

Position

der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten



Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 12. November 2010

1. Einleitung

1.1. Hintergrund

Mit der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2004 sollten u. a. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessert, die Transparenz erhöht, Eigenverantwortung und Beteiligungsrechte der PatientInnen gestärkt werden. Die Finanzierung sollte neu geordnet werden mit dem Ziel der Kosteneinsparung und deutlicher Beitragssatzsenkungen. (vgl. Bundestags - Drucksache 15/1525 vom 08. 09. 2003)

„Um die strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu beheben“, heißt es im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG) vom 23.09.2010, müsse eine „nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden.“ Ab 2011 wird deshalb der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenkasse auf 15,5 % angehoben. Zugleich wird der Arbeitgeberanteil auf 7,3 % eingefroren. Alle weiteren Kostensteigerungen werden zukünftig zu Lasten der Beitragszahlenden gehen, in Form erhöhter Beiträge und der neu eingeführten einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge. Ein sog. Sozialausgleich, dessen Finanzierung mittel- und langfristige Streitig und unsicher ist, erfolgt erst dann, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 % des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt.

Die gegenwärtig geltende gesetzliche Grundlage des medizinischen Regelsystems, das weiter unten detaillierter beschrieben wird, beschreibt die vorerst letzte Stufe eines Prozesses der zunehmenden Kostenbeteiligung der PatientInnen. In diesem Positionspapier wird das Augenmerk

nicht nur auf Praxisgebühren und Zuzahlungen gerichtet, sondern auf alle privat zu erbringenden Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung.

Dieser Prozess der Zug um Zug privat und zusätzlich zu den Krankenkassenbeiträgen zu finanzierenden Gesundheitsversorgung lässt sich als deutliche Entwicklung seit 1989 beschreiben: u.a. ¹

Gesundheitsreformgesetz (GRG), 01.01.1989:

- Einführung bzw. Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz, Krankenhausaufenthalte und Fahrtkosten
- Einführung des Festbetragssystems bei Arznei- und Hilfsmitteln, Ausschluss von Bagatellarzneimitteln

Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), 01.01.1993:

- Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel und Begrenzung auf medizinisch notwendigen Zahnersatz

Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG), 01.01.1997:

- Anhebung der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel und Krankenhausaufenthalte
- Absenkung des Krankengelds von 80% auf 70% des Bruttoeinkommens
- Kürzungen bei Kurleistungen
- Streichung der Zuschüsse für Brillenfassungen
- Abschaffung der Zahnersatzleistungen für nach 1978 Geborene

1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (1. und 2. GKV-NOG), 01.07.1997:

- Erhöhung der Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel, Krankenhausaufenthalte und Fahrtkosten

Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG), 01.01.2003

- Absenkung der Höchstpreise für zahntechnische Leistungen

Hohe private Gesundheitsausgaben sind längst nicht auf die oberen Einkommensbezieher beschränkt: Auch in der untersten Einkommensklasse, also bei einem Haushaltsnettoeinkommen bis 1.300,- €, gaben eine Million Haushalte mehr als 5 % ihres Haushaltsnettoeinkommens für Gesundheitspflege aus, d. h. 117,- € pro Monat.²



Im Jahr 2006 gaben die bundesdeutschen Haushalte im Durchschnitt 83,00 € / Monat für Gesundheitspflege aus; Einpersonenhaushalte 67,00 €, Haushalte in der untersten Einkommensklasse (bis 1.300,- netto) 25,- €. In dem Regelsatz für einen Einpersonenhaushalt sind 15,55 € monatlich für Gesundheitspflege (inkl. der Praxisgebühr) vorgesehen.

1.2. Zielgruppen der medizinischen Versorgung Wohnungsloser

Eine Unterscheidung zwischen Zielgruppen und Nutzergruppen ist notwendig.

Die in den letzten zwei Jahrzehnten aufgebauten spezifischen gesundheitlichen Versorgungsangebote im Umfeld der Wohnungslosenhilfe richten sich an wohnungslose Männer und Frauen, wobei die Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. zugrunde gelegt worden ist.³

Darin wird u. a. festgestellt, dass der Begriff Wohnungsnotfall nur einer der Grundbegriffe zur Beschreibung der Lebenslage der Klientel der Wohnungslosenhilfe ist. „Die BAG W vertritt und verwendet den Grundbegriff „Personen in sozialen Schwierigkeiten oder sozialer Ausgrenzung“ als weiteren und gleichwertigen Grundbegriff zur allgemeinen Beschreibung der Lebenslage wohnungsloser oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen. Er ist nicht zwingend deckungsgleich mit dem Rechtsbegriff des § 67 SGB XII (Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind).“ Nach dieser Definition sind Haushalte und Personen, aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen, die

A. ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung (oder Wohneigentum) und nicht institutionell untergebracht sind, darunter

A.1 ohne jegliche Unterkunft

A.2 in Behelfsunterkünften (wie Baracken, Wohnwagen, Gartenlauben etc.)

A.3 vorübergehend bei Freunden, Bekannten und Verwandten untergekommen

A.4 vorübergehend auf eigene Kosten in gewerbsmäßiger Behelfsunterkunft lebend (z. B. in Hotels oder Pensionen)

B. ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung (oder Wohneigentum), aber institutionell untergebracht sind, darunter

B.1 per Verfügung, (Wieder-)Einweisung oder sonstiger Maßnahme der Obdachlosenbehörde oder zuständigen Ordnungsbehörde untergebracht (ordnungsrechtlich untergebrachte Wohnungsnotfälle)

B.2 mit Kostenübernahme nach Sozialgesetzbuch – SGB – II oder SGB XII vorübergehend in Behelfs- bzw. Notunterkünften oder sozialen Einrichtungen untergebracht (durch Maßnahmen der Mindestsicherungssysteme untergebrachte Wohnungsnotfälle)

B.3 mangels Wohnung in sozialen oder therapeutischen Einrichtungen länger als notwendig untergebracht (Zeitpunkt der Entlassung unbestimmt), bzw. die Entlassung aus einer sozialen oder therapeutischen Einrichtung oder aus dem Strafvollzug steht unmittelbar bevor (innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen) und es ist keine Wohnung verfügbar.

Die sogenannten niedrighschwelligten Hilfen zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser sollten immer eine Brückenfunktion in die Regelversorgung haben für Wohnungslose, denen der Zugang zur regelhaften medizinischen Versorgung durch strukturelle und / oder individuelle Barrieren erschwert ist. Dies trifft insbesondere auf Wohnungslose zu, die ohne eigene mietrechtlich abgesicherte Wohnung (oder Wohneigentum) und nicht institutionell untergebracht sind.

Zu den Faktoren, die die medizinische Versorgung von Wohnungslosen erschweren, gehörten in der Vergangenheit.⁴

- Fehlende bedarfsgerechte medizinische Angebote
- Ungeklärte oder fehlende Versicherungsverhältnisse
- Schlechte Erfahrungen der PatientInnen mit dem medizinischen Regelsystem und/oder der institutionellen Hilfe
- Misstrauen gegenüber institutioneller Hilfe
- Kommunikationsstörungen im Behandlungskontakt
- Aggressives Verhalten
- Selbstverletzendes Verhalten
- Durch Suchtmittel veränderte Bewusstseinslage, dadurch erschwerte Diagnostik und Behandlung
- Schlechte Körper- und Kleiderhygiene
- Begrenzte oder fehlende Krankheitseinsicht und Motivation zur Mitwirkung
- Unzureichende Vernetzung der Versorgungsangebote mit weiterführenden Hilfen
- Fehlende Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen und/oder ethnischen Besonderheiten

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2004 sind weitere massive Zugangsbarrieren zum medizinischen Regelsystem aufgebaut worden – und zwar nicht mehr nur für wohnungslose PatientInnen. Vielmehr stellen die Kernpunkte des GMG für einen wesentlich größeren Teil der Bevölkerung ein Zugangshemmnis zur medizinischen Versorgung dar, so dass die Angebote für die Zielgruppe der Wohnungslosen zunehmend von armen, aber nicht unbedingt wohnungslosen PatientInnen genutzt werden. Ähnlich wie im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser lässt sich auch in anderen niedrighschwelligten Notversorgungssystemen beobachten, dass diese zunehmend von armen, aber nicht wohnungslosen Menschen genutzt werden.

Des Weiteren hat die seit der Osterweiterung der EU deutlich gestiegene Zahl der ArbeitsmigrantInnen ohne Kran-

kenversicherung und die deutliche Zunahme von MigrantInnen mit einem ungesicherten Aufenthaltsstatus, der ihnen derzeit per se die Nutzung des medizinischen Regelsystems unmöglich macht, wenn sie nicht eine Abschiebung riskieren wollen, zu einer Ausweitung des NutzerInnenkreises geführt.

Ziel der niedrigschwelligen Hilfen für Wohnungslose war immer die Sicherung einer medizinischen Grundversorgung mit Begleitung und Unterstützung zur Inanspruchnahme regulärer Versorgungsangebote. Die Rückführung in das Regelsystem stand dabei immer im Mittelpunkt. Diese Ausrichtung der medizinischen Versorgungsprojekte für Wohnungslose ist durch die o. g. geänderten nationalen und globalen Rahmenbedingungen in Frage gestellt.

2. Beschreibung des medizinischen Regelsystems - Gesetzesnovellierungen der letzten Jahre und ihre Auswirkungen

Seit 2003 gab es mehrere Änderungen in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung, die für alle Bürger, vor allem aber für Arme und Wohnungslose in ihren Auswirkungen erheblich waren.

2.1. Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Das im Jahr 2003 verabschiedete Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG (Änderungen im SGB V) trat zum 01. 01. 2004 in Kraft.

Seitdem müssen alle gesetzlich Versicherten ab dem 18. Lebensjahr 2% (bzw. 1% bei chronischer Erkrankung) ihres Jahresbruttoeinkommens im Krankheitsfall für Zuzahlungen aufbringen. Dazu zählt die so genannte Praxisgebühr, bei der für jeden ersten Praxiskontakt im Quartal (ausgenommen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen), bei jedem Praxiskontakt ohne Überweisung sowie beim Aufsuchen einer Zahnarztpraxis 10,- € bezahlt werden müssen (zusätzlich auch im Notdienstsystem). Weitere Zuzahlungen betreffen Rezepte, Krankenhausaufenthalte, Verordnungen für Krankengymnastik, physikalische Therapie und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Krankentransporte. Legen Versicherte Quittungen vor, die in der Summe 2% - bei einer chronischen Erkrankung (1%) - des Bruttojahreseinkommens erreichen, können sie sich für den Rest des Kalenderjahres bei der Krankenkasse von weiteren Zuzahlungen befreien lassen.

Um die Bedingungen zu erfüllen, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden, muss der Patient in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal pro Quartal wegen derselben Erkrankung beim Arzt gewesen sein oder entweder mindestens eine Pflegestufe 2 oder einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% haben oder eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist notwendig, ohne die es nach ärztlicher Einschätzung zu einer lebensbedrohlichen Verschlimmerung, einer Verminderung der Lebensqualität oder einer dauerhaften Beeinträchtigung der Lebensqualität kommen würde (§62 SGB V). Dass die o.g. Bedingungen erfüllt sind, bescheinigt der behandelnde Arzt auf einem Vordruck, die letztendliche Feststellung über das Vorliegen

einer chronischen Erkrankung obliegt der Krankenkasse. Rezeptfreie ("Over-The-Counter-" oder OTC-)Medikamente können nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden für Versicherte über zwölf Jahre (ausgenommen sind Jugendliche mit einer erheblichen Entwicklungsverzögerung bis zum 18. Lebensjahr). Für rezeptfreie Medikamente, die bei bestimmten Erkrankungen unerlässlich sind, wurde eine Ausnahmeliste mit Erkrankungen und zugehörigen Medikamenten von dem Gemeinsamen Bundesausschuss erstellt (so genannte OTC-Liste). Quittungen über den Kauf von OTC-Medikamenten können nicht für das Erreichen der Zuzahlungsgrenze geltend gemacht werden.

Für Hilfsmittel (beispielsweise Einlagen, Thrombosestrümpfe etc.) wurden Festpreise ermittelt, die die Anbieter häufig nicht einhalten. Die Summe über dem Festpreis müssen die PatientInnen zusätzlich zur Rezeptgebühr zahlen. Die Krankenkassen sind gehalten, dem Patienten z.B. Sanitätshäuser zu benennen, die den Preis einhalten. Diese Regelung ist weitgehend unbekannt.

Krankentransporte außerhalb des Notfallsystems und der Einweisung zu vollstationärer Behandlung sind zu Lasten der Krankenkasse nur noch eingeschränkt möglich. Fahrten zur Chemotherapie oder Bestrahlung sind möglich, die Zuzahlung fällt nur bei der ersten An- und Abreise an. Fahrten zu ambulanter Diagnostik oder Behandlung sind nach Genehmigung durch die Kassen nur möglich, wenn der Patient mindestens Pflegestufe 2 oder die Merkmale "blind", "außergewöhnlich gehbehindert" oder "hilflos" im Schwerbehindertenausweis hat.

Brillengestelle und -gläser wurden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Ausgenommen sind Sehhilfen für Patienten, die eine erhebliche und genau definierte Einschränkung der Sehfähigkeit haben.

Für Zahnersatz gilt auch die Festbetragsregelung. Nicht alle Zahnärzte sehen sich in der Lage, Prothesen dafür anzubieten.

2.2. Fallpauschalen im Krankenhaus

Seit 2006 gelten in der Bundesrepublik verbindlich Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) zur Abrechnung von Krankenhausbehandlungen. Sie lösten die Vergütung in tagesgleichen Pflegesätzen ab und wurden weitgehend aus dem Australischen System übernommen. Dort jedoch gibt es, im Gegensatz zu Deutschland, soziale Faktoren, die die Vergütung erhöhen können. Ziel der DRG ist eine Verkürzung der Krankenhausverweildauern und Verlagerung von nicht notwendiger Klinikbehandlung in den ambulanten Bereich sowie, in der Folge, ein Abbau von Klinikbetten.

2.3. Krankenversicherungspflicht

Seit dem 1.04.2007 gilt, dass alle Bundesbürger, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren und nun ohne Versicherung sind, verpflichtet sind, einer gesetzlichen Krankenkasse beizutreten (§5 SGB V).



Jeder Versicherte, der später wieder in die GKV eingetreten ist, muss die Beiträge seit dem 1.04.07 nachentrichten. Die Summe ist mit einem zusätzlichen Säumniszuschlag von 5% pro Monat zu verzinsen. Bis zur vollständigen Zahlung der Rückstände hat der Versicherte (ausgenommen Menschen, die Leistungen nach SGB II und XII beziehen) lediglich Versicherungsschutz für Notfallleistungen in der Medizin, nicht jedoch für elektive (also planbare) Maßnahmen. Ausgenommen ist hier die Schwangerenvorsorge. Eingeschlossen in diese Regelung sind auch Familienversicherte, also beispielsweise Kinder.

Bürger, die zuletzt privat krankenversichert waren, müssen sich ab dem 1.01.09 erneut privat versichern. Dabei gilt, dass der Basistarif in der privaten Krankenversicherung nicht höher sein darf als der durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV (2010 rund 581 Euro/Monat).

Die privaten Kassen dürfen vor erneuter Aufnahme des Patienten keine Gesundheitsprüfung durchführen.

2.4. Der Gesundheitsfonds

Bis zum 31.12.2008 konnten gesetzliche Krankenkassen ihre Beitragssätze selbst bestimmen und erzielten ihre Einnahmen auf direktem Wege von den Versicherten. Seit 1.1.2009 besteht ein völlig neues Beitrags- und Finanzierungssystem. Alle Versicherten bezahlen einen einheitlichen Beitragssatz, der direkt in den so genannten Gesundheitsfonds fließt. Die Kassen erhalten ihre Einnahmen nur noch über den Fonds an Hand vorgegebener Kriterien. D.h., alle Krankenkassen bekommen dieselben Pauschalen pro Patient pro Monat sowie Zuschläge für Risikopatienten (morbiditätsorientierte Zuschläge). Die Grundpauschale richtet sich nach Alter und Geschlecht der Versicherten. Die Pauschale soll die Behandlungskosten der Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse abdecken. Für die oben erwähnten Risikopatienten erhalten die Krankenkassen gemäß eines ausgeklügelten Systems Zuschläge je nach Risikogruppe. In der jeweiligen Risikogruppe ist der Zuschlag für alle PatientInnen gleich, Alter und Geschlecht spielen hierbei keine Rolle. Er dient der Abdeckung der Folgekosten der jeweiligen Risikoerkrankung. Hier gelten ausschließlich die Diagnosen, die ÄrztInnen bei stationärer oder ambulanter Behandlung gestellt haben, eine Zahlung aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkasse erfolgt dann, wenn die Diagnose in einem Folgequartal bestätigt wird.

Falls die Einnahmen einer Kasse aus dem Gesundheitsfonds für die Kasse nicht kostendeckend sind, kann die Kasse von ihren Versicherten einen Zuschlag zum Krankenkassenbeitrag einfordern, im Unterschied zur bisherigen Systematik zahlen die Arbeitsgeber hier nicht zu, d.h. die finanzielle zusätzliche Belastung betrifft zu 100% die Versicherten.

Mit der Änderung der Krankenkassen-Finanzierung hat sich auch das Honorarsystem für die PraxisärztInnen grundlegend verändert. Es werden „Regelleistungsvolumina“ (RLV) individuell für jeden Arzt pro Quartal festgelegt, die sich zurzeit an der Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals festmachen. Für jede Fachrichtung wird außerdem eine Behandlungspauschale festgelegt. Diese Pauschalen

variieren von Bundesland zu Bundesland und von KV zu KV. In geringem Umfang können zusätzliche Leistungen außerhalb des RLV abgerechnet werden. Über das RLV hinaus abgerechnete Leistungen werden abgestaffelt deutlich niedriger honoriert.

3. Auswirkungen

3.1. allgemeine Auswirkungen

Die von der Bundesregierung herausgestrichenen Ziele der Gesundheitsreform insb. die sog. Patientensouveränität, die Eigenverantwortung und die Beteiligungsrechte der PatientInnen erweisen sich als weitere direkte Kostenbeteiligungen und Selbstzahlungen.

Die in der Gesetzesbegründung genannte „verbindliche Eigenverantwortung“⁵ ist ein Paradox, da die PatientInnen nur unter Kaufnahme von Qualitätsverlusten bei ihrer gesundheitlichen Versorgung „souverän“ über die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen entscheiden können. Darüber hinaus sind sie von den Urteilen und Einschätzungen der Dienstleister im Gesundheitswesen maßgeblich abhängig, die in Folge dessen die entscheidende Steuerungsfunktion haben.

Die staatlicherseits erwünschte und propagierte Steuerungswirkung o. g. Maßnahmen ist nicht eingetreten, stattdessen erweisen sich die Maßnahmen unter dem Strich als kontraproduktiv:

- Der Moral-Hazard-Effekt, bei dem eine Sogwirkung unterstellt wird, die den Einzelnen zu einer extensiven Nutzung des Gesundheitswesens anspornt, wenn ein Leistungsanspruch von Versicherten unabhängig von der Höhe der Beiträge zur Krankenversicherung besteht, konnte durch keine Studie belegt werden. „Die Einführung von Kostenbeteiligungen für Patienten scheint eher die bedarfsgerechte Versorgung zu gefährden, weil sie Kranke von der Inanspruchnahme abhalten.“⁶
- Arme PatientInnen sparen an der gesundheitlichen Versorgung und riskieren damit eine Verschleppung und Chronifizierung ihrer Krankheiten, die letztlich zu steigenden Kosten im Gesundheitssystem führen können.
- Die Zahl der Arztkontakte bei Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und geringem Einkommen hat sich reduziert.⁷ Bei der Gruppe der „gesunden Geringnutzer“, die einen Anreiz zur Vermeidung von evt. überflüssigen Arztbesuchen haben sollten, zeigt sich seit 2003 eine Konstanz bei den Arztkontakten.

Im Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2007 wird explizit festgehalten: „Eine einkommensunabhängige Selbstbeteiligung hat nachweislich bei sozial Schwächeren eine stärkere Wirkung auf die Inanspruchnahme als bei besser Verdienenden. Das kann deshalb gesundheitlich problematische Konsequenzen haben, weil der allgemeine Gesundheitszustand in unteren sozialen Schichten schlechter ist als in den mittleren und oberen.“⁸ Diese Schlussfolgerungen decken

sich bspw. mit Untersuchungen aus Kanada, die bereits bei der Einführung des GMG vorlagen, die belegten, dass chronisch kranke arme Menschen aus Kostengründen auf Behandlungen verzichten.⁹

3.2. Auswirkungen auf Wohnungslose

Von diesen skizzierten Entwicklungen sind insb. wohnungslose Männer und Frauen betroffen. Wohnungslose Menschen haben häufig einen schlechten Gesundheitszustand, ebenso häufig ein schlechtes Gesundheitsverhalten und leben in Situationen, die wenig gesundheitsfördernd sind.

In 2008 hatten ca. 44 % der KlientInnen der Wohnungslosenhilfe in den sechs Monaten vor Hilfebeginn keinen Hausarzt aufgesucht, aber trotzdem leiden ca. 64 % der KlientInnen an erkennbaren oder bekannten gesundheitlichen Störungen.¹⁰

Eine nicht unerhebliche Zahl der Wohnungslosen hat ein Einkommen, das noch unter den Eckregelsätzen des SGB II / XII liegt, ein knappes Viertel verfügt über gar kein Einkommen. PatientInnen in stationären Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe müssen Zuzahlungen, Praxisgebühren und die Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente aus ihrem monatlichen Barbetrag bestreiten.

Bei Inkrafttreten des GMG wurde vorausgesetzt, dass einerseits alle Menschen über ausreichend Geld für die notwendigen Zahlungen verfügen und dass sie außerdem gesundheitlich wichtige Maßnahmen als prioritär erkennen und nicht unterlassen (Eigenverantwortung).

Mit den niedrigschwelligen medizinischen Hilfen für Wohnungslose sollen Behandlungsbarrieren überwunden oder abgebaut werden, um wohnungslosen PatientInnen einen Zugang zum medizinischen Regelsystem zu ermöglichen. Dies wird durch die Gesetzgebung im Gesundheitssektor konterkariert.

Es gibt nur in wenigen Kommunen Sonderregelungen, die eine Behandlung in Praxen ermöglichen ohne Zahlung der Praxisgebühr.

Das Sammeln von Quittungen für geleistete Zuzahlungen ist ein großes Problem in einer Lebenssituation, in der auch wichtigere Dokumente verlorengehen.

Um eine Erkrankung durch die Krankenkasse als chronisch anerkannt zu bekommen, muss der Patient regelmäßig zum Arzt gehen. Bei einer Vielzahl der kranken Wohnungslosen kommt es zu Behandlungsunterbrechungen oder Arztwechseln, die diesen Teil der Bedingungen unmöglich machen. Dennoch leiden die Menschen unter einer (zuzahlungintensiven) chronischen Erkrankung, müssen aber 2% ihres Jahreseinkommens leisten. Ebenso verhält es sich bei Patienten mit neu diagnostizierten chronischen Krankheiten. Das Erlangen eines Befreiungsausweises für Zuzahlungen ist ein erheblicher Verwaltungsaufwand. Die Krankenkassen haben keinen Bargeldverkehr. Damit kommt es für Wohnungslose, die kein Konto haben, zu unnötigen Kosten, wenn sie die Gesamtsumme der Zuzahlungen im Vorwege leisten möchten, um keine Quittungen sammeln zu müssen. Belegt ein Patient anhand der Quittungen, dass er

mehr gezahlt hat als notwendig, erhält er über die Summe einen Barscheck.

Liegt ein Patient beispielsweise 20 Tage im Krankenhaus, erhält er eine Rechnung über 200 Euro. Ist er noch nicht befreit, muss er die Summe an das Krankenhaus zahlen, kann dann die Quittung bei der Kasse einreichen und erhält das zu viel gezahlte Geld von dort zurück. Es ist Kulanz der Klinik, wenn sie die Rechnung zurückstellt, bis der Patient möglichst umgehend seine Zuzahlungen freiwillig leistet und befreit wird.

Erschweren schon die Zuzahlungen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, so ist die von Sanitätshäusern häufig verlangte Aufzahlung für Hilfsmittel für Wohnungslose kaum zu finanzieren und führt dazu, dass sie nicht gekauft werden. Ähnlich verhält es sich mit Zahnersatz, da die meisten Zahnärzte Zahnersatz nicht zum Festpreis anbieten. Jedoch nur bei Einhaltung des Festpreises ist bei „unzumutbarer Belastung“ eine Aufzahlung zu vermeiden.¹¹

Die Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus als Folge des DRG-Systems führt dazu, dass vermehrt PatientInnen mit nicht abgeschlossenem oder nicht weit voran geschrittenem Heilungsverlauf entlassen werden. Das setzt mehrere Dinge voraus, damit es nicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt: Zunächst bedarf es einer optimalen Verzahnung des stationären und ambulanten Systems, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich. Am Tag der Entlassung muss die weitere haus- und / oder fachärztliche Versorgung, evtl. durch Hausbesuche, organisiert sein. Medikamente müssen vorhanden sein. Bei notwendiger pflegerischer Versorgung muss der Pflegedienst informiert sein, für die Behandlungspflege wird eine Verordnung des ambulanten Arztes benötigt, für Grundpflege das Vorliegen einer Einstufung nach SGB XI (Pflegestufe).

Des Weiteren bedarf es eines sozialen Umfeldes, das den Teil der Versorgung übernimmt, den weder Arzt noch Pflegedienst abdecken können, vor allem, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI besteht. Hier geht es um Hilfestellungen in der Bewältigung des Alltags (Einkaufen, Botengänge, Hilfe beim Toilettengang etc.).

Schließlich ist es unerlässlich, eine häusliche Umgebung zu haben, in der die Genesung voranschreiten kann (Wärme, Bett etc.).

Diese Bedingungen sind in der Wohnungslosigkeit zumeist nicht erfüllt. Die Kliniken bewegen sich in dem Dilemma, entweder den Menschen in der stationären Behandlung zu behalten und unwirtschaftlich zu sein oder ihn mit nicht abgeschlossenem Heilungsprozess in nicht gesicherte Versorgung zu entlassen. Verschärft wird dieser Zustand durch die Auswirkungen der Regelleistungsvolumina: Danach wird zum Beispiel ein einmaliger Arzt-Patientenkontakt im Quartal in gleicher Höhe honoriert wie zahlreiche Kontakte und intensive Gespräche. Lediglich für chronisch kranke Patienten gibt es einen Zuschlag von 17,33 € im Quartal. Hausbesuche fallen auch unter das RLV und die Quartalspauschale und sind daher nicht mehr kostendeckend. Insb. wohnungslose PatientInnen bedürfen aber wegen ihrer



Multimorbidität zahlreicher ärztlicher Kontakte. Auf die Probleme wohnungsloser PatientInnen den Status „chronisch krank“ zu erhalten, ist bereits hingewiesen worden. Die ambulante Versorgung wohnungsloser PatientInnen ist damit stark gefährdet.

4. Veränderte Klientel der medizinischen Projekte

Seit 2004 ist in den medizinischen Projekten eine deutliche Veränderung bezüglich der NutzerInnen der Angebote festzustellen.

Gründe hierfür sind

4.1. die Gesundheitsgesetzgebung

4.2. die Änderungen im SGB II und SGB XII

4.3. der zunehmende Anteil an ausländischen NutzerInnen, besonders bedingt durch die EU-Erweiterung

zu 4.1. Gesundheitsgesetzgebung

Um die medizinische Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen aufrecht zu erhalten, bemühen sich die medizinischen Projekte seit Anfang 2004, die finanzielle Belastung der PatientInnen (Praxisgebühr, Zuzahlungen, Kauf von OTC-Präparaten etc) möglichst gering zu halten. Dies geschieht auf unterschiedliche Weise, z.B. über Sonderregelungen mit den kassenärztlichen Vereinigungen oder über eine Finanzierung aus Spendenfonds, über intensive sozialpädagogische Hilfestellungen zur Durchsetzung des Anspruchs auf Zuzahlungsbefreiung bei Erreichen der Belastungsgrenze.

Diese für die PatientInnen erkennbaren Vorteile einer medizinischen Betreuung in den Projekten der Wohnungshilfe erschweren allerdings die Reintegration in das medizinische Regelsystem erheblich bzw. führen dazu, dass die PatientInnen in der Betreuung der Projekte verbleiben (wollen), auch wenn sie nicht mehr KlientInnen der Wohnungshilfe sind und / oder wieder in einer eigenen Wohnung leben oder in Arbeitsverhältnisse eingegliedert werden konnten.

zu 4.2. Änderungen im SGB II und SGB XII

Die steigende Zahl armer MitbürgerInnen führt vermehrt Menschen ohne Erfahrung der Wohnungslosigkeit in die Projekte – ausschließlich aufgrund ihrer wirtschaftlichen Bedürftigkeit (ALG II-Empfänger, Grundsicherungsempfänger, ältere Menschen mit kleineren Renten und aufzahlender Grundsicherung).

Für die Armutsbevölkerung gelten die gleichen Regelungen der Gesundheitsreform wie für alle anderen BürgerInnen, so dass Gesundheit und ärztliche/medizinische Versorgung zum kaum zu finanzierenden Gut werden. Hier bieten die medizinischen Projekte der Wohnungshilfe scheinbar einen Ausweg.

Trotz bestehender Krankenversicherungspflicht, dokumentieren die Einrichtungen zur niedrigschwelliger medizinischer Versorgung wohnungsloser Menschen eine wachsende Gruppe deutscher Nichtversicherter. Dies sind:

- Personen, die in keinerlei Leistungsbezügen stehen und aus verschiedensten Gründen ihre Ansprüche

bei den zuständigen Behörden nicht (mehr) geltend machen und/oder den, mit einem Leistungsanspruch verbundenen Auflagen krankheitsbedingt nicht nachkommen (z.B. psychisch kranke Wohnungslose, Suchtpatienten)

- Personen, bei denen die Klärung eines Leistungsanspruchs bei der ARGE und die (Wieder-) Anmeldung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung einen ungewöhnlich langen Verlauf nimmt
- Personen, die längere Zeit nicht bei den Leistungsträgern gemeldet waren bzw. noch nicht vorgesprochen haben und deren Wiederaufnahme mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden ist (z.B. Deutschstämmige Amerikaner; nach jahrelangem Auslandsaufenthalt; nach Zeiten im Strafvollzug)
- Personen, deren (Wieder-)Aufnahme in eine private Krankenversicherung nicht oder nur nach langwierigen Prozessen und mit einem extrem hohen sozialbetreuerischen Aufwand gelingt

4.3. zunehmender Anteil ausländischer NutzerInnen, besonders bedingt durch die EU-Erweiterung

Der Wandel in der Bevölkerungsstruktur auf Grund von Zuwanderung und Migration macht auch vor der wohnungslosen Bevölkerung nicht halt. So ist ein stetiges Ansteigen der Zahl nicht-deutscher und i. d. R. nicht krankenversicherter NutzerInnen der medizinischen Projekte festzustellen, genauso wie sich dieser Wandel auch in den niedrigschwelliger ambulanten Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe vollzieht. Im großstädtischen Bereich werden in den Projekten Menschen bis zu 30 unterschiedlicher Nationalitäten behandelt. Mangelnde Deutschkenntnisse der PatientInnen und natürlich fehlende Kenntnisse der jeweiligen Muttersprache auf Seiten der ÄrztInnen sowie PflegerInnen erschweren den Zugang zum jeweiligen gesundheitlichen Problem. Auch kulturelle Besonderheiten müssen beachtet und vielfach noch erlernt werden.

Besonders in der aufsuchenden medizinischen Arbeit ist der große Anteil an meist männlichen Osteuropäern auffällig, die sich z. T. nur kurzzeitig in Deutschland aufhalten, praktisch mittellos sind und versuchen, hier Geld zu verdienen und die während ihres Aufenthaltes die Angebote der Wohnungslosenhilfe nutzen. Auch wenn es sich nicht um die „klassische“ Zielgruppe der Wohnungslosenhilfe handelt, wird die Akutversorgung von Gesundheitsstörungen dieser häufig schwerstsuchtkranken und multimorbiden Patienten von den Projekten geleistet. Diese medizinischen Leistungen sind in der Regel nicht refinanziert.

5. Anforderungen an eine soziale Gesundheitsversorgung

An diesen Entwicklungen zeigt sich, dass die Gruppe der in Armut und extremer Armut lebenden wohnungslosen Männer und Frauen nahezu gänzlich von der gesundheitlichen Versorgung abgekoppelt wäre, wenn nicht durch den Hilfeprozess der Wohnungslosenhilfe allgemein und insb. durch die dort anhängigen medizinischen Projekte

eine Grundversorgung ermöglicht würde. Dies gelingt aber nur bei denjenigen, die den Kontakt zum System der Wohnungslosenhilfe herstellen (konnten). Die medizinische Grundversorgung ist in hohem Maße abhängig von Spenden und freiwilligem Engagement.

Aufgrund des Hilfeprozesses, inklusive der medizinischen Projekte zur gesundheitlichen Versorgung Wohnungsloser lässt sich die Versorgung der Betroffenen verbessern: Am Ende des Hilfeprozesses haben deutlich mehr PatientInnen / KlientInnen einen Hausarzt aufsuchen können oder sind in weiterführende Hilfen vermittelt worden, aber immer noch ein bedeutender Teil der Betroffenen bleibt unversorgt.¹²

Soll die zunehmende Abkoppelung ärmerer Schichten der Bevölkerung von der Gesundheitsversorgung verhindert werden, bedarf es einer grundsätzlichen Umsteuerung. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) wird die Entsolidarisierung im Gesundheitswesen allerdings weiter vorangetrieben. So sollen die unvermeidbaren Ausgabensteigerungen in der Krankenversicherung künftig ausschließlich vom Versicherten (Arbeitnehmer) durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge finanziert werden. Jede Krankenkasse soll in Zukunft frei entscheiden können, in welcher Höhe sie einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erhebt. Die Zusatzbeiträge sollen ab 2011 einkommensunabhängig nur noch als fester Euro-Betrag erhoben werden. Sie sind weiterhin von allen Mitgliedern in gleicher Höhe unabhängig von Gesundheitszustand, Alter und Geschlecht direkt an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen. Der Arbeitgeberbeitragsanteil wird bei 7,3 % eingefroren.

Die Krankenversicherungspflicht ist eine große Errungenschaft, die aber nicht durch die Vielzahl privat zu finanzierender Zusatzleistungen, Aufzahlungen und Zusatzbeiträge ausgehöhlt werden darf. Durch die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge der GKV-Versicherten werden besonders die BezieherInnen niedriger Einkommen getroffen.

Anstelle neuer Zuzahlungen und Sonderbeiträge fordern wir die Wiedereinführung der Befreiung von Zuzahlungen bei Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln.

- Praxisgebühren und Zuzahlungen müssen für ALG II – und Sozialhilfe-BezieherInnen abgeschafft werden.
- Für Beziehende von Niedrigeinkommen müssen ausgleichende Härtefallregelungen getroffen werden.
- Ebenfalls bedarf es wirksamer Härtefallregelungen für den Kauf von notwendigen, aber nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten; eine entsprechende Ausweitung der OTC-Ausnahmeliste muss vorgenommen werden.
- Zahnprothesen und Sehhilfen müssen zu einem Festbetrag zur Verfügung stehen, der dann zu 100% von den Krankenkassen übernommen wird.
- Nach § 186 Abs 11 Satz 4 SGB V haben die Krankenkassen in ihren Satzungen Regelungen vorzusehen, dass Beitragsrückstände aufgrund verspäteter Meldung ermäßigt, gestundet oder erlassen werden, wenn das Mitglied die Gründe für das verspätete Bekanntwerden der Mitgliedschaft nicht zu vertreten hat. Wohnungslosigkeit muss als ein nicht zu vertretender Grund für die verspätete Anmeldung gelten.

¹ Vgl. Robert Koch-Institut (Hg) (2009): Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 45

² Vgl. Krankheit als finanzielle Belastung. Vorschläge zur besseren sozialen Absicherung chronisch kranker Menschen. Diakonie Texte. Positionspapier 1.2009

³ Wohnungsnotfalldefinition der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W), verabschiedet vom Vorstand der BAG W in seiner Sitzung am 23. April 2010. In: *wohnungslos 2 / 2010* und Faltblatt Position - Wohnungsnotfalldefinition

⁴ BAG Wohnungslosenhilfe e.V.: Sicherstellung der medizinischen Versorgung wohnungsloser Männer und Frauen. Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand am 13./14. November 2003

⁵ Vgl. dazu: Simone Grimmeisen / Simone Leiber: Zwischen Kostenprivatisierung und PatientInnenautonomie. Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. WSI – Diskussionspapier Nr. 163. März 2009, S. 5

⁶ Ebenda S. 9

⁷ Böcken, Jan; Braun, Bernard; Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2007

⁸ Ebda S. 135

⁹ Holst, J.; Laaser, U. (2003) Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Deutsches Ärzteblatt 51-52: B2798-800

¹⁰ BAG Wohnungslosenhilfe e.V.: Statistikbericht 2008. Bielefeld 2010 § 55 Abs 2 SGB V

¹² Vgl. BAG Wohnungslosenhilfe e.V.: Statistikbericht 2008. Bielefeld 2010



Folgende Programme, Informationen, Empfehlungen und Positionen der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. liegen in gedruckter Form vor:

Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten

Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 12. November 2010

Kooperation und Arbeitsteilung zwischen freiverbandlicher Wohnungslosenhilfe und kommunaler Obdachlosenhilfe bei den Hilfen in Wohnungsnotfällen

Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V., erarbeitet vom Fachausschuss Wohnen der BAG W, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 12. November 2010

Abweichende Festsetzung der Regelleistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes für Leistungsberechtigte nach dem SGB II

Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.
erarbeitet vom Fachausschuss Sozialrecht der BAG W Bielefeld, April 2010

Handreichung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. zu Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung

erstellt vom Fachausschuss Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss Sozialrecht.
Bielefeld, April 2010

**Beteiligung von Menschen in Wohnungsnot und in besonderen sozialen Schwierigkeiten am Arbeitsleben
Arbeitsmarktpolitisches Programm der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.**

erarbeitet vom Fachausschuss Arbeit der BAG W, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 26. November 2009

Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. zu Änderungsbedarfen und Auslegungsproblemen im SGB II und SGB XII in der Hilfe für wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen

erarbeitet vom Fachausschuss Sozialrecht der BAG W, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 26. November 2009

Impressum:

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
Postfach 13 01 48
33544 Bielefeld
Tel. (05 21) 1 43 96-0
Fax. (05 21) 1 43 96-19
www.bagw.de
E-mail info@bagw.de
Bielefeld, November 2010

Empfehlung der BAG Wohnungslosenhilfe zur rechtskreisübergreifenden Organisation der Hilfen für Menschen in Wohnungsnot nach SGB II/ XII

erarbeitet vom Fachausschuss Sozialrecht der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.,
verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 26. November 2009

SGB II und SGB XII und die Folgen für die Hilfen in Wohnungsnotfällen

Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. erarbeitet vom Fachausschuss Wohnen der BAG W, verabschiedet vom Vorstand der BAG W am 26. November 2008

Merkblatt zu den rechtlichen Anspruchsgrundlagen nach den §§ 67 ff. SGB XII bei nichtdeutschen Personen

Information der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.
erarbeitet vom Fachausschuss Sozialrecht der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand der BAG W am 08. Mai 2008

Wohnungspolitik gegen Wohnungslosigkeit und soziale Ausgrenzung am Wohnungsmarkt

Wohnungspolitisches Programm der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

erarbeitet vom Fachausschuss Wohnen der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand der BAG W am 27. Oktober 2006

Psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Frauen und Männern

**Darstellung der Problemlagen und Handlungsbedarfe
Ein Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.,**

Positionspapier der BAG Wohnungslosenhilfe e.V. erarbeitet vom Fachausschuss Gesundheit der BAG W, verabschiedet vom Gesamtvorstand der BAG W am 6./7. April 2006

2008 erweitert um Beispiele aus der Praxis

Weitere Positionspapiere zu den Bereichen

- Arbeit
- Frauen in Wohnungsnot
- Gesundheit
- Sozialrecht
- Wohnen
- Bürgerschaftliches Engagement
- Junge Erwachsene in Wohnungsnot

sind als pdf-Dateien erhältlich.

Der Förderverein der Wohnungslosenhilfe in Deutschland e. V. ist auf Ihre Spende angewiesen. Spenden sind steuerabzugsfähig.

Kto-Nr. 6456396

Sparkasse Bielefeld

BLZ 480 501 61

IBAN: DE17 4805 0161 0006 4563 96

SWIFT-BIC: SPBIDE3BXXX