

GESUNDHEITSREPORT 2021

UNGEGEHEN, UNGESCHÜTZT, UNVERSICHERT IN DER PANDEMIE

Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland



Dank

Viele Menschen haben zu diesem Bericht 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. sowie die Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin des Klinikums der Universität München. Ihnen allen gilt unser herzlicher Dank.

Die Deutsche Postcode Lotterie unterstützt diese Publikation finanziell. Wir bedanken uns für das Vertrauen.

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 eigenen Ländern und über 70 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 den Ländern des Globalen Südens, sondern auch in Europa setzen wir uns mit Gesundheitsprogrammen für benachteiligte Menschen ein. Im deutschen Inlandsprogramm bieten wir kostenlose 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. Das Angebot beruht auf dem Engagement zahlreicher ehrenamtlicher Mitarbeitender.

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

Unsere Kooperationspartner:



INHALT

DIE PANDEMIE DER UNGLEICHHEIT	4
Zielgruppen: Wer unzureichend oder gar nicht versorgt ist	4
ZAHLEN AUF EINEN BLICK	5
DIE PATIENT*INNEN: ANALYSEERGEBNISSE IM DETAIL	6
Alter	6
Kinder unter fünf Jahre	6
Geschlecht	6
Herkunft	6
WENN DIE LEBENSSITUATION KRANK MACHT	7
Armut	7
Wohnverhältnisse	7
Soziale Isolation	7
BARRIEREN: WAS MENSCHEN AM ZUGANG ZU GESUNDHEITSVERSORGUNG HINDERT	8
Versicherungsstatus	8
Aufenthaltsrechtlicher Status	8
Angst vor hohen Kosten	8
Bürokratie und fehlende Informationen.....	8
Sprache	8
Verzicht auf medizinische Behandlung als Folge	8
Obdachlosigkeit: Barriere und soziale Determinante von Gesundheit zugleich	8
GESUNDHEITSSTATUS: WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST	9
Subjektiv empfundener Gesundheitszustand	9
Psychische Gesundheit	9
Medizinisch festgestellter Behandlungsbedarf/Gesundheitszustand	9
Schwangere	9
CHRONISCHE ERKRANKUNGEN UND SCHWIERIGE LEBENSBEDINGUNGEN	10
CHRONISCH KRANK WÄHREND EINER PANDEMIE	12
FAZIT: DIE FOLGEN MANGELHAFTER VERSORGUNG	13
UNSERE POLITISCHEN FORDERUNGEN: WAS DIE BUNDESREGIERUNG JETZT TUN MUSS, UM DAS RECHT AUF GESUNDHEIT SICHERZUSTELLEN	14
METHODIK: DER WEG ZU DEN DATEN	16
Datenerhebung	16
Datenauswertung und Datenqualität	16

DIE PANDEMIE DER UNGLEICHHEIT

Die Coronapandemie offenbart strukturelle Ungleichheiten sowie lang ignorierte Lücken im Gesundheitssystem. Auch in unseren Inlandsprojekten haben wir die Auswirkungen der Krise gesehen: Für sozial benachteiligte Menschen waren die Barrieren beim Zugang zur medizinischen Versorgung höher denn je. Für Wohnungslose und Bewohner*innen von Sammelunterkünften war es fast unmöglich, die Hygiene- und Quarantäneregeln umzusetzen. Zudem konnten sich Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zunächst nicht testen und impfen lassen, da hierzu Personalausweis und Meldeadresse nötig waren.

Dramatisch gestaltete sich die Situation für chronisch kranke Patient*innen. Sie sind besonders anfällig für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung. Befindet sich eine chronisch kranke Person zudem in einer prekären Lebenssituation – in Armut, Wohnungslosigkeit oder ohne Zugang zu Gesundheitsversorgung – kann das lebensbedrohlich sein, auch jenseits von Corona. Dies beleuchten wir in unserem Bericht als Schwerpunkt.

Trotz der zeit- und personalintensiven Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen und Hygienekonzepten blieben unsere Projekte bis auf kurze Unterbrechungen geöffnet. Erschwert hat die Pandemie unsere Arbeit dennoch, so auch die Erstellung des vorliegenden Berichts. In Hamburg beispielsweise wurden aufgrund der komplexeren Behandlungssituation und folglich einer Überlastung unserer Behandlungseinrichtung wesentlich weniger Daten erhoben. Die Anzahl der Datensätze hat sich dadurch insgesamt und in bestimmten Kategorien zum Teil erheblich reduziert.

Das Krisenjahr hat gezeigt, wie bedeutsam diese Daten sind, um gesundheitspolitische Maßnahmen zielgruppengerecht planen zu können. Wohnungslose oder Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus hat die Pandemie besonders hart getroffen. Zu ihnen und ihren Lebensumständen stehen jedoch kaum datenbasierte Informationen zur Verfügung. Auf diese Lücke macht der vorliegende Bericht abermals aufmerksam.

Zielgruppen: Wer unzureichend oder gar nicht 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 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 fehlende Beitragszahlungen, 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) gibt es bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Geburt in den ersten 18 Monaten einen Anspruch auf Kostenübernahme für reduzierte medizinische Leistungen. Darüberhinausgehende 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 Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt 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 unterbinden soll.

ZAHLEN AUF EINEN BLICK



Patient*innen

1.512 Personen wurden 2020 in den Anlaufstellen von Ärzten der Welt behandelt und beraten.

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

Darunter befanden sich **257 Kinder und Heranwachsende** unter 20 Jahren.



Lebensumstände

97,2 % aller Patient*innen lebten **unter der Armutsgrenze**.

Nur **12,6 %** lebten **in einer eigenen Wohnung**:

27,8 % gaben an, **obdachlos** zu sein.



Schwangerschaftsvorsorge

Unter den 520 Patientinnen waren **49 schwangere Frauen**.

Bei der Erstvorstellung befanden sie sich im Mittelwert in der **20. Schwangerschaftswoche**.



Barrieren

Insgesamt hatten 68,2 % aller Patient*innen keinen Versicherungsschutz und weitere **24,7 %** 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) (**61,7 %**), „**Unkenntnis des Gesundheitssystems** und/oder der eigenen Ansprüche“ (**30,1 %**) und „**Administrative Probleme** und Schwierigkeiten mit dem Sozialamt/der Krankenkasse“ (**35,5 %**)



Gesundheitsstatus

32,8 % 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 **76 % aller obdachlosen Menschen verzichteten** darauf, **Gesundheitsversorgung** in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

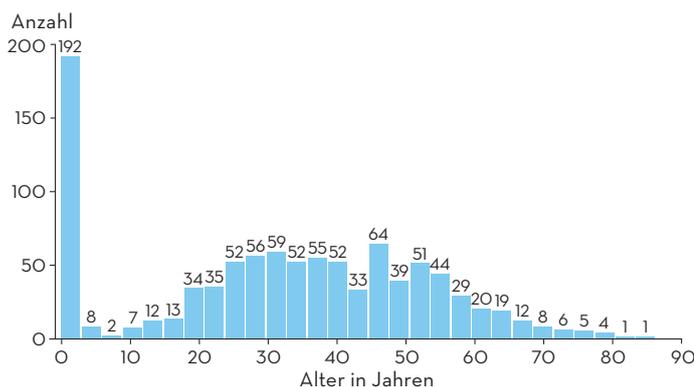
DIE PATIENT*INNEN

ANALYSEERGEBNISSE IM DETAIL

2020 wurden im Inlandsprogramm von Ärzte der Welt insgesamt 1.512 Patient*innen in 4.077 Konsultationen beraten und medizinisch versorgt. Davon waren 967 Personen in den Anlaufstellen in Berlin, Hamburg und München sowie im Münchner Behandlungsbus erstmalig in 2020 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 85 Jahren (siehe Grafik 1). Das mediane Alter lag bei 33 Jahren. 26,6 % (257/967) der Patient*innen waren Kinder und Heranwachsende unter 20 Jahren. 3,8 % (37/967) waren 65 Jahre oder älter.

Grafik 1: Altersverteilung der Patient*innen



Kinder unter fünf Jahre: Unter den Patient*innen befanden sich 199 Kinder (20,6 %) unter fünf Jahren. 34,7 % (69/199) von ihnen hatten keinen Versicherungsschutz, weder in Deutschland noch in ihrem Herkunftsland. 8,1 % (15/185) waren Unionsbürger*innen (ohne Deutschland), 30,8 % (57/185) Drittstaatsangehörige und 61,1 % (113/185) deutsche Staatsangehörige. 57,4 % (113/197) der Patient*innen mit deutscher Staatsbürgerschaft waren Kinder unter fünf Jahren. 94,7 % (107 /113) von ihnen waren ein Jahr oder jünger.

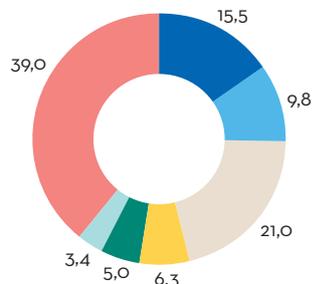
Es handelt sich bei einem relevanten Teil dieser Gruppe um Kinder vietnamesischer Mütter und deutscher Väter, die wir in den Kindersprechstunden der open.med Berlin-Anlaufstelle sehen und bei denen es aufgrund von administrativen Problemen zu erheblichen Verzögerungen bei der Ausstellung der Geburtsurkunden und der Anmeldung zur Krankenversicherung kommt. Die Zahl der zugewanderten Vietnamesinnen in Berlin hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Sowohl auf bezirklicher Ebene als auch in Arbeitskreisen der Beratungs- und Anlaufstellen wird sich

intensiv mit deren Migrationsgründen und -wegen auseinandergesetzt überlegt, wie man den Bedürfnissen der vietnamesischen Mütter und deren Kinder gerecht werden kann. Aufgrund des erhöhten Bedarfs wurde das Kindersprechstundenangebot 2020 in der Berliner Anlaufstelle ausgeweitet.

Geschlecht: Mit 57 % (551/967) war die knappe Mehrheit der Patient*innen männlich, 42,8 % (414/967) weiblich, 0,2 % (2/967) inter/divers.

Herkunft: Es wurden 91 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): 37,7 % (354/940) Bürger*innen aus EU/EWR*-Staaten (ohne Deutschland) und der Schweiz (im Folgenden „Unionsbürger*innen“), 41,4 % (389/940) Bürger*innen anderer Staaten (im Folgenden als Drittstaatsangehörige bezeichnet) und 21,0 % deutsche Staatsangehörige (197/940).

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



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

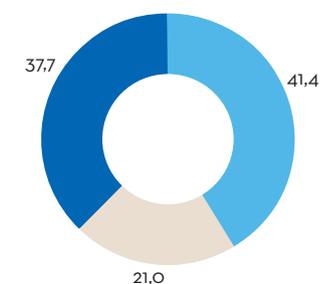


Tabelle 1: Aufschlüsselung der Herkunftsländer von Drittstaatsangehörigen

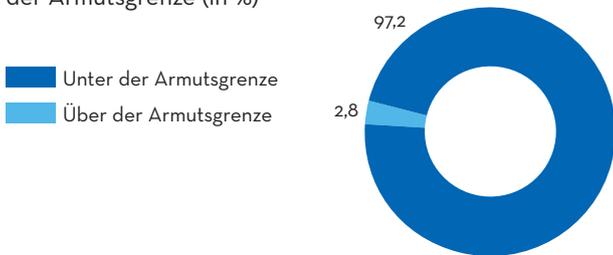
Herkunftsland	Anzahl	Prozent
Serbien	59	15,2
Vietnam	47	12,1
Afghanistan	16	4,1
Albanien	16	4,1
Libyen	14	3,6
Kamerun	12	3,1
Nigeria	12	3,1
Syrien	10	2,6
Tunesien	10	2,6
Ghana	9	2,3

WENN DIE LEBENSITUATION KRANK MACHT

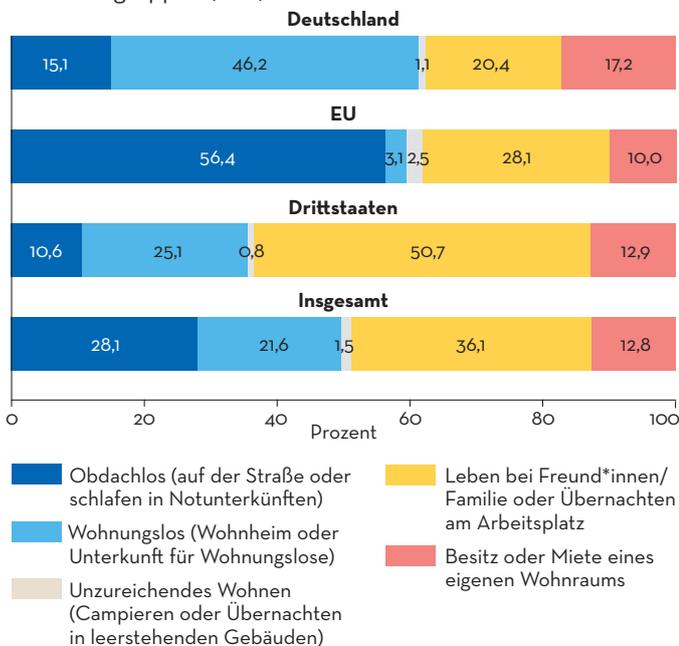
Menschen, die über wenig Einkommen verfügen, in prekären Wohnverhältnissen leben und sozial isoliert sind, werden häufiger krank.

Armut: Fast alle Patient*innen (97,2 %; 823/847), die im Beobachtungszeitraum erstmals in die Anlaufstelle kamen, lebten unterhalb der Armutsgrenze (laut des Statistischen Bundesamts wird die Armutgefährdungsschwelle – dem EU-Standard entsprechend – bei 60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung festgelegt und lag 2019 für Alleinstehende bei 14.109 Euro pro Jahr).

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



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



der Familie oder übernachteten an ihrem Arbeitsplatz. 12,6 % (113/899) gaben an, als Besitzer*in oder Mieter*in im eigenen Wohnraum zu leben.

Soziale Isolation: 64,7 % (432/668) berichteten, dass sie nur „manchmal“ (41,0 %; 274/668) oder „nie“ (23,7 %; 158/668) eine*n Ansprechpartner*in hätten, dem*der sie Vertrauen könnten, der*die sie emotional unterstütze und ihnen Hilfe biete, wenn sie es bräuchten. Bei Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ist der Anteil noch höher. 79,9 % (107/134) der Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus berichteten, nie oder nur manchmal eine*n Ansprechpartner*in zu haben.



Milo O.*, 26 Jahre, aus Montenegro

Milo O.* stammt aus Montenegro und lebt seit 26 Jahren in Deutschland. Er ist obdachlos, hat keinen geregelten Aufenthaltsstatus, geht keiner sozialversicherten Arbeit nach und ist nicht krankenversichert. Der 53-Jährige leidet unter anderem an Hepatitis B und Leberzirrhose. Nach einer Ultraschall-Untersuchung während eines mobilen Einsatzes in einer Sammelunterkunft für Obdachlose in München, überwies ihn das open.med-Team umgehend für eine Notfall-OP ins Krankenhaus. Dort musste er wegen einer offenen Tuberkulose isoliert werden. Da sein Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf nach einer möglichen Ansteckung besonders hoch war, wurde er vorübergehend in eine gesonderte Unterkunft verlegt. Hier war ein Antrag auf Arbeitslosengeld II beim Sozialreferat nötig. Da dieses zur Meldung bei der Ausländerbehörde verpflichtet ist, drohten ihm zunächst aufenthaltsrechtliche Probleme. Milo O.'s Abschiebung wurde jedoch vorübergehend ausgesetzt, indem eine Duldung erwirkt wurde. Wegen seiner finanziellen Notlage übernahm die Clearingstelle Gesundheit die Kosten für den Krankenhausaufenthalt.

* Name wurde geändert.

Dr. Angelika Reitenspieß,
ehrenamtliche Ärztin

„Die schlechten Lebensbedingungen verhindern die Heilung von Erkrankungen, sie machen aber auch auf den Feldern der psychischen, psychosomatischen und letztendlich auch durch ein erhöhtes Infektionsrisiko direkt krank.“

Wohnverhältnisse: Die überwiegende Mehrheit der Klient*innen wohnte unter prekären Bedingungen. 27,8 % (250/899) waren obdachlos, 21,9 % (197/899) lebten in einem Wohnheim oder einer Unterkunft für Wohnungslose, 1,5 % (13/899) campierten oder übernachteten in leerstehenden Gebäuden, 36,3 % (326/899) lebten bei Freund*innen oder

BARRIEREN

WAS MENSCHEN AM ZUGANG ZU GESUNDHEITSVERSORGUNG HINDERT

Gemäß dem UN Sozialpakt haben alle Menschen das Recht auf frei zugängliche und bezahlbare Gesundheitsversorgung. Patient*innen erfahren jedoch in Deutschland unterschiedlichste Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung. Oftmals bedingen sich diese Barrieren gegenseitig. Alle haben sie gemeinsam, dass sie eine adäquate medizinische Versorgung verhindern.

Auf die Frage „Haben Sie irgendwelche Hürden/Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung erlebt?“ gaben insgesamt 53 Patient*innen an, dass sie keine Barrieren erlebt hätten. Entweder hatten sie nicht versucht, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen (77,4 %; 41/53) und/oder sie hatten einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung (22,6 %; 12/53). 793 Patient*innen berichteten jedoch von Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung. Viele Menschen erleben mehrere Barrieren gleichzeitig, weshalb eine Mehrfachnennung möglich ist.

Versicherungsstatus

Der bezahlbare Zugang zum regulären Gesundheitssystem in Deutschland hängt in erster Linie vom Versicherungsstatus der jeweiligen Person ab (siehe Tabelle 1). In die Kategorie „kein Versicherungsschutz“ (68,2 %; 605/887) fallen deutsche Staatsangehörige ohne Krankenversicherung, Unionsbürger*innen, die weder in Deutschland noch in ihrem Heimatland eine Krankenversicherung haben, sowie Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, weil sie de facto keinen Zugang zu Kostenerstattung haben. In die Kategorie „eingeschränkter Versicherungsschutz“ (24,7 %; 219/887) fallen Menschen, die nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen haben, z. B. aufgrund von Beitragsschulden in der Krankenversicherung oder über das Asylbewerberleistungsgesetz. Lediglich 7,2 % unserer Patient*innen (64/887) gaben an, regulär gesetzlich oder privat versichert zu sein.

Tabelle 1: Versicherungsstatus

Kein Versicherungsschutz	68,2 % (605/887)
Eingeschränkter Versicherungsschutz	24,7 % (219/887)
Gesetzliche oder private Krankenversicherung	7,2 % (64/887)

Aufenthaltsrechtlicher Status

39,9 % (145/363) der Patient*innen aus Drittstaaten hatten keinen geregelten Aufenthaltsstatus. 38,6 % (56/145) derjenigen, die zu dem Thema Angaben machten, berichteten, ihren Bewegungsradius aus Angst vor Abschiebung oft oder sehr oft einzuschränken. Diese Zahl ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (Vorjahr: 18,4 % (53/288)).

Diese Entwicklung könnte eine mögliche Folge der Zugangsbeschränkungen und vermehrten Kontrollen von Ausweispapieren aufgrund der Coronapandemie sein.

Tabelle 2: Aufenthaltsrechtlicher Status der Drittstaatsangehörigen (Gesamtanzahl: 363):

ohne geregelten Aufenthaltsstatus	145 (39,9 %)
Visum	100 (27,5 %)
Asylantragsteller*innen	43 (11,8 %)
abgelehnter Asylantrag	21 (5,8 %)
anerkannter Flüchtlingsstatus	15 (4,1 %)

Insbesondere beim Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung erleben auch Asylsuchende und Menschen mit anerkanntem Flüchtlingsstatus erhebliche Barrieren – sei es aufgrund langer Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzt*innen, weil Sprachmittlungskosten nicht übernommen werden, oder aufgrund von Verzögerungen bei der Ausstellung der Versichertenkarte.

Angst vor hohen Kosten

Mehr als die Hälfte der Patient*innen (61,7 %; 519/841) sieht finanzielle Barrieren beim Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung. Für sie sind die Kosten von Behandlung, Medikation oder einer Versicherung zu teuer.

Bürokratie und fehlende Informationen

30,1 % (253/841) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem und/oder die eigenen Ansprüche zu wissen. Für 35,6 % (299/841) stellten administrative Probleme oder Schwierigkeiten mit dem Sozialamt/der Krankenkasse eine Barriere beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar.

Sprache

Nur 19,7 % (166/841) der Patient*innen gaben die Sprache als direkte Barriere an. Dennoch wurde bei 69,8 % (653/936) zum Zeitpunkt der Erstbefragung eine Sprachmittlung benötigt.

Verzicht auf medizinische Behandlung als Folge

53,9 % (439/967) der Befragten hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten darauf verzichtet, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

Obdachlosigkeit: Barriere und soziale Determinante von Gesundheit zugleich

Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen waren, gaben deutlich häufiger Barrieren an als die Befragten insgesamt:

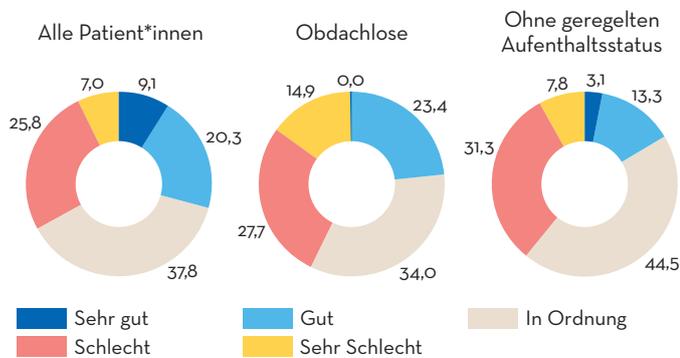
74,8 % (187/250) hatten keinen Versicherungsschutz. 51,6 % (129/250) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem zu wissen. Für 64,0 % (160/250) waren ein Arztbesuch, die Medikamente oder die Versicherung zu teuer. 35,6 % (89/250) gaben die Sprache als direkte Barriere an. 76,0 % (171/250) hatten in 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 32,8 % (183/558) an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (25,8 %; 144/558) oder „sehr schlecht“ (7,0 %; 39/558) empfanden. Grafik 1 zeigt: Obdachlose und Patient*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus schätzten ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein.

Grafik 1: Subjektiv empfundener Gesundheitszustand



Psychische Gesundheit

Eine stabile psychische Gesundheit ist wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität und soziale Teilhabe. Wenn die Versorgung auf diesem Gebiet nicht gewährleistet ist, kann das gravierende individuelle und gesellschaftliche Folgen nach sich ziehen.

38,3 % (137/358) der Patient*innen berichteten, dass sie sich innerhalb der letzten zwei Wochen an mehr als der Hälfte der Tage (20,7 %; 74/358) oder beinahe jeden Tag (17,6 %; 63/358) durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt gefühlt haben (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Psychische Gesundheit

Überhaupt nicht	27,4 % (98/358)
An einzelnen Tagen	34,4 % (123/358)
An mehr als der Hälfte der Tage	20,7 % (74/358)
Beinahe jeden Tag	17,6 % (63/358)

Medizinisch festgestellter Behandlungsbedarf/ Gesundheitszustand

2020 wurden insgesamt bei 1.512 Patient*innen in 3.970 Konsultationen 6.256 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 Schwangerschaftsüberwachung“ (22,6 %; 330/1459), „Herz-Kreislaufprobleme“ (8,6 %; 126/1459), „psychische und Verhaltensstörungen“ (8,3 %; 121/1459), „Muskel-skeletale Probleme“ (7,8 %; 113/1459) und „Symptome ohne erfassbare zugrundeliegende Erkrankung“ (7,7 %; 112/1459). In 56,3 % (508/903) der Fälle wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Die Auswirkungen chronischer Krankheiten auf das Leben der Betroffenen beleuchtet das folgende Kapitel (Seite 10 ff.).

Der Behandlungsbedarf wurde bei 5,7 % (55/936) aller Erstkonsultationen mit Diagnosestellung als dringend und/oder als Notfall eingestuft. Als dringend wird jede Situation bezeichnet, die sich zu einem Notfall entwickeln könnte, falls sie für 48 Stunden oder länger unbehandelt bleibt. Ein Notfall liegt vor, wenn ohne sofortige medizinische Behandlung Lebensgefahr besteht oder schwere bleibende Schäden zu befürchten sind.



Adrian P.*, 35 Jahre, aus Rumänien

Adrian P.*, 35, bezieht eine geringe Rente in seinem Herkunftsland Rumänien. Regelmäßig kommt er nach Deutschland, um hier Geld zu verdienen. Eine reguläre Stelle konnte er hier bisher nicht finden. Gelegentlich zeichnet er Bilder, um diese zu verkaufen. Während seiner Aufenthalte in München muss er in einer Notunterkunft übernachten. Adrian P. leidet an den Spätfolgen einer Kinderlähmung, hatte aber aus Kostengründen auf Arztbesuche verzichtet. Durch die coronabedingten Ausgangsbeschränkungen verschlechterte sich seine ökonomische Situation massiv. Zufällig beobachtete er einen mobilen Einsatz von open.med und kam daraufhin zum Behandlungsbus. Dank der Unterstützung des open.med-Teams ist Adrian P. mittlerweile über seine rumänische Rentenkasse krankenversichert und verfügt über eine Europäische Krankenversicherungskarte.

* Name wurde geändert.

Schwangere

Von den 362 Patientinnen, die 2020 eines der Projekte aufsuchten und bereit waren, ihre Daten zur Verfügung zu stellen, waren 13,5 % (49/362) schwanger. Die Schwangeren, die vorher noch keine Vorsorgeuntersuchung hatten, waren beim ersten Besuch im Durchschnitt in der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) bzw. zwischen der fünften und der 39. SSW. Das mediane Alter lag bei 26 Jahren. Die jüngste war 16 Jahre alt, die älteste 42 Jahre. Bei der Mehrheit (53,1 %; 26/49) der Schwangeren handelte es sich um EU-Bürgerinnen. 40,8 % (20/49) kamen aus Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union, 6,1 % (3/49) waren deutsche Staatsbürgerinnen. 23,9 % (11/46) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland.

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN UND SCHWIERIGE LEBENSBEDINGUNGEN

Chronische Krankheiten zählen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen weltweit. Sie reduzieren die Lebensqualität, haben durch ihren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhebliche ökonomische Folgen und sind Hauptursache für vorzeitige Sterblichkeit.

Insbesondere nicht-übertragbare, chronische Krankheiten werden erheblich von den Lebensbedingungen eines Menschen beeinflusst: von Einkommen und Bildung, von Wohnverhältnissen und Arbeitsbedingungen. Belegt ist beispielsweise, dass Wohnungs- und Obdachlosigkeit, ausbeuterische Arbeitsverhältnisse und Armut zu einer deutlich höheren Krankheitslast und einer höheren Sterblichkeit führen. Für eine verbesserte Gesundheit ist es daher von zentraler Bedeutung, nicht nur den Zugang zu medizinischer Versorgung zu betrachten, sondern auch die gesundheitsschädlichen Lebensbedingungen unserer Klient*innen.

56,3 % (508/903) aller Diagnosen waren bei Erstkonsultation chronischer Natur. Bluthochdruck zählte zu den am häufigsten diagnostizierten chronischen Erkrankungen (11,4 %; 58/508), gefolgt von Diabetes mellitus Typ 2 (5,9 %; 30/508), Stressreaktionen und Anpassungsstörungen (3,4 %; 17/508), Rückenschmerzen (2,8 %; 14/508), Depressionen (2,6 %; 13/508) und chronisch-ischämischen Herzkrankheiten (2,6 %; 13/508).

Prekäre Lebensbedingungen machen nicht nur krank, sie erschweren auch den Umgang mit einer chronischen Erkrankung. So sind für Medikation und Überwachung häufig ein geregelter Tagesablauf und feste Mahlzeiten nötig. 31,2 % (87/279) unserer chronisch kranken Patient*innen lebten zum Zeitpunkt der Erstkonsultation auf der Straße, wo beides kaum realisierbar ist.

**Dr. Marianne Stix,
ehrenamtliche Ärztin**

„Durch Armut, schlechte Wohnverhältnisse und damit fehlende Kochgelegenheiten ist bei unseren Patient*innen häufiger Diabetes mellitus mit all seinen Folgeerkrankungen zu beobachten. Da sich eine gesündere Ernährung nicht ohne Weiteres realisieren lässt, ist der Verlauf der Erkrankung oft mit Komplikationen verbunden und nur schwer von uns zu beeinflussen.“

Chronisch Kranke tragen zudem – wie während der Pandemie deutlich geworden ist – ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf bei Infektionskrankheiten. 57,3 % (160/279) unserer chronisch kranker Patient*innen lebten zum Zeitpunkt der Befragung in beengten Wohnverhältnissen – in Sammelunterkünften für Wohnungslose, bei Freund*innen oder Familie – und waren damit einer erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt.

**Dr. Angelika Reitenspieß,
ehrenamtliche Ärztin**

„Wir sehen bei unseren Einsätzen Krankheiten, die in allen gesellschaftlichen Schichten vorkommen. Das Fatale für unsere Patient*innen ist, dass ihre Heilungschancen viel schlechter sind. Denn sie haben entweder gar keine Wohnung oder leben in Sammelunterkünften, verfügen über wenig oder gar kein Geld, können sich nicht ausgewogen ernähren und haben weder ein soziales Netzwerk noch eine regelmäßige ärztliche Versorgung. Das alles trägt dazu bei, dass ihre Leiden viel größer und länger sind als bei weniger benachteiligten Menschen.“

Viele chronische Erkrankungen lassen sich durch kontinuierliche qualitative Gesundheitsversorgung in den Griff bekommen. Ist der Zugang dazu jedoch verwehrt, kann es zu einer stetigen Verschlechterung des Gesundheitszustands kommen, bis hin zu lebensbedrohlichen medizinischen Notfällen. Der Großteil unserer Patient*innen mit chronischer Erkrankung hatte keinen (74,4 %; 200/269) oder nur eingeschränkten (17,2 %; 46/269) Krankenversicherungsschutz. Lediglich 8,6 % (23/269) hatten zum Zeitpunkt der Erstkonsultation eine Krankenversicherung.

Ein Ärzte der Welt-Mitarbeiter berät einen Patienten während eines Einsatzes mit dem Behandlungsbus am Hauptbahnhof München.



HELP IN MOTIO



BETON



CHRONISCH KRANK WÄHREND EINER PANDEMIE



Eine Mitarbeiterin von Ärzten der Welt empfängt einen Patienten für eine medizinische Sprechstunde von open.med München.

Viele unserer Patient*innen sind chronisch krank und leben in prekären Verhältnissen. Kommt ein höheres Alter hinzu, macht das viele zu Covid-19-Risikopatient*innen. Ohne regulären Zugang zu Testungen und Impfungen, medizinischer Versorgung und einem sicheren Wohn- und Schlafplatz kann das lebensbedrohlich sein.

Dr. Marianne Stix,
ehrenamtliche Ärztin

„Der Lockdown und die dadurch bedingte Zunahme der sozialen Isolation unserer Klient*innen, hat die Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung nochmals erheblich verschärft und viele finden erst bei deutlich fortgeschrittener Erkrankung den Weg zu uns. Beispielsweise erinnere ich mich an eine Patientin, die sich erst vier Tage nach einem akuten Schlaganfall bei uns einfand.“

Besonders Gefährdete schützen

Während der Corona-Pandemie hat sich Ärzten der Welt in München für eine gesonderte Unterbringung besonders gefährdeter Patient*innen engagiert. Das open.med-Team identifizierte über 120 Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf und stellte den Betroffenen eine Bescheinigung aus. Mit dieser konnten sie aus den Sammelunterkünften für Wohnungslose in eine weniger dicht belegte Unterkunft mit einer geringeren Infektionsgefahr umziehen.

Gleichzeitig zeigen die Daten: Unsere Patient*innen haben keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung und sind deshalb auf Angebote wie open.med angewiesen. Als die Coronapandemie ausbrach, drohte selbst diese Versorgung abzureißen. Soziale Einrichtungen mussten ganz oder teilweise schließen. Ihre Klient*innen blieben plötzlich unterversorgt, der Druck auf die noch geöffneten Projekte erhöhte sich drastisch.

Sprechstunde durchs Fenster

Während die Anlaufstellen in Berlin und München fast durchgehend geöffnet bleiben konnten, musste open.med westend in Hamburg das Angebot pandemiebedingt vorübergehend anpassen. Um weiterhin für die Patient*innen da zu sein, führte das Team eine Sprechstunde über das Fenster ein. Über fünf Monate wurden die Patient*innen vom Fenster aus beraten, an andere Einrichtungen vermittelt oder mit Medikamenten und Rezepten versorgt.

In diesem Zeitraum wurden 116 Bestandspatient*innen und 90 neue Patient*innen in 300 Konsultationen behandelt.

Insgesamt wurden 353 medizinische Anliegen bei 204 Konsultationen dokumentiert. Die häufigsten Diagnosen waren Hypertonie (84/353), Diabetes mellitus Typ 2 (41/353), gastroösophageale Refluxkrankheit (20/353) und Rückenschmerzen (15/353).

Diese Erfahrung macht deutlich: Medizinische Versorgung darf nicht von ehrenamtlichen Strukturen und den Angeboten zivilgesellschaftlicher Organisationen abhängen. Gesundheitsversorgung im Regelsystem muss allen Menschen ohne Barrieren zugänglich sein.

Zu Beginn der Pandemie musste das Angebot der Anlaufstelle open.med westend in Hamburg vorübergehend angepasst werden. Patient*innen wurden über das Fenster beraten und versorgt. (Kooperationspartner und Träger: hoffnungsorte hamburg)

FAZIT: DIE FOLGEN MANGELHAFTER VERSORUNG

Pandemiebedingt konnten für diesen Bericht weniger Daten erhoben werden als in den Vorjahren. Dennoch sind die vorliegenden Daten aussagekräftig genug, um folgende Schlussfolgerungen zu ziehen:

Der Großteil unserer Patient*innen ist von der regulären Gesundheitsversorgung weitgehend ausgeschlossen. Fehlender Versicherungsschutz, ihr aufenthaltsrechtlicher Status sowie Sprachbarrieren oder die Angst vor hohen Behandlungskosten sind einige der Barrieren, die unsere Patient*innen daran hindern, ihr Recht auf medizinische Versorgung wahrzunehmen. Aufgrund der schwierigen Lebenssituation, in der sich die meisten unserer Patient*innen befinden, haben sie oftmals sogar einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung. 97,2 % der 2020 erstmalig in unseren Anlaufstellen vorstellig gewordenen Patient*innen lebten unterhalb der Armutsgrenze. 87,4 % waren wohnungs- oder obdachlos. Zahlreiche Studien haben den Zusammenhang zwischen Einkommen, Lebensumständen und Gesundheit belegt. Von Armut betroffene Menschen sind sowohl einem höheren Erkrankungsrisiko als auch einem frühzeitigeren Sterberisiko ausgesetzt.

Das ist ein massiver Verstoß gegen das Menschenrecht auf Gesundheit. Der UN-Sozialpakt beispielsweise schreibt fest, dass die unterzeichnenden Staaten die Gesundheit der dort lebenden Menschen vor Eingriffen schützen und für gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen sorgen müssen. Die Staaten haben sich zudem verpflichtet, den diskriminierungsfreien Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Menschen mit niedrigem Einkommen und in prekären Lebenssituationen haben auch ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen. In unseren Anlaufstellen lag in 56,3 % aller Diagnosen eine chronische Erkrankung vor. Chroniker*innen benötigen eine komplexe medizinische und soziale Betreuung, welche wegen der oben genannten Lebensbedingungen und systemisch bedingten Barrieren oftmals nicht gewährleistet ist. Chronisch Kranke gehören zudem zur Gruppe der Risikopatient*innen, die einen schweren Verlauf bei einer Corona-Infektion befürchten müssen.

Aber nicht nur auf die chronisch Erkrankten, sondern auf alle unsere Patient*innen hatte die Pandemie massive Auswirkungen: durch geschlossene Hilfsangebote, schwer einzuhaltende Hygiene- und Quarantäneregeln, mangelhaften Zugang zu Tests und Impfungen. Die Pandemie hat die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland sichtbar gemacht und zusätzlich verschärft. Politisches Handeln ist deshalb dringend geboten. Die Zugangshürden zum Gesundheitssystem müssen abgebaut, medizinische Versorgung muss für alle Menschen - unabhängig von ihrem sozialversicherungsrechtlichen Status - sichergestellt werden. Im Sinne des Infektionsschutzes und der Sorge um das Wohl aller kann es sich eine Gesellschaft nicht leisten, mehrere Hunderttausend Menschen unversorgt zu lassen. Zudem spart es Kosten, wenn durch Prävention und rechtzeitige Behandlung Notfälle und chronische Erkrankungen vermieden oder in ihrem Verlauf abgemildert werden können.



UNSERE POLITISCHEN FORDERUNGEN: WAS DIE BUNDESREGIERUNG JETZT TUN MUSS, UM DAS RECHT AUF GESUNDHEIT SICHERZUSTELLEN

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

Während der Coronapandemie wurde 2020 deutlich: Die medizinische Versorgung ganzer Bevölkerungsgruppen kann und darf nicht allein in den Händen Ehrenamtlicher liegen, sondern ist eine genuin staatliche Aufgabe.

Ärzte der Welt e. V. fordert von der Bundesregierung eine Strategie zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit für alle in Deutschland lebenden Menschen. Diese sollte folgende konkrete Maßnahmen beinhalten:

1. Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik

Die Gewährleistung des Rechts auf gesundheitsförderliche Lebensbedingungen erfordert eine Bewertung politischer Entscheidungen hinsichtlich ihrer Effekte auf die Gesundheit – insbesondere auf die Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Gesundheit zu fördern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und ein Querschnittsthema. Bei allen politischen Maßnahmen, ob im Bereich Arbeit oder 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.

2. Datenlage verbessern

Die aktuellen Erhebungsinstrumente zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und 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 oder in prekären Wohnsituationen leben und damit nicht von den Erhebungen im Rahmen des Zensus oder Mikrozensus erfasst werden. Auch die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit werden so nicht ausreichend erfasst. 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.

3. Gesetzliche Einschränkungen im Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland aufheben

Bundesgesetzliche Regelungen beschränken derzeit den Zugang zu Gesundheitsversorgung für verschiedene Bevölkerungsgruppen. Folgende Maßnahmen sind vom Gesetzgeber zu treffen:

- Die 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 schutzsuchende Menschen auf medizinisch notwendige Leistungen zum Teil keinen Anspruch haben.
- Den Leistungsausschluss für EU-Bürger*innen (SGB II §7, SGB XII §23) revidieren, da durch diese Gesetzesänderung hier lebende erwerbslose EU-Bürger*innen keinerlei Anspruch auf medizinische Versorgung haben – auch nicht im Notfall und auch nicht bei Geburten.
- Den Ausschluss von EU-Bürger*innen ohne materielles Freizügigkeitsrecht abschaffen (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 i. V. m. § 5 Abs. 11 SGB V).
- 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, die ihre Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht zahlen können, eine umfassende Gesundheitsversorgung bekommen.
- Anspruch auf bedarfsgerechte Sprachmittlung in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung gesetzlich festlegen und ausreichende Verfügbarkeit qualitativ hochwertiger Sprachmittlung sicherstellen.
- Den Zugang zu präventiver medizinischer Versorgung (Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) bei allen eingeschränkten Leistungen sicherstellen (z. B. bei Beitragsschulden, der Europäischen Versichertenkarte EHIC, im Notlagentarif).



Eine ehrenamtliche Ärztin und eine Mitarbeiterin von Ärzten der Welt dokumentieren eine Impfsprechstunde in München.

4. Diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung sicherstellen

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

Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für Menschen in prekären Lebenslagen müssen als Teil des Regelsystems – zum Beispiel über den öffentlichen Gesundheitsdienst – aufgebaut werden.

Bis strukturelle Maßnahmen umgesetzt werden, sind Beratungsstellen – sogenannte Clearingstellen – für Menschen ohne Krankenversicherung mit ausreichender finanzieller Ausstattung und in Kombination mit einem anonymisierten Behandlungsschein sinnvolle Übergangslösungen. In mehreren Bundesländern und Kommunen existieren sie bereits.

Wir appellieren an die neue Bundesregierung, diese für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit notwendigen Maßnahmen zügig umzusetzen.

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 verbesserte Datenlage zu Menschen ohne Krankenversicherung, die Verbesserung der Abrechnungsmöglichkeiten mit der EHIC-Karte und die Klarstellung, dass EU-Bürger*innen sich in einem anderen EU-Land unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus krankenversichern lassen können. Zu den Herausforderungen und politischen Forderungen auf europäischer Ebene veröffentlichen wir regelmäßig den European Observatory Report in englischer Sprache.

Weiterführende Literatur zum Thema finden Sie unter www.aerztederwelt.org/verzeichnis-GR2021



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 regelmäßig aktualisierten Fragebogen des *European Network to reduce vulnerabilities in health*, in dessen Rahmen seit 2006 mehrere European Observatory Reports veröffentlicht wurden. 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 Datenauswertung 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.

Aufgrund personeller und kapazitärer Herausforderungen während der Coronapandemie kam es 2020 zu Einschnitten in der Datenerhebung und Dokumentation, was teilweise zu geringen Fallzahlen sowie unvollständigen Datensätzen führte.

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) 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

© 2021 Ärzte der Welt
Vi.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 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

Janina Gach, Ärzte der Welt e. V.
Johanna Offe, Ärzte der Welt e. V.
Zitiervorschlag: Gach, J., Offe, J.,
(2021): *Ungesehen, ungeschützt,
unversichert in der Pandemie: Krank
und ohne Zugang zu Gesundheitsver-
sorgung in Deutschland. Ärzte der
Welt Gesundheitsreport*. München:
Ärzte der Welt e. V.

Datenanalyse

Dr. Günter Fröschl,
Wandini Lutchmun

Redaktion

Stephanie Steidl, Stephanie Kirchner,
Christiane Borup, Aélis Malherbe

Fachliche Mitwirkung

haupt- und ehrenamtliche Mitar-
beitende der Inlandsprojekte

Layout und Gestaltung

MediaCompany – Agentur für
Kommunikation GmbH

Stand: Oktober 2021

Bildrechte

Titelbild, S. 13: © Bente Stachowske;
S. 7, 11, 12, 15: © Ärzte der Welt

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: DE061203 0000 1004 333660

BIC: BYLADEM1001

