hat. Denn die sozialen Determinanten von Gesundheit – also Wohn-, Arbeits- und Umweltbedingungen – entscheiden maßgeblich über die Gesundheitschancen.

Gesundheitsgefährdenden Lebensumständen muss strukturell begegnet werden. Wir fordern eine **nationale Strategie zur Überwindung von Wohnungslosigkeit und Armut sowie eine Unterbringung von Wohnungslosen und Geflüchteten nach menschenrechtlichen Standards**. Unsere Forderungen in Bezug auf die medizinische Versorgung und Unterbringung von Asylsuchenden lesen Sie im Einzelnen in unserem Positionspapier: aerztederwelt.org/position-gefluechtete-DE



2. Datenlage verbessern

Um die Problematik sozialer Determinanten von Gesundheit und Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung besser zu erfassen und darauf basierend strukturelle Veränderung voranzubringen, müssen **geeignete Erhebungsinstrumente** – in Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen und Betroffenengruppen – entwickelt werden, die auch Menschen ohne Meldeadresse miteinschließen. Die gewonnenen Daten müssen öffentlich zugänglich sein.

3. Gesetzliche Einschränkungen im Zugang zu Krankenversicherung und medizinischer Versorgung aufheben

Die Bundesregierung hat sich verpflichtet, sicherzustellen, dass alle Menschen in Deutschland Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten haben, ohne dabei in finanzielle Nöte zu geraten. Einigen Bevölkerungsgruppen ist das nicht möglich, weil sie gesetzlich von der Krankenversicherung und von Sozialleistungen ausgeschlossen sind. Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung lässt weitere Lücken entstehen. Es braucht daher eine Reform des aktuellen Krankenversicherungssystems hin zu einer wirklich solidarischen, gesetzlichen Krankenversicherung, die alle in Deutschland lebenden Menschen einschließt, bedarfsgerecht versorgt und die durch alle nach ihren Möglichkeiten gerecht finanziert wird. Im Einzelnen fordern wir die Bundesregierung auf, das Recht auf Gesundheitsversorgung für alle sicherzustellen, indem sie:

- die Übermittlungspflichten nach § 87 Aufenthaltsgesetz und § 11 AsylbLG so ändert, dass Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus nicht länger davon abgehalten werden, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.
- die Sozialgesetze so anpasst, dass Migrant*innen aus dem EU-Ausland nicht mehr von Leistungen (SGB II, § 7 und SGB XII, § 23) und der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V, § 5 Abs. 11 S. 2) ausgeschlossen und damit von Gesundheitsversorgung abgeschnitten sind.
- das Asylbewerberleistungsgesetz abschafft und alle geflüchteten Menschen von Beginn ihres Aufenthaltes an in die regulären Sozial- und Krankenversicherungssysteme integriert, wie es bei den aus der Ukraine geflohenen Menschen gelungen ist. Zumindest jedoch
 - die Leistungseinschränkungen (AsylbLG, §§ 4 und 6) abschafft und Gesundheitsleistungen analog zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährt.
 - bundesweit die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete einführt.

Protestaktion der >
Kampagne GleichBeHandeln
vor dem Bundestag in Berlin

Foto: © Peter Groth



- den Mindestbeitragssatz zur freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung für einkommensschwache Personengruppen so absenkt, dass niemand aufgrund von Armut von der Krankenversicherung ausgeschlossen bleibt.
- die Notfallversorgung im Krankenhaus und ihre Finanzierung auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz durch eine Reform der Nothilferegelung (AsylbLG, § 6a AsylG und SGB XII, § 25) zuverlässig sichert. Siehe dazu: aerztederwelt.org/position-nothilfe-ohne-papiere 

4. Versorgung niedrigschwellig sicherstellen

Solange kein diskriminierungsfreier Zugang zu Gesundheitsversorgung sichergestellt ist, ist die **bundesweite Einführung von Clearingstellen für Gesundheit** eine notwendige Maßnahme. Die Beratungsstellen unterstützen Menschen auf ihrem Weg in das reguläre Gesundheitssystem, indem sie mit ihnen ihre Leistungsansprüche identifizieren und ihnen dabei helfen, diese durchzusetzen. Solange keine Anbindung im regulären Versorgungssystem hergestellt ist, sollten sie Kostenübernahmen für notwendige medizinische Behandlung, zum Beispiel in Form eines **Anonymen Behandlungsscheins** ausstellen können. In mehreren Bundesländern und Kommunen existieren derartige Projekte bereits, die sich aber in Ausgestaltung, Ausstattung und Handlungsmöglichkeiten teils stark unterscheiden. Um ihre Qualität zu gewährleisten, bedarf es bundesweit einheitlicher Mindeststandards und eine langfristige, stabile Finanzierung. Unsere Empfehlungen: aerztederwelt.org/position-clearingstellen 

Um den barrierearmen Zugang zu Gesundheitsförderung, -vorsorge und -versorgung für alle zu ermöglichen, sind **niedrigschwellige Primärversorgungsstrukturen** aufzubauen und barrierearme Informationen bereitzustellen. Die von der Bundesregierung geplanten **Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren** sind ein wichtiger Schritt.

Um wirklich für alle zugänglich zu sein, muss das Angebot unabhängig von Sprachbarrieren, Versicherungsstatus und Aufenthaltsstatus in Anspruch genommen werden können und (psycho-)soziale, aufenthalts- beziehungsweise krankensicherungsrechtliche Beratung mit pflegerischer und medizinischer Versorgung verbinden. Näheres zu unseren Forderungen hier: aerztederwelt.org/position-primarversorgung 

Der **Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)** sollte dabei eine zentrale Rolle einnehmen. Hierfür sollte explizit auch der Aufbau von niedrigschwelligen Versorgungsstrukturen für Personengruppen, die keinen Zugang zur Regelversorgung haben, Teil der Aufgabenbeschreibung des ÖGD werden. Die Gesundheitsdienstgesetze jener Länder, die dies bislang nicht vorsehen, sind entsprechend zu verändern.

5. Diskriminierung und Ungleichbehandlung im Gesundheitssystem abbauen

Der Anspruch auf **qualifizierte, bedarfsgerechte Sprachmittlung** bei Gesundheitsversorgung muss im *SGB V* und *SGB I* und *SGB X* (analog *SGB I*, § 17 Absatz 2 und *SGB X*, § 19 Abs. 1 Satz 2) sowie im *AsylbLG* explizit gesetzlich verankert werden, damit alle Menschen in Deutschland die Möglichkeit erhalten, sich mit den Leistungserbringenden verständigen zu können.

Damit das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) auch eindeutig für die Bereiche Pflege und Gesundheitsversorgung gilt und sich Patient*innen wirksam gegen Diskriminierung wehren können, muss gesetzlich klargestellt werden, dass der medizinische Behandlungsvertrag (BGB, § 630a) in den Anwendungsbereich des AGG, § 19 Absatz 1 fällt.

Jenseits gesetzlicher Veränderung bedarf es **gezielter Maßnahmen**, um Diskriminierungen im Gesundheitssektor zu bekämpfen. **Antidiskriminierungstrainings, Ombudspersonen und Meldesysteme** sollten in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens eingeführt werden.

UNSERE MEDIZINISCHEN PROJEKTE

In Deutschland bietet Ärzte der Welt e. V. in seinen open.med Projekten in Berlin, Hamburg, München und Stuttgart kostenlose medizinische Hilfe und soziale Beratung für Menschen an, die keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben. Bei Bedarf wird eine Sprachmittlung eingesetzt. Ziel der Projekte ist es, strukturelle Lücken im Gesundheitssystem zu überbrücken und die Patient*innen langfristig in die medizinische Regelversorgung zu (re-)integrieren. Das Angebot beruht auf dem Engagement zahlreicher ehrenamtlicher Mitarbeitenden. Im Jahr 2022 wurden in den open.med Projekten in 7.229 Konsultationen insgesamt 2.324 Menschen behandelt und beraten. Im Folgenden werden die einzelnen Projekte vorgestellt und wichtige Entwicklungen aus dem Jahr 2022 berichtet.



Foto: © Max Avdeev

Berlin

Die medizinische Anlaufstelle von open.med in Berlin befindet sich im Bezirk Lichtenberg (seit Juni 2023). Die ehemalige Anlaufstelle im Bezirk Steglitz-Zehlendorf wird seit April 2022 von Medizin Hilft e. V. mit Unterstützung eines neuen Partners weitergeführt. Von Januar bis Mitte März wurden dort mit Unterstützung von Ärzten der Welt 177 Patient*innen behandelt und beraten. Die häufigsten Staatsangehörigkeiten der Patient*innen waren deutsch (32 %), serbisch (12 %) und vietnamesisch (6 %). Des Weiteren wurde im Rahmen des Projektes moving.clinic von Juni 2022 bis Januar 2023 in einem umgebauten Linienbus (Medibus) medizinische Behandlung und Beratung an Unterkünften für Geflüchtete angeboten. Dabei wurden 324 Asylsuchende behandelt. Die häufigsten Patient*innengruppen waren Asylsuchende aus Moldawien (26 %), Afghanistan (12 %) und Syrien (11 %).



Foto: © Ärzte der Welt

Hamburg

Open.med im westend ist eine medizinische Anlaufstelle im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg. Ärzte der Welt betreibt sie in Kooperation mit dem Träger hoffnungsorte hamburg. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 307 Patient*innen behandelt und beraten. Das Team umfasste neben zwei hauptamtlichen Referent*innen und einem Sozialarbeiter rund 20 Ehrenamtliche, die dafür sorgten, dass auch Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz medizinische Versorgung erhielten. Die häufigsten Staatsangehörigkeiten der Patient*innen waren bulgarisch (63 %), rumänisch (7 %) und ghanaisch (5 %). Durch die Armutsbetroffenheit und prekären Lebensumstände befanden sich die Patient*innen oftmals in sehr problematischen Situationen, die mit einem umfassenden Beratungsbedarf einhergingen. Im Jahr 2022 sollte mit dem Ausbau des sozialen Beratungsangebotes die Nachhaltigkeit und die Wirkung für den Einzelnen noch stärker in den Blick genommen werden. Seit August 2022 konnten die Anliegen der Ratsuchenden somit noch zielgerichteter, insbesondere durch die Vereinbarung von Folge-Beratungseinheiten, bearbeitet werden. Insgesamt konnten 25 Patient*innen in das reguläre Gesundheitssystem (re-)integriert werden.



Foto: © Ärzte der Welt

München

Das Projekt open.med München umfasst eine medizinische Anlaufstelle und einen Behandlungsbus. Der Behandlungsbus ist am Hauptbahnhof und an einer Notunterkunft für Wohnungslose der Stadt München im Einsatz. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 931 Patient*innen behandelt und beraten. In den vergangenen Jahren ist die Nachfrage bei den Einsätzen und Sprechstunden deutlich gestiegen. So haben sich beispielsweise die medizinischen Konsultationen in den Kindersprechstunden von 2020 bis 2022 fast verdreifacht. Aufgrund der hohen Anzahl an Geflüchteten aus der Ukraine wurden im Jahr 2022 am Hauptbahnhof 13 Sondereinsätze durchgeführt. Zu den häufigsten Staatsangehörigkeiten der Patient*innen im Behandlungsbus gehörte daher neben der bulgarischen (29 %) und rumänischen (24 %) zum ersten Mal die ukrainische (12 %). In der Anlaufstelle kamen die Patient*innen am häufigsten aus Bulgarien (20 %), Rumänien (11 %) und Deutschland (10 %). Bürokratische Hürden führten dazu, dass auch ehemalige afghanische Ortskräfte überbrückungsweise die medizinische Versorgung von open.med in Anspruch nehmen mussten. Seit dem Jahr 2021 kommen auch immer mehr Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus aus Vietnam in die Praxis. Herausfordernd war im Jahr 2022 die hohe Anzahl schwerer Fälle und damit einhergehend die hohe Komplexität der medizinischen und sozialrechtlichen Betreuung (auch in Zusammenarbeit mit der Clearingstelle Gesundheit von Condrops e. V.). Durch die Unterstützung von open.med München konnten mindestens 66 Patient*innen in das reguläre Gesundheitssystem (re-)integriert werden.



Foto: © Ärzte der Welt

Stuttgart

Das Projekt MedMobil Stuttgart sucht mit einem Behandlungsbus öffentliche Plätze und Einrichtungen auf, die häufig von wohnungslosen und drogengebrauchenden Menschen genutzt werden. Die Ambulante Hilfe Stuttgart e. V. führt das Projekt in Kooperation mit Ärzten der Welt durch. Im Jahr 2022 nahmen insgesamt 585 Menschen das Angebot in Anspruch. Der größte Anteil der Patient*innen kam aus osteuropäischen Staaten (47 %). 36 % der Patient*innen hatten die deutsche Staatsbürgerschaft und 11 % der Patient*innen kamen aus Staaten außerhalb der EU. Anhand der Anzahl der Patient*innen mit deutscher Staatsbürgerschaft zeigt sich, dass neben einem fehlenden oder eingeschränkten Krankenversicherungsschutz auch allein die Lebenslage wohnungsloser und drogengebrauchender Menschen den Zugang zum regulären Gesundheitssystem verhindern kann.

UNSERE PATIENT*INNEN

In unseren Projekten werden Menschen unabhängig von Herkunft, Alter, sexueller Orientierung und geschlechtlicher Zugehörigkeit medizinisch versorgt und sozial beraten. Dieses und die folgenden Kapitel werfen ein Schlaglicht darauf, wer unsere Angebote in Anspruch nimmt, warum diese Menschen keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben und wie es ihnen gesundheitlich geht. Hierfür haben wir die Daten von 776 Patient*innen ausgewertet, die im Jahr 2022 erstmalig in unseren Projekten in Hamburg oder München medizinisch versorgt wurden und der Nutzung ihrer Daten zugestimmt haben. Die Daten der Patient*innen aus Berlin und Stuttgart konnten aus projektspezifischen Gründen nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Geschlecht und Alter

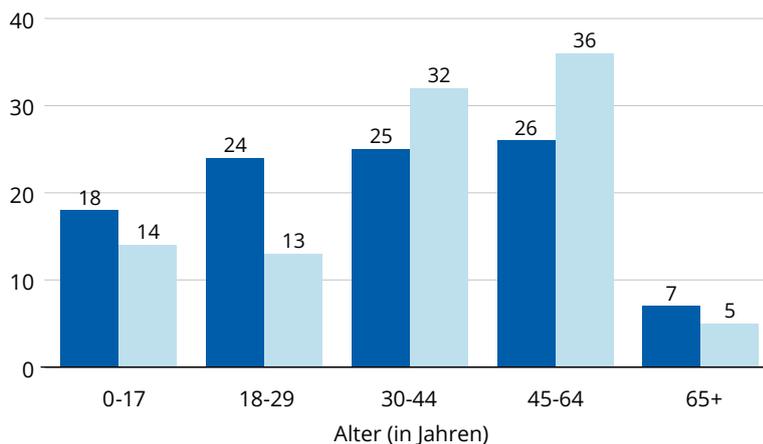
Im Jahr 2022 haben etwas mehr männliche als weibliche Patient*innen erstmalig unsere Projekte aufgesucht (55 % vs. 45 %). Zwischen den Altersgruppen variieren die Anteile jedoch deutlich (siehe Grafik 1). Im Kindes- und Jugendalter sowie im jungen Erwachsenenalter nahmen mehr weibliche als männliche Patient*innen unsere Angebote in Anspruch, danach hingegen mehr Männer als Frauen.

Das Alter der Patient*innen lag zwischen 0 und 78 Jahren. 16 % der Patient*innen waren minderjährig, darunter 58 Kinder unter 5 Jahren. Etwa ein Fünftel (18 %) der Patient*innen befand sich im jungen Erwachsenenalter (18-29 Jahre). Die Mehrheit der Personen, die im Jahr 2022 erstmalig unsere Projekte aufsuchten, waren Erwachsene zwischen 30 und 64 Jahren (60 %). Ältere Menschen nahmen unsere Angebote hingegen nur selten in Anspruch (6 %).

Staatsangehörigkeit

In unseren Projekten wurden im Jahr 2022 Menschen aus 79 Ländern erstmalig beraten und behandelt. Fast die Hälfte (49 %) der Patient*innen waren Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedsländer beziehungsweise des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz (siehe Grafik 2). Am häufigsten kamen die Patient*innen aus Bulgarien (21 %), der Ukraine (12 %), aus Rumänien (9 %) oder aus Afghanistan (8 %). Etwa 7 % der Patient*innen hatten die deutsche Staatsbürgerschaft. Bei 44 % der Patient*innen handelte es sich um Drittstaatsangehörige.

Anteil (%)



Grafik 1: Patient*innen nach Altersgruppe und Geschlecht (n=776; 349 weiblich, 427 männlich)

● weiblich
● männlich

Ablauf des Patientenkontakts

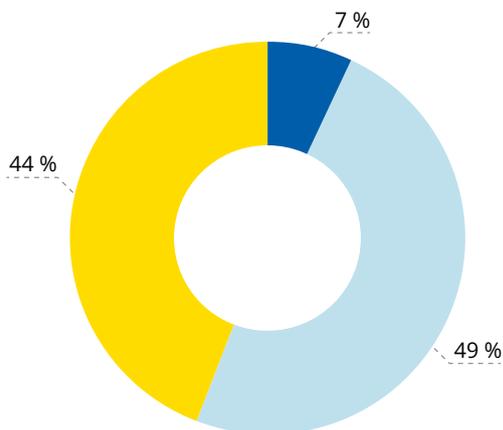


Aufenthaltsstatus

Ein Blick auf den Aufenthaltsstatus der Patient*innen zeigt, dass es sich bei 71 % der Patient*innen um deutsche Staatsangehörige, EU-Bürger*innen, die die Voraussetzungen der Freizügigkeit erfüllten, oder Drittstaatsangehörige mit gültigem Aufenthaltstitel handelte (siehe Grafik 3). Weitere 11 % waren EU-Bürger*innen, die die Voraussetzungen der Freizügig-

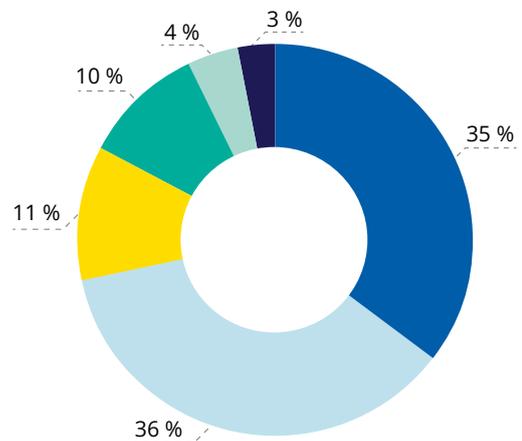
keit nicht erfüllten, zum Beispiel weil sie sich länger als drei Monate in Deutschland aufhielten und nicht regulär erwerbstätig waren. Bei 10 % der Patient*innen handelte es sich um Drittstaatsangehörige ohne geregelten Aufenthaltsstatus, also um Personen ohne gültigen Aufenthaltstitel oder Duldung. 4 % der Patient*innen waren Asylbewerber*innen und geduldete Personen.

Grafik 2: Patient*innen nach Staatsangehörigkeit (n=775)



- Deutsche Staatsangehörige
- EU-/EWR-/Schweiz-Staatsangehörige
- Drittstaatsangehörige

Grafik 3: Patient*innen nach Aufenthaltsstatus (n=776)



- Deutsche Staatsangehörige und Personen mit gültigem Aufenthaltstitel
- EU-Bürger*innen mit Voraussetzungen der Freizügigkeit
- EU-Bürger*innen ohne Voraussetzungen der Freizügigkeit
- Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus
- Asylbewerber*innen und geduldete Personen
- Personen mit unbekanntem Aufenthaltsstatus

LEBENSITUATION UNSERER PATIENT*INNEN

Die meisten Menschen, die unsere Angebote in Anspruch nehmen, befinden sich in prekären Lebenslagen. Hierzu gehören monetäre Armut, ungesicherte Einkommens- und Wohnverhältnisse sowie das Fehlen von sozialen Kontakten, die sie unterstützen könnten. Im Folgenden wird die Lebenssituation der Menschen beschrieben, die im Jahr 2022 erstmalig unsere Projekte aufgesucht haben.

Armut

Fast alle neuen Patient*innen (98 %) waren von monetärer Armut betroffen. Das heißt, dass ihnen pro Monat weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung in Deutschland zur Verfügung stand. Laut dem Mikrozensus waren in Deutschland im Jahr 2022 etwa 15 % der Gesamtbevölkerung von monetärer Armut betroffen.

Unsicherer Lebensunterhalt

Ein Drittel (34 %) der Patient*innen gab an, hauptsächlich von der Unterstützung durch Angehörige zu leben. Etwa 14 % der Patient*innen bezogen ihr Einkommen aus irregulären Arbeiten. Bei 8 % der Befragten waren Flaschensammeln oder Betteln die Haupteinnahmequellen. Von Sozialhilfe, Arbeitslosengeld oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz lebten 6 % der Patient*innen. Bei weiteren 6 % der Befragten war eine reguläre Arbeit oder eine

Rente beziehungsweise Pension die Haupteinnahmequelle. Bei einem Drittel (32 %) der Patient*innen traf keine der genannten Angaben zu. Diese bestritten ihren Lebensunterhalt zum Beispiel durch Erspartes oder die Angebote karitativer Einrichtungen.

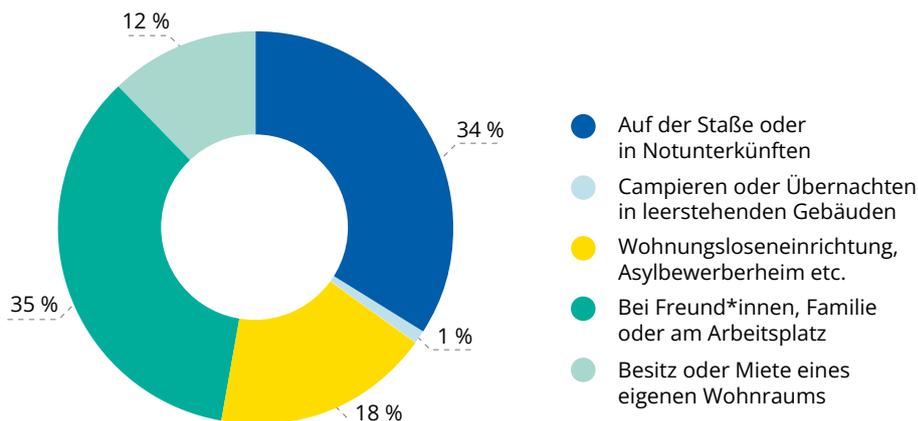
Prekäre Wohnverhältnisse

Neun von zehn (88 %) unserer Patient*innen lebten in ungesicherten Wohnverhältnissen (siehe Grafik 4). Ein Drittel (34 %) der Patient*innen war obdachlos, lebte also auf der Straße oder in Notunterkünften. Bei Patient*innen aus anderen EU-Mitgliedsländern waren es sogar mehr als die Hälfte (56 %). 18 % der Patient*innen hatten eine temporäre Unterkunft (zum Beispiel in einer Einrichtung für Wohnungslose oder Asylsuchende). Ein Drittel (35 %) der Patient*innen übernachtete bei Freund*innen, der Familie oder am Arbeitsplatz. Bei Drittstaatsangehörigen waren es fast die Hälfte (49 %). Nur 12 % aller Befragten gaben an, als Besitzer*in oder Mieter*in im eigenen Wohnraum zu leben.

Fehlende soziale Unterstützung

Mehr als ein Viertel (28 %) der Patient*innen gab an, dass sie keine Person hätten, der sie vertrauen könnten, die sie emotional unterstütze und ihnen Hilfe biete, wenn sie es bräuchten. Bei Obdachlosen waren es sogar mehr als die Hälfte (57 %).

Grafik 4: Patient*innen nach Wohnsituation (n=756)



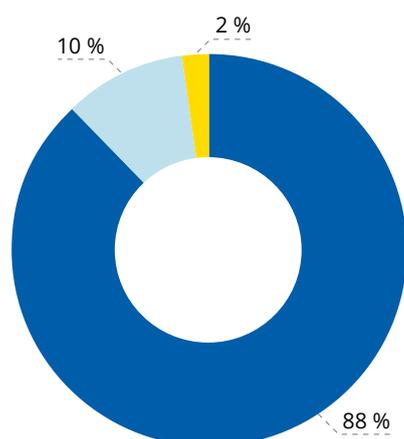
BARRIEREN UNSERER PATIENT*INNEN IM GESUNDHEITSWESEN

Jeder Mensch in Deutschland hat das Recht auf Gesundheit. Hierzu gehört auch ein diskriminierungsfreier Zugang zu medizinischer Versorgung. In Deutschland gibt es jedoch Barrieren, die eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung erschweren oder verhindern. Neun von zehn (91 %) unserer neuen Patient*innen, die Angaben dazu machten, berichteten, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten auf medizinische Versorgung verzichtet hätten, obwohl sie krank waren. Im Folgenden werden die Barrieren aufgezeigt, die unsere Patient*innen am Zugang zu medizinischer Versorgung hinderten.

Kein (ausreichender) Krankenversicherungsschutz

Ein fehlender oder unzureichender Krankenversicherungsschutz kann dazu führen, dass Menschen darauf verzichten, gesundheitliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Insgesamt waren 88 % unserer neuen Patient*innen nicht krankenversichert (siehe Grafik 5). Weitere 10 % der Patient*innen waren krankenversichert, hatten aber nur Anspruch auf eingeschränkte medizinische Leistungen. Hierzu gehörten unter anderem Krankenversicherte mit Beitragsschulden und Asylsuchende.

Grafik 5: Patient*innen nach Krankenversicherungsschutz (n=758)



- Kein Krankenversicherungsschutz
- Eingeschränkter Krankenversicherungsschutz
- Regulärer Krankenversicherungsschutz

Ungeregelter Aufenthaltsstatus

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben grundsätzlich das Recht auf eingeschränkte medizinische Leistungen. Diese werden häufig jedoch nicht in Anspruch genommen, da ihnen bei der Kostenerstattung aufgrund der gesetzlichen Übermittlungspflicht die Abschiebung droht. Insgesamt hatten 10 % der Patient*innen einen unregelmäßigen Aufenthaltsstatus, befanden sich also ohne gültigen Aufenthaltstitel oder Duldung in Deutschland.

Unzureichende Sprachkenntnisse

Für die Kommunikation mit Ärzt*innen und anderem Gesundheitspersonal sind ausreichende Sprachkenntnisse oder eine Sprachmittlung erforderlich. Sind diese nicht vorhanden, kann sich eine Barriere im Zugang zu medizinischer Versorgung ergeben. Bei vier von fünf (79 %) unserer neuen Patient*innen musste für die Behandlung und Beratung eine Sprachmittlung eingesetzt werden.

Unzureichendes Wissen

Mehr als die Hälfte (57 %) unserer neuen Patient*innen gab an, dass sie fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem beziehungsweise über die eigenen Leistungsansprüche am Zugang zu medizinischer Versorgung hinderte.

Bürokratische Prozesse

Ein Viertel (23 %) unserer neuen Patient*innen berichtete, dass sie administrative Probleme oder Schwierigkeiten mit dem Sozialamt beziehungsweise der Krankenkasse als Barriere im Zugang zu medizinischer Versorgung erlebten.

GESUNDHEITZUSTAND UNSERER PATIENT*INNEN

Die Gründe, warum Menschen medizinische Hilfe bei uns suchen, sind vielfältig und unterscheiden sich unter anderem nach deren Alter, Geschlecht und Lebenssituation. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand und die Behandlungsbedarfe unserer neuen Patient*innen aus dem Jahr 2022. Das nächste Kapitel richtet den Fokus auf Patient*innen mit Krebserkrankungen, um zu verdeutlichen, welche Barrieren es in Deutschland für Menschen mit schweren Erkrankungen im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung gibt und welche Folgen diese haben können.

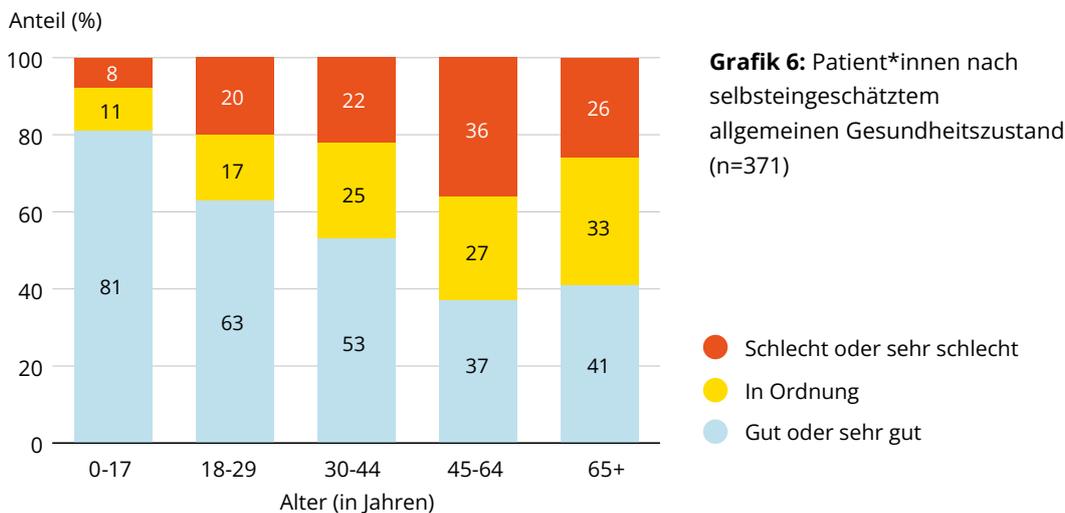
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand

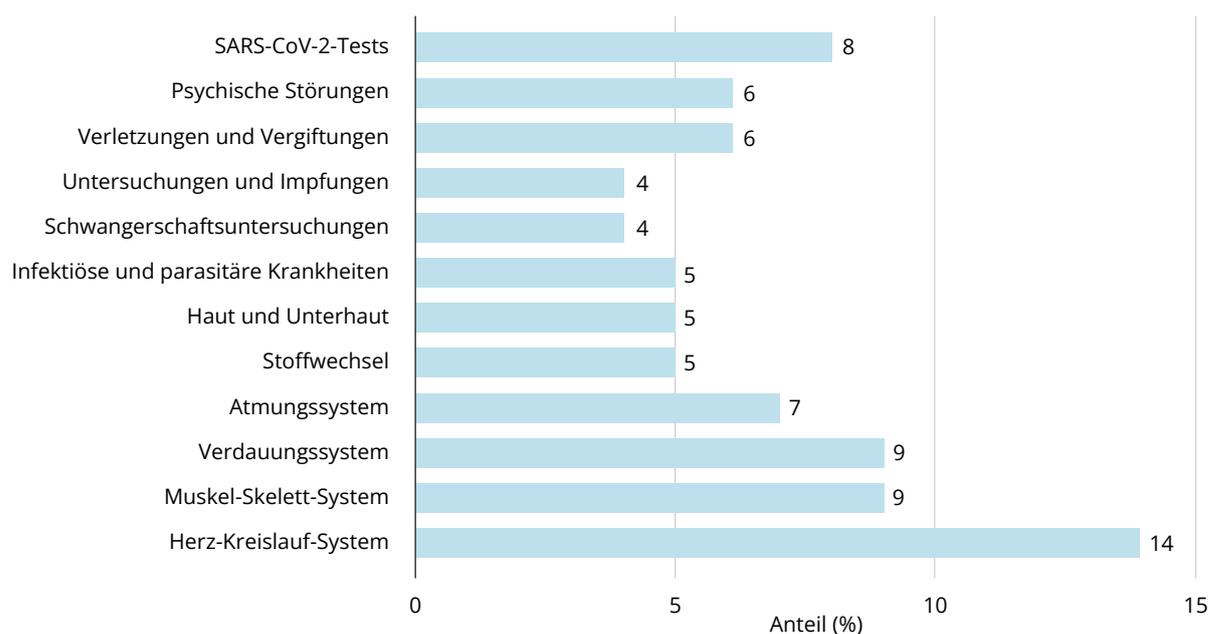
Wenn Menschen das erste Mal zu uns kommen, werden sie unter anderem gefragt, wie sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand einschätzen. Etwa die Hälfte (56 %) der neuen Patient*innen schätzte ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Mit zunehmendem Alter sank der Anteil von 81 % bei den unter 18-Jährigen auf etwa 40 % bei den über 44-Jährigen (siehe Grafik 6). Jeweils 22 % der Patient*innen berichteten, dass ihr allgemeiner

Gesundheitszustand „In Ordnung“ beziehungsweise „Schlecht oder sehr schlecht“ sei. Beide Anteile stiegen mit fortschreitendem Alter.

Ärztlich festgestellter Gesundheitszustand

In unseren medizinischen Visiten werden die ärztlichen Diagnosen und Behandlungsanlässe anhand eines internationalen Klassifikationssystems (ICD-10) dokumentiert. Im Folgenden werden die zwölf häufigsten Diagnosen beziehungsweise Diagnosegruppen der ersten medizinischen Visite der neuen Patient*innen aus dem Jahr 2022 beschrieben (siehe Grafik 7). Diese entsprechen etwa 80 % aller Diagnosen aus den Erstvisiten. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass in basismedizinischen Sprechstunden schwer zu diagnostizierende Erkrankungen (zum Beispiel psychische Störungen) und tendenziell erst bei Folgeuntersuchungen erkannte Krankheiten (zum Beispiel Krebs) untererfasst sein können.

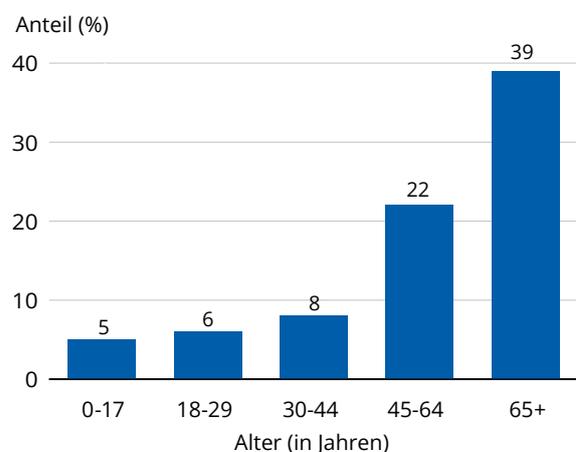




Grafik 7: Die zwölf häufigsten Diagnosegruppen bei der ersten medizinischen Visite (n=1.315 Diagnosen)

Herz-Kreislauf-System

Etwa jede siebte (14 %) Diagnose bei der Erstvisite betraf das Herz-Kreislauf-System (ICD-10: I00-I99, R00-R09). Mit fortschreitendem Alter stieg der Anteil von 5 % bei den 0- bis 17-Jährigen auf 39 % bei den über 64-Jährigen (siehe Grafik 8). Bei fast der Hälfte (49 %) der Herz-Kreislauf-Diagnosen handelte es sich um Bluthochdruck (ICD-10: I10-I15).



Grafik 8: Anteil der Diagnosen, die das Herz-Kreislauf-System betreffen, an allen bei der Erstvisite gestellten Diagnosen (n=1.315 Diagnosen)

Muskel-Skelett-System

Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems machten 9 % der Diagnosen aus (ICD-10: M00-M99). Bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren wurden mit 2 % beziehungsweise 6 % etwas seltener muskuloskeletale Probleme diagnostiziert als in den höheren Altersgruppen (10-12 %). Fast jede zweite (46 %) Muskel-Skelett-Diagnose bezog sich auf Rückenschmerzen (ICD-10: M54).

Verdauungssystem

Fast jede zehnte (9 %) Diagnose entfiel auf Erkrankungen des Verdauungssystems (ICD-10: K00-K93, R10-R19). Zwischen den Altersgruppen unterschieden sich die Anteile nur geringfügig.

Atmungssystem

Etwa 7 % der Diagnosen bezogen sich auf Atemwegserkrankungen (ICD-10: J00-J99). Bei Heranwachsenden waren Atemwegserkrankungen mit 17 % die zweithäufigste Diagnosegruppe. Dabei handelte es sich fast immer um akute Atemwegsinfektionen. In den höheren Altersgruppen beliefen sich die Anteile auf 4-7 %. COVID-19-Infektionen (ICD-10: U07.1) machten 1 % der Diagnosen bei der Erstvisite aus.

Stoffwechsel

Auf Erkrankungen des Stoffwechsels entfielen 5 % der Diagnosen (ICD-10: E00-E90). Ältere Patient*innen hatten deutlich häufiger Stoffwechselprobleme als jüngere: Bei 45- bis 64-Jährigen und über 64-Jährigen betraf etwa jede zehnte (9 % beziehungsweise 11 %) Diagnose den Stoffwechsel. Meistens wurde dabei Diabetes diagnostiziert. In den jüngeren Altersgruppen betragen die Anteile 0-2 %.

Haut und Unterhaut

Bei weiteren 5 % der Diagnosen handelte es sich um Hautprobleme (ICD-10: L00-L99). Hierzu gehörten unter anderem Infektionen und Entzündungen der Haut. Zwischen den Altersgruppen unterschieden sich die Anteile nur geringfügig.

Infektiöse und parasitäre Krankheiten

Ebenfalls 5 % der Diagnosen entfielen auf bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen (ICD-10: A00-B99). Ausgeprägte altersspezifische Unterschiede in den Anteilen waren nicht zu beobachten.

Schwangerschaftsuntersuchungen

Bei Frauen bezogen sich 10 % der Diagnosen auf Untersuchungen in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (ICD-10: Z30-Z39). Angaben zur Dauer der Schwangerschaft lagen für 53 Frauen vor. Im Durchschnitt kamen diese in der 16. Schwangerschaftswoche das erste Mal zu uns.

Untersuchungen und Impfungen

Allgemeine Untersuchungen und Impfungen machten 4 % der Diagnosen aus (ICD-10: Z00-Z04, Z23-Z28). Diese waren bei Heranwachsenden mit 23 % die häufigste Diagnosegruppe. Ältere Patient*innen wiesen hingegen nur selten entsprechende Behandlungsanlässe auf (0-2 %).

Verletzungen und Vergiftungen

Insgesamt 6 % der Diagnosen waren Verletzungen und Vergiftungen zuzuordnen (ICD-10: S00-T98). Mit Abstand am höchsten war der Anteil mit 17 % bei jungen Männern im Alter von 18 bis 29 Jahren.

Psychische Störungen

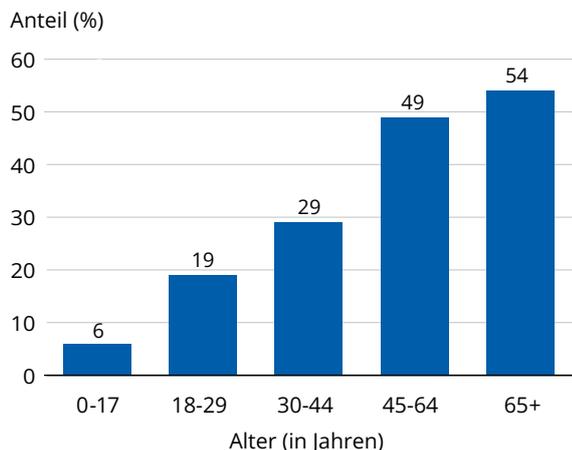
Etwa 6 % der Diagnosen betrafen psychische Störungen und Erkrankungen (ICD-10: F00-F99). Bei Heranwachsenden und über 64-Jährigen fielen die Anteile mit jeweils 1 % deutlich niedriger aus als in den anderen Altersgruppen mit 6-8 %.

SARS-CoV-2-Tests

Testungen auf SARS-CoV-2 machten 8 % der Diagnosen aus (ICD-10: U99). Bei Heranwachsenden waren SARS-CoV-2-Testungen mit 15 % die dritthäufigste Diagnosegruppe.

Chronische Erkrankungen

Wenn eine Krankheit länger als sechs Monate andauert oder andauern wird, klassifizieren unsere Ärzt*innen diese als chronisch. Insgesamt handelte es sich bei fast einem Drittel (32 %) der Diagnosen um chronische Erkrankungen – darunter am häufigsten um Bluthochdruck, Diabetes und Rückenschmerzen. Mit fortschreitendem Alter stieg der Anteil von 6 % bei 0- bis 17-Jährigen auf 54 % bei über 64-Jährigen (siehe Grafik 9).



Grafik 9: Anteil der Diagnosen, bei denen chronische Beschwerden festgestellt wurden, an allen bei der Erstvisite gestellten Diagnosen (n=1.315 Diagnosen)

FOKUSTHEMA: KREBSERKRANKUNGEN

In unseren Projekten werden regelmäßig Menschen mit schweren Erkrankungen vorgestellt, deren adäquate Versorgung und Beratung für unsere Teams eine große Herausforderung darstellen. Hierzu gehören unter anderem Krebserkrankungen, deren Diagnostik und Therapie in der Regel aufwändig und teuer sind. Darüber hinaus können präventive Maßnahmen bestimmte Krebsarten verhindern beziehungsweise deren Heilungschancen durch eine frühzeitige Erkennung erhöhen. Ein eingeschränkter Zugang zu präventiven Leistungen und medizinischer Versorgung kann somit schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Betroffenen haben. Dies soll im Folgenden anhand von Fallbeispielen aus unseren Projekten verdeutlicht werden.



Frau A., 32 Jahre, Gebärmutterhalskrebs

Als Frau A. unseren Behandlungsbus aufsuchte, klagte sie über starke Regelblutungen und Bauchschmerzen. Frau A. stammte aus Rumänien und kam regelmäßig zum Arbeiten nach Deutschland. Eine Krankenversicherung hatte sie weder in Deutschland noch in Rumänien. Vor einigen Jahren war sie zeitweise in Deutschland krankenversichert.

Zwei Tage bevor Frau A. zu uns kam, wurde der Rettungsdienst in die Notunterkunft gerufen, in der sie zu diesem Zeitpunkt lebte. Dieser führte die Beschwerden auf die Periode zurück – allerdings ohne die Patientin zu untersuchen. Nach unserer medizinischen Visite wiesen wir die Patientin als Notfall in ein Krankenhaus ein. Dort wurde festgestellt, dass sie Gebärmutterhalskrebs im fortgeschrittenen Stadium hat. Wir haben uns daraufhin um die Übernahme der Behandlungskosten durch die Clearingstelle gekümmert und einen Termin für

die weiterführende Diagnostik in einer Klinik organisiert. Als wir die Patientin dorthin begleiteten, wurden wir zunächst abgewiesen, weil die Patientin keine Krankenversicherung hatte und das Personal bei der Anmeldung in der Klinik nicht wusste, wie die Behandlung von Patient*innen abgerechnet werden soll, deren Kosten von einer Clearingstelle übernommen werden. Nach einigen Gesprächen wurde Frau A. letztlich aufgenommen und die Diagnostik durchgeführt.

Einen Tag später musste Frau A. aufgrund starker Beschwerden erneut ins Krankenhaus, wo es zunächst wieder hieß, dass sie aufgrund des fehlenden Krankenversicherungsschutzes nicht behandelt werden kann, es sei denn, sie hinterlegt 300,- Euro als Sicherheitsleistung. Wir haben das Klinikpersonal darauf hingewiesen, dass sie verpflichtet sind, die Patientin zu behandeln, da es sich um einen Notfall handelte. Frau A. erhielt daraufhin mehrere Strahlentherapien, ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich aber zunehmend. Wenige Wochen später verstarb sie an ihrem Krebsleiden.

HPV-Impfung

Eine Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) kann Gebärmutterhalskrebs verhindern. Krankenversicherte können sich im Kindes- und Jugendalter sowie häufig auch im Erwachsenenalter kostenlos gegen HPV impfen lassen.

Gesetzliches Krebsfrüherkennungsprogramm

In Deutschland gibt es ein gesetzliches Krebsfrüherkennungsprogramm. Dieses beinhaltet Früherkennungsuntersuchungen für Brustkrebs, Darmkrebs, Gebärmutterhalskrebs, Hautkrebs und Prostatakrebs. Für Krankenversicherte sind diese Angebote in der Regel kostenlos.



Frau M., 50 Jahre, Brustkrebs

Frau M. kam wegen Brustschmerzen in unsere Praxis. Etwa 10 Jahre zuvor ist Frau M. von Bulgarien nach Deutschland gezogen. Ihren Lebensunterhalt bestritt sie durch irreguläre Beschäftigungen ohne Arbeitsverträge. Eine Krankenversicherung hatte sie weder in Deutschland noch in Bulgarien.

In unserer medizinischen Visite wurde bei der Patientin ein Knoten in der Brust ertastet. Daraufhin wurden eine Röntgenuntersuchung und eine Gewebeentnahme in kooperierenden Einrichtungen veranlasst. Die entnommene Gewebeprobe enthielt Krebszellen, die eine Operation zur Entfernung der betroffenen Brustteile notwendig machten. Aufgrund von Komplikationen nach der ersten Operation musste die Patientin ein weiteres Mal operiert werden. Die Nachsorge für die Operationen erfolgte in unserer Praxis.

Unser Team organisierte die Termine für die Behandlung der Patientin und kümmerte sich um die Sprachmittlung. Die Clearingstelle übernahm die Kosten für die Gewebeentnahme und die Operationen. Die Kosten für die Hormonbehandlung konnten weder von der Clearingstelle noch von der Patientin aufgebracht werden. Deswegen übernahmen wir die Kosten vorübergehend. Laut ihrer Schwester hat sich Frau M. letztlich entschieden, nach Bulgarien zu ziehen, wo sie eine Chemotherapie bekam. Ihr Gesundheitszustand verschlechterte sich aber weiter.



Herr Z., 72 Jahre, Darmkrebs

Herr Z. meldete sich telefonisch in unserer Praxis. Er klagte über Schmerzen im und Blutungen aus dem Verdauungstrakt. Da er keine Krankenversicherung hatte, konnte Herr Z. keine reguläre Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen. Herr Z. war deutscher Staatsbürger und arbeitete selbstständig im IT-/EDV-Bereich. Ursprünglich hatte Herr Z. eine private Krankenversicherung. Diese verlor er vor 20 Jahren aufgrund von Beitragsschulden.

Wir informierten Herr Z., dass er bei starken Beschwerden den Notarzt rufen könne, und baten ihn, zeitnah in unsere Praxis zu kommen. Eine Woche später kam Herr Z. in unsere Sprechstunde, wo unter anderem eine Blutprobe entnommen wurde. Diese ergab einen bedrohlich niedrigen Hämoglobinwert, woraufhin wir dem Patienten empfahlen, schnellstmöglich ein Krankenhaus aufzusuchen. Mit Zustimmung von Herrn Z. veranlassten wir die Einweisung in die Notaufnahme. Dort wurde eine Darmkrebserkrankung diagnostiziert.

Herr Z. verbrachte zehn Wochen im Krankenhaus, wo die Krebserkrankung mit einer Chemo- und einer Strahlentherapie sowie mit einem operativen Eingriff behandelt wurde. Danach wurde er nach Hause entlassen und berichtete, dass seine neue Betreuerin sich darum kümmert, dass er in die Krankenversicherung reintegriert wird.

**„OFFIZIELL BIN ICH
NUN AUCH WIEDER
EIN MENSCH.“**

Zitat von Herrn Z.



^ Empfang in der
Anlaufstelle von open.med
Berlin-Lichtenberg

Foto: © Max Avdeev

FAZIT UND AUSBLICK

Nach wie vor gibt es in Deutschland gesetzliche Regelungen, die den Zugang zu präventiven Leistungen und medizinischer Versorgung erschweren oder verhindern. Hinzu kommen weitere Barrieren wie Sprachbarrieren, Diskriminierung, Stigmatisierung und bürokratische Hürden, die dazu führen können, dass Menschen das reguläre Gesundheitssystem nicht (bedarfsgerecht) nutzen können. Für Menschen, die keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben, bleiben Angebote von Hilfsorganisationen oftmals die einzige Möglichkeit, medizinische Versorgung und Beratung zu erhalten.

In unseren medizinischen Anlaufstellen und Behandlungsbussen haben wir im Jahr 2022 über 2.000 Menschen medizinisch versorgt und beraten. Fast alle unserer neuen Patient*innen hatten keinen oder nur einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz. Dies lässt vermuten, dass es in Deutschland trotz Krankenversicherungspflicht zahlreiche Menschen gibt, die nicht oder nicht ausreichend krankenversichert sind. Die erhobenen Daten unserer Patient*innen erlauben Rückschlüsse darauf, welche Bevölkerungsgruppen ein erhöhtes Risiko für einen erschwerten oder verweherten Zugang zum regulären Gesundheitssystem haben. Zu unseren Patient*innen gehörten Menschen jeglicher Altersgruppen. Fast alle unserer Patient*innen waren armutsgefährdet, was aufgrund der Kosten, die für eine Krankenversicherung oder eine medizinische Behandlung aufgewendet werden müssen, eine Barriere im Zugang zu medizinischer Versorgung sein kann. Darüber hinaus hatten 88 % unserer Patient*innen

keinen festen Wohnsitz. Menschen ohne festen Wohnsitz haben häufig keinen oder nur einen erschwerten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Gründe hierfür sind unter anderem bürokratische Barrieren, Stigmatisierung und Diskriminierung. In den etablierten Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung sind Menschen ohne Meldeadresse unterrepräsentiert oder nicht vertreten, was ihre Berücksichtigung bei evidenzbasierten gesundheitspolitischen Entscheidungen limitiert. Nicht zuletzt hatte fast ein Viertel unserer Patient*innen keinen gültigen Aufenthaltstitel. Für diese Menschen stellt vor allem die gesetzliche Übermittlungspflicht eine Barriere im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung dar, da sie Gefahr laufen, abgeschoben zu werden, wenn sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

Deutschland hat sich in völkerrechtlich verbindlichen Verträgen (zum Beispiel dem UN-Sozialpakt und der EU-Grundrechtecharta) verpflichtet, allen in Deutschland lebenden Menschen ein gesundes Leben und einen diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Der vorliegende Gesundheitsreport zeigt, dass Deutschland diese Verpflichtung bisher nicht erfüllt. Er zeigt aber auch, dass es einige Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung gibt, die abgebaut werden können. Wir fordern daher politische Entscheidungsträger*innen auf, entsprechende Maßnahmen umzusetzen beziehungsweise zu forcieren, damit alle in Deutschland lebenden Menschen ihr Recht auf Gesundheit verwirklichen können.



^ Behandlung in der Anlaufstelle
von open.med Berlin-Lichtenberg

Foto: © Max Avdeev

METHODIK

Dieser Bericht basiert auf Daten, die in unseren Inlandsprojekten erhoben wurden. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Erstaufnahme der Patient*innen sowie deren medizinischen Visiten und sozialen Beratungen. Hierfür wurde eine elektronische Patient*innendatenbank mit standardisierten Fragen und Eingabefeldern verwendet. Die Eingabe und Speicherung der Daten erfolgten pseudonymisiert. Die Patient*innen, auf deren Daten dieser Bericht basiert, haben der Nutzung ihrer Daten durch Ärzte der Welt e. V. zugestimmt. Die Auswertung der Daten erfolgte in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Hierfür wurden das Statistikprogramm Stata und Microsoft Excel verwendet.

Bei der Interpretation der Daten sind mehrere Punkte zu berücksichtigen. Zum einen steht in unseren Projekten die Versorgung der Patient*innen und nicht die Datenerhebung im Vordergrund. Das heißt, dass Fragen nur gestellt werden, wenn sie situativ angemessen sind. Die berichteten Indikatoren basieren somit teilweise nur auf Subgruppen der Patient*innen. Zum anderen erfolgt die Kommunikation mit den Patient*innen bei Bedarf mit einer Sprachmittlung.

Dies kann dazu führen, dass Fragen und Antworten anders formuliert beziehungsweise verstanden werden, als sie gemeint waren. Letztlich ist zu beachten, dass unsere Angebote an Bedarfe angepasst werden, die sich aus regionalen Rahmenbedingungen (zum Beispiel Versorgungsstrukturen) und aktuellen Ereignissen (wie Fluchtbewegungen) ergeben. Die Werte der berichteten Indikatoren können sich somit zwischen den Projekten unterscheiden und zeitliche Vergleiche nur eingeschränkt möglich sein.

Die im Bericht geäußerten Standpunkte spiegeln die Meinung von Ärzten der Welt wider und repräsentieren nicht notwendigerweise die Position des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München 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.

**„IN DEN VERGANGENEN ZWEI
JAHREN HAT SICH DIE NACHFRAGE
NACH BEHANDLUNGEN IN UNSERER
EINRICHTUNG DEUTLICH ERHÖHT.
AUCH BEOBACHTEN WIR SCHWERERE
ERKRANKUNGEN. ES KANN NICHT
DIE AUFGABE EINER NGO SEIN,
ORIGINÄRE AUFGABEN DES STAATES
ZU ÜBERNEHMEN.“**

Dr. Marianne Stix, Allgemeinärztin

IMPRESSUM

Herausgeber

© 2023 Ärzte der Welt e. V.
V.i.S.d.P.: Dr. med. Peter Schwick
(Vorstandsvorsitzender)
Landsberger Straße 428
D-81241 München
info@aerztederwelt.org
www.aerztederwelt.org

Kooperationspartner

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

Medizin Hilft e. V.
Ambulanz für Menschen ohne Kranken-
versicherung (ehemals open.med)
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

Autor*innen

Gianni Varnaccia, Janina Gach,
Dr. Johanna Offe, Carolin Bader,
Christian Stegmüller, Susanne Eikenberg,
Lena Rimbach, Jacqueline Evers,
Annemarie Weber, Dr. Cevat Kara,
Monica Ilea, Andrea Günther

Zitiervorschlag

Ärzte der Welt e. V. (2023) Gesundheitsreport –
Krank und ohne medizinische Versorgung in
Deutschland. Ärzte der Welt e. V., München

Datenanalyse

Dr. Günter Fröschl, Gianni Varnaccia

Redaktion

Stephanie Kirchner

Layout und Gestaltung

MediaCompany –
Agentur für Kommunikation GmbH

Stand

Oktober 2023

Druck

EsserDruck Solutions GmbH



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.

Für unsere Inlandsarbeit sind wir auf finanzielle Unterstützung angewiesen.

Wir freuen uns über Ihre Spende:

Deutsche Kreditbank (DKB)
IBAN: DE06 1203 0000 1004 3336 60
Stichwort: Inlandsarbeit



**SCHENKEN
SIE UNS
5 MINUTEN
FEEDBACK!**

Wir interessieren
uns dafür, wie Ihnen
der Gesundheits-
report gefällt.

