

Gesundheit, ein kostbares Gut Armut macht krank

Auswirkungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auf die medizinische Versorgung
wohnungsloser Menschen

Gesundheit ist ein unbezahlbares, kostbares Gut. Uns nahestehenden, lieben Menschen, dem Nächsten, der Arbeitskollegin, ja auch uns selbst wünschen wir „Gesundheit“. Doch mit Blick auf die in den letzten Jahren „reformierte“ Gesundheitspolitik ist erschreckend festzustellen: Menschen können nicht adäquat für ihre Gesundheit sorgen, weil sie „arm“ sind. Die Möglichkeiten und der Segen einer bislang gut funktionierenden medizinischen Regelversorgung können von denen, die am Rande der Gesellschaft stehen, nicht in demselben Maße in Anspruch genommen werden, wie von der Mehrheit der Bevölkerung. Kurzum, es bestätigt sich die nüchterne Aussage: Armut macht krank! Gesundheit kann gefördert werden, wenn allen Gesellschaftsgruppen ein gleichberechtigter und adäquater Zugang zum Gesundheitssystem und dessen Leistungsmöglichkeiten ermöglicht wird. Dass dies in einem Wohlstandsland wie Deutschland nicht so ist, erschüttert und stimmt zutiefst nachdenklich.

Seit dem 1. Januar 2004 wurde in der Bundesrepublik Deutschland das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Mit den darin definierten Maßnahmen *„sollen die Finanzgrundlagen der GKV gestärkt, sowie das Beitragssatzniveau und damit auch die Lohnnebenkosten gesenkt werden. Die angestrebte Beitragssatzsenkung erfolgt im Wesentlichen durch Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungsanhebungen.“* Soweit eine Erklärung zum Sinn und Zweck dieses Gesetzes.

Gesundheit soll also wieder bezahlbar werden und eben ein Gut „für alle“ sein. Knapp eineinhalb Jahre nach Einführung dieses Gesetzes zeichnet sich eine Entwicklung ab, die verdeutlicht, wie ‚kost‘-bar im wahrsten Sinne des Wortes Gesundheit und Gesundheitsfürsorge geworden ist. Zu dieser Erkenntnis gelangen jene, die eine „Bilanz“ aus dem Blickwinkel derer wagen, die am Rande der Gesellschaft stehen. Für diese Randgruppen, seien es kranke Wohnungslose, Drogenabhängige, psychisch Kranke, alleinstehende und/oder verwahrloste Menschen, ist die Sorge um ihre Gesundheit nicht selbstverständlich die „erste Priorität“. Ihre Stimme verstummt allzu oft im Getöse der großen Politik. Wohlfahrtsverbände, sozialpolitisch engagierte Gruppen und einzelne Initiativen greifen ihre Stimme auf und wagen dorthin zu sehen, wo alle lieber wegsehen. Es ist unbequem, das zu benennen und einzufordern, was im Rahmen dieser Gesundheitsreform schlichtweg übersehen und/oder vergessen wurde. Der Blickwinkel vom Rande der Gesellschaft ist wichtig und in sich kostbar. Denn wie mit einem Vergrößerungsglas lässt er „Brennpunkte“ unserer Gesellschaft erkennen, an denen diese Gesellschaft „krankt“. Der Blickwinkel vom Rande der Gesellschaft enthüllt die „Risiken und Nebenwirkungen“ der Gesundheitsreform“, deren „Langzeitfolgen“ nur zu erahnen sind.

Exemplarisch für manche andere Randgruppe werden nachfolgend am Beispiel der medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen einzelne Probleme und Fragestellungen beleuchtet.

Zum Beispiel Praxisgebühr:

Frau B. lebt bereits seit mehreren Jahren auf der Straße,, aus Angst vor den „schlimmen Menschen“, die sie in ihrer früheren Wohnung „belauscht, verfolgt und belästigt haben“. Kurz nach Einführung des Gmg kommt sie in die ärztliche Sprechstunde der Elisabeth – Straßenambulanz und zeigt ein Mahnschreiben zur Zahlungsaufforderung der noch ausstehenden Praxisgebühr in Höhe von 10,- €. Sie sagt: „Ich verstehe dieses Schreiben nicht, „so etwas hat mir der frühere Arzt noch nie gegeben!“

In der Ambulanz werden ihr die dringend notwendigen Medikamente zur Verhinderung von Krampfanfällen und das Herzmedikament auch ohne Erhebung der Praxisgebühr verordnet. Neben der kontinuierlichen medizinischen Betreuung wird sie weiter vermittelt an eine psychiatrische Institutsambulanz. Und gemeinsam mit der gesetzlichen Betreuerin der Patientin werden weitere Hilfestellungen eingeleitet.

Zum Beispiel Zuzahlungen:

a) Herr J. – ebenfalls seit Jahren ohne eigene Wohnung – nimmt den Dienst der Straßenambulanz nach anfänglichem Zögern inzwischen regelmäßig an. Jetzt braucht der schwer herzkrank und zuckerkrank Patient dringend neue Medikamente. „Haben Sie Geld, um das Rezept einzulösen?“ – „Nein, jetzt nicht mehr, ich musste doch im Krankenhaus bezahlen.“ Und er zeigt zwei Quittungsbelege über 10 €, die vom notärztlichen Dienst ausgestellt wurden. Jetzt ist Herr J. „blank“, denn von seinem monatlichem Regelsatz ist kurz vor dem Monatsende nichts mehr übrig. Aus dem Fond der Spendengelder wird vom Ambulanzteam das Rezept für Herrn J. eingelöst.

b) Herr Z. hat sich endlich zu einer stationären Entgiftungsbehandlung durchgerungen. Wenige Wochen nach deren Beendigung steht er wütend vor der Ärztin in der Straßenambulanz, die ihn dort eingewiesen hat. Er zeigt ihr ein Schreiben seiner gesetzlichen Krankenkasse mit der Aufforderung ca. 100 € Krankenhaustagegeld zu entrichten. Das Geld hat er nicht!....Unter Zuhilfenahme des Sozialarbeiters wird gemeinsam mit dem Patienten ein Schreiben aufgesetzt, in dem Herr Z. die Krankenkasse bittet, die Summe im Laufe eines Jahres in kleinen Raten abstottern zu dürfen.. – Seine Schulden sind inzwischen weiter gewachsen und der „Rückfall in die Sucht“ kam schneller als gedacht.

Zum Beispiel Belastungsgrenze - Chronikerregelung:

Herr L. ist chronisch krank. Er lebt inzwischen in einer Altenwohnung und hat keine gesetzliche Betreuung. Nur auf Anraten des Ambulanzteams kümmert er sich mit Hilfe des Sozialarbeiters um die notwendigen Nachweise dafür, dass er aufgrund seiner Schwerhörigkeit, seiner Harninkontinenz und seiner schweren Lungenerkrankung als „chronisch krank“ eingestuft wird. Folglich müsste er nur 1% seines Regelsatzes (345 €) für Zuzahlungen entrichten. Die Sorge um den Erhalt eines Nachweises zur Zuzahlungsbefreiung wird ihm im Alltag nicht abgenommen. So sammelt die Ambulanz für ihn die notwendigen Quittungen bis zur gesetzlich festgelegten Belastungsgrenze. Obwohl Herr L. inzwischen ein Dach über dem Kopf hat, würde er alle Quittungen verlieren. Er kann nicht lesen und weiß deshalb auch nicht, wie er diese Quittungen bei seiner Krankenkasse einreichen muss.

Zum Beispiel Sehhilfe und Zahnstatus:

Herr F. hat seine Brille bei der Übernachtung im Park zertreten. Geld für den Kauf einer neuen Sehhilfe hat er nicht. Bislang hat er sich nicht in einer Stadt festgemacht, sondern holt sich als Umherziehender im jeweiligen Sozialamt den Tagessatz von 9,90 €. Rücklagen für Gesundheitsbelange lassen sich von dieser Summe nicht bilden, Ansprüche auf ein Darlehen zur Finanzierung der Brille hat er auch nicht. Und die gesetzliche Krankenkasse übernimmt seit Einführung des Gmg keine Zuzahlungen für Sehhilfen. – Mit Hilfe von Spendengeldern der Straßenambulanz kann eine einfache Brille für Herrn F. neu gekauft werden. Sonst wäre Herr F. aufgrund seiner Sehbehinderung im Alltag einer Großstadt noch mehr gefährdet.

Frau B. hat – wie die meisten wohnungslosen Menschen einen extrem schlechten Zahnstatus. Erst viel zu spät bittet sie aufgrund einer schweren Zahnwurzelentzündung die Ärztin im aufsuchenden Ambulanzbus um die Vermittlung an einen Zahnarzt. Aus Angst vor Zuzahlung und weiteren Kosten schlägt sie jedoch die angebotene Hilfe aus.

Zum Beispiel ungeklärter Leistungsträger:

Herr R. hat ist schwer herzkrank und seine Lunge macht ihm Probleme. Bei einem notfallmäßigen Krankenhausaufenthalt wird deutlich: Sein Krankenversicherungsschutz ist mit Beginn 2005 ungeklärt. – Viele Nachforschungen von Seiten der Sozialarbeiter und der Ambulanz ergeben schließlich: Herr R. hatte es nicht verstanden, dass er sich Ende 2004 neu bei seiner bisherigen Krankenkasse hätte anmelden müssen.....Es stand zwar in seinen Papieren, aber das hatte er überlesen. Und wie sollte er verstehen, dass dieser Schritt notwendig war? Herr R. wollte doch nicht die Kasse wechseln?!

Risiken und Nebenwirkungen einer Gesundheitspolitik, die Ausgegrenzte der Gesellschaft weiter ausgrenzt:

Diese Beispiele lassen sich um eine Vielzahl anderer Probleme ergänzen. Was ist schon an diesen wenigen Beispielen abzulesen? Was wird auch in den regionalen und bundesweiten Erhebungen und Befragungen in den Diensten und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe sowie in den Projekten zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen seit Einführung des Gmg deutlich?

Häufiger als in der wohnenden Bevölkerung finden sich bei Wohnungslosen Mehrfacherkrankungen.

- Zahlreiche wohnungslose Menschen nehmen trotz offenkundiger Behandlungsbedürftigkeit erforderliche medizinische Leistungen nicht mehr oder zeitlich verzögert in Anspruch. Viele brechen laufende Behandlungen ab.
- Geplante Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen suchtkranker Wohnungsloser werden verspätet oder gar nicht angetreten.
- Häufig kommt es durch mehrere, zeitnah erforderliche medizinische Behandlungen zu einer Kumulation der anfallenden Kosten, so dass innerhalb kurzer Zeit Kosten bis zur Befreiungsgrenze anfallen (mehrere Medikamente, stationärer Aufenthalt) und darüber hinaus (Fahrtkosten, Gelder für nicht mehr verordnungsfähige Medikamente z.B. Hautsalben, Mittel gegen Pilzerkrankungen).
- Aufgrund der Zuzahlungspflicht für Medikamente werden diese nicht mehr abgeholt. In einzelnen Fällen hat dies notfallmäßige Krankenhausaufenthalte nach sich gezogen, da erneut akute Krankheitssymptome aufgetreten sind.
- Einzelne niedergelassene Ärzte/innen verweigern die ärztliche Behandlung, wenn die Praxisgebühr nicht bezahlt werden kann.
- Die besondere Lebenslage wohnungsloser Menschen macht die erforderliche finanzielle Vorsorge (Rücklagenbildung für evt. Praxisgebühren und Medikamente am Ende eines Monats) fast unmöglich.
- Wohnungslose sind häufiger als andere Bevölkerungsgruppen auf notärztliche Versorgung angewiesen. Hier fallen zusätzliche Kosten an.
- Auch die „Chronikerregelung“ überfordert viele wohnungslose Menschen und verlagert die bürokratischen Anforderungen in die Einrichtungen.
- Besonders prekär ist die Situation derjenigen Wohnungslosen, die keine stabile Anbindung an Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe haben, da dann selbst o.g. Unterstützungen nicht mehr greifen.
- Bundesweit berichten Initiativen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen von einer Verschlechterung der Versorgungslage, insbesondere für den Zahnstatus und die Versorgung mit Sehhilfen. Zu verzeichnen ist vereinzelt bereits ein Anstieg von TBC - Erkrankungen und eine Zunahme therapieresistenter Erkrankungen, was auf vorangegangene Behandlungsabbrüche hinweist.

- Mit der Einführung des GMG werden die Fahrtkosten nur noch in wenigen Fällen von der GKV übernommen. Fahrtkosten können daher eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung für wohnungslose Menschen darstellen, insbesondere dann, wenn
 - längerfristige und kontinuierliche Behandlungen erforderlich
 - und längere Anfahrtswege gegeben sind,
 - öffentliche Verkehrsmittel kaum oder nur unzureichend zur Verfügung stehen.
 Die Fahrtkosten und die damit bedingte erschwerte Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung führt ebenfalls zu verzögerten, abgebrochenen oder verweigerten erforderlichen medizinischen Behandlungen mit den geschilderten Auswirkungen. Für Bezieher/innen von Unterhaltsleistungen nach Tagessätzen stellt schon die einmalige Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln ein finanzielles Problem dar.
- Substituierte wohnungslose Menschen (z.B. Medikamente anstelle von Drogen), die aufgrund der Substitution eine enge Anbindung an die substituierende Praxis haben müssen, aber lange Anfahrtswege haben oder nicht auf öffentliche Verkehrsmittel zurückgreifen können, haben Probleme, die regelmäßige und kontinuierliche ärztliche Betreuung aufrechtzuerhalten.
- Personen, die erwerbsfähig und bedürftig sind, haben Anspruch auf Leistungen des SGB II. Sie sind im Rahmen der Grundsicherung für erwerbsfähige Arbeitslose u.a. auch krankenversichert. Immer wieder werden Fälle gemeldet, dass Personen, die bisher Sozialhilfe bezogen haben, nun als Bezieher von Arbeitslosengeld II von Krankenkassen abgelehnt werden. Da der Bezug von SGB II Leistungen mit der Versicherungspflicht verknüpft ist, entfällt auch Krankenhilfe nach SGB XII. Auf diese Weise unterbleiben oft erforderliche medizinische Leistungen, da kein Krankenversicherungsschutz besteht.

Diese Auflistung konkreter „Nebenwirkungen“ einer Gesundheitspolitik, die bestimmte Personengruppen und Lebensumstände ausgrenzt, erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Und gleichzeitig reichen diese Beispiele aus, für eine kritische und besorgniserregende Einschätzung der weiteren, mittel- und langfristigen Entwicklung, wenn nicht konkrete Nachbesserungen und Änderungen von Seiten der Politik und Leistungsträger vorgenommen werden.

Gefahren einer Gesundheitspolitik, die Ausgrenzte der Gesellschaft weiter ausgrenzt:

➤ **Gefahr der Stigmatisierung**

Armut wird „sichtbar“. Wenn eine derartige Entwicklung fortschreitet, führt dies unweigerlich zur Stigmatisierung der Betroffenen. Schon jetzt wird am Zahnstatus, am Fehlen der Sehhilfe, am Grad der Verwahrlosung sichtbar, dass ein Zugang zur medizinischen Regelversorgung einzelnen Gesellschaftsgruppe erschwert bzw. unmöglich ist.

➤ **Rückschritt statt Fortschritt**

Wohnungslose Menschen werden meist von den Angeboten der medizinischen Regelversorgung nicht erreicht. Sie zeigen im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen in der Regel kein aktives Nachfrageverhalten nach medizinischen Leistungen. Sie müssen durch flankierende Beratung und Unterstützung sowie durch niedrigschwellige Versorgungsgebote, die an ihrer Lebenslage ausgerichtet sind, an die erforderlichen medizinischen Behandlungen erst herangeführt werden.

Die Praxisgebühr und die Zuzahlungen haben dazu geführt, dass sich die gesundheitliche Versorgung verschlechtert hat und erreichte Verbesserungen wieder verloren gegangen sind.

➤ **Arme Kranke will niemand haben**

Der Streit zwischen den verschiedenen Leistungsträgern (Krankenkassen, Kommunen, Arbeitsagenturen) über die Zuständigkeit geht oft zu Lasten behandlungsbedürftiger Patienten/innen. Infolge fehlender Krankenversicherungsverhältnisse wird ärztliche und medizinische Hilfe gar nicht oder zu spät in Anspruch genommen. Dadurch kommt es zunehmend zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes und zur Chronifizierung von Erkrankungen. Ebenso werden wiederholte Notfallbehandlungen an kranken Wohnungslosen erforderlich. All dies führt mittelfristig zu Mehrkosten im Gesundheits- und Sozialhilfesystem. Und darüber hinaus werden Bürgerinnen und Bürgern unserer Gesellschaft ‚regelrecht‘ vom Versorgungsnetz abgeschnitten, indem Behörden und Leistungsträgern ihre jeweilige Verantwortlichkeit zur Kostenfinanzierung für die Kranken ablehnen und Gesundheitsfürsorge nur noch im äußersten Notfall gewährt wird.

➤ **Abschied von einer niedrigschwelligen Versorgung kranker Wohnungsloser oder Herausforderung für die Gesamtgesellschaft**

Aufgrund der Tatsache, dass wohnungslose Menschen in der Regelversorgung des medizinischen Systems nicht angemessen versorgt werden, sind in den letzten 15 Jahren aus dem Hilfesystem heraus verschiedene Formen der niedrigschwelligen medizinischen Versorgung entwickelt worden. Sie sind in der Regel unmittelbar in den Diensten und Einrichtungen des Hilfesystems angesiedelt oder eng an diese Dienste und Einrichtungen angebunden. Sie haben eine Brückenfunktion zum regulären medizinischen Versorgungssystem und tragen zur Integration wohnungsloser Menschen in das medizinische Regelversorgungssystem bei.

Durch das Gmg haben sich für diese Angebote niedrigschwelliger medizinischer Versorgung weitreichende Veränderungen ergeben, die den niedrigschwelligen Zugang der Patienten/innen erschweren und damit ihre spezifische Funktion in Frage stellen.

Keines der Modelle hat eine gesicherte Regelfinanzierung. Häufig übernehmen die Kommunen einen Teil der Kosten. Die Krankenkassen sind nur in wenigen Ausnahmefällen an den Projektkosten beteiligt. So sind die Angebote immer auch auf Eigenmittel der Träger und auf Spenden angewiesen.

Die aktuellen Entwicklungen lassen befürchten: In Zukunft werden nur jene Versorgungsmodelle weiter bestehen können, denen eine mittel- und langfristige Pauschalfinanzierung auf regionaler Ebene unter Einbeziehung möglichst vieler Beteiligter aus Kommune, gesetzlicher Krankenkasse und kassenärztlicher Vereinigung gelingt. Vermutlich bedarf es auch zukünftig der mutigen Entscheidung einzelner Wohlfahrtsverbände oder anderer sozialer Träger, das finanzielle Risiko niedrigschwelliger Versorgungsmodelle zu tragen, um die bislang positive Entwicklung im Bereich der Versorgung kranker Wohnungsloser und damit einem wesentlichen Bereich der Armutsmedizin nicht aufzugeben oder zu gefährden.

Letztlich wird sich ein Wohlfahrtsverband wie der Caritasverband Deutschland gemäß seinem christlichen Leitbild auch zukünftig entschieden dafür einsetzen, die Menschen am Rande der Gesellschaft nicht aus dem Blick zu verlieren, für ihr Wohlergehen im umfassenden Sinne einzutreten, Ungerechtigkeit beim Namen zu nennen und mit gleichgesinnten Frauen und Männern an kreativen Lösungsmöglichkeiten arbeiten, eine gerechtere und heilere Gesellschaft zu ermöglichen. Diese Gewissheit ermutigt und trägt all jene, die sich weiterhin nicht nur für die medizinische Versorgung kranker Wohnungsloser einsetzen, sondern auch diejenigen, die sich in der Pflege und medizinischen Betreuung kranker Menschen, gleich welcher Gesellschaftsschicht für eine fachlich qualifizierte, am Menschen und seiner Ganzheitlichkeit orientierten Medizin einsetzen.

Sr. Dr. med. Maria Goetzens, Elisabeth-Straßenambulanz, Caritasverband Frankfurt