GESUNDHEITSREPORT 2022

VER(UN)SICHERT? WIE AUSGRENZUNG PSYCHISCH BELASTET

Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland

ÄRZTE DER WELT

Dank

Viele Menschen haben zu diesem Bericht beigetragen: unsere Patient*innen, die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen und hauptamtlichen Kolleg*innen, 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.

Ärzte der Welt

Benachteiligte Menschen medizinisch zu versorgen und das Recht auf Gesundheitsversorgung politisch durchzusetzen – das sind die wichtigsten Ziele von Ärzte der Welt. Als Médecins du Monde 1980 in Frankreich gegründet besteht die Organisation heute aus 17 Sektionen, die im jeweils eigenen Land und in 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 Ärzte 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 und psychologische/psychiatrische 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 Mitarbeitenden.

Projekte des Inlandsprogramms

Das Inlandsprogramm setzt sich aus einzelnen Projekten zusammen. Für die Mehrheit von ihnen kooperiert Ärzte der Welt mit anderen Organisationen:

open.med Berlin: Medizinische Anlaufstelle in Berlin in Kooperation mit Medizin Hilft e. V. (2016-März 2022. Medizin Hilft e. V. führt das Projekt seit April 2022 unter dem Namen „Ambulanz für Menschen ohne Krankenversicherung" und mit Unterstützung eines neuen Partners weiter. Das Angebot bleibt unverändert.)

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

open.med München: Medizinische Anlaufstelle (seit 2006); Erweiterung des Angebots durch den Behandlungsbus als mobile Komponente für Geflüchtete (September 2015 bis Juli 2017) und Menschen in besonders prekären Lebensumständen, zum Beispiel Wohnungslose (seit Januar 2017)

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

Aufklären und überzeugen

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

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

Unsere Kooperationspartner:

INHALT

MANGELNDER ZUGANG ZU GESUNDHEITSVERSORGUNG 4

Wer unzureichend oder gar nicht versorgt ist 4

ZAHLEN AUF EINEN BLICK 5

UNSERE POLITISCHEN FORDERUNGEN: WAS DIE BUNDESREGIERUNG JETZT TUN MUSS, UM DAS RECHT AUF GESUNDHEIT SICHERZUSTELLEN 6

DIE PATIENT*INNEN: ANALYSEERGEBNISSE IM DETAIL 8

Alter 8

Kinder unter fünf Jahren 8

Geschlecht 8

Herkunft 8

WENN DIE LEBENSSITUATION KRANK MACHT 9

Armut 9

Wohnverhältnisse 9

Soziale Netzwerke 9

BARRIEREN: WAS MENSCHEN AM ZUGANG ZU GESUNDHEITSVERSORGUNG HINDERT 10

Versicherungsstatus 10

Aufenthaltsrechtlicher Status 10

Angst vor hohen Kosten 10

Bürokratie und fehlende Informationen 10

Sprache 10

Verzicht auf medizinische Behandlung als Folge 10

Obdachlosigkeit: Barriere und soziale Determinante von Gesundheit gleichermaßen 10

GESUNDHEITSSTATUS: WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST 11

Empfundener Gesundheitszustand 11

Festgestellter Behandlungsbedarf/Gesundheitszustand 11

Schwangere 11

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ERKRANKUNGEN 12

Schwierige Lebensbedingungen verhindern effektive Therapie 12

Sprachmittlung ist notwendig 14

FAZIT: DIE FOLGEN MANGELHAFTER VERSORGUNG 15

METHODIK: DER WEG ZU DEN DATEN 16

Datenerhebung 16

Datenauswertung und Datenqualität 16

MANGELNDER ZUGANG ZU GESUNDHEITSVERSORGUNG

Das Jahr 2021 war geprägt von der Coronapandemie und ihren sozialen, ökonomischen und gesundheitspolitischen Folgen. Die Bemühungen, allen Menschen in Deutschland Zugang zu Testung, Behandlung und Impfung gegen eine Covid-19-Erkrankung zu eröffnen, bestimmte auch die Arbeit der Inlandsprojekte von Ärzte der Welt und unseren Kooperationspartnern. Gleichzeitig ist auch die Nachfrage nach medizinischer, psychosozialer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung in den Projekten deutlich gestiegen.

Dieser Bericht wirft ein Schlaglicht darauf, in welchen Lebenssituationen sich die Menschen befinden, die in unseren Projekten Unterstützung suchen, und welche Barrieren ihnen im Zugang zu Gesundheitsversorgung begegnen. Ein Schwerpunkt liegt dieses Jahr auf den Herausforderungen in der Versorgung psychisch Erkrankter in schwierigen Lebenslagen.

Der Gesundheitsreport basiert auf einer wissenschaftlichen Auswertung von Patient*innendaten, die von Januar bis Dezember 2021 in den Inlandsprojekten in München, Hamburg und Berlin erhoben worden sind. Indem wir diese Daten jedes Jahr auswerten und veröffentlichen, wollen wir Öffentlichkeit und politische Entscheidungsträger*innen auf Missstände und Lücken in der Gesundheitsversorgung in Deutschland aufmerksam machen und strukturelle Veränderungen einfordern. Der Bericht gewährt einen seltenen Einblick in die Situation der Befragten. Denn diese sind zu einem Großteil in offiziellen Erhebungen wie dem Mikrozensus nicht erfasst, weil sie keine Meldeadresse haben. Indem der Gesundheitsreport die Barrieren ansonsten oft ungesehener Bevölkerungsgruppen sichtbar macht, soll er einen Beitrag dazu leisten, das Recht auf diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Deutschland zu verwirklichen.

Wer unzureichend oder gar nicht versorgt ist

Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden

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

Solange Beitragsschulden bestehen, haben Versicherte lediglich Anspruch auf einen reduzierten Umfang an Leistungen. Aufgrund von Änderungen im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (SGB V §188, 191, 323) können Beitragsschulden, gemeinsam mit anderen Faktoren trotz Versicherungspflicht zu einem Ausschluss aus der Krankenversicherung führen.

Migrant*innen aus EU-Mitgliedsstaaten

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland sollte die medizinische Versorgung durch die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) sichergestellt sein, sofern die Person in ihrem Heimatland versichert ist. Oft ist eine EHIC jedoch nicht vorhanden. In der Praxis wird die EHIC wegen Unsicherheit und einem erhöhten Aufwand von Leistungserbringern oft nicht akzeptiert. 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 mehr als drei Monate, aber weniger als fünf Jahre, in Deutschland gemeldet sind, sind seit dem Erlass des sogenannten Leistungsausschlussgesetzes aus dem Jahr 2016 von Unterstützung weitestgehend ausgeschlossen (SGB II §7, SGB XII §23). Innerhalb von zwei Jahren können sie einmal für maximal einen Monat sogenannte Überbrückungsleistungen erhalten, um den Zeitraum bis zur Ausreise zu überbrücken (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 (§ 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. Darüber hinausgehende Leistungen, zum Beispiel für die Behandlung chronischer und psychischer 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 der betreffenden Person die Abschiebung. Nur bei einer stationären Notfallversorgung oder einer Entbindung im Krankenhaus gilt ein sogenannter verlängerter Geheimnisschutz, der die Weitergabe der Daten unterbinden soll.

ZAHLEN AUF EINEN BLICK

Patient*innen

2.532 Personen wurden 2021 in den Anlaufstellen und Behandlungsbussen von Ärzte der Welt behandelt und beraten.

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

Darunter befanden sich **257 Kinder** unter 5 Jahren.

Barrieren

Insgesamt hatten 76,9 % der Patient*innen keinen Versicherungsschutz und weitere **10,8 %** 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; **86,3 %**), **„Unkenntnis des Gesundheitssystems** und/oder der eigenen Ansprüche“ **(65,0 %)** und **„Administrative Probleme** und Schwierigkeiten mit dem Sozialamt/ der Krankenkasse“ **(51,8 %)**

Lebensumstände

98,0 % aller Patient*innen lebten **unterhalb der Armutsgrenze**.

Nur **18,2 %** lebten **in einer eigenen Wohnung**;

20,0 % gaben an, **obdachlos** zu sein.

Gesundheitsstatus

24,4 % aller Patient*innen und **34,3 % der Patient*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus** empfanden ihren **Gesundheitszustand als „schlecht“** oder **„sehr schlecht“**.

Schwangerschaftsvorsorge

Insgesamt machten 390 Patient*innen Angaben zu Schwangerschaft. Davon waren **57 (14,6 %)** zum Zeitpunkt der Befragung **schwanger**.

Bei der Erstvorstellung befanden sie sich im Mittelwert in der **18. Schwangerschaftswoche**.

Verzicht

60,1 % der Patient*innen und **81,1 % der obdachlosen Patient*innen verzichteten** darauf, **Gesundheitsversorgung** in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

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

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 Maßnahmen beinhalten:

1. Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik

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 systematisch aus. Die vorliegenden Daten zeigen, dass ein Großteil der Menschen mit keinem oder eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung wohnungslos ist und damit nicht von Haushaltsbefragungen im Rahmen des Zensus oder Mikrozensus erfasst wird. 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

In ihrem Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung angekündigt, einige Verbesserungen im Zugang zu Gesundheitsversorgung umzusetzen. Die folgenden Vorhaben, unterstützen wir ausdrücklich und fordern, sie schnell umzusetzen:

„Wir wollen den Zugang für Asylbewerberinnen und Asylbewerber zur Gesundheitsversorgung unbürokratischer gestalten. Minderjährige Kinder sind von Leistungseinschränkungen bzw. -kürzungen auszunehmen."

- Wir fordern: Die Einschränkungen der Gesundheitsleistungen während der ersten 18 Monate ihres Aufenthalts müssen für alle Asylbewerber*innen (AsylbLG §§ 4 und 6) abgeschafft werden, sodass sie von Beginn an Anspruch auf alle notwendigen medizinischen Leistungen haben. Mittels der bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende von Beginn ihres Aufenthalts an kann für einen unbürokratischeren Zugang zum Gesundheitssystem gesorgt werden.

„Die Meldepflichten von Menschen ohne Papiere wollen wir überarbeiten, damit Kranke nicht davon abgehalten werden, sich behandeln zu lassen."

- Wir fordern: Die Ausnahme von der Übermittlungspflicht (AufenthG § 87 Abs. 2) muss umgehend auf den Sozial- und Gesundheitsbereich ausgeweitet werden, damit Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ihren Rechtsanspruch auf medizinische Versorgung ohne Angst vor Abschiebung wahrnehmen können.

„Wir entlasten Selbständige dadurch, dass Beiträge zur GKV oberhalb der Minijobgrenze nur noch strikt einkommensbezogen erhoben werden."

- Wir fordern: Den Mindestbeitragssatz zur freiwilligen gesetzlichen Versicherung so absenken, dass auch einkommensschwache Personen diesen bezahlen können. Darüber hinaus müssen die gesetzlichen Änderungen zur obligatorischen Anschlussversicherung im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (SGB V §188, 191, 323) zurückgenommen werden, sodass niemand aufgrund von Beitragsschulden seine Krankenversicherung verliert.

„Zur Problematik der Obdachlosigkeit von EU-Bürgern richten wir eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein"

- Wir fordern: Die Lebensbedingungen und insbesondere der Zugang zu Gesundheitsversorgung für erwerbslose EU-Bürger*innen müssen verbessert werden. Dazu muss die Bundesregierung den Leistungsausschluss für EU-Bürger*innen (SGB II §7, SGB XII §23) revidieren und den Ausschluss von EU-Bürger*innen ohne materielles Freizügigkeitsrecht von der gesetzlichen Krankenversicherung abschaffen (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 i. V. m. § 5 Abs. 11 SGB V).

„Sprachmittlung auch mit Hilfe digitaler Anwendungen wird im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V."

- Wir fordern: Der Anspruch auf qualifizierte, bedarfsgerechte Sprachmittlung in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung muss allen Menschen zur Verfügung stehen, auch Asylbewerber*innen und Menschen mit Beitragsschulden.

„Wir halten es für erforderlich, die psychosoziale Hilfe für geflüchtete Menschen zu verstetigen."

- Wir fordern: Um aktuellen Engpässen und Kapazitätsmängeln zu begegnen und den tatsächlichen Zugang zu medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsangeboten für geflüchtete Menschen im Besonderen, aber auch generell für alle Menschen in Deutschland zu gewährleisten, müssen (fach-)ärztliche, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungsstrukturen ausreichend finanziert und ausgebaut werden.

Das open.med Team während eines Einsatzes mit dem Behandlungsbus am Münchner Hauptbahnhof

Folgende Maßnahmen fordern wir darüber hinaus vom Gesetzgeber:

- Gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, damit auch Privatversicherte, die ihre Beiträge zur privaten Krankenversicherung nicht zahlen können, eine umfassende Gesundheitsversorgung bekommen. Langfristig fordern wir die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung abzuschaffen und eine solidarische gesetzliche Krankenversicherung einzuführen.

- Den Zugang zu präventiver medizinischer Versorgung (Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen) bei allen eingeschränkten Leistungsbezügen sicherstellen (z. B. bei Beitragsschulden, der Europäischen Versichertenkarte EHIC, im Notlagentarif).

Ehrenamtliche Psychotherapeutin open.med München

„Würden die ehrenamtlichen Einsätze wegbrechen, würden die staatlichen Einrichtungen bei weitem nicht ausreichen. Deshalb finde ich es wichtig, dass man sich auch politisch für eine Verbesserung einsetzt. Und ich wünsche mir sehr, dass gerade den ausgegrenzten Gruppen wesentlich mehr Beachtung und Aufmerksamkeit zukommt."

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.

4. Diskriminierung im Gesundheitswesen abbauen

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

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

5. Krankmachenden Lebensbedingungen strukturell begegnen

Die meisten unserer Patient*innen sind wohnungs- oder obdachlos, viele leben in Sammelunterkünften, befinden sich in ausbeuterischen Arbeitsverhältnissen und leben in Armut. Diesen krankmachenden und -haltenden Lebensumständen muss strukturell begegnet werden. Wir fordern eine nationale Strategie zur Überwindung von Wohnungslosigkeit und Armut sowie eine menschenwürdige Unterbringung von Wohnungslosen und Geflüchteten.

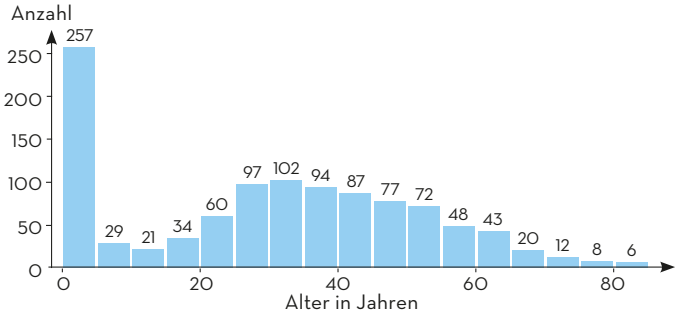
Wir appellieren an die Bundesregierung, diese für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit notwendigen Maßnahmen zügig umzusetzen.

DIE PATIENT*INNEN
ANALYSEERGEBNISSE IM DETAIL

2021 haben die Teams der Inlandsprojekte von Ärzte der Welt und seinen Kooperationspartnern insgesamt 2.532 Patient*innen in 9.070 Konsultationen sozial beraten und medizinisch versorgt. Davon kamen 1.071 Personen 2021 zum ersten Mal in die Anlaufstellen in Berlin, Hamburg und München sowie zum Münchner Behandlungsbus (oder haben eine erneute Sozialanamnese erhalten) und waren gleichzeitig bereit, ihre Daten für wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen. Auf diesen Datensätzen beruhen die Auswertungen im vorliegenden Bericht. Die prozentualen und numerischen Angaben beziehen sich nur auf die Personen, die zu dem jeweiligen Thema Angaben gemacht haben. Wie viele Personen das sind, wird 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 32 Jahren. 32 % (341/1.067) der Patient*innen waren Kinder und Heranwachsende unter 20 Jahren. 4,7 % (50/1.067) waren 65 Jahre oder älter.

Grafik 1: Altersverteilung der Patient*innen



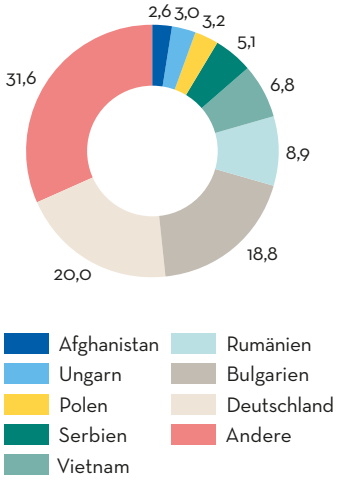
Kinder unter fünf Jahren: Unter den Patient*innen befanden sich 257 Kinder (24,1 %) unter fünf Jahren. 65,8 % (169/257) von ihnen hatten keinen Versicherungsschutz, weder in Deutschland noch in ihrem Herkunftsland. 21,0 % (53/253) kamen aus anderen EU-Ländern, 21,3 % (54/253) waren Drittstaatsangehörige und 57,7 % (146/253) waren deutsche Staatsangehörige. 68,9 % (146/212) aller Patient*innen mit deutscher Staatsbürgerschaft waren Kinder unter fünf Jahren. 96,6 % (141/146) von ihnen waren ein Jahr oder jünger. Es handelte sich hierbei hauptsächlich um Kinder vietnamesischer Mütter und deutscher Väter, die wir in den Kindersprechstunden der open.med Berlin-Anlaufstelle sahen und bei denen es aufgrund von fehlenden Papieren und administrativen Problemen zu erheblichen Verzögerungen bei der Ausstellung der Geburtsurkunden und der Anmeldung zur Krankenversicherung kam.[1]

Geschlecht: Mit 57,1 % (611/1.071) war die Mehrheit der Patient*innen männlich, 42,8 % (458/1.071) weiblich, 0,2 % (2/1.071) intersexuell/divers.

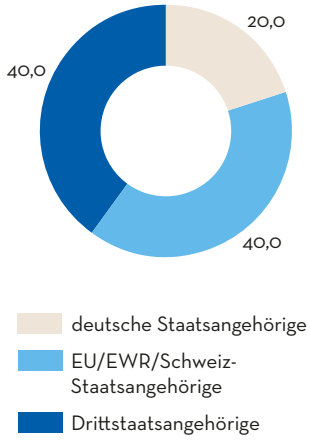
1 Die Zahl der zugewanderten Vietnamesinnen in Berlin hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Sowohl auf bezirklicher Ebene als auch in Arbeitskreisen der Beratungs- und Anlaufstellen wird sich intensiv mit deren Migrationsgründen und -wegen auseinandergesetzt überlegt, wie man den Bedürfnissen der vietnamesischen Mütter und deren Kinder gerecht werden kann.

Herkunft: Es wurden 87 verschiedene Herkunftsländer von den Patient*innen angegeben (siehe Grafik 2 mit den acht häufigsten Angaben). Werden die Nationalitätsangaben in drei Gruppen aufgeteilt, ergibt sich folgendes Bild (siehe Grafik 3): 40,0 % (423/1.059) Bürger*innen aus EU/EWR/Schweiz (ohne Deutschland), 40,0 % (424/1.059) Bürger*innen anderer Staaten, im Folgenden als Drittstaatsangehörige bezeichnet, und 20,0 % deutsche Staatsangehörige (212/1.059).

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



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



Maria Melnik*, 22 Jahre, aus der Ukraine

Maria Melnik ist im Dezember 2021 zum ersten Mal in die Anlaufstelle open.med München gekommen. Sie war im sechsten Monat schwanger, hatte immer wieder Schmerzen im Unterleib und machte sich große Sorgen um ihr ungeborenes Baby. Ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland machte sich Frau Melnik große Sorgen um ihre Zukunft und lebte in ständiger Angst, abgeschoben zu werden. Auch die bevorstehenden Kosten der Entbindung bereiteten ihr große Sorgen. *„Arztbesuche sind so teuer hier. Man hat mir gesagt, eine Entbindung kostet 5.000 bis 10.000 Euro. Bei Komplikationen noch mehr. Das war Stress für mich. Ich wusste nicht, was ich tun sollte.“* Bei open.med wurden alle gängigen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen kostenfrei durchgeführt. Das Team des Café 104, unterstützte dabei, eine Duldung zu erwirken, damit Maria während des Mutterschutzes vor und nach der Entbindung einen Behandlungsschein (nach AsylbLG) erhielt. Nach der Entbindung konnte ihr Kind dann über die Krankenversicherung des Vaters in die Familienversicherung aufgenommen werden.

* Name wurde geändert.

Hinweis: Fall ereignete sich 2021 vor dem russischen Angriffskrieg auf die Ukraine.

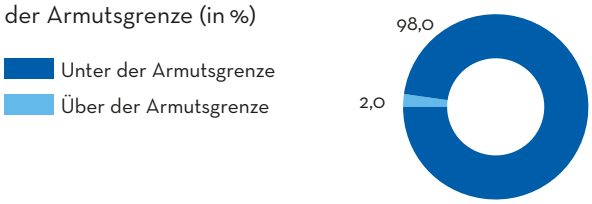
WENN DIE LEBENSSITUATION KRANK MACHT

Ehrenamtlicher Psychotherapeut, open.med Berlin

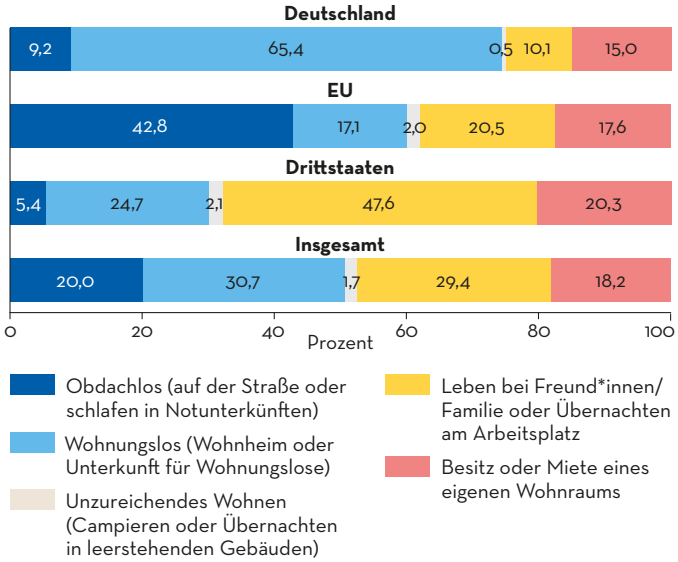
„Ich habe einen Patienten im Kirchenasyl therapiert, der völlig isoliert und ohne Perspektive war. Er hat mit der Zeit auch körperliche Beschwerden entwickelt, darunter Rückenschmerzen. Seine Ängste sind immer größer geworden. Er hatte keinerlei soziale Kontakte. Man kann wirklich sagen, diese Lebensumstände, sie verschlechtern das Krankheitsbild, verkomplizieren die Gesamtsituation und machen es auch immer schwieriger, je länger jemand betroffen ist, damit umzugehen."

Armut: Fast alle befragten Patient*innen (98,0 %; 869/887) lebten unterhalb der Armutsgrenze. (Laut EU-Definition wird die Armutsgefährdungsschwelle bei 60 % des Medians des Äquivalenzeinkommens der Bevölkerung festgelegt.)

Grafik 4: Einkommensverteilung unter- und oberhalb der Armutsgrenze (in %)



Grafik 5: Wohnsituation der Patient*innen insgesamt und nach Herkunftsgruppen (in %)[1]



1 Die Nenner weichen von denen des Fließtextes ab, da von einigen Patient*innen die Staatszugehörigkeit nicht angegeben wurde.

Wohnverhältnisse: Die Mehrheit der Klient*innen (81,8 %; 770/947) wohnte unter prekären Bedingungen. Grafik 5 zeigt, 20,0 % (189/947) waren obdachlos, das heißt sie lebten auf der Straße oder schliefen in Notunterkünften, die nicht länger als zwei Wochen gesichert waren; 30,7 % (291/947) lebten in einem Wohnheim oder einer vorübergehenden Unterkunft für Wohnungslose, Asylbewerber*innen oder in einem Frauenhaus. 1,7 % (16/947) campierten oder übernachteten in leerstehenden Gebäuden, 29,4 % (279/947) lebten bei Freund*innen, der Familie oder übernachteten an ihrem Arbeitsplatz. Lediglich 18,2 % (172/947) gaben an, als Besitzer*in oder Mieter*in im eigenen Wohnraum zu leben. Fast die Hälfte der EU-Bürger*innen (42,8 %; 148/346), die hierzu Angaben machten, waren obdachlos.

Soziale Netzwerke: 27,0 % (134/497) berichteten, dass sie keine Person hätten, der sie vertrauen könnten, die sie emotional unterstütze und ihnen Hilfe biete, wenn sie es bräuchten. Bei obdachlosen Menschen war der Anteil noch höher. 38,7 % (12/31) der obdachlosen Patient*innen, die hierzu Angaben machten, berichteten, keine Ansprechperson zu haben.

Mutter mit 25-jährigem autistischem Sohn aus Polen

Ania Nowak* (48) aus Polen wohnt und arbeitet seit rund 6 Jahren in Deutschland und hat vor eineinhalb Jahren ihren Sohn Jakub Nowak* (25) zu sich geholt, da er wegen einer in Polen anerkannten geistigen Schwerbehinderung Schwierigkeiten hatte, allein dort zu leben. Eine Familienversicherung wurde jedoch abgelehnt, da Jakub Nowak schon zu alt war und seine geistige Schwerbehinderung in Deutschland nicht als solche anerkannt wurde. Obwohl die Fachärztin für Psychiatrie von open.med ein Attest der seelischen Behinderung und Betreuungsbedürftigkeit ausgestellt hatte, wurde der Behinderungsgrad durch das Versorgungsamt nur zu 20 % anerkannt. Die gesetzlichen Krankenkassen nahmen Jakub Nowak aufgrund eines Ausschlusses von nicht-erwerbstätigen EU-Bürger*innen (§ 5 Abs. 11 S. 2 SGB V) auch nicht in eine freiwillige Krankenversicherung auf (§ 9 SGB V). Nach langer Suche hat Jakub Nowak sozialversicherungspflichtige Arbeit in einem Hotel gefunden und dadurch eine Krankenversicherung erhalten, was ihn und seine Mutter sehr erleichtert: „Mit der Versicherung ist unser Leben jetzt ganz anders, das ist jetzt ein Leben ohne Angst. Ich finde aber, dass es für behinderte Menschen in der europäischen Union einen leichteren und einheitlicheren Zugang zum Gesundheitssystem geben muss. Menschen mit Behinderung haben schon mit alltäglichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Wenn dazu noch solche Barrieren kommen, ist das dramatisch. Er war überhaupt nicht beim Arzt, bevor wir zu open.med gekommen sind."

* Name wurde geändert.

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.

Versicherungsstatus

Tabelle 1: Versicherungsstatus

Kein Versicherungsschutz	76,9 % (715/930)
Eingeschränkter Versicherungsschutz	10,8 % (100/930)
Gesetzliche oder private Krankenversicherung	12,4 % (115/930)

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" (76,9 %; 715/930) fallen deutsche Staatsangehörige und Drittstaatsangehörige, die deutschen Staatsbürger*innen sozialrechtlich gleichgestellt sind, ohne Krankenversicherung, ebenso Unionsbürger*innen, die weder in Deutschland noch in ihrem Herkunftsland eine Krankenversicherung haben, sowie Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, weil sie de facto keinen Zugang zu Kostenerstattung haben.

In die Kategorie „eingeschränkter Versicherungsschutz" (10,8 %; 100/930) fallen Menschen, die nur Anspruch auf eingeschränkte Leistungen haben, z. B. aufgrund von Beitragsschulden bei der Krankenversicherung oder durch das Asylbewerberleistungsgesetz und Personen mit einer EHIC.

Lediglich 12,4 % unserer Patient*innen (115/930) gaben an, regulär gesetzlich oder privat versichert zu sein. Hierzu zählen in diesem Bericht auch Menschen, die zwar unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, aber in Hamburg und Berlin eine Gesundheitskarte und Zugang zu nahezu den gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte erhalten haben, aber dennoch Barrieren im Zugang zum Regelgesundheitssystem erleben. Insbesondere beim Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung erleben Asylsuchende und Menschen mit anerkanntem Flüchtlingsstatus erhebliche Barrieren – sei es aufgrund langer Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzt*innen, weil Sprachmittlungskosten nicht übernommen werden oder weil sich die Ausstellung der Krankenkassenkarte verzögert.

Aufenthaltsrechtlicher Status

40,3 % (148/367) der Patient*innen aus Drittstaaten hatten keinen geregelten Aufenthaltsstatus und damit keine Möglichkeit, Behandlungskosten übernehmen zu lassen. 53,4 % (79/148) der Patient*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, die zu dem Thema Angaben machten, berichteten, ihren Bewegungsradius aus Angst vor Abschiebung oft oder sehr oft einzuschränken.

Auf die Frage „Haben Sie irgendwelche Hürden/Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung erlebt?" berichtete ein Großteil der Patient*innen (93,7 %; 1.004/1.071) von Barrieren im Zugang zu medizinischer Versorgung. Es gaben nur insgesamt 67 von 1.071 (6,3 %) Patient*innen an, dass sie keine Barrieren erlebt hätten. Entweder hatten sie nicht versucht, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen (85,1 %; 57/67) und/oder sie hatten einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung (14,9 %; 10/67).

Angst vor hohen Kosten

Ein Großteil der Patient*innen (86,3 %; 474/549), die hierzu eine Angabe gemacht haben, berichtete von finanziellen Barrieren beim Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung. Aus Sorge vor zu hohen Kosten von Behandlung, Medikation oder für eine Versicherung vermeiden sie es, zu Ärzt*innen zu gehen.

Bürokratie und fehlende Informationen

65,0 % (301/463) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem und/oder die eigenen Ansprüche zu wissen. Für 51,8 % (335/647) stellten administrative Probleme oder Schwierigkeiten mit dem Sozialamt/der Krankenkasse eine Barriere beim Zugang zu medizinischer Versorgung dar.

Sprache

40,5 % (178/439) der Patient*innen gaben die Sprache als direkte Barriere an. Jedoch wurde bei 75,7 % (759/1.002) zum Zeitpunkt der Befragung eine Sprachmittlung benötigt.

Verzicht auf medizinische Behandlung als Folge von Barrieren

60,1 % (458/762) der Befragten hatten in den vergangenen zwölf Monaten darauf verzichtet, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

Obdachlosigkeit: Barriere und soziale Determinante von Gesundheit gleichermaßen

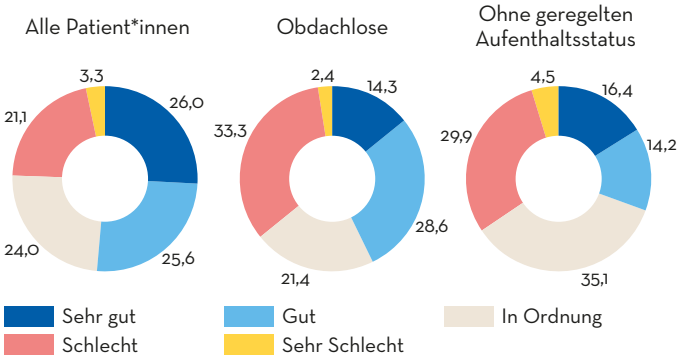
Menschen, die zum Zeitpunkt der Befragung obdachlos waren, gaben deutlich häufiger Barrieren an als die Befragten insgesamt: 77,8 % (147/189) hatten keinen Versicherungsschutz. 68,7 % (103/150) gaben an, zu wenig über das Gesundheitssystem zu wissen. Für 77,0 % (114/148) waren ein Arztbesuch, die Medikamente oder die Versicherung zu teuer. 49,3 % (72/146) gaben die Sprache als direkte Barriere an. 81,2 % (129/159) hatten in den vorangegangen zwölf Monaten darauf verzichtet, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, obwohl sie krank waren.

GESUNDHEITSSTATUS
WARUM BEHANDLUNG NÖTIG IST

Empfundener Gesundheitszustand

Die Aussagen zum subjektiv empfundenen allgemeinen Gesundheitszustand liefern wichtige Hinweise, um den Zustand von Personen oder Bevölkerungsgruppen zu beschreiben. Von den Patient*innen der von Ärzte der Welt (mit-)geführten Projekte gaben 24,4 % (176/722) an, dass sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ (21,1 %; 152/722) oder „sehr schlecht“ (3,3 %; 24/722) empfanden. Von obdachlosen Patient*innen und Patient*innen ohne geregelten Aufenthaltsstatus wurde der empfundene Gesundheitszustand noch schlechter bewertet (siehe Grafik 6).

Grafik 6: Subjektiv empfundener Gesundheitszustand



Festgestellter Behandlungsbedarf/Gesundheitszustand

Bei den 1.071 Patient*innen, deren Daten in diese Auswertung geflossen sind, haben die Ärzt*innen während der Erstvisite insgesamt 1.686 Diagnosen gestellt. Mehr als die Hälfte aller gestellten Diagnosen konnte den sechs folgenden Gruppen zugeordnet werden: „Familienplanung und Schwangerschaftsüberwachung“ (25,4 %; 429/1.686), „Muskuloskelettale Probleme“ (7,9 %; 133/1.686), „Herz-Kreislaufprobleme“ (7,5 %; 126/1.686), „Krankheiten des Verdauungssystems“ (6,8 %; 114/1.686), „Symptome ohne erfassbare zugrundeliegende Erkrankung“, darunter Bauchschmerzen sowie Kopf-, Hals- und Brustschmerzen (6,4 %; 108/1.686) und „Verhaltens- und psychische Störungen“ (6,0 %; 101/1.686).

29,7 % (502/1.686) der gestellten Diagnosen waren chronischer Natur. Chronische Erkrankungen gehören heute zu den häufigsten und ökonomisch relevantesten Gesundheitsproblemen. Sie beeinflussen die Lebensqualität, die Arbeitsfähigkeit und die Sterblichkeit der betroffenen Personen. Werden chronische Erkrankungen nicht beobachtet und behandelt, droht die Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zu einem medizinischen Notfall. Das bedeutet auch eine (finanzielle) Mehrbelastung des Gesundheitssystems.

Schwangere

Von den 390 Patient*innen, die 2021 eines der Projekte aufsuchten und Angaben zu Schwangerschaft machten, waren 14,6 % (57/390) schwanger. Sie befanden sich beim ersten Besuch im Durchschnitt in der 18. Schwangerschaftswoche (SSW) bzw. zwischen der dritten und der 40. SSW. Das mediane Alter lag bei 26 Jahren. Die jüngste schwangere Patientin war 17 Jahre, die älteste 44 Jahre alt. Bei der Mehrheit (52,6 %; 30/57) handelte es sich um Bürgerinnen aus anderen EU-Ländern. 42,1 % (24/57) kamen aus Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union, 5,3 % (3/57) waren deutsche Staatsbürgerinnen. 20,8 % (10/48) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinen geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland.

Yaris Badjie aus einem afrikanischen Staat

Yaris Badjie ist aus einem afrikanischen Staat vor bürgerkriegsähnlichen Zuständen geflohen und 2013 in Deutschland angekommen. Nachdem sein erster Asylantrag scheiterte und abgelehnt wurde, ist Yaris Badjie untergetaucht und schließlich nach Berlin gekommen. Seitdem lebt er ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland. Aus Angst vor einer Abschiebung, suchte er auch bei starken Schmerzen keine Arztpraxis auf. Schließlich berichtete ein Freund ihm von open.med Berlin, wo er eine allgemeinmedizinische Sprechstunde besuchte. Dabei wurde nicht nur eine unbehandelte Hepatitis festgestellt, sondern auch sein schlechter psychischer Zustand bemerkt. Yaris Badjie wurde daraufhin in die psychotherapeutische Sprechstunde aufgenommen. Er leidet unter einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung und hat mit wahnhaft anmutenden Ängsten, Verfolgungs- und Bedrohungserleben zu kämpfen. Ein ehrenamtlicher Psychiater verschrieb ihm zusätzlich Medikamente gegen seine Schlafprobleme. Da Yaris Badjie jedoch zu dem Zeitpunkt keinen festen Wohnsitz besaß und häufig auf der Straße schlief, nahm er die Medikamente nicht regelmäßig ein. Er erzählte, dass diese ihn müde machen und er sich dann ausgeliefert und unsicher fühle auf der Straße.

Durch eine Kooperation mit einer Sozialarbeiterin, gelang es ihm jedoch, in einem Zuverdienerprojekt für psychisch kranke Menschen, in einem Café mitzuarbeiten. Seine Aufwandsentschädigung war nur sehr gering, aber Yaris Badjie berichtete vor allem über die sozialen Kontakte vor Ort, die ihm guttaten und das Gefühl, etwas zu tun zu haben und gebraucht zu werden.

Nachdem Yaris Badjies Hepatitis behandelt werden konnte, sind seine Leberwerte aktuell gut. Dennoch ist für seine psychische Gesundheit vor allem wichtig, Klarheit über den Aufenthaltsstatus (nach einem erneuten Asylantrag) zu bekommen. Er wohnt derzeit in einer Unterkunft in einem Dreibettzimmer. Mittlerweile kann Yaris Badjie sagen: „Es ist nichts falsch mit mir, sondern ich habe einfach etwas Schlimmes erlebt und bin damit aber nicht allein.“

* Name wurde geändert.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ERKRANKUNGEN

Viele unserer Patient*innen sind psychisch belastet oder krank…

In den Anlaufstellen in München und Berlin haben im Jahr 2021 insgesamt 447 psychotherapeutische und psychiatrische Konsultationen stattgefunden. In all unseren Inlandsprojekten erleben wir bei einer Vielzahl unserer Patient*innen einen enormen psychosozialen, psychotherapeutischen sowie psychiatrischen Unterstützungsbedarf. Wegen fehlender Ressourcen und Kapazitäten, die das Sprechstundenangebot begrenzen, sowie der Art der Datenauswertung, die lediglich Erstkonsultationen einbezieht, lässt sich dieser Bedarf im Rahmen dieses Berichts jedoch nur begrenzt quantifiziert darstellen. Während der basismedizinischen Sprechstunden findet keine systematische Abfrage psychischer Erkrankungen statt. Viele unserer Patient*innen sind bei ihrem ersten Besuch mit vielfältigen Problemlagen konfrontiert. Somatische Beschwerden und Stabilisierung stehen während der Erstkonsultation im Vordergrund. Meist werden psychische Erkrankungen erst zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert, die nicht Teil dieser Datenauswertung sind. In Einzelfällen jedoch, wenn eine psychische Erkrankung bereits während der ersten Behandlung deutlich wird, dokumentiert das Team eine Diagnose. Dies war bei 6,0 % (101/1.686) aller bei Erstkontakt gestellter Diagnosen der Fall (Erkrankungen der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“). Außerdem berichteten 35,1 % (128/365) der Patient*innen, die Angaben zu ihrer psychischen Verfassung machten, dass sie sich innerhalb der vergangenen zwei Wochen an mehr als der Hälfte der Tage (18,1 %; 66/365) oder beinahe jeden Tag (17,0 %; 62/365) durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt gefühlt haben.

… und haben keinen Zugang zu Versorgung

76,2 % (77/101) der Patient*innen, bei denen bei Erstkonsultation eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde und die Angaben dazu machten, hatten keine Versicherung. Weitere 9,9 % (10/101) hatten lediglich einen eingeschränkten Versicherungsschutz. Zudem hielten sie auch andere Barrieren vom Zugang zu Gesundheitsversorgung ab, wie die nachstehende Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 2: Barrieren im Zugang zu Gesundheitsversorgung bei Patient*innen mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung

Zu hohe Kosten	62,4 % (63/101)
Unkenntnis, Unwissen über dt. Gesundheitssystem und Rechte	32,7 % (33/101)
Administrative Probleme	29,7 % (30/101)
Sprachbarriere	16,8 % (17/101)
Angst vor Verhaftung	13,9 % (14/101)

Menschen, die keine Krankenversicherung haben, sind nicht nur von der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Versorgung (darunter auch psychosomatische/psychiatrische Kliniken) ausgeschlossen. Sie haben auch keinen Zugang zu zusätzlichen präventiven und kurativen Hilfsangeboten im Regelsystem wie z. B. Rehabilitationseinrichtungen sowie Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen, Teilhabeleistungen und Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Auch bei eingeschränktem Leistungsanspruch ist eine Behandlung nur in akuten Fällen möglich. Werden psychische und andere (chronische) Erkrankungen nicht angemessen erkannt, überwacht und behandelt, erhöht dies den Leidensdruck der betroffenen Personen und verschlechtert ihren psychischen sowie allgemeinen Gesundheitszustand.

Ehrenamtliche Psychotherapeutin
open.med München

„Viele Patient*innen bräuchten eine dauerhafte Unterstützung etwa in einer Tagesstätte. Von all diesen Maßnahmen sind unsere Patient*innen, die keine Krankenversicherung haben, weiter ausgegrenzt.“

Schwierige Lebensbedingungen verhindern effektive Therapie

Wie die vorausgegangene Datenanalyse zeigt, befinden sich Patient*innen von Ärzte der Welt oft in sehr prekären Lebenssituationen. Viele der Patient*innen sind wohnungslos, leiden unter finanzieller Armut oder einer unsicheren Arbeits-bzw. Aufenthaltssituation.

Ehrenamtliche Psychotherapeutin
open.med München

„Einige unserer Patient*innen sind obdachlos, haben keine private Wohnsphäre, keine finanzielle Unterstützung und kein soziales Stützsystem. Wenn so ein Zustand lange anhält, dann halten das Menschen irgendwann nicht mehr aus und brechen zusammen.“

Dies stellt nicht nur eine Belastung für ihre (psychische) Gesundheit dar, sondern führt auch zu schlechteren Heilungschancen. Denn in einer unsicheren Lebenssituation, beispiels-

Eine Frau wird im Behandlungsbus von open.med untersucht

weise wenn man auf der Straße lebt, ist es deutlich schwieriger regelmäßige Termine wahrzunehmen oder verschriebene psychopharmakologische Medikamente einzunehmen. 25,3 % (25/99) der Patient*innen, bei denen bei Erstkonsultation eine psychische Störung diagnostiziert wurde, waren obdachlos.

Ehrenamtlicher Psychotherapeut open.med Berlin

„Wenn ich einen Wohnplatz habe, wo ich nicht alleine bin, wo ich nicht schlafen kann, wo ich nicht regenerieren kann, wo ich Angst habe, beklaut zu werden, wo ich von Drogenkonsum und Alkohol umgeben werde, dann ist das kein Umfeld, in dem ich heilen kann."

27,0 % (33/122) der Patient*innen, die berichteten, dass sie sich innerhalb der vergangenen zwei Wochen an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe jeden Tag durch Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit beeinträchtigt gefühlt haben, lebten zum Zeitpunkt der Befragung **ohne geregelten Aufenthaltsstatus** in Deutschland. Sie litten unter ständiger Angst, entdeckt und abgeschoben zu werden und somit ihre gesamte Existenz zu verlieren. Sie haben weder Zugang zu Gesundheitsversorgung noch zum regulären Arbeits- oder Wohnungsmarkt und sind damit von sozialer Teilhabe ausgeschlossen. In ihrer prekären Situation sind sie besonders gefährdet, Opfer von Ausbeutung zu werden. Diese ständige Unsicherheit verursacht Stress, Druck und viel Leid.

Angebot Ärzte der Welt und seiner Kooperationspartner
Neben basismedizinischer Versorgung erhalten Patient*innen in den Projekten in München, Berlin und Hamburg auch soziale Beratung. In München und Berlin[1] bieten wir zudem psychotherapeutische und psychiatrische Sprechstunden an. Aufgrund begrenzter Kapazitäten können die ehrenamtlich getragenen Projekte jedoch bei Weitem nicht den tatsächlichen Bedarf abdecken.

Ehrenamtliche Psychotherapeutin open.med München

„Eine psychische Problematik ist immer multifaktoriell bedingt. Da sind diese schwierigen Lebensbedingungen: Keine Wohnung, kein Geld, kein Job und begrenzte eigene psychischen Ressourcen und häufig ein fehlendes psychosoziales Stützsystem. Deshalb braucht man für die Behandlung auch einen multifaktoriellen Ansatz. Ein Gespräch mit mir als Verhaltenstherapeutin einmal in der Woche – das würde einfach verpuffen, wenn nicht gleichzeitig meine Kolleg*innen von der Anlaufstelle da wären. Sie versuchen, dass jemand wieder ins Regelsystem kommt oder dass jemand finanzielle Unterstützung bekommt. Dazu muss auch die ärztliche Versorgung passen. Multifaktorielle Ursachen müssen multifaktoriell behandelt werden.“

Sprachmittlung ist notwendig

Für eine psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung ist es enorm wichtig, dass Patient*innen ihr emotionales Erleben und Details über ihre individuelle Gefühlswelt in ihrer Muttersprache wiedergeben können. Aus diesem Grund muss Patient*innen mit psychischen Erkrankungen unbedingt die Möglichkeit einer professionellen Sprachmittlung gewährt werden. In den Inlandprojekten von Ärzte der Welt und seinen Partnern werden Patient*innen aus 87 unterschiedlichen Herkunftsländer medizinisch versorgt und beraten. 60,4 % (61/101) der Patient*innen, bei denen bei Erstkonsultation eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, brauchten Sprachmittlung.

1 Seit März 2022 führt unser ehemaliger Kooperationspartner Medizin Hilft e. V. das Angebot der Anlaufstelle mit Unterstützung eines neuen Partners fort.

Menschen, die eine Fluchterfahrung gemacht haben und in Deutschland Asyl suchen, machen nur einen geringen Anteil der Patient*innen in den open.med-Anlaufstellen aus (ca. 6 %). Sie tragen jedoch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen. Die Erfahrungen vor und während der Flucht können die psychische Gesundheit stark in Mitleidenschaft ziehen. Wenn Betroffene in Deutschland mit unwürdigen Lebensbedingungen in Massenunterkünften, Ausgrenzung, sozioökonomischen Nachteilen und unzureichendem Zugang zum Gesundheitssystem konfrontiert sind, verschlechtert sich der (psychische) Gesundheitszustand häufig zunehmend und verhindert jegliche Heilung und Regeneration. Daher führt Ärzte der Welt seit einigen Jahren Aktivitäten in Sammelunterkünften für Geflüchtete in Bayern durch. In der Broschüre „Lebenswirklichkeit in Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete – Unzureichende Schutzmöglichkeiten und Versorgung von Asylsuchenden“ lesen Sie mehr hierzu.

Aland Kazem*, 25 Jahre aus dem Irak

Der 25-jährige Aland Kazem suchte im Januar 2022 wegen Schmerzen und Angstzuständen open.med München auf. Aland Kazem war bereits seit Juli 2021 in München, konnte jedoch aufgrund von fehlendem Aufenthaltstitel bisher keinen Arzt aufsuchen.

Aland Kazem stammt aus dem Nordirak. Da er der verfolgten religiösen Minderheit der Jesiden angehört, musste er 2014 aus dem Nordirak nach Bagdad fliehen. Er versuchte, sich in Bagdad ein Leben aufzubauen und besuchte dort die Universität. Zusätzlich arbeitete er in einem Getränkemarkt, wo er von einer Extremistengruppe entführt und gefoltert wurde. Trotz mehrerer medizinischer Eingriffe im Krankenhaus konnte er seine volle Gesundheit nicht wiedererlangen und sein Studium nicht fortführen.

2018 entschied sich Aland Kazem über die Balkanroute zu Fuß nach Deutschland zu seinen Geschwistern zu fliehen. Die Europäische Union betrat er in Litauen und wurde dort als Geflüchteter registriert. Dies führte dazu, dass sein Asylantrag 2021 in Deutschland abgelehnt wurde und er zurück nach Litauen geschickt wurde. Aus Angst und um nicht wieder allein zu sein, tauchte Aland Kazem in Deutschland unter. Da es ihm in dieser Situation nicht möglich war, medizinische Hilfe aufzusuchen, wendete er sich an open.med für ärztliche Unterstützung. Dort wurde Aland Kazem medizinisch versorgt und an eine psychotherapeutische Betreuung angebunden.

„Bevor ich zu open.med kam, ging es mir nicht gut, aber jetzt, wenn ich komme, geht es mir gut. Alle respektieren mich, wenn ich Hallo sage, lächeln alle und der Arzt gibt mir die Medikamente, die ich brauche.“

* Name wurde geändert.

FAZIT: DIE FOLGEN MANGELHAFTER VERSORGUNG

Die Patient*innen der Inlandsprojekte von Ärzte der Welt und seinen Kooperationspartnern befinden sich in äußerst prekären Lebenslagen. Sie verfügen zu einem großen Anteil über keinen gesicherten Wohnraum (81,9 %), leben ohne geregelten Aufenthaltsstatus (16,1 %) und müssen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle auskommen (98,0 %). Viele von ihnen sorgen sich um ihre Existenz, leben in einem Alltag, der geprägt ist von wenig Stabilität und Sicherheit. Sie haben oft kein funktionierendes soziales Netzwerk und sind von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen. Dies wirkt sich auf ihre körperliche und psychische Gesundheit aus.

Gleichzeitig hat der Großteil unserer Patient*innen keinen ausreichenden Zugang zu Gesundheitsversorgung (87,7 %). Neben fehlendem oder nur eingeschränktem Versicherungsschutz werden sie durch zahlreiche weitere Barrieren an einem Arzt- oder Klinikbesuch im Regelgesundheitssystem gehindert. Dies führt dazu, dass Krankheiten oft viel zu spät entdeckt und behandelt werden.

Die Erfolgsaussichten medizinischer sowie psychotherapeutischer Behandlung sind durch diese Rahmenbedingungen zum Teil stark limitiert. Finanzielle Not verhindert beispielsweise regelmäßige und gesunde Mahlzeiten und die Möglichkeit, notwendige Medikamente zu beschaffen. Ungeregelte Tagesabläufe machen es schwer, verschriebene Medikamente gewissenhaft aufzubewahren und einzunehmen oder Therapie- und Arzttermine einzuhalten. Häufig sind Probleme mit der eigenen Gesundheit nur eines von zahlreichen, drängenden und existenzbedrohenden Problemen, mit denen sich unsere Patient*innen konfrontiert sehen.

Dies macht deutlich, dass (psychisch) kranken Menschen in schwierigen psychosozialen Lebenslagen nur effektiv geholfen werden kann, wenn auch die strukturellen Umstände verbessert werden. Wie inklusiv unsere Gesellschaft gestaltet ist, wirkt sich auf die Gesundheit der Menschen aus. Diskriminierung und der Ausschluss von grundlegenden, existenzsichernden Leistungen wie Gesundheitsversorgung lösen neben der akuten Gefahr für die körperliche Gesundheit eines Individuums auch hohe Kosten und eine Mehrbelastung für die Gesellschaft aus. Die Bundesregierung hat sich durch völkerrechtlich verbindliche Verträge (z. B. UN-Sozialpakt, EU-Grundrechtecharta) verpflichtet, für alle in Deutschland lebenden Menschen gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und einen diskriminierungsfreien Zugang zu bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Daten in diesem Bericht werfen ein Schlaglicht darauf, dass sie dieser Verantwortung bisher nicht ausreichend nachkommt.

Ehrenamtliche Psychotherapeutin open.med München

„Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit als essenzielle Faktoren von Menschenwürde bestimmen psychische Gesundheit. Daher reicht die Bereitstellung von basaler Unterstützung und Hilfsangeboten (z. B. Notunterkunft, medizinische Notversorgung) nicht aus. Wichtig für die psychische Gesundheit ist meines Erachtens Entscheidungs- und Handlungsspielräume für Betroffene zu ermöglichen.“

Eine Patientin wird in der open.med Praxis in München beraten

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 der sich ständig ändernden Ausgangssituationen (z. B. durch die Coronapandemie, Wegfall, Veränderung oder Hinzukommen neuer kommunaler Versorgungsangebote, Fluchtbewegungen, etc.) entwickeln und verändern sich auch die Angebote der Ärzte der Welt-Inlandsprojekte kontinuierlich. Daher können Zahlen und Auswertungen der Vorjahre teilweise größere Abweichungen zu den diesjährigen aufweisen, die aber nicht notwendigerweise auf eine Veränderung der Bedarfe und Lebenssituationen unserer Zielgruppen im Allgemeinen schließen lassen.

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

Impressum

Herausgeber
© 2022 Ärzte der Welt
V.i.S.d.P.: Dr. med. Peter Schwick (Vorstandsvorsitzender)
Landsberger Straße 428
D-81241 München
info@aerztederwelt.org
www.aerztederwelt.org

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

Medizin Hilft e. V.
Ambulanz für Menschen ohne Krankenversicherung (ehemals open.med)
Teltower Damm 8a
14169 Berlin
info@medizin-hilft.org

Ambulante Hilfe e.V.
Kreuznacherstraße 41 A
70372 Stuttgart
medmobil@ambulantehilfestuttgart.de

hoffnungsorte hamburg
Repsoldstraße 46
22097 Hamburg
info@hoffnungsorte-hamburg.de

Autorinnen
Carolin Bader, Ärzte der Welt e. V.
Janina Gach, Ärzte der Welt e. V.
Dr. Johanna Offe, Ärzte der Welt e. V.
Zitiervorschlag: Bader, C, Gach, J., Offe, J., (2022): *Ver(un)sichert? Wie Ausgrenzung psychisch belastet. Krank und ohne Zugang zu Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ärzte der Welt Gesundheitsreport.* München: Ärzte der Welt e. V.

Datenanalyse
Dr. Günter Fröschl, Annie Kashung Mugambwa, Wandini Lutchmun

Fallbeispiele und Zitate
Katharina Ens, Änne Heidenreich, Dr. Cevat Kara, Annemarie Weber

Redaktion
Stephanie Kirchner

Layout und Gestaltung
MediaCompany – Agentur für Kommunikation GmbH

Stand
Oktober 2022

Bildrechte
Titelbild, S. 7: © Ärzte der Welt; S. 13, 15: © Chris Schmid

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

Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) Spenden-Siegel Zeichen für Vertrauen

MIX Papier aus verantwortungsvollen Quellen FSC® C011862