

# GESUNDHEITSREPORT 2024

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 eigenen Land und in 75 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 für Menschen ohne ausreichenden Zugang zu Gesundheitsversorgung ein. Im Rahmen des deutschen Inlandsprogramms bieten wir kostenlose medizinische, psychologische und psychiatrische Behandlungen. Daneben ermöglichen wir Patient\*innen individuelle Sozialberatungen und 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 Mitarbeitender.

## 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 stützen wir unsere Arbeit auf die Evidenz aus unseren Projekten und sind auf kommunaler und Bundesebene gut vernetzt.

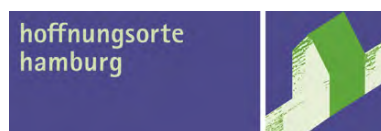
## Dank

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 das Institut 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** VORWORT
- 5** ZAHLEN AUF EINEN BLICK
- 6** POLITISCHE FORDERUNGEN
- 8** MEDIZINISCHE PROJEKTE
- 10** PATIENT\*INNEN
  - 13** EU-Bürger\*innen ohne Sozialleistungsanspruch
  - 14** Geflüchtete Menschen
  - 15** Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus
  - 16** Deutsche und ausländische Staatsangehörige mit Aufenthaltsrecht
- 17** IM FOKUS: OBdachlose Patient\*innen
- 19** (RE-)INTEGRATION DER PATIENT\*INNEN IN DAS REGULÄRE GESUNDHEITSSYSTEM
- 20** ZEITLICHE ENTWICKLUNGEN
- 22** FAZIT UND AUSBLICK
- 23** METHODIK

# INHALT

**Titelbild:**  
Beratung in der Anlaufstelle  
von open.med München.

Foto: © Ärzte der Welt

# VORWORT

## Liebe\*r Leser\*in,

in den Händen halten Sie unseren aktuellen Gesundheitsreport. Wir berichten darin über Patient\*innen, die im Jahr 2023 unsere Projekte in Berlin, Stuttgart, Hamburg und München aufgesucht haben. Was wir dort tun? Wir behandeln und beraten Menschen, die medizinisch versorgt werden müssen, aber entweder keine Krankenversicherung haben oder aus anderen Gründen nicht in eine reguläre Arztpraxis gehen können. Das Angebot ist für die Patient\*innen kostenlos, Ärzt\*innen behandeln ehrenamtlich und unsere hauptamtlichen Kolleg\*innen koordinieren die vielfältigen Sprechstundenangebote und unterstützen die Patient\*innen bei der Wiederaufnahme in das reguläre Gesundheitssystem.

Wie viele Menschen in Deutschland leben, bei denen das "Recht auf Gesundheit" bloße Makulatur oder teilweise stark eingeschränkt ist, dazu gibt es keine belastbaren Zahlen. Unser Gesundheitsreport soll ein Schlaglicht auf die Situation dieser Menschen werfen. Es ist nicht einfach, ein genaues Bild der Lebens- und Gesundheitssituation der Betroffenen zu zeichnen. Die meisten haben keine Meldeadresse, sind schwer für Befragungen erreichbar. Einige sprechen wenig Deutsch oder sind in aller Regel damit beschäftigt, irgendwie über die Runden zu kommen. Ich selbst arbeite seit vielen Jahren als Kinderarzt ehrenamtlich in unserer Münchner Anlaufstelle mit: Hautnah erlebe ich dort die Widrigkeiten, mit denen die kleinen Patient\*innen und ihre Eltern tagtäglich kämpfen müssen.

Ärzte der Welt e. V. ist eine humanitäre Hilfsorganisation mit dem Ziel, dass alle Menschen rechtzeitig und niedrigschwellig die benötigte medizinische Versorgung erhalten – ungeachtet davon, woher der Mensch kommt, was und ob er arbeitet und wohin er geht. Gewiss, beim Zugang zu Gesundheitsleistungen schneidet Deutschland im internationalen Vergleich deutlich besser als viele andere Länder ab. Das muss aber Ansporn bleiben, die verbliebenen blinden Flecken zu identifizieren und den Übersehenen die notwendige medizinische Unterstützung zuteilwerden zu lassen.

In diesem Sinne hoffen wir, dass der aktuelle Gesundheitsreport ein wenig Licht ins Dunkel bringt. Ich bedanke mich bei allen unseren ehrenamtlichen und hauptamtlichen Kolleg\*innen. Ihre Arbeit und Einblicke bilden die Grundlage dieses Reports.

### **Dr. Peter Schwick,**

Vorstandsvorsitzender  
Ärzte der Welt Deutschland

# ZAHLEN AUF EINEN BLICK

**2.197  
Menschen**

haben wir im Jahr 2023 in unseren  
medizinischen Anlaufstellen und  
Behandlungsbussen **versorgt**  
und **beraten**.

**1.014  
Menschen**

**kamen** im Jahr 2023 **erstmalig**  
in unsere Projekte in Berlin, Hamburg  
oder München und haben der Nutzung  
ihrer Daten für diesen Bericht zugestimmt.

**85 %**

der Neu-Patient\*innen waren  
**nicht krankenversichert.**

**11 %**

der Neu-Patient\*innen hatten einen  
**eingeschränkten**  
**Krankenversicherungsschutz.**

**18 %**

der Neu-Patient\*innen hatten  
**keinen geregelten**  
**Aufenthaltsstatus.**

**26 %**

der Neu-Patient\*innen  
waren **obdachlos.**

**165  
Patient\*innen**

konnten im Jahr 2023 **in das**  
**reguläre Gesundheitssystem**  
**integriert werden.**

# POLITISCHE FORDERUNGEN

Damit alle in Deutschland lebenden Menschen ihr **Recht auf Gesundheit** verwirklichen können, fordert Ärzte der Welt e. V. von der Bundesregierung eine **sektoren- und politikfeldübergreifende Gesamtstrategie**, die gesunde Lebensbedingungen und einen diskriminierungsfreien Zugang zu gesundheitlicher Versorgung sicherstellt. Hierbei müssen neben dem **Abbau von Zugangsbarrieren** auch **soziale Determinanten von Gesundheit** – also Wohn-, Arbeits- und Umweltbedingungen – noch stärker Berücksichtigung finden.

Konkret fordern wir, dass folgende Maßnahmen in die gesundheitspolitische Strategie einer neuen Bundesregierung aufgenommen werden:

## 1. 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 und partizipative Erhebungsinstrumente entwickelt werden, die auch Menschen ohne Meldeadresse miteinschließen.

## 2. Krankenversicherungssystem reformieren und gesetzliche Ausschlüsse abbauen

Deutschland hat sich in internationalen Verträgen verpflichtet, sicherzustellen, dass alle Menschen in Deutschland Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten haben, ohne dabei in finanzielle Nöte zu geraten. Einige sind jedoch gesetzlich von der Krankenversicherung und von Sozialleistungen ausgeschlossen. Die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung schafft weitere Komplexität und lässt Lücken entstehen. Es braucht daher eine **Reform des aktuellen Krankenversicherungssystems hin zu einer wirklich solidarischen gesetzlichen**

**Gesundheitsversicherung, die alle in Deutschland lebenden Menschen einschließt, bedarfsgerecht versorgt, Gesundheitsförderung und Prävention stärker in den Fokus nimmt und die durch alle nach ihren Möglichkeiten gerecht finanziert wird.**

Solange das bestehende System fortbesteht, empfehlen wir folgende gesetzliche Anpassungen:

- **Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes** und Integration aller geflüchteten Menschen von Beginn ihres Aufenthaltes an in die regulären Sozial- und Krankenversicherungssysteme, zumindest jedoch Abschaffung der Leistungseinschränkungen (§§ 4 und 6 AsylbLG) und Gewährung von Gesundheitsleistungen analog zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie bundesweit die **Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete:**

[www.aerztederwelt.org/buerokratie-abbauen](http://www.aerztederwelt.org/buerokratie-abbauen)



- **Änderung der Übermittlungspflicht**, damit Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ohne Angst vor Abschiebung gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen können. § 87 AufenthG und § 11 AsylbLG müssen entsprechend eingeschränkt werden:

[www.aerztederwelt.org/ohne-angst-zum-arzt](http://www.aerztederwelt.org/ohne-angst-zum-arzt)



- **Anpassung der Sozialgesetze**, sodass auch erwerbslose Migrant\*innen aus dem EU-Ausland, die weniger als fünf Jahre in Deutschland leben, nicht mehr von Leistungen (§ 7 SGB II, § 23 SGB XII) und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V) ausgeschlossen und damit von medizinischer Versorgung abgeschnitten sind

- Überarbeitung der gesetzlichen **Regelung zur Notfallversorgung im Krankenhaus** und ihrer Finanzierung auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (§ 6a AsylbLG, § 25 SGB XII), siehe dazu:  
[www.aerztderwelt.org/nothilfe-ohne-papiere](http://www.aerztderwelt.org/nothilfe-ohne-papiere)

- **Senkung von Beiträgen zur Krankenversicherung für Selbstständige** entsprechend dem tatsächlichen Einkommen oberhalb der Mini-jobgrenze
- **Schuldenschnitt von Beitragsschulden** bei Krankenkassen und Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss **leistbarer Ratenzahlungsvereinbarung** mit armutsbetroffenen Menschen. Es muss sichergestellt werden, dass niemand aufgrund von Beitragsschulden seinen Krankenversicherungsschutz vollständig verliert, siehe dazu:  
<https://tinyurl.com/beitragsschulden>

- **Verankerung eines gesetzlichen Anspruchs auf Sprachmittlung** im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung im Asylbewerberleistungsgesetz sowie im SGB I und SGB X – analog zum Anspruch auf Gebärdensprachdolmetschen für hör- und sprachbehinderte Menschen

### 3. Gesundheitsversorgung niedrigschwellig und lückenlos sicherstellen

Der allgemeine Zugang zu Gesundheitsversorgung muss niedrigschwelliger gestaltet werden; für alle in Deutschland lebenden Menschen, jedoch mit besonderer Dringlichkeit für marginalisierte und sozial benachteiligte Personengruppen. Dies kann durch den Auf- und Ausbau sowie konsequente Vernetzung von **niedrigschwelligen Primärversorgungsstrukturen** gelingen (zum Beispiel Gesundheitszentren nach dem Vorbild des Gesundheitskollektivs Berlin oder der Poliklinik Veddel in Hamburg, Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gesundheitskioske, Clearingstellen für Gesundheit, Anonyme Behandlungsscheine).

Unsere Empfehlungen hierzu:

[www.aerztderwelt.org/stellungnahme-gvsg](http://www.aerztderwelt.org/stellungnahme-gvsg)



[www.aerztderwelt.org/primaerversorgung-ausbauen](http://www.aerztderwelt.org/primaerversorgung-ausbauen)



Zudem muss eine **lückenlose medizinische Versorgung** sichergestellt werden, sowohl, wenn Menschen erstmalig Sozialleistungen beantragen, als auch beim Wechsel zwischen Kostenträgern, zum Beispiel bei Menschen, die nicht mehr erwerbsfähig sind und daher von Bürgergeld (SGB II) zu Sozialhilfe (SGB XII) wechseln. Zur Überbrückung von Bearbeitungszeiten in Ämtern und Krankenkassen müssen Übergangsbescheinigungen ausgestellt oder Fondslösungen gefunden werden.

### 4. Diskriminierung im Gesundheitswesen konsequent abbauen

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 auch medizinische Behandlung unter das AGG fällt.

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

**„Ob Menschen in Deutschland ihr Recht auf Gesundheit wahrnehmen können, ist zu einem großen Teil eine Frage politischer Entscheidungen. Auf Grundlage der Erfahrungen unserer Inlandsprojekte schlagen wir konkrete gesetzliche Maßnahmen vor.“**

Leitung der Advocacy

# MEDIZINISCHE PROJEKTE

Die medizinischen Projekte des Inlandsprogramms von Ärzten der Welt e. V. befinden sich in Berlin, Hamburg, Magdeburg, München und Stuttgart. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 2.197 Menschen behandelt und beraten sowie 7.110 Konsultationen durchgeführt. Die Anlaufstelle in Magdeburg wurde erst 2024 eröffnet und bei den Auswertungen für diesen Bericht nicht berücksichtigt. Im Folgenden werden die einzelnen Projekte kurz vorgestellt und wichtige Entwicklungen aus dem Jahr 2023 berichtet.

## Berlin

Nach intensiver Vorbereitung, Renovierung und Netzwerkarbeit wurde im Juni 2023 die medizinische Anlaufstelle von open.med Berlin im Bezirk Lichtenberg eröffnet. Das Team umfasst drei hauptamtliche Mitarbeiterinnen und rund 25 Ehrenamtliche. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 198 Patient\*innen behandelt und beraten. Die Patient\*innen kamen meistens aus Berlin, teilweise auch aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Die größten Patient\*innengruppen waren Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (33 %), Asylbewerber\*innen und abgelehnte Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung (28 %) sowie ausländische Staatsbürger\*innen mit Aufenthaltsrecht (24 %). Darüber hinaus wurden auch Deutsche (13 %) und EU-Bürger\*innen ohne Sozialleistungsanspruch (2 %) behandelt und beraten. Das häufigste Herkunftsland der Patient\*innen war Vietnam (23 %).

## Hamburg

Das westend open.med ist eine medizinische Anlaufstelle im Hamburger Stadtteil Wilhelmsburg. Ärzte der Welt betreibt sie in Kooperation mit dem Träger hoffnungsorte hamburg. Das Team umfasst zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen, einen Sozialarbeiter und rund 21 Ehrenamtliche. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 377 Patient\*innen behandelt und beraten. Bei den Neu-Patient\*innen handelte es sich vor

allem um EU-Bürger\*innen ohne Sozialleistungsanspruch (39 %), ausländische Staatsbürger\*innen mit Aufenthaltsrecht (33 %) und Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (21 %). Darüber hinaus wurden auch Asylbewerber\*innen und abgelehnte Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung (4 %) sowie deutsche Staatsangehörige (3 %) versorgt und beraten. Die drei häufigsten Herkunftsländer der Patient\*innen waren Bulgarien (39 %), Rumänien (9 %) und die Türkei (7 %). Im Jahr 2023 konnten 38 Patient\*innen in das reguläre Gesundheitssystem (re-)integriert werden. Mit dem neuen Sprechstundenangebot der Hebammen vom Haus für Geburt und Gesundheit, Hebammen Brown & Partnerinnen konnte die Begleitung (werdender) Mütter während der Schwangerschaft und in der ersten Zeit nach der Entbindung verbessert werden.

## Magdeburg

Die medizinische Anlaufstelle von open.med in Magdeburg eröffnete im November 2024 und konnte somit nicht in die Auswertungen dieses Berichts einbezogen werden. Die zwei hauptamtlichen Mitarbeiter\*innen konzentrierten sich bisher auf die Ausstattung der Anlaufstelle sowie auf den Netzwerkaufbau und die Öffentlichkeitsarbeit für die lokale Bekanntmachung des Projektes. Für dessen Umsetzung werden ehrenamtliche Mediziner\*innen und Medizinstudierende akquiriert, um eine kostenfreie medizinische Behandlung der Patient\*innen zu ermöglichen. Dabei erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit der ortsansässigen Clearingstelle Krankenversicherung, um Patient\*innen einen niedrigschwelligen Zugang zu zusätzlichen Sozialberatungen sowie den Empfang von Behandlungsscheinen zu ermöglichen. Neben einer wöchentlichen allgemeinmedizinischen Sprechstunde soll perspektivisch auch monatlich eine zahnärztliche Sprechstunde angeboten werden.



# ABLAUF DES PATIENT\*INNENKONTAKTS



## 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. Das Team besteht aus vier hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und rund 84 Ehrenamtlichen. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 974 Patient\*innen behandelt und beraten. Bei den Neu-Patient\*innen handelte es sich vor allem um EU-Bürger\*innen ohne Sozialleistungsanspruch (39 %) und ausländische Staatsbürger\*innen mit Aufenthaltsrecht (33 %). Darüber hinaus nahmen auch Deutsche (12 %), Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (12 %) sowie Asylbewerber\*innen und abgelehnte Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung (5 %) das Angebot in Anspruch. Die drei häufigsten Herkunftsländer waren Bulgarien und Rumänien mit jeweils 16 % und Vietnam mit 6 % der Patient\*innen. Im Jahr 2023 war besonders auffällig, dass die Sprechstunde für Kinder vermehrt in Anspruch genommen wurde und weiterhin Geflüchtete aus der Ukraine sowie afghanische Ortskräfte versorgt werden mussten, die eigentlich Anspruch auf medizinische Versorgung im Regelsystem haben. Insgesamt konnten 127 Patient\*innen in das reguläre Gesundheitssystem (re-)integriert werden.

## Stuttgart

Das Projekt MedMobil ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Ambulanten Hilfe e. V. und Ärzten der Welt. Das Team sucht in Stuttgart mit einem Behandlungsbus öffentliche Plätze und Einrichtungen auf, die häufig von wohnungslosen und von Armut betroffenen Menschen genutzt werden. Neben dem medizinischen Angebot werden auch Utensilien zum „safer use“ für drogengebrauchende Menschen verteilt, um Risiken im Rahmen des Konsums zu minimieren. Das Team besteht aus drei hauptamtlichen Sozialarbeitenden und rund 30 Ehrenamtlichen mit medizinischer Ausbildung. Im Jahr 2023 nahmen insgesamt 648 Menschen das Angebot in Anspruch. Mit 38 % kommt der größte Anteil der Patient\*innenschaft aus osteuropäischen EU-Staaten. 33 % hatten die deutsche Staatsbürgerschaft und 12 % kamen aus Staaten außerhalb der EU. Auffällig ist, dass die Hälfte aller Patient\*innen bei MedMobil eine aktive Krankenversicherung haben. Das zeigt, dass neben einem fehlenden Krankenversicherungsschutz auch allein die Lebenslage wohnungsloser und von Armut betroffener Menschen den Zugang zum regulären Gesundheitssystem verhindern kann. Stigma, Sprachbarrieren oder Diskriminierungen spielen hierbei eine große Rolle.

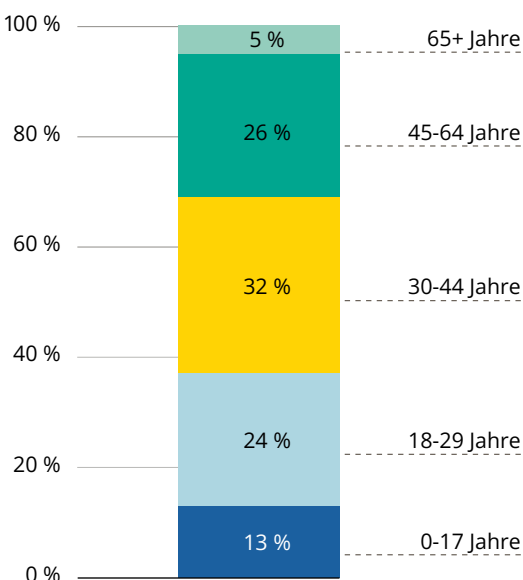
# PATIENT\*INNEN

Dieses Kapitel wirft ein Schlaglicht darauf, wer unser Angebot in Anspruch nimmt, warum diese Menschen keinen Zugang zu regulärer Gesundheitsversorgung haben und wie es ihnen gesundheitlich geht. Hierfür haben wir Daten von 1.014 Patient\*innen ausgewertet, die im Jahr 2023 erstmalig unsere Projekte in Berlin, Hamburg oder München aufgesucht und der Nutzung ihrer Daten für diesen Bericht zugestimmt haben. Die Daten der Patient\*innen aus Stuttgart konnten aus projektspezifischen Gründen nicht einbezogen werden.

## Geschlecht und Alter

Unser Angebot wurde von etwas mehr männlichen als weiblichen Patient\*innen in Anspruch genommen (56 % vs. 44 %). Das Alter der Patient\*innen lag zwischen 0 und 85 Jahren. Die meisten Patient\*innen (82 %) gehörten zur Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen (siehe Grafik 1). 13 % der Patient\*innen waren minderjährig, darunter 70 Kinder unter fünf Jahren.

**Grafik 1:** Patient\*innen nach Altersgruppen (n=1.012)



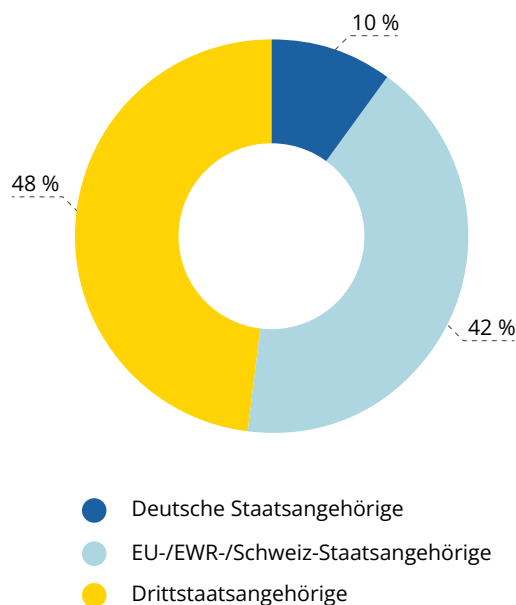
## Staatsangehörigkeit und Sprachmittlungsbedarf

Insgesamt 85 Staatsangehörigkeiten waren unter den Patient\*innen vertreten. Die meisten Patient\*innen (48 %) kamen aus Drittstaaten (siehe Grafik 2). Darunter waren Vietnam (17 %), Afghanistan (9 %) und die Ukraine (8 %) die häufigsten Herkunftsländer. Etwa vier von zehn (42 %) Patient\*innen waren Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedsländer beziehungsweise aus Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz. Darunter waren Bulgarien (43 %), Rumänien (27 %) und Polen (7 %) die häufigsten Herkunftsländer. Jede\*r zehnte Patient\*in (10 %) hatte die deutsche Staatsangehörigkeit. Eine Sprachmittlung war bei acht von zehn (78 %) Patient\*innen erforderlich.

## Aufenthaltsstatus

Sechs von zehn Patient\*innen (62 %) waren deutsche Staatsangehörige, EU-Bürger\*innen, die die Voraussetzungen der Freizügigkeit erfüllten oder Drittstaatsangehörige mit gültigem Aufenthaltstitel (siehe

**Grafik 2:** Patient\*innen nach Staatsangehörigkeit (n=1.013)



Grafik 3). 18 % der Patient\*innen waren Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, also Personen ohne gültigen Aufenthaltstitel, Aufenthaltsgestattung oder Duldung. 11 % der Patient\*innen waren EU-Bürger\*innen, die die Voraussetzungen der Freizügigkeit nicht erfüllten, meistens weil sie länger als drei Monate in Deutschland lebten und nicht regulär erwerbstätig waren. Bei 9 % der Patient\*innen handelte es sich um Asylbewerber\*innen und abgelehnte Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung.

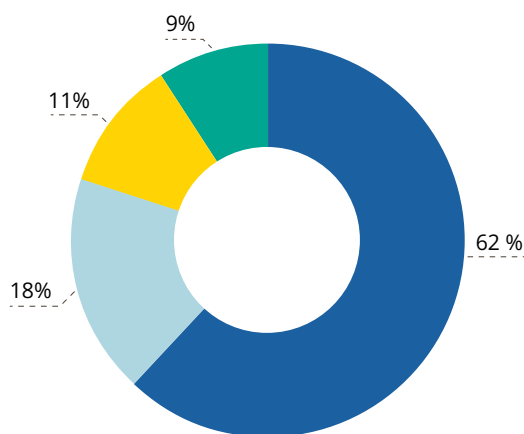
### Wohn- und Lebenssituation

Die meisten Patient\*innen (86 %) lebten in ungesicherten Wohnverhältnissen (siehe Grafik 4). Ein Viertel (26 %) der Patient\*innen war obdachlos, lebte also auf der Straße oder in Notunterkünften. 23 % 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, Angehörigen oder am Arbeitsplatz. Nur 14 % der Befragten gaben an, als Besitzer\*in oder Mieter\*in im eigenen Wohnraum zu leben.

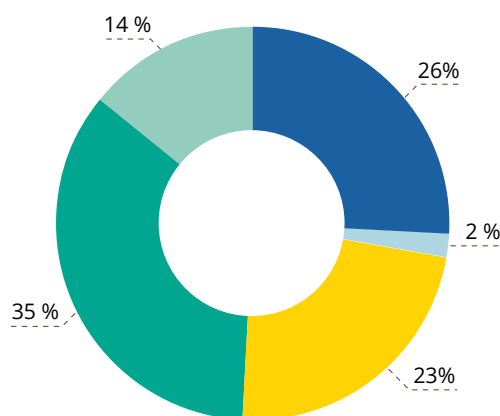
Ihren Lebensunterhalt bestritten die Patient\*innen am häufigsten durch Unterstützung von Angehörigen oder Freund\*innen (33 %), irreguläre Arbeiten (14 %), karitative Einrichtungen (10 %), Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (9 %), Flaschensammeln oder Betteln (8 %). Eine Rente, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe bezogen 7 % der Patient\*innen und 6 % lebten von Ersparnissen. Nur 6 % der Patient\*innen gaben an, hauptsächlich von Einkommen aus einer regulären Arbeit zu leben. Nahezu alle Patient\*innen (98 %) waren armutsgefährdet. Das heißt, dass ihnen pro Monat weniger als 60 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung in Deutschland zur Verfügung stand.

**Grafik 3:** Patient\*innen nach Aufenthaltsstatus (n=986)



- Deutsche und Ausländer\*innen mit Aufenthaltsstatus
- Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus
- EU-Bürger\*innen ohne Voraussetzungen der Freizügigkeit
- Asylbewerber\*innen und abgelehnte Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung

**Grafik 4:** Patient\*innen nach Wohnsituation (n=988)



- Auf der Straße oder in Notunterkünften
- Campieren oder Übernachten in leerstehenden Gebäuden
- Wohnungsloseneinrichtung, Asylbewerberheim etc.
- Bei Freund\*innen, Familie oder am Arbeitsplatz
- Besitz oder Miete eines eigenen Wohnraums

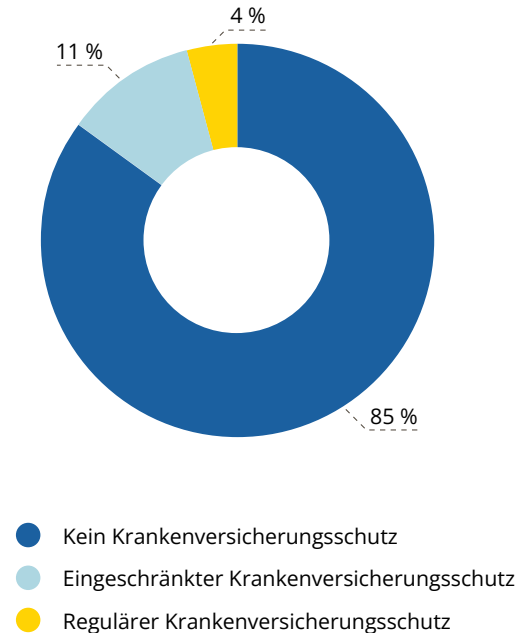
### Krankenversicherungsschutz

Die meisten Patient\*innen (85 %) waren nicht krankenversichert (siehe Grafik 5). Etwa jede\*r zehnte Patient\*in (11 %) hatte einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz. Hierzu gehörten vor allem Krankenversicherte mit Beitragsschulden und Personen, deren gesundheitliche Versorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt wurde. 4 % der Patient\*innen waren regulär krankenversichert und konnten aus anderen Gründen in keine reguläre Arztpraxis gehen.

**„Im Vergleich zu versicherten Patient\*innen in der Klinik, stelle ich bei Patient\*innen, die zu open.med kommen, häufiger Erkrankungen fest, die unzureichend versorgt oder nicht diagnostiziert wurden.“**

Ehrenamtliche Ärztin

**Grafik 5:** Patient\*innen nach Krankenversicherungsschutz (n=1.010)

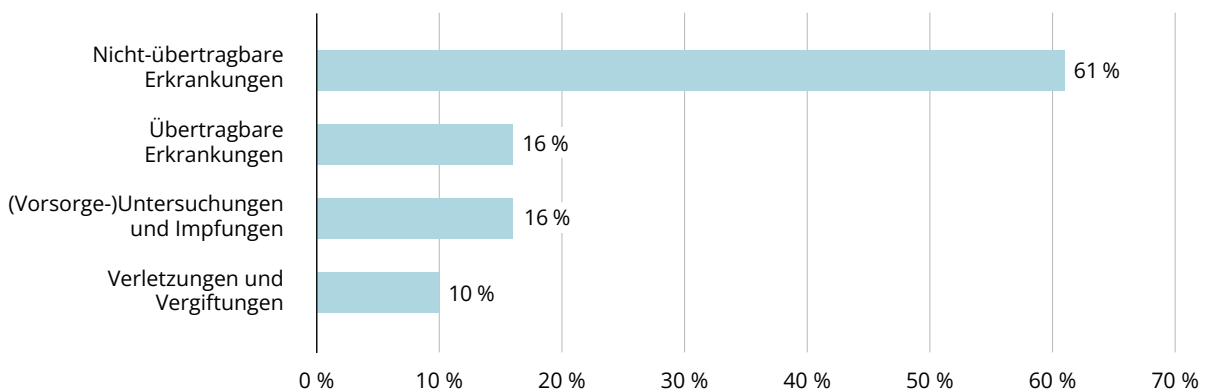


### Gesundheitliche Versorgungsbedarfe

Eine nicht-übertragbare Erkrankung wurde bei 61 % der Patient\*innen in der Erstvisite diagnostiziert (siehe Grafik 6). Am häufigsten waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (13 %), des Herz-Kreislauf-Systems (11 %), des Verdauungssystems (11 %), des Stoffwechselsystems (8 %) sowie psychische Erkrankungen (10 %). Übertragbare Erkrankungen wurden bei 16 % der Patient\*innen diagnostiziert.

Dabei handelte es sich meistens um akute Atemwegserkrankungen (8 %) und andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (7 %). Von Verletzungen oder Vergiftungen waren 10 % der Patient\*innen betroffen. 16 % der Patient\*innen kamen wegen (Vorsorge-) Untersuchungen oder Impfungen zu uns. Insgesamt waren 80 Frauen bei der Erstvisite schwanger. Im Durchschnitt kamen diese in der 16. Schwangerschaftswoche das erste Mal zu uns.

**Grafik 6:** Patient\*innen nach medizinischen Versorgungsbedarfen bei der Erstvisite (n=977; Mehrfachnennungen möglich)





## PATIENT\*INNEN

# EU-BÜRGER\*INNEN OHNE SOZIALLEISTUNGSANSPRUCH

Ein Drittel (32 %) der Patient\*innen waren EU-Bürger\*innen, die aufgrund der gesetzlichen Ausschlüsse aus der Sozial- und Krankenversicherung zumeist keine Möglichkeit hatten, sich in Deutschland krankenversichern zu lassen (siehe Infobox). Davon waren zwei Drittel (66 %) Personen, die sich seit weniger als drei Monaten in Deutschland aufhielten und ein Drittel (34 %) Personen, die länger als drei Monate in Deutschland lebten, aber die Voraussetzungen der Freizügigkeit nicht erfüllten. Die Voraussetzungen der Freizügigkeit sind nicht erfüllt, wenn eine Person länger als drei Monate, aber kürzer als fünf Jahre in Deutschland lebt, nicht erwerbstätig ist, keine Aussicht auf eine Erwerbstätigkeit hat und nicht für sich und ihre Familienangehörigen sorgen kann. Die häufigsten Herkunftsländer dieser Patient\*innengruppe waren Bulgarien (44 %), Rumänien (31 %), Polen (7 %) und Ungarn (5 %). 57 % der Patient\*innen waren männlich, 43 % weiblich. 10 % der Patient\*innen waren minderjährig, 3 % über 64 Jahre alt.

### Gesetzliche Ausschlüsse aus der Sozial- und Krankenversicherung

Erwerbslose EU-Bürger\*innen, die seit weniger als fünf Jahren in Deutschland leben, haben meistens keinen Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitssuchende (§ 7 SGB II) und Sozialhilfe (§ 23 SGB XII). Auch eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ist für sie ausgeschlossen (§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V).

### Wohn- und Lebenssituation

93 % der Patient\*innen lebten in ungesicherten Wohnverhältnissen, 58 % auf der Straße oder in Notunterkünften und 26 % bei Freund\*innen, Angehörigen oder am Ort ihrer informellen Arbeit. Ihren Lebensunterhalt bestritten die Patient\*innen am häufigsten durch Unterstützung von Angehörigen oder Freund\*innen (28 %), Flaschensammeln oder

Betteln (22 %), irreguläre Arbeiten (22 %) oder karitative Einrichtungen (12 %). Fast alle Patient\*innen (97 %) waren armutsgefährdet.

### Zugangsbarrieren zu gesundheitlicher Versorgung

91 % der Patient\*innen waren nicht krankenversichert, 7 % hatten einen eingeschränkten Versicherungsschutz und 2 % waren regulär krankenversichert. Die meisten Patient\*innen, die nicht krankenversichert waren, hatten keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und aufgrund der gesetzlichen Ausschlüsse aus der Sozial- und Krankenversicherung keine Möglichkeit, sich in Deutschland krankenversichern zu lassen. Der eingeschränkte Versicherungsschutz ergab sich zumeist durch Beitragsschulden oder eine Versicherung aus dem EU-Ausland, die mit einem reduzierten Leistungsumfang einherging. Die häufigsten Gründe, warum Patient\*innen mit einem eingeschränkten oder regulären Versicherungsschutz zu uns kamen, waren Unwissen über die Leistungsansprüche, abgelehnte oder nicht funktionierende Versichertenkarten, fehlende Facharzttermine und zu hohe Zuzahlungen.

### Gesundheitliche Versorgungsbedarfe

Eine nicht-übertragbare Erkrankung wurde bei 66 % der EU-Bürger\*innen, die zumeist keinen Anspruch auf Sozialleistungen hatten, in der Erstvisite diagnostiziert. Am häufigsten waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (17 %), des Verdauungssystems (12 %), des Herz-Kreislauf-Systems (11 %), des Stoffwechselsystems (11 %) und des Urogenitaltrakts (10 %). Übertragbare Erkrankungen wurden bei 18 % der Patient\*innen diagnostiziert. Dabei handelte es sich meistens um akute Atemwegserkrankungen (9 %) und andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (9 %). Von Verletzungen oder Vergiftung waren 12 % der Patient\*innen betroffen. 11 % der Patient\*innen kamen wegen (Vorsorge-)Untersuchungen oder Impfungen zu uns.

## PATIENT\*INNEN

# GEFLÜCHTETE MENSCHEN

Insgesamt 9 % der Patient\*innen waren Asylbewerber\*innen und abgelehnte Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung. Am häufigsten kamen diese aus Afghanistan (21 %), der Türkei (17 %), Moldawien (11 %) und Syrien (10 %). 54 % der Patient\*innen waren männlich, 46 % weiblich. 17 % der Patient\*innen waren minderjährig, 2 % über 64 Jahre alt.

### Wohn- und Lebenssituation

96 % der Patient\*innen lebten in ungesicherten Wohnverhältnissen, 82 % in Unterkünften für Asylsuchende und 11 % bei Freund\*innen oder Angehörigen. Ihren Lebensunterhalt bestritten die Patient\*innen in der Regel durch Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (74 %) oder Unterstützung von Angehörigen oder Freund\*innen (12 %). Alle Patient\*innen waren armutsgefährdet.

### Zugangsbarrieren zu gesundheitlicher Versorgung

Das Asylbewerberleistungsgesetz beziehungsweise dessen Umsetzung führen dazu, dass geflüchtete Menschen im regulären Gesundheitssystem häufig nicht die benötigte medizinische Versorgung bekommen. Das liegt zum einen daran, dass Geflüchtete im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten nur einen Anspruch auf eingeschränkte medizinische Leistungen

haben (siehe Infobox). Zum anderen daran, dass es lange dauern kann, bis die Geflüchteten einen Behandlungsschein oder eine elektronische Gesundheitskarte bekommen und damit in eine reguläre Arztpraxis gehen können.

### Gesundheitsversorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz

Laut Asylbewerberleistungsgesetz haben geflüchtete Menschen in den ersten 36 Monaten in Deutschland Anspruch auf eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Das heißt, dass in der Regel nur die Kosten für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt sowie bestimmte Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen erstattet werden. Um die medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen zu können, benötigen Geflüchtete einen Behandlungsschein oder eine elektronische Gesundheitskarte.

### Gesundheitliche Versorgungsbedarfe

Eine nicht-übertragbare Erkrankung wurde bei 56 % der Asylbewerber\*innen und abgelehnten Asylsuchenden mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung in der Erstvisite diagnostiziert. Am häufigsten waren psychische Erkrankungen (13 %) sowie Erkrankungen des Verdauungssystems (9 %), des Muskel-Skelett-Systems (8 %), des Herz-Kreislauf-Systems (7 %) und des Stoffwechselsystems (7 %). Übertragbare Erkrankungen wurden bei 21 % der Patient\*innen diagnostiziert. Dabei handelte es sich meistens um akute Atemwegserkrankungen (8 %) und andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (13 %). Von Verletzungen oder Vergiftungen waren 13 % der Patient\*innen betroffen. 9 % der Patient\*innen kamen wegen (Vorsorge-)Untersuchungen oder Impfungen zu uns.

**„Wir sehen regelmäßig Patient\*innen aus Erstaufnahmeeinrichtungen, die noch keinen Nachweis der Kostenübernahme bekommen haben und somit keine reguläre Arztpraxis aufsuchen können.“**

open.med-Projektleitung

## PATIENT\*INNEN

# MENSCHEN OHNE GEREGLTEN AUFENTHALTSSTATUS

Fast jede\*r fünfte Patient\*in (18 %) hatte keinen geregelten Aufenthaltsstatus, lebte also ohne Aufenthaltstitel, Aufenthaltsgestattung oder Duldung in Deutschland. Am häufigsten kamen diese Patient\*innen aus Vietnam (37 %), der Türkei (6 %) sowie aus afrikanischen Ländern (27 %) und Ländern des westlichen Balkans (11 %). 56 % der Patient\*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus waren männlich, 44 % weiblich. 6 % der Patient\*innen waren minderjährig, 4 % über 64 Jahre alt.

### Wohn- und Lebenssituation

95 % der Patient\*innen lebten in ungesicherten Wohnverhältnissen, 77 % bei Freund\*innen, Angehörigen oder am Arbeitsplatz. Ihren Lebensunterhalt bestritten die Patient\*innen am häufigsten durch Unterstützung von Angehörigen oder Freund\*innen (49 %) und irreguläre Arbeiten (26 %). Fast alle Patient\*innen (99 %) waren armutsgefährdet.

### Zugangsbarrieren zu gesundheitlicher Versorgung

Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus haben laut Asylbewerberleistungsgesetz in den ersten 36 Monaten in Deutschland Anspruch auf eine eingeschränkte medizinische Versorgung. Aufgrund der gesetzlichen Übermittlungspflicht (§ 87 AufenthG, § 11 AsylbLG) wird dieser in der Regel aber nicht geltend gemacht (siehe Infobox).

### Gesetzliche Übermittlungspflicht

In Deutschland sind Behörden verpflichtet, Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus an die Ausländerbehörde zu melden. Wenn diese beim Sozialamt die Kostenübernahme für eine medizinische Behandlung beantragen, riskieren sie somit die Abschiebung. Dies führt dazu, dass benötigte medizinische Versorgung häufig nicht in Anspruch genommen wird.

### Gesundheitliche Versorgungsbedarfe

Eine nicht-übertragbare Erkrankung wurde bei 61 % der Patient\*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus in der Erstvisite diagnostiziert. Am häufigsten waren psychische Erkrankungen (10 %) sowie Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (11 %), des Verdauungssystems (10 %), des Herz-Kreislauf-Systems (8 %), des Urogenitaltrakts (8 %) und des Auges (8 %). Übertragbare Erkrankungen wurden bei 13 % der Patient\*innen diagnostiziert. Dabei handelte es sich zumeist um Atemwegserkrankungen (8 %) und andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (4 %). Von Verletzungen oder Vergiftung waren 9 % der Patient\*innen betroffen. 17 % der Patient\*innen kamen wegen (Vorsorge-)Untersuchungen oder Impfungen zu uns.



^ Versorgung im Behandlungsbus von [open.med München](https://www.open.med.muenchen.de/).

Foto: © Ärzte der Welt



### Luan, 1 Jahr, unregelmäßiger Aufenthaltsstatus

Die Eltern von Luan kamen in unsere Kindersprechstunde, weil er für den Kita-Besuch eine Masern-Impfung brauchte. Aufgrund des unregelmäßigen Aufenthaltsstatus der Familie, konnten sie keine reguläre Arztpraxis aufsuchen. Unsere Ärzt\*innen haben Luan die Masern-Impfung verabreicht und weitere medizinische Hilfe angeboten, sollte diese benötigt werden.

## PATIENT\*INNEN

# DEUTSCHE UND AUSLÄNDISCHE STAATSANGEHÖRIGE MIT AUFENTHALTSRECHT

Vier von zehn Patient\*innen (41 %) hatten keine aufenthaltsrechtliche Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung. Darunter waren 24 % deutsche Staatsangehörige, 25 % EU-Bürger\*innen, die seit mehr als drei Monaten in Deutschland lebten und die Voraussetzungen der Freizügigkeit erfüllten, sowie 51 % Drittstaatsangehörige mit gültigem Aufenthaltstitel. 57 % der Patient\*innen waren männlich, 43 % weiblich. 17 % der Patient\*innen waren minderjährig, 9 % über 64 Jahre alt.

### Wohn- und Lebenssituation

75 % der Patient\*innen lebten in ungesicherten Wohnverhältnissen, 30 % bei Freund\*innen, Angehörigen oder am Arbeitsplatz, 28 % in temporären Unterkünften (zum Beispiel für Wohnungslose) und 16 % auf der Straße oder in Notunterkünften. Ein Drittel (35 %) der Patient\*innen lebte hauptsächlich von der Unterstützung durch Angehörige oder Freunde, 13 % von einer Rente, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe, 12 % von karitativen Einrichtungen und 10 % von Ersparnissen. Fast alle Patient\*innen (97 %) waren armutsgefährdet.

### Zugangsbarrieren zu gesundheitlicher Versorgung

Drei Viertel (76 %) der Patient\*innen waren nicht krankenversichert, 16 % hatten einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz und 8 % waren regulär krankenversichert. Am häufigsten hatten die Patient\*innen keinen Krankenversicherungsschutz, weil sie nicht sozialversicherungspflichtig erwerbstätig waren, sie weder Bürgergeld noch Sozialhilfe bezogen und sie sich eine freiwillige Krankenversicherung nicht leisten konnten. Der eingeschränkte Versicherungsschutz ergab sich zumeist durch Beitragsschulden oder Versicherungen mit einem reduzierten Leistungsumfang. Hierzu gehörten Versicherungen aus dem Ausland, Reise- und Auslandsversicherun-

gen sowie private studentische Versicherungen. Die häufigsten Gründe, warum Patient\*innen mit einem eingeschränkten oder regulären Versicherungsschutz zu uns kamen, waren Unwissen über die Leistungsansprüche, abgelehnte oder nicht funktionierende Versichertenkarten, fehlende Facharzttermine oder zu hohe Zuzahlungen.

### Gesundheitliche Versorgungsbedarfe

Eine nicht-übertragbare Erkrankung wurde bei 58 % der Patient\*innen ohne aufenthaltsrechtliche Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung in der Erstvisite diagnostiziert. Am häufigsten waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (12 %), des Herzkreislauf-Systems (12 %), des Verdauungssystems (11 %), des Stoffwechselsystems (8 %) sowie psychische Erkrankungen (12 %). Übertragbare Erkrankungen wurden bei 14 % der Patient\*innen diagnostiziert. Dabei handelte es sich meistens um akute Atemwegserkrankungen (8 %) und andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (6 %). Von Verletzungen oder Vergiftung waren 9 % der Patient\*innen betroffen. 22 % der Patient\*innen kamen wegen (Vorsorge-) Untersuchungen und Impfungen zu uns.

**„Ihr habt mein Leben gerettet“**



**Herr M., 52 Jahre, Beitragsschulden**

Herr M. kam in unsere Anlaufstelle, weil er starke Atemnot hatte. Aufgrund von Beitragsschulden bei der Krankenkasse, hat er keine reguläre Arztpraxis aufgesucht. Unsere Ärzt\*innen haben bei Herrn M. kritische Blutwerte festgestellt und ihn als Notfall in ein Krankenhaus eingewiesen. Im Anschluss wurde er weiter bei uns behandelt, bis er wieder regulär krankenversichert werden konnte.



# IM FOKUS: OBDACHLOSE PATIENT\*INNEN

Zahlreiche unserer Patient\*innen sind obdachlos, leben also auf der Straße oder in Notunterkünften. Das Leben auf der Straße geht mit Risiken einher, die die Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen können. Hierzu gehören Umwelteinflüsse wie Sonnenstrahlung, Hitze, Kälte, Nässe und Wind sowie eingeschränkte Möglichkeiten zur Körperhygiene und fehlende sichere Räume. Auch psychosozialer Stress, fehlender erholsamer Schlaf, eine unausgewogene Ernährung sowie regelmäßiger Alkohol- und Substanzkonsum wirken sich häufig negativ auf die Gesundheit der Obdachlosen aus.

Im Jahr 2023 war ein Viertel (26 %) der Neu-Patient\*innen obdachlos. Davon waren 81 % Staatsangehörige anderer EU-Mitgliedsländer beziehungsweise aus Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz. 13 % der Patient\*innen waren Drittstaatsangehörige und 6 % deutsche Staatsbürger\*innen. Das Alter der Patient\*innen lag zwischen 3 und 78 Jahren. Obdachlose Patient\*innen waren deutlich häufiger männlich als weiblich (76 % vs. 24 %).

## Zugangsbarrieren zu gesundheitlicher Versorgung

Fast alle obdachlosen Patient\*innen (94 %) hatten keinen Krankenversicherungsschutz. Bei den meisten obdachlosen Patient\*innen (70 %) handelte es sich um EU-Bürger\*innen, die zumeist von den Ausschlüssen aus der Sozial- und Krankenversicherung betroffen waren und somit keine Möglichkeit hatten, sich in Deutschland krankenversichern zu lassen. Darüber hinaus stellte bei obdachlosen Patient\*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus (5 %) die gesetzliche Übermittlungspflicht eine zentrale Barriere im Zu-

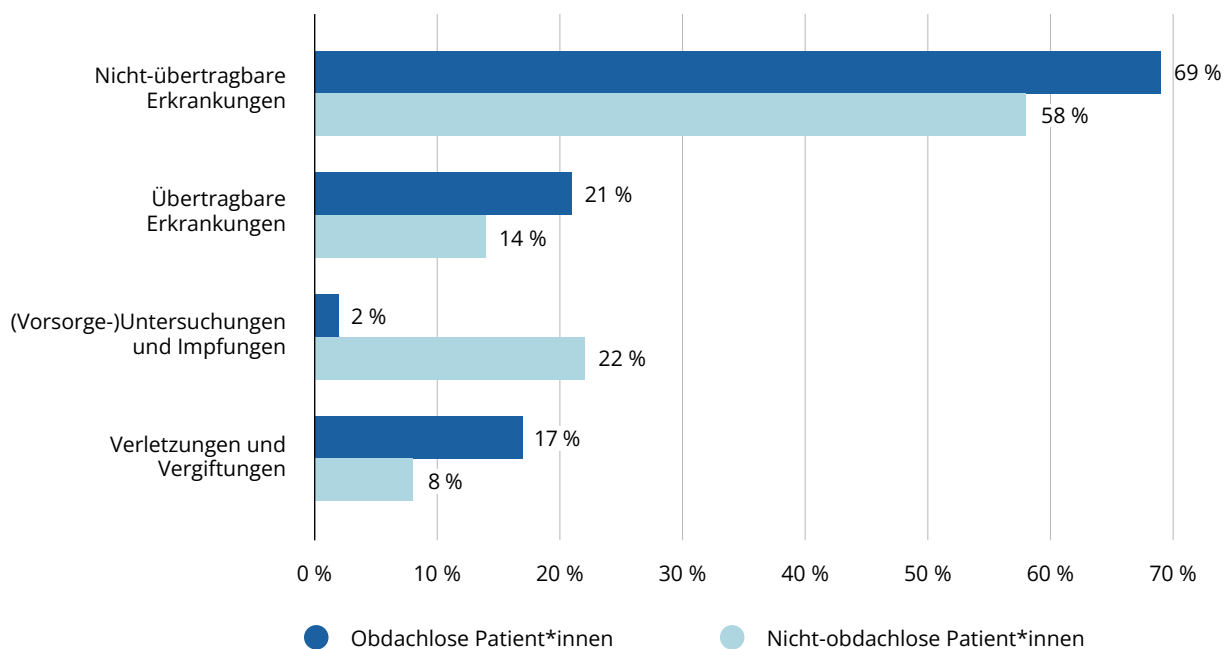
gang zu regulärer Gesundheitsversorgung dar. Die obdachlosen Patient\*innen, die regulär oder eingeschränkt krankenversichert waren, kamen meistens zu uns, weil sie ihren Versichertenstatus oder ihre Leistungsansprüche nicht kannten.

## Gesundheitliche Versorgungsbedarfe

Eine nicht-übertragbare Erkrankung wurde bei 69 % der obdachlosen Patient\*innen in der Erstvisite diagnostiziert. Am häufigsten waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (18 %), des Verdauungssystems (14 %), des Herz-Kreislauf-Systems (12 %), der Haut (12 %) sowie psychische Erkrankungen (11 %). Übertragbare Erkrankungen wurden bei 21 % der Patient\*innen diagnostiziert. Dabei handelte es sich meistens um akute Atemwegserkrankungen (11 %) und andere infektiöse oder parasitäre Erkrankungen (9 %). Von Verletzungen oder Vergiftung waren 17 % der Patient\*innen betroffen. Wegen (Vorsorge-) Untersuchungen und Impfungen kamen obdachlose Patient\*innen nur selten zu uns (2 %).

Im Vergleich zu nicht-obdachlosen Patient\*innen wurden bei obdachlosen Patient\*innen in der Erstvisite häufiger nicht-übertragbare und übertragbare Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen diagnostiziert (siehe Grafik 7). Allgemeine (Vorsorge-) Untersuchungen und Impfungen waren hingegen seltener als bei nicht-obdachlosen Patient\*innen. Außer bei den nicht-übertragbaren Erkrankungen zeigen sich die beobachteten Unterschiede auch unter Berücksichtigung des Alters und des Geschlechts der Patient\*innen.

**Grafik 7:** Obdachlose und nicht-obdachlose Patient\*innen nach medizinischen Versorgungsbedarfen bei der Erstvisite (n=954; Mehrfachnennungen möglich)



#### ▼ Behandlungsbus im Einsatz vor dem Hauptbahnhof München

Foto: © Sedik Ari



# (RE-)INTEGRATION DER PATIENT\*INNEN IN DAS REGULÄRE GESUNDHEITSSYSTEM

Das langfristige Ziel unserer Projekte ist es, die Patient\*innen in das reguläre Gesundheitssystem zu (re-) integrieren. Im Rahmen von Sozialberatungen identifizieren unsere Mitarbeitenden die Barrieren, die dazu führen, dass die Patient\*innen keine reguläre Arztpraxis aufsuchen können und unterstützen sie dabei, diese zu überwinden. Zunächst wird versucht, herauszufinden, ob die Patient\*innen bereits krankenversichert sind oder krankenversichert werden können.

Wenn die Patient\*innen keinen Krankenversicherungsschutz haben, identifizieren unsere Mitarbeitenden bestehende Möglichkeiten der Krankenversicherung beziehungsweise der Übernahme von Behandlungskosten und helfen den Patient\*innen dabei, diese wahrzunehmen. Hierfür ist vor allem Unterstützung bei der Kommunikation mit den Behörden und Krankenversicherungen sowie Hilfe bei der Zusammenstellung der benötigten Unterlagen erforderlich. Die notwendigen Prozesse zur (Re-)Integration der Patient\*innen in das reguläre Gesundheitssystem sind in der Regel komplex, können bis zu mehrere Monate dauern und sind für die Hilfesuchenden ohne Unterstützung nur selten umsetzbar.

Bei krankenversicherten Patient\*innen gilt es zu klären, warum sie trotz des bestehenden Versicherungsschutzes keine reguläre Arztpraxis aufgesucht haben. Die häufigsten Gründe hierfür sind Unwissen über den Versicherungsstatus oder die Leistungsansprüche, noch nicht ausgestellte oder verlorene Versicherungsnachweise und benötigte Gesundheitsleistungen, die zum Beispiel aufgrund von Beitragsschulden nicht übernommen werden. Unsere Mitarbeitenden klären die Patient\*innen über ihren Versicherungsstatus beziehungsweise über ihre Leistungsansprüche auf und helfen ihnen dabei, einen Versicherungsnachweis zu bekommen und Beitragsschulden zu reduzieren, sodass sie wegen ihrer gesundheitlichen Anliegen wieder in eine reguläre Arztpraxis gehen können.

Wenn Unterstützungsbedarfe aus Kapazitätsgründen nicht abgedeckt werden können, verweisen unsere Mitarbeitenden die Hilfesuchenden an Institutionen, die entsprechende Unterstützung leisten und somit bei der (Re-)Integration der Patient\*innen in das reguläre Gesundheitssystem helfen können. Hierzu gehören vor allem Clearingstellen (siehe Infobox) und Institutionen, die Unterstützung bei psychosozialen, Aufenthaltsrechtlichen und sozialen Themen anbieten.

## Clearingstellen

Clearingstellen unterstützen Menschen ohne Krankenversicherungsschutz bei der (Re-)Integration in das reguläre Gesundheitssystem. Teilweise können sie auch Kosten für die gesundheitliche Versorgung der Betroffenen übernehmen. Ein flächendeckendes Angebot an Clearingstellen gibt es in Deutschland bisher nicht ([www.anonymer-behandlungsschein.de](http://www.anonymer-behandlungsschein.de)).

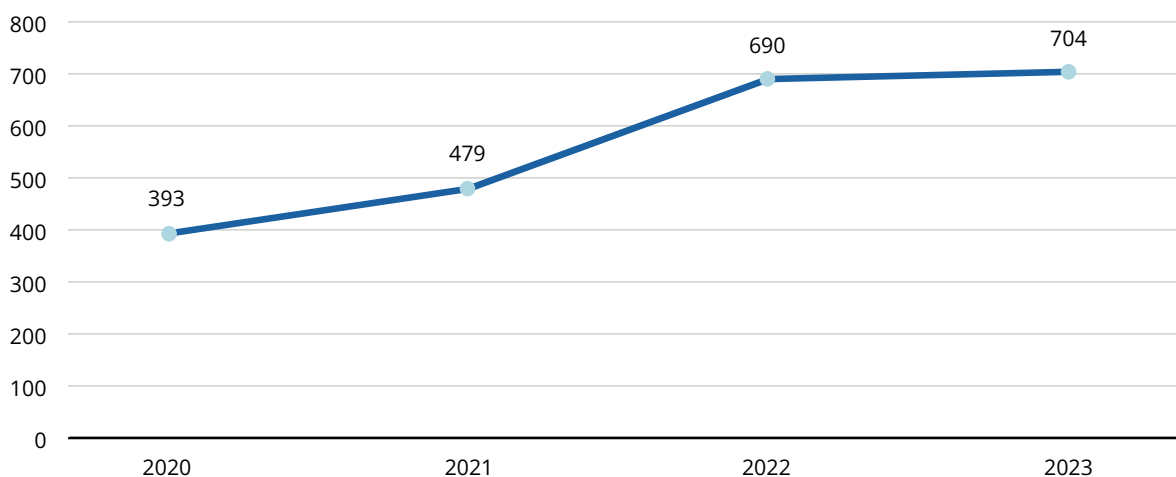
Im Jahr 2023 wurden in unseren Projekten in Berlin, Hamburg und München insgesamt 312 Patient\*innen in 556 Sozialberatungen unterstützt. Bei 165 Patient\*innen konnte eine (Re-)Integration in das reguläre Gesundheitssystem dokumentiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Sozialberatungen der (re-)integrierten Patient\*innen teilweise in den Vorjahren erfolgten und nicht für alle Patient\*innen aktuelle Informationen zum Versicherungsstatus vorlagen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass eine (Re-)Integration in das reguläre Gesundheitssystem bei einigen Patient\*innen aufgrund der gesetzlichen Ausschlüsse aus der Sozial- und Krankenversicherung nicht möglich ist.

# ZEITLICHE ENTWICKLUNGEN

Die Daten unserer Patient\*innen liefern Hinweise auf zeitliche Entwicklungen hinsichtlich der Bevölkerungsgruppen, die keinen Zugang zum regulärem Gesundheitssystem haben. Dies ermöglicht, Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen, Ansatzpunkte für politische Maßnahmen zu identifizieren und deren Wirkung zu messen. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Zeitraum 2020 bis 2023 berichtet. Die Daten für die Auswertung stammen aus den Projekten in Hamburg und München, da nur für diese Standorte aussagekräftige Jahresvergleiche möglich sind. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Sprechstundenangebote im berichteten Zeitraum teilweise angepasst wurden, zum Beispiel während der COVID-19-Pandemie.

Die Anzahl der Patient\*innen **ohne Krankenversicherungsschutz**, ist in den vergangenen Jahren gestiegen (siehe Grafik 8). Die **Krankenversicherungspflicht** führt also nicht dazu, dass alle in Deutschland lebenden Menschen krankenversichert sind. Bei den Patient\*innen ohne Krankenversicherungsschutz handelte es sich vor allem um EU-Bürger\*innen, die keinen Anspruch auf Sozialleistungen hatten. Dies lässt vermuten, dass die **gesetzlichen Ausschlüsse aus der Sozial- und Krankenversicherung** einen fehlenden Krankenversicherungsschutz begünstigen. Des Weiteren gehörten auch häufig Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zu den Patient\*innen. Die **gesetzliche Übermittlungspflicht** führt also dazu, dass Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus benötigte gesundheitliche Leistungen nicht in Anspruch nehmen.

**Grafik 8:** Anzahl der Neu-Patient\*innen ohne Krankenversicherungsschutz im zeitlichen Verlauf.



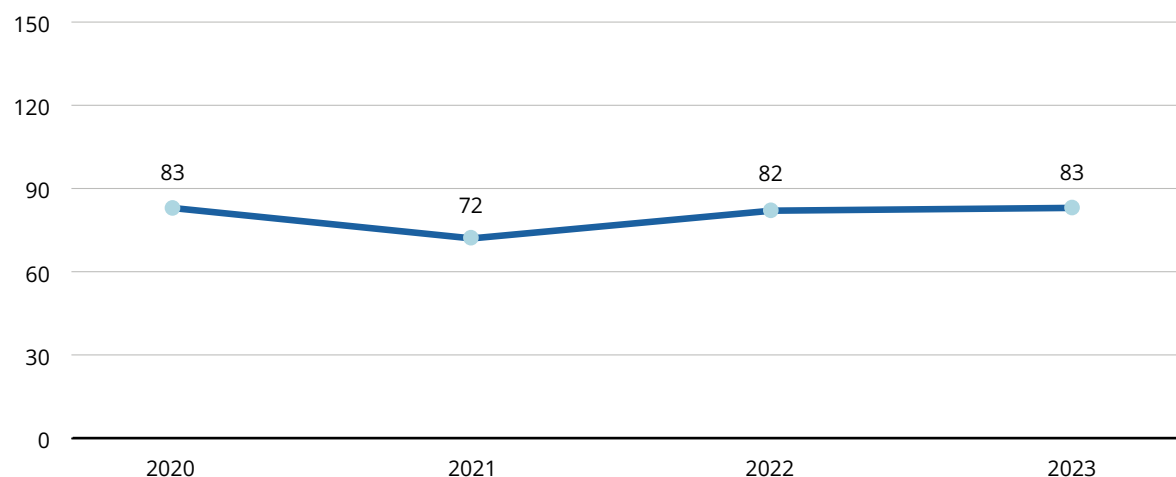


Die Anzahl der Patient\*innen mit **eingeschränktem Krankenversicherungsschutz**, ist in den vergangenen Jahren relativ konstant geblieben (siehe Grafik 9). Um den Betroffenen die benötigte gesundheitliche Versorgung im Regelsystem zu ermöglichen, bedarf es neben **informativen und unterstützenden Maßnahmen** vor allem einer **Vereinfachung bürokratischer Prozesse**. Dies gilt insbesondere für Geflüchtete, die aufgrund bürokratischer Prozesse und fehlender Informationen, benötigte gesundheitliche Versorgung häufig nicht in Anspruch nehmen können. Des Weiteren sind **Angebote der Kostenübernahme** für Menschen erforderlich, deren Krankenversicherung

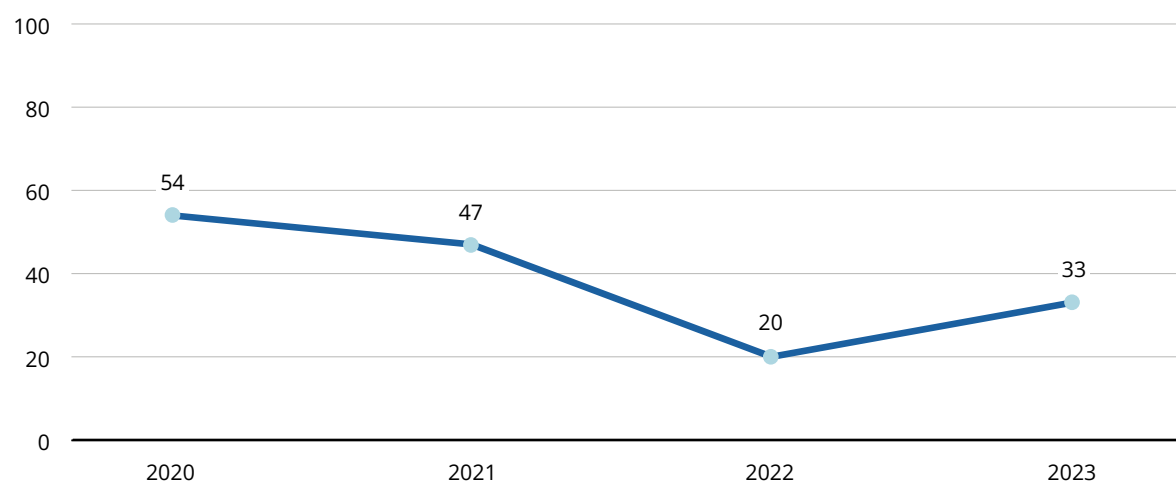
die benötigten Leistungen nicht erstattet oder die sich die Zuzahlungen nicht leisten können.

Die Anzahl der Patient\*innen mit **regulärem Krankenversicherungsschutz** ist in den vergangenen Jahren leicht gesunken (siehe Grafik 10). Nach wie vor gehört diese Bevölkerungsgruppe aber regelmäßig zu unseren Patient\*innen. Neben **informativen und unterstützenden Maßnahmen** sind vor allem **niedrigschwellige Versorgungsangebote** nötig, um diesen Menschen eine reguläre Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

**Grafik 9:** Anzahl der Neu-Patient\*innen mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz im zeitlichen Verlauf.



**Grafik 10:** Anzahl der Neu-Patient\*innen mit regulären Krankenversicherungsschutz im zeitlichen Verlauf.



# FAZIT UND AUSBLICK

- Wie im Jahr zuvor haben wir mehr als 2.000 Menschen in unseren Hilfsangeboten erreicht, von denen 85 % keine Krankenversicherung hatten.
- Bürokratische Hürden, Stigmatisierung und Sprachbarrieren führen dazu, dass Menschen ihren de *jure* bestehenden – vielfach eingeschränkten – Versorgungsanspruch nicht wahrnehmen, wie beispielsweise Geflüchtete aus der Ukraine.
- Es gibt in Deutschland nach wie vor eine signifikante Anzahl von Personen, die zeitweise oder dauerhaft keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung haben.

Auch 2023 waren die Sprechstunden in unseren Projekten in Hamburg, München, Stuttgart und Berlin voll. In keinem Projekt konnten wir – mit Ausnahme saisonaler Schwankungen – einen Rückgang der Nachfrage registrieren. Es sind einerseits unsere limitierten Ressourcen, welche den Ausbau des Sprechstundenangebots verhindern. Andererseits können nur öffentlich finanzierte Strukturen eine flächendeckende und ausreichende Versorgung von jenen Menschen gewährleisten, die nach wie vor im regulären Gesundheitssystem übersehen werden.

Insofern kommt der politischen Arbeit von Ärzte der Welt e. V. eine wesentliche Bedeutung zu. Ein Hoffnungsschimmer für einige Patient\*innen ist das Entstehen von weiteren öffentlich finanzierten Clearingstellen in den vergangenen Jahren, welche Menschen ohne Krankenversicherung beraten und teilweise Kosten für medizinische Behandlungen übernehmen. Zugleich handelt es sich bei den Angeboten um regionales Stückwerk, zumeist mit Restriktionen beim begünstigten Personenkreis und ohne langfristige Finanzierungsperspektive. Kooperierende Clearingstellen haben uns vielfach zurückgemeldet, nicht ausreichend für die vorhandenen Beratungs- und Behandlungsbedarfe ausgestattet zu sein.

Es bleibt daher die dringende Notwendigkeit einer einheitlichen Reform des Gesundheitssystems im Sinne der Bedarfe unserer Patient\*innen bestehen.

Mit geringer Hoffnung beobachten wir die zeitnahe Umsetzung von Verlautbarungen aus dem Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung, welche die Situation unserer Patient\*innen verbessern würde. Die Übermittlungspflicht von Behörden für Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus besteht nach wie vor, die bundesweite Gesundheitskarte für Geflüchtete scheint in weite Ferne gerückt. Nach dem vorläufigen Scheitern der sogenannten Gesundheitskioske, die ein guter Schritt in Richtung niedrigschwellige Gesundheitsversorgung gewesen wären, erscheint eine bundespolitisch initiierte Verbesserung der Situation von Nicht-Versicherten gleichermaßen unwahrscheinlich. Und zuletzt finden Personen und Parteien immer mehr Zuspruch, welche unverhohlenen Stimmung gegen Menschen machen, die nicht in Deutschland geboren oder regulär beschäftigt sind – ebenjene Menschen, welche größtenteils in unseren Angeboten vorstellig werden.

**„Ärzte der Welt e. V. ist nicht gekommen, um zu bleiben. Einstweilen sehen wir aber keinen Grund zur Annahme, bald guten Gewissens die Türen unserer Angebote in Deutschland schließen zu können.“**

Leitung der Inlandsprogramme

# 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. Für die Datenerhebung 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. Für die Auswertung der Daten wurden RStudio und Microsoft Excel verwendet. Die Zuordnung der ICD-10-Codes zu den berichteten Diagnosegruppen erfolgte anhand folgenden Schemas:

Diagnosegruppe	ICD-10-Codes
<b>Übertragbare Erkrankungen</b>	A00-B99, G00-G04, G14, H65-H66, J00-J22, N70-N73, U04
<b>Nicht-übertragbare Erkrankungen</b>	C00-C97, D00-D48, D55-D64, D65-D89, E03-E07, E10-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98 (ohne G14), H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, L00-L98, M00-M99, N00-N64, N75-N98, Q00-Q99, R95
<b>Verletzungen und Vergiftungen</b>	S00-T98
<b>(Vorsorge-)Untersuchungen und Impfungen</b>	Z00-Z04, Z23-Z39



## ^ **Behandlungsbuss im Einsatz vor dem Hauptbahnhof München**

Foto: © Ärzte der Welt

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 die Daten immer vom Angebot des Projektes beziehungsweise von dessen Inanspruchnahme abhängig sind. Das heißt, dass zum Beispiel in Projekten mit Kindersprechstunden häufig Kinder unter den Patient\*innen sind und die medizinischen Versorgungsbedarfe auch entsprechend ausfallen. Die Werte der berichteten Indikatoren können sich somit zwischen den Projekten unterscheiden und die zeitliche Vergleichbarkeit eingeschränkt 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.

# IMPRESSUM

## Herausgeber

© 2024 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

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

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, Christian Stegmüller, Johanna Lechner,  
Susanne Eikenberg, Lena Rimbach, Jacqueline  
Evers, Fabian Kunze, Annemarie Weber,  
Monica Ilea, Andrea Günther

## Zitiervorschlag

Ärzte der Welt e. V. (2024) Gesundheitsreport –  
Krank und ohne medizinische Versorgung in  
Deutschland. Ärzte der Welt e. V., München

## Datenanalyse

Gianni Varnaccia

## Redaktion

Stephanie Kirchner

## Layout und Gestaltung

MediaCompany –  
Agentur für Kommunikation GmbH

## Stand

Oktober 2024

## 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  
BIC: BYLADEM1001

