

KURZREFERAT

Zum Thema „Medizinische Notversorgung: einzige Alternative für ALG II-BezieherInnen?“ bei der Bundestagung der AG Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen am 12./13. Juni in Bremen

(Vortragsmanuskript)

Ich bin gebeten worden, ein „Kurzreferat“ zu dem Thema *„Medizinische Notversorgung: einzige Alternative für ALG II – BezieherInnen?“* zu halten. Ich würde auf die gestellte Frage zunächst einmal mit „Um Himmels Willen – Nein!“ antworten. Die Medizinische Notversorgung war meines Wissens nie so gedacht und sollte nie die Funktion bekommen, einzige Anlaufstation zu werden für Menschen, die auf Mindestsicherung angewiesen sind. Sie sollte weder ein „Regelsystem“, noch einzige Alternative für arme Leute werden und wenn sie diesen Anspruch aufgibt, dann wird sie mir ehrlich gesagt auch zutiefst suspekt.

Ich glaube, dass die Medizinische Notversorgung vielmehr eine Anlaufstelle ist – oder sein sollte – für besonders ausgegrenzte Wohnungslose und gerade auch für diejenigen, die auch aus dem Mindestsicherungssystem noch ausgegrenzt sind, die also gerade kein ALG II beziehen. Und ich glaube, dass diese Gruppe leider eher im Wachsen begriffen ist, weil das vielbeschworene soziale Netz löchriger geworden ist, oder – um ein anderes Bild zu benutzen - gelegentlich zum Schüttelsieb wird. Und diese Tendenz haben Hartz IV und die Devise „Fördern und Fordern“, mit deutlicher Betonung auf dem Fordern, gehörig mit vorangetrieben. Aus dem sozialen Netz – gerne auch als Hängematte diffamiert - wurde nicht ein Trampolin gemacht, wie das mal so schön von Bodo Hombach propagiert wurde, sondern leider allzu oft ein Schüttelsieb.

Ich denke dabei an die verschärften Sanktionen, bei denen jemand, der (oder die) nicht jede x-beliebige „Arbeitsgelegenheit“ anzunehmen bereit ist, doch relativ schnell auch noch die Leistungen für die Unterkunft gekürzt bekommen kann und bei denen gerade die jungen Menschen unter 25 Jahren extrem schnell aus jedem Anspruch auf Mindestsicherung zumindest für einen Zeitraum von drei Monaten ausgeschlossen werden können. Ich weiß nicht, ob Ihnen bekannt ist, dass derzeit schon wieder ein Referentenentwurf mit einer erneuten Verschärfung der Gesetzgebung kursiert, die auch bei Terminversäumnissen die Daumenschrauben noch härter anziehen soll.

Ich denke aber auch an die erst nach Einführung des SGB II noch nachgeschobene Regelung, dass junge Menschen unter 25 Jahren in der Regel keinen Anspruch auf eine eigene Wohnung haben und – von Ausnahmen abgesehen - nur Arbeitslosengeld II erhalten können, wenn sie bei den Eltern wohnen bleiben.

Beide Regelungen führen dazu, dass eine kleine, aber durchaus relevante Gruppe von jungen Menschen – aber auch ein paar Ältere - nach anderen Wegen suchen, sich durchzuschlagen, dazu gehört das vermehrte „Matratzen-Hopping“ und schließlich die manifeste Wohnungslosigkeit ebenso wie alternative Geldbeschaffungsformen: Wenn die Hamburger Straßenzeitung Hinz und Kunzt von einem deutlich höheren Zulauf von jungen Zeitungsverkäufern berichtet, dann ist das ja noch die harmlosere Variante. Die anderen Alternativen sind Schnorren, Prostitution und Kleinkriminalität. Ja und wenn es um medizinische Bedarfe geht, bleibt dann tatsächlich nur die Medizinische Notversorgung.

Neben dieser bislang noch kleinen, aber offensichtlich wachsenden Gruppe ist natürlich die unbekannte Zahl von Menschen ohne Papiere oder Flüchtlingen nach dem Asylbewer-

berleistungsgesetz zu nennen, die – wie ich immer wieder höre, und auch auf dieser Tagung wieder berichtet wurde – überproportional von den Leistungen der medizinischen Notversorgung Gebrauch macht, aber eben gerade deswegen weil sie nicht im Bezug von ALG II stehen und keinen Krankenversicherungsschutz genießen. Im Übrigen weist die – erst in diesem Jahr veröffentlichte - Untersuchung von Kunstmann und Ostermann¹ zu der medizinischen Notversorgung wohnungsloser Menschen in NRW – einen Ausländeranteil von nur 10,1 % an der Klientel der Notversorgungsprojekte in fünf Projektstandorten aus. Das entspricht ziemlich exakt dem Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung in NRW, kann aber trotzdem vergleichsweise „viele“ besonders ausgegrenzte Nicht-Deutsche betreffen. Leider verrät auch diese Studie uns nichts über das Einkommen der Patientinnen und Patienten, und also auch nicht über den Anteil der Bezieherinnen und Bezieher von ALG II. Das hätte sie allerdings auch dann nicht tun können, wenn nach der Einkommensquelle gefragt worden wäre, da die Erhebung ja schon 2002 – also mehr als 2 Jahre vor der Einführung des ALG II - durchgeführt wurde.

Ich finde schon, dass es eine Errungenschaft ist, dass Bezieherinnen und Bezieher von ALG II auch ein Anrecht auf die Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung haben und dies ist erstmal ein begrüßenswertes Nebenprodukt der Harzreformen gewesen. Und als jemand, der sich regelmäßig auf der europäischen Ebene herumtreibt, finde ich es auch erwähnenswert, dass Deutschland – an diesem Vergleichsmaßstab (EU) gemessen - noch immer ein relativ gutes und solidarisches System der Krankenversorgung hat. Es gibt noch mehr soziale Chancengleichheit in diesem System als in vielen anderen europäischen Ländern – von den USA wollen wir gar nicht sprechen - und die gilt es auch zu verteidigen, bei aller Kritik im Detail und bei aller berechtigten Klage darüber, dass man beispielsweise die Armen auch in Deutschland bald wieder an ihren Zähnen erkennen kann oder dies zum Teil schon der Fall ist.

Ich weiß natürlich auch, dass der erleichterte Zugang zur Krankenversicherung für Menschen am Existenzminimum zeitlich parallel mit der Einführung der Praxisgebühr und verschärfter Zuzahlungsregelungen geschehen ist, und dass sich daraus neue Exklusionstendenzen ergeben haben. Über die Einzelheiten – und weshalb die Härtefallregelungen gerade bei Ihrer Klientel nicht greifen - wissen Sie deutlich besser Bescheid als ich und deswegen will ich Sie mit den Details nicht langweilen. Ich will mit Bezug auf die Gesundheitsreform nur auf eine neue Studie des Wissenschaftszentrums Berlin verweisen, die im vergangenen Jahr erschienen ist. In den WZB-Mitteilungen von diesem Monat (Juni 2008) ist sie zusammengefasst und da heißt es:

“Eine Auswertung wissenschaftlicher Literatur der letzten vier Jahrzehnte liefert keinen Beleg für die weit verbreitete Annahme, dass Versicherte medizinische Leistungen übermäßig ausnutzen, wenn diese kostenfrei sind (Moral-Hazard-These). Im Gegenteil: Die Einführung von Patienten-Zuzahlungen scheint eine angemessene Versorgung zu untergraben, denn Patienten verzichten eher auf notwendige Maßnahmen und lassen sich davon abhalten, rechtzeitig medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.“

Der Autor (Jens Holst) berichtet unter anderem von einer Untersuchung aus Canada:

„‘Geringfügige’ Rezeptgebühren führten zu einem Rückgang der Einnahme essenzieller Arzneimittel bei älteren Menschen um 9,1 und bei Sozialhilfeempfängern sogar um 14,4 Prozent. Die verminderte Tabletteneinnahme verursachte allerdings bei beiden Gruppen eine Verdopplung der behandlungswürdigen Zwischenfälle und Notfalleinweisungen.“

Wenig optimistisch schließt der Autor mit den Worten:

„Trotz ihrer erdrückenden Materialfülle wird die hier vorgestellte Literaturrecherche eingefleischte Denkgewohnheiten wohl schwerlich außer Kraft setzen können. Zu tief ist es in den Köpfen der meisten Entscheidungsträger verankert, bei Reformen des Gesundheits-

¹ Wilfried Kunstmann und Thomas Ostermann (2008) Abschlußbericht der wissenschaftlichen Studie zur „Medizinischen Versorgung Obdachloser in Nordrhein-Westfalen“, Düsseldorf (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen)

wesens zuallererst vom möglichen Missbrauch durch Versicherte bzw. Patienten auszugehen und damit alternative, sinnvollere Regulierungen außer Acht zu lassen.“, aber er hofft zumindest auf so etwas wie eine Beweislastumkehr. Nämlich dass die Befürworter von Zuzahlungen belegen, dass diese auch eine positive Steuerungswirkung entfalten. Wofür bislang jeder Nachweis fehlt.²

Übrigens findet sich im selben Heft des Wissenschaftszentrums Berlin vom Juni diesen Jahres ein Beitrag mit der Überschrift „*Ärmer stirbt früher*“.³ Wer sich schon mal mit der Gesundheit von Wohnungslosen beschäftigt und die einschlägigen Untersuchungen dazu gelesen hat, der oder die weiß schon lange, dass die Ärmsten besonders früh sterben. In der Praxis werden Sie das häufiger hautnah erfahren müssen.

Mein Thema hier sind ja aber die ALG II-Bezieherinnen und –Bezieher insgesamt, und für die gilt sicher dann auch das folgende Zitat aus dem Beitrag von Rolf Rosenbrock, Professor an der Berliner Charité, Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachten der Entwicklung im Gesundheitswesen (übrigens in Bremen promoviert):

„Menschen aus dem untersten Fünftel (der Bevölkerung, VBG) tragen in jeder Phase ihres Lebens ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Menschen aus dem obersten Fünftel. In Zahlen heißt das: Männer aus dem untersten Fünftel leben im Durchschnitt zehn Jahre kürzer als Männer aus dem obersten Fünftel, bei Frauen beträgt der Unterschied im Durchschnitt fünf Jahre. Bei Frauen und Männern aus dem untersten Fünftel stellen sich darüber hinaus chronische Krankheiten durchschnittlich sieben Jahre früher im Leben ein als bei Menschen aus dem obersten Fünftel.“

Wenn der Autor dann wie folgt fortfährt: *“Wenn Gerechtigkeit Maßstab der Gesundheitspolitik sein soll, dann müssen Gesundheitsleistungen mit Priorität dort bereitgestellt werden, wo die größten Probleme und die größten Potenziale der Verbesserung liegen: bei den sozial Benachteiligten, den gesundheitlich besonders gefährdeten Gruppen.“*, dann meint er ganz bestimmt nicht in erster Linie die medizinische Notversorgung für Wohnungslose, aber vielleicht schon auch.

Mit einer klaren Antwort auf die mir gestellte Frage (*„Medizinische Notversorgung: einzige Alternative für ALG II-Bezieherinnen?“*) bleibe ich daher auch zurückhaltend: Ich bin weder für Schwarzmalerei noch für den nicht ganz seltenen Miserabilismus, der behauptet, dass alles immer schlechter werden würde. Es gibt in Deutschland derzeit rd. 6,8 Millionen Menschen im Bezug von Leistungen nach SGB II (*„Hartz IV“*), davon sind 4,9 Millionen erwerbsfähige Hilfebedürftige also im Bezug von ALG II. Die übrigen 1,7 Millionen beziehen als nicht erwerbsfähige Angehörige in der Bedarfsgemeinschaft Sozialgeld. Alle diese Personen sind im Regelfall krankenversichert und haben prinzipiell Zugang zur Regelversorgung. Es gibt eine Minderheit, bei der es Probleme gibt, beispielsweise weil sie privat versichert sind – aber das ist meines Erachtens eine Minderheit, die auch ausgesprochen selten medizinische Notdienste in Anspruch nehmen wird. Über die – meines Erachtens quantitativ und in der hemmenden Wirkung bedeutsameren - Zugangshürden und Exklusionstendenzen wurde auf dieser Tagung ausgiebig debattiert. Es gilt, beharrlich darauf hinzuwirken, dass sie abgebaut werden.

Wenn medizinische Notdienste aber für sich in Anspruch nehmen würden, für diese Masse von Menschen (6.8 Millionen im Bezug von SGB II Leistungen) „die einzige Alternative“ darzustellen, dann wären sie mehr als größenwahnsinnig und die Lage wäre schlechter als sie tatsächlich ist. Am ersten Tag der Fachtagung haben wir gehört, dass das Bremer Angebot in Jahr 2006 mehr als 300 und im Jahr 2007 vielleicht sogar mehr als 500 Patientin-

² Zitate aus Jens Holst (2008) Zuzahlung als Bumerang. Kostenbeteiligungen im Gesundheitswesen wirken sich langfristig negativ aus, in: WZB-Mitteilungen, Heft 120, Juni 2008, S. 35ff.

³ Rolf Rosenbrock (2008) *Ärmer stirbt früher*. Soziale Ungleichheiten wirken sich negativ auf die Lebenserwartung aus, in: WZB-Mitteilungen, Heft 120, Juni 2008, S. 16-19

nen und Patienten betreut hat. Wissen Sie, wie viele Menschen in dieser schönen Stadt Leistungen der Mindestsicherung nach SGB II beziehen? Das ist ja bei aller Freude über das angenehme Ambiente im Rathaus, auf der Weser und anderswo in Bremen auch eine wichtige Information: Es waren im Mai 2008 nach den vorläufigen Angaben der Bundesagentur für Arbeit 72.800 Menschen, 52.000 erwerbsfähige Hilfebedürftige und 20.800 nicht erwerbsfähige Angehörige. Das ist eine Stichtagszahl, übers Jahr sind es natürlich deutlich mehr und so macht die Patientengruppe, über die wir hier sprechen, deutlich weniger als ein Prozent aus, wir bewegen uns eher im Promillebereich – was selbstverständlich die Bedeutung des Angebots für diese Gruppe in keiner Weise schmälert – nicht dass ich da missverstanden werde.

Vielleicht ist – angesichts dessen, was wir am ersten Tag der Fachtagung nochmals gehört haben über die Zunahme der Leistungen, die aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen genommen und als privat zu bezahlende Option angeboten werden – die Tendenz sogar auch weniger die, dass die medizinische Notversorgung der Wohnungslosenhilfe zur einzigen Alternative wird, sondern eher die, dass das Regelsystem immer mehr zur medizinischen Notversorgung verkommt. Aber auch das wäre vielleicht doch noch etwas zu schwarz gemalt, obwohl die Tendenzen Anlass genug zur Sorge geben.

Tatsache ist aber auch: Die Hartz-Reformen haben das Ausmaß von Armut in Deutschland unzweifelhaft erhöht. Es gibt mehr Menschen, die am Existenzminimum leben müssen, als zuvor. Die Risiken, in Mietschulden zu geraten, hat die Gesetzgebung ebenfalls erhöht:

- ♦ dadurch, dass Arbeitslose, die früher Arbeitslosenhilfe bezogen hätten, jetzt schlicht weniger Geld in der Tasche haben.
- ♦ dadurch, dass jetzt mehr als doppelt so viele Menschen wie zuvor auf Wohnraum angewiesen sind, dessen Mietpreis die kommunalen Angemessenheitsgrenzen nicht überschreitet. Wir wissen nicht, wie viele zu teuer wohnen, aber es gibt Anzeichen dafür, dass viele in solchen Fällen aus Ihrem Lebensunterhalt einen Teil zur Miete zuschießen und dass das eine sehr riskante Strategie ist. Weil dabei häufig auf befristete Zusatzeinkommen (den Ein-Euro-Job, oder den Selbstbehalt von einem Minijob) vertraut wird, und wenn die wegfallen und es kommt dann tatsächlich zu Mietschulden, scheidet eine Mietschuldenübernahme zumeist aus, weil die Unterkunftskosten ja nicht angemessen sind. Da baut sich also unter Umständen ein gravierendes Problem auf.
- ♦ dadurch, dass die Sanktionen häufig auch die Unterkunftskosten betreffen können und es gerade bei jungen Menschen dazu sehr schnell kommen kann. Immerhin hatten nach einer Sonderauswertung zu Sanktionen im Oktober 2006 7,5 % aller arbeitslosen Jugendlichen mit ALG II-Bezug mindestens eine Sanktion.⁴ Aus einer parlamentarischen Antwort der Bundesregierung vom Februar diesen Jahres wissen wir, dass die Zahl der Sanktionen innerhalb eines Monats zwischen Oktober 2006 und September 2007 um 55 % auf rd. 174.000 gestiegen ist.⁵

Allerdings bleibt auch zu konstatieren, dass sich dieses erhöhte Risiko bislang nicht in höheren Wohnungsnotfallzahlen widerspiegelt.

- ♦ Ein Grund dafür dürfte die anfängliche Zurückhaltung insbesondere der größeren Kommunen vor einer allzu rigiden Durchsetzung restriktiver Mietobergrenzen sein – und auch wohlthuend schadensbegrenzende Urteile des Bundessozialgerichts dazu
- ♦ Ein zweiter Grund dürfte darin liegen, dass das SGB II in größerem Umfang als zuvor erlaubt, die Miete in begründeten Zweifelsfällen an den Vermieter direkt zu überweisen

Mehr Arme, mehr und harschere Sanktionen, höheres Mietschuldenrisiko, verstärkte Hürden bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Hilfen des Regelsystems, das lässt alles befürchten, dass der Wohnungslosenhilfe wie auch der medizinischen Notversorgung für

⁴ Bundesagentur für Arbeit (2007) *Grundsicherung für Arbeitssuchende: Sanktionen gegenüber erwerbsfähigen Hilfebedürftigen*, Nürnberg, im April 2007

⁵ Bundestagsdrucksache 16/8284 vom 26.2.2008

Wohnungslose so schnell die Kundschaft nicht ausgehen wird, auch wenn es nicht gleich alle ALG II-Beziehenden sind.

Meiner Ansicht nach muss die Medizinische Notversorgung aber das bleiben, was ihr Name sagt, und darf den Anspruch nicht aufgeben, ihre Patientinnen und Patienten so gut und so rasch wie möglich wieder an das Regelsystem anzudocken. Und da, wo das nicht gelingt, müssen die Barrieren benannt und muss beständig daran gearbeitet werden, sie zu beseitigen. Und da wo das Regelsystem nicht ausreicht oder immer dünner wird oder bestimmte ausgegrenzte Gruppen (eben auch Wohnungslose, aber ja nicht nur diese, wie die Tagung auch noch mal deutlich gemacht hat) kompensatorische Leistungen benötigen, ist auch dies immer wieder für dieses Regelsystem einzufordern.⁶

Dabei wünsche ich Ihnen auch in Zukunft gutes Gelingen und einen langen Atem!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

⁶ Wie auch für den Vollzug der SGB-II Gesetzgebung gilt sicher auch für wesentliche Bereiche des Gesundheitswesens: Die Gleichbehandlung von besonders ausgegrenzten Gruppen mit anderen Bedürftigen führt mit großer Wahrscheinlichkeit zur „Diskriminierung durch Gleichbehandlung“. Es spricht daher weder bei den ARGE n noch beispielsweise bei den Krankenhäusern etwas dagegen (vielmehr spricht in beiden Institutionen vieles dafür), besondere Zuständigkeiten für Wohnungslose oder auch besondere (höhere) Behandlungspauschalen festzulegen, um den besonderen Bedarfen besser gerecht zu werden.

Ich würde aber doch sehr dafür plädieren, dies innerhalb des regulären Gesundheitswesens und innerhalb der SGB II-Zuständigkeit zu organisieren und finde es eher erschreckend, wenn Wohnungslose aufgrund ihrer bestehenden sozialen Schwierigkeiten etwa zur „Schonung“ als erwerbsunfähig diagnostiziert und dem Bereich der Hilfen nach SGB XII zugeordnet werden, weil dort (mit der Eingliederungshilfe) vermeintlich umfassender und bedarfsgerechter geholfen werden kann. Auch wenn die medizinischen Notdienste für sich in Anspruch nehmen, „besser als das Regelsystem“ zu sein und gleichzeitig von Spendenfinanzierung, zeitlichen Beschränkungen der Sprechstunden auf wenige Stunden pro Woche, ehrenamtlicher Arbeit pensionierter Medizinerinnen und Mediziner, eingeschränkten räumlichen Bedingungen etc. berichten, so sind doch auch am Ende der Tagung hier noch einige ganz grundsätzliche Fragen offen geblieben.