

Aus dem Fachbereich Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

betreut am
Zentrum der Gesundheitswissenschaften
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
Direktor: Prof. Dr. David Groneberg

**Patienten ohne Krankenversicherung.
Gründe für das Entstehen von Nichtversicherung und Auswirkungen des
Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung
betroffener Patienten in Frankfurt am Main**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Eva Maria Schweiger

aus Würzburg

Frankfurt am Main, 2018

Dekan:	Prof. Dr. Josef Pfeilschifter
Referent:	Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Korreferent/in:	Prof. Dr. Jochen Kaiser
Tag der mündlichen Prüfung:	28.08.2018

Kurzfassung

Die aktuelle Gesetzeslage fordert mit der im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 eingeführten Versicherungspflicht und dem 2013 in Kraft getretenen Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung eine Vollversicherung aller in Deutschland lebenden Personen. Die Erfahrungen aus medizinischen Versorgungseinrichtungen zeigen, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde. Nach wie vor wird eine bedeutende Anzahl von Patienten ohne Krankenversicherung in Krankenhäusern, Arztpraxen und medizinischen Hilfseinrichtungen versorgt. In der vorliegenden Studie wird in einer praxisnahen Herangehensweise am Beispiel der Stadt Frankfurt am Main untersucht, wo die Ursachen dafür zu finden sind, wenn die Einbindung in das Regelsystem der Krankenversicherung nicht gelingt und wie sich dies auf die medizinische Versorgung der Betroffenen auswirkt.

Basierend auf einem qualitativen Studienkonzept wird das empirische Material mit Leitfadeninterviews erhoben und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel ausgewertet. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgt mittels Sampling über die Zusammenarbeit mit zwei medizinischen Hilfseinrichtungen als zentrale Kontakte im Forschungsfeld. Die 25 Patienteninterviews stellen eine exemplarische Auswahl an dort behandelten nichtversicherten Patienten dar. Die 21 Experteninterviews mit Gesprächspartnern aus den Arbeitsbereichen Hilfseinrichtungen, Krankenhäuser und Behörden bilden die unterschiedlichen Akteure und Sichtweisen im Handlungsfeld der Nichtversicherung ab. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse werden die erfassten Fälle rekonstruiert und auf ihre Kausalmechanismen hin analysiert.

Als Ergebnis der Untersuchung werden 13 Grundsituationen typischer Fälle von Nichtversicherung dargestellt und mit den strukturellen Rahmenbedingungen in Zusammenhang gebracht. Daraus werden die Entstehungsmechanismen von Nichtversicherung ersichtlich. Diese zeigen, dass das Fehlen der Krankenversicherung das Resultat einer multifaktoriellen Entwicklung ist. So wirken sich einerseits die individuellen Verhaltensweisen der Betroffenen sowie ihre jeweiligen Lebensumstände, wie die berufliche Situation, die Wohnsituation, Herkunft, Aufenthaltsstatus

und die gesundheitliche Situation, auf die Versicherungssituation aus. Andererseits kommt strukturellen Hürden eine wesentliche Bedeutung bei der Entstehung von Nichtversicherung zu. So lässt die Gesetzgebung in der Versicherungspflicht, dem Sozialleistungsbezug und im Aufenthaltsrecht Lücken, die zwar nicht notgedrungen zum Verlust der Krankenversicherung führen, aber in Wechselwirkung mit bestimmten Lebensumständen und Verhaltensweisen der einzelnen Personen die Eingliederung in das reguläre Versicherungssystem verhindern oder erschweren.

Im zweiten Teil der Studienergebnisse wird die Versorgungssituation für Patienten ohne Krankenversicherung beurteilt. Darin wird deutlich, dass Nichtversicherte im Vergleich zu regulär versicherten Personen schlechter medizinisch versorgt sind. Dies ist einem erschwerten Zugang zum Regelsystem der medizinischen Versorgung sowie den eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten im Hilfsnetz geschuldet. Trotz der gut ausgebauten Hilfsstrukturen in Frankfurt am Main muss demnach die Versorgungssituation für Nichtversicherte als unzureichend beurteilt werden.

Neben den Patienten sind auch die anderen Akteure von den Folgen des Nichtversichertseins betroffen. Dabei zeigen sich zwei gegensätzliche Perspektiven auf das Problemfeld. Auf der einen Seite stehen die hilfeleistenden Einrichtungen, die den Patienten eine medizinische Versorgung zukommen lassen, auf der anderen Seite die Kostenträger, die als Institutionen des Regelsystems diese medizinische Behandlung finanzieren. Die versorgenden Einrichtungen geraten in einen Konflikt zwischen ihrem Behandlungsauftrag, der sich aus der gesetzlich verankerten Behandlungspflicht und der ethischen Verantwortung den Patienten gegenüber ergibt, und dem wirtschaftlichen Druck, der die Behandlungsmöglichkeiten bei unzureichender Finanzierung begrenzt. Die Kostenträger können ihre Zuständigkeit als Leistungsträger im Einzelfall prüfen und diese gegebenenfalls ablehnen. Da Nichtversicherte als unattraktive Kunden gelten, geht die Ablehnung meist mit einer Kostenersparnis einher und bedeutet somit für die Kostenträger keinen Nachteil. Die daraus entstehenden Versorgungsvakanzen werden wiederum vom Hilfsnetz aufgefangen.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse muss das Auftreten von Nichtversicherung als Problem gesehen werden, aus dem Handlungsbedarf hervorgeht, auch wenn die Gruppe der Nichtversicherten insgesamt nur einen kleinen Anteil an der Gesamtbevölkerung ausmacht. Die Zielsetzung dieser Studie ist es, eine fundierte Grundlage zu geben, auf der Lösungsansätze für die beschriebenen Konflikte erarbeitet werden können.

Abstract

The current legal situation demands full health insurance coverage for everyone living in Germany according to the general obligatory insurance which was introduced in the context of the health care reform in 2007 and the law for elimination of social excessive demand in case of debt of insurance fee (“Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung”) which became operative in 2013. The experience in medical facilities shows that this objective has not been achieved. A considerable number of patients without health insurance continues to be treated in hospitals, doctors’ offices and auxiliary medical institutions. Using the city of Frankfurt am Main as example this survey explores in a practical approach the causes why integration to the regular system of health insurance does not work and how this affects the medical care of a person concerned.

Based on a qualitative research concept the empiric data is collected via guided interviews and evaluated via qualitative content analysis according to Gläser and Laudel. The selection of interview partners is done by sampling through the cooperation with two auxiliary medical institutions as central contacts within the field of research. The 25 patient interviews show an exemplary selection of patients without health insurance. The 21 expert interviews with conversational partners from the working area of auxiliary institutions, hospitals and public authorities represent the different protagonists and perspectives within the field of action brought about by noninsurance. The recorded cases are reconstructed and analysed according to their causality mechanisms by means of qualitative content analysis.

As an outcome of this study 13 fundamental circumstances of typical cases of noninsurance are described and brought into relation with the structural surrounding conditions. Through this the mechanisms of how noninsurance can emerge become evident. These show that a lack of insurance is the result of a multifactorial development. The state of insurance is influenced on the one hand by the individual behaviour pattern of the person affected and their particular environment such as the occupational situation, the housing situation, origin, residence permit status and health status. On the other hand structural barriers play a role in the appearance of noninsurance. It becomes apparent that legislation leaves loopholes in the statutory duty to insure, in the drawing of social benefits and in the right of residence; all of which do not inevitably induce the loss of insurance, but impede the integration into the regular system of health insurance when they interact with certain circumstances and behaviour patterns of individuals.

The second part of the research results evaluates the medical care situation for patients without health insurance. Here it becomes apparent that uninsured patients receive worse medical care compared to regularly insured patients. This is due to a hindered access to the regular medical care system as well as the limited treatment options in the auxiliary system. Despite the well-developed infrastructure of auxiliaries in Frankfurt am Main, the medical care situation for uninsured patient has to be considered as insufficient.

Apart from the patients, other protagonists are affected by the consequences of noninsurance also. At this point two opposed perspectives on the problem area appear. On the one hand you see the medical facilities who grant medical care to the patients, on the other hand you find the paying agencies as part of the regular system financing this medical care. The institutions providing medical aid get into a conflict between their assignment for medical treatment – stemming from the legal duty to provide medical care as well as the ethical responsibility over the patients – and the economic pressure that restricts the treatment options in case of deficient financing. The paying agencies can reassess and refuse their jurisdiction as funding agency in individual cases. As uninsured patients are considered unattractive clients, the

rejection mostly involves cost savings and therefore does not represent a disadvantage for the paying agencies. In turn the vacancies in medical care arising from this are picked up by the auxiliaries.

Against the background of these results the emergence of noninsurance has to be considered a problem which involves a need for action even though the group of uninsured people altogether forms only a small percentage of the total population. The purpose of this study is to provide a substantiated basis which serves to develop approaches to the described conflicts.

Vorwort mit Danksagung

Vorab möchte ich allen danken, die mich bei dieser Dissertation unterstützt haben.

An erster Stelle möchte ich meiner Familie für ihre Geduld und das in mich gesetzte Vertrauen danken – allen voran meiner Mutter, meinen Schwestern und Oma Else, die mich während des gesamten Entstehungsprozesses begleitet haben.

Nicht weniger möchte ich Stefan danken, der nie aufgehört hat, an mich zu glauben und mich ebenso geduldig wie tatkräftig bei meinem Projekt unterstützt hat.

Großer Dank gebührt auch Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, der mir als Doktorvater viel Vertrauen entgegengebracht hat und mir ausreichend Freiraum gewährt hat, um meine eigenen Ideen zu entfalten. Insbesondere möchte ich ihm dafür danken, dass er meine Dissertation auch nach seinem Wechsel an die Universität Bielefeld weiter betreut hat.

Dr. med. Maria Goetzens und Matthias Plieninger möchte ich für ihre Inspiration danken und dafür, dass sie mich in der Entscheidung für dieses Dissertationsthema bestärkt haben. Ohne ihre tatkräftige Unterstützung, die konkrete Hilfestellung bei der Planung und Umsetzung der Studie und die unzähligen motivierenden und lehrreichen Gespräche wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Genauso möchte ich mich bei allen Mitarbeitern der ESA, CASA 21, MMM und der Internationalen humanitären Sprechstunde im Amt für Gesundheit bedanken, die mir Einblicke in ihre Arbeit gewährt haben, geduldig für alle Fragen zur Verfügung standen und damit entscheidend zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben.

Nicht zuletzt möchte ich allen Interviewpartnern – Patienten wie Experten – einen herzlichen Dank dafür aussprechen, dass sie mir das Vertrauen entgegengebracht haben, um ihre Geschichten und Erfahrungen mit mir zu teilen. Ihre Bereitschaft zu einem Interview bildet die Grundlage dieser Studie.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	3
Abstract	5
Vorwort mit Danksagung	8
1 Einleitung	14
2 Theoretische Grundlagen und Rahmenbedingungen der Nichtversicherung	20
2.1 Begriffsdefinition und Themenabgrenzung	20
2.2 Literatur, Informationsquellen und aktueller Wissensstand	22
2.3 Zahlenangaben und Schätzungen.....	28
2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen	38
2.4.1 Regelungen zur Krankenversicherung	39
2.4.2 Regelungen zu Sozialleistungen	51
2.4.3 Regelungen für nichtdeutsche Staatsbürger	59
2.5 Medizinische Versorgungsstruktur für Nichtversicherte in Frankfurt am Main	72
2.5.1 Ethische und rechtliche Grundsätze der medizinischen Versorgung	73
2.5.2 Kurzbeschreibungen der Hilfseinrichtungen.....	75
3 Forschungsbedarf und Fragestellung	87
4 Material und Methoden	89
4.1 Begründung für das qualitative Studienkonzept und die gewählte Methode	89
4.1.1 Grundlegende Prinzipien der qualitativen Forschung	89
4.1.2 Leitfadeninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.....	91
4.2 Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Erhebungs- und Auswertungsmethoden.....	92
4.2.1 Das Experteninterview	93
4.2.2 Auswahl der Interviewpartner	94

4.2.3	Der Interviewleitfaden	96
4.2.4	Transkription	97
4.2.5	Die qualitative Inhaltsanalyse	99
4.2.6	Patientenakten und ergänzende Gespräche zur Fallrekonstruktion	100
4.3	Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse in ihrer praktischen Anwendung.....	101
4.3.1	Exploration des Forschungsfeldes und Präzisierung des Forschungsinteresses	101
4.3.2	Planung und Vorbereitung der Interviewphase	103
4.3.3	Datenerhebung.....	106
4.3.4	Datenauswertung	109
5	Studienergebnisse.....	114
5.1	Darstellungsproblematik bei Ergebnissen aus rekonstruierenden Untersuchungen	115
5.2	Fallrekonstruktionen der Patienteninterviews	117
5.2.1	Deutsche.....	119
5.2.2	EU-Migranten	126
5.2.3	Nicht-EU-Migranten.....	131
5.2.4	Retrospektive Fälle	133
5.3	Kernaussagen der Experteninterviews	136
5.3.1	Arbeitsbereiche der Experten: Hilfseinrichtungen, Krankenhäuser, Behörden	138
5.3.2	Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten	141
5.3.3	Lebensumstände und Grundsituationen der Nichtversicherten	142
5.3.4	Beeinflussende gesetzliche Rahmenbedingungen	146
5.3.5	Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung.....	149

5.3.6	Unterschiedliche Standpunkte der Expertengruppen im Problemfeld Nichtversicherung	151
5.4	Grundsituationen typischer Fälle von Nichtversicherung	153
5.4.1	Arbeitslosigkeit	154
5.4.2	Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot	168
5.4.3	Psychische Erkrankung und Suchterkrankung	198
5.4.4	Beruflich Selbständige	218
5.4.5	Rentner.....	230
5.4.6	Familienversicherte	241
5.4.7	Studierende	245
5.4.8	Auslandsrückkehrer	247
5.4.9	Haftentlassene.....	264
5.4.10	Migranten.....	270
5.4.11	Arbeitsmigranten aus Ost-Europa	275
5.4.12	Migranten in aufenthaltsrechtlicher Illegalität	297
5.4.13	Touristen und Besucher	306
5.5	Strukturelle Hindernisse für die Eingliederung Nichtversicherter ins Regelsystem.....	310
5.5.1	Zunehmende Komplexität und Bürokratie des Regelsystems durch Gesundheits- und Sozialreformen	311
5.5.2	Neuaufteilung der Zuständigkeitsbereiche von Behörden und Ausgliederung von Zuständigkeiten aus dem Sozialleistungssektor	323
5.5.3	Eingeschränkte Kooperation und Kommunikation unter den Akteuren	328
5.5.4	Mitwirkungspflicht bei Antrag und Erhalt eines Sozialleistungsbezugs .	336
5.5.5	Unklarheiten bei der Zuständigkeit und eingeschränkter Kontrahierungszwang der Krankenkassen	344
5.5.6	Sonderregelungen der privaten Krankenversicherung	351

5.5.7	Reguläres Ausscheiden aus der Krankenversicherung	358
5.5.8	Selbstzahler in der Krankenversicherung und Beitragsrückstände bei Nichtzahlern	362
5.5.9	Ungeregelte Arbeitsverhältnisse, Niedriglohnsektor	369
5.5.10	Eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem für Migranten	372
5.5.11	Uneinheitlicher Einsatz der Europäischen Krankenversicherungskarte	378
5.5.12	Illegalisierung von Migranten	380
5.6	Faktoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung	386
5.7	Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten	390
5.8	Medizinische Versorgung ohne Krankenversicherung	400
5.8.1	Grundlegende Situation – am Beispiel Frankfurt am Main	401
5.8.2	Klärungsprozess und Eingliederungsversuche	408
5.8.3	Gesundheitszustand und Behandlungsbedarf bei Nichtversicherten ...	418
5.8.4	Versorgungssituation aus Patienten- und Expertensicht	424
5.8.5	Problembewusstsein bei nichtversicherten Patienten	435
5.8.6	Probleme in der Versorgungspraxis aus Expertensicht	439
6	Diskussion des Problemkomplexes Nichtversicherung	448
6.1	Größenordnung der Problematik der Nichtversicherung	448
6.2	Nichtversicherung als Resultat einer multifaktoriellen Entstehung	451
6.2.1	Heterogenität der Personengruppe der Nichtversicherten	451
6.2.2	Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Strukturen in Fällen von Nichtversicherung	453
6.2.3	Überforderung durch die Anforderungen des Regelsystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten	458
6.2.4	Eigenverantwortung der Nichtversicherten versus strukturelle Lücken im Regelsystem	461

6.3	Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung...	465
6.3.1	Konflikte in der Versorgung nichtversicherter Patienten	465
6.3.2	Schlechtere Gesundheitsversorgung als Folge von Nichtversicherung..	470
6.4	Unterschiedliche Sichtweisen der beteiligten Akteure im Konfliktfeld	
	Nichtversicherung	473
6.4.1	Gegensätzliche Perspektiven auf das Problemfeld: Hilfeleistende im Hilfsnetz versus Kostenträger im Regelsystem.....	474
6.4.2	Negative Auswirkungen auf die einzelnen Akteure	478
6.5	Aktualität der Thematik	481
6.6	Handlungsbedarf und Lösungsansätze	487
6.7	Aussagekraft der Studienergebnisse	493
6.7.1	Geltungsbereich der Studienergebnisse und offene Fragen im Forschungsfeld	494
6.7.2	Manöverkritik	497
7	Schlusswort.....	501
8	Literaturverzeichnis.....	503
9	Abkürzungsverzeichnis	515
10	Anhang.....	518
10.1	Einwilligungserklärung der Patienten	518
10.2	Interviewleitfaden für Patienteninterviews.....	519
10.3	Interviewleitfaden für Experteninterviews	522
10.4	Extraktionstabellen für Patienteninterviews	525
10.5	Extraktionstabellen für Experteninterviews	527
	Lebenslauf	529
	Schriftliche Erklärung	530

1 Einleitung

Nichtversicherung ist gemeinhin in Deutschland ein wenig bekanntes und beachtetes Problem. Tatsächlich dürfte es nach geltender Gesetzeslage keine Personen ohne Krankenversicherung mehr geben. Doch die praktische Erfahrung aus der Patientenversorgung zeigt, dass dem nicht so ist und steht damit im Widerspruch zu den theoretischen Regelungen. In der vorliegenden Dissertation wird am Beispiel der Stadt Frankfurt am Main dargelegt, dass Nichtversicherung noch immer auftritt und worin die Ursachen dafür zu finden sind. Darüber hinaus wird untersucht, wie das Fehlen der Krankenversicherung den Zugang zu medizinischer Versorgung beeinflusst und welche Konflikte daraus für die einzelnen Akteure im Handlungsfeld entstehen. Vor diesem Hintergrund wird diskutiert, inwiefern dem Phänomen der Nichtversicherung Bedeutung beigemessen werden muss.

Problemstellung und Relevanz des Themas

Die Bundesregierung verfolgt mit der aktuellen Gesetzgebung zur Krankenversicherung das Ziel einer Vollversicherung aller in Deutschland lebenden Personen. Die Einführung der gesetzlichen Versicherungspflicht im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 war eine Reaktion auf die in den Jahren zuvor stetig wachsende Anzahl der Nicht-versicherten. Obwohl die Gruppe der Nichtversicherten an der Gesamtbevölkerung gemessen einen prozentual geringen Anteil ausmacht, wurde die Notwendigkeit gesehen, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten. Mit dem Beitragsschuldengesetz von 2013 wurde ein weiterer Schritt auf diesem Weg unternommen. Die Erfahrung aus der Praxis zeigt allerdings, dass trotz der Gesetzesreformen das Ziel eines bevölkerungsabdeckenden Krankenversicherungsschutzes nicht erreicht werden konnte und als Folge daraus auch hierzulande noch immer Personen von der regulären Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. Sicherlich ist das direkte Nebeneinander von hohen medizinischen Standards und mangelnder medizinischer Versorgung aufgrund einer fehlenden Krankenversicherung in Deutschland bei weitem nicht so eklatant wie in manch anderen Ländern. Doch sie widerspricht dem Grundprinzip der deutschen Sozialgesetzgebung. Denn die Bundesrepublik Deutschland betrachtet sich als Sozialstaat, in dem jeder Bürger, ungeachtet seiner

sozialen Stellung, Zugang zu einer Krankenversicherung und zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung haben soll. Zustände, in denen in erster Linie die finanzielle Situation einer Person über die Behandlungsmöglichkeiten entscheidet, sind auf Basis des Solidaritätsprinzips nicht denkbar. Auch wenn die Meinungen über Sinn und Zukunft des hiesigen dualen Versicherungssystems mit seiner Unterteilung in private und gesetzliche Krankenversicherung auseinander gehen und die Frage nach einer besseren Alternative schwer zu beantworten ist, sollte ungeachtet dessen eine Lösung für das Problem der Nichtversicherung angestrebt werden.

Die Idee zu dieser Dissertation entstand aus der Frage, welche Personen hierzulande aus dem Regelsystem der medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind. Die ersten Überlegungen basierten auf der Annahme, dass dies vorrangig bei Illegalisierten der Fall sei, also denjenigen Migranten, die ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland leben. Dies trifft jedoch nur teilweise zu, denn nicht nur Illegalisierten ist der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert. Unter gewissen Umständen kommt es vor, dass genauso deutsche Staatsbürger und Migranten mit geregelter Aufenthaltsstatus keine Krankenversicherung besitzen und dadurch keinen Zugang zur regulären medizinischen Versorgung haben. Bevor ich mit der Recherche zu dieser Studie begann, war mir – wie den meisten, die nicht in ihrer alltäglichen Arbeit mit Nichtversicherten in Kontakt stehen – nicht bewusst, dass sich die Problematik der Nichtversicherung durch verschiedene Personengruppen zieht und breit in der Bevölkerung verankert ist. Mit fortschreitendem Kontakt zum Forschungsfeld, mit dem mir ein intensiver Einblick in die Arbeit der Hilfseinrichtungen und die Schwierigkeiten in der Versorgung der Betroffenen gewährt wurde, wurde die Komplexität der Problematik deutlich. Damit wuchs das Interesse, die Umstände von Nichtversicherung, ihre Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Betroffenen und die Rollen der beteiligten Akteure im Problemfeld genauer zu ergründen. So fiel die Entscheidung, Patienten ohne Krankenversicherung als Dissertationsthema zu wählen.

Zugegebenermaßen ist das Thema eher ungewöhnlich für eine medizinische Doktorarbeit. Tatsächlich hätte die vorliegende Studie auch in einem sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Kontext stattfinden können, noch dazu, da mit einem

qualitativen Studienkonzept gearbeitet wurde, das eher in den Sozialwissenschaften Anwendung findet. Das Thema ist jedoch auch für die praktische Arbeit von Ärzten relevant, denen letztlich die Aufgabe zukommt, sich um die adäquate Behandlung ihrer Patienten zu sorgen. Denn freier Zugang zu medizinischer Versorgung, egal ob im ambulanten Bereich oder im stationären, besteht nur, wenn der Patient eine Krankenversicherung vorweisen kann. Damit kommt dem Themenfeld auch im medizinischen Arbeitsbereich eine nicht unwesentliche Bedeutung zu und findet seine Berechtigung als Forschungsarbeit im Fachbereich der Medizin.

Stand der Forschung und Forschungslücke

Das Problem der Nichtversicherung stand bisher nur wenig im Mittelpunkt wissenschaftlicher Betrachtungen. Schon die Bezeichnung „Nichtversicherte“ als solche für eine Gruppe von Personen, die keine Krankenversicherung besitzen, taucht in der Literatur nur selten auf. Aus Forschungsarbeiten, in denen die Lebenslagen besonderer Personengruppen thematisiert werden, geht hervor, dass Nichtversicherung beispielsweise bei Obdachlosen und illegalisierten Migranten häufig auftritt. So sind zwar sie und andere gesellschaftliche Randgruppen aufgrund ihrer problematischen Lebensumstände immer wieder jeweils für sich Gegenstand von Untersuchungen, doch eine wissenschaftliche Betrachtung verschiedener Personengruppen unter dem gemeinsamen Aspekt der Nichtversicherung gibt es bisher nicht. Letztlich bleibt somit auch unklar, wie viele Nichtversicherte es tatsächlich gibt.

Auch in gesundheitspolitischen Diskussionen und den Medien tauchen Nichtversicherte wenn überhaupt nur am Rande auf. Obwohl die Erfahrungen der Experten aus Hilfseinrichtungen zeigen, dass das Problem der Nichtversicherung noch nicht gelöst werden konnte, kann zuweilen sogar der Eindruck entstehen, als würde so getan, als gäbe es keine Nichtversicherten – weil es sie nicht mehr geben sollte. Bis zur Gesundheitsreform 2007 wurde das Fehlen der Krankenversicherung durchaus ab und zu in der Fachliteratur und der allgemeinen Presse als Problem beschrieben. Doch seit der Gesetzesänderung hält sich die Berichterstattung über Personen ohne Krankenversicherung in Grenzen und scheint das Thema auch aus den politischen Debatten wieder verschwunden zu sein.

Der Forschungsstand zu Nichtversicherten stellt sich demzufolge als sehr lückenhaft dar und lässt bereits grundlegende Fragen offen. Forschungsbedarf wird zunächst einmal darin gesehen, zu untersuchen, aus welchen Untergruppen sich die Personengruppe der Nichtversicherten zusammensetzt und was die Gründe dafür sind, dass es trotz scheinbar eindeutiger Gesetzeslage noch immer zu Nichtversicherung kommt. Darüber hinaus liegt das Erkenntnisinteresse darin, die Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung der Betroffenen zu untersuchen und die Versorgungsmöglichkeiten zu bewerten.

Forschungskonzept und Aufbau der Dissertation

Der Aufbau der Dissertation folgt der üblichen Struktur wissenschaftlicher Arbeiten. Im ersten Teil werden die theoretischen Grundlagen zum Themenfeld der Nichtversicherung dargelegt. Dafür wird in einer kurzen Themenabgrenzung die Entscheidung für die Personengruppe der Nichtversicherten als Untersuchungsgegenstand genauer erläutert, bevor auf die verfügbare Literatur und den aktuellen Wissensstand eingegangen wird. Als Verständnisgrundlage für die späteren Ausführungen folgt eine Darstellung der Rahmenbedingungen mit den relevanten gesetzlichen Regelungen zur Krankenversicherung, einem Überblick zu Sozialleistungen sowie Regelungen für nichtdeutsche Staatsbürger, sofern sie von den allgemeingültigen Vorgaben abweichen. Desweiteren wird auf die Versorgungsstrukturen für Nichtversicherte in Frankfurt am Main eingegangen. Dazu werden, neben einer Kurzbeschreibung derjenigen medizinischen Hilfseinrichtungen, die Patienten ohne Krankenversicherung behandeln, die ethischen und rechtlichen Behandlungsgrundsätze dargelegt.

Nach einem kurzen Kapitel, in dem aus dem Wissensstand über Nichtversicherte die Problemstellung und die Fragestellung für die vorliegende Dissertation abgeleitet werden, erläutert der Methodenteil die konkrete Vorgehensweise der Untersuchung. Für die gewählte Fragestellung erwies sich ein qualitatives Studienkonzept als sinnvoll. Danach wurden zur Erhebung des empirischen Materials Experteninterviews in Form von Leitfadeninterviews geführt, die per qualitativer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (Gläser & Laudel, 2010) ausgewertet wurden. Der Kontakt zum Forschungsfeld

erfolgte über zwei der medizinischen Hilfseinrichtungen, die im Theorieteil beschrieben werden. Von dort aus konnten neben den betroffenen Patienten alle wichtigen Akteure des Forschungsfeldes als Gesprächspartner erreicht werden. Insgesamt wurden auf diese Weise 25 Patienteninterviews und 21 Experteninterviews durchgeführt, darunter Ärzte und Sozialarbeiter aus Hilfseinrichtungen, Mitarbeiter aus Sozialdienst und Verwaltung verschiedener Krankenhäuser sowie Mitarbeiter aus Gesundheitsamt, Sozialamt und Jobcenter.

Im darauffolgenden Kapitel werden die Studienergebnisse dargestellt. Auf Basis von Rekonstruktionen der Patientenfälle aus den Interviews wurden verschiedene Grundsituationen typischer Fälle von Nichtversicherung erarbeitet. Diese werden in einem ersten Abschnitt mithilfe von Falldarstellungen anschaulich gemacht. In einem zweiten Abschnitt wird auf die strukturellen Rahmenbedingungen eingegangen, die zum Verlust der Krankenversicherung führen und die Wiedereingliederung ins Regelsystem der medizinischen Versorgung be- oder verhindern. Auf diese Weise werden die genauen Umstände von Nichtversicherung analysiert und die Kausalzusammenhänge herausgearbeitet, die das Zustandekommen von Nichtversicherung bewirken. Anschließend wird in zwei kurzen Unterkapiteln darauf eingegangen, unter welchen Umständen der Abschluss einer Versicherung gelingen kann und wie sich nach Einschätzung der Experten die Anzahl der Nichtversicherten in den letzten Jahren entwickelt hat. Eine Darstellung der Versorgungsmöglichkeiten in Frankfurt am Main vervollständigt den Ergebnissteil, wobei auch auf die Grenzen der Versorgungsstrukturen eingegangen wird und die Konflikte, die in der Patientenversorgung beobachtet werden können.

Im Diskussionsteil wird schließlich der Problemkomplex Nichtversicherung im Gesamten betrachtet. Dazu werden die zentralen Aspekte des Themenfeldes herausgegriffen und ihre Bedeutung für das Entstehen von Nichtversicherung erläutert. Außerdem wird die Frage diskutiert, inwiefern es überhaupt als Problem anzusehen ist, dass es Nichtversicherte gibt und welche Akteure von der Problematik betroffen sind. Nach einer Einschätzung zur Größenordnung von Nichtversicherung wird in einer Betrachtung der Einflussfaktoren für das Zustandekommen von

Nichtversicherung die Frage beantwortet, warum es trotz scheinbar eindeutiger Gesetzeslage noch immer Nichtversicherte gibt. Danach wird auf den zweiten Teil der Fragestellung eingegangen, indem die Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung betrachtet werden und die Versorgungsmöglichkeiten hinsichtlich dessen beurteilt werden, ob sie einer adäquaten Versorgung entsprechen. In einem weiteren Unterkapitel werden die unterschiedlichen Sichtweisen der beteiligten Akteure und das daraus folgende Konfliktpotential dargelegt, da diese sich als bedeutend für das bearbeitete Thema herausstellten. Schließlich wird in Anbetracht des sich verändernden Forschungsfeldes die Aktualität der Thematik und der Ergebnisse überprüft. Desweiteren wird erklärt, inwiefern Handlungsbedarf gesehen wird und welche Lösungsansätze es gibt. Abgerundet wird der Diskussionsteil mit einer Bewertung der Aussagekraft der Ergebnisse einschließlich einer Manöverkritik, die auf die Schwachstellen der Arbeit eingeht. Den Abschluss der Dissertationsschrift bildet ein Schlusswort, in dem ein persönliches Resümee zur Bedeutung der Studienergebnisse gezogen wird.

Bedeutung der Studienergebnisse

Ziel und Interesse dieser Studie besteht darin, zu zeigen, dass Nichtversicherung in Deutschland noch immer in einer bedeutsamen Größenordnung auftritt und warum Nichtversicherung als Problem betrachtet werden muss. Mit der Analyse der Umstände und Ursachen des Nichtversichertseins hoffe ich, eine Informationsgrundlage bieten zu können, die weitergehende Untersuchungen und Diskussionen nach sich zieht. Dabei richtet sich diese Arbeit sowohl an interessierte Laien als auch an Fachleute verschiedener Arbeitsbereiche, die sich mit Nichtversicherung in der Patientenversorgung auseinandersetzen.

Hinweis: Auf geschlechtsneutrale Formulierungen wurde aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet. Im Text sind immer beiderlei Geschlechter gemeint.

2 Theoretische Grundlagen und Rahmenbedingungen der Nichtversicherung

Dieses Kapitel dient der Darstellung der theoretischen Grundlagen und Rahmenbedingungen zum Forschungsfeld der Nichtversicherung. Nach einer Definition des Begriffes Nichtversicherung und einer Abgrenzung des gewählten Themas innerhalb des Problemfeldes wird anhand der aktuellen Literatur der Wissensstand über Nichtversicherte dargelegt. Daran gliedert sich eine Übersicht über die verfügbaren Größenangaben zu der betrachteten Personengruppe mit einer Bewertung ihrer Aussagekraft. Die folgenden Unterkapitel erläutern die wichtigsten gesetzlichen Regelungen, soweit es für das Verständnis dieser Studie notwendig erscheint. In einem Überblick über die Regelungen zur Krankenversicherung, der Sozialgesetzgebung und den Besonderheiten für nichtdeutsche Staatsbürger werden die strukturellen Rahmenbedingungen verdeutlicht. Der Theorieteil schließt mit einer Darstellung der Versorgungsstruktur für Nichtversicherte in Frankfurt am Main, die neben einer kurzen Erläuterung der rechtlichen und ethischen Vorgaben eine Beschreibung der medizinischen Hilfseinrichtungen beinhaltet.

2.1 Begriffsdefinition und Themenabgrenzung

Mit dem Begriff „Nichtversicherte“ sind in der vorliegenden Forschungsarbeit nicht krankenversicherte Personen gemeint. Die Personengruppe der Nichtversicherten umfasst in diesem Sinne diejenigen, die keine Krankenversicherung haben, also weder in einer gesetzlichen (GKV) noch in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind und auch über keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Ohne auf juristische Feinheiten eingehen zu wollen ist die „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ gemäß § 5 des Fünften Sozialgesetzbuches (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) zu verstehen, wo der Tatbestand der fehlenden Absicherung als Kriterium dafür festlegt ist, dass eine Person als versicherungspflichtig einzustufen ist. Demnach ist beispielsweise für Personen mit Anspruch auf Beihilfe (Beamte) oder Anspruch auf freie Heilfürsorge (Soldaten, Polizisten u.a.) eine anderweitige Absicherung gegeben, aber auch für Asylbewerber, die nach § 4 des Asylbewerber-

leistungsgesetzes (§ 4 AsylbLG) im Krankheitsfall abgesichert sind (Mehlhorn, 2012, S. 62). Damit gelten sie nicht als Nichtversicherte, selbst wenn sie nicht direkt in das Versicherungssystem aus GKV und PKV eingebunden sind. Der Einfachheit halber werden im Folgenden die Begriffe „Nichtversicherte“ und „Personen ohne Krankenversicherung“ sowie davon abgeleitete Bezeichnungen als Synonyme verwendet; es wird nicht jeweils darauf hingewiesen, dass darunter Personen ohne Krankenversicherung und ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall zu verstehen sind.

Bei der Festlegung der Fragestellung wurde bewusst die Entscheidung getroffen, die Gesamtheit der Nichtversicherten zu betrachten, anstatt eine Studie über eine der Untergruppen zu verfassen (z. B. Obdachlose, Illegalisierte oder Migranten), aus denen sich die Gruppe der Nichtversicherten zusammensetzt (siehe Kapitel 2.2). Zum einen wird dadurch die Möglichkeit offen gehalten, verschiedene und auch unerwartete Personengruppen mit einzubeziehen. Zum anderen sind mit Ausnahme der Illegalisierten nicht alle Personen innerhalb dieser Untergruppen unausweichlich auch Nichtversicherte. So haben beispielsweise nicht alle Wohnungslosen auch gleichzeitig keine Krankenversicherung. Darüber hinaus liegt das Interesse der Studie darin, den Zusammenhang zwischen dem Nichtversichertsein und dem Zugang zu medizinischer Versorgung zu untersuchen, mehr als die Besonderheiten einzelner Gruppen von Betroffenen. Denn die Annäherung an das Themenfeld erfolgte über die Frage, welche Personen von der regulären medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind. An dieser Stelle wurde das Vorliegen einer Krankenversicherung als das entscheidende Kriterium identifiziert, das den Zugang zum Regelsystem der medizinischen Versorgung ermöglicht bzw. versperert, wenn es nicht erfüllt wird. Da sich eine Person in der Regel dann in medizinische Behandlung begibt, wenn eine Erkrankung auftritt, erlangt das Vorhandensein einer Krankenversicherung auch erst in dem Moment an Bedeutung, in dem eine Person zum Patienten wird. Um dies auszudrücken, wurde für den Titel der Dissertation die Bezeichnung „Patienten“ ohne Krankenversicherung gewählt, anstatt beispielsweise „Personen“ oder schlicht „Nichtversicherte“.

2.2 Literatur, Informationsquellen und aktueller Wissensstand

Begibt man sich auf die Suche nach Literatur zum Thema Nichtversicherte, wird man in der gebundenen Literatur kaum fündig. Schon die Bezeichnung Nichtversicherte als solche taucht selten auf. Dagegen existiert durchaus Fachliteratur, die sich in Artikeln in Fachzeitschriften, Beiträgen in Sammelbänden und in einzelnen Forschungsarbeiten mit dem Thema auseinandersetzt. Weiterhin findet sich Informationsmaterial in Form von Handbüchern, praktischen Leitfäden, Broschüren und ähnlichem, das meist von Fachkreisen herausgegeben wird, um damit vorrangig diejenigen Personen und Einrichtungen über die Sachlage zu informieren, die in ihrer praktischen Arbeit mit Nichtversicherung konfrontiert sind. Zumeist wird das Fehlen der Krankenversicherung dabei allerdings nicht für sich betrachtet. So wird auch selten eine Personengruppe unter dem gemeinsamen Merkmal der fehlenden Krankenversicherung zusammengefasst. Vielmehr wird das Phänomen des Nichtversichertseins in Zusammenhang mit den oft prekären und komplexen Lebensumständen bestimmter Personengruppen erwähnt, die erfahrungsgemäß häufig davon betroffen sind. Dabei handelt es sich um Randgruppen der Gesellschaft, die jeweils ein eigener Problemkomplex vereint, z. B. Obdachlose, illegalisierte Migranten oder osteuropäische Arbeitsmigranten. Während unter den Autoren Einigkeit darüber besteht, dass die jeweiligen Lebensumstände den Betroffenen den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren, ist dabei allerdings nicht immer der Aspekt der Nichtversicherung vordergründig.

Gerade in der Obdachlosenarbeit wird der Zusammenhang zwischen Lebensumständen und Gesundheitsversorgung häufig thematisiert. Trabert (1995) befasste sich schon 1994 in seiner Dissertation mit dem Gesundheitszustand von Wohnungslosen – bis heute eine Referenzarbeit. Kunstmann (2012) berichtet in der Fachzeitschrift wohnungslos über die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen, auch Beiträge in Sammelbänden heben diesen Aspekt wiederholt hervor (Gillich & Keicher, 2011; Schröder, 2008). Die BAG W gab im Zuge der jüngeren Gesetzesänderungen ein eigenes Positionspapier zum Thema Gesundheitsversorgung heraus (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2010a). Darüber hinaus widmen sich einige Studien dem Themenkomplex, wie z. B. eine

Dissertation aus dem Jahr 2010, die sich mit den Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit der Betroffenen und deren Zugang zum Gesundheitssystem beschäftigt (Steiger, 2010). In der Literatur ist unumstritten, dass Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot Faktoren darstellen, die den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren und einen vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand nach sich ziehen. Allerdings spielt dabei nicht immer das Nichtversichertsein eine Rolle, denn nicht alle Obdachlosen sind per se auch nicht krankenversichert. So stehen die Ergebnisse aus dem Bereich der Obdachlosenarbeit eher in einem Gesamtzusammenhang mit Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung, die in Verbindung mit sozialen Unterschieden und Armut beobachtet werden.

Ähnlich stellt sich die Situation bei Illegalisierten dar. Unter Illegalisierten werden diejenigen Migranten verstanden, die ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben und dennoch nicht über einen legalen Aufenthaltstitel verfügen. Die Bezeichnungen „illegal“ oder „illegalisiert“ drücken aus, dass ihnen gesetzlich kein Recht auf einen Daueraufenthalt zugesprochen wird. Die Begriffe sind jedoch umstritten, da sie eine direkte Assoziation zu dem rechtlichen Begriff der Illegalität im Sinne eines Rechtsbruchs herstellen (Krieger, Ludwig, Schupp & Will, 2006). Aus menschenrechtlicher Sicht ist es jedoch stigmatisierend und diskriminierend, einen Menschen als illegal zu bezeichnen. Deshalb wurden insbesondere von Menschenrechtsorganisationen eine Reihe weiterer Bezeichnungen für diese Personengruppe geprägt: „undokumentierte Migranten“, „Migranten ohne Papiere“, „Papierlose“, „irreguläre Migranten“ bzw. „irreguläre Migration“. Diese Begriffe sollen vermeiden, die Personen, die in aufenthaltsrechtlicher Illegalität leben als illegal zu bezeichnen, da nicht der Mensch selbst als illegal betrachtet werden kann, sondern allenfalls sein Aufenthaltsstatus. Diese Kritik an den Begrifflichkeiten hat durchaus ihre Berechtigung und wird ungemindert auch im Rahmen dieser Dissertation unterstützt; weshalb auch der Begriff „illegale Migranten“ vermieden wird. Dagegen bringt nach Meinung der Autorin die Bezeichnung „illegalisierte Migranten“ treffend zum Ausdruck, in welchem Spannungsfeld die Betroffenen stehen, ohne dass damit die Person in ihrer Würde herabgestuft wird. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit vorrangig die Bezeichnung „illegalisiert“ resp. „Illegalisierte“ verwendet.

Im Gegensatz zu Obdachlosen sind Illegalisierte unweigerlich alle nicht versichert. Auch hier gibt es eigene Fachkreise, die in verschiedenen Veröffentlichungen die speziellen Schwierigkeiten dieser Personengruppe behandeln. Neben dem Leben in Anonymität und Illegalität, der oft prekären Wohnsituation, dem limitierten Zugang zum Arbeitsmarkt etc. stellt die Gesundheitsversorgung darin einen unter vielen Aspekten dar. Eine empirische Studie aus dem Jahr 2006 zur Lebenslage von Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main untersucht neben anderen Brennpunkten auch die Gesundheitssituation (Krieger et al., 2006). In zwei Sammelbänden mit Beiträgen verschiedener Experten wird die Versorgung illegalisierter Migranten auch an Beispielen anderer Städte bzw. ortsunabhängig thematisiert (Borde, David & Papies-Winkler, 2009; Mylius, Bornschlegl & Frewer, 2011). Daneben finden sich Forschungsarbeiten von Einzelpersonen, z. B. die Dissertation von Kühne (2014), die sich mit der Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg befasst oder die Forschungsarbeit von Huschke (2013) über in der Illegalität lebende Lateinamerikaner in Berlin. Alle Autoren kommen zu dem einheitlichen Ergebnis, dass illegalisierte Migranten als Folge ihrer Lebensumstände aus dem Gesundheitssystem ausgegrenzt werden und dadurch gesundheitlich schlechter versorgt sind. Da das Recht auf Gesundheit ein Menschenrecht darstellt, wird ihre Situation oft auch unter ethischen Gesichtspunkten beleuchtet und als Verstoß gegen die Menschenrechte bezeichnet.

Auch Unionsbürger, vor allem aus neuen EU-Ländern, werden des Öfteren in Zusammenhang mit Nichtversicherung genannt. Vergleichbare Arbeiten über ihre Gesundheitsversorgung in Deutschland gibt es aber bisher nicht – vermutlich, da es sich um eine noch relativ neue Entwicklung handelt.

Streng genommen halten sich auch EU-Bürger illegal hier auf, wenn sie länger als drei Monate in Deutschland verbleiben, ohne die Voraussetzung für einen dauerhaften Aufenthalt zu erfüllen (siehe Kapitel 2.4.3). Da sie aber jederzeit ohne Grenzkontrollen aus- und erneut einreisen können und sich ihre Situation damit von Nicht-EU-Ausländern unterscheidet, werden sie als getrennte Personengruppe behandelt. Im Rahmen dieser Studie bezieht sich die Bezeichnung illegalisierte Migranten deshalb nur auf Nicht-EU-Migranten, die ohne anerkannten Aufenthaltstitel in Deutschland leben.

Weitere Veröffentlichungen, in denen Nichtversicherung zur Sprache kommt, haben vor allem informativen Charakter und lassen sich deshalb in einer eigenen Kategorie von Fachliteratur zusammenfassen. Hier findet sich Informationsmaterial vor allem für Hilfseinrichtungen, Beratungsstellen u.ä., um den dortigen Mitarbeitern die Gesetzeslage verständlich darzulegen und ihnen praktische Empfehlungen an die Hand zu geben, wie sie Hilfesuchende unterstützen können. Die meisten dieser Informationsbroschüren beziehen sich auf bestimmte Personengruppen, wie z.B. illegalisierte Migranten oder EU-Migranten. Nicht immer steht hierbei der Krankenversicherungsschutz im Mittelpunkt. Meist stellt er einen unter vielen Problempunkten dar. So gab der Caritasverband in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz (2012) ein Beratungshandbuch über aufenthaltsrechtliche Illegalität heraus (2012 bereits in 3. Auflage), in dem die rechtliche Situation für verschiedene Lebensbereiche erläutert wird, unter anderem für die Gesundheitsversorgung. Das Diakonische Werk veröffentlichte 2011 eine Handreichung über die gesetzlichen Vorgaben zu Sozialleistungen für EU-Bürger – nach der Erstauflage 2011 ebenso in einer Neuauflage von 2014 (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., 2014). Ähnliche Informationsbroschüren zu den rechtlichen Rahmenbedingungen für Unionsbürger sind vom Deutschen Roten Kreuz (von 2013) und dem Paritätischen Gesamtverband (von 2013 und 2014) erhältlich (Deutsches Rotes Kreuz e.V., 2013; Der Paritätische Gesamtverband, 2013, 2014). Diese befassen sich hauptsächlich mit den verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Vereinzelt gibt es auch Materialien, die speziell auf die Situation von Personen ohne Krankenversicherungsschutz eingehen und sich dabei nicht nur auf Ausländer, sondern auch auf deutsche Staatsbürger beziehen. So legt beispielsweise die „Orientierungshilfe zum Krankenversicherungsschutz“, herausgegeben vom Caritasverband im Jahr 2008 (in Neuauflage 2012), die Situation der Personen ohne ausreichende Absicherung im Krankheitsfall dar und gibt entsprechende Handlungsempfehlungen (Deutscher Caritasverband e.V., 2012). Eine jüngere Informationsbroschüre, die eine Übersicht über nichtversicherte Personen mit verschiedenen Fallbeispielen und praktischen Handlungsempfehlungen gibt, wurde 2014 in einer Kooperation des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz veröffentlicht (Ministerium für Soziales,

Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, 2014). Darüber hinaus gibt es selbstverständlich noch weitere informative Fachliteratur, doch soll mit den hier genannten Beispielen lediglich ein Einblick gegeben werden und keine vollständige Aufzählung erfolgen.

Der Großteil der verfügbaren Literatur zum Themenfeld der Nichtversicherung stammt also aus sozialwissenschaftlichen Fachkreisen und dem Kontext des Hilfesystems, in dem die Betroffenen Unterstützung finden. In gesundheitspolitischen Betrachtungen tauchen Nichtversicherte wenn überhaupt nur am Rande auf (zumindest soweit dies für Außenstehende ersichtlich ist). Auch in den öffentlichen Medien finden sich kaum Berichte über die Problematik, was darauf schließen lässt, dass gemeinhin wenig bekannt ist, dass es noch immer Nichtversicherte gibt. So erschienen lediglich in Zusammenhang mit den Gesetzesänderungen der letzten Jahre einige Artikel in Fachzeitschriften aus dem medizinischen und sozialen Bereich und den öffentlichen Medien – 2007 bei der Einführung der Versicherungspflicht und 2013 bei der Einführung des Beitragsschuldengesetzes (Sueddeutsche.de, 2008; Flintrop & Rieser, 2013). Doch auch hieraus geht nicht oder nur teilweise hervor, welche Personen sich hinter der Bezeichnung „Nichtversicherte“ verbergen und welche Umstände Menschen ins Nichtversichertsein führen.

Hervorzuheben ist an dieser Stelle jedoch die Arbeit von Greß, Walenzik und Wasem, die 2005 – vor der Gesundheitsreform – eine Bestandsaufnahme zu nichtversicherten Personen in Deutschland veröffentlichten und 2009 – nach der Gesundheitsreform – eine Zwischenbilanz über die Auswirkungen der Reform von 2007 (GKV-WSG) zogen (Greß, Walenzik & Wasem, 2005, 2009). Als Ergebnis der Bestandsaufnahme halten die Autoren eine ansteigende Anzahl von nichtversicherten Personen seit Mitte der 1990er-Jahre fest. Ein Risiko für Nichtversicherung sehen sie für diejenigen Personen, die sich nach damaliger Gesetzeslage freiwillig versichern durften bzw. mussten oder keinen Zugang zur GKV hatten. Dementsprechend machen sie neben beruflich Selbständigen die nicht versicherungspflichtig Beschäftigten als Untergruppe der Nichtversicherten aus. In der Zwischenbilanz von 2009 verzeichnen die Autoren einen Rückgang der Anzahl der Nichtversicherten, jedoch keinen vollständigen. Dementsprechend weisen sie darauf hin, dass weitere Hürden im Zugang zum

Versicherungssystem abgebaut werden müssen, um tatsächlich eine Vollversicherung der Bevölkerung zu erreichen. Insbesondere werden die Beitragsrückstände und die relativ teuren Beiträge im Basistarif der PKV als Zugangsbarrieren bezeichnet und Geringverdiener als Risikogruppe für Nichtversicherung bestätigt. Weiterhin betonen die Autoren, dass eine Überwachung der Versicherungspflicht notwendig wäre, um zu erreichen, dass die Gesetzesvorgaben auch konsequent umgesetzt werden. Die weitere Entwicklung wurde von dem Autorenteam jedoch nicht verfolgt. Eine erneute Bestandsaufnahme und eine Analyse der Auswirkungen des Beitragsschuldengesetzes von 2013 bleiben bisher aus.

Aus der verfügbaren Literatur geht somit hervor, dass Nichtversicherung in bestimmten, vor allem sozial schwachen Randgruppen vorkommt und den Lebensumständen der Betroffenen sowie den rechtlichen Rahmenbedingungen eine Bedeutung beim Zustandekommen von Nichtversicherung zukommt. Gleichzeitig lässt sich im Umkehrschluss sagen, dass sich die Gruppe der Nichtversicherten aus verschiedenen Untergruppen zusammensetzt. Es findet sich jedoch auch in der Fachliteratur keine Veröffentlichung, die eine vollständige Übersicht über die Personengruppe der Nichtversicherten gibt oder darüber, was im Einzelnen die Gründe dafür sind, dass gewisse Personen keine Krankenversicherung haben. Zudem fehlt eine erneute detaillierte Bilanz, die die Auswirkungen der Gesetzesänderungen überprüft. Somit bleibt die Informationslage über Nichtversicherte letztlich lückenhaft. Auf Basis der vorhandenen Literatur kann damit nicht abschließend beantwortet werden, aus welchen Untergruppen sich die Personengruppe der Nichtversicherten zusammensetzt und warum es trotz eindeutiger Gesetzeslage weiterhin Personen ohne Krankenversicherungsschutz gibt.

Um die Situation der Nichtversicherten realistisch beurteilen zu können, ist demnach eine ergänzende Informationsquelle notwendig. Dazu eignen sich diejenigen Einrichtungen, die sich in ihrer praktischen Arbeit mit Nichtversicherung auseinandersetzen und deshalb Hauptadressaten der oben aufgeführten Informationsmaterialien sind. Meist richtet sich das Angebot dieser Hilfseinrichtungen nicht ausschließlich an Nichtversicherte. Doch lässt sich hier ein guter Überblick darüber gewinnen, wer aus

dem Regelsystem der medizinischen Versorgung ausgeschlossen ist und auf Basis der Erfahrungen der Mitarbeiter näher ergründen, wie die Betroffenen in diese Situation geraten. Will man die Gruppe der Nichtversicherten untersuchen, bietet sich deshalb hier ein sinnvoller Ausgangspunkt für Recherchen an (siehe auch Kapitel 4.3).

2.3 Zahlenangaben und Schätzungen

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht in vierjährlichem Abstand (zuletzt 2012) Angaben zur Krankenversicherung auf Basis des Mikrozensus. Daraus lässt sich seit Mitte der 1990er-Jahre bis zur Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht im Jahr 2007 ein kontinuierlicher Anstieg der absoluten Anzahl der Nichtversicherten ablesen. Von einem Tiefstand von 104 000 Nicht-Krankenversicherten im Jahr 1995 stieg die Anzahl auf 196 000 im Jahr 2007 und verdoppelte sich damit fast (Statistisches Bundesamt, 2008, 2012b; Gesundheitsberichterstattung des Bundes, o.D.). Die Phase der Datenerhebung der vorliegenden Studie fiel in die Jahre zwischen dem letzten Mikrozensus vor Einführung der Versicherungspflicht (2007) und dem ersten danach (2011). Im Mikrozensus 2011 zeigte sich erstmalig erneut ein Rückgang der Nichtversicherten auf 137 000. Damit konnte das stetige Ansteigen der Anzahl der Nichtversicherten unterbrochen werden, was durchaus als gewisser Erfolg verbucht werden kann. Dennoch wird mit dieser Zahl dokumentiert, dass das Ziel, alle in Deutschland lebenden Personen in einen Krankenversicherungsschutz einzubinden, trotz Einführung einer gesetzlichen Regelung zu eben diesem Zweck, nicht erreicht werden konnte. Die Ergebnisse zur Krankenversicherung aus dem Mikrozensus von 2015 waren bis zur Fertigstellung dieser Arbeit noch nicht veröffentlicht.

Der Anteil der Nichtversicherten an der Gesamtbevölkerung in Deutschland liegt somit nach offizieller Zählung des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2011 bei 0,17 % (2007 bei 0,24 %). Neben anderen häufig genannten Zahlen, wie z. B. der Arbeitslosenquote von aktuell 6,3 % (Stand 04/2016) (Bundesagentur für Arbeit – Statistik, 2016), erscheint dies als ein nur relativ kleiner Bevölkerungsanteil. Im Vergleich mögen die weniger als 0,2 % Nichtversicherten damit verschwindend gering erscheinen. Dennoch steht die Zahl im Widerspruch zu der eindeutigen Gesetzeslage, die einen bevölkerungsabdeckenden Krankenversicherungsschutz vorsieht.

Die Merkmale, die im Mikrozensus erfasst werden, vermitteln ein Stück weit einen Eindruck über die Gruppe der nicht krankenversicherten Personen, auch wenn sich daraus nicht vollständig erschließen lässt, wie sie sich zusammensetzt. An dieser Stelle wird ein kurzer Überblick über die Eckdaten zu Nichtversicherten aus dem Mikrozensus 2011 gegeben (Statistisches Bundesamt, 2012b, 2012c).

Der Anteil der Männer unter den Nichtversicherten ist höher als der Anteil der Frauen. Im Mikrozensus von 2011 machen Männer 62 % der Nichtversicherten aus, Frauen dementsprechend 38 %. In der Altersaufteilung gibt es keine klare Tendenz. Alle Altersgruppen über dem 20. Lebensjahr sind in etwa gleichen Anteilen zwischen 16 und 22 % an der Gesamtzahl der Nichtversicherten vertreten. Auffallend ist ein Unterschied in der Häufigkeit von Nichtversicherung unter Deutschen und Ausländern. Deutsche machen mit 61 % den größeren Anteil unter den Nichtversicherten aus. Dabei muss aber beachtet werden, dass in absoluter Zahl wesentlich mehr Deutsche als Ausländer unter den befragten Personen sind; deutsche Staatsbürger machen 91 % der Befragten aus. In der absoluten Anzahl der nichtversicherten Personen fällt die Differenz damit wesentlich geringer aus. Während nur 0,1 % der Deutschen nicht krankenversichert sind, liegt der Anteil bei Ausländern deutlich höher, nämlich bei 0,7 %. Weiterhin lassen sich Zusammenhänge zwischen der Art der Beteiligung am Erwerbsleben und dem Auftreten von Nichtversicherung feststellen. An dieser Stelle unterscheidet der Mikrozensus zwischen Erwerbspersonen und Nichterwerbspersonen (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 19–20). Die Erwerbspersonen werden nochmals unterteilt in Erwerbstätige und Erwerbslose¹. Unter den Nichtversicherten finden sich sowohl Erwerbspersonen als auch Nichterwerbspersonen, erstere in etwas höherem Anteil. So stellen Erwerbspersonen 58 % der Nichtversicherten, Nichterwerbspersonen 42 %. Unter den Erwerbspersonen stellen die Erwerbstätigen mit 44 % den größeren

¹ Erwerbstätige sind Personen (über dem 15. Lebensjahr), die einer beruflichen Tätigkeit nachgehen, egal ob als abhängig Beschäftigte (z. B. Angestellte) oder Selbständige; auch unbezahlt mithelfende Familienangehörige werden zu dieser Gruppe gezählt. Erwerbslose sind Personen ohne Erwerbstätigkeit, die sich aktiv um eine Arbeitsstelle bemühen und für die Aufnahme einer Tätigkeit zur Verfügung stehen. Dabei können sie bei einer Arbeitsagentur als arbeitslos gemeldet sein oder auch nicht. Nichterwerbspersonen sind alle, die nicht zu den Erwerbspersonen zählen. Darunter gibt es arbeitssuchende Nichterwerbspersonen, die im Gegensatz zu Erwerbslosen aber nicht aktiv nach Arbeit suchen und dem Arbeitsmarkt aktuell nicht zur Verfügung stehen oder eine neue Tätigkeit erst nach mehr als drei Monaten aufnehmen. Daneben gibt es nicht aktive Nichterwerbspersonen, die keine Erwerbstätigkeit suchen und entweder jünger als 15 oder 65 Jahre und älter sind.

Anteil unter Nichtversicherten, vor den Erwerbslosen mit nur 14 %. Damit setzt sich die Gruppe der Nichtversicherten zu einem etwas kleineren Anteil aus Personen zusammen, die irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachgehen (44 % Erwerbstätige), und einem größeren Anteil aus Personen, die keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen (56 % Erwerbslose + Nichterwerbspersonen). Unter den Erwerbstätigen stellen die beruflich Selbständigen (und mitarbeitende Familienangehörige) die größere Gruppe. So sind 25 % aller Nichtversicherten Selbständige und nur 18 % abhängig Beschäftigte (diese alle in Angestelltenverhältnissen, also keine Beamten, Soldaten etc.). Dies ist auch insofern bedeutsam, da es in absoluten Zahlen wesentlich mehr Angestellte als Selbständige gibt (mehr als 7-mal so viele), dennoch aber mehr Selbständige unter den Nichtversicherten sind als Angestellte. Das bedeutet, dass Selbständige besonders häufig von Nichtversicherung betroffen sind. So sind 0,8 % aller Selbständigen nicht krankenversichert, aber nur 0,1 % der abhängig Beschäftigten. Erwerbslose machen an der Gesamtheit der befragten Personen den kleinsten Teil aus, im Vergleich dazu wiederum mit 14 % einen relativ großen Teil der Nichtversicherten. Wie bei Selbständigen beträgt der Anteil derjenigen ohne Krankenversicherungsschutz unter Erwerbslosen 0,8 %. Damit sind, auf die Beteiligung am Erwerbsleben bezogen, Selbständige und Erwerbslose besonders häufig von Nichtversicherung betroffen. Unterteilt man die befragten Personen nun noch in Einkommensgruppen, so stellt sich Nichtversicherung als Phänomen der unteren Einkommensgruppen dar. Alle Nichtversicherten liegen in Einkommensgruppen unterhalb von 2 600 Euro Nettoeinkommen, über die Hälfte (52 %) sogar unterhalb von 1 300 Euro. 27 % aller Nichtversicherten teilt der Mikrozensus in Bezug auf das Einkommen in die Kategorie „sonstige“ ein. Das bedeutet, sie beziehen ihr Einkommen aus selbständiger Tätigkeit in der Landwirtschaft, haben überhaupt kein Einkommen oder können nicht anderweitig eingruppiert werden, da sie keine Angaben zu ihrem Einkommen gemacht haben.

Tabelle 1: Übersicht zu Nicht-Krankenversicherten im Jahr 2011
– in Anlehnung an den Mikrozensus 2011 (Angaben in 1 000)
(Statistisches Bundesamt, 2012b, 2012c)

	Insgesamt	Nicht-Krankenversicherte
Insgesamt zur Krankenversicherung befragte Personen	80 579	137
Deutsche	73 555	84
Ausländer	7 024	52
Geschlecht		
männlich	39 512	85
weiblich	41 068	52
Alter (von ... bis unter ... Jahren)		
unter 15	10 432	– ²
15–20	4 089	/ ³
20–30	9 711	26
30–40	9 604	23
40–50	13 298	30
50–60	11 655	26
60–65	4 836	9
65 und mehr	16 955	20
Beteiligung am Erwerbsleben		
Erwerbspersonen	41 715	79
Erwerbstätige	39 262	60
Selbständige und mithelfende Familienangehörige	4 539	35
Abhängig Beschäftigte	34 723	25
Erwerbslose	2 453	19
Nichterwerbspersonen	38 865	58
Monatliches Nettoeinkommen		
unter 500	9 063	30
500–900	11 646	23
900–1300	12 629	18
1300–1500	5 647	5
1500–1700	4 655	6
1700–2000	5 002	/
2000–2600	6 277	5
2600–3200	2 704	/
3200–4500	2 402	/
4500 und mehr	1 209	/
sonstige (Einkommen durch selbständige Haupttätigkeit in der Landwirtschaft, kein Einkommen, ohne Angabe)	19 345	37

² Zeichenerklärung: – = nichts vorhanden.

³ Zeichenerklärung: / = keine Angaben, da Zahlenwert nicht sicher genug.

Als Kritik an den Zahlen des Statistischen Bundesamtes muss eingeräumt werden, dass bestimmte Personengruppen im Mikrozensus von vornherein nicht abgebildet werden. Dies ist der Erhebungsmethode geschuldet, die grundsätzlich nur diejenigen einschließt, die mit Wohnsitz in Deutschland gemeldet sind. Wie in den Vorbemerkungen des Mikrozensus erklärt, sind dadurch Personen ohne festen Wohnsitz von der Erhebung ausgeschlossen: „Die Erhebung erstreckt sich auf die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland. [...] Personen ohne Wohnung (Obdachlose) haben im Mikrozensus keine Erfassungschance.“ (Statistisches Bundesamt, 2012b, S. 3). Dies ist in der Hinsicht als problematisch zu erachten, da Nichtversicherung gerade in jenen Personengruppen häufig auftritt, die eben nicht behördlich registriert sind, wie neben Wohnungslosen auch Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus und Migranten, die ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben und sich legal hier aufhalten, aber keinen Wohnsitz anmelden, wie manche Arbeitsmigranten aus Ost-Europa. Somit kann kritisiert werden, dass die Befragung im Rahmen des Mikrozensus nicht alle in Deutschland lebenden Menschen einschließt und dadurch möglicherweise auch weitere Nichtversicherte unentdeckt bleiben. Dementsprechend kann die Zahlenangabe des Mikrozensus von 137 000 Nicht-Krankenversicherten in Deutschland im Jahr 2011 als Mindestangabe interpretiert werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die tatsächliche Anzahl derjenigen Personen, die über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, höher angesetzt werden muss.

Zu einigen der behördlich nicht registrierten Personengruppen existieren Größenangaben aus anderen Quellen. Manche Hilfsorganisationen geben Einschätzungen zur Größenordnung bestimmter Problemgruppen, wobei diese oft auf praktischen Erfahrungen basieren. Teilweise gibt es aber auch wissenschaftliche Untersuchungen, aus denen Angaben zur Größe der betrachteten Personengruppe hervorgehen. Letztlich betonen jedoch alle Autoren, dass auch dies immer nur Schätzungen sein können.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAG W) veröffentlicht regelmäßig eine Beurteilung zur Entwicklung von Wohnungslosigkeit mit einer Schätzung der Obdachlosenzahl. Für 2014 ermittelt die Organisation eine Zahl von circa 335 000 Wohnungslosen in Deutschland, wie einer Pressemitteilung von 2015 zu

entnehmen ist – das Resultat eines stetigen Anstiegs der Wohnungslosenzahlen seit 2008 (damals 227 000) (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015). Gleichzeitig weist die BAG W darauf hin, dass es keine bundeseinheitliche Wohnungsnotfall-Berichterstattung gibt und somit aufgrund der schlechten Datenlage nur Schätzungen darüber möglich sind, wie viele Menschen in Deutschland in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot leben.

In Bezug auf das hier bearbeitete Thema muss außerdem beachtet werden, dass nicht alle Wohnungslosen auch Nichtversicherte sind. Die Mehrheit unter ihnen verfügt durchaus über einen Krankenversicherungsschutz. Die BAG W unterscheidet dabei die Versicherungssituation am Beginn der Hilfe und am Ende der Hilfe durch eine Einrichtung in der Obdachlosenarbeit. Danach lag 2013 bei 22 % der Personen zu Beginn der Hilfe keine Krankenversicherung vor oder war die Versicherungssituation ungeklärt, am Ende der Hilfe war dies nur noch bei 11 % der Fall (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2014). Aus den Statistikberichten der BAG W ist zu entnehmen, dass der Anteil der Wohnungslosen ohne Krankenversicherung in den Jahren seit Einführung der gesetzlichen Versicherungspflicht leicht zurückgegangen ist. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen mit ungeklärter Versicherungssituation gestiegen. Zusammengenommen lässt sich kein eindeutiger Rückgang der Nichtversicherten unter den Wohnungslosen feststellen.

Tabelle 2: Übersicht zur Versicherungssituation bei Wohnungslosen
– in Anlehnung an die Statistikberichte der BAG W 2007–2013⁴
 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2008, 2009, 2010b, 2011b, 2011c, 2012b, 2012c, 2013c, 2013d, 2014)

	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Beginn der Hilfe							
Keine KV	16,3 %	15,1 %	15,9 %	16,3 %	17,8 %	19,0 %	19,3 %
KV ungeklärt	5,7 %	5,2 %	5,2 %	4,7 %	4,1 %	4,0 %	4,0 %
Gesamt	22,0 %	20,3 %	21,1 %	21,0 %	21,9 %	23,0 %	23,3 %
Ende der Hilfe							
Keine KV	7,5 %	6,2 %	5,7 %	5,5 %	5,9 %	7,2 %	7,8 %
KV ungeklärt	3,5 %	3,7 %	3,7 %	2,6 %	2,1 %	2,5 %	2,5 %
Gesamt	11,0 %	9,9 %	9,4 %	8,1 %	8,0 %	9,7 %	10,3 %

⁴ 2007 wurde erstmals erhoben, ob die Hilfesuchenden in den Hilfeeinrichtungen der Obdachlosenhilfe krankenversichert sind oder nicht. Statistikberichte für die Jahre 2014 und 2015 waren bis zur Fertigstellung der Dissertation noch nicht veröffentlicht.

Ähnlich stellt sich die Situation für Menschen dar, die in aufenthaltsrechtlicher Illegalität leben. Noch weniger als bei Wohnungslosen ist hier eine statistische Erfassung möglich. Doch die Schätzungen variieren stark und reichen von 100 000 bis zu 1 Million alleine für Deutschland. Zuverlässige Aussagen über irreguläre Migration in der EU gibt das Clandestino Research Project, das von 2007 bis 2009 stattfand (Clandestino Forschungsprojekt, 2009; Cyrus, 2008). Darin wurde eine Zahl von 1,9 bis 3,8 Millionen Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus ermittelt, die sich im Jahr 2008 in den 27 EU-Mitgliedsstaaten insgesamt aufhielten. Diese Schätzung basiert auf einer Annahme von 196 000 bis 457 000 Illegalisierten für Deutschland. In ihrem 2015 veröffentlichten „Update report Germany“ geht Vogel (2015) von einem kontinuierlichen Anstieg über die letzten Jahre aus und schätzt die Zahl der irregulären Migranten auf 180 000 bis 520 000 für das Jahr 2014. Auch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge erwähnt in seinem Migrationsbericht von 2014 die illegale Migration (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) & Bundesministerium des Innern (BMI), 2016, S. 134–139), ohne jedoch eine Schätzung zur Größenordnung abzugeben. Begründet wird dies damit, dass eine statistische Erfassung dieser Personengruppe nicht möglich sei, da sie sich aus Angst vor Bestrafung und Abschiebung als Folge des fehlenden Aufenthaltsstatus jeglicher Registrierung entziehen würden: „Da sowohl die unerlaubte Einreise als auch der unerlaubte Aufenthalt strafrechtlich relevante Tatbestände darstellen, sind unerlaubt in Deutschland lebende Ausländer – auch wegen drohender Abschiebung – bestrebt, ihren Aufenthalt vor den deutschen Behörden zu verbergen. [...] Folglich meiden illegal im Inland aufhältige Personen [...] jegliche staatliche Registrierung [...]. Insgesamt sind die unerlaubt und ohne Duldung in Deutschland lebenden Migranten somit weitgehend der statistischen Erfassung entzogen.“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) & Bundesministerium des Innern (BMI), 2016, S. 135). Dennoch werden einige Indikatoren angeführt, die zumindest eine Einschätzung zur Entwicklungstendenz der Größenordnung der illegalen Migration zulassen, wenn auch keine genauen Größenangaben. Dies sind die Statistiken der Bundespolizei und die polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) des Bundeskriminalamtes. Darin wird die Zahl unerlaubter Einreisen von Ausländern und Feststellungen von Geschleusten und Schleusern an den Grenzen und unerlaubt aufhältigen Personen innerhalb

Deutschlands und an deutschen Grenzen festgehalten. Diese Statistiken verzeichnen einen Anstieg der erfassten Personen seit Mitte/Ende der 2000er-Jahre und einen sprunghaften Anstieg im Jahr 2014. Demzufolge kann von einer Zunahme der illegal in Deutschland lebenden Ausländer ausgegangen werden.

Erwähnenswert scheint in diesem Zusammenhang auch, dass nach einem kontinuierlichen Rückgang der Asylsuchenden seit 1993, in den letzten Jahren ein erneuter Anstieg zu beobachten ist. Nach einem Tiefpunkt von 19 164 Asylanträgen in Deutschland im Jahr 2007 stieg die Zahl schrittweise wieder an, seit 2012 jährlich mit einer deutlichen Zunahme im Vorjahresvergleich, auf zuletzt 173 072 Asylanträge (Erstanträge) im Jahr 2014. Insbesondere die Zunahme der Migration aus Krisenländern im Mittleren und Nahen Osten und Nordafrika bewirkte einen weiteren sprunghaften Anstieg auf rund 442 000 Asylanträge in Deutschland im Jahr 2015 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) & Bundesministerium des Innern (BMI), 2016, S. 69–81). Nach Angaben des BAMF ist jedoch von einer tatsächlich noch höher liegenden Zahl von Asylsuchenden auszugehen. Denn aufgrund des stark angestiegenen Flüchtlingszustroms im Zuge der internationalen Flüchtlingskrise im Jahr 2015 kam es zu Verzögerungen bei den formalen Antragstellungen. So wurden zwar „nur“ 442 000 Anträge gestellt, doch insgesamt fast 1,1 Millionen Personen im sogenannten EASY-System (Erstverteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer) registriert (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016).

Ein relevanter Anstieg der Asylbewerber war damit erst nach Abschluss der Interviewphase dieser Studie (im Jahr 2011) zu verzeichnen. An dieser Stelle muss außerdem darauf hingewiesen werden, dass Personen, die einen Asylantrag in Deutschland stellen, nicht zu den illegalisierten Migranten zählen. Denn solange sich der Antrag noch in Bearbeitung befindet, haben sie als Asylbewerber einen legalen Aufenthaltstitel und eine Absicherung im Krankheitsfall. Es werden jedoch bei weitem nicht alle Asylanträge bewilligt und nicht immer wird am Ende ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht gewährt, auch wenn einem Antrag zunächst stattgegeben wird. Abgelehnte Asylanträge oder abgelaufene Aufenthaltstitel sind immer wieder Auslöser für eine Illegalisierung des Aufenthaltes, wenn es den betroffenen Personen gelingt, einer Abschiebung zu entgehen und in der Anonymität „abzutauchen“ (Krieger et al., 2006).

Somit ist zu vermuten, dass der aktuelle Anstieg der Asylsuchenden in den nächsten Jahren auch zu einem weiteren Anstieg der Illegalisierten führen wird.

Auch die Datenlage zu EU-Migranten aus den neuen Beitrittsländern von 2004⁵ und 2007⁶ weist Lücken auf. Dem Migrationsbericht des BAMF ist zu entnehmen, dass der Großteil der nach Deutschland zugewanderten Personen aus anderen europäischen Staaten stammt. EU-Bürger machten 2014 73,8 % der Immigranten aus. Nach Angaben des BAMF ist insbesondere seit den EU-Beitritten 2007 ein kontinuierlicher Anstieg der Zuzüge aus EU-Ländern zu verzeichnen. So waren Polen, Rumänien und Bulgarien die Hauptherkunftsländer im Jahr 2014 und stellten zusammen 31,9 % der Immigranten (Polen 13,5 %, Rumänien 13,1 %, Bulgarien 5,3 %) (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) & Bundesministerium des Innern (BMI), 2016, S. 15–21). Bereits die Jahre zuvor bildeten Staatsangehörige dieser Länder eine stark wachsende Gruppe unter den Migranten. In einem Forschungsbericht über Zuwanderung aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten Bulgarien und Rumänien berichtet das BAMF von einer Zunahme der in Deutschland lebenden bulgarischen Staatsangehörigen um 275 % von 2004 bis 2013, der rumänischen Staatsangehörigen um 265 %. Sie sind somit die am stärksten gewachsene Gruppe. Aber auch aus den EU-Beitrittsländern von 2004 hat die Zuwanderung von 2004 bis 2013 überdurchschnittlich zugenommen. So stieg die Anzahl der in Deutschland lebenden EU-Bürger dieser Länder um 110,8 %, während die Gesamtzahl der in Deutschland lebenden Ausländer im gleichen Zeitraum nur um 14 % wuchs (Hanganu, Humpert & Kohls, 2014, S. 32–35). Die Problematik der EU-Migration liegt darin, dass EU-Bürger ohne Grenzkontrollen nach Deutschland ein- und ausreisen können und daher nur behördlich registriert werden, wenn sie einen Wohnsitz anmelden. Verlagern sie ihren Lebensmittelpunkt nach Deutschland, aber melden keinen Wohnsitz an, entgehen sie der Zu- und Fortzugsstatistik. Da dies eine häufige Praxis ist, ist davon auszugehen, dass die Statistik eine zu niedrige Zahl wiedergibt. Das BAMF merkt dazu im Migrationsbericht an: „Gleichzeitig muss jedoch auch festgestellt

⁵ Bei der Ost-Erweiterung der EU zum 1.5.2004 traten folgende Länder bei: Estland, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Zypern. Sie werden auch als EU-10-Staaten bezeichnet.

⁶ Bei der Ost-Erweiterung der EU zum 1.1.2007 traten folgende Länder bei: Bulgarien, Rumänien. Sie werden auch als EU-2-Staaten bezeichnet.

werden, dass die Zuzugsstatistik eine unbestimmte Anzahl von Personen, die sich ihrer Meldepflicht entziehen oder sich unerlaubt in Deutschland aufhalten, nicht enthält und somit zu niedrige Zahlen widerspiegelt.“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) & Bundesministerium des Innern (BMI), 2016, S. 12).

Passend hierzu lässt sich den Statistikberichten der BAG W ein kontinuierlicher Anstieg der nichtdeutschen Staatsangehörigen sowie der Menschen mit Migrationshintergrund in der Wohnungslosenhilfe in den letzten Jahren entnehmen. Lag der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund 2007 noch bei 14 %, waren es 2010 21,7 % und 2013 29,4 %; der Anteil der nichtdeutschen Staatsangehörigen wuchs von 9 % im Jahr 2007 auf 13,5 % im Jahr 2010 und 18,6 % im Jahr 2013 (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2008, 2011b, 2014). 2014 hatte rund ein Drittel (31 %) der Wohnungslosen einen Migrationshintergrund (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2015). Auch den Berichten der BAG W zufolge machen osteuropäische Migranten die am schnellsten wachsende Gruppe aus. Zwar halten sie sich legal in Deutschland auf, doch sind sie besonders von Armut bedroht, da sie aus verschiedenen Gründen, unter anderem der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit (siehe Kapitel 2.4.3), keinen Zugang zum regulären Arbeitsmarkt finden. Deshalb arbeiten viele unter schlechten Arbeitsbedingungen, teils in illegalen Beschäftigungsverhältnissen oder sind arbeitslos, können sich dadurch keine Wohnung leisten und sind letztlich auf Hilfe angewiesen, die sie oft in Einrichtungen aus dem Obdachlosenbereich suchen (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V., 2013a). Auch Dälken bestätigt in ihrer Studie zur Situation von mobilen Beschäftigten aus mittel- und osteuropäischen Staaten, dass EU-Bürger vor allem aus den neuen Beitrittsländern in bestimmten Branchen auf dem Arbeitsmarkt gehäuft ausgebeutet werden, u.a. im Baugewerbe, in Pflegeberufen und im Hotel- und Gaststättengewerbe. Der Autorin zufolge werden dort oft Mindeststandards der Arbeitsbedingungen und Tarifstandards nicht eingehalten und so für erbrachte Arbeit zu geringer oder gar kein Lohn ausgezahlt und Sozialabgaben nicht korrekt bezahlt (Dälken, 2012). Wie viele EU-Migranten tatsächlich unter solchen Bedingungen in Deutschland arbeiten und leben lässt sich nicht sicher bestimmen. Folglich gibt es auch keine gesicherten Daten dazu, wie viele unter den EU-Migranten keinen Krankenversicherungsschutz haben.

Anhand dieser drei Untergruppen wird ersichtlich, dass die tatsächliche Anzahl Nicht-Krankenversicherter deutlich höher liegen dürfte als die vom Statistischen Bundesamt erfassten 137 000 im Jahr 2011. Jedoch kann die Größenordnung letztlich nur geschätzt werden. Denn die Schwierigkeit, zuverlässige Daten und Zahlen über Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in Deutschland zu erhalten, liegt zum einen darin, dass eine Personengruppe zahlenmäßig erfasst werden müsste, die sich aus Menschen zusammensetzt, die unerkannt und am Rande der Gesellschaft leben (wollen/müssen). Zum anderen liegt das Problem darin, dass nicht unbedingt alle Personen der verschiedenen Untergruppen von Nichtversicherung betroffen sind; außer im Fall der Illegalisierten. Wie hoch jeweils der Anteil der Nichtversicherten ist, kann jedoch nur für diejenigen erfasst werden, die im Hilfesystem Anschluss finden. Demzufolge können auch die Schätzungen zur Größe der jeweiligen Untergruppen nicht mit Schätzungen zu Nichtversicherten gleichgesetzt werden. Letztlich muss daher von einer Dunkelziffer in unbekannter Höhe ausgegangen werden.

2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen

In diesem Abschnitt wird eine Übersicht über die gesetzlichen Regelungen gegeben, die die Rahmenbedingungen für die Situation des Nichtversichertseins bilden. Dabei wird nicht auf juristische Feinheiten und mögliche Streitfälle eingegangen, da dies zum einen die Kompetenzen und den Rahmen dieser Studie übersteigen würde, zum anderen für die hier bearbeitete Fragestellung nicht zwingend erforderlich ist. Ebenso wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Stattdessen werden die zentralen Aspekte der gesetzlichen Vorgaben kurz und übersichtlich dargestellt, um darauf basierend die komplexen Zusammenhänge innerhalb des Themenfeldes nachvollziehbar zu machen. In Kapitel 5 werden die hier aufgezeigten Grundlagen mit konkreten Beispielen aus den Patientenfällen verbunden und so ihre praktische Relevanz veranschaulicht.

2.4.1 Regelungen zur Krankenversicherung

Es gibt aus den letzten Jahren zwei Gesetze aus dem Bereich der Krankenversicherung, die für nichtversicherte Personen wesentliche Änderungen brachten und deshalb hier Erklärung finden. Dies sind die Versicherungspflicht, die im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) beschlossen wurde und das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankversicherung (KVBeitrSchG) aus dem Jahr 2013. Das Beitragsschuldengesetz trat zwar erst nach Durchführung der Interviews, aber noch während der Anfertigung der Dissertationsschrift in Kraft. Da ihm eine wesentliche Bedeutung für den Themenkomplex zukommt, wird es in die Betrachtungen dieser Studie einbezogen.

Beide Gesetze verfolgen das Ziel einer Vollversicherung aller in Deutschland lebenden Personen. Nachdem seit Mitte der 1990er-Jahre die Zahl der nicht krankenversicherten Personen kontinuierlich anstieg, reagierte der Gesetzgeber darauf mit der Einführung einer gesetzlichen Versicherungspflicht, die sowohl für die GKV als auch die PKV gilt. Diese sah für alle bisher nichtversicherten Personen, ab dem Jahr 2007 mit einer Übergangsregelung bis zum Jahr 2009, eine schrittweise Einbindung in eine Krankenversicherung vor. Danach sollte seit dem 1. Januar 2009 jede in Deutschland lebende Person über einen Krankenversicherungsschutz verfügen. Zwar war auch schon unter der bis dahin geltenden Gesetzgebung ein nahezu bevölkerungsabdeckender Versicherungsschutz vorgesehen, doch bestand nun erstmals eine gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung für alle in Deutschland lebenden Personen. Um zu gewährleisten, dass diese Verpflichtung zur Versicherung auch von allen umgesetzt werden kann, enthält das Gesetz einen Kontrahierungszwang, der gleichzeitig die Krankenkassen dazu verpflichtet, die Personen in eine Versicherung aufzunehmen, die die jeweiligen Voraussetzungen erfüllen. Um die Zuständigkeiten der Krankenkassen für die einzelnen Personen eindeutig zu regeln, ist auch deren Zuordnung zu den Versicherungssystemen der GKV und der PKV festgelegt. Prinzipiell gilt, dass die letzte versichernde Krankenkasse dazu verpflichtet ist, ihre früheren Versicherungsnehmer auch nach einer Versicherungslücke erneut aufzunehmen. Darüber hinaus sollen die Versicherten durch eingeschränkte Kündigungsmöglichkeiten vor einem erneuten

Verlust des Krankenversicherungsschutzes bewahrt werden, während den Krankenkassen Instrumente an die Hand gegeben werden, ihre finanzielle Grundlage in Form der Versicherungsbeiträge zu sichern. Dazu wurden für den Fall des Nichtzahlens der Beiträge durch die Versicherten die Beitragsrückstände in Verbindung mit einer Ruhensregelung der Versicherungsleistungen eingeführt. Durch diese Maßnahmen kann weitestgehend jede in Deutschland lebende Person einer Versicherung zugeordnet werden. Für die wenigen Ausnahmen ist ein anderweitiger Versicherungsschutz vorgesehen. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Schmidt zeigte sich in einer Pressemitteilung zur Versicherungspflicht mit den Ergebnissen zufrieden. Sie hob die Wichtigkeit eines bevölkerungsabdeckenden Krankenversicherungsschutzes hervor, da die Krankenversicherung zu den Grundpfeilern des deutschen Sozialstaates zähle: „Die Krankenversicherung gehört zu den Grundlagen unseres Sozialstaates. Nachdem in den vergangenen Jahren die Zahl der Menschen ohne Versicherungsschutz angestiegen ist, erleben wir durch die Gesundheitsreform nun eine Trendwende: Die Zahl der Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall ist erstmals rückläufig. [...] Wenn ab dem 1. Januar 2009 die Versicherungspflicht auch in der privaten Krankenversicherung gilt, hat in Deutschland jeder Anspruch auf eine Krankenversicherung.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2008).

Obwohl zunächst ein positives Resümee gezogen wurde, zeigt sich in der Einführung des Beitragsschuldengesetzes, dass die gesetzliche Versicherungspflicht nur teilweise die erwünschte Wirkung erzielte. Die Gründe dafür waren einerseits, dass nicht alle Personen der Pflicht nachkamen, sich bei einer Krankenkasse zu melden, andererseits, dass ein Versicherungsverlust unter gewissen Umständen weiterhin möglich war. Dabei wurden vorrangig die Beitragsschulden als wesentliche Hürde gesehen. Um diese Probleme zu beheben und zukünftige Lücken im Versicherungsverlauf zu vermeiden, enthält das Beitragsschuldengesetz zwei Komponenten: die obligatorische Anschlussversicherung und den (teilweisen) Erlass der Beitragsschulden gekoppelt mit dem Notlagentarif in der PKV. Die obligatorische Anschlussversicherung verhindert seitdem ein Ausscheiden aus der Versicherung an gewissen Schnittstellen im Versicherungsverlauf, was bis dahin im Falle fehlender Mitwirkung der Betroffenen noch möglich war. Der Erlass der Beitragsschulden sollte nichtversicherten Personen einen Anreiz geben, bis zu einer festgesetzten Frist eine Versicherung abzuschließen.

Denn für manche stellten die rückwirkenden Beitragsschulden ein Hindernis dafür dar, wenn sie sich nicht zum Stichtag der Einführung der Versicherungspflicht bei der für sie zuständigen Krankenkasse gemeldet hatten. Andere waren zwar der Versicherungspflicht nachgekommen, konnten aber die Versicherungsbeiträge zu späterem Zeitpunkt nicht mehr zahlen und wurden so durch die Beitragsschulden in eine ausweglose Verschuldung getrieben. Mit der Gesetzesänderung wurde Nichtzahlern die Möglichkeit gegeben, die Schuldenlast zu verringern und so die Beitragsschulden abzubezahlen. In der PKV wurde außerdem ein Notlagentarif für Versicherte in finanziellen Notlagen eingerichtet. Diese Maßnahmen sollten die Versicherten zukünftig vor einer Verschuldung schützen und gleichzeitig ihre medizinische Versorgung sicherstellen. In einer Pressemitteilung zum Beitragsschuldengesetz betonte Bundesgesundheitsminister Bahr erneut das Ziel, alle in Deutschland lebenden Personen in einen Krankenversicherungsschutz einzugliedern, wozu auch der Schuldenerlass für finanziell schwache Personen dienen sollte: „Jeder in Deutschland soll einen Krankenversicherungsschutz [...] haben, unabhängig von Vorerkrankungen, Alter, Geschlecht und Einkommen. [...] Doch leider sind ehemals nicht Versicherte seit Einführung der Versicherungspflicht in einen Strudel aus hohen Säumniszuschlägen und Beitragsschulden geraten. Diesen Menschen wollen wir helfen, die Beitragszahlung aufzunehmen und in einen Versicherungsschutz zurückzukehren.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2013a).

Im Folgenden findet sich eine Zusammenfassung der Kernpunkte der beiden Gesetze unter Angabe des zugrundeliegenden Gesetzestextes. Zwecks der Übersichtlichkeit und um die Darstellung der Gesetzesgrundlagen in begrenztem Umfang zu halten, wurde eine tabellarische und stichpunktartige Ansicht gewählt. Als Literaturquellen dienten für diesen Abschnitt vorrangig der Leitfaden zum Problemfeld Krankenversicherung von Mehlhorn (2012), der Haufe Kompass zur Krankenversicherung (Wichert, 2013, 2015), die Orientierungshilfe zum Krankenversicherungsschutz des Deutschen Caritasverbandes (2012) und die Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (www.bmg.bund.de) mit der dort zur Verfügung gestellten Informationsliteratur (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Die folgenden Tabellen wurden von der Autorin selbst erstellt.

**Tabelle 3-1: Eckpunkte der Gesetzesänderungen
– Versicherungspflicht**

Gesetzestext
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007 (Gesundheitsreform 2007): BGBl. I S. 378 – Versicherungspflicht in der GKV: § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V – Versicherungspflicht in der PKV: § 193 Abs. 3 VVG
Zeitpunkt des Inkrafttretens
zum 1.4.2007 für Personen, die der GKV zugeordnet werden; zum 1.1.2009 für Personen, die der PKV zugeordnet werden
Betroffene Personen
Alle Personen, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben, d. h. auch Personen ohne festen Wohnsitz (ofW) und Ausländer mit Wohnsitz in Deutschland
Wichtige Neuerungen, Gesetzesinhalte
<u>Übergangsregelung für PKV:</u> (§ 315 SGB V) – ab 1.7.2007 Annahmepflicht im modifizierten Standardtarif – ab 1.1.2009 Inkrafttreten der Versicherungspflicht mit Einführung von Basistarif und Kontrahierungszwang für die PKV-Unternehmen
<u>Basistarif der PKV:</u> (§ 12 Abs. 1a–d VAG) – muss unabhängig von Gesundheitszustand und Alter angeboten werden (eine Gesundheitsprüfung darf aber zur Risikoerfassung für die PKV erfolgen) – beinhaltet Leistungen auf dem Niveau der GKV – die Monatsbeiträge sind begrenzt auf max. den Höchstbeitrag der GKV (ca. 600 Euro) – Härtefallregelung: entsteht durch die Beitragszahlungen Hilfebedürftigkeit (im Sinne des SGB II oder XII), wird der Monatsbeitrag halbiert – bei Beziehern von ALG II oder Sozialhilfe wird der volle halbierte Monatsbeitrag vom entsprechenden Leistungsträger (Jobcenter bzw. Sozialamt) übernommen
<u>Kontrahierungszwang, Zuständigkeiten der Krankenkassen:</u> (für GKV: § 174 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 173 Abs. 1 SGB V; für PKV: § 193 Abs. 5 VVG i. V. m. § 12 Abs. 1b VAG) – Kontrahierungszwang: Aufnahmepflicht von Seiten der Krankenkassen gegenüber den Personen, die die Aufnahmekriterien erfüllen – Zuständigkeit der GKV: die letzte versichernde Krankenkasse (oder deren Rechtsnachfolger) ist zuständig und zur Aufnahme verpflichtet; existiert diese nicht, besteht freies Wahlrecht für die zu versichernde Person – Zuständigkeit der PKV: Aufnahmepflicht ist auf Basistarif beschränkt; die zu versichernde Person hat Wahlfreiheit bzgl. der Krankenkasse; keine Aufnahmepflicht in sonstige PKV-Tarife
<u>Eingeschränkte Kündigungsmöglichkeiten:</u> (für GKV: § 175 Abs. 4 SGB V; für PKV: § 205 Abs. 6 und § 206 VVG) – Kündigungen von Seiten der Krankenkassen aufgrund von Beitragsrückständen sind nicht mehr zulässig (war bisher nach 2 nicht gezahlten Monatsbeiträgen möglich) – Kündigungen von Seiten der Versicherten sind nur wirksam, wenn der lückenlose Nachweis einer Anschlussversicherung oder anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall erbracht wird

Beitragsrückstände bei Nichtzahlen, Nichtversicherung:

(für GKV: § 186 Abs. 11 SGB V; für PKV: § 193 Abs. 4 VVG)

- die nicht gezahlten Monatsbeiträge summieren sich als Beitragsrückstände; Beitragsrückstände sind Schulden des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse
- in der GKV: die Beitragsrückstände ergeben sich aus den jeweils vollen Monatsbeiträgen zuzüglich eines Säumniszuschlags (bis zum KVBeitrSchG 5 % monatlich, seitdem 1 %)
- in der PKV: die Beitragsrückstände ergeben sich aus Prämienzuschlägen (die ersten 6 Monate je ein voller Monatsbeitrag, dann 1/6 des Monatsbeitrages monatlich)
- wurde mit Einführung der Versicherungspflicht keine KV abgeschlossen, werden die Beitragsrückstände rückwirkend zum jeweiligen Stichtag (1.4.2007 in der GKV bzw. 1.1.2009 in der PKV) erhoben, sobald sich die nichtversicherte Person bei der Krankenkasse meldet

Ruhensregelung bei Nichtzahlen:

(für GKV: § 16 Abs. 3 SGB V; für PKV: § 193 Abs. 6 VVG)

- sind Versicherte mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand, ruht die Krankenversicherung; die Krankenkasse kommt nur noch für Notfallbehandlungen auf (akute Erkrankungen, Schmerzzustände, Schwangerschaft, Mutterschutz)
- der volle Leistungsanspruch tritt erst wieder ein, wenn alle Beitragsrückstände vollständig abbezahlt sind
- die Regelung setzt aus, wenn eine Person hilfebedürftig wird und Sozialleistungen bezieht (ALG II, Grundsicherung)
- in der PKV: Personen, deren Vollversicherung wegen Nichtzahlen über mehr als 1 Jahr ruht, werden zwangsweise aus einem Normaltarif in den Basistarif überführt

Hintergrund, Sinn und Zweck

Die gesetzliche Versicherungspflicht ist die Reaktion auf die seit Jahren ansteigende Anzahl der Nichtversicherten. Das Gesetz soll diese Entwicklung stoppen und die Nichtversicherten in die Krankenversicherung einbinden. Es soll gleichzeitig für die Krankenkassen die Beitragszahlungen und für die Versicherten die medizinische Versorgung sichern.

Hinweis zum Basistarif der PKV im Fall der Hilfebedürftigkeit: Erst nach einem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 18. Januar 2011, B 4 AS 108/10 R) wurde festgelegt, dass seit 1.1.2011 der Leistungsträger für ALG-II-Empfänger, die im Basistarif der PKV versichert sind, den vollen halbierten Monatsbeitrag übernehmen muss. Bis dahin verweigerten die Jobcenter die volle Übernahme der Monatsbeiträge mit der Begründung, dass diese höher ausfielen (trotz Halbierung des Monatsbeitrages) als der Beitragssatz für GKV-Versicherte. Denn die Gesetzesgrundlage verpflichtete sie bis dahin nur, den Versicherungsbeitrag zu übernehmen, den sie auch für gesetzlich versicherte ALG-II-Empfänger übernahmen (§ 26 SGB II i.V.m. § 152 Abs. 1 VAG). Dadurch fiel eine monatliche Deckungslücke von rund 150 Euro an, die von den PKV-Versicherten selbst getragen werden musste, was den meisten ALG-II-Empfängern nicht möglich war.

Tabelle 3-2: Eckpunkte der Gesetzesänderungen
– Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der
Krankenversicherung

Gesetzestext
Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (KVBeitrSchG) vom 15.7.2013: BGBl. I S. 2423
Zeitpunkt des Inkrafttretens
zum 1.8.2013
Betroffene Personen
Personen, die trotz der gesetzlichen Versicherungspflicht seit 2007 bzw. 2009 keine Versicherung abgeschlossen haben oder diese erneut verloren haben und Versicherte in finanziellen Notlagen, die Beitragsschulden angehäuft haben
Wichtige Neuerungen, Gesetzesinhalte
<p><u>obligatorische Anschlussversicherung in der GKV:</u> (§ 188 Abs. 4 SGB V)</p> <ul style="list-style-type: none"> – scheidet eine Person aus der Pflichtversicherung (nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) aus, wird sie per Gesetz in einer freiwilligen Mitgliedschaft in der bisherigen Krankenkasse weiterversichert – dies kann nur verhindert werden, indem (innerhalb von 2 Wochen) der Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorgelegt wird, diese muss lückenlos an die Versicherung anschließen – Zielgruppe: Personen, die aus einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis ausscheiden, die sich beruflich selbständig machen, die arbeitslos werden ohne Arbeitslosengeld zu beziehen, deren Arbeitslosengeldbezug endet ohne dass ein Arbeitsverhältnis aufgenommen wird, die aus einer Familienversicherung ausscheiden, die als Rentner nicht pflichtversichert werden <p><u>Notlagentarif der PKV:</u> (§ 12 VAG und § 193 Abs. 7 VVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versicherungstarif mit niedrigem Monatsbeitrag (ca. 100–125 Euro) und eingeschränktem Leistungskatalog; beschränkt auf medizinische Notfallversorgung (akute Erkrankungen, Schmerzzustände, Schwangerschaft, Mutterschutz) – Beitragsschuldner werden in den Notlagentarif überführt (auch rückwirkend die, die in den Basistarif überführt wurden); der bisherige Versicherungsvertrag ruht; die Rücküberführung in den vorherigen Tarif erfolgt sobald alle Beitragsschulden beglichen sind – Zielgruppe: Versicherte in vorübergehenden finanziellen Notlagen <p><u>teilweiser Erlass der Beitragsschulden, mit Stichtagsregelung:</u> (für GKV: § 256a SGB V; für PKV: § 193 Abs. 4 VVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Neufälle in der GKV: Nichtversicherten werden bei einem Neuabschluss einer Versicherung zwischen 1.8. – 31.12.2013 die Beitragsrückstände einschließlich der Säumniszuschläge vollständig erlassen (rückwirkend zum 1.4.2007 bzw. dem Zeitpunkt der Nichtversicherung) – Altfälle in der GKV: Versicherten, die sich nach Inkrafttreten der Versicherungspflicht verspätet bei ihrer Krankenkasse gemeldet haben (also nicht zum Stichtag 1.4.2007 oder direkt nach dem Verlust der Krankenversicherung zu einem Zeitpunkt nach dem 1.4.2007), werden die Beitragsschulden aus den Zeiten der Nichtversicherung vollständig erlassen (Nacherhebungszeitraum), nicht jedoch die Beitragsschulden aus dem laufenden Rückstand seit der Anzeige der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse (das bedeutet einen Erlass der Schulden für den Zeitraum der

<p>Nichtversicherung zwischen 1.4.2007 bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sich die Person bei der Krankenkasse gemeldet hat)</p> <ul style="list-style-type: none"> – freiwillig Versicherte in der GKV: sie erhalten keinen vollständigen Schuldenerlass, aber der Säumniszuschlag wird rückwirkend reduziert – Neufälle in der PKV: Nichtversicherten werden bei einem Neuabschluss einer Versicherung zwischen 1.8. – 31.12.2013 die rückwirkenden Prämienzuschläge vollständig erlassen – Altfälle in der PKV: Versicherte mit Beitragsschulden, die die laufenden Beiträge nicht zahlen, werden in den Notlagentarif überführt, Beitragsschulden aus Zeiten der Nichtversicherung (Nacherhebungszeitraum) werden erlassen, nicht jedoch die Beitragsschulden aus dem laufenden Rückstand – für alle gilt der Schuldenerlass nur wenn in dem Zeitraum keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen wurden <p><u>zukünftige Regelung für Nichtzahler:</u> (für GKV: § 256a SGB V und § 24a Abs. 1a SGB IV; für PKV: § 193 VVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> – in der GKV: der Säumniszuschlag wird (rückwirkend) reduziert von 5 % auf 1 % monatlich – in der GKV: Nichtversicherte, die sich erst ab dem 1.1.2014 bei ihrer Krankenkasse melden, erhalten keinen vollständigen Schuldenerlass, sondern nur eine Ermäßigung der Beitragsschulden – in der PKV: ab 1.1.2014 müssen Beitragsschulden wieder wie zuvor abbezahlt werden – in der PKV: neu sind Regelungen, die es dem Versicherten erleichtern, Stundungsregelungen zur Abzahlung der Schulden mit der Krankenkasse zu vereinbaren <p>Hintergrund, Sinn und Zweck</p> <p>Das Gesetz soll einerseits die Lücken der gesetzlichen Versicherungspflicht schließen, an denen noch immer der Verlust der Versicherung möglich ist. Es soll andererseits Personen in finanziellen Notlagen entlasten und Nichtversicherten einen Anreiz bieten, eine Versicherung abzuschließen.</p>

Weitere bedeutende Gesetzesregelungen, die in der Ergebnisdarstellung in Kapitel 5 erwähnt werden, aber nicht Teil der obigen Gesetzesänderungen sind, sind die Bindungsfrist und die Regelungen zum Vertragsbeginn.

Bindungsfrist in der GKV: Für alle GKV-Versicherten gilt eine Bindungsfrist von 18 Monaten an die letzte Krankenkasse. Ein Kassenwechsel, auch nach Zeiten der Unterbrechung (also Nichtversicherung) ist erst möglich, wenn 18 Monate verstrichen sind (§ 175 Abs. 4 SGB V).

Beginn der Mitgliedschaft in einer Versicherung und Zustandekommen des Vertrages:

In der GKV beginnt die Mitgliedschaft in der Pflichtversicherung per Gesetz zum ersten Tag, an dem keine Absicherung für den Krankheitsfall mehr besteht, also auch rückwirkend (§ 186 SGB V). In der PKV beginnt die Mitgliedschaft frühestens mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei dem PKV-Unternehmen. Ein rückwirkender Versicherungsbeginn wäre zwar gesetzlich möglich, wird in der Regel aber von den

Versicherungsunternehmen nicht angewendet (§ 2 Abs. 1 VVG i.V.m. § 10 VVG). Der Antrag der zu versichernden Person ist dabei noch nicht bindend, sondern wird erst vom Versicherungsunternehmen geprüft. Erst wenn dieses dem Antrag zustimmt kommt ein Vertrag zustande. Für Normaltarife ist hierfür die Gesundheitsprüfung (Fragebogen und evtl. Untersuchung) unabdingbar, aber auch im Basistarif verlangen die Versicherungsunternehmen eine Gesundheitsprüfung, obwohl sie für einen Vertragsabschluss nicht zwingend notwendig ist.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass für die gesetzliche und die private Krankenversicherung unterschiedliche Gesetzesgrundlagen gelten. So sind die Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in der Sozialgesetzgebung verankert und finden sich daher in den Sozialgesetzbüchern, v.a. dem Fünften Sozialgesetzbuch. Die privaten Krankenkassen sind privatwirtschaftliche Unternehmen und damit nicht der Sozialgesetzgebung unterworfen. Die Rechtsgrundlage der PKV bilden vor allem das Unternehmensrecht und das Versicherungsrecht, die gesetzlichen Regelungen finden sich u.a. im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), aber auch im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Deshalb sind private Versicherungsunternehmen auch nicht verpflichtet, jeden Antragsteller aufzunehmen (außer im Basistarif). Ob eine PKV abgeschlossen werden kann und zu welchen Konditionen, entscheidet das Versicherungsunternehmen abhängig von Eintrittsalter und Gesundheitszustand der zu versichernden Person.

Zur Ergänzung folgt eine kurze Begriffserklärung. Da in Literatur und Fachjargon verschiedene Begriffe zum Thema Krankenversicherung verwendet werden, deren Bedeutung nicht immer direkt ableitbar ist, soll sie dem besseren Verständnis dienen und Verwirrung bei der Nomenklatur vermeiden.

Versicherungspflicht bezeichnet die Pflicht, der eine Person unterliegt, eine Versicherung abzuschließen. Im Fall der Krankenversicherung existiert eine gesetzliche Versicherungspflicht, also die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Versicherung, erst seit 2007 bzw. 2009. Dieser Pflicht unterliegen seitdem alle in Deutschland lebenden Personen.

Pflichtversicherung beschreibt die Versicherung, die eine Person abschließen muss, wenn eine Verpflichtung dazu vorliegt, also eine Versicherungspflicht besteht. Im Fall der Krankenversicherung wird der Begriff in der Regel für die gesetzliche Krankenversicherung verwendet, in der eine Person versicherungspflichtig wird, wenn sie die Bedingungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V erfüllt. In Bezug auf die PKV wird meist nicht von Pflichtversicherung gesprochen, auch wenn Personen, die der PKV zugeordnet werden ebenso der Versicherungspflicht unterliegen.

Versicherungsfreiheit kann bei Personen eintreten, die grundsätzlich der Pflichtversicherung in der GKV zugeordnet werden, aber aufgrund bestimmter Umstände davon befreit werden (§ 6 SGB V). Man bezeichnet diese Personen dann als versicherungsfrei. Dies betrifft gutverdienende abhängig Beschäftigte, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigt. Grundsätzlich versicherungsfrei sind außerdem Beamte, Richter, Soldaten, selbständig Erwerbstätige und Arbeitnehmer in nicht versicherungspflichtiger Tätigkeit (geringfügig Beschäftigte mit sog. Minijob). Der Begriff ist insofern irreführend, da auch versicherungsfreie Personen der Versicherungspflicht unterliegen und eine Krankenversicherung abschließen müssen, nur eben nicht in der GKV. Versicherungsfreie Personen werden grundsätzlich der PKV zugeordnet, haben aber die Wahl zwischen PKV und GKV (siehe freiwillig Versicherte).

Freiwillig Versicherte sind versicherungsfreie Personen, die weiter in der GKV versichert sind. Wer versicherungsfrei wird oder grundsätzlich ist und keine PKV abschließen will, kann stattdessen eine freiwillige Versicherung in der GKV abschließen (§ 9 SGB V). Seit Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes werden Versicherte, die aus der Pflichtversicherung in der GKV ausscheiden, per Gesetz in die freiwillige Versicherung übergeleitet, es sei denn sie erklären innerhalb der 2-wöchigen Frist ihren Austritt und können dafür eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall (z.B. eine PKV) nachweisen. Auch wenn damit quasi eine Pflicht zur freiwilligen Versicherung vorliegt, gilt die Person als freiwilliges Versicherungsmitglied.

Anderweitige Absicherung im Krankheitsfall bezeichnet eine Absicherung, die keine Krankenversicherung im engeren Sinne ist, aber die medizinische Versorgung der abgesicherten Person gewährleistet – im Gegensatz zu Nichtversicherten, die keinerlei Absicherung haben. Eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall besteht bei

Personen mit Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz (z. B. Inhaftierte) oder sonstige Gesundheitsfürsorge, Beihilfe mit ergänzendem PKV-Vertrag (z. B. Beamte), freie Heilsfürsorge (z. B. Soldaten, Polizisten), Anspruch auf Krankenbehandlung nach Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz o. ä., Krankenhilfe nach SGB XII oder SGB VIII, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Anspruch auf Sachleistungen gemäß über- und zwischenstaatlichem Recht (z. B. KV-Ansprüche aus anderen EU-Ländern).

Ein wichtiger Punkt zum Thema Krankenversicherung liegt in der Zuordnung der zu versichernden Personen zu einer der beiden Sparten des dualen Versicherungssystems – entweder der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung. Auch diese Zuordnung ist im Gesetz geregelt (§§ 5–9 SGB V und § 193 VVG). Danach werden allgemein diejenigen Personen der PKV zugeordnet, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV nach § 5 SGB V unterliegen (also versicherungsfrei sind) oder von dieser befreit wurden. Grundsätzlich folgt die Aufteilung auf die beiden Versicherungssysteme einer Unterscheidung nach Berufs- und Personengruppen. Demnach werden Selbständige, Freiberufler, Beihilfe- und Heilsfürsorgeberechtigte (Beamte, Richter, Polizisten, Soldaten) der PKV zugeordnet, angestellte Arbeitnehmer der GKV. Sind Angestellte versicherungsfrei, können sie sich allerdings auch in der PKV versichern (s. o.). Arbeitslose werden grundsätzlich jeweils dem System zugeordnet, in dem sie bisher aufgrund ihrer Berufsausübung versichert waren.

Das Gesetz zur Versicherungspflicht regelt auch die Zuordnung der nichtversicherten Personen. Sie werden den beiden Versicherungssystemen entsprechend ihrer letzten Zugehörigkeit oder entsprechend der aktuellen Berufstätigkeit zugewiesen. Wer bisher noch nie Mitglied einer Krankenversicherung war, muss sich gemäß seines aktuell ausgeübten Berufes versichern; im Fall der Arbeitslosigkeit werden bisher noch nie versicherte Personen der GKV zugeordnet.

Nicht erwerbstätige Personen werden je nachdem welcher Personengruppe sie angehören versichert. Studenten werden bis zur Vollendung des 14. Fachsemesters, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, der Pflichtversicherung in der GKV zugeordnet. Bei Rentnern fällt die Entscheidung über die Zuordnung je nach dem bisherigen Versicherungsverlauf aus. Sind die Vorversicherungszeiten erfüllt, wird

eine Person mit Eintritt des Rentenalters in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversichert und bleibt damit in der GKV. Dies ist gegeben, wenn in der 2. Hälfte des Erwerbslebens zu 90 % der Zeit ein Versicherungsschutz in der GKV bestand. Erfüllen Studenten und Rentner die Kriterien zur Pflichtversicherung nicht, können sie sich ggf. freiwillig in einer GKV versichern. Erfüllen sie auch hierfür die Voraussetzung nicht, werden sie der PKV zugeordnet.

Eine Besonderheit der GKV stellt außerdem die Familienversicherung dar (§ 10 SGB V). Für Familienmitglieder ist im Gegensatz zur PKV eine beitragsfreie Mitversicherung unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Dies gilt für Ehepartner, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner und Kinder bis zum 18. Lebensjahr (Verlängerung max. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres). Die Familienversicherung ermöglicht nicht berufstätigen Familienmitgliedern ohne eigenes Einkommen oder Geringverdienern in der Familie den Abschluss einer Krankenversicherung. Ausgenommen sind jedoch beruflich Selbständige. Für die Familienversicherung gibt es keine Altersgrenze (s. u.), so dass auch über 55-Jährige und Rentner eintreten können, wenn sie die Bedingungen erfüllen.

Die GKV unterscheidet demnach drei Kategorien von Mitgliedern: Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte und Familienversicherte.

Ein Wechsel zwischen den Versicherungssystemen ist nicht uneingeschränkt möglich. Um von der GKV in die PKV zu wechseln muss eine Person versicherungsfrei sein (s. o.). Auch ein Wechsel von der PKV in die GKV ist nur unter Erfüllung bestimmter Kriterien möglich. So zum Beispiel durch den Eintritt in die Versicherungspflicht, wenn das Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze absinkt, die Voraussetzungen für den Eintritt in eine Familienversicherung der GKV erfüllt sind oder Arbeitslosigkeit eintritt. Im Fall von Arbeitslosigkeit ist der Wechsel allerdings nur möglich, wenn ALG I bezogen wird; wird direkt ALG II bezogen, muss der Betreffende sich weiter in der PKV versichern. Demnach ist der Wechsel beispielsweise für selbständig tätige Personen unmöglich. Um wieder der GKV beitreten zu können müssten sie ihre selbständige Tätigkeit aufgeben und eine abhängige Beschäftigung mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze aufnehmen (aber keine geringfügige Beschäftigung)

oder sich arbeitslos melden. Allerdings gilt auch hier, dass die Rückkehr in die GKV nur möglich ist, wenn Anspruch auf ALG I besteht.

Die Möglichkeiten, von einer Vollversicherung der PKV zurück in die GKV zu wechseln, sind gewollt auf wenige Ausnahmefälle beschränkt und sind nur unter eng gesetzlich festgelegten Umständen gegeben. Denn während die PKV gerade für noch junge, gesunde Personen aufgrund der noch niedrigen Beiträge attraktiv ist, kann sie in fortgeschrittenem Alter zu einer erheblichen finanziellen Belastung werden, da die Beiträge an das individuelle Gesundheitsrisiko angepasst werden und altersabhängig und unabhängig vom Einkommen steigen. Um zu vermeiden, dass Versicherte zuerst von den niedrigen Beiträgen der PKV profitieren und im Alter zurück in die GKV wechseln, um den ansteigenden Beiträgen zu entgehen, wurde eine Altersgrenze eingeführt. So werden seit dem Jahr 2000 Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr versicherungspflichtig in der GKV, wenn sich die Umstände dahingehend ändern, dass sie als unter 55-Jährige der GKV zugeordnet würden. So ist die Rückkehr in die GKV nach einem Überschreiten der Altersgrenze ausgeschlossen, selbst wenn das Einkommen unter die Versicherungspflichtgrenze sinkt oder eine Person von einer selbständigen Tätigkeit in eine versicherungspflichtige Beschäftigung wechselt. Genau genommen ist auch hier der Versicherungsverlauf der letzten Jahre entscheidend. Denn nach § 6 Abs. 3a SGB V tritt die Versicherungspflicht in der GKV nicht ein, wenn:

- die Versicherungspflicht nach Vollendung des 55. Lebensjahres eintritt und
- in den letzten fünf Jahren zu keinem Zeitpunkt eine Mitgliedschaft in der GKV vorlag (also weder Pflichtversicherung noch freiwillige Versicherung noch Familienversicherung) und
- die Person in den letzten fünf Jahren mindestens zur Hälfte entweder versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit oder nicht versicherungspflichtig war (z. B. wegen selbständiger Tätigkeit).

Für über 55-Jährige ist die Rückkehr in die GKV also nur möglich, wenn in den letzten fünf Jahren zumindest ein Tag lang eine GKV bestand oder im Rahmen einer Mitversicherung in der Familienversicherung.

2.4.2 Regelungen zu Sozialleistungen

Den Sozialleistungen kommt im Themenbereich Krankenversicherung und Nichtversicherung insofern Bedeutung zu, als dass für einen Teil der Nichtversicherten die Möglichkeit besteht, über den Bezug von Sozialleistungen in eine Krankenversicherung einzutreten. Zur besseren Orientierung in der komplexen Sozialgesetzgebung wird hier ein kurzer Überblick über diejenigen Regelungen gegeben, die zum Verständnis der Ergebnisdarstellung dieser Studie relevant sind. Für Details muss jedoch auf die offiziellen Informationen der Bundesregierung bzw. der jeweiligen Behörden verwiesen werden; dies sind das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (www.bmas.de), die Bundesagentur für Arbeit (www.arbeitsagentur.de), die Jobcenter in Frankfurt am Main (www.jc-frankfurt.de) sowie die Sozialämter in Frankfurt am Main (www.frankfurt.de), die jeweils in ihrem Internetauftritt aktuelle Informationen anbieten. Die dort verfügbaren Informationen und Publikationen (z.B. Informationsbroschüren zu verschiedenen Sozialleistungen) dienen als Informationsquelle für die Erläuterungen in diesem Abschnitt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014, 2015a, 2015b, 2015c).

Im Zuge einer großen Sozialreform wurden 2002 und 2003 die vier Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz I-IV) beschlossen. Die sogenannten Hartz-Reformen traten zwischen 2003 und 2006 in Kraft und führten zu grundlegenden Umstrukturierungen des Arbeitsmarktes und des Sozialleistungssystems. Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG), das bisher die Rechtsgrundlage für die Sozialhilfe darstellte, wurde durch das Zwölfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XII) ersetzt, das zusammen mit dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB II) seitdem die Gesetzesgrundlage für die Sozialleistungen bildet. Die frühere Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe für Erwerbsfähige wurden zu Arbeitslosengeld II (ALG II) zusammengeführt, das im SGB II geregelt ist und zum 1.1.2005 eingeführt wurde. Leistungsträger sind seitdem für Leistungen nach SGB II die Bundesagentur für Arbeit (BA), die die frühere Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitsamt) ersetzt, gemeinsam mit den örtlichen Jobcentern (bis 2011 ARGEn genannt = Arbeitsgemeinschaft SGB II). Die Jobcenter sind in der Regel eine Arbeitsgemeinschaft aus Kommune und Bund. Es gibt auch

sogenannte Optionskommunen, die die alleinige Verantwortung für die Jobcenter übernehmen, nicht jedoch in Frankfurt. Die Verantwortung für die Zahlung der verschiedenen SGB-II-Leistungen ist unter den beiden Trägern aufgeteilt. Ansprechpartner für Hilfebedürftige, die seit den Hartz-Reformen als Kunden bezeichnet werden, sind in den Jobcentern sogenannte PAPs (Persönliche Ansprechpartner) und Fallmanager. Für Leistungen nach SGB XII sind die Sozialämter Leistungsträger, sie werden alleine von der Kommune getragen. Die Zuständigkeitsbereiche der beiden Behörden sind in der Sozialgesetzgebung klar getrennt.

Grundsätzlich müssen zwei Arten von Sozialleistungen unterschieden werden:

- Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) nach SGB II
- Sozialhilfe nach SGB XII, das sich in weitere Leistungen untergliedern lässt (s. u.).

Beide Leistungen enthalten nicht nur Geldleistungen, sondern auch Sachleistungen, Dienstleistungen, Beratungsleistungen u.ä., auf die jedoch nicht weiter eingegangen wird. Bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende sind die einzelnen Leistungen unter Bund und Kommune aufgeteilt. Die Arbeitsagenturen tragen über Gelder des Bundes die Zahlungen der Regelbedarfe zur Sicherung des Lebensunterhaltes und die Eingliederungsleistungen, die Kommunen kommen für sonstige Leistungen auf (Unterkunft, Heizung, Bildungs- und Teilhabeleistungen, Schuldner- und Suchtberatung etc.). Der Regelbedarf wurde seit Einführung des ALG II kontinuierlich erhöht. Für Alleinstehende/Alleinerziehende betrug er 2005 345 Euro (für Westdeutschland bzw. 331 Euro für Ostdeutschland; ab 2007 einheitlich für ganz Deutschland), 2011 (während der Interviewphase) 364 Euro, 2015 399 Euro. Die Sozialhilfe wird aus Geldern der Kommune finanziert und ist eine nachrangige Leistung. Das bedeutet, dass SGB-XII-Leistungen nur gewährt werden, wenn alle anderen Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und kein Anspruch bei einem anderen Leistungsträger besteht (z. B. beim Jobcenter). Auch in der Sozialhilfe wird zunächst der Regelbedarf erhoben, der sich aus den jeweiligen Umständen ergibt und darüber entscheidet, in welcher Höhe Sozialhilfe gezahlt wird. Er orientiert sich am Regelbedarf des ALG II, dem Sozialamt ist jedoch ein größerer Ermessensspielraum eingeräumt, die Höhe der Unterstützung dem Einzelfall anzupassen.

Die Grundsicherung für Arbeitsuchende verfolgt das Ziel der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes werden als Arbeitslosengeld II (ALG II – auch als Hartz IV bezeichnet) und Sozialgeld ausgezahlt (§ 19 SGB II). Unterschieden wird dafür zwischen der leistungsberechtigten Person und deren Angehörigen. Die leistungsberechtigte Person erhält ALG II, gibt es hilfebedürftige Familienangehörige innerhalb einer Bedarfsgemeinschaft erhalten diese Sozialgeld.

Die Sozialhilfe verfolgt das Ziel, Personen vor Armut, sozialer Ausgrenzung und besonderer Belastung zu schützen. Im Gegensatz zur Grundsicherung für Arbeitsuchende steht die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bei Personen in Sozialhilfebezug nicht an erster Stelle oder ist überhaupt nicht mehr möglich. Die Sozialhilfe unterscheidet verschiedene Hilfen: (jeweils im SGB XII)

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe im engeren Sinne) (§§ 27–40, Drittes Kapitel)
- Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (§§ 41–46b, Viertes Kapitel)
- Hilfen zur Gesundheit (§§ 47–52, Fünftes Kapitel)
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53–60, Sechstes Kapitel)
- Hilfe zur Pflege (§§ 61–66, Siebtes Kapitel)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67–69, Achtes Kapitel)
- Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70–74, Neuntes Kapitel)

Für das vorliegende Thema sind insbesondere die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung von Bedeutung, die als Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes zusammengefasst werden. Auch auf die Hilfen zur Gesundheit und zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten wird weiter unten kurz eingegangen.

Für die Klärung der Frage, auf welche Sozialleistungen Anspruch besteht, ist neben dem Alter der Person der Tatbestand der Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsminderung entscheidend (§ 8 SGB II). Das Verfahren zur Feststellung von Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsminderung ist in § 44a SGB II (für die Grundsicherung für Arbeitsuchende) und in § 45 SGB XII (für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) geregelt

(s.u.). Als Kriterium hierfür wird die Leistungsfähigkeit der Person auf dem Arbeitsmarkt herangezogen – nach der Definition der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI). Danach besteht Erwerbsfähigkeit bei Personen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen können. Erwerbsminderung besteht dementsprechend, wenn die Leistungsfähigkeit einer Person auf unter drei Stunden begrenzt ist. Im erwerbsfähigen Alter kann die Erwerbsminderung dauerhaft oder zeitlich begrenzt sein. Das erwerbsfähige Alter ist auf 15 bis 65–67 Jahre (je nach Renteneintrittsalter) festgelegt.

Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben Erwerbsfähige im erwerbsfähigen Alter. Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt haben Personen im erwerbsfähigen Alter, die zeitlich befristet erwerbsgemindert sind, Vorruheständige mit niedriger Rente, längerfristig Erkrankte und hilfebedürftige Kinder mit selbst nicht hilfebedürftigen Eltern (z.B. minderjährige, behinderte Kinder in stationären Einrichtungen). Auch Personen, die auf dem Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sind (z.B. Alkohol- und Suchtkranke) können u.U. Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt haben. Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung besteht für Personen außerhalb des erwerbsfähigen Alters (Erreichen des Rentenalters) und für Personen im erwerbsfähigen Alter, die dauerhaft erwerbsgemindert sind. Das bedeutet, dass die Jobcenter allgemein gesprochen für erwerbsfähige Arbeitslose zuständig sind, die Sozialämter für erwerbsgeminderte Arbeitslose und Personen außerhalb des erwerbsfähigen Alters.

In der Praxis führt diese Zuordnung der Personen im erwerbsfähigen Alter dazu, dass sie primär den Jobcentern zugeordnet werden und zuerst in ALG-II-Bezug gelangen müssen, bevor ggf. die Erwerbsfähigkeit überprüft werden kann und eine Überleitung in SGB-XII-Leistungen möglich ist. Ist ein Leistungsbezieher nach Ansicht eines PAPs oder Fallmanagers nicht erwerbsfähig, kann dieser eine amtsärztliche Überprüfung veranlassen. Anhand eines medizinischen Gutachtens des ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit wird dann die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Person beurteilt. Die Beurteilung des Jobcenters wird wiederum vom Rentenversicherungsträger überprüft, der damit letztlich die Entscheidung über eine Erwerbsfähigkeit oder

-minderung einer Person fällt. Erst nach Bestätigung der Erwerbsminderung durch den Rentenversicherungsträger kann die Person in den Bezug von SGB-XII-Leistungen an das Sozialamt übergeleitet werden. Zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit kann auch die Hilfe des medizinischen Dienstes des Gesundheitsamtes hinzugezogen werden.

Leistungsberechtigt ist eine Person außerdem nur, wenn ihre Hilfebedürftigkeit festgestellt wird (§ 9 SGB II, § 19 SGB XII). Hilfebedürftig ist eine Person, wenn sie ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten kann und keine Hilfe von Dritten zur Verfügung steht. Dabei wird nicht nur das Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit oder Rentenzahlung berücksichtigt, sondern auch Einkommen aus anderen Quellen, beispielsweise aus Vermietung, Kapitaleinnahmen und auch einmalige Einnahmen aus Erbschaften etc. Außerdem darf kein Vermögen vorhanden sein, das zur Sicherung des Lebensunterhaltes herangezogen werden kann oder es muss unterhalb des festgesetzten Freibetrages liegen (dieser ist abhängig vom Lebensalter; der Grundfreibetrag beträgt 150 Euro je vollendetem Lebensjahr). Nicht zuletzt ist Hilfebedürftigkeit nur gegeben, wenn keine Unterstützung von Angehörigen möglich ist.

Daraus folgt, dass nicht nur Arbeitslose Anspruch auf Arbeitslosengeld II haben, sondern unter Umständen auch Erwerbstätige die Voraussetzungen für einen Leistungsbezug erfüllen, wenn ihr Einkommen so niedrig ist, dass es nicht zur Existenzsicherung ausreicht. So können beispielsweise Selbständige mit niedrigem Einkommen oder auch geringverdienende Arbeitnehmer ergänzende ALG-II-Leistungen beantragen. In diesen Fällen wird auch von „aufstockenden Leistungen“ gesprochen, da das eigene Einkommen durch ALG-II-Leistungen bis zum Regelbedarf „aufgestockt“ wird. Besteht kein ALG-II-Anspruch, weder als voller Leistungsanspruch noch als aufstockende Leistung, würde aber die Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung für Personen, die diese selbst zahlen müssen, zu einer Bedürftigkeit führen, kann zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen beantragt werden. Die Zuzahlung ist dabei nur so hoch, dass gerade keine Hilfebedürftigkeit eintritt, es werden also nicht unbedingt die vollen Versicherungsbeiträge übernommen und es wird auch kein ALG II ausgezahlt (§ 26 SGB II).

Seit den Hartz-Reformen gilt für die staatliche Förderung von erwerbsfähigen Personen der Grundsatz „Fördern und Fordern“ (Kapitel 1 SGB II, §§ 1 und 2). Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass im Gegenzug für die steuerfinanzierte Hilfe Eigeninitiative und aktive Mitwirkung der geförderten Personen erwartet wird, um sobald wie möglich wieder eigenständig und ohne staatliche Hilfe den eigenen Lebensunterhalt zu sichern. Wird dieser Mitwirkungspflicht nicht in gefordertem Maße nachgekommen, kann das Jobcenter Sanktionen verhängen, was zu einer Kürzung der Leistungen führt, bis hin zum vollständigen Stoppen der Leistungen. So gehört es beispielsweise zu den Grundpflichten eines ALG-II-Empfängers, sich selbständig darum zu bemühen, seine Arbeitslosigkeit zu beenden, indem er aktiv auf Jobsuche ist, eine Arbeit, Ausbildung oder Eingliederungsmaßnahme, die ihm vom Jobcenter vermittelt wird, anzunehmen und an jedem Werktag unter der angegebenen Anschrift erreichbar zu sein sowie dazu bereit zu sein, das zuständige Jobcenter täglich aufzusuchen, wenn dies verlangt wird. Darüber hinaus muss er sich auf Aufforderung persönlich beim Jobcenter melden oder zu einer ärztlichen oder psychologischen Untersuchung erscheinen (Meldepflicht). Nach der ersten Pflichtverletzung erfolgt eine Kürzung um 30 %, nach wiederholter Verletzung um 60 %, danach entfällt der Anspruch auf ALG II vollständig, wenn weitere Pflichtverletzungen folgen. Wird nur die Meldepflicht verletzt, kommt es zu Kürzungen um je 10 %. Die Sanktionen werden jeweils für drei Monate verhängt (§§ 31–32 SGB II). Zudem werden ALG-II-Leistungen in der Regel nur für (maximal) sechs Monate bewilligt. Für einen fortdauernden Leistungsbezug muss fristgerecht ein Folgeantrag gestellt werden. Wird dies verpasst, werden die Leistungen nach Ablauf der bewilligten Zeit beendet.

Für Leistungen nach SGB XII gilt, dass Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung beantragt werden muss und jeweils für ein Jahr bewilligt wird (wobei der zuständige Leistungsträger einen gewissen Entscheidungsspielraum innehat), während die übrigen Leistungen nicht beantragt werden müssen, sondern einsetzen, sobald dem Leistungsträger bekannt wird, dass die Voraussetzungen für einen Leistungsbezug erfüllt sind. Auch unter Bezug von SGB-XII-Leistungen wird Mitwirkung gefordert, auch wenn die Anforderungen an den Leistungsbezieher etwas geringer ausfallen. So müssen Sozialhilfeempfänger beispielsweise bei der Bearbeitung ihres Antrages mitwirken, alle notwendigen Angaben machen (zu Einkünften,

Vermögen etc.), den Auskünften durch Dritte zustimmen (Familienmitglieder, Banken, Ärzte etc.) und sich auf Verlangen des Sozialhilfeträgers ärztlichen oder psychologischen Untersuchungen unterziehen. Grundsätzlich wird die Sozialhilfe als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Demnach wird erwartet, dass der Leistungsbezieher das ihm mögliche tut, um wieder unabhängig von der staatlichen Unterstützung zu werden und sich aus eigener Anstrengung aus seiner Notlage zu befreien. Kommen Leistungsberechtigte ihren Verpflichtungen nicht nach, können auch hier Leistungen eingeschränkt werden (§ 39a SGB XII).

Personen in ALG-II-Bezug sind grundsätzlich pflichtversichert. Das Jobcenter übernimmt (aus Geldern des Bundes) die Beitragszahlungen zur Krankenversicherung für Personen im ALG-II-Bezug. Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, werden Arbeitslose dem Versicherungssystem zugeordnet, in dem bisher eine Krankenversicherung bestand, auch nach einer Unterbrechung mit einem Zeitraum der Nichtversicherung. Das heißt, bisher GKV-Versicherte bleiben auch unter ALG-II-Bezug in der GKV, bisher PKV-Versicherte bleiben in der PKV. Besteht die Möglichkeit der kostenlosen Mitversicherung in einer Familienversicherung, so hat dies Vorrang. Personen, die aus einem ALG-I-Bezug in ALG-II-Bezug eintreten, behalten die Versicherung bei, die unter ALG-I-Bezug bestand. Dies gilt auch, wenn eine Person früher privat krankenversichert war und erst durch den Bezug von ALG I in die GKV eintrat, wie z. B. bei vormals beruflich Selbständigen möglich.

Auch Personen, die in Sozialhilfebezug eintreten, werden im Gegensatz zu früher nun in einer Krankenversicherung versichert. Personen, die nach dem 1.4.2007 in Leistungsbezug eintreten, müssen regulär als Mitglieder in einer Krankenkasse versichert werden. Personen, die allein Hilfe bei Krankheit nach § 48 des Fünften Kapitels des SGB XII erhalten, werden ebenso der Pflichtversicherung in der GKV zugeordnet. Personen, die zum Stichtag der Einführung der Versicherungspflicht (1.4.2007) in laufendem Leistungsbezug von Sozialhilfe (nach dem Dritten, Vierten, Sechsten oder Siebten Kapitel des SGB XII) standen, erhalten zur Absicherung im Krankheitsfall Hilfe zur Gesundheit (§§ 47–52 SGB XII), anstatt in eine Krankenversicherung eingegliedert zu werden (§ 5 Abs. 8a SGB V). Dabei übernimmt jeweils eine Krankenkasse die Behandlungskosten, die ihr im Nachhinein vom Sozialhilfeträger

erstattet werden (§ 264 SGB V). Der Sozialhilfeempfänger gilt dabei nicht als Krankenkassenmitglied, erhält jedoch eine Versichertenkarte zur Vorlage beim Arzt mit der eine Gesundheitsversorgung entsprechend den Leistungen einer gesetzlichen Krankenkasse möglich ist. Damit wird auch eine Stigmatisierung von Sozialhilfeempfängern umgangen, die früher keine Versichertenkarte ausgehändigt bekamen, wodurch sie als Patienten sofort von regulären Krankenkassenmitgliedern zu unterscheiden waren.

Erwähnenswert für die in der vorliegenden Studie bearbeitete Fragestellung ist desweiteren die Abschaffung der Krankenhilfe in ihrer früheren Form, wie sie nach dem BSHG geregelt war. Im Zuge der Gesundheitsreform 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz, kurz GMG) und den Hartz-Reformen – und damit der Überleitung des BSHG in das SGB – entfiel für nichtversicherte Sozialhilfeempfänger die Möglichkeit der punktuellen Absicherung im Krankheitsfall über den sog. Krankenschein des Sozialamtes. Zwar besteht weiterhin die Möglichkeit, nichtversicherten Hilfebedürftigen eine Krankenbehandlung über die Krankenhilfe nach SGB zu gewähren (§ 48 SGB XII und § 264 SGB V), doch wird dies im Gegensatz zu früher nur noch in wenigen Ausnahmefällen umgesetzt. Denn wie oben erläutert unterliegen diejenigen Personen, die früher in der Regel per Krankenschein und damit Kostenerstattung über das Sozialamt behandelt wurden, seit den Reformen weitestgehend der Versicherungspflicht. Damit entfällt das Sozialamt als Leistungsträger, muss daher auch seine Zuständigkeit genauer prüfen und stellt als Folge nur noch selten Krankenscheine für Nichtversicherte aus. Die praktischen Auswirkungen dieser Regelung werden mit den Ausführungen in Kapitel 5 deutlich.

Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67–69 SGB XII wird bestimmten Personengruppen gewährt. Der Definition des SGB XII zufolge sind dies „Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind“. Zielgruppe dieser Hilfe sind demnach insbesondere Obdachlose und Personen, die von weiteren existenziellen Problemlagen betroffen sind. Weiterhin zählen zu dieser Personengruppe auch Nichtsesshafte, Landfahrer (Sinti und Roma), Suchtkranke und verhaltensgestörte junge Menschen. Die Hilfe umfasst im Einzelnen

Beratung, persönliche Betreuung, Beschaffung und Erhalt einer Wohnung, (Wieder-)Einstieg in das Arbeitsleben, Ermöglichung einer Ausbildung und ähnliches.

Arbeitslosengeld I (ALG I) stellt im Gegensatz zu Arbeitslosengeld II einen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch dar und muss deshalb von den steuerfinanzierten Sozialleistungen abgegrenzt werden. Dies hat auch zur Folge, dass im Fall von Arbeitslosigkeit kein gesetzlicher Anspruch auf ALG I besteht, sondern nur, wenn entsprechend Beiträge in eine Arbeitslosenversicherung eingezahlt wurden. Dies ist entweder im Rahmen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung der Fall oder wenn freiwillig Beiträge abgeführt wurden. Beruflich Selbständige haben demnach nur Anspruch auf ALG I, wenn sie eine freiwillige Arbeitslosenversicherung abgeschlossen haben. ALG I muss bei der Agentur für Arbeit beantragt werden, der Bezug ist auf maximal ein Jahr beschränkt. Besteht die Arbeitslosigkeit danach fort, kann der Betroffene ALG II beantragen, sofern er die Bedingungen für einen Leistungsbezug erfüllt.

2.4.3 Regelungen für nichtdeutsche Staatsbürger

Betrachtet man die Versicherungssituation von Ausländern in Deutschland, stellt sich die Frage nach dem Aufenthaltsstatus und danach, ob nur ein vorübergehender, kurzer Aufenthalt besteht oder ein längerer oder dauerhafter Aufenthalt. Ausländer, die sich als Touristen, Besucher, Durchreisende o.ä. nur kurzfristig hierzulande aufhalten, sollten in der Regel über eine Absicherung im Krankheitsfall in ihrem Herkunftsland verfügen, die sie auch für die Reise absichert. Für Ausländer, die als Migranten ihren Lebensmittelpunkt dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum nach Deutschland verlagern, stellt sich die Frage, ob und wie sie sich in das hiesige Krankenversicherungssystem integrieren können und ob ggf. der Anschluss an das Sozialleistungssystem möglich ist. Da sich die Bedingungen für den Zugang zu diesen Systemen für Deutsche und Nichtdeutsche unterscheiden, müssen die Regelungen für Ausländer separat betrachtet werden. Aufgrund der Vielzahl der Beweggründe für einen Aufenthalt in Deutschland, mit entsprechend unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen, können auch hier nicht alle Gesetzesgrundlagen erschöpfend behandelt werden, sondern kann

lediglich ein Überblick über die wichtigsten Regelungen gegeben werden. Für detaillierte Informationen wird auf die jeweils aktuellen Internetseiten der Bundesregierung und der entsprechenden Behörden verwiesen: das Bundesministerium des Inneren (www.bmi.bund.de), das Auswärtige Amt (www.auswaertiges-amt.de), das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (www.bmas.de), das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (www.bamf.de) und die Ausländerbehörde Frankfurt am Main im örtlichen Ordnungsamt (www.frankfurt.de). Die dort verfügbaren Informationen und Publikationen dienen als Grundlage für die Erstellung dieses Abschnittes (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014, 2015b). Darüber hinaus wurden die Leitfäden zu Sozialleistungen für Migranten von Classen (2013a, 2013b), die Handreichung zu Freizügigkeitsrecht und Anspruch auf Sozialleistungen von Unionsbürgern der Diakonie (2014) sowie die Arbeitshilfen zu Sozialleistungen für Unionsbürger des Paritätischen Gesamtverbandes (2013, 2015a, 2015b) als Quellen verwendet.

Zum 1. Januar 2005 trat im Rahmen einer umfassenden Reform des Ausländerrechts in Deutschland das Zuwanderungsgesetz (ZuWG; in vollem Namen „Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern“) in Kraft. Damit wurden sämtliche Bestimmungen der Migrations- und Integrationspolitik sowie des Aufenthaltsrechts von Nichtdeutschen überarbeitet und neu geregelt. Das Zuwanderungsgesetz enthält als zentrale Bestandteile die Erstfassungen des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG; in vollem Namen „Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet“) und des Freizügigkeitsgesetzes/EU (FreizügG/EU; in vollem Namen „Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern“). Das Aufenthaltsgesetz gilt für Drittstaatsangehörige (Nicht-EU-Bürger), das Freizügigkeitsgesetz für EU-Bürger und ihre Familienangehörigen. Auch die Visabestimmungen für Nicht-EU-Bürger sind im Aufenthaltsgesetz geregelt; EU-Bürger sind grundsätzlich visumsfrei. Darüber hinaus erfolgten im Rahmen der Reform auch Änderungen an anderen Gesetzen, die den Aufenthalt von Ausländern in Deutschland regeln, nämlich am Asylgesetz (AsylG), Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) und Bundesvertriebenengesetz (BVFG). Der frühere Oberbegriff der Aufenthaltsgenehmigung wurde mit dem Zuwanderungsgesetz durch den Begriff

Aufenthaltstitel ersetzt. Personen mit einem Aufenthaltstitel haben die behördliche Genehmigung, sich in Deutschland aufzuhalten. Die Bezeichnung Aufenthaltsstatus ist dagegen kein Rechtsbegriff in engerem Sinne. Sie wird verwendet, um allgemein die rechtliche Grundlage für den Aufenthalt einer Person in Deutschland zu beschreiben.

Bei Ausländern entscheidet grundsätzlich der Aufenthaltstitel darüber, wie sich ihr Aufenthalt in Deutschland gestaltet, welche Rechte und Pflichten ihnen zugeteilt werden und wie weit eine Gleichstellung mit deutschen Staatsbürgern erfolgt. Welcher Aufenthaltstitel erteilt wird, hängt von mehreren Faktoren ab, unter anderem von Zweck und Dauer des Aufenthaltes in Deutschland sowie Herkunft und wirtschaftlichen Verhältnissen der einreisenden Person. Von Bedeutung ist der Aufenthaltstitel vor allem für einen längeren oder dauerhaften Aufenthalt. Denn er berechtigt zur Arbeitsaufnahme oder nicht, gibt die möglichen Erwerbsformen vor, entscheidet über die Ansprüche auf Sozialleistungen und damit darüber, wie die Existenzgrundlage der betreffenden Person gesichert werden kann. Dadurch bestimmt er letztlich auch, welche Möglichkeiten der Absicherung im Krankheitsfall für Ausländer gegeben sind.

EU-Bürger sind grundsätzlich visumsfrei und dürfen sich nach dem Freizügigkeitsgesetz zunächst einmal drei Monate in Deutschland aufhalten, ohne dafür weitere Voraussetzungen erfüllen zu müssen (§ 2 FreizügG). Die Erlaubnis zu einer Aufenthaltsdauer länger als drei Monate ist allerdings an eine berufliche Tätigkeit oder eine Ausbildung gebunden; zusätzlich muss der Nachweis einer Krankenversicherung erbracht werden. Nichterwerbstätige dürfen nur dann weiter in Deutschland bleiben, wenn sie über ausreichende finanzielle Rücklagen verfügen und sogenannte Existenzmittel nachweisen können (§ 4 FreizügG). Ein Aufenthalt zur Arbeitssuche ist nur gestattet, sofern es sich um eine gezielte Arbeitssuche handelt und die Person nachweisen kann, dass sie Aussicht auf Erfolg hat. Dies gilt sowohl für Personen, die neu eingereist sind, als auch für Personen, die sich schon länger in Deutschland aufhalten und bei denen bisher eine Erwerbstätigkeit bestand und nun Arbeitslosigkeit eingetreten ist. Ein Aufenthalt zur Arbeitssuche ist zunächst auf sechs Monate begrenzt, kann jedoch auch verlängert werden. Werden diese Bedingungen nicht erfüllt, ist auch EU-Bürgern ein längerer Aufenthalt nicht erlaubt. Erst nach fünf Jahren besteht ein bedingungsloses Recht auf

Daueraufenthalt (§ 4a FreizügG). Nur in bestimmten Fällen kann dies schon vor Ablauf der 5-Jahres-Frist erreicht werden, z.B. bei Erwerbsgeminderten mit einem Rentenanspruch gegen einen Leistungsträger in Deutschland oder Personen, die das Rentenalter erreichen und so aus dem Erwerbsleben ausscheiden, aber nur wenn sie sich zuvor mindestens drei Jahre in Deutschland aufgehalten haben und die letzten zwölf Monate erwerbstätig waren. Werden vor Erreichen eines Daueraufenthaltsrechts die Freizügigkeitsvoraussetzungen zu irgendeinem Zeitpunkt nicht erfüllt, kann die Freizügigkeit von der Ausländerbehörde entzogen werden (§ 5 Abs. 4 FreizügG). Dies ist ebenso der Fall, wenn durch die Person die öffentliche Sicherheit, Ordnung oder Gesundheit gefährdet sind (§ 6 FreizügG). Wird die Freizügigkeit entzogen, verliert die betreffende Person ihr Recht, in Deutschland zu bleiben und kann folglich zur Ausreise aufgefordert und auch aktiv abgeschoben werden. Die Konsequenz des Freizügigkeitsentzugs ist jedoch fragwürdig. Denn nur wenn § 6 FreizügG zutrifft wird gleichzeitig ein Wiedereinreiseverbot verhängt. In den anderen Fällen ist eine Wiedereinreise gestattet, so dass mit einem neu begonnenen Aufenthalt auch das Freizügigkeitsrecht wieder neu in Anspruch genommen werden kann. Da sich EU-Bürger ohne Grenzkontrollen innerhalb Europas bewegen können, lässt sich die genaue Aufenthaltsdauer letztlich schwer überprüfen. Dadurch kann die Aufenthaltsdauer von drei Monaten leicht unbemerkt überschritten werden und kann durch eine Aus- und Wiedereinreise problemlos ein neuer Aufenthalt begonnen werden.

Staatsangehörige aus Nicht-EU-Ländern müssen vor einem Aufenthalt die Einreise- und Visabestimmungen beachten. Nicht-EU-Bürger sind grundsätzlich visumspflichtig. Es gibt jedoch eine Reihe von Staaten, die von der Visumpflicht ausgenommen sind. Staatsangehörige dieser Länder benötigen für einen bis zu drei Monate dauernden Aufenthalt in Deutschland und der EU kein Visum. Für einen längeren Aufenthalt oder wenn die betreffende Person zu Zwecken wie einer beruflichen Tätigkeit, Studium etc. einreist, muss jedoch genauso eine behördliche Genehmigung erteilt werden. Auf die verschiedenen Aufenthaltstitel soll nicht im Detail eingegangen werden. Erwähnt sei lediglich, dass grundsätzlich der Aufenthaltswitz über den Aufenthaltstitel entscheidet. So ist beispielsweise ein Visum (§ 6 AufenthG) nur für einen kurzfristigen Aufenthalt von maximal drei Monaten vorgesehen, verpflichtet zur erneuten Ausreise

vor Ablauf der Gültigkeit des Visums und wird nur erteilt, wenn die betreffende Person zur Finanzierung der Lebenshaltungs- und Reisekosten aus eigenem Vermögen in der Lage ist. Es ist z. B. geeignet für einen Transit-Aufenthalt, Geschäftsreisen, für einen Besuch, eine touristische Reise etc. Für längerfristige Aufenthalte wird zwischen einer Aufenthaltserlaubnis (befristet) (§ 7 AufenthG) und einer Niederlassungserlaubnis (unbefristet) (§ 9 AufenthG) unterschieden. Eine Aufenthaltserlaubnis wird zum Zwecke einer Ausbildung (z. B. Hochschulstudium) (§§ 16–17 AufenthG), Erwerbstätigkeit (§§ 18–21 AufenthG) oder aus völkerrechtlichen, humanitären, politischen Gründen (Flüchtlinge, Asylbewerber) (§§ 22–26, 104a, 104b AufenthG) oder familiären Gründen (z. B. Familiennachzug) (§§ 27–36 AufenthG) erteilt. Nach fünf Jahren kann die Aufenthaltserlaubnis auf Antrag in eine Niederlassungserlaubnis umgewandelt werden und damit in einen unbefristeten Aufenthaltstitel, sofern die betreffende Person die weiteren Voraussetzungen dafür erfüllt (gesicherter Lebensunterhalt, keine Vorstrafen, ausreichende Deutschkenntnisse etc.). Eine Niederlassungserlaubnis führt zu einer weitestgehenden Gleichstellung von Drittstaatsangehörigen mit deutschen Staatsbürgern was z. B. den Zugang zum Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem angeht. Weitere Aufenthaltstitel sind die Blaue Karte EU (§ 19a AufenthG) und die Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU (§ 9a AufenthG). Die Blaue Karte EU ist ein auf vier Jahre befristeter Aufenthaltstitel für akademische Fachkräfte, der schon vor Ablauf von fünf Jahren in eine Niederlassungserlaubnis umgewandelt werden kann, wenn die Bedingungen hierfür erfüllt werden (andauernde hochqualifizierte Beschäftigung, gute Deutschkenntnisse etc.). Die Erlaubnis zum Daueraufenthalt EU ist ein unbefristeter Aufenthaltstitel, der nach fünf Jahren erteilt wird und im Unterschied zur Niederlassungserlaubnis ein Recht auf Weiterreise in andere EU-Mitgliedsstaaten beinhaltet. Darüber hinaus existieren die Aufenthaltsgestattung und die Duldung, die beide keine Aufenthaltstitel im engeren Sinne bezeichnen. Eine Aufenthaltsgestattung wird Personen erteilt, die sich im Asylverfahren befinden. Sobald über den Asylantrag entschieden ist, wird sie durch einen Aufenthaltstitel ersetzt oder die Abschiebung beschlossen. Eine Duldung bescheinigt die Aussetzung der Abschiebung bei vollziehbar ausreisepflichtigen Ausländern, z. B. wenn der Asylantrag abgelehnt wird, aber die Abschiebung aufgrund eines Abschiebehindernisses noch nicht vollzogen werden kann.

Migranten, die weder über einen Aufenthaltstitel noch über eine sonstige behördliche Genehmigung für einen Aufenthalt in Deutschland verfügen, halten sich illegal hier auf. Eine Legalisierung des Aufenthaltes gestaltet sich oft schwierig. Ist der Erwerb eines Aufenthaltstitels nicht möglich, besteht theoretisch die Möglichkeit, den Aufenthalt über einen Asylantrag zu legalisieren. Solange sich dieser in Bearbeitung befindet, liegt eine Aufenthaltsgestattung vor und damit zwar kein Aufenthaltstitel, aber eine offizielle Erlaubnis, sich hierzulande aufzuhalten. Wird ein Asylantrag jedoch abgelehnt, ist die Person infolge ausreisepflichtig. Liegt eine Erkrankung vor, kann ggf. ein Abschiebehindernis aus medizinischen Gründen angeführt werden und somit eine Erlaubnis zum Aufenthalt erreicht werden. Dies ist z.B. im Fall einer schweren Erkrankung gegeben, die eine Ausreise unmöglich macht und somit einen Duldungsgrund darstellt. Dieser bezieht sich allerdings nur auf die Zeit der Reiseunfähigkeit und führt damit nur zu einer vorübergehenden Aussetzung der Abschiebung (§ 60a Abs. 2 AufenthG). Können chronisch Erkrankte nachweisen, dass eine Behandlung ihrer Krankheit im Heimatland nicht möglich ist und ohne Behandlung eine ernsthafte Gefährdung ihrer Gesundheit eintritt, liegt ein dauerhaftes Abschiebehindernis vor. In diesem Fall kann eine Aufenthaltserlaubnis erlangt werden (§§ 25 und 60 Abs. 7 AufenthG).

In den Einreisebestimmungen ist auch das Vorhandensein einer Krankenversicherung festgelegt. Geht der Aufenthalt über drei Monate hinaus, müssen sowohl EU-Bürger als auch Nicht-EU-Bürger über eine Krankenversicherung verfügen. Für Nicht-EU-Bürger zählt es zu den allgemeinen Voraussetzungen für die Erteilung eines Aufenthaltstitels, genügend Mittel zur Existenzsicherung nachweisen zu können, wozu auch ein ausreichender Krankenversicherungsschutz gehört (§ 2 AufenthG). Für EU-Bürger ist das Vorliegen einer Krankenversicherung Voraussetzung für den Erhalt der Freizügigkeit, da auch sie bei einem längeren Aufenthalt in der Lage sein müssen, ihren Lebensunterhalt zu sichern (§ 4 FreizügG). Für kurze Aufenthalte ist in der Regel eine Reisekrankenversicherung ausreichend. EU-Bürger können sich von ihrer Krankenkasse im Heimatland für Reisen innerhalb der EU eine Europäische Krankenversicherungskarte, genannt EHIC (European Health Insurance Card), ausstellen lassen, die die medizinische Versorgung im EU-Ausland sicherstellt. Für Staatsangehörige aus

visumpflichtigen Ländern ist in der Regel für die Erteilung eines Visums der Nachweis einer Reisekrankenversicherung erforderlich. Für eine visumsfreie Einreise ist dagegen lediglich ein gültiger Ausweis erforderlich, sie ist damit nicht vom Vorhandensein einer Krankenversicherung abhängig. In diesem Fall wird zwar empfohlen, einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz abzuschließen und darauf hingewiesen, dass gegebenenfalls der Nachweis erbracht werden muss, dass genügend Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhaltes für die Dauer des Aufenthaltes zur Verfügung stehen, doch wird dies nicht regelhaft kontrolliert.

Grundsätzlich unterliegen auch in Deutschland lebende Ausländer der allgemeinen Versicherungspflicht. Die Gesetzesvorgaben bieten jedoch einen gewissen Interpretationsspielraum und lassen wenige Ausnahmen zu. Diese juristischen Feinheiten und Ausnahmefälle sind gerade bei EU-Bürgern Anlass für Streitfälle, es würde jedoch den Rahmen sprengen, dies im Einzelnen zu erläutern. Im Allgemeinen gilt, dass für einen längeren Aufenthalt in der Regel ein Krankenversicherungsschutz in Deutschland bestehen muss, also eine Reisekrankenversicherung nicht ausreichend ist. In welcher Form dieser vorliegt, ist davon abhängig, in welcher Form der Lebensunterhalt gesichert wird. Wird eine Erwerbstätigkeit ausgeübt, erfolgt in der Regel die Versicherung über eine GKV oder PKV entsprechend der beruflichen Tätigkeit, wie in Kapitel 2.4.1 dargelegt. Im Fall der Arbeitslosigkeit stellt sich die Frage, ob Anspruch auf Sozialleistungen vorliegt, so dass eine Krankenversicherung über den Bezug von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe möglich ist. Möglicherweise sind auch die Bedingungen für eine Mitversicherung in einer Familienversicherung erfüllt. Ist all dies nicht gegeben, ist die betreffende Person selbst dafür verantwortlich, eine Krankenversicherung abzuschließen und die Kosten dafür zu tragen. Strittig ist die Frage, inwiefern arbeitsuchende und nicht erwerbstätige Ausländer (insbesondere Unionsbürger, die sich ohne Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten dürfen) in die gesetzliche Pflichtversicherung eingebunden werden können und müssen.

Migranten, die in aufenthaltsrechtlicher Illegalität in Deutschland leben, haben keinen Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und auch keinen Anspruch auf Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern. Gegebenenfalls können aber Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz beansprucht werden. So haben im Fall einer Erkrankung

auch Ausländer ohne legalen Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§§ 4 und 6 AsylbLG). Darin ist eine Grundversorgung geregelt, die die Behandlung von Notfällen (akute Erkrankungen, Schmerzzustände, Schwangerschaft, Mutterschutz) umfasst. In Notfällen können sich Betroffene direkt in Behandlung begeben, für eine geplante Behandlung müssen sie vorab einen Krankenschein beim Sozialamt beantragen. Dabei werden jedoch die persönlichen Daten erfasst. Da die Mitarbeiter der Behörde der Meldepflicht unterliegen, müssen sie die Daten zur Überprüfung des Aufenthaltes an die Ausländerbehörde weitergeben (§ 87 Abs. 2 AufenthG). Personen ohne Aufenthaltstitel müssen demzufolge eine Ausweisung befürchten, wenn sie die medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, die ihnen per Gesetz zusteht. Aus diesem Grund verzichten viele auf ihren Rechtsanspruch und wenden sich an alternative Hilfsangebote, wie sie in Kapitel 2.5.2 beschrieben werden.

Um zumindest eine Notfallversorgung für Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus zu gewährleisten, wurde 2009 die Allgemeine Verwaltungsvorschrift (AVwV oder AVV; in vollem Namen „Allgemeine Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 27. Juli 2009“, BR-Drs. 669/09) herausgegeben. Damit soll den Betroffenen eine anonyme Notfallbehandlung und den Behandelnden eine Kosten-erstattung garantiert werden. Die Verwaltungsvorschrift stellt klar, dass Ärzte sich nicht strafbar machen, wenn sie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus behandeln. Außerdem ist darin festgehalten, dass nicht nur Ärzte der Schweigepflicht unterliegen und somit keine persönlichen Daten der Patienten weitergeben dürfen, sondern auch andere Mitarbeiter in medizinischen Einrichtungen (§ 88 Abs. 2 AufenthG). Durch den „verlängerten Geheimnisschutz“ erstreckt sich die Schweigepflicht auch auf Mitarbeiter, die nicht direkt mit der medizinischen Versorgung betraut sind, wie z. B. Verwaltungspersonal, und dadurch auch auf Mitarbeiter in Behörden, denen die Personendaten von Personen mitgeteilt werden, die der Schweigepflicht unterliegen. Die Schweigepflicht ist in diesem Fall also vorrangig vor behördlichen Pflichten, so dass Mitarbeiter des Sozialamtes von ihrer Meldepflicht befreit sind, wenn sie im Zuge der Kostenabrechnung Patientendaten mitgeteilt bekommen. Sie müssen und dürfen keine Daten an Polizei oder Ausländerbehörde übermitteln, selbst wenn sie erfahren, dass ein Patient über keinen legalen Aufenthaltstitel verfügt und somit ggf. ausreisepflichtig

ist. In der Praxis treten an dieser Stelle häufig Probleme auf, wenn die Mitarbeiter des Sozialamtes darauf bestehen, für die Kostenerstattung die Bedürftigkeit des Patienten analog zum Antrag auf Sozialhilfe prüfen zu müssen. Denn dafür sind die Angabe persönlicher Daten und das persönliche Erscheinen des Betroffenen beim Amt unerlässlich. Rein rechtlich gesehen ist eine Kostenerstattung allerdings auch ohne das Feststellen von Bedürftigkeit im Sinne der Sozialgesetzgebung möglich.

Auch für Ausländer mit regulärem Aufenthaltsstatus sind die Möglichkeiten der Integration in den Arbeitsmarkt gesetzlich geregelt. EU-Bürger sind grundsätzlich freizügigkeitsberechtigt und können auch in Deutschland arbeiten. Allerdings gibt bzw. gab es hierbei Unterschiede zwischen alten und neuen EU-Bürgern. Für Bürger der neuen EU-Beitrittsländer von 2004 und 2007 war der Zugang zum Arbeitsmarkt in den ersten Jahren nach dem Beitritt nur eingeschränkt möglich, denn während einer Übergangszeit von sieben Jahren galt für sie die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit. Diese endete zum 1.5.2011 bzw. 1.1.2014 und war damit während der Interviewphase dieser Studie für mehrere Länder noch gültig. Eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit bedeutet, dass für Tätigkeiten in abhängiger Beschäftigung, also als angestellte Arbeitnehmer, eine Einschränkung vorliegt. Neue EU-Bürger dürfen demnach Tätigkeiten als Angestellte nur aufnehmen, wenn sie dafür eine behördliche Genehmigung erhalten. Generell sind die Angestelltenberufe für sie dadurch nicht zugänglich, ähnlich dem Anwerbestopp für Nicht-EU-Bürger (s.u.). Für das Ausüben einer Tätigkeit in beruflicher Selbständigkeit besteht dagegen keine Einschränkung.

Nicht-EU-Bürger dürfen eine Beschäftigung in Deutschland grundsätzlich nur ausüben, wenn ihr Aufenthaltstitel es erlaubt. Ist also eine Erwerbstätigkeit in Deutschland vorgesehen, muss diese vorab genehmigt werden. Für Nicht-EU-Bürger gilt dabei der generelle Anwerbestopp, d.h. eine grundsätzliche Beschränkung der Zulassung zum Arbeitsmarkt mit Ausnahme einzelner Berufsgruppen und begründeten Einzelfällen. Der Anwerbestopp gilt allerdings nur für Nicht- und Geringqualifizierte, eine ständige Ausnahme bilden hochqualifizierte Zuwanderer. Für sie besteht die Möglichkeit, zum Zweck der Erwerbstätigkeit einzuwandern, in manchen Fällen wird sogar von Beginn an eine Niederlassungserlaubnis erteilt. Selbständige müssen ihr Geschäftsvorhaben und seine Finanzierung zur Erteilung einer Arbeitserlaubnis vorab prüfen lassen. Im

Allgemeines gilt, dass ein Aufenthalt zum Zweck der Arbeitsmigration nur erlaubt wird, wenn ein konkretes Arbeitsplatzangebot vorliegt. Ausnahmen stellen auch hier die Hochqualifizierten, denen ein zeitlich befristeter Aufenthalt zum Zweck der Arbeitsplatzsuche gestattet wird.

Im Falle der Arbeitslosigkeit stellt sich die Frage, ob Ausländer zum Bezug von Sozialleistungen berechtigt sind. Auch dies ist abhängig vom jeweiligen Aufenthaltstitel. (Hier wird lediglich auf die Leistungen nach SGB II und SGB XII eingegangen, die auch im vorherigen Kapitel beschrieben wurden.) Grundsätzlich gilt, dass jeder, der sozialversicherungspflichtig gearbeitet hat, denselben Anspruch auf Unterstützung wie ein deutscher Staatsbürger hat. Es gilt auch, dass die Einreise zum alleinigen Zweck des Sozialleistungsbezugs oder der Arbeitssuche nicht gestattet ist. Dies betrifft auch den Anspruch auf Krankenhilfe nach SGB XII, wenn der Person vorgeworfen wird, nur nach Deutschland eingereist zu sein, um hier eine Krankenbehandlung zu bekommen (§ 23 Abs. 3 SGB XII, § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II). Ausländer, denen das vorgeworfen werden kann, sind also grundsätzlich vom Bezug von Sozialleistungen ausgeschlossen und verlieren ggf. auch ihr Recht, sich weiter in Deutschland aufzuhalten, wenn sie existenzsichernde Leistungen in Anspruch nehmen. Dabei darf aber im Falle eines Antrags auf Sozialleistungen nicht sofort das Recht zum Aufenthalt entzogen werden, sondern muss in jedem Einzelfall die genaue Situation geprüft werden. Weiterhin gilt ein grundsätzlicher Leistungsausschluss für die ersten drei Monate des Aufenthaltes. Für ALG II gilt, dass Ausländer zum Leistungsbezug berechtigt sind, wenn sie gemäß ihres Aufenthaltstitels die Erlaubnis haben, eine Beschäftigung in Deutschland aufzunehmen. Das sind in der Regel diejenigen, die ihren „gewöhnlichen Aufenthalt“ in Deutschland haben (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB II), deren Lebensmittelpunkt also längerfristig (aber nicht unbedingt dauerhaft) in Deutschland liegt. Für Sozialhilfe nach SGB XII gelten unterschiedliche Voraussetzungen. Zur Gewährung von Leistungen in unabweisbaren Notfällen ist der „tatsächliche Aufenthalt“ entscheidendes Kriterium für einen Leistungsanspruch; dies gilt für Hilfe zum Lebensunterhalt, Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege. Für die übrigen Leistungen ist ein „gewöhnlicher Aufenthalt“ Voraussetzung. Damit sind Touristen, Saisonarbeiter, Asylsuchende, Geduldete und Illegalisierte vom SGB-II-Bezug ausgeschlossen. Touristen und Saisonarbeiter haben ggf. (in

unabweisbaren Notfällen) Anspruch auf Leistungen nach SGB XII. Erhalten Ausländer Leistungen nach dem AsylbLG, sind diese vorrangig und es besteht kein Anspruch auf SGB-II- oder SGB-XII-Leistungen; dies betrifft Asylsuchende, Ausländer mit Duldung, Illegalisierte und sonstige ausreisepflichtige Ausländer.

Die Situation der Unionsbürger muss über die allgemeinen Regelungen hinaus separat betrachtet werden. Aufgrund ihrer Freizügigkeit ist ihnen ein Aufenthalt in Deutschland prinzipiell gestattet. Wird eine Erwerbstätigkeit mit ausreichendem Einkommen aufgenommen oder ist die Sicherung des Lebensunterhaltes auf anderem Wege gewährleistet, stellen sich zumeist keine weiteren Probleme. Umstritten sind jedoch der Umgang mit arbeitssuchenden und nicht erwerbstätigen Unionsbürgern und ihre Ansprüche an das deutsche Sozialleistungssystem. Nach deutschem Recht gilt ein Leistungsausschluss nach § 23 Abs. 3 SGB XII und § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II für Ausländer, die allein zum Zweck der Arbeitssuche oder des Sozialleistungsbezugs eingereist sind. Sie erhalten also kein ALG II und keine Sozialhilfe. Dies betrifft vor allem neu eingereiste Unionsbürger ohne Erwerbstätigkeit in den ersten drei Monaten des Aufenthaltes und wenn sie nach Ablauf der drei Monate zur Arbeitssuche in Deutschland verbleiben und nicht in der Lage sind, aus eigenen Kräften ihren Lebensunterhalt zu sichern. Denn erst spätestens nach fünf Jahren nachweislichen und dauerhaften Aufenthaltes erlangen Unionsbürger nicht nur ein Aufenthaltsrecht ohne Einschränkungen, sondern damit auch Anspruch auf Sozialleistungen, selbst wenn sie bis dahin in Deutschland nicht berufstätig waren. Vor Ablauf der 5-Jahres-Frist tritt ein Anspruch auf ALG II nur ein, wenn über einen bestimmten Zeitraum ein geregeltes Arbeitsverhältnis bestand, das mindestens einem Minijob oder einer selbständigen Tätigkeit in vergleichbarem Umfang entspricht.

Der Leistungsausschluss betraf zunächst insbesondere die neuen EU-Bürger. Denn Staatsangehörige aus Ländern, die das Europäische Fürsorgeabkommen (EFA) unterzeichnet haben, hatten Anspruch auf den Bezug von Fürsorgeleistungen noch vor Erreichen der fünf Jahre Aufenthalt. Unterzeichner des EFA sind allerdings nur Länder, die vor 2004 der EU beigetreten sind, d.h. für die neuen EU-Länder galten andere Bestimmungen. Im Dezember 2011 erklärte die Bundesregierung einen Vorbehalt zum EFA (Bekanntmachung im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2012 Teil II Nr. 5 am

2. März 2012, S. 144), in dessen Folge auch die ALG-II-Ansprüche nach dem Abkommen nicht mehr anerkannt wurden und der Leistungsausschluss nun auch die Unionsbürger aus alten EU-Ländern einbezog. Die Bundesregierung begründete den Vorbehalt damit, dass durch das EFA eine Ungleichbehandlung von Unionsbürgern stattfand, zwischen denen, deren Staaten das EFA nicht unterzeichnet hatten gegenüber Angehörigen der EFA-Staaten. Der Vorbehalt war äußerst umstritten und wurde von verschiedenen Seiten angefochten, wie beispielsweise auch von Abgeordneten der Oppositionspartei Bündnis 90/Die Grünen (Deutscher Bundestag, 2012) und für wirkungslos erklärt (Classen 2012). Denn der Zweck des Vorbehalts war auch, die Zuwanderung von EU-Bürgern aus den neuen Krisenländern zu verhindern, nachdem es im Zuge der Finanzkrise ab 2007 und der Eurokrise v. a. in südeuropäischen Ländern zu einem Anstieg der Arbeitslosenquoten kam und die Bundesregierung eine vermehrte Einwanderung von arbeitslosen Unionsbürgern mit dem vorrangigen Ziel des Sozialleistungsbezugs befürchtete. Obwohl viele Sozialgerichte mit Einzelurteilen diesem Vorbehalt widersprachen, wurde zunächst keine einheitliche Lösung gefunden (Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., 2014, S. 30ff.).

Europarechtlich ist der Leistungsausschluss ab drei Monaten Aufenthalt umstritten und so ergaben sich noch während der Anfertigung der Dissertationsschrift einige Änderungen. Denn im (vor der deutschen Sozialgesetzgebung höherrangigen) Europarecht ist ein Gleichbehandlungsgrundsatz verankert, der nach Art. 18 AEUV (Vertrag über die Arbeitsweise der EU) eine Diskriminierung von Unionsbürgern verbietet. In der EU-Verordnung 883/2004 (Art. 4 der VO 883/2004 EG) ist zudem eine Gleichbehandlung von Unionsbürgern mit Inländern für das ALG II vorgeschrieben. Darüber hinaus ist verfassungsrechtlich die Sicherung des menschenwürdigen Existenzminimums unabhängig der Staatsangehörigkeit geboten, wie im Urteil des Bundesverfassungsgerichts im Jahr 2012 zur Verfassungswidrigkeit des alten Asylbewerberleistungsgesetzes entschieden (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 – 1 BvL 10/10 – Rn. (1-140)). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob der Leistungsausschluss für arbeitssuchende und nicht erwerbstätige Unionsbürger rechtmäßig und mit dem Europa- und Verfassungsrecht vereinbar ist. Doch trotz

einiger Klagen vor dem Sozialgericht bis hin zum europäischen Gerichtshof in den letzten Jahren bleibt die Sachlage umstritten. So brachte auch das sog. „Alimanovic-Urteil“ des Europäischen Gerichtshofs im Jahr 2015 keine endgültige Lösung (EuGH, Urteil vom 15.09.2015, Az. C 67/14 – Alimanovic). In dem Urteil entschied der EuGH, dass Unionsbürger, die sich lediglich zur Arbeitssuche in Deutschland aufhalten, nach Europarecht keinen Anspruch auf Sozialleistungen haben und bestätigte damit die bundesdeutsche Regelung, dass sie von den Leistungen ausgeschlossen werden dürfen. Die Sozialgerichte schlossen sich dieser Entscheidung jedoch nicht an. Das Sozialgericht Mainz entschied im gleichen Monat, dass der Leistungsausschluss als verfassungswidrig zu betrachten ist und Leistungen bewilligt werden müssen (SG Mainz, Urteil vom 02.09.2015 S 3 AS 599/15 ER). So blieb es letztlich vom Einzelfall und dem Ausgang einzelner juristischer Entscheidungen abhängig, welche Leistungen beansprucht werden können. Kurze Zeit später entschied das Bundessozialgericht, dass ein vollständiger Ausschluss von existenzsichernden Sozialleistungen für arbeitsuchende und nicht erwerbstätige Unionsbürger nicht zulässig ist (BSG, Urteil vom 03.12.2015 – B 4 AS 43/15 R). Damit müssen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem SGB XII erbracht werden, wenn ein Bezug von Leistungen nach dem SGB II vom Jobcenter abgelehnt wird und zwar sowohl bei Staatsangehörigen, die unter das EFA-Abkommen fallen, als auch bei neuen EU-Bürgern. Damit haben EU-Bürger nach sechs Monaten Aufenthalt Anspruch auf Sozialhilfe. Der Leistungsausschluss gilt jedoch weiterhin, wenn die Einreise allein zum Zweck des Sozialleistungsbezugs und der Arbeitssuche erfolgt. Wie sich dies nun tatsächlich auf die praktische Umsetzung und die Situation der betroffenen EU-Bürger auswirkt und ob nun infolge die Ausländerbehörden mehr als bisher das Freizügigkeitsrecht entziehen, was den Leistungsbezug verhindern würde, ist bei Fertigstellung dieser Dissertation noch nicht absehbar. Anstatt eine Gleichstellung von deutschen Staatsbürgern und in Deutschland lebenden nichtdeutschen EU-Bürgern anzustreben, zeichnet sich allerdings in den politischen Diskursen ab, dass der Sozialhilfeanspruch von Ausländern eher noch weiter beschränkt werden soll. Als Reaktion auf das Urteil des BSG vom Dezember 2015 legte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im April 2016 einen Gesetzesentwurf vor, der den Sozialleistungsbezug für nicht erwerbstätige EU-Bürger und solche, die nicht in die

deutsche Sozialversicherung eingezahlt haben, erst nach fünf Jahren vorsieht. Das Gesetz soll Unklarheiten über die aktuellen Regelungen beseitigen und die Kommunen als Sozialhilfeträger vor finanzieller Überlastung schützen (Tagesschau.de, 2016). Die Reaktionen hierauf sind geteilt. Vor allem von Seiten der sozialen Hilfsorganisationen wird die eingeschlagene politische Richtung stark kritisiert und als nicht mit dem Grund- und Europarecht vereinbar beurteilt (Eckhardt, 2016). Eine endgültige Entscheidung über den Gesetzentwurf stand bei Fertigstellung der Dissertation noch aus – auf Einzelheiten soll aufgrund der Komplexität der Gesetzgebung nicht weiter eingegangen werden.

Allgemein gesprochen sind die Einschränkungen für nichtdeutsche Staatsangehörige bezüglich des Zugangs zum Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem in Zusammenhang mit dem wirtschaftlichen Gefälle zwischen einzelnen Ländern zu sehen – sowohl innerhalb der EU als auch global. Denn der Migrationsdruck treibt Menschen aus wirtschaftlich schwächeren Ländern in stabilere Länder wie Deutschland. So hat die EU-Erweiterung den Bürgern der osteuropäischen Staaten neue Möglichkeiten der Arbeitssuche eröffnet, bei der jedoch nicht alle erfolgreich sind. Die gesetzlichen Beschränkungen lassen sich letztlich darauf zurückführen, dass verhindert werden soll, dass erfolglose Arbeitsmigranten bzw. generell Menschen aus wirtschaftlich schwachen Ländern, die keine oder keine vergleichbare staatliche Unterstützung für hilfebedürftige Bürger bereitstellen, durch ein attraktives Sozialleistungssystem motiviert werden, in Deutschland zu bleiben bzw. mit dem Ziel des Sozialhilfebezugs nach Deutschland zu kommen. Sie verfolgen also das Ziel, die Zuwanderung von Nicht- und Geringqualifizierten einzugrenzen und einen „Sozialhilfetourismus“ zu verhindern.

2.5 Medizinische Versorgungsstruktur für Nichtversicherte in Frankfurt am Main

Für Patienten ohne Krankenversicherung ist der Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitssystems durch ihr Nichtversichertsein erschwert. Sie sind deshalb auf Alternativen außerhalb des regulären Versorgungssystems angewiesen. In Städten wie Frankfurt am Main, wo verschiedene Randgruppen aus der medizinischen

Regelversorgung ausgeschlossen sind und die Nachfrage nach medizinischer Betreuung für Personen ohne Krankenversicherungsschutz entsprechend hoch ist, finden sich Hilfsnetze, die die Versorgung übernehmen. In diesem letzten Unterkapitel werden, nach einer kurzen Erläuterung zu den ethischen und rechtlichen Grundsätzen der medizinischen Versorgung, die Hilfseinrichtungen beschrieben, die nicht krankenversicherte Patienten in Frankfurt am Main medizinisch betreuen.

2.5.1 Ethische und rechtliche Grundsätze der medizinischen Versorgung

Ärzte sind von zweierlei Seiten verpflichtet, Patienten zu behandeln, auch wenn sie keine Krankenversicherung vorweisen können; zumindest wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt. Auf der einen Seite besteht eine rechtliche Verpflichtung zur Behandlung, auf der anderen Seite eine berufsethische und standesrechtliche.

Verfügt ein Patient über keine Krankenversicherung, ist die Abrechnung der Behandlungskosten auf normalem Wege nicht möglich und so besteht für den behandelnden Arzt oder die medizinische Einrichtung keine Garantie auf eine Kostenerstattung. Trotz des zunehmenden ökonomischen Drucks auf einzelne Ärzte, Arztpraxen und Krankenhäuser und obwohl auch Ärzte einen Rechtsanspruch auf Honorierung ihrer erbrachten Leistung haben, muss die Entscheidung über die Behandlung eines Patienten mit dem Berufsethos vereinbar sein. Die ärztliche Ethik verbietet es, die Behandlung eines Patienten aus rein wirtschaftlichen Beweggründen abzulehnen oder weil die Behandlungskosten nicht erstattet werden, zumindest sofern es sich um einen Notfall handelt und eine Nichtbehandlung dem Patienten Schaden zufügen würde. Die ethischen Grundsätze des ärztlichen Handelns sind im sog. Genfer Gelöbnis festgehalten, das manchmal auch als moderne Fassung des Hippokratischen Eides bezeichnet wird. Es wurde 1948 vom Weltärztebund in der Deklaration von Genf in Anlehnung an den Hippokratischen Eid als eine Neufassung der ärztlichen Berufspflichten formuliert: „Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische

Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.“ (Bundesärztekammer, 2006).

In leicht abgeänderter Form findet sich das Gelöbnis auch als Präambel der Berufsordnung für die in Deutschland praktizierenden Ärzte. Dort sind unter den Regeln zur Berufsausübung die allgemeinen ärztlichen Berufspflichten fixiert, die folgendermaßen beginnen: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“ (§ 2 Abs. 1 MBO-Ä 1997) (Bundesärztekammer, 2015).

Über die ethischen Aspekte hinaus besteht für Ärzte eine gesetzliche Behandlungspflicht, die im Falle eines Verstoßes als unterlassene Hilfeleistung mit strafrechtlichen Konsequenzen verfolgt wird. Die unterlassene Hilfeleistung ist im Strafgesetzbuch geregelt (§ 323c StGB): „Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“ Der Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung ist zwar nicht speziell auf Ärzte zugeschnitten, doch haben Ärzte in bestimmten Situationen aufgrund ihres medizinischen Wissens und ihrer Tätigkeit (z. B. in Notdiensten) eine besondere Verpflichtung zu helfen. Das Nichthelfen ist jedoch nur strafbar, wenn dadurch dem Betroffenen ein erheblicher Schaden entsteht. Auf die Medizin angewandt betrifft dies also einen Notfall, der damit definiert ist, dass eine Person durch eine Erkrankung in akuter Lebensgefahr ist oder diese zeitnah zu akuter Lebensgefahr führen kann. Genauso liegt in der Medizin unterlassene Hilfeleistung vor, wenn die Behandlung einer Krankheit unterlassen wird und die Person dadurch in erhebliche Gefahr gerät und (dauerhaften) Schaden nimmt, auch wenn initial noch kein Notfall mit akuter Lebensgefahr bestand.

2.5.2 Kurzbeschreibungen der Hilfeinrichtungen

In Frankfurt am Main gibt es vier Einrichtungen, die medizinische Versorgung für Patienten anbieten, die keinen Krankenversicherungsschutz besitzen oder aus sonstigen Gründen nicht die Institutionen des Regelsystems nutzen. Dies sind die Elisabeth-Straßenambulanz, die Malteser Migranten Medizin, die Internationale humanitäre Sprechstunde des Amtes für Gesundheit und die Ambulanz der Lazarus Wohnsitzlosenhilfe. Alle Einrichtungen stehen in Kontakt zueinander und zu anderen Einrichtungen aus dem Hilfebereich, z. B. der Wohnungslosenhilfe oder Migrantenhilfe (Beratungseinrichtungen, Tagesstätten, Übernachtungseinrichtungen etc.). Teilweise besteht auch ein Austausch mit Institutionen des Regelsystems, z. B. den zuständigen Behörden (v.a. Sozialamt, Ausländeramt und Gesundheitsamt). Um eine bessere Versorgung zu erreichen, arbeiten manche der Einrichtungen mit einem Ärztenetzwerk zusammen. So können Hilfesuchende falls notwendig an Fachärzte vermittelt werden, die sich zu einer Kooperation mit den Hilfeinrichtungen und ggf. kostenlosen Behandlung der Patienten bereit erklärt haben. Ist eine ambulante Behandlung nicht ausreichend, werden die Patienten an Krankenhäuser weitervermittelt.

Diese Struktur aus Hilfeinrichtungen kann neben dem Regelsystem aus Krankenhäusern und Arztpraxen als subsidiäres Versorgungsnetz gesehen werden, dessen Zielgruppe Randgruppen der Gesellschaft sind, die aus verschiedenen Gründen vom regulären Versorgungssystem ausgeschlossen sind. Nicht immer ist das Nicht-versichertsein vorrangiger oder alleiniger Grund, das Hilfsnetz zu nutzen. So bieten auch nicht alle Hilfeinrichtungen ausschließlich Hilfe für nichtversicherte Patienten, sondern behandeln durchaus auch Personen, die aus anderen Gründen keinen Anschluss an das Regelsystem der medizinischen Versorgung finden, wie beispielsweise Obdachlose. Infolgedessen bilden die Patienten dieser Hilfeinrichtungen eine heterogene Gruppe, in der sich verschiedene Problematiken vermischen, unter denen der fehlende Krankenversicherungsschutz eine von vielen darstellt.

Alle Einrichtungen verstehen sich als sog. niedrighschwelliges Hilfsangebot. Der Begriff der Niedrighschwelligkeit findet insbesondere im Bereich der Sozialen Arbeit häufige

Verwendung. Er drückt aus, dass der Zugang zu einem Angebot für Hilfesuchende an keine bzw. wenige Vorbedingungen geknüpft ist, so dass die Hürden für eine Inanspruchnahme möglichst niedrig sind. So ist die Behandlung in den oben genannten Hilfseinrichtungen kostenlos und ohne Versicherungsnachweis möglich und auf Wunsch des Patienten auch anonym. Damit ist den Hilfesuchenden freigestellt, wie viel sie über sich preisgeben. Sie werden nicht dazu verpflichtet, persönliche Angaben zu ihrer Person oder ihren Lebensumständen zu machen. Die Niedrigschwelligkeit stellt gerade in der Hilfsarbeit für Randgruppen ein wichtiges Merkmal dar, da die Betroffenen soziale Ausgrenzung erfahren und oftmals aus Angst und Scham die Einrichtungen des Regelsystems meiden.

Im Folgenden werden die Hilfseinrichtungen kurz beschrieben. In der Elisabeth-Straßenambulanz, der Malteser Migranten Medizin und der Internationalen humanitären Sprechstunden fanden jeweils Interviews mit Mitarbeitern und/oder Patienten statt. Lediglich die Lazarus Wohnsitzlosenambulanz wurde nur einmalig für Recherchezwecke aufgesucht. Der Vollständigkeit halber findet auch die nach der Datenerhebungsphase neu entstandene Studentische Poliklinik Erwähnung.

Elisabeth-Straßenambulanz (ESA), Caritasverband Frankfurt e. V.

(www.caritas-frankfurt.de/57617.html)

Die Elisabeth-Straßenambulanz besteht seit 1993 und ist eine Einrichtung des Caritasverbandes, die durch Spenden und städtische Zuschüsse finanziert wird und zu einem geringen Anteil über Abrechnung der Behandlungskosten bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Mitarbeiter setzen sich sowohl aus haupt- als auch ehrenamtlichen Fachkräften sowie verschiedenen freiwilligen Helfern zusammen. Die ESA bietet als „Obdachlosenambulanz“ medizinische Versorgung für Wohnungslose und andere Randgruppen und funktioniert dabei vom Prinzip her wie eine Hausarztpraxis, weshalb sie eine Kassenzulassung besitzt. In festen Räumen werden von einem Team aus Ärzten, Pflegekräften und Arzthelferinnen an fünf Tagen pro Woche regelmäßige allgemeinärztliche, psychiatrische und zahnärztliche Sprechstunden angeboten, womit eine medizinische Grundversorgung gewährleistet werden kann. Zusätzlich leisten die Mitarbeiter der ESA in einer Art Streetwork sog. „aufsuchende“ ambulante Pflege und

medizinische Ersthilfe, indem sie mit einem Ambulanzbus bekannte Obdachlosentreffpunkte der Stadt aufsuchen, vor Ort Hilfe leisten und wenn notwendig einen Krankentransport in die Räume der ESA. Darüber hinaus arbeitet die ESA als Teil eines multidisziplinären Zentrums für Wohnungslose eng mit der sozialarbeiterischen Einrichtung CASA 21 zusammen. Diese bietet in einem Team aus Sozialarbeitern gezielte Beratung und aktive Unterstützung in verschiedenen Bereichen der Wohnungslosigkeit/-not an. Erklärtes Ziel der ESA und CASA 21 ist die Rückführung der Hilfesuchenden in die Regelsysteme der Krankenversicherung und des staatlichen Sozialleistungssystems.

In der ESA werden nicht ausschließlich Wohnungslose betreut, doch spielt die Wohnungslosigkeit bei der Mehrheit der Hilfesuchenden eine Rolle. Die vorrangige Zielgruppe der ESA umfasst Wohnungslose und Menschen in Wohnungsnot gemäß der Wohnungsnotfalldefinition der BAG W (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V., 2011a). Dazu zählen Personen, die aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen sind und tatsächlich keinerlei eigene Unterkunft mehr haben, auf der Straße bzw. im Freien leben oder in Gemeinschafts-, Behelfs- oder Notunterkünften untergebracht sind, wobei es sich meist um Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe handelt. Darüber hinaus umfasst die Definition der BAG W auch Personen, die unmittelbar vom Verlust der eigenen Wohnung bedroht sind oder in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Auch Personen, die in eine eigene Wohnung vermittelt werden konnten, aber als ehemalige Wohnungslose weiterhin Unterstützung aus dem Hilfesystem benötigen, werden in die Personengruppe eingeschlossen.

Auch sind nicht alle Patienten der ESA Nichtversicherte. Patienten ohne Krankenversicherung machen, mit leichten Schwankungen zwischen den einzelnen Jahren, ca. 60 % (im Untersuchungsjahr 2011 61 %) unter den Hilfesuchenden aus. Die restlichen ca. 40 % meiden die Einrichtungen der medizinischen Regelversorgung aus anderen Gründen, z. B. weil sie sich als Obdachlose stigmatisiert fühlen, aufgrund ihrer besonderen Lebensweise in Einrichtungen des Regelsystems Ausgrenzung erfahren und sich mit ihren besonderen Problemen und Bedürfnissen nicht verstanden fühlen, wie es in Hilfseinrichtungen der Fall ist, die auf die Arbeit mit Wohnungslosen spezialisiert sind.

Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht zur Entwicklung der Patientenzahlen in der ESA in den Jahren 2008 bis 2015 bzw. 2003 bis 2015. Sie basieren auf den Jahresberichten der ESA aus den Jahren 2008–2015 (Caritasverband Frankfurt e. V., 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).

**Tabelle 4-1: Entwicklung der Patientenzahlen in der ESA
– jährliche Gesamtpatientenzahl⁷ und Gesamtfallzahl⁸ an Patienten von 2008–2015⁹**

Jahr	2015 n %	2014 n %	2013 n %	2012 n %	2011 n %	2010 n %	2009 n %	2008 n %
Gesamt- patientenzahl	1 296	1 433	1 347	1 402	1 344	1 185	1 002	958
Geschlecht								
männlich	1 096 85 %	1 207 84 %	1 145 85 %	1 197 85 %	1 101 82 %	993 84 %	849 85 %	837 87 %
weiblich	200 15 %	226 16 %	202 15 %	205 15 %	243 18 %	192 16 %	153 15 %	121 13 %
Gesamtfallzahl	2 104	2 306	2 329	2 361	2 284	2 115	1 799	1 631
Herkunft¹⁰								
Ausländische Patienten	894 69 %	931 65 %	1 166 50 %	1 038 44 %	928 41 %	662 31 %	398 22 %	189 12 %
Herkunft								
Polen, Rumänien, Bulgarien	503 39 %	544 38 %	726 31 %	651 28 %	580 25 %	343 16 %	188 10 %	/ ¹¹

⁷ Die Gesamtpatientenzahl gibt die absolute Anzahl aller Patienten wieder. Dabei werden die Patienten jeweils nur einmal pro Untersuchungsjahr gezählt, auch wenn im Jahresverlauf mehrere Konsultationen stattfinden.

⁸ Die Gesamtfallzahl gibt die Gesamtzahl an Behandlungsfällen pro Jahr wieder. Dabei können pro Patient mehrere Fälle pro Jahr vorliegen. Die Zahlen liegen daher höher als die jährliche Gesamtpatientenzahl. Sie sind jedoch nicht gleichzusetzen mit der Gesamtzahl der Konsultationen bzw. der Behandlungskontakte insgesamt (wie sie in der Dokumentation der Internationalen humanitären Sprechstunde angegeben werden, siehe Tabelle 6-2), da während eines Behandlungsfalles mehrere Patientenkontakte erfolgen können.

⁹ Dem Dokumentationssystem der ESA geschuldet beziehen sich manche der Merkmalsangaben zu den Patienten auf die Gesamtpatientenzahl, andere auf die Gesamtfallzahl.

¹⁰ Bis 2013 beziehen sich die Angaben zur Herkunft in den Jahresberichten auf die Gesamtfallzahl, seit 2014 auf die Gesamtpatientenzahl.

¹¹ Zeichenerklärung: / = keine Angaben zu diesem Merkmal in den Jahresberichten vorhanden. Gilt auch für die folgenden Tabellen.

Tabelle 4-2: Entwicklung der Altersstruktur der Patienten der ESA von 2008–2015¹²

Jahr	2014		2013		2012		2011		2010		2009		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamt-fallzahl	2 306		2 200		2 146		1 630		1 646		1 336		1 243	
Altersgruppe														
< 18 Jahre			17	0,8 %	18	0,8 %	16	1 %	18	1,1 %	37	3 %	9	0,7 %
18–29 J.			193	9 %	226	11 %	206	13 %	155	9,4 %	135	10 %	102	8 %
< 30 J.	265	11 %												
30–39 J.	420	18 %	385	18 %	384	18 %	245	15 %	272	17 %	206	15 %	193	16 %
40–49 J.	600	26 %	603	27 %	564	26 %	441	27 %	476	29 %	371	28 %	376	30 %
50–59 J.	630	27 %	627	29 %	610	28 %	459	28 %	472	29 %	371	28 %	344	28 %
60–69 J.	282	12 %	284	13 %	269	13 %	213	13 %	196	12 %	159	12 %	165	13 %
> 70 Jahre	109	5 %	91	4 %	75	3 %	50	3 %	57	3 %	57	4 %	54	4 %

Tabelle 4-3: Anzahl der Nichtversicherten unter den Patienten der ESA von 2003–2015

Jahr	Gesamt-fallzahl	Versicherte		Nichtversicherte		Gesamt-patientenzahl
		n	%	n	%	
2003 ¹³	1 377	478	35 %	911	65 %	757
2004	1 360	466	34 %	894	66 %	763
2005	1 437	596	41 %	841	59 %	855
2006	1 429	580	41 %	849	59 %	772
2007	1 587	673	42 %	914	58 %	784
2008	1 631	761	47 %	870	53 %	958
2009	1 799	777	43 %	1 022	57 %	1 002
2010	2 115	868	41 %	1 247	59 %	1 185
2011	2 284	899	39 %	1 385	61 %	1 344
2012 ¹⁴	2 361	818	46 %	1 428	54 %	1 402
2013	2 329	/		/		1 347
2014 ¹⁵	2 306	/			61 %	1 433
2015	2 104	446	34 %	850	66 %	1 296

¹² Die Angaben zu den Altersgruppen beziehen sich auf die Gesamtfallzahl pro Jahr. Da das Alter mancher Patienten unbekannt ist, ergibt sich in der Statistik eine Differenz zur tatsächlichen Gesamtfallzahl. Aus diesem Grund wird die Altersverteilung hier in einer separaten Tabelle wiedergegeben. Für 2015 liegen keine Angaben vor.

¹³ Für dieses Untersuchungsjahr sind die Zahlenangaben in der Literaturquelle unstimmtig, siehe z. B. im Jahresbericht 2011 (Caritasverband Frankfurt e. V., 2012, S. 27).

¹⁴ Siehe Fußnote Nr. 13. Nachweis siehe Jahresbericht 2012 (Caritasverband Frankfurt e. V., 2013, S. 29).

¹⁵ Bis 2012 beziehen sich die Angaben zur Krankenversicherung auf die Gesamtfallzahl, seit 2014 auf die Gesamtpatientenzahl. Für 2013 liegen keine exakten Zahlenangaben vor, für 2014 sind die Angaben unvollständig.

Malteser Migranten Medizin (MMM), Malteser Hilfsdienst Frankfurt e.V.

(www.malteser-migranten-medizin.de/mmm-vor-ort/frankfurt.html)

Die Malteser Migranten Medizin wurde 2001 von den Maltesern in Berlin gegründet. In den darauffolgenden Jahren entstand das über Spenden finanzierte Hilfsangebot auch in mehreren anderen Städten, darunter im Jahr 2006 in Frankfurt am Main. In der MMM arbeitet ein Team aus Ärzten, Arzthelfern und Krankenpflegern sowie anderen Helfern in ausschließlich ehrenamtlicher Tätigkeit ohne festangestellte Mitarbeiter. Das Angebot umfasst eine regelmäßige ärztliche Sprechstunde, in der eine medizinische Grundversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung angeboten wird. Die MMM funktioniert im Prinzip wie eine allgemeinärztliche Sprechstunde, findet jedoch im Gegensatz zu den anderen Hilfseinrichtungen nur einmal pro Woche statt und hat keine eigenen Räume, sondern bekommt diese kostenlos von einem Krankenhaus in Frankfurt bereitgestellt (im Jahr 2011/12 fand ein Ortswechsel in ein anderes Krankenhaus statt). Über die Räumlichkeiten hinaus erhält die MMM von diesem Krankenhaus Unterstützung in ihrer Arbeit, indem bei Bedarf (wenn auch in begrenztem Maße) Zugang zu den Diagnostikmöglichkeiten im Haus besteht (Röntgen, Ultraschall, Laboruntersuchung) und Patienten zur Weiterbehandlung an das Krankenhaus vermittelt werden können. Darüber hinaus wird die Arbeit durch die Kooperation mit einem medizinischen Labor, einer Apotheke und einigen anderen Krankenhäusern in Frankfurt am Main unterstützt.

Die Hauptzielgruppe der MMM sind Migranten, insbesondere Migranten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Es werden jedoch genauso Deutsche behandelt, so dass sich das Angebot allgemein an Patienten ohne Krankenversicherung wendet. Alle Patienten der MMM sind Nichtversicherte.

Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht zur Entwicklung der Patientenzahlen in der MMM in den Jahren 2007 bis 2015. Sie basieren auf den Jahresberichten der MMM aus den Jahren 2007–2010 und auf vertraulichen Dokumente aus persönlicher

Kommunikation mit Mitarbeitern der MMM¹⁶ (Malteser Hilfsdienst e.V., 2008, 2009, 2010, 2011).

**Tabelle 5-1: Entwicklung der Patientenzahlen in der MMM
– jährliche Behandlungen von Patienten insgesamt¹⁷ von 2007–2015**

Jahr	2015 n / %	2014 n / %	2013 n / %	2012 n / %	2011 n / %	2010 n / %	2009 n / %	2008 n / %	2007 n / %
Gesamtzahl Behandlungen	376	530	523	319	415	386	318	275	221
Geschlecht									/
männlich	48 %	46 %	42 %	38 %	42 %	39 %	36 %	31 %	
weiblich	52 %	54 %	58 %	62 %	58 %	61 %	64 %	69 %	
Altersgruppe¹⁸									
< 18 Jahre	2 %	2 %	1 %	2 %	2 %	3 %			
18–30 J.	13 %	16 %	13 %	13 %	11 %	14 %			
31–50 J.	31 %	38 %	39 %	35 %	33 %	43 %			
> 50 J.	54 %	44 %	47 %	50 %	54 %	40 %			
Altersgruppe									
< 20 Jahre							8 %	7 %	16 %
20–39 J.							24 %	44 %	52 %
40–59 J.							44 %	36 %	28 %
> 60 J.							22 %	13 %	4 %
Keine Angabe							2 %		
Herkunft									
Afrika	27 %	27 %	33 %	28 %	44 %	32 %	33 %	17 %	8 %
Lateinamerika	3 %	3 %	2 %	4 %	2 %	6 %	7 %	27 %	28 %
Asien	22 %	17 %	21 %	20 %	15 %	18 %	24 %	12 %	13 %
Nahost+Türkei	/	/	/	/	/	/	6 %	8 %	/
EU	17 %	24 %	26 %	34 %	17 %	20 %	10 %	/	/
Ost-/Süd- osteuroopa	/	/	/	/	/	/	17 %	23 %	45 %
Restliches Europa	13 %	8 %	7 %	8 %	8 %	8 %	/	/	/
Ehem. GUS- Staaten	1 %	2 %	0 %	/	2 %	2 %	/	/	/
Deutschland	10 %	7 %	5 %	6 %	5 %	10 %	/	11 %	4 %
Sonstige	7 %	12 %	6 %	/	7 %	4 %	3 %	2 %	2 %

¹⁶ Seit 2011 werden keine separaten Jahresberichte der MMM mehr veröffentlicht. Die hier zur Verfügung gestellten internen Statistiken sind nicht öffentlich verfügbar und finden sich deshalb nicht im Literaturverzeichnis.

¹⁷ Da hier auch Mehrfachbehandlungen berücksichtigt sind, liegt die Zahl höher als die Gesamtpatientenzahl pro Untersuchungsjahr. Eine separate Statistik zur Gesamtpatientenzahl wird in den Jahresberichten der MMM nicht geführt.

¹⁸ Aufgrund einer Änderung in der Unterteilung der Altersgruppen seit dem Jahr 2010 wird dieses Merkmal in zwei verschiedenen Zeilen aufgeführt.

Tabelle 5-2: Entwicklung der Anzahl der Illegalisierten und Personen mit legalem Aufenthaltsstatus unter den Patienten der MMM von 2007–2015

Jahr	Gesamtzahl Behandlungen	Illegalisierte in %	legaler Aufenthaltsstatus in %	Touristen in %
2007	221	74 %	26 %	/
2008	275	82 %	18 %	/
2009	318	42 %	58 %	/
2010	386	48 %	39%	13 %
2011	415	44 %	45 %	11 %
2012	319	43 %	50 %	7 %
2013	523	42 %	49 %	9 %
2014	530	47 %	46 %	7 %
2015	376	54 %	38 %	8 %

Internationale humanitäre Sprechstunde, Amt für Gesundheit Frankfurt

([www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2996&_ffmpar\[_id_inhalt\]=6327770](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2996&_ffmpar[_id_inhalt]=6327770))

Ihren Ursprung hatte die Internationale humanitäre Sprechstunde im Amt für Gesundheit im Jahr 2001 als „Afrikasprechstunde“. Im Jahr 2009 wurde sie umbenannt und Bedarf und Nachfrage entsprechend für alle Nationalitäten geöffnet. Außerdem wird bereits seit 1997 eine separate „Romasprechstunde“ angeboten, die auf Sinti und Roma als Patienten spezialisiert ist. Die Sprechstunden sind ein Angebot des Gesundheitsamtes und finden in den Räumen der Gesundheitsbehörde statt. Die Finanzierung erfolgt in einer Kooperation zwischen Gesundheitsamt und Sozialamt. Alle Mitarbeiter sind Angestellte des Gesundheitsamtes, das Sozialamt übernimmt Sachkosten, d.h. Kosten für Arzneimittel, Diagnostik und Therapie. Das Gesundheitsamt Frankfurt bietet mit der Internationalen humanitären Sprechstunde an drei Tagen pro Woche eine allgemeinärztliche Sprechstunde, die, wie die anderen Hilfseinrichtungen, die hausärztliche Versorgung ersetzt. Durch die Lage im Gesundheitsamt kann das Team aus Ärzten, Krankenpflegern bzw. Arzthelfern und Sozialarbeitern die vorhandenen Diagnostikmöglichkeiten nutzen (Röntgen, Ultraschall, Laboruntersuchungen), außerdem können kostenlos Medikamente an Patienten herausgegeben werden. Desweiteren legen die Mitarbeiter der Internationalen humanitären Sprechstunde viel Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern des Gesundheitsamtes und bieten neben der medizinischen Versorgung eine Sozialberatung an. Damit verfolgen sie das Ziel einer Einbindung in die Regelsysteme (Krankenversicherung, Sozialleistungen) und einer Legalisierung des Aufenthaltes.

Zielgruppe der Internationalen humanitären Sprechstunde sind insbesondere Migranten, auch ohne geregelten Aufenthaltsstatus, und allgemein nichtversicherte Personen. Die Patienten sind mit wenigen Ausnahmen alle nicht krankenversichert.

Die folgenden Tabellen geben eine Übersicht zur Entwicklung der Patientenzahlen in der Internationalen humanitären Sprechstunde in den Jahren 2008 bis 2013. Sie basieren auf der Dokumentation der Internationalen humanitären Sprechstunde (Schade, Heudorf & Tiarks-Jungk, 2015). Für die Jahre 2014 und 2015 lagen bis zur Fertigstellung der Dissertation keine entsprechenden Daten vor.

**Tabelle 6-1: Entwicklung der Patientenzahlen in der Internationalen humanitären Sprechstunde
– jährliche Gesamtpatientenzahl von 2008–2013**

Jahr	2013		2012		2011		2010		2009		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtpatientenzahl	636		670		657		633		462		255	
Geschlecht												
männlich	231	36,3 %	220	32,8 %	186	28,3 %	181	28,6 %	115	24,9 %	64	25,1 %
weiblich	404	63,5 %	440	65,7 %	461	70,2 %	441	69,7 %	334	72,3 %	188	73,7 %
Keine Angabe	1	0,2 %	10	1,5 %	10	1,5 %	11	1,7 %	13	2,8 %	3	1,2 %
Altersgruppe												
< 20 Jahre	106	16,7 %	152	22,7 %	156	23,8 %	139	22,0 %	89	19,2 %	23	9,0 %
20–40 J.	251	39,5 %	209	31,2 %	219	33,3 %	211	33,4 %	169	36,6 %	74	29,1 %
40–60 J.	151	23,8 %	158	23,6 %	146	22,2 %	139	22,0 %	100	21,6 %	64	25,1 %
> 60 J.	128	20,2 %	144	21,5 %	128	19,5 %	131	21,0 %	92	20,0 %	85	33,3 %
Keine Angabe	0	0 %	7	1,0 %	8	1,2 %	13	2,1 %	12	2,6 %	9	3,5 %
Herkunft Regionen												
Afrika	368	57,9 %	393	58,6 %	378	57,5 %	459	72,7 %	364	78,8 %	227	88,9 %
Ost-/Südost-europa	221	34,7 %	222	33,1 %	230	35,0 %	118	18,6 %	49	10,5 %	8	3,2 %
Andere Welt ¹⁹	44	6,9 %	44	6,6 %	36	5,5 %	46	7,3 %	31	6,7 %	10	3,9 %
Keine Angabe	3	0,5 %	11	1,6 %	13	2,0 %	10	1,6 %	18	3,9 %	10	3,9 %
Herkunft												
Rumänien, Bulgarien	191	30,0 %	201	30,0 %	195	29,7 %	99	15,6 %	36	7,8 %	5	2,0 %

¹⁹ In dieser Kategorie sind u. a. Deutschland und die übrigen europäischen Länder eingeordnet.

Tabelle 6-2: Entwicklung der Patientenzahlen in der Internationalen humanitären Sprechstunde
– jährliche Konsultationen von Patienten insgesamt von 2008–2013²⁰

Jahr	2013		2012		2011		2010		2009		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesamtzahl Konsultationen	1 911		1 765		1 625		1 446		1 154		673	
Geschlecht												
männlich	691	36,2 %	508	28,8 %	417	25,7 %	407	28,1 %	290	25,1 %	170	25,3 %
weiblich	1 215		1 234		1 195		1 026		844	73,1 %	491	73,0 %
		63,6 %		69,9 %		73,5 %		71,0 %				
Keine Angabe	5	0,3 %	23	1,3 %	13	0,8 %	13	0,9 %	20	1,7 %	12	1,8 %
Altersgruppe												
< 20 Jahre	245	12,8 %	367	20,8 %	347	21,4 %	216	14,9 %	149	12,9 %	48	7,1 %
20–40 J.	734	38,4 %	542	30,7 %	529	32,6 %	443	30,6 %	434	37,6 %	185	27,5 %
40–60 J.	548	28,7 %	457	25,9 %	378	23,3 %	391	27,0 %	289	25,0 %	195	29,0 %
> 60 J.	384	20,1 %	392	22,2 %	362	22,3 %	382	26,4 %	267	23,1 %	230	34,2 %
Keine Angabe	0	0 %	7	0,4 %	9	0,6 %	14	1,0 %	15	1,3 %	15	2,2 %
Herkunft Regionen												
Afrika	1 163		1 106		1 002		1 082		911		619	
		60,9 %		62,7 %		61,6 %		74,9 %		79,1 %		91,9 %
Ost-/Südost-europa	621	32,5 %	541	30,6 %	526	32,4 %	248	17,2 %	117	10,1 %	20	2,9 %
Andere Welt	121	6,3 %	99	5,6 %	76	4,7 %	102	7,1 %	95	8,2 %	15	2,2 %
Keine Angabe	6	0,3 %	19	1,1 %	21	1,3 %	14	1,0 %	31	2,7 %	19	2,8 %
Herkunft												
Rumänien, Bulgarien	526	27,5 %	500	28,3 %	434	26,7 %	193	13,3 %	87	7,5 %	12	1,8 %

Medizinisch-pflegerische Ambulanz der Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V.

(www.lazarus-frankfurt.de)

Die Lazarus Wohnsitzlosenhilfe bietet mit einem Team aus Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern in regelmäßigen Sprechstunden medizinische Grundversorgung für Wohnungslose an. Die Sprechstunden finden in festen Räumen des Vereins statt, in denen neben der ambulanten medizinischen Versorgung auch andere Hilfen wie Beratung, allgemeine Unterstützung und Betreuung von Wohnungslosen, gemeinsame Aktivitäten und ähnliches angeboten werden. Lazarus wurde 1994 als eigener Verein gegründet und wurde dann Mitglied im Diakonischen Werk in Hessen und Nassau. Die Einrichtung wird getragen von sowohl haupt- als auch ehrenamtlichen Mitarbeitern

²⁰ In der Gesamtzahl der Konsultationen pro Jahr werden auch Mehrfachkontakte pro Patient berücksichtigt. Die Zahlen liegen daher höher als die jährliche Gesamtzahl der Patienten. Verglichen mit der Erfassung der Patientenzahlen der ESA entspricht die Gesamtzahl der Konsultationen jedoch nicht den Gesamtfallzahlen. Siehe Fußnoten Nr. 7 und Nr. 8.

und vielen Helfern, darunter auch (ehemals) Wohnsitzlosen. Die Finanzierung erfolgt über Spenden, Zuwendungen von Kirchengemeinden und städtischen Zuschüssen.

Seit 1. April 2013 existiert die Lazarus Wohnsitzlosenhilfe nur noch als Förderverein, der aber weiterhin – neben anderen Projekten – die medizinische Versorgung und Betreuung von Hilfebedürftigen, insbesondere von Wohnungslosen, unterstützt. Als Folge daraus wurde die Lazarus-Ambulanz durch den Frankfurter Verein übernommen, der mit einer Übernachtungsstätte im Ostpark eine Notunterkunft für Wohnungslose bereitstellt. Bereits seit 1994 bestand eine Kooperation der beiden Vereine in deren Rahmen die Lazarus Wohnsitzlosenhilfe an einzelnen Wochentagen eine ärztliche Sprechstunde in der Notübernachtungsstätte im Ostpark anbot. Seit 2013 werden von einem eigenen Ambulanzteam (bestehend aus Ärzten und Pflegekräften) in der medizinischen Ambulanz im Ostpark täglich Sprechstunden gehalten, in denen niedrigschwellig eine medizinische Basisversorgung ähnlich wie in den anderen Hilfseinrichtungen angeboten wird. Dabei werden sowohl Bewohner der Notübernachtungsstätte medizinisch versorgt, als auch nicht dort untergebrachte Wohnungslose.

Aus der Ambulanz der Lazarus Wohnsitzlosenhilfe liegen keine vergleichbaren Daten zu den Patientenzahlen und der Zusammensetzung der Nutzergruppe für die Jahre bis 2013 vor. Aus den auf der Homepage frei verfügbaren Informationsblättern des Fördervereins lassen sich Informationen zur Entwicklung der Patientenzahlen in der Ambulanz im Ostpark seit 2013 entnehmen. Die Daten sind jedoch sehr lückenhaft, können daher nur eine Tendenz aufzeigen und bilden keine vollständige Statistik. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht zur Entwicklung der Patientenzahlen in der Ambulanz im Ostpark in den Jahren 2013 bis 2015. Sie basiert auf den Informationsblättern des Fördervereins Lazarus Nr. 1–7 aus den Jahren 2013–2015 (Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V., 2013a, 2013b, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b, 2016).

Tabelle 7: Entwicklung der Patientenzahlen in der Ambulanz im Ostpark von 2013–2015

Jahr	2015 n / %	2014 n / %	2013 (Juni–November) n / %
Gesamt- patientenzahl		997	208
Gesamtzahl Behandlungen	3 297	/	1 684
Geschlecht männlich weiblich	/	/	15 %
Altersgruppe 40–60 Jahre	/	50 %	/
Herkunft Deutschland Osteuropa Andere Länder	/	30 % 57 % 13 %	/
Versicherungsstatus Versicherte Nichtversicherte	62 %	44 %	/
Bewohner Ostpark Bewohner Nicht-Bewohner	ca. 30 %	85 % 15 %	ca. 25 %

Studentische Poliklinik Frankfurt (StuPoli)

(<https://sites.google.com/site/anmeldungstupoli/>)

Seit Juni 2014 findet einmal wöchentlich die Sprechstunde der Studentischen Poliklinik statt. Hier werden unter Anleitung einer erfahrenen Ärztin in den Räumen des Gesundheitsamtes Patienten ohne Krankenversicherung kostenlos und anonym von Medizinstudenten der Universität Frankfurt am Main behandelt.

3 Forschungsbedarf und Fragestellung

In diesem kurzen Kapitel wird aus dem aktuellen Wissensstand über Nichtversicherte abgeleitet, worin der Forschungsbedarf besteht und welche Fragestellung sich daraus für die Dissertation ergibt.

Nach aktueller Gesetzeslage, insbesondere nach Einführung der Versicherungspflicht im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 und dem Beitragsschuldengesetz 2013, sollte jede in Deutschland lebende Person über eine Absicherung im Krankheitsfall verfügen. Sofern keine anderweitige Absicherung besteht, müssten demnach alle Personen entweder in einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung eingegliedert sein. Zwar ist dies in großer Mehrheit der Fall, doch ein bevölkerungsabdeckender Versicherungsschutz konnte bisher nicht erreicht werden, wie die Erfahrungen aus der Patientenversorgung bestätigen.

Im Allgemeinen ist wenig bekannt, dass es in Deutschland Nichtversicherte gibt. In der Öffentlichkeit und den Medien taucht das Thema eher selten auf und die vorhandene Literatur zeigt, dass sich die Diskussion darüber vor allem auf Fachkreise beschränkt und wenig auf eine wissenschaftliche Ebene vordringt. Da eine breite Ursachenforschung bisher ausbleibt, ist unklar, wie sich die Gruppe der Nichtversicherten im Einzelnen zusammensetzt und worin die Ursachen dafür liegen, dass es trotz eindeutiger Gesetzeslage noch immer Personen gibt, die keine Krankenversicherung haben. Desweiteren bleibt offen, wie hoch die Anzahl der Nichtversicherten tatsächlich ist. Zwar belegen die offiziellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes nach dem jüngsten Mikrozensus von 2011, dass die Personengruppe der Nichtversicherten weiterhin existiert, doch steht der Mikrozensus in der Kritik, nicht alle nichtversicherten Personen zu erfassen, so dass von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist.

Der Versicherungsstatus entscheidet darüber, welche Behandlungsmöglichkeiten einem Patienten offenstehen und welche ihm verschlossen bleiben. Denn die Krankenversicherung hat ganz allgemein den Sinn, die Gesundheitsversorgung der Versicherten zu finanzieren. Kann ein Patient keine Krankenversicherung vorweisen,

muss geklärt werden, wer für die Behandlungskosten aufkommt und abhängig davon, welche Behandlung durchgeführt werden kann. Damit stellt sich die Frage, ob eine medizinische Versorgung ohne Krankenversicherung möglich ist und wie sich diese gestaltet. Auch wenn – wie in Frankfurt am Main – ein gut ausgebautes Hilfsnetz an medizinischen Einrichtungen diejenigen Personen auffängt, die keinen oder eingeschränkten Zugang zu den regulären Versorgungsstrukturen haben, bleibt offen, inwieweit darüber eine adäquate Versorgung gewährleistet werden kann und ob nichtversicherte gegenüber regulär versicherten Patienten letztlich benachteiligt sind.

Vor diesem Hintergrund wird der Forschungsbedarf darin gesehen, zu untersuchen:

1. wie sich die Personengruppe der Nichtversicherten zusammensetzt,
2. was die Gründe dafür sind, dass manche Personen ihre Krankenversicherung verlieren und worin die Hindernisse liegen, aus denen die Eingliederung ins Versicherungssystem nicht gelingt,
3. ob und wie das Fehlen der Krankenversicherung den Zugang zu medizinischer Versorgung beeinflusst,
4. ob für Patienten ohne Krankenversicherung eine adäquate Gesundheitsversorgung möglich ist.

Daraus ergibt sich für diese Dissertation die folgende Fragestellung mit den zwei Leitfragen:

Was sind Gründe für das Entstehen von Nichtversicherung und welche Auswirkungen hat das Nichtversichertsein auf die medizinische Versorgung der Betroffenen?

Darauf basierend wird desweiteren den Fragen nachgegangen, in welcher Größenordnung sich das Phänomen der Nichtversicherung bewegt, welche Akteure es außer den Nichtversicherten selbst im Problemfeld der Nichtversicherung gibt, welche Rolle sie einnehmen, welche spezifischen Schwierigkeiten sich für sie stellen und welche Konflikte zwischen den einzelnen Akteuren auftreten. In diesem Zusammenhang wird hinterfragt, inwiefern es als Problem anzusehen ist, dass ein Teil der Bevölkerung über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt, ob folglich Handlungsbedarf besteht und welche Lösungsansätze es gibt.

4 Material und Methoden

An dieser Stelle wird das methodische Vorgehen der Studie erläutert. Nach einer Begründung für die qualitative Vorgehensweise, werden die gewählten Methoden im Allgemeinen und ihrer konkreten Anwendung in der vorliegenden Studie beschrieben. Die Datenerhebung erfolgte mittels Leitfadeninterviews mit zwei Personengruppen, erstens Patienten ohne Krankenversicherung, zweitens Experten mit Erfahrung im Arbeitsfeld der Nichtversicherung. Die Auswertung des so gewonnenen Datenmaterials erfolgte per qualitativer Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010).

4.1 Begründung für das qualitative Studienkonzept und die gewählte Methode

In diesem Unterkapitel wird in einem ersten Abschnitt auf die Prinzipien der qualitativen Forschung in Abgrenzung zur quantitativen Forschung eingegangen und die Entscheidung für ein qualitatives Studienkonzept begründet. In einem zweiten Abschnitt wird erläutert, warum Leitfadeninterviews und die qualitative Inhaltsanalyse als geeignete Erhebungs- und Auswertungsmethoden für die Zielsetzung dieser Studie erachtet werden.

4.1.1 Grundlegende Prinzipien der qualitativen Forschung

Die Entscheidung für ein qualitatives Studienkonzept fiel nach Abwägen der Vor- und Nachteile gegenüber quantitativen Methoden für das gegebene Forschungsfeld und die gewählte Forschungsfrage. Da das Problemfeld der Nichtversicherung bisher wenig beschrieben ist und wenig standardisierte Daten dazu vorliegen, soll mit dieser Studie in erster Linie explorative Arbeit geleistet werden. Das Forschungsziel liegt nicht in der Prüfung von aus Theorien abgeleiteten Hypothesen, wie bei auch als deduktiv bezeichneter quantitativer Forschung der Fall, sondern darin, einen sozialen Prozess anhand des erhobenen empirischen Materials zu rekonstruieren und daraus Theorien zu entwickeln (Gläser & Laudel, 2010, S. 24ff.). In einem rekonstruierenden Forschungsprozess können auch die subjektiven Sichtweisen der verschiedenen

Akteure im Problemfeld einbezogen werden. Ein qualitatives Forschungskonzept bietet deshalb geeignete Forschungsmethoden und Herangehensweisen für die vorliegende Studie, deren Ziel es ist, die Umstände der Nichtversicherung und die Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung der Betroffenen von der praktischen Patientenversorgung ausgehend zu untersuchen. Vor diesem Hintergrund versteht sich diese Studie als Grundlagenforschung, der idealerweise weitere Forschungsarbeiten folgen sollten. Hierbei wäre abhängig vom Forschungsinteresse die Anwendung quantitativer Methoden durchaus denkbar und sinnvoll, um z.B. die Personengruppe der Nichtversicherten statistisch zu erfassen und repräsentative Aussagen über ihre Größenordnung und Zusammensetzung treffen zu können.

Die Fragestellung und das Studienkonzept wurden im Verlauf des Forschungsprozesses immer wieder überprüft und weiterentwickelt. Während das anfänglich allgemeine Forschungsinteresse am Problemfeld durch eine intensivere Exploration des Forschungsfeldes konkretisiert wurde, konnten auch die Fragestellung mit steigendem Erkenntnisgewinn schrittweise präzisiert und das Studienkonzept angepasst werden. Diese Offenheit im Forschungsprozess kann in quantitativer Forschung als ein Mangel an methodologischer Strenge gesehen werden, ist in qualitativer Forschung aber explizit gewünscht. Durch die Rückkopplungen zwischen den einzelnen Arbeitsschritten fließen Erfahrungen aus späteren Forschungsphasen und im Forschungsprozess hinzu gewonnenes Wissen wieder in diesen ein und intensivieren den Erkenntnisgewinn (Gläser & Laudel, 2010, S. 35–36). Der Forschungsprozess unterliegt damit einer zyklischen Struktur, die alle Arbeitsschritte umfasst: die Präzisierung des Erkenntnisinteresses, die Datenerhebung, die Datenauswertung und die Ergebnisinterpretation. Damit ist auch die Interpretation des empirischen Materials nicht von den anderen Arbeitsschritten losgelöst, sondern mit ihnen verwoben, da gewissermaßen eine kontinuierliche Interpretation der Daten stattfindet. So ist schließlich auch die Ergebnisdarstellung nicht als reine Darstellung eines Materials zu sehen, das aus der Auswertung der empirischen Daten hervorgeht, sondern ist bereits ein Teil der Ergebnisinterpretation, die schließlich in der Beantwortung der Forschungsfrage mündet.

4.1.2 Leitfadeninterviews und qualitative Inhaltsanalyse

Da es zum Thema Nichtversicherung wenig Literatur und Daten gibt, auf denen eine weiterführende Analyse hätte aufgebaut werden können, bestand das Interesse zunächst einmal darin, grundlegende Informationen zu gewinnen; von den Betroffenen selbst und von Personen, die über Erfahrung mit Nichtversicherten verfügen. Bei der Überlegung, wie Zugang zum Feld und zur zu untersuchenden Personengruppe gefunden werden kann, erschien eine anonyme schriftliche Befragung als nicht sehr erfolgversprechend. Da die Betroffenen als gesellschaftliche Randgruppe Ausgrenzung erfahren und daher oft zurückgezogen leben, wäre nur ein geringer Rücklauf zu erwarten gewesen. Eine persönliche Kontaktaufnahme ist dagegen wesentlich mehr dazu geeignet, Vertrauen zu schaffen und damit die nötige Bereitschaft zur Mitwirkung zu erlangen. Daher wurden Interviews als eine geeignete Methode zur Datenerhebung gesehen.

Unter den verschiedenen Interviewformen wurden Leitfadeninterviews als Befragungsform ausgewählt, die unter den Erhebungsmethoden als teilstandardisierte mündliche Befragung eingeordnet werden. Unter den verschiedenen Varianten der Leitfadeninterviews zeigten sich Experteninterviews als geeignete Interviewform. Denn Ziel der Untersuchung ist es, das Problemfeld auf Grundlage der Sichtweise der betroffenen Akteure zu analysieren, die damit die Rolle der Experten einnehmen. Dazu sind persönliche Gespräche in Form von Interviews mit offen formulierten Fragen und mit der Möglichkeit der offenen Beantwortung der Fragen besser geeignet, als eine standardisierte Befragung mit geschlossenen Fragen und vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, egal ob diese schriftlich per Fragebogen erfolgt oder auch mündlich in Form eines standardisierten Interviews. Leitfadeninterviews geben dem Interviewer die Möglichkeit, das Gespräch im Hinblick auf die zentralen Interessenspunkte der Untersuchung zu lenken, ohne einen starren Ablauf vorzugeben. Mittels eines Gesprächsleitfadens wird garantiert, dass alle wichtigen Fragen gestellt werden, gleichzeitig aber wird dem Gesprächspartner genügend Freiraum bei der Beantwortung der Fragen gegeben und die Möglichkeit seinerseits auf den

Gesprächsverlauf Einfluss zu nehmen und eventuell nicht vorgesehene Themen mit aufzunehmen (Gläser & Laudel, 2010, S. 38ff.).

Als Auswertungsmethode für die Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt (Gläser & Laudel, 2010, S. 46–47). Bei der Fragestellung nach den Gründen und Kausalmechanismen für das Zustandekommen und Fortbestehen von Nichtversicherung und die Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung sind die inhaltlichen Aussagen der Interviewpartner von primärem Interesse, das heißt die im Text enthaltene Information. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden diese Informationen dem Text mit systematischen Verfahren entnommen und ausgewertet und damit unabhängig von der ursprünglichen Quelle weiterverarbeitet. Ein solches Vorgehen ist nur erlaubt, wenn nicht der Text selbst Untersuchungsobjekt ist. Dies wäre beispielsweise bei der Analyse von im Text enthaltenen Konstruktionen der Interviewten der Fall, wie Sinnstrukturen oder biographischen Prozessen. Laut Gläser und Laudel (2010) ist die Inhaltsanalyse hierfür nicht geeignet, sondern vielmehr dafür „wenn aus Texten Beschreibungen sozialer Sachverhalte entnommen werden sollen – d.h. generell für rekonstruierende Untersuchungen und speziell für die Auswertung von Experteninterviews“ (S. 47). Nachdem als Ziel der vorliegenden Studie formuliert wurde, anhand der dem Text entnommenen Informationen den Prozess der Nichtversicherung zu rekonstruieren, wurden, wie von Gläser und Laudel vorgeschlagen, Experteninterviews als Erhebungsmethode mit der Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse kombiniert.

4.2 Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Erhebungs- und Auswertungsmethoden

Nach den allgemeinen Erläuterungen zum Studienkonzept werden in diesem Kapitel die ausgewählten Methoden näher beschrieben. Hierzu werden die einzelnen Arbeitsschritte zur Durchführung von Experteninterviews und deren Auswertung durch die qualitative Inhaltsanalyse theoretisch erläutert, gleichzeitig wird auf die Umsetzung der methodischen Vorgaben in der vorliegenden Forschungsarbeit Bezug genommen.

4.2.1 Das Experteninterview

Experteninterviews sind eine Erhebungsmethode, die häufig in den Sozialwissenschaften für rekonstruierende Untersuchungen Anwendung findet. In der Regel werden sie als leitfadengestützte Interviews geführt. Dabei dient ein Gesprächsleitfaden mit einer Liste von Fragen, die als wesentlich für die Beantwortung der Forschungsfrage erachtet werden, als Orientierungshilfe und Gesprächsgrundlage, ohne dass der Interviewer an eine feste Formulierung und Reihenfolge der Fragen gebunden ist. Sinn und Ziel der Interviews ist, von den ausgewählten Interviewpartnern Informationen zum Untersuchungsgebiet zu erhalten und Tatsachen zu erfahren, durch deren Analyse ein sozialer Prozess rekonstruiert werden kann (Gläser & Laudel, 2010, S. 111).

Um die notwendigen Informationen zu erhalten, sind als Gesprächspartner am besten Personen geeignet, die mit dem Forschungsfeld besonders vertraut sind, also gewissermaßen Experten für ein bestimmtes Thema sind. Der Begriff des Experten, der als Grundlage für die Auswahl der Interviewpartner dient, wird hier nicht im Sinne einer speziellen beruflichen Qualifikation auf einem bestimmten Gebiet oder der Aneignung von spezialisiertem Wissen gebraucht, wie es der allgemein gebräuchlichen Bedeutung entsprechen würde. Als Experten gelten vielmehr diejenigen Personen, die über Wissen verfügen, das für den zu rekonstruierenden Prozess von zentraler Bedeutung ist (Gläser & Laudel, 2010, S. 11–12; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 131–132).

Für diese Studie trifft die Definition von Experten auf Betroffene selbst zu, also nichtversicherte Personen, die Auskunft geben können über ihre Lebensumstände, wie der Verlust der Krankenversicherung zustande kam und wie sich ihre medizinische Versorgung gestaltet. Ebenso stellen diejenigen Personen Experten dar, die aufgrund ihres beruflichen Arbeitsumfeldes in direktem Kontakt mit Betroffenen stehen und so über Kompetenzen im Problemfeld der Nichtversicherung verfügen. Aufgrund ihrer Stellung im Forschungsfeld weisen diese beiden Personengruppen unterschiedliches Wissen und verschiedene Sichtweisen auf. Um die beiden Gruppen der Interviewpartner klar voneinander zu unterscheiden, werden sie in dieser Dissertation als „Patienten“ oder „Betroffene“ auf der einen und als „Experten“ auf der anderen Seite

bezeichnet. Beide sind dabei als Experten im Sinne der Qualifikation als Interviewpartner für Experteninterviews zu betrachten.

4.2.2 Auswahl der Interviewpartner

Die Auswahl der Interviewpartner sollte in erster Linie von der Frage motiviert sein, welche Personen über das Wissen verfügen, das zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig ist und wer unter diesen Personen in der Lage ist, in einem Interview Auskunft zu geben und relevante Informationen zu übermitteln. Ist ein Personenkreis gefunden, der als geeignet erscheint, so muss damit gerechnet werden, dass nicht alle potentiell möglichen Interviewpartner auch tatsächlich erreichbar sind. Zum einen muss prinzipiell die Bereitschaft vorhanden sein, Auskunft zu erteilen, zum anderen muss die Person auch praktisch verfügbar sein. In manchen Fällen kann demnach ein Interview auch an rein organisatorischen Gründen, wie z. B. Zeitmangel während der Interviewphase, scheitern. Die endgültigen Interviewpartner müssen nicht vorab festgelegt werden. Zwar ist es sinnvoll, eine Vorauswahl zu treffen und Auswahlkriterien für weitere Interviewpartner zu formulieren, die konkrete Auswahl der Gesprächspartner ergibt sich aber im Laufe des Forschungsprozesses (Gläser & Laudel, 2010, S. 117–118).

Die Anzahl an Interviews ergibt sich daraus, wie viele Personen befragt werden müssen, bis alle notwendigen Informationen gesammelt sind, um die Forschungsfrage beantworten zu können. Meist ist es dazu ebenso sinnvoll wie notwendig „mehrere Akteure zu befragen, die aufgrund ihrer spezifischen Stellung in dem zu rekonstruierenden Prozess jeweils über andere Informationen verfügen“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 117). Denn in den seltensten Fällen verfügt eine einzige Person über das gesamte Wissen innerhalb eines Forschungsfeldes. Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass die Aussagen der Interviewpartner in gewissem Maße von subjektiven Sichtweisen geprägt sind. Um die persönlichen Perspektiven der Interviewpartner von den objektiven Informationen unterscheiden zu können, ist die Befragung verschiedener Experten notwendig. Aufgabe des Forschers ist es, mit der gezielten Auswahl der Interviewpartner die relevanten Informationen über das

Forschungsfeld von verschiedenen Gesprächspartnern zusammenzutragen und später in ihrer Gesamtheit zu analysieren und zu bewerten. Diese Vorgehensweise wird auch als triangulieren bezeichnet.

In der vorliegenden Studie wurde mit den Patienten eine exemplarische Auswahl an Interviewpartnern getroffen, die die typischen Fälle von Nichtversicherung abdeckt. Die Auswahl der Experten verfolgte das Ziel, die subjektiven Sichtweisen der Betroffenen im Problemfeld objektivieren zu können und Informationen über die Rahmenbedingungen zur Versicherungssituation und Strukturen der medizinischen Versorgung einzuholen. Durch die unterschiedlichen Positionen der Experten innerhalb des Themenfeldes, ihre beruflichen Qualifikationen und Arbeitsbereiche, wurden mit der Auswahl der Interviewpartner die unterschiedlichen Sichtweisen der einzelnen Akteure berücksichtigt.

Dieses in der qualitativen Sozialforschung angewandte Vorgehen zur Auswahl und Begrenzung der Fälle wird in der Literatur auch als Sampling bezeichnet. Es beschreibt die Auswahl einer Untergruppe von Fällen, z. B. Personen, Gruppen oder Ereignissen, die in einer Studie untersucht werden sollen und für eine Population, Grundgesamtheit oder einen bestimmten Sachverhalt stehen. Gemeint ist damit nicht eine Repräsentativität in mathematisch-statistischem Sinne, wohl aber, dass die ausgewählten Fälle etwas repräsentieren, da sie für etwas stehen und gerade erst dadurch von wissenschaftlicher Bedeutung werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 174). Przyborski und Wohlrab-Sahr (2010) beschreiben verschiedene Formen des Samplings von denen in der vorliegenden Studie das Theoretical Sampling, das ursprünglich von Glaser und Strauss stammt, und das Snowball-Sampling kombiniert wurden. Beim Theoretical Sampling wird die Fallauswahl „nicht [...] gleich zu Beginn der Untersuchung festgelegt [...], sondern nach den theoretischen Gesichtspunkten, die sich im Verlauf der empirischen Analyse herauskristallisieren, erst nach und nach zusammengestellt [...]. Diesem Konzept zufolge wechseln sich die Auswahl erster Fälle aufgrund einer relativ offenen sozialwissenschaftlichen Fragestellung, Interpretation, erste Hypothesenbildung, erneute Fallauswahl und fortschreitende Theorieentwicklung ab.“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 177). Das Prinzip des Snowball-Samplings liegt darin, dass Kontakte zu neuen Interviewpartnern durch Empfehlungen

von bereits interviewten Personen entstehen. So entsteht Schritt für Schritt mehr Kontakt zum Feld. Dabei erlauben die Hinweise auf neue Ansprechpartner auch Rückschlüsse auf die Rollen der einzelnen Personen im Forschungsfeld zueinander. Dies fließt wiederum als Kriterium in die weitere Auswahl der Interviewpartner mit ein. Denn daran lässt sich beurteilen, welche Gesprächspartner noch notwendig sind, um die Informationen zum Forschungsgegenstand zu vervollständigen und die verschiedenen Sichtweisen in der Untersuchung zu berücksichtigen.

4.2.3 Der Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden ist ein Hilfsmittel, das die Interviews strukturiert und dem Interviewer ermöglicht, den Gesprächsverlauf zu lenken, gleichzeitig aber keinen festen und strikten Ablauf vorgibt. Der Leitfaden dient als Orientierungshilfe für den Interviewer und stellt sicher, dass alle wichtigen Fragen gestellt werden, ohne den Gesprächsverlauf komplett vorherzubestimmen. Bei richtiger, will heißen flexibler Anwendung gibt er auch dem Interviewten genug Freiraum, um ihm wichtige Themen anzusprechen und so eventuell neue Aspekte in die Untersuchung einzubringen, auch wenn diese vom Interviewer vorab nicht bedacht und nicht vorgesehen waren (Gläser & Laudel, 2010, S. 142ff.).

Um einen Interviewleitfaden zu erstellen, muss zuvor der Wissensstand aufgearbeitet und im Kontakt mit dem Forschungsfeld ein Studienkonzept entworfen werden. Sind die Leitfragen für die Untersuchung formuliert und die Fragestellung präzisiert, kann auf dieser Grundlage der Interviewleitfaden konstruiert werden. Er sollte alle wichtigen Themen des Untersuchungsgebietes enthalten und damit sicherstellen, dass mit den Fragen in jedem Interview alle Informationen erhoben werden, die für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtig sind.

Für diese Studie wurden insgesamt drei Leitfäden entwickelt. Für die Patienteninterviews waren zwei Leitfäden notwendig: einer für Patienten, die zum Zeitpunkt des Interviews ohne Krankenversicherung waren, der andere für Patienten, die in der Vergangenheit nicht versichert waren, aktuell aber über eine Krankenversicherung verfügten. Der dritte Leitfaden wurde für die Interviews mit Experten entwickelt. Zwei

dieser Leitfäden wurden mit jeweils vollständigem Fragenkatalog in den Anhang aufgenommen. Da sich die Leitfäden der Patienteninterviews nur darin unterscheiden, dass derjenige für retrospektive Fälle einige Fragen mehr enthält, findet sich nur dieser im Anhang. In Kapitel 4.3.2 wird näher erläutert, welche Bereiche im Einzelnen abgefragt wurden.

Als Ausdruck des zyklischen Forschungsprozesses findet im Laufe der Interviewphase eine Weiterentwicklung und Anpassung der Leitfäden statt, die Folge des sowohl inhaltlichen als auch methodischen Lerneffektes ist. Die Leitfäden werden zu Beginn jeweils auf Basis der Informationen aus vorangegangener Recherche entwickelt. Mit jedem Interview wird das vorhandene Wissen zum Forschungsfeld erweitert, da neue Informationen und Erfahrungen dazugewonnen werden, die dann wiederum in die folgenden Interviews einfließen. Gleichzeitig bewirkt der methodische Lerneffekt, dass mit jedem Interview mehr Sicherheit in der Anwendung von Experteninterviews allgemein gewonnen wird. Mit einer zunehmend flexibleren Verwendung des Leitfadens und wachsender Erfahrung in der Gesprächsführung können Formulierung und Reihenfolge der Fragen der jeweiligen Interviewsituation angepasst werden, so dass auch der Gesprächsfluss in den Interviews besser erhalten wird.

4.2.4 Transkription

Für eine kontrollierte und nachvollziehbare Bearbeitung des erhobenen Datenmaterials ist es notwendig, die auf Tonband aufgezeichneten Interviews zu transkribieren, damit das Material für die anschließende Auswertung in einheitlicher verschriftlichter Form vorliegt. Die verschiedenen Transkriptionsregeln und -systeme sollten an dieser Stelle je nach Forschungszusammenhang auf ihre Zweckmäßigkeit hinterfragt werden. Abhängig vom Ziel der Forschungsarbeit und der Auswertungsmethode ist eine mehr oder weniger detaillierte Transkription erforderlich.

Die qualitative Inhaltsanalyse verlangt keine genaue Dokumentation der nonverbalen Phänomene (Intonation, Modulation, dialektale Färbungen), Sprechpausen, Wort- oder Satzabbrüche, Lautstärke, Geschwindigkeit u.ä. Ebenso wenig müssen

Wortwiederholungen, Gleichzeitigsprechen oder Wiederholung des Gesagten durch den Interviewer zu Zwecken der Verständlichkeit festgehalten werden, sofern sie die inhaltliche Bedeutung des Gesagten nicht beeinflussen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 162–163).

Für die Zwecke der hier durchgeführten Studie war demnach eine weniger detaillierte Transkription der Interviews angebracht. So wurde ein weniger differenziertes und damit auch weniger aufwendiges Transkriptionssystem verwendet, bei dem auf eine für das Untersuchungsziel unnötige Detailtreue verzichtet wurde, zugunsten einer besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Aussagen im transkribierten Text.

Die folgenden Transkriptionsregeln wurden der Verschriftlichung zugrundegelegt (und finden sich so auch in den Interviewziten im Ergebnisteil):

(in Anlehnung an Gläser & Laudel, 2010, S. 193–194)

- Verwendung von Standardorthographie; nicht gesondert erfasst werden literarische Umschrift, Dialekte, Fehler in der Aussprache (v.a. bei den ausländischen Interviewpartnern); umgangssprachliche Äußerungen und (grammatikalisch) fehlerhaftes Deutsch werden im Wortlaut beibehalten
- nichtverbale Äußerungen (z.B. Lachen, Weinen, Räuspern, Husten, Stottern) werden nicht transkribiert, außer wenn die Bedeutung der Aussage durch sie verändert wird; sind sie von Bedeutung werden sie in Klammern notiert, z.B. „(Patient lacht)“
- gesprächsunterstützende Äußerungen (z.B. mhm, ja etc.) werden nicht transkribiert
- Wiederholungen des Gesagten durch die Interviewerin zu Zwecken der Verständlichkeit werden nicht transkribiert, außer wenn sie den Gesprächsverlauf beeinflussen
- Pausen und Unterbrechungen im Gespräch werden mit Auslassungspunkten „(...)“ oder durch gesonderte Hinweise vermerkt, z. B. „(Gesprächspause)“
- unverständliche Äußerungen (einzelne Wörter oder Textpassagen) werden mit Klammern gekennzeichnet, z.B. „()“ bei vollständig unverständlichem Wort bzw. „(Wort?)“, wenn nicht sicher ist, ob das Verstandene dem Gesagten entspricht

4.2.5 Die qualitative Inhaltsanalyse

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010, S. 197ff.) angewandt. Sie basiert auf dem Prinzip, dass dem Ausgangstext Informationen entnommen bzw. extrahiert werden, die als wichtig für die Beantwortung der Forschungsfrage erachtet werden, ihre Weiterverarbeitung aber getrennt vom Text erfolgt. Die qualitative Inhaltsanalyse findet Anwendung, wenn nicht der ursprüngliche Text selbst Untersuchungsgegenstand ist, sondern die in ihm enthaltene Information.

Das Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich in vier Hauptschritten darstellen:

1. Vorbereitung der Extraktion: Konstruktion des Kategoriensystems.
2. Extraktion: Rohdaten extrahieren, d.h. Durchsuchen des Textes nach relevanter Information mittels eines Suchrasters und Zuordnung der Informationen zu den Kategorien.
3. Aufbereitung: Extraktionsergebnisse aufbereiten, zwecks Reduktion des Materials.
4. Auswertung: Analyse und Interpretation der extrahierten Informationen.

Im ersten Schritt wird das Kategoriensystem entworfen, das als Suchraster für die spätere Extraktion dient. Es wird ausgehend von den theoretischen Vorüberlegungen konstruiert und bleibt während der Extraktion offen. Das heißt, es kann durch Veränderung bestehender Kategorien oder Hinzufügen neuer Kategorien angepasst werden, wenn im Text Informationen entdeckt werden, die relevant sind, aber nicht ins Kategoriensystem passen. Die beiden für diese Untersuchung konstruierten Kategoriensysteme wurden in den Anhang aufgenommen; eines für die Bearbeitung der Patienteninterviews, eines für die Experteninterviews.

Arbeitsgrundlage der folgenden Schritte ist der Text als Material in dem die Daten enthalten sind, die analysiert werden sollen. Nicht alle im Text enthaltenen Informationen sind jedoch relevant zur Beantwortung der Forschungsfrage. Sinn und Zweck des zweiten Arbeitsschrittes, der Extraktion, ist es deshalb, die Informationsfülle systematisch zu reduzieren. Dies wird erreicht, indem der Text gelesen und nach relevanter Information durchsucht wird. Inhaltlich wichtige Textstellen werden verbal

umformuliert, mit einer Quellenangabe versehen und in komprimierter Form den entsprechenden Kategorien des Kategoriensystems zugeordnet. Mit der Extraktion der Informationen aus der Datengrundlage beginnt bereits die Interpretation des Materials. Denn um zu entscheiden, ob der Text relevante Informationen enthält, muss er interpretiert werden. Auch die Zuordnung zu den Kategorien und die verbale Beschreibung der Informationen stellen eine Interpretation des Textes dar.

Die so gewonnenen Rohdaten werden im nächsten Arbeitsschritt aufbereitet. Dazu werden die extrahierten Daten auf Redundanzen und Widersprüche geprüft und nach für die Auswertung relevanten Kriterien sortiert. Die Quellenangabe zum Ursprungstext des extrahierten Materials wird immer mitgeführt, um alle Arbeitsschritte auch im Nachhinein nachvollziehen zu können und eventuell nochmal auf den Ursprungstext zurückzukommen. Die Aufbereitung dient zum einen der weiteren Zusammenfassung und damit Reduktion des Materials, zum anderen seiner Strukturierung, so dass als Resultat eine übersichtliche Informationsbasis entsteht. Diese Basis ist das Ausgangsmaterial für den letzten Arbeitsschritt. In der Auswertung werden die untersuchten Fälle rekonstruiert und nach den interessierenden Kausalmechanismen untersucht, um damit letztlich die Forschungsfrage zu beantworten. Für die Auswertung selbst gibt es kaum allgemeine Regeln zur Vorgehensweise, sondern eher Vorschläge und mögliche Strategien, wie mit dem Material gearbeitet werden kann. Vielmehr ist daher die Kreativität des Forschers gefragt, im konkreten Fall ein geeignetes Vorgehen für die Studiensituation zu finden, um Material und Ergebnisse zu interpretieren.

4.2.6 Patientenakten und ergänzende Gespräche zur Fallrekonstruktion

Neben den Interviews wurden auch informative Gespräche mit verschiedenen Experten geführt. Vereinzelt waren dies gezielte Nachfragen zu den interviewten Patienten, die an die betreuenden Mitarbeiter in den Hilfseinrichtungen gerichtet wurden, teils längere Gespräche über das Themenfeld, die der allgemeinen Recherche dienen. Die wichtigsten Punkte und Erkenntnisse wurden anhand von Gesprächsnotizen dokumentiert, die während der Gespräche oder unmittelbar im Anschluss angefertigt wurden. Außerdem wurden die Patientenakten der Interviewpartner

eingesehen und Notizen dazu angefertigt. Die Gespräche und die Einsicht der Patientenakten dienten der Vervollständigung und besseren Einordnung der Informationen aus den Interviews, da diese teilweise lückenhaft waren (z. B. in Bezug auf die Diagnosen und erfolgten Behandlungen der Patienten und ihrer Versicherungssituation) und in gewissem Maße immer auch die subjektive Wahrnehmung des jeweiligen Interviewpartners widerspiegelten.

Letztlich wurde also eine Kombination verschiedener Methoden zur Datenerhebung angewandt, wobei die Gespräche und Patientenakten lediglich als Ergänzung zu verstehen sind. Die entstandenen Notizen wurden zwar stellenweise für die Anfertigung der Ergebnisdarstellung herangezogen, so z. B. für die Fallrekonstruktionen und die Beurteilung der medizinischen Versorgung der nichtversicherten Patienten in den Hilfseinrichtungen, jedoch wurden nur die Interviews der methodischen Auswertung durch die qualitative Inhaltsanalyse unterzogen. Die Kombination der Methoden zur Datenerhebung und Recherche mittels Interviews, Gesprächen und Patientenakten erlaubte im Ergebnis eine umfassendere Rekonstruktion der Fälle und trug zum allgemeinen Erkenntnisgewinn bei.

4.3 Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse in ihrer praktischen Anwendung

In diesem Abschnitt werden das Studienkonzept und die konkrete Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -auswertung beschrieben. Dazu werden die Arbeitsschritte und ihre jeweiligen Ergebnisse im Detail erläutert, so dass die praktische Anwendung der Methoden auf das gewählte Forschungsfeld nachvollziehbar wird.

4.3.1 Exploration des Forschungsfeldes und Präzisierung des Forschungsinteresses

Der Kontakt zum Forschungsfeld erfolgte über Hilfseinrichtungen in Frankfurt am Main, die in der Beratung und Betreuung sozialer Randgruppen engagiert sind. Da Nichtversicherte auf ein Hilfsnetz medizinischer Versorgung angewiesen sind, das zum

Großteil aus ambulanten Hilfseinrichtungen besteht, bietet sich eben dort ein Ausgangspunkt für Recherchen und nachfolgende Studien. Hauptkontaktorte wurden zwei Einrichtungen der medizinischen Versorgung: die Elisabeth-Straßenambulanz des Caritasverbandes (ESA) und die Malteser Migranten Medizin (MMM). Beide Einrichtungen bieten einen niedrighschwelligem Zugang zu medizinischer Grundversorgung, wobei sie sich prinzipiell an unterschiedliche Zielgruppen wenden, nämlich Obdachlose resp. Migranten. Die Einrichtungen sind in Kapitel 2.5.2 näher beschrieben.

Die Erarbeitung des Studienkonzeptes und der Forschungsfrage erfolgte in Kontakt mit den Leitern dieser beiden Einrichtungen, Frau Dr. Goetzens bei der ESA und Herr Plieninger²¹ bei der MMM²². Das Forschungsinteresse galt von Beginn an denjenigen Personen, die von der regulären medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind. In Gesprächen mit den beiden Ärzten wurde deutlich, dass dies nicht nur, wie anfangs angenommen, Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus betrifft. Wie die Arbeit der Hilfseinrichtungen demonstriert, werden auch andere Personengruppen aus dem Regelsystem der medizinischen Versorgung ausgegrenzt. Die Patienten der beiden Einrichtungen zählen aufgrund von verschiedenen besonderen Lebensumständen und sozialen Schwierigkeiten zu gesellschaftlichen Randgruppen. Obwohl nicht alle Patienten Nichtversicherte sind, sondern teils auch aus anderen Gründen die Hilfseinrichtungen zur medizinischen Versorgung aufsuchen, kristallisierte sich als das gemeinsame und entscheidende Element das Fehlen der Krankenversicherung heraus, das vielen den Zugang zu Einrichtungen des Regelsystems versperrt. Besonders interessant erschien dies unter dem Aspekt, dass nach aktuell geltender Gesetzeslage niemand mehr ohne Krankenversicherung in Deutschland leben sollte (siehe Kapitel 2.4). Die Erfahrung und Arbeit der beiden Ärzte beweist jedoch, dass es sich bei Nichtversicherung weiterhin um ein real existierendes Problem handelt.

Aus diesen Beobachtungen entstanden die Fragen, warum es also trotz eindeutiger Gesetzeslage weiterhin Personen ohne Krankenversicherung gibt und ob die

²¹ Herr Plieninger war Leiter der MMM während der Interview- und Recherchephase. Im Jahr 2012 gab er die Leitung an einen Nachfolger ab.

²² Zur namentlichen Nennung der Kontaktpersonen siehe Hinweise zu Beginn des Kapitels 5.3.

Hilfseinrichtungen eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleisten können. Daraus wurden die Forschungsfragen nach den Gründen für das Entstehen von Nichtversicherung und den Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Betroffenen formuliert (siehe Kapitel 3). Das Forschungsinteresse wurde bewusst nicht in erster Linie auf die oft prekären und komplexen Lebensumstände der Hilfesuchenden in diesen oder ähnlichen Einrichtungen gerichtet (Wohnungslose, Armutsbevölkerung, Migranten mit und ohne geregelten Aufenthaltsstatus), da diese schon des Öfteren Forschungsgegenstand waren und immer wieder sind (siehe Kapitel 2.1 und 2.2). Stattdessen wurde der Fokus auf das Merkmal der Nichtversicherung, die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Nichtversichertseins und die Strukturen des medizinischen Hilfsnetzes gerichtet.

4.3.2 Planung und Vorbereitung der Interviewphase

Nach der Präzisierung des Forschungsinteresses besuchte ich über einen Zeitraum von circa einem Monat regelmäßig die Einrichtungen der ESA und MMM, führte Gespräche mit den Mitarbeitern und Patienten und nahm an den ärztlichen Sprechstunden teil. Daneben führte ich teils telefonisch, teils persönlich Gespräche mit Mitarbeitern ähnlicher Einrichtungen, die über Erfahrungen mit Menschen ohne Krankenversicherung verfügten und verschaffte mir mittels Literaturstudium einen Überblick zum Forschungsfeld. So war es möglich, mir ergänzend zu den Aussagen der befragten Personen ein genaueres und eigenes Bild der Situation zu machen. Gleichzeitig dienten die regelmäßigen Besuche der Hilfseinrichtungen dazu, Vertrauen zu den Mitarbeitern der Einrichtungen und den dort betreuten Patienten aufzubauen, was für das weitere Gelingen der Studie von entscheidender Bedeutung war, da das Datenmaterial zum Großteil aus persönlich geführten Interviews stammen sollte.

Grund für die Zusammenarbeit mit den Hilfseinrichtungen der Caritas und der Malteser war, da sich dort eine hohe Dichte an Nichtversicherten findet und durch das Umfeld eine gute Zugänglichkeit zu den Betroffenen gegeben ist. Als Vertrauenspersonen für die Patienten konnten mir die Mitarbeiter der Einrichtungen Kontakt zu ihnen vermitteln. In dem ihnen bereits bekannten und vertrauten Umfeld der

Hilfseinrichtungen zeigten die Patienten eine größere Bereitschaft, einer fremden Person in Interviews Auskunft über ihre Situation zu geben. Die Mitarbeiter waren damit zugleich vermittelnde Kontaktpersonen zu den Patienten sowie Experten im Thema Nichtversicherte und damit mögliche Interviewpartner für die später folgenden Experteninterviews.

Schließlich entwickelte ich auf Basis der erarbeiteten Informationen insgesamt drei Leitfäden für die Interviews: einen für Patienten, die aktuell ohne Krankenversicherung waren, einen für retrospektive Fälle, also Patienten, die in der Vergangenheit eine Zeit lang keine Krankenversicherung gehabt hatten, und einen für Experten, also Personen, die aufgrund ihres beruflichen Arbeitsfeldes über Erfahrung auf dem Gebiet der Nichtversicherung verfügten.

In den Interviewleitfäden für Patienten wurden folgende Bereiche aufgenommen: der genaue Versicherungsstatus, die Umstände des Versicherungsverlustes und gescheiterter bzw. erfolgreicher Versuche eines erneuten Versicherungsabschlusses, die Lebensumstände der Patienten (Herkunft, Wohnsituation, Arbeitssituation, soziales Netz etc.), mögliche Ansprüche auf Sozialleistungen, ihr Gesundheitszustand, ihre medizinische Versorgung und ihre Anbindung an soziale Einrichtungen und Behörden der Stadt Frankfurt. Außerdem wurden die Gesprächspartner am Ende der Interviews nach ihrer Meinung zum Problemfeld gefragt, d.h. inwiefern Nichtversichertsein als Problem zu sehen sei, ob es nach ihrer Einschätzung Handlungsbedarfs gebe und ob sie Lösungsvorschläge hätten. Der Interviewleitfaden für Experten enthielt Fragen zu ihrem Arbeitsfeld und der Einrichtung oder Institution in der sie tätig waren, zur Zusammenarbeit und Erfahrung mit anderen Akteuren im Bereich Nichtversicherung, zu ihren Erfahrungen mit Nichtversicherten und den ihnen bekannten Aspekten des Problemfeldes, zu ihnen bekannten Einflussfaktoren für das Zustandekommen und das Fortbestehen von Nichtversicherung, darunter auch die gesetzlichen Regelungen und Rahmenbedingungen, zum Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf von Nichtversicherten sowie den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung. Auch die Experten wurden am Ende des Gesprächs zur allgemeinen Einschätzung der Problemlage, dem Handlungsbedarf und Vorschlägen für Lösungsmöglichkeiten befragt.

Zur Auswahl der Interviewpartner für die Patienteninterviews wurde in Absprache mit den Leitern der Einrichtungen der ESA und der MMM eine Liste mit typischen Fällen von Nichtversicherten als Richtlinie erstellt. Ziel war es, die große Bandbreite der Fälle von Nichtversicherung abzubilden und nach Möglichkeit mit jedem Interview neue Aspekte in die Untersuchung aufzunehmen. Demnach zählten zu den Auswahlkriterien die verschiedenen (ehemaligen) Versicherungsverhältnisse der Patienten, die unterschiedlichen Gründe für den Verlust der Krankenversicherung und Hindernisse für das Wiedererlangen einer Krankenversicherung, ihre unterschiedlichen Lebensumstände und evtl. zusätzliche besondere Schwierigkeiten sowie ihr Gesundheitszustand und vorangegangene Behandlungen während der Nichtversicherung. Eine vollständige vorherige Festlegung der Interviewpartner wäre nicht möglich gewesen, da die Erreichbarkeit und Kooperation der Betroffenen nicht garantiert werden konnte, so dass die Auswahl nach Erscheinen der Patienten in den Einrichtungen erfolgte. Dazu hielt ich mich während der gesamten Interviewphase täglich zu den Sprechstundenzeiten in den Einrichtungen auf. Erschien ein Patient zur Sprechstunde, der die Auswahlkriterien erfüllte, wurde er von den Mitarbeitern der Einrichtung über die Studie informiert und gefragt, ob er zu einem Interview bereit sei. War dies der Fall, so wurde direkt im Anschluss an die medizinische Behandlung das Interview geführt, wofür ein separater Raum zur Verfügung stand, damit das Interview in ungestörter Atmosphäre stattfinden konnte. In einzelnen Fällen war es möglich, in Absprache mit dem Patienten einen Interviewtermin für einen anderen Tag zu vereinbaren.

Für die Experteninterviews wurde ebenfalls gemeinsam mit Frau Dr. Goetzens und Herrn Plieninger eine Liste mit möglichen und sinnvollen Interviewpartnern erarbeitet, die im Verlauf der Interviewphase erweitert wurde. Auswahlkriterien waren neben der Verfügbarkeit und Gesprächsbereitschaft in erster Linie eine ausreichende Erfahrung in der Arbeit mit Patienten ohne Krankenversicherung, d. h. eine regelmäßige Konfrontation mit der Problematik über längeren Zeitraum, mindestens schon einige Monate oder Jahre. Außerdem verfolgte die Auswahl der Experten das Ziel, die unterschiedlichen Arbeitsfelder abzudecken, in denen Berührungspunkte mit Nichtversicherten bestehen (Hilfseinrichtungen, Krankenhäuser, Behörden), um dadurch unterschiedliche Sichtweisen zum Problemfeld und den betroffenen Personen

einzu beziehen. Ein weiteres Kriterium waren zusätzliche Kenntnisse zur rechtlichen Situation des Nichtversichertseins und den gesetzlichen Rahmenbedingungen, um von diesem Wissen in den Interviews profitieren zu können. Der Kontakt zu den Experten wurde direkt in den Einrichtungen hergestellt, sofern sie dort Mitarbeiter waren. War dies nicht der Fall, erfolgte eine Kontaktaufnahme per E-Mail, worin das Anliegen und die Studie erklärt wurden. Dabei war es sehr hilfreich, die Empfehlung einer Kontaktperson erwähnen zu können, meist Dr. Goetzens oder Herrn Plieninger, was der Anfrage ein größeres Gewicht verlieh und ähnlich wie in der Kontaktvermittlung zu den Patienten Vertrauen schaffte. Reagierten die angefragten Personen mit Interesse auf das Thema, wurde meistens ein Termin für ein Vorgespräch zur genaueren Erläuterung der Interviews vereinbart. Dieses fand entweder telefonisch oder persönlich statt. In manchen Fällen war ein solches Gespräch nicht notwendig, so dass direkt ein Termin für ein Interview festgelegt wurde. Weitere Kontakte kamen durch Empfehlungen von bisherigen Interviewpartnern zustande oder wurden von Personen vermittelt, die als Gesprächspartner angefragt wurden, aber Kollegen oder Mitarbeiter anderer Einrichtungen oder Abteilungen für besser geeignet hielten. Die Interviews fanden jeweils in den Arbeitsräumen der Experten statt, nach Möglichkeit ungestört in einem separaten Raum. In zwei Fällen wurde das Zuhause der Interviewpartner als geeigneter Ort gewählt.

4.3.3 Datenerhebung

Die gesamte Interviewphase dauerte von Mai bis August 2011 und teilte sich in zwei Abschnitte. Zunächst wurden die Patienteninterviews durchgeführt, nach deren Abschluss die Experteninterviews. Beide Teile nahmen jeweils rund sechs Wochen in Anspruch. An den einzelnen Tagen wurden maximal drei Interviews geführt, an manchen Tagen keines.

Vor Beginn eines jeden Interviews erfolgte, angepasst an Bedarf und Wunsch der Interviewpartner, eine kurze Vorstellung meiner Person, eine Erläuterung der Studie und der Forschungsfrage, sowie eine Aufklärung über den Ablauf des Interviews. Allen Interviewpartnern wurde Anonymität zugesichert. Die Patienten blieben alle anonym,

den Experten wurde dies freigestellt. Im Fall der Patienten erfolgte eine schriftliche Dokumentation des Einverständnisses zum Interview und zur Schweigepflichtentbindung der sie betreuenden Personen in den Einrichtungen. Bei den Experten genügte die eindeutige mündliche Einverständniserklärung vor Beginn der Interviews. Dieses Vorgehen wurde vorab mit dem Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Frankfurt am Main besprochen.

Die Interviews wurden, mit einer Ausnahme, alle auf Tonband aufgezeichnet, durch handschriftliche Notizen während des Interviews und im direkten Anschluss daran ergänzt, bereits anonymisiert abgespeichert und nachfolgend transkribiert. In besagtem Fall war der Patient zwar mit dem Interview einverstanden, lehnte jedoch eine Tonbandaufzeichnung ab, so dass stattdessen eine möglichst genaue Mitschrift per Hand erfolgte. Alle Interviews wurden von mir persönlich geführt, die Transkription erfolgte durch eine Hilfsperson. Um Vollständigkeit und Richtigkeit der anonymisierten Transkripte zu gewährleisten, führte ich im Anschluss eine Korrektur durch. Bis auf ein Interview, das in englischer Sprache gehalten wurde, fanden alle Gespräche auf Deutsch statt. In einem Fall erfolgte das Interview aufgrund der geringen Deutschkenntnisse des Patienten mithilfe eines Dolmetschers.

Zur Erprobung des Leitfadens und zur Übung der praktischen Durchführung der Interviews wurden die ersten beiden Patienteninterviews als Testdurchlauf angesetzt. Da das Ergebnis zufriedenstellend ausfiel, wurden die Interviews in die Auswertung miteinbezogen. Die Leitfäden wurden im Anschluss um ein paar Fragen ergänzt. Die Handhabung des Leitfadens wurde im Verlauf der Interviewphase stetig flexibler und offener, je mehr Übung und Vertrautheit einerseits mit der Interviewsituation und Gesprächsführung erreicht wurde, andererseits mit den Fragen selbst. Bei den späteren Interviews diente der Leitfaden daher nur noch als grobe Orientierung für den Gesprächsverlauf und zur Überprüfung, ob alle Fragen gestellt wurden. Ebenso war bei jedem Interviewpartner eine individuelle Anpassung der Fragen notwendig, da aufgrund der unterschiedlichen Lebensumstände und Umstände des Nichtversichertseins bei den Patienten und der unterschiedlichen Arbeitsbereiche bei den Experten nicht alle Fragen gleichermaßen Sinn ergaben. Außerdem stand es den Interviewpartnern frei, Fragen nicht zu beantworten, falls sie das nicht wollten oder konnten,

wenn sie nicht über das entsprechende Wissen verfügten. So wurde der Leitfaden nach individueller Einschätzung der jeweiligen Gesprächssituation angepasst und gegebenenfalls um sinnvolle Fragen erweitert.

Die Zahl der Interviewpartner und damit das Ende der Interviewphase wurden nicht vorab festgelegt, sondern ergaben sich im Verlauf der Interviewphase. Beide Interviewblocks wurden beendet, als alle notwendigen Informationen erhoben waren, um die Forschungsfrage beantworten zu können. Das heißt, eine ausreichende Anzahl an Interviews war in dem Moment erreicht, als alle typischen und zugänglichen Fälle von Nichtversicherten in Patienteninterviews erfasst waren und eine möglichst umfassende Ergänzung der erhobenen Daten durch Wissen und Informationen aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Experten gegeben war. So begannen sich mit Fortschreiten der Interviewphase die Aussagen teilweise mit denen aus vorherigen Interviews zu überschneiden. Durch eine größere Anzahl an Interviews hätte demnach nicht relevant mehr Wissen generiert werden können, so dass gewissermaßen eine Sättigung im Erkenntnisgewinn erreicht war und die Interviewphase beendet werden konnte.

Mit Sicherheit hätte es auch noch mehr interessante Interviewpartner mit neuen Aspekten gegeben, die in den Vorüberlegungen nicht bedacht wurden. Jedoch wäre es ohnehin unmöglich gewesen, alle möglichen Teilaspekte und denkbaren Fälle zu erfassen. Letztlich spielte auch die begrenzte Erreichbarkeit von möglichen weiteren Interviewpartnern eine gewisse Rolle. Insgesamt zeigte sich bei der Suche nach Interviewpartnern zwar eine hohe Bereitschaft zur Mitwirkung, in einzelnen Fällen war dies jedoch auch nicht gegeben. So war es leider nicht möglich, einen Mitarbeiter einer Krankenkasse als Gesprächspartner für ein Interview zu gewinnen. Die angefragten Personen zeigten keine Gesprächsbereitschaft oder gaben an, nicht für Nichtversicherte zuständig zu sein.

Ergebnis der Datenerhebung waren 25 Patienteninterviews, davon 5 retrospektive Fälle und 21 Experteninterviews. Eines der Experteninterviews wurde auf Wunsch der Experten als Gruppeninterview mit mehreren Interviewpartnern geführt. Die Länge der Interviews variierte zwischen 17 Minuten und 1 Stunde 19 Minuten bei den

Patienteninterviews, bei den Experteninterviews zwischen 41 Minuten und 2 Stunden 45 Minuten. Unter den Experten fanden sich Mitglieder der folgenden Arbeitsfelder: Mitarbeiter in Hilfseinrichtungen, Mitarbeiter des Sozialdienstes im Krankenhaus und der Krankenhausverwaltung, Mitarbeiter des Gesundheitsamtes sowie je eines Sozialamtes und Jobcenters in Frankfurt am Main. Darunter waren die Berufsgruppen der Ärzte und Sozialarbeiter am meisten vertreten. Ärzte wurden als Mitarbeiter in medizinischen Hilfseinrichtungen oder Mitarbeiter des Gesundheitsamtes interviewt. Krankenhausärzte wurden bewusst nicht als Interviewpartner ausgewählt, da sie weniger mit der Problematik der Nichtversicherung in Kontakt kommen. Stattdessen wurden die Interviews mit Mitarbeitern des Sozialdienstes oder der Krankenhausverwaltung geführt, da sie diejenigen sind, die sich im Krankenhausbetrieb mit der Problematik der nichtversicherten Patienten befassen. Niedergelassene Ärzte wurden (mit einer Ausnahme) aus ähnlichen Gründen wie Krankenhausärzte nicht ausgewählt, da sie in der Regel nicht so häufig Kontakt zu Nichtversicherten haben. Der einzige interviewte niedergelassene Arzt war Teil des Ärztenetzwerkes einer der Einrichtungen.

Um die mündlichen Angaben der Patienten zu ihrer jeweiligen Situation zu ergänzen, zu überprüfen und den Verlauf ihrer Versicherungssituation zu beobachten, wurden sechs Monate nach der Interviewphase zusätzlich die zugehörigen Patientenakten in den Einrichtungen durchgesehen und die für die Kasuistik-Analyse relevanten Informationen notiert. Ebenso wurden vor, während und nach der Interviewphase zusätzliche informative Gespräche mit Experten und Mitarbeitern der Einrichtungen geführt, die der allgemeinen Recherche und der Ergänzung der erhobenen Daten dienen.

4.3.4 Datenauswertung

Ausgangsmaterial für die Datenauswertung waren die transkribierten Interviews in Papierform. Aufgrund persönlicher Vorlieben fiel die Entscheidung, die Auswertung mit Stift und Papier durchzuführen anstatt mithilfe eines Computerprogrammes.

Im ersten Schritt wurde ein Kategoriensystem als Suchraster zur nachfolgenden Extraktion des Datenmaterials angelegt. Für die Patienteninterviews bestand dies aus 12, für die Experteninterviews aus 10 Kategorien. Die Kategorien wurden aus den theoretischen Vorüberlegungen und den im Verlauf der Untersuchung gewonnenen Erkenntnissen konstruiert und waren angelehnt an die Themenbereiche der Interviewleitfäden. Jede Kategorie enthielt mehrere Dimensionen, darunter eine Sachdimension, eine Zeitdimension und eine Kausaldimension. Die Sachdimension war wiederum unterteilt, so dass darin Informationen zu den Merkmalsausprägungen verschiedener zu untersuchender Faktoren eingeordnet werden konnten. In die Kausaldimension wurden Informationen zu Ursache und Wirkung eingeordnet, also auch Informationen über Beziehungen und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien. So gab es zu den Patienteninterviews beispielsweise eine Kategorie zu den Gründen für den Verlust der Krankenversicherung. Das Ereignis und die Umstände, die unmittelbar zum Verlust der Krankenversicherung führten wurden in die Sachdimension eingeordnet, der Zeitpunkt des Versicherungsverlustes in die Zeitdimension und vorausgehende bzw. daraus folgende Ereignisse und Zusammenhänge, die in kausaler Beziehung zu dem Verlust der Krankenversicherung standen, wurden in die Kausaldimension aufgenommen. Pro Kategorie wurde eine Extraktionstabelle mit den jeweiligen Sach-, Zeit- und Kausaldimensionen angelegt und für jedes Interview eine eigene Word-Datei mit den entsprechenden 10 bzw. 12 Extraktionstabellen.

Im nächsten Schritt wurden nacheinander alle Interviews nach relevanter Information durchsucht. Dazu wurden in einem ersten Materialdurchlauf die wichtigen Textstellen markiert und in einem zweiten Durchlauf die enthaltene Information zusammengefasst und den passenden Kategorien zugeordnet, d.h. als umformulierter Text meist stichpunktartig in den Extraktionstabellen notiert. Jeder extrahierte Absatz wurde mit einer Quellenangabe versehen, bestehend aus dem Kennnamen des Interviews und einer fortlaufenden Nummer, um jederzeit den Ursprungstext wiederfinden zu können, evtl. Ergänzungen oder Korrekturen vorzunehmen und alle Schritte der Extraktion nachvollziehbar zu machen. Am Ende wurden die so gewonnenen Daten aufbereitet. Das heißt, bedeutungsgleiche und verstreute Informationen wurden weiter zusammengefasst, um Redundanzen zu beseitigen, Fehler und Widersprüche

wurden geprüft und evtl. korrigiert und das Material wurde nach inhaltlichen Gesichtspunkten sortiert, um die Übersichtlichkeit zu verbessern. Dabei wurde die Trennung der einzelnen Interviews beibehalten, um die dokumentierten Fälle von Nichtversicherung jeweils für sich betrachten zu können und die unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Experten im Weiteren zu berücksichtigen. Um die ursprünglichen Extraktionstabellen nicht zu verändern und alle Schritte der Datenauswertung später nachvollziehen zu können, wurde dabei mit Kopien der Tabellen gearbeitet. Das zunächst sehr umfangreiche Rohmaterial aus der Extraktion konnte so auf einen überschaubaren Umfang reduziert werden und stand letztlich in strukturierter und übersichtlicher Form für die weitere Analyse zur Verfügung. Das Endergebnis der Extraktion waren für die Patienteninterviews 25 Extraktionsdateien mit je 12 Extraktionstabellen, für die Experteninterviews 21 Extraktionsdateien mit je 10 Extraktionstabellen. Diese Dateien bildeten das Ausgangsmaterial und die Informationsbasis für die anschließende Auswertung.

Für die Auswertung im engeren Sinne wurden die in den Patienteninterviews erfassten Fälle von Nichtversicherung rekonstruiert, mit Informationen aus den Experteninterviews ergänzt und auf Kausalmechanismen hin untersucht. Anhand der Aussagen in den Experteninterviews ließen sich außerdem einige zusätzliche Fälle von Nichtversicherung rekonstruieren, die nicht in Patienteninterviews erfasst wurden. Laut Gläser und Laudel (2010) bedeutet Kausalmechanismen identifizieren „die Sequenzen von kausal miteinander verbundenen Ereignissen, die unter bestimmten Bedingungen wahrscheinlich auftreten und von spezifischen Ausgangsbedingungen zu spezifischen Ergebnissen führen, zu identifizieren“ (S. 247). Dabei sind drei verschiedene Abstraktionsebenen zu berücksichtigen. Auf erster Ebene werden die in den Interviews direkt berichteten Kausalitäten erfasst, die als subjektive Ansichten und Theorien der Interviewpartner jeweils einer individuellen Perspektive unterliegen, dementsprechend überprüft und unter dem Aspekt der möglichen individuellen Verzerrung der Tatsachen bewertet werden müssen. Auf zweiter Ebene finden sich die Kausalitäten, die sich jeweils aus der Rekonstruktion der einzelnen Fälle ergeben. Auf dritter Ebene schließlich werden die Mechanismen innerhalb der Klassen oder Typen von Fällen betrachtet, in denen sich die Einzelfälle zusammenfassen lassen. Dabei

müssen auf dieser Ebene sowohl Unterschiede zwischen den Verläufen einzelner Fälle als auch gleiche Verläufe durch variierende Bedingungen erklärbar sein (Gläser & Laudel, 2010, S. 247–248). Angewandt auf die vorliegende Fragestellung bedeutete dies, die Ursachen für das Zustandekommen von Nichtversicherung zu analysieren und in einer vergleichenden Analyse die Patientenfälle auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin zu untersuchen. Das Interesse galt bei der Auswertung des Interviewmaterials demnach zunächst den Faktoren und Umständen, die in den einzelnen Fällen den Verlust der Krankenversicherung bewirkten. Im nächsten Schritt wurde das Material daraufhin analysiert, ob es in den einzelnen Fällen unterschiedliche Faktoren gab, die die gleiche Wirkung hatten, nämlich den Verlust der Krankenversicherung, oder auch gleiche Umstände eine unterschiedliche Wirkung. Im Fallvergleich konnten letztlich die entscheidenden Einflussfaktoren und Mechanismen für das Zustandekommen und Fortbestehen von Nichtversicherung identifiziert werden. Als zweiter Aspekt des Forschungsinteresses neben den Fallrekonstruktionen wurde der Zugang der Nichtversicherten zu den medizinischen Versorgungsstrukturen untersucht. Dazu wurden sowohl die Aussagen der Patienten zu ihrer jeweils eigenen Gesundheits- und Versorgungssituation als auch die Aussagen der Experten herangezogen, die die Versorgungssituation allgemein und anhand von Patientenbeispielen aus ihrem Arbeitsbereich beschrieben. Daraus wurden die konkreten Hindernisse bei den Zugangswegen zu medizinischer Versorgung identifiziert und die aus dieser Situation entstandenen alternativen Versorgungsmöglichkeiten und Versorgungslücken für Patienten ohne Krankenversicherung betrachtet. Auch hier wurde in einem Fallvergleich der Frage nachgegangen, ob sich das Nichtversichertsein bei den einzelnen Fällen unterschiedlich auf die Versorgungssituation auswirkte. Während der gesamten Analyse des Materials muss als Besonderheit des Forschungsgegenstandes berücksichtigt werden, dass sich soziale Prozesse in ihrer Komplexität nicht ohne weiteres auf einzelne Faktoren reduzieren lassen. So stellte sich auch das Nichtversichertsein als Ergebnis eines Problemkomplexes dar, dessen einzelne Faktoren es zu identifizieren und zu bewerten galt.

Die Interpretation der Ergebnisse als letzter Schritt der Auswertung lässt sich in der Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nicht gänzlich von den vorhergehenden

Schritten trennen. Schon die Extraktion der Informationen aus den Interviews ist nur unter Interpretation des Materials möglich, da die Aussagen der Interviewpartner im Kontext interpretiert werden müssen und entschieden werden muss, welche Informationen für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Ebenso wenig kann eine Rekonstruktion der Fälle und Analyse der Kausalmechanismen erfolgen, ohne das Material weiter zu interpretieren. Wie bereits erwähnt ist dies jedoch nicht als unsauberes Arbeiten zu sehen, sondern liegt im natürlichen Forschungsprozess der qualitativen Inhaltsanalyse begründet.

Um schließlich als Ergebnis der Auswertung die Forschungsfrage beantworten zu können, müssen die aus dem empirischen Material gewonnenen Ergebnisse in den theoretischen Kontext eingeordnet werden, der aus der vorhergehenden Recherche stammt. So wurden auch die hier erarbeiteten Studienergebnisse (siehe Kapitel 5) vor dem theoretischen Hintergrund (siehe Kapitel 2) betrachtet und bewertet. Dadurch konnten die erarbeiteten Kausalmechanismen weiterentwickelt werden, um schließlich allgemeine Aussagen über die Bedingungen für das Auftreten von Nichtversicherung und die Versorgungssituation der Nichtversicherten zu treffen (siehe Kapitel 6).

5 Studienergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse des in Kapitel 4 beschriebenen Forschungsprozesses dargestellt. Nach einer kurzen Einführung über die Darstellungsproblematik bei Ergebnissen aus rekonstruierenden Untersuchungen folgt eine Zusammenfassung der 25 Patienteninterviews in Form von stichpunktartigen Fallrekonstruktionen, dann eine tabellarische Übersicht der Kernaussagen aus den 21 Experteninterviews. Daran schließen sich fünf Unterkapitel an, in denen die für die Fragestellung wesentlichen Ergebnisse behandelt werden. Anhand typischer Fälle von Nichtversicherung, abgeleitet aus den Interviews, werden zuerst die Grundsituationen und die darauf basierenden Kausalmechanismen für das Zustandekommen und Fortbestehen von Nichtversicherung dargelegt. Anschließend wird erläutert, wie die Strukturen des Regelsystems und die vorgegebenen Rahmenbedingungen an der Entstehung von Nichtversicherung beteiligt sind. In einem kurzen Unterkapitel wird anhand von retrospektiven Patientenfällen auf die Faktoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Versicherungssystem eingegangen. Darauf folgt eine Erläuterung der Expertenaussagen zur Größenordnung von Nichtversicherung. Inhalt des letzten Unterkapitels ist die medizinische Versorgung Nichtversicherter, die im zweiten Teil der Fragestellung thematisiert ist. Dazu wird auf die Situation in Frankfurt am Main mit den dortigen Möglichkeiten und Grenzen eingegangen, auf den Versorgungsbedarf sowie auf Schwierigkeiten in der Praxis der medizinischen Versorgung. Es werden die konkreten Abläufe des Eingliederungsprozesses in die Regelsysteme der Sozialleistungen und Krankenversicherung geschildert, welche Hindernisse sich dabei aus Sicht der versorgenden Einrichtungen ergeben und wo Probleme bei der Umsetzung der Gesetzesvorgaben entstehen. Dabei werden auch die Konflikte zwischen den einzelnen Akteuren beleuchtet, die aus der unterschiedlichen Sichtweise auf die Problematik der Nichtversicherung entstehen. Als Gesamtheit bilden die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse die Diskussionsgrundlage für die Beantwortung der Forschungsfrage im darauffolgenden Kapitel 6.

Da das gewählte Dissertationsthema aus einem politisch und gesellschaftlich aktuellen Themenfeld stammt, ist es stetigen Veränderungen unterworfen. In dem Zeitraum

zwischen Durchführung der Interviewphase und Fertigstellung der Dissertationsschrift fanden daher einige Gesetzesänderungen die Situation der Nichtversicherten betreffend statt. Ebenso gab es leichte Veränderungen in der lokalen Versorgungsstruktur für Patienten ohne Krankenversicherung in Frankfurt am Main. Damit stellte sich die Frage, wie diese Änderungen auf Basis des vorhandenen empirischen Materials in die Untersuchung einbezogen werden können. Die Entscheidung fiel dafür, in diesem Kapitel die Studienergebnisse darzustellen, die den Status quo zum Zeitpunkt der Interviewphase wiedergeben, dabei aber an den entsprechenden Textstellen auf wesentliche Änderungen hinzuweisen und diese in der Darstellung der strukturellen Hindernisse in Kapitel 5.5 zu berücksichtigen. In der Erklärung der theoretischen Grundlagen in Kapitel 2 wurden die relevanten Neuerungen ebenso einbezogen und ihr zeitlicher Zusammenhang ersichtlich gemacht. Im Rahmen der Ergebnisdiskussion in Kapitel 6 wird schließlich auf die Bedeutung der geänderten Rahmenbedingungen für die Studienergebnisse und die Problematik der Nichtversicherung eingegangen.

5.1 Darstellungsproblematik bei Ergebnissen aus rekonstruierenden Untersuchungen

Der in quantitativen Studien angestrebte Idealfall, dem Leser das gesamte erhobene empirische Material zugänglich zu machen und ihm damit zu ermöglichen, alle Auswertungs- und Interpretationsschritte im Einzelnen nachzuvollziehen und eventuell eigene Schlussfolgerungen daraus abzuleiten, kann und muss in Forschungsarbeiten mit qualitativen Untersuchungsmethoden nicht erreicht werden. Zum einen ist das in qualitativen Studien erhobene empirische Material dazu zu umfangreich, zum anderen lässt der zyklische Forschungsprozess eine klare Trennung zwischen Darstellung des Materials und dessen Interpretation nicht zu. Die daraus resultierende Darstellungsproblematik von Ergebnissen aus rekonstruierenden Untersuchungen und mögliche Lösungen werden auch in der Methodenliteratur diskutiert (Vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr, 2010, S. 353–354 und Gläser/Laudel, 2010, S. 272–275). Eine allgemeingültige Antwort wird dabei allerdings nicht gefunden. Vielmehr ist die Quintessenz, dass, je nach verwandter Methode und Form des Materials, eine individuelle Lösung für die

Ergebnisdarstellung erarbeitet werden muss, die dem Gütekriterium der intersubjektiven Überprüfbarkeit der empirischen Erkenntnisse gerecht wird.

Eben diese Situation ergibt sich auch in der hier vorliegenden Forschungsarbeit. Die Datengrundlage besteht aus den Tonbandaufnahmen der insgesamt 46 Interviews. Schon die Transkripte sind eine Verarbeitungsform dieses Ursprungsmaterials und – insgesamt über tausend Seiten umfassend – schlichtweg zu umfangreich, um komplett in die Darstellung der Ergebnisse aufgenommen zu werden. Bei den Extraktionstabellen, die aus der Bearbeitung der Transkripte entstanden sind, handelt es sich schließlich nicht mehr um das ursprünglich erhobene Rohmaterial, sondern um eine bereits interpretierte und weiterverarbeitete Form, die jedoch noch immer einige hundert Seiten umfasst. Um dem Leser dennoch einen Einblick in das empirische Material zu geben, bevor es weiterer Interpretation unterzogen wird, finden sich in diesem Kapitel die Fallrekonstruktionen aus den Patienteninterviews und eine Zusammenfassung der Kernaussagen aus den Experteninterviews als kondensierte Form der erhobenen Daten. Das Material aus den Interviews wird dafür zunächst noch getrennt nach den zwei Gruppen der Patienten und Experten dargestellt, im Fall der Patienten auch getrennt nach Interviews. Die Informationen aus den Experteninterviews werden, zwecks der Übersichtlichkeit und im Hinblick auf die Fragestellung, bereits weiter zusammengefasst und in drei nach Arbeitsfeldern unterteilten Expertengruppen wiedergegeben. Um direkten Bezug zum empirischen Material herzustellen, werden Zitate aus relevanten Transkriptausschnitten in die Darstellung der Ergebnisse eingebracht. Zusammen mit der Beschreibung der angewandten Methode in Kapitel 4, den Interviewleitfäden, sowie dem Gerüst der Extraktionstabellen, die in den Anhang aufgenommen wurden, sollte damit die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Auswertungsschritte ausreichend gewährleistet sein.

Darüber hinaus zeigte sich aufgrund der Komplexität der betrachteten Problematik die Schwierigkeit, die Ergebnisse in einer übersichtlichen und verständlichen Art und Weise wiederzugeben. Nicht nur, dass die Arbeitsschritte aus Ergebnisdarstellung und -interpretation im Sinne des zyklischen Forschungsprozesses fließend ineinander übergehen. Sondern auch die zahlreichen Überschneidungen und Wechselwirkungen

bei den Kausalmechanismen der Entstehung von Nichtversicherung erschweren eine getrennte Darstellung der einzelnen Faktoren, da zum Verständnis eines bestimmten Einflussfaktors oft die Erläuterung eines anderen Faktors Voraussetzung ist. Um die zugrundeliegenden Kausalmechanismen mit ihren einzelnen Komponenten nachvollziehbar zu machen, ist eine Trennung der einzelnen Faktoren voneinander dennoch notwendig. In den Kapiteln 5.4 und 5.5 werden deshalb die komplexen Zusammenhänge zunächst aufgetrennt, bevor sie in der Ergebnisdiskussion in Kapitel 6 erneut zu einem Gesamtbild zusammengesetzt werden. Hierfür wurden verschiedene Grundsituationen aus den Patientenfällen abgeleitet, auf deren Basis typische Fallkonstellationen von Nichtversicherung dargelegt und die darin enthaltenen kausalen Zusammenhänge betrachtet werden. Getrennt davon werden die strukturellen Rahmenbedingungen analysiert, die sich aus den gesetzlichen Vorgaben und der Struktur des Regelsystems ableiten. Sie stehen mit den Grundsituationen von Nichtversicherung in engem Zusammenhang und bilden doch eine separate Komponente im Problemkomplex. Da das eine ohne das andere jedoch nur eingeschränkt verständlich ist, muss mit manchen Erklärungen vorgegriffen werden. Dadurch lassen sich Redundanzen in der Darstellung und Erläuterung der Ergebnisse nicht gänzlich vermeiden. Nichtsdestotrotz wird die gewählte Unterteilung der Ergebnisse als die sinnvollste Lösung gesehen, da sie mehr als andere einen Überblick über die verschiedenen Einflusskomponenten ermöglicht.

5.2 Fallrekonstruktionen der Patienteninterviews

Im Folgenden werden die 25 in den Patienteninterviews erfassten Fälle von Nichtversicherung stichpunktartig mit ihren zentralen und für die Fragestellung wichtigen Aspekten in Form von Fallrekonstruktionen aufgeführt. Die Fälle werden zwecks Strukturierung des Materials und besserer Übersichtlichkeit in thematische Gruppen geordnet. Die Fälle der Nichtversicherten werden sortiert nach Herkunft der Interviewpartner (Deutsche, EU-Migranten, Nicht-EU-Migranten) in drei Gruppen aufgeteilt. Die retrospektiven Fälle finden sich gesammelt in einer vierten Gruppe.

Jeder Fallrekonstruktion ist eine Angabe zu den jeweiligen Kapiteln angefügt, in denen der komplette Patientenfall oder wesentliche Teilaspekte daraus geschildert werden.

Damit soll es dem interessierten Leser erleichtert werden, die stichpunktartigen Angaben mit den späteren Ausführungen in Verbindung zu setzen.

Bei der Darstellung wird darauf Rücksicht genommen, die Anonymität der befragten Personen zu wahren. Auf detaillierte Informationen, die Rückschlüsse auf die Personen erlauben würden, wird deshalb verzichtet. Eine Unterscheidung der männlichen und weiblichen Interviewpartner wurde jedoch beibehalten und ist in der Bezeichnung „Patient“ bzw. „Patientin“ ersichtlich. Die Nummerierung der Patienten ist demzufolge nicht als Degradierung der Personen zu verstehen, sondern bildet vielmehr ein Mittel zum Schutz ihrer Identität.

Die Herkunft ist weder der einzige noch der ausschlaggebende Faktor, dem im Zusammenhang mit Nichtversicherung Bedeutung zukommt. Doch stellt sie ein eindeutiges, sprich unveränderliches Merkmal dar, während die anderen Merkmale Veränderungen unterworfen sind und aufgrund von Überschneidungen eine klare Trennung schwer fällt. Die Herkunft erlaubt stattdessen eine eindeutige Unterteilung in Gruppen und erweist sich deshalb an dieser Stelle als zweckmäßig.

Auf eine weitere Gruppierung der Patienten nach verschiedenen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Erwerbsleben oder ähnlichem, wie diese beispielsweise im Mikrozensus vorgenommen wird, wird bewusst verzichtet. Einerseits stellen sie für die vorliegende Untersuchung kein vorrangiges Kriterium bei der Auswahl der Interviewpartner dar. Andererseits können aufgrund der geringen Fallzahl keine repräsentativen Aussagen zur Alters- und Geschlechterverteilung oder der Häufigkeit von Nichtversicherung in den verschiedenen Berufs- und Erwerbsgruppen getroffen werden, so dass eine solche Auflistung irreführend wäre. Die Unterteilung nach Herkunft darf deshalb auch nicht als eine Gewichtung der verschiedenen Herkunftsregionen oder als ein Hinweis auf die Häufigkeit von deutschen und nichtdeutschen Staatsbürgern unter den Nichtversicherten verstanden werden. Auch die Tatsache, dass sich unter den interviewten Patienten nur drei weibliche Interviewpartnerinnen finden, liegt nicht an einer gewünschten Vorauswahl nach Geschlecht, sondern ist als Nebeneffekt zu betrachten, der keine Rückschlüsse auf den Anteil der Frauen unter den Nichtversicherten zulässt.

5.2.1 Deutsche

Von den 25 Patienteninterviews wurden 11 mit Deutschen geführt, die zum Zeitpunkt des Interviews nicht krankenversichert waren. Entweder es bestand keine Krankenversicherung, der Versicherungsstatus war unklar oder es lag zwar eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung vor, aber ohne vollen Leistungsanspruch. Die Auflistung erfolgt in chronologischer Reihenfolge der Interviews.

Patient 4 (Kapitel 5.4.2, 5.4.5, 5.4.8)

Alter: 64 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: mehrjähriger Auslandsaufenthalt 1970er- bis 1980er-Jahre zu Studium und Arbeit; seit Rückkehr fest in Deutschland wohnhaft.

Krankenversicherung aktuell: unklarer KV-Status; unklarer Leistungsanspruch; auch unklar, ob Notfallversorgung gegeben ist; hat Beitragsrückstände; seit 1 Monat Neuaufnahme der Zahlung der KV-Beiträge mit Zuzahlung vom Sozialamt + Eigenanteil; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: seit 2009 bis vor 1 Monat faktisch ohne KV; er zahlte keine KV-Beiträge, genauer KV-Status war währenddessen aber unklar, evtl. war er noch GKV-Mitglied (kümmerte sich nicht um Klärung); 2007–2009 freiwillig in GKV versichert als Rentner; Zuzahlung zu KV-Beiträgen vom Sozialamt; bis 2007 in GKV über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: Zahlung der KV-Beiträge wurde eingestellt; Zuzahlung zu KV-Beitrag wurde vom Sozialamt beendet, da er die Mitwirkungspflicht vernachlässigte; voller KV-Beitrag war als Selbstzahler zu teuer.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, beantragt und noch nicht bewilligt; vor 1 Monat erneut Antrag auf Grundsicherung bei Sozialamt gestellt; früher: 2007–2009 Zuzahlung zu KV-Beitrag vom Sozialamt; seit 2009 wahrscheinlich weiter Anspruch gehabt, aber nicht beantragt; in 1980er-Jahren nach Auslandsrückkehr für 1 ½ Jahre Sozialhilfe.

Arbeitssituation: Altersrente seit 2007 als vorzeitige Rente nach Altersteilzeit; bis vor 1 Jahr 400€-Job als Dazuverdienst zu niedriger Rente (wegen Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes aufgegeben); davor über Jahre stabiles Angestelltenverhältnis; kurzzeitig arbeitslos nach Auslandsrückkehr in 1980er-Jahren; Studienabschluss.

Wohnsituation: aktuell: Sozialwohnung; davor ofW nach Trennung und sozialem Absturz; schlief als ofW nicht auf der Straße, sondern in Küche bei Ehefrau; früher: gemeinsame Wohnung mit Ehefrau.

Lebensumstände: lebt allein; von Partnerin getrennt (zweifach geschieden bzw. getrennt); sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit Altersteilzeit, finanziellen Problemen, Schulden, Trennung, Wohnungsverlust, Alkoholproblem, Depression (2007); früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); Alkoholabhängigkeit; psychische Erkrankung (Depression).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; Behandlungslücke in Zeitraum ohne KV.
Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in GKV mit Zuzahlung von Sozialamt + Eigenanteil.

Patient 5 (Kapitel 5.4.3, 5.4.5, 5.4.9)

Alter: 71 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit ¾ Jahr; neuer GKV-Antrag an KK vor 3 Wochen gestellt; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: während Haftaufenthalt bestand jeweils KV über Landeshaftanstalt, zuletzt 2006–2010, davor 2002–2003; zwischen den Haftaufenthalten keine KV; zuletzt freiwillige Versicherung in GKV als Rentner; bis 2002 in GKV über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: wurde kurz vor Haftantritt 2002 aus KV gekündigt, da er keine KV-Beiträge mehr zahlte; Grund für Unterlassen der Beitragszahlungen waren finanzielle Probleme; nach Haftentlassung schloss er keine neue KV ab; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war; wurde später bei Versuch des Wiedereintritts in KV von KK abgewiesen.

Sozialleistungsbezug: nein; kein Anspruch bei normalhoher Rente.

Arbeitssituation: Altersrente seit 2002; bis 2002 Angestelltenverhältnis; in 1980er-Jahren Kündigung und Arbeitsplatzwechsel wegen Bewährungsstrafe; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: eigene Wohnung; nach Haftentlassung zunächst ofW; schlief als ofW nicht auf der Straße, sondern bei Bekannten; früher: gemeinsame Wohnung mit Lebensgefährtin.

Lebensumstände: lebt allein; von erster Partnerin getrennt (geschieden), zweite Lebensgefährtin verstorben; aktuelle finanzielle Situation gut; zuvor wegen Schulden durch Spielsucht mehrmals Haftaufenthalt und Bewährungsstrafe; früher: gutes Einkommen; stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (Spielsucht).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; Facharztbesuch nach Vermittlung durch ESA (Ärztenetzwerk); nach Haftentlassung einmalig Notfallversorgung in Krankenwagen und Krankenhaus; keine Suchttherapie möglich (nicht anerkannt, keine Kostenübernahme durch KK).

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: zwischenzeitlich in GKV als Selbstzahler; später erneuter KV-Verlust wegen Haftaufenthalt.

Patient 9 (Kapitel 5.4.2, 5.4.4, 5.4.6)

Alter: 59 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: mehrjähriger berufsbedingter Auslandsaufenthalt in 1980er-Jahren.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 2 Monaten.

Krankenversicherungsverlauf: 2009–2011 in Familienversicherung der GKV, mit Ehefrau als Hauptversicherungsnehmer; davor freiwillig versichert in GKV als Selbständiger; früher in PKV.

Grund für Nichtversicherung: wurde aus Familienversicherung gekündigt; wusste Grund dafür nicht, da kein Kontakt zur Ehefrau bestand (lebt getrennt, aber nicht geschieden); kümmerte sich aufgrund einer Erkrankung nicht um Klärung.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, beantragt und noch nicht bewilligt; ALG-II-Neuantrag vor 1 Woche gestellt; früher: ALG II seit 2010 für insgesamt 6 Monate; Jobcenter zahlte keine KV-Beiträge, da Familienversicherung bestand; ALG II wurde beendet, da er aufgrund einer Erkrankung die Mitwirkungspflicht nicht erfüllte und keinen Folgeantrag stellte.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 2010; davor kurz Angestelltenverhältnis; bis dahin mehrere Jahre beruflich selbständig bis zu finanziellen Schwierigkeiten; davor Angestelltenverhältnis; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW seit Trennung; wohnt bei Familienangehörigen (Mutter); schläft nicht auf der Straße; früher: gemeinsame Wohnung mit Ehefrau.

Lebensumstände: lebt bei Familienangehörigen; von Partnerin getrennt (zweifach geschieden bzw. getrennt); sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit Arbeitsplatzverlust, finanziellen Problemen, Schulden, Spielsucht der Ehefrau, Trennung, Wohnungsverlust, Depression (2010); früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: akute Erkrankung; chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (Depression); kümmerte sich krankheitsbedingt nicht um ALG und KV.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt, Zahnarzt; Behandlungslücke in Zeitraum ohne KV; Selbstbehandlung der akuten Erkrankung in Zeitraum ohne KV.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in GKV über ALG II.

Patient 10 (Kapitel 5.4.2, 5.4.4)

Alter: 63 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 13 Jahren; glaubt er hätte KV und KV-Beiträge würden über ALG II gezahlt (stimmt nicht laut Sozialarbeiterin); angeblich vor kurzem PKV-Antrag gestellt; genaue Versicherungssituation unklar, da er selbst Sachlage nicht versteht; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: früher in PKV als Selbständiger.

Grund für Nichtversicherung: alle Versuche wieder in PKV zu kommen sind bisher gescheitert; kündigte damals als geringverdienender Selbständiger die PKV, da KV-Beiträge für ihn zu teuer waren; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war.

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG-II-Bezug, erst seit kurzem; Bearbeitungsfehler vom Jobcenter bei KV-Antrag; früher: nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorlag.

Arbeitssituation: arbeitslos seit mehreren Jahren; arbeitsunfähig (krankheitsbedingt); früher beruflich selbständig; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW seit Trennung von Lebensgefährtin; wohnt in Gartenhütte (der Lebensgefährtin); schläft nicht auf der Straße; früher: gemeinsame Wohnung mit Lebensgefährtin.

Lebensumstände: lebt allein; von Partnerin getrennt; sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit finanziellen Probleme, Arbeitsplatzverlust, Trennung, Wohnungsverlust (seit 2006); gesetzliche Betreuung beantragt.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); Folgeschaden nach akuter Erkrankung 2010; Alkoholabhängigkeit mit Folgeschäden; krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; zweimalig Notfallversorgung im Krankenhaus.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in PKV über ALG II.

Patient 14 (Kapitel 5.4.8)

Alter: 58 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: seit 2 Wochen Rückkehr nach mehrjährigem Auslandsaufenthalt (1970er–2011); Ausreise aus privaten Gründen; Rückkehr nach Ausweisung wegen Gesetzeskonflikt.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 1970er-Jahren (Ausreise) bzw. seit 2 Wochen (Einreise); direkt nach Einreise ALG-II-Erstantrag und darüber KV-Antrag bei KK gestellt; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: keine KV im Ausland; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war; früher: bis Ausreise 1970er-Jahre in GKV über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: seit Einreise noch kein Neuabschluss einer KV; 1970er-Jahre: wurde aus KV gekündigt, da er keine KV-Beiträge mehr zahlte.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, beantragt und noch nicht bewilligt; ALG-II-Erstantrag vor 2 Wochen gestellt (direkt nach Einreise).

Arbeitssituation: arbeitslos; im Ausland berufstätig; vor Ausreise in Deutschland als Angestellter berufstätig; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; in Obdachlosenunterkunft; schläft nicht auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; von Partnerin getrennt (geschieden, Ex-Ehefrau im Ausland); wegen Gesetzeskonflikt nach Deutschland abgeschoben; Rückkehr ins Heimatland mit sozialem und beruflichem Neubeginn verbunden.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente), teils neu festgestellt.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; im Ausland jährlich Routinekontrolle und Medikamente auf Privatrechnung.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in GKV über ALG II.

Patient 17 (Kapitel 5.4.4, 5.4.8)

Alter: 61 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: vor 8 Monaten Rückkehr nach mehrjährigem beruflichen Auslandsaufenthalt (1980er–2010).

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 1980er-Jahren (Ausreise) bzw. seit 8 Monaten (Einreise); KV-Neuantrag in PKV vor kurzem gestellt; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: keine KV im Ausland; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war; bis Ausreise freiwillig versichert in GKV als Selbständiger.

Grund für Nichtversicherung: seit Einreise noch kein Neuabschluss einer KV; alle Versuche PKV oder GKV zu bekommen sind bisher gescheitert, da Anträge von KK abgelehnt wurden, trotz laufenden ALG-II-Bezugs; frühere GKV hat Wiederaufnahme abgelehnt (Altersgrenze 55 Jahre überschritten); 1980er-Jahre: kündigte KV wegen Auslandsaufenthalt.

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG II seit 7 Monaten (Erstantrag zügig nach Einreise gestellt); Bearbeitungsfehler vom Jobcenter bei KV-Antrag.

Arbeitssituation: arbeitslos seit beruflichem Misserfolg im Ausland; früher beruflich selbständig in Deutschland und Ausland; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; in Obdachlosenunterkunft; schläft nicht auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; von Partnerin getrennt (zweifach geschieden); sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit beruflichem Misserfolg, finanziellen Problemen (2010); Rückkehr ins Heimatland mit sozialem und beruflichem Neubeginn verbunden; früher: gutes Einkommen; stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: akute Erkrankung; keine chronischen Erkrankungen bekannt; psychisch auffällig ohne Diagnose (möglicherweise Hypomanie).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in PKV über ALG II.

Patient 18 (Kapitel 5.4.2, 5.4.3)

Alter: 45 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 3 Wochen; KV-Antrag über ALG-II-Neuantrag vor 1 Tag gestellt; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: seit 1990er-Jahren immer nur zeitweise KV in GKV über ALG II; früher in GKV über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: ALG-II-Bezug wurde beendet, da er sich vor einem Ortswechsel beim Jobcenter abmeldete; seit 1990er-Jahren wiederholt diese Situation: häufige Ortswechsel; dabei Zuständigkeitswechsel des Jobcenters; meldet ALG ab oder lässt es auslaufen und stellt Neuantrag erst mit Verzögerung.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, beantragt und noch nicht bewilligt; ALG-II-Neuantrag vor 1 Tag gestellt; früher: seit 1990er-Jahren immer zeitweise ALG II (bzw. früher wohl Sozialhilfe).

Arbeitssituation: arbeitslos seit 1990er-Jahren; arbeitsunfähig (wegen psychischer Erkrankung); immer nur kurze Jobs über Jobcenter, teils als Tagelöhner; früher Angestelltenverhältnis; unklar ob Berufsausbildung (wahrscheinlich keine).

Wohnsituation: aktuell: ofW seit 15 Jahren; häufige Ortswechsel; schlief als ofW nie auf der Straße, sondern in verschiedenen Obdachlosenunterkünften; früher: eigene Wohnung.

Lebensumstände: lebt sozial isoliert; Einzelgänger; wahrscheinlich auch früher keine stabilen Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (soziale Phobie); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: keine regelmäßigen Arztbesuche; keine feste Anbindung an Hilfseinrichtung.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine Information, da Kontaktabbruch zu Patient.

Patient 21 (Kapitel 5.4.2, 5.4.4)

Alter: 32 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 1 Jahr; PKV-Mitglied mit Beitragsrückständen, deshalb kein Leistungsanspruch; auf Nachfrage bei PKV Notfallbehandlung mündlich abgelehnt; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: zuvor in PKV als Selbständiger.

Grund für Nichtversicherung: er stoppte die Beitragszahlungen im Rahmen des sozialen Absturzes, KV-Beiträge waren zu teuer.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, beantragt und noch nicht bewilligt; ALG-II-Erstantrag vor 1 Monat gestellt; früher: bisher kein Anspruch, da Arbeitsverhältnis offiziell noch nicht beendet war.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 1 Jahr; arbeitsunfähig (wegen akuter Belastungssituation); offiziell erst 4 Monate arbeitslos; zuvor beruflich selbständig (im Außendienst für eine Firma tätig, Bezahlung auf Provisionsbasis); Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; in Obdachlosenunterkunft; schläft nicht auf der Straße; früher: eigene Wohnung mit Lebensgefährtin und Kindern (Wohnungsräumung bei Mietschulden).

Lebensumstände: lebt weiter mit Familie zusammen; sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit familiären Problemen (schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes), psychischer Belastungssituation, Arbeitsplatzverlust, finanziellen Problemen, Schulden, Wohnungsverlust (2010); früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: akute Erkrankung; chronische Erkrankungen (aktuell ohne Behandlungsbedarf); akute psychische Erkrankung (akute Belastungsreaktion); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: keine regelmäßigen Arztbesuche; keine feste Anbindung an Hilfseinrichtung.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine Information, da Kontaktabbruch zu Patient.

Patient 23 (Kapitel 5.4.1, 5.4.2, 5.4.3)

Alter: 39 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit ca. 1 Jahr; unklar seit wann genau; hat keine KV-Karte.

Krankenversicherungsverlauf: zuvor freiwillig versichert in GKV als Selbstzahler; früher in GKV über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: zahlte keine KV-Beiträge mehr, da er kein Geld mehr hatte (Vermögen aufgebraucht, kein Einkommen); hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorliegt; früher: kein Anspruch, da bisher Privatvermögen; vor mehr als 3 Jahren (unklare Aussage über Zeitpunkt) eine Zeit lang ALG (evtl. ALG I).

Arbeitssituation: dauerhaft arbeitslos seit 3 Jahren; lebt wohl vom Betteln; arbeitsunfähig (wegen psychischer Erkrankung); zuvor Angestelltenverhältnis; arbeitete in verschiedenen Jobs, teils nur kurzzeitig; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; schläft auf der Straße; häufige Ortswechsel, teils im EU-Ausland; früher: eigene Wohnung.

Lebensumstände: lebt sozial isoliert; Einzelgänger; früher: Privatvermögen; wahrscheinlich auch früher keine stabilen Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (manifeste paranoide Schizophrenie); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: keine regelmäßigen Arztbesuche; keine feste Anbindung an Hilfseinrichtung.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine Information, da Kontaktabbruch zu Patient.

Patient 24 (Kapitel 5.4.1, 5.4.2, 5.4.4, 5.4.8)

Alter: 39 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: 2008 Rückkehr nach 9-monatigem Auslandsaufenthalt; Ausreise und Rückkehr je aus privaten Gründen.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 2007 (Ausreise) bzw. 2008 (Einreise).

Krankenversicherungsverlauf: keine KV im Ausland; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war; bis 2007 freiwillig versichert in GKV als Selbständiger.

Grund für Nichtversicherung: seit Einreise noch kein Neuabschluss einer KV; stellte keinen KV-Antrag, da KV-Beiträge für ihn in der Arbeitslosigkeit zu teuer waren; später verhinderten zusätzlich die wachsenden Beitragsrückstände einen KV-Neuantrag; 2007: kündigte KV wegen Auslandsaufenthalt.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorliegt; lehnt staatliche Hilfe ab.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 2007; Einschränkung in Arbeitsfähigkeit durch akute Erkrankung; nach Einreise blieb der Versuch des beruflichen Wiedereinstiegs als Selbständiger erfolglos; hatte nur kurzzeitig niedriges Einkommen; im Ausland war der Versuch eines beruflichen Einstiegs erfolglos; früher beruflich selbständig (bis zur Ausreise 2007); Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; wohnt bei Bekannten; schläft nicht auf der Straße.

Lebensumstände: lebt bei Bekannten; hat soziales Netz und Unterstützung; von Partnerin getrennt (nach kurzer Beziehung); sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit beruflichem Misserfolg, Trennung, finanziellen Problemen (2008);

Rückkehr ins Heimatland mit sozialem und beruflichem Neubeginn verbunden; früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: akute Erkrankung seit 1 Jahr; keine chronischen Erkrankungen bekannt; krankheitsbedingte Einschränkung in Arbeitsfähigkeit.

Medizinische Versorgung: MMM als Hausarzt; mehrmals Überweisung zu Fachärzten durch MMM; teils Selbstzahler, teils Kostenübernahme unklar (wahrscheinlich durch MMM).

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

Patientin 25 (Kapitel 5.4.1, 5.4.2, 5.4.4)

Alter: 58 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 5 Monaten.

Krankenversicherungsverlauf: zuvor in Betriebs-KK über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: alle Versuche in PKV oder GKV zu kommen sind bisher gescheitert, da die Anträge von KK abgelehnt wurden, trotz laufenden ALG-II-Bezugs; Kündigung aus KV durch frühere KK, da diese als Betriebs-KK nach Arbeitsplatzwechsel nicht mehr zuständig war; schloss als Selbständige keine KV ab.

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG II seit 4 ½ Monaten; früher: zuerst kein Anspruch wegen Ersparnissen; später nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorlag; lehnte staatliche Hilfe ab.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 2009; zuvor beruflich selbständig; bis 2007 Angestelltenverhältnis; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; in Obdachlosenunterkunft; schläft nicht auf der Straße; früher: eigene Wohnung (Wohnungsräumung bei Mietschulden).

Lebensumstände: lebt allein; von Partner getrennt; sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit Arbeitsplatzverlust, beruflichem Misserfolg, finanziellen Problemen, Schulden, Wohnungsverlust, Depression (2009–2010); früher: gutes Einkommen; stabile Lebensverhältnisse; konnte eine Zeit lang von Ersparnissen leben.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (Depression).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung in Krankenhaus mit längerer Behandlungsdauer; Kostenübernahme unklar.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in PKV über ALG II.

5.2.2 EU-Migranten

Bei 7 der 25 Interviewpartner handelte es sich um EU-Migranten, die sich teils schon seit Jahren, teils erst seit kurzem fest in Deutschland aufhielten und zum Zeitpunkt des Interviews nicht krankenversichert waren. Die Fallrekonstruktionen sind nach neuen und alten EU-Beitrittsländern sortiert.

Patient 1 (Kapitel 5.4.11)

Alter: 37 Jahre.

Herkunft: neues Ost-EU-Beitrittsland 2007.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freie Einreise als EU-Bürger; keine volle Arbeitnehmerfreizügigkeit; erstmals vor 2 Jahren in Deutschland; dann mehrmals kurzer Aufenthalt; aktuell seit 3 ½ Monaten in Deutschland; Einreisegrund: Arbeitsmigrant.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV; hat angeblich KV im Heimatland; hat keine EHIC; keine Reise-KV.

Krankenversicherungsverlauf: hatte noch nie KV in Deutschland.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, kein Anspruch; früher: noch nie Anspruch gehabt.

Arbeitssituation: Schwarzarbeit; noch nie festes Arbeitsverhältnis in Deutschland; bisher nur kurzzeitige Jobs in Schwarzarbeit; keine Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: ofW; schläft teils auf der Straße, teils in Wohnung mit Kollegen.

Lebensumstände: lebt alleine in Deutschland; Ehefrau und Familie leben im Heimatland.

Krankheit: akute Erkrankung; bisher immer nur akute Erkrankungen; keine chronischen Erkrankungen bekannt.

Medizinische Versorgung: ESA bei akuten Erkrankungen; Arzt im Heimatland.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

Patient 3 (Kapitel 5.4.11)

Alter: 55 Jahre.

Herkunft: neues Ost-EU-Beitrittsland 2007.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freie Einreise als EU-Bürger; keine volle Arbeitnehmerfreizügigkeit; erstmals in 1990er-Jahren als Gastarbeiter nach Deutschland; dann Rückkehr ins Heimatland; wieder seit 2002 mehrmals für je 3 Monate in Deutschland; seit 2007 dauerhaft; Einreisegrund: Arbeitsmigrant.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV; hat KV im Heimatland; Versuch im Heimatland KV für Deutschland zu beantragen ist fehlgeschlagen; hat keine EHIC.

Krankenversicherungsverlauf: hatte noch nie KV in Deutschland.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, kein Anspruch; möglicherweise tritt bald Anspruch ein; früher: kein Anspruch.

Arbeitssituation: arbeitslos; hatte noch nie festes Arbeitsverhältnis in Deutschland; bisher nur kurzzeitige Jobs in Schwarzarbeit oder über Gewerbeschein; offiziell seit 2007 als Selbständiger mit Gewerbeschein gemeldet (aktuell Papiere gestohlen); in 1990er-Jahren Gastarbeiter mit Arbeitspapieren; keine Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: ofW; schläft auf der Straße; früher: hatte zeitweise Mietwohnung, jeweils wenn er genug Geld für Miete verdiente.

Lebensumstände: lebt allein; eher Einzelgänger; von Partnerin getrennt (lebt in Deutschland); zahlt Unterhalt für Kind; hat Schulden.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente), Verschlechterung seit 2 ½ Jahren; langjährige Alkoholabhängigkeit mit Folgeschäden.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung mit OP im Krankenhaus; Kostenübernahme durch Sozialamt; einmalig ambulanter Arztbesuch mit geliehener KV-Karte; vor Anbindung an ESA: besorgte sich bei Bedarf Medikamente ohne Rezept und als Selbstzahler; bekam diese in einer Apotheke von einer Landsmännin, die dort arbeitete.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

Patient 16 (Kapitel 5.4.11)

Alter: 56 Jahre.

Herkunft: neues Ost-EU-Beitrittsland 2004.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freie Einreise als EU-Bürger; seit kurzem volle Arbeitnehmerfreizügigkeit; Einreise nach Deutschland erstmals in 1990er-Jahren; seitdem (mit kurzen Unterbrechungen) dauerhaft in Deutschland; Einreisegrund: Arbeitsmigrant und private Gründe.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 14 Jahren; keine KV im Heimatland.

Krankenversicherungsverlauf: hatte noch nie KV in Deutschland; früher KV im Heimatland.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein; ist bisher davon ausgegangen, dass kein Anspruch besteht; möglicherweise liegt Anspruch vor; früher: kein Anspruch.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 2 Wochen; hatte noch nie feste Arbeitsstelle in Deutschland; bisher immer nur kurzzeitige Jobs in Schwarzarbeit; Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: eigene Wohnung, gemeinsam mit Bekannten; früher: Wechsel zwischen ofW und Mietwohnung, jeweils wenn er genug Geld für Miete verdiente; schlief als ofW auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; hat soziales Netz; von Partnerin getrennt (Ehefrau im Heimatland).

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig nach Überweisung durch ESA Notfallversorgung bei niedergelassenem Arzt (Ärztetzwerk).

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

Patient 2 (Kapitel 5.4.4, 5.4.10)

Alter: 57 Jahre.

Herkunft: altes EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freier Aufenthalt als EU-Bürger; Einreise mit Arbeitsvisum; seit beruflichem Umzug vor 33 Jahren fest wohnhaft in Deutschland; Einreisegrund: Arbeitsmigrant.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit einigen Wochen/Monaten; genauer Zeitpunkt unklar.

Krankenversicherungsverlauf: zuvor GKV über ALG II seit 1 Jahr 3 Monaten; davor mehrere Jahre keine KV während beruflicher Selbständigkeit (unklar wie lange genau); in 1980er-Jahren in GKV über Angestelltenverhältnis; vor Umzug nach Deutschland KV im Heimatland.

Grund für Nichtversicherung: aktuell: Zahlung der KV-Beiträge durch Jobcenter beendet, da ALG-II-Bezug beendet wurde; Ursache unklar, wahrscheinlich verletzte er die Mitwirkungspflicht oder stellte keinen Folgeantrag; früher: schon einmal ähnliche Situation mit KV-Verlust wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht; Austritt aus GKV mit Ende des Angestelltenverhältnisses; schloss als Selbständiger keine KV ab; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, obwohl Anspruch vorliegt; ALG-II-Bezug ausgesetzt; noch kein Neuantrag gestellt; davor: ALG II seit 1 Jahr 3 Monaten, mit 2 Monaten Unterbrechung; erneuter Bezug seit 3 Monaten; monatelange Schwierigkeiten bei Erstantrag (Unstimmigkeiten mit Mitarbeitern des Jobcenters); aktuell kein gültiger Ausweis (Pass gestohlen); früher: kein Anspruch oder nicht beantragt.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 1 Jahr 6 Monaten; arbeitsunfähig (krankheitsbedingt seit Überfall mit Körperverletzung); bis dahin beruflich selbständig mit Gewerbe; unklar, ob teils als Schwarzarbeit oder angemeldete Tätigkeiten; davor Angestelltenverhältnis; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; wohnt bei Bekannten; schlief als ofW teils auf der Straße; früher: eigene Wohnung.

Lebensumstände: lebt bei Bekannten; hat soziales Netz; von Partnerin getrennt (geschieden).

Krankheit: akute Erkrankung mit körperlicher Einschränkung seit 1 Jahr 6 Monaten (bedingt durch Überfall mit Körperverletzung); bis dahin nur akute Erkrankungen; keine chronischen Erkrankungen bekannt; psychisch auffällig ohne Diagnose (möglicherweise Hypomanie); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung in Krankenwagen und Krankenhaus.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in GKV über ALG II.

Patientin 7 (Kapitel 5.4.3, 5.4.10)

Alter: 47 Jahre.

Herkunft: altes EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freie Einreise als EU-Bürgerin; erstmals Einreise in 1970er-Jahren als Kind mit Eltern (Gastarbeiter); zwischenzeitlich Rückkehr ins Heimatland; erneute Einreise 2009; Einreisegrund: gesundheitliche Verschlechterung, fehlende KV im Heimatland und private Gründe.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 2009; GKV-Antrag vor 4 Wochen über ALG II gestellt; hat keine KV-Karte; keine KV im Heimatland.

Krankenversicherungsverlauf: früher GKV über Angestelltenverhältnis bis 1990er-Jahre (Ausreise ins Heimatland); im Heimatland KV bis 2008.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, beantragt und noch nicht bewilligt; vor 4 Wochen Antrag auf ALG II gestellt; früher (seit Wiedereinreise): nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorlag.

Arbeitssituation: arbeitslos; arbeitsunfähig (krankheitsbedingt); Versuch zu arbeiten aus gesundheitlichen Gründen gescheitert; hatte früher festes Arbeitsverhältnis in Deutschland; keine Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; wohnt bei Bekannten; schläft nicht auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; von Partner getrennt (Ex-Ehemann im Heimatland); Familie lebt in Deutschland.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (Depression); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Sprechstunde im Gesundheitsamt; Behandlungslücke in Zeitraum ohne KV.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: in GKV über ALG II.

Patient 15 (Kapitel 5.4.2, 5.4.10)

Alter: 48 Jahre.

Herkunft: altes EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freie Einreise als EU-Bürger; Einreise erstmals in 1990er-Jahren; seitdem fest in Deutschland; Einreisegrund: Arbeitsmigrant.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 12 Jahren (seit Einreise); keine KV im Heimatland.

Krankenversicherungsverlauf: hatte noch nie KV in Deutschland; früher KV im Heimatland.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorliegt; kein Ausweis (vor Jahren gestohlen); früher: noch nie beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorlag.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 6 Jahren; arbeitsunfähig (krankheitsbedingt); lebt vom Betteln; hatte noch nie festes Arbeitsverhältnis in Deutschland; früher Jobs in Schwarzarbeit; unklar ob Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW seit 25 Jahren; schläft aktuell bei Bekannten; schlief als ofW früher auf der Straße; war anfangs in verschiedenen EU-Ländern.

Lebensumstände: lebt allein; hat soziales Netz.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); Alkoholabhängigkeit; krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; mehrmals Notfallversorgung in Krankenhaus.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

Patient 22 (Kapitel 5.4.2, 5.4.3, 5.4.10)

Alter: 37 Jahre.

Herkunft: altes EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freie Einreise als EU-Bürger; Einreise erstmals 2000; seitdem mit Unterbrechungen in Deutschland; Einreisegrund: Arbeitsmigrant und Gesetzeskonflikt im Heimatland.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 2000 (seit Einreise); keine KV im Heimatland.

Krankenversicherungsverlauf: hatte noch nie KV in Deutschland; früher KV im Heimatland.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler; hat keinen Bedarf für KV, da er nicht krank ist.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorliegt; kein Ausweis (Einreise ohne gültigen Ausweis); früher: noch nie beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorlag.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 4 Monaten; lebt vom Flaschensammeln; hatte noch nie festes Arbeitsverhältnis in Deutschland; bisher nur Jobs in Schwarzarbeit; früher Angestelltenverhältnis im Heimatland; Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: ofW; schläft auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; hat soziales Netz.

Krankheit: aktuell keine; bisher nur akute Erkrankungen; keine chronischen Erkrankungen bekannt; Alkohol- und Drogenabhängigkeit.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung im Krankenhaus; Barzahlung.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

5.2.3 Nicht-EU-Migranten

In 2 Fällen waren die Interviewpartner Immigranten aus Nicht-EU-Ländern, die in Deutschland ohne Krankenversicherung lebten. Einer der beiden hatte zum Zeitpunkt des Interviews keinen legalen Aufenthaltstitel.

Patientin 11 (Kapitel 5.4.1, 5.4.5, 5.4.10, 5.4.12)

Alter: 63 Jahre.

Herkunft: Nicht-EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: Aufenthalt mit unbefristeter Aufenthaltsgenehmigung über deutschen Ehemann; Einreise in 1980er-Jahren mit Arbeitsvisum; Einreisegrund: Arbeitsmigrantin.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 1 Jahr; hat KV im Heimatland.

Krankenversicherungsverlauf: bis 2010 freiwillig versichert in GKV als Rentnerin; zuvor in GKV über Angestelltenverhältnis; hatte bisher in Deutschland immer KV.

Grund für Nichtversicherung: zahlte keine KV-Beiträge mehr, da diese bei niedriger Rente zu teuer waren; lehnt staatliche Hilfe ab.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, nicht beantragt, obwohl wahrscheinlich Anspruch vorliegt; früher: kein Bedarf, möglicherweise schon früher Anspruch gehabt.

Arbeitssituation: niedrige Altersrente seit 2006; teils kleine Jobs als Dazuverdienst; bis 2006 verschiedene reguläre Angestelltenverhältnisse in Voll- und Teilzeit; Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: keine eigene Wohnung; wohnt bei Familie (Sohn); früher: eigene Wohnung mit Ehemann.

Lebensumstände: lebt mit Familie, hat gutes soziales Netz und Unterstützung; von Partner getrennt (zweifach getrennt: 1. Ehemann im Heimatland verstorben, von deutschem Ehemann getrennt); früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente).

Medizinische Versorgung: MMM als Hausarzt.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

Patient 12 (Kapitel 5.4.12)

Alter: 51 Jahre.

Herkunft: Nicht-EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: versucht aktuell Aufenthaltserlaubnis aus medizinischen Gründen zu bekommen; kein Pass (abgelaufen, gestohlen); seit 1980er-Jahren kein legaler Aufenthaltsstatus mehr; Einreise erstmals in 1970er-Jahren (mit Unterbrechungen); zuerst Touristenvisum; später Duldung; Einreisegrund: Arbeitsmigrant und familiäre Gründe.

Krankenversicherung aktuell: ohne KV seit 1984; keine KV im Heimatland.

Krankenversicherungsverlauf: in 1980er-Jahren kurzzeitig in GKV über Angestelltenverhältnis; hatte danach nie wieder KV in Deutschland.

Grund für Nichtversicherung: kein geregelter Aufenthaltsstatus; zuvor keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler.

Sozialleistungsbezug: aktuell: nein, kein Anspruch; früher: noch nie Anspruch gehabt.

Arbeitssituation: arbeitslos; Einschränkung in Arbeitsfähigkeit durch Erkrankung; wegen fehlendem Aufenthaltsstatus kein festes Arbeitsverhältnis möglich; immer nur zeitweise Schwarzarbeit; keine Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; wohnt bei Bekannten; schläft nicht auf der Straße; früher: eigene Mietwohnung, immer wenn er genug Geld für Miete verdiente.

Lebensumstände: lebt allein; von Partnerin getrennt; lebt in Angst vor Entdeckung und Abschiebung.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente), Verschlechterung seit ca. 4 Jahren; Alkoholabhängigkeit; krankheitsbedingte Einschränkung in Arbeitsfähigkeit; Versuch Aufenthaltserlaubnis aus medizinischen Gründen zu bekommen.

Medizinische Versorgung: MMM als Hausarzt; aktuell ambulante Therapie im Krankenhaus mit Kostenübernahme durch MMM; einmalig ambulante Krankenhausbehandlung mit geliehener KV-Karte; einmalig Notfallversorgung im Krankenhaus in 1990er-Jahren; Kostenerstattung über Sozialamt.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: keine KV.

5.2.4 Retrospektive Fälle

Bei 5 der 25 Interviews handelte es sich um retrospektive Fälle, bei denen die Interviewpartner zum Zeitpunkt des Interviews krankenversichert waren, jedoch über einen längeren Zeitraum zuvor keine Krankenversicherung gehabt hatten. In dieser Gruppe finden sich Interviewpartner unterschiedlicher Herkunft: Deutsche, EU-Bürger und Migranten aus Nicht-EU-Ländern.

Patient 6 (Kapitel 5.4.11, 5.6)

Alter: 51 Jahre.

Herkunft: neues Ost-EU-Beitrittsland 2007.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: freier Aufenthalt als EU-Bürger; keine volle Arbeitnehmerfreizügigkeit; seit 2006 Aufenthaltserlaubnis aus medizinischen Gründen; bis 2006 jeweils Duldung für 1 Monat; Einreise nach Deutschland erstmals 2004; seitdem fest in Deutschland (mit 7 Monaten Unterbrechung im Jahr 2006); kurzzeitig auch in anderen Ländern West-Europas; Einreisegrund: gesundheitliche Gründe, erhoffte medizinische Behandlung und private Gründe.

Krankenversicherung aktuell: GKV über ALG II seit 1 ½ Jahren; hat KV im Heimatland, gilt nicht in Deutschland; hat keine EHIC.

Krankenversicherungsverlauf: zuvor nie KV gehabt in Deutschland.

Grund für Nichtversicherung: keine KV über Arbeitsplatz; kein Geld für KV als Selbstzahler; anfangs KV zusätzlich wegen unsicherem Aufenthaltsstatus nicht möglich.

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG II seit 1 ½ Jahren; Beantragung mit Unterstützung durch Hilfseinrichtung; früher: bis dahin kein Anspruch.

Arbeitssituation: arbeitslos; arbeitsunfähig (krankheitsbedingt); hatte nie feste Arbeitsstelle; offiziell Gewerbe angemeldet; kein Einkommen über Gewerbeschein; einmalig für 6 Monate Arbeitsvermittlung über Jobcenter; unklar ob Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: seit kurzem eigene Wohnung; zuvor ofW; schlief teils auf der Straße, teils in Obdachlosenunterkünften; häufige Ortswechsel.

Lebensumstände: lebt allein; eher Einzelgänger; von Partnerin getrennt; im Heimatland sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit Unfall, Arbeitslosigkeit, Trennung, Wohnungslosigkeit, Depression (1993); mehrmals kurze Haftstrafe wegen Bußgeld.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (Depression); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung in Krankenhaus (2005); gute Behandlung im Krankenhaus trotz fehlender KV (aber damals Kostenübernahme über Krankenschein von Sozialamt gesichert).

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: weiterhin in KV.

Patient 8 (Kapitel 5.4.1, 5.4.10, 5.6)

Alter: 43 Jahre.

Herkunft: Nicht-EU-Land.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: Aufenthalt mit dauerhafter Aufenthaltserlaubnis über deutsche Ehefrau; Assoziierungsabkommen zwischen seinem Heimatland und Deutschland; Einreise nach Deutschland erstmals in 1970er-Jahren als Kind mit Eltern (Gastarbeiter); zwischenzeitlich Rückkehr ins Heimatland; erneute Einreise in 1990er-Jahren; Einreisegrund: private Gründe.

Krankenversicherung aktuell: GKV über ALG II seit 1 Monat.

Krankenversicherungsverlauf: 2001–2011 ohne KV; bis 2001 in GKV über Angestelltenverhältnis; nach Einreise in 1990er-Jahren zunächst in Familienversicherung der GKV, mit Ehefrau als Hauptversicherungsnehmer; früher KV im Heimatland.

Grund für Nichtversicherung: aus GKV gekündigt mit dem Ausscheiden aus Angestelltenverhältnis; kein Geld für KV als Selbstzahler; lehnte staatliche Hilfe ab; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war.

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG II seit 2 Monaten; Beantragung ohne Unterstützung von Hilfseinrichtung; früher: bis dahin staatliche Hilfe abgelehnt, obwohl Anspruch vorlag.

Arbeitssituation: arbeitslos; aktuell Job in Schwarzarbeit; hat bisher vom Betteln gelebt; bis 2001 Angestelltenverhältnis; Berufsausbildung im Heimatland.

Wohnsituation: aktuell: ofW; seit kurzem in Notunterkunft; schlief als ofW bisher auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; eher Einzelgänger; von Partnerin getrennt (geschieden); sozialer Absturz im Rahmen von Problemkomplex mit Trennung, Wohnungsverlust, Arbeitsplatzverlust, Stadtwechsel (2001); früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); akuter Beginn vor 2 Jahren machte KV notwendig und war Anlass für ALG-II-Antrag.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; mehrmalig Notfallversorgung im Krankenhaus (ohne KV und mit KV); ohne KV schlechtere Behandlung als mit KV.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: weiterhin in KV.

Patient 13 (Kapitel 5.4.8, 5.4.10, 5.4.12, 5.6)

Alter: 51 Jahre.

Herkunft: gebürtig Nicht-EU-Land; deutscher Pass.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: Aufenthalt mit deutschem Pass; 2010 Rückkehr nach mehrjährigem Auslandsaufenthalt (2005–2010); Ausreise aus privaten Gründen; Rückkehr nach Ausweisung wegen Gesetzeskonflikt; Einreise nach Deutschland erstmals in 1990er-Jahren; genaue Umstände und Einreisegrund unklar (verweigert nähere Auskünfte).

Krankenversicherung aktuell: GKV über ALG II seit 6 Monaten.

Krankenversicherungsverlauf: zuvor ca. 1 Monat ohne KV nach Auslandsrückkehr; keine KV im Ausland; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war; bis 2005 in GKV über Angestelltenverhältnis.

Grund für Nichtversicherung: verzögerter KV-Neuabschluss nach Rückkehr; 2005: kündigte KV wegen Auslandsaufenthalt.

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG II seit 6 Monaten; Beantragung mit Unterstützung durch Hilfseinrichtung.

Arbeitssituation: arbeitslos; arbeitsunfähig (krankheitsbedingt); ob Berufstätigkeit im Ausland bestand ist unklar (verweigert nähere Auskünfte); vor Ausreise in Deutschland Angestelltenverhältnis; unklar ob Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: ofW; in Obdachlosenunterkunft; schläft nicht auf der Straße.

Lebensumstände: lebt allein; sozial isoliert; Einzelgänger; wegen Gesetzeskonflikt nach Deutschland abgeschoben; Rückkehr ins Heimatland mit sozialem und beruflichem Neubeginn verbunden.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Somatisierungsstörung); krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung im Krankenhaus (ohne KV); später stationäre Behandlung im Krankenhaus (mit KV); ohne KV schlechtere Behandlung als mit KV; Behandlung im Krankenhaus erst möglich seitdem KV vorliegt.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: weiterhin in KV.

Patient 19 (Kapitel 5.4.1, 5.4.3, 5.6)

Alter: 58 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: PKV Basistarif über ALG II seit Mitte 2009; Aufnahme in KV erst nach juristischer Klage.

Krankenversicherungsverlauf: ohne KV über mehrere Jahre (seit ca. 2002, genauer Zeitpunkt unklar); zuvor in PKV über Angestelltenverhältnis mit Einkommen über Versicherungspflichtgrenze.

Grund für Nichtversicherung: zahlte keine KV-Beiträge mehr, da sie ihm zu teuer erschienen; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war bzw. nicht krankheitseinsichtig (ist im Rahmen seiner psychischen Erkrankung einzuordnen).

Sozialleistungsbezug: aktuell: ALG II seit 2009; Beantragung mit Unterstützung durch Hilfseinrichtung und gesetzlichen Betreuer; früher: zuerst kein Anspruch, da Ersparnisse; später nicht beantragt.

Arbeitssituation: arbeitslos seit 2002; hat gekündigt (unzufrieden an Arbeitsplatz, psychischen Erkrankung); zuvor Angestelltenverhältnis; Berufsausbildung und Studienabschluss.

Wohnsituation: aktuell: Sozialwohnung; zuvor ofW; schlief als ofW nicht auf der Straße, sondern in Obdachlosenunterkünften; früher: eigene Wohnung (Wohnungsräumung bei Mietschulden).

Lebensumstände: lebt allein; Einzelgänger; früher: finanzielle Situation gut.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente); psychische Erkrankung (bipolare Störung = manisch-depressive Erkrankung).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; einmalig Notfallversorgung im Krankenhaus (ohne KV, 2009); gute Behandlung auch ohne KV; Kostenübernahme unklar.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: weiterhin in KV.

Patient 20 (Kapitel 5.4.1, 5.6)

Alter: 63 Jahre.

Herkunft: deutsch.

Aufenthalt in Deutschland/Ausland: lebte immer in Deutschland.

Krankenversicherung aktuell: GKV seit Mitte 2010; Jobcenter zahlt KV-Beitrag als Zuzahlung, es besteht aber kein Anspruch auf ALG-II-Bezug; Aufnahme in KK erreicht durch Unterstützung von Hilfseinrichtung.

Krankenversicherungsverlauf: ohne KV über mehrere Jahre; genauer Zeitpunkt unklar (zwischen 2001–2004); früher in GKV über Angestelltenverhältnis; nach Kündigung aus Job 2001 KV-Status unklar; möglicherweise bestand eine Zeit lang KV im Rahmen von Arbeitslosengeld und über kurzzeitige Jobs.

Grund für Nichtversicherung: genauer Zeitpunkt und Grund unklar (kümmerte sich nicht um Klärung); Arbeitslosigkeit ohne Anspruch auf ALG II; KV als Selbstzahler zu teuer bei niedriger Erwerbsminderungsrente; hatte keinen Bedarf für KV, da er nicht krank war.

Sozialleistungsbezug: aktuell: Zuzahlung und Übernahme des KV-Beitrags durch Jobcenter seit 2010 (altersbedingt höherer Anspruch ab 60. Lj.); Beantragung mit Unterstützung durch Hilfseinrichtung; kein Anspruch auf ALG II (Erwerbsminderungsrente knapp über Grenzbetrag); Anspruch auf Zuzahlung und KV-Übernahme erst verzögert beantragt, da dieser ihm zuvor nicht bekannt war; früher: kein Anspruch auf Zuzahlung (Rente zu hoch, vor 60. Lj.); nach Kündigung in 1990er-Jahren 1 Jahr lang Sozialleistungen (wohl ALG); später kein Anspruch mehr (wegen Ersparnissen und Rente bei Einstufung in Arbeitslosenhilfe?).

Arbeitssituation: niedrige Erwerbsminderungsrente von Berufsgenossenschaft wegen Arbeitsunfall seit 1990er-Jahren; seit 2007 1,50€-Job; arbeitslos seit 2001; bis dahin seit 1990er-Jahren verschiedene Jobs; bis Arbeitsplatzverlust in 1990er-Jahren festes Angestelltenverhältnis; zuvor seit 1970er-Jahren verschiedene Jobs; teils beruflich selbständig; Berufsausbildung.

Wohnsituation: aktuell: Sozialwohnung; zuvor ofW; schlief als ofW auf der Straße; früher: eigene Wohnung.

Lebensumstände: lebt allein; früher: stabile Lebensverhältnisse.

Krankheit: chronische Erkrankungen mit Behandlungsbedarf (Medikamente).

Medizinische Versorgung: ESA als Hausarzt; Überweisung durch ESA zu Fachärzten erst möglich seitdem KV vorliegt.

Krankenversicherungssituation 6 Monate später: weiterhin in KV.

5.3 Kernaussagen der Experteninterviews

Die Experteninterviews enthalten in erster Linie allgemeine Aussagen zum Thema Nichtversicherte und nehmen Bezug auf Patientenfälle aus dem individuellen Erfahrungsbereich der Experten. Nur vereinzelt finden sich fallbezogene Aussagen zu den interviewten Patienten, so dass eine von den Fallrekonstruktionen getrennte Darstellung erfolgen muss. Hierfür wurde eine tabellarische Ansicht gewählt, in der die

Aussagen aus allen Experteninterviews stichpunktartig zusammengefasst und in thematisch unterteilte Tabellen eingeordnet werden. Die Idee, die Information aus den Experteninterviews nach Interviews getrennt wiederzugeben, erwies sich als wenig zweckmäßig und wurde deshalb verworfen. Da sich einige Aussagen bei verschiedenen Experten wiederholen, hätte dies abschnittsweise zu unnötiger Redundanz geführt. An anderer Stelle wären die Daten wiederum lückenhaft gewesen, da das Wissen der einzelnen Experten aufgrund des umfassenden Themenbereichs nur ausschnitthaft sein kann und nur den jeweiligen Arbeitsbereich abdeckt. Anliegen dieser Studie ist jedoch nicht, den Erfahrungs- und Wissensbereich einzelner Experten abzubilden, sondern die Teilinformationen zusammenzutragen, zueinander in Beziehung zu setzen und daraus ein Gesamtbild zu konstruieren. Um die Fülle der Information zusammenzufassen und dennoch die teils unterschiedlichen Sichtweisen der Experten in die Ergebnisdarstellung aufzunehmen, werden die Experten an dieser Stelle in drei Gruppen unterteilt: als Mitarbeiter in Hilfseinrichtungen, in Krankenhäusern und in Behörden (hier Sozialamt und Jobcenter). Diese Aufteilung wird den verschiedenen Blickwinkeln gerecht, die sich aus den jeweiligen Arbeitsbereichen der Experten und damit verbundenen Erfahrungen mit Nichtversicherten ergeben. Auch wenn nicht von allen Experten, die hier einer Gruppe zugeordnet werden, die gleichen Aussagen getroffen wurden und sicherlich nicht in allen Punkten Übereinstimmung herrschte, erlaubt die Unterteilung eine für die Beantwortung der Forschungsfrage sinnvolle und notwendige Strukturierung des Materials.

Im Gegensatz zu den Patienten wurde den Experten freigestellt, anonym zu bleiben. Einige gaben an, anonym bleiben zu wollen, andere nicht oder waren demgegenüber indifferent. Die Haltung dazu war innerhalb der Einrichtungen und Berufsgruppen oft uneinheitlich, so dass der Einfachheit halber lediglich zwei Personen namentlich genannt werden. Dies sind Frau Dr. Goetzens, Leiterin der ESA, und Herr Plieninger, Leiter der MMM, die für die Durchführung dieser Studie wichtige Schlüsselpersonen waren, aufgrund ihres Engagements in den Hilfseinrichtungen ohnehin einen gewissen Bekanntheitsgrad besitzen und explizit keine Anonymität wünschten. Aus Rücksicht auf den Wunsch nach Anonymität einzelner Interviewpartner, wird bezüglich der anderen Experten darauf verzichtet, genauere Personenangaben zu machen.

5.3.1 Arbeitsbereiche der Experten: Hilfseinrichtungen, Krankenhäuser, Behörden

Mit den Experteninterviews wurden verschiedene Berufsgruppen aus verschiedenen Arbeitsfeldern in die Befragung einbezogen. Wie oben erwähnt, werden die Experten zur Strukturierung der Ergebnisdarstellung nach ihren Arbeitsfeldern in drei Gruppen eingeteilt. Dieses Unterkapitel erläutert die Zusammensetzung der Expertengruppen.

Ärzte und Sozialarbeiter in Hilfseinrichtungen

Von den insgesamt 21 interviewten Experten werden 14 dem Arbeitsbereich der Hilfseinrichtungen zugeordnet. Darin finden sich 3 Berufsgruppen mit 8 Ärzten, 1 Krankenschwester und 5 Sozialarbeitern. Unter diesen 14 Experten sind 9 Mitarbeiter verschiedener Hilfseinrichtungen, 4 Mitarbeiter verschiedener Abteilungen des Amtes für Gesundheit und 1 niedergelassener Facharzt.

Zu den Hilfseinrichtungen, in denen die Interviews stattfanden, gehören die ESA (Elisabeth-Straßenambulanz) und CASA 21 (Sozialarbeit), beides Einrichtungen der Caritas, eine Tagesstätte für Wohnsitzlose der Caritas, eine Beratungsstelle für Migranten der Caritas und die MMM (Malteser Migranten Medizin). Der niedergelassene Facharzt ist zwar mit einer eigenen Arztpraxis kein Mitarbeiter einer Hilfseinrichtung, als Teil des Ärztenetzwerks einer der Einrichtungen wird er jedoch ebenso dieser Gruppe zugeordnet. Auch die Mitarbeiter des Gesundheitsamtes werden hier eingeordnet, in dem Bewusstsein, dass ihr Blickwinkel auf die Problematik durch die Zugehörigkeit zu einer Behörde beeinflusst wird und nicht in jeder Hinsicht mit dem der Mitarbeiter in Einrichtungen freier Trägerschaft übereinstimmt. Grund für die vorgenommene Zuordnung ist, dass ihre Erfahrungen mit Nichtversicherten aus der Arbeit in Arbeitsgruppen oder medizinischen Angeboten (in erster Linie der Internationalen humanitären Sprechstunde) resultieren, die im Rahmen dieser Studie als Hilfseinrichtungen verstanden werden, da sie nicht Teil des Regelsystems der medizinischen Versorgung sind (siehe Kapitel 5.8.1). Auf wichtige Unterschiede in den Aussagen der Gesprächspartner wird in der Darstellung und Diskussion der Ergebnisse eingegangen. Denn auch wenn die 14 Experten einem gemeinsamen Hilfesystem zugeordnet werden können, so zeigen sich dennoch in Wahrnehmung und Beurteilung

der Problematik bezüglich einzelner Punkte Unterschiede zwischen Mitarbeitern aus Hilfseinrichtungen im engeren Sinne, dem selbständigen Arzt im ambulanten Versorgungsbereich und den Angestellten des Gesundheitsamtes.

Auf eine weitere Aufteilung nach Berufsgruppen in Ärzte und Sozialarbeiter wird in der Ergebnisdarstellung verzichtet. Denn die Fragestellung der Studie zielt darauf, Unterschiede in den Erfahrungen und Ansichten im Problemfeld der Nichtversicherten herauszuarbeiten, die sich aus den verschiedenen Arbeitsbereichen ergeben, mehr als eine Charakterisierung der Berufsgruppen. Unterschiede zwischen den Berufsgruppen finden sich in erster Linie darin, dass die Sozialarbeiter die Fragen zu medizinischen Aspekten weniger beantworten konnten, dafür jedoch häufig eine bessere Kenntnis zu den Rahmenbedingungen vorlag, z. B. den Regelungen der Sozialgesetzgebung. Wobei auch hier keine Pauschalaussage möglich ist und das Wissen innerhalb der Berufsgruppen zum Teil stark variierte, da die vorhandenen Kenntnisse und Erfahrungen vor allem von den spezifischen Aufgabenfeldern und der Arbeitsaufteilung unter den Mitarbeitern innerhalb einer Einrichtungen herrühren. Eben dies war auch Grundlage der Auswahl der Interviewpartner mit der ein breites Erfahrungsfeld innerhalb des umfassenden Themenbereichs der Nichtversicherung abgedeckt werden sollte. Insgesamt betrachtet ergänzen sich daher die Aussagen der einzelnen Interviewpartner sehr gut, so wie auch in der Praxis von einer engen Zusammenarbeit mit einem Informationsaustausch zwischen Medizinern und Sozialarbeitern, zum Teil mehrere Einrichtungen übergreifend, profitiert wird.

Mitarbeiter in Krankenhausverwaltung und -sozialdienst

5 der 21 Interviewpartner waren Mitarbeiter aus Krankenhausverwaltung oder Krankenhaussozialdienst aus 3 verschiedenen Krankenhäusern in Frankfurt am Main. Um die Anonymität der Interviewpartner zu wahren, wird auf die namentliche Nennung der Krankenhäuser verzichtet. Zu den Aufgaben der Sozialdienstmitarbeiter gehört unter anderem die Organisation der Weiterversorgung der Patienten nach Entlassung aus der stationären Behandlung, worunter auch der Abschluss einer Krankenversicherung und ggf. die Einbindung in einen Sozialleistungsbezug fällt. Zu den Aufgaben der Verwaltungsmitarbeiter zählen unter anderem die administrative

Aufnahme der Patienten und die Abrechnung des Krankenhausaufenthaltes. Die für diese Studie befragten Mitarbeiter aus der Krankenhausverwaltung waren jeweils auf die Kostenklärung und Abrechnung des stationären Aufenthaltes spezialisiert und dadurch mit der Problematik des fehlenden Kostenträgers aufgrund von Nichtversicherung vertraut. Wird also ein Nichtversicherter als Patient im Krankenhaus behandelt, zählen die Klärung der Rahmensituation, der Versicherungsfragen und der Möglichkeiten eines Versicherungsabschlusses, mit dem Ziel der Kostenerstattung für das Krankenhaus, zu den gemeinsamen Aufgaben der Sozialdienst- und Verwaltungsmitarbeiter. Damit ergänzen sich auch hier die Aussagen der Interviewpartner zu einzelnen abgefragten Teilbereichen gut zu einem Gesamtbild.

Ärzte oder anderes medizinisches Personal der Krankenhäuser wurden bewusst nicht in die Befragung miteinbezogen, da sie sich weniger mit der Problematik auseinandersetzen (müssen), selbst wenn sie hin und wieder Nichtversicherte behandeln. Zum einen tauchen Nichtversicherte für einen einzelnen Arzt im Krankenhaus seltener auf, als z.B. in Hilfseinrichtungen, die sich auf diese Klientel spezialisiert haben. Zum anderen befassen sich Ärzte in erster Linie mit der medizinischen Versorgung ihrer Patienten und weniger mit deren Versicherungssituation. Damit waren die Sozialdienst- und Verwaltungsmitarbeiter deutlich besser als das medizinische Personal dafür geeignet, die Position der Krankenhäuser in Interviews zu erfassen.

Mitarbeiter in Sozialamt und Jobcenter

Schließlich wurden 2 Interviews mit Mitarbeitern in Behörden geführt, die aufgrund ihres Zuständigkeitsbereiches Berührungspunkte mit Nichtversicherten haben. Dies waren ein Mitarbeiter in einer Zweigstelle des Sozialamtes Frankfurt und eine Mitarbeiterin in einer Zweigstelle des Jobcenters Frankfurt, die zur Wahrung der Anonymität nicht näher bezeichnet werden.

Mit nur 2 Interviews wird die Sichtweise der Behörden vergleichsweise wenig vertreten. Eine größere Anzahl von Interviewpartnern aus diesem Arbeitsbereich wäre zwar wünschenswert gewesen, ist für die Aussagekraft der Ergebnisse jedoch nicht unbedingt notwendig, da keine Repräsentativität in statistischem Sinne erzielt werden

soll. Somit ist es erfreulich, dass im Rahmen der Möglichkeiten der vorliegenden Studie überhaupt Gesprächspartner in Behörden gewonnen werden konnten. Dahingehende Versuche bei Krankenkassen waren im Gegensatz dazu leider nicht erfolgreich. Damit kann deren Perspektive auf das Problemfeld als einzige unter den wichtigen beteiligten Akteuren nicht direkt mittels eines Interviews einbezogen werden. Als Institutionen des Regelsystems, die über Bewilligung und Ablehnung von Anträgen auf Sozialleistungen und Krankenversicherungen entscheiden, haben sowohl Behörden als auch Krankenkassen wesentlichen Einfluss auf die (Wieder-)Eingliederung von Nichtversicherten. Sie sind nicht direkt an der Patientenversorgung beteiligt, beeinflussen aber die Behandlungsmöglichkeiten und werden damit im Problemfeld der Nichtversicherung häufig als Gegenpol zu Hilfseinrichtungen und anderen medizinischen Einrichtungen wahrgenommen, wie in den Experteninterviews zum Ausdruck kam und im Diskussionsteil thematisiert wird. Da die Rolle der Krankenkassen in der Gesamtproblematik nicht komplett außen vor gelassen werden kann, muss ihr Standpunkt in der Ergebnisdarstellung soweit möglich anhand von Rückschlüssen aus Expertenaussagen und Erkenntnissen aus der allgemeinen Recherche im Forschungsfeld abgebildet werden.

5.3.2 Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten

Allen Interviewpartnern wurde die Frage gestellt, wie viele Nichtversicherte es in Frankfurt am Main und/oder Deutschland gebe. Keinem der Experten war eine genaue oder offizielle Zahl bekannt, so dass die Frage offen blieb. Ihre Angaben zur Größenordnung der Gruppe der Nichtversicherten gründen daher auf Erfahrungen aus ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld. Die Einschätzung zur Entwicklung der Anzahl fällt dabei je nach Arbeitsbereich unterschiedlich aus, wie sich neben den dafür angegebenen Ursachen in der unten stehenden Tabelle ablesen lässt. Die Ausführung dieser Tabelle findet sich in Kapitel 5.7.

Tabelle 8: Anzahl der Nichtversicherten

	Sichtweise der Hilfseinrichtungen	Sichtweise der Krankenhäuser	Sichtweise der Behörden
Entwicklung der Anzahl	<ul style="list-style-type: none"> – genaue Zahl unbekannt, hohe Dunkelziffer – Tendenz: ansteigend, Patientenzahl insgesamt die letzten Jahre steigend 	<ul style="list-style-type: none"> – genaue Zahl unbekannt, hohe Dunkelziffer – Tendenz: im Schnitt gleichbleibend seit Versicherungspflicht (Wahrnehmung unterschiedlich: teils zu-, teils abnehmend) 	<ul style="list-style-type: none"> – genaue Anzahl unbekannt – Tendenz: weniger seit Versicherungs-pflicht und Ab-schaffung des Sozialamt-Krankenscheins
Ursachen, Zusammen- setzung der Gruppe der Nicht- versicherten	<ul style="list-style-type: none"> – zunehmender Anteil der Deutschen ohne KV (v. a. „System-Aussteiger“, Suchtkranke, psychisch Kranke) – zunehmender Anteil der Migranten, v. a. Ost-EU-Bürger seit 2004/07 (Rumänien, Bulgarien, Polen, Roma) – Anteil der Illegalisierten etwa gleichbleibend, eher weniger Zuwanderung 	<ul style="list-style-type: none"> – Patienten, die früher Sozialamt-Krankenschein bekamen, haben jetzt teils KV, teils keine (z. B. Obdachlose) – durch Kontrahierungs-zwang der KK haben Betroffene mehr Chancen auf Wiedereintritt in KV – zunehmender Anteil der Migranten, v. a. Ost-EU-Bürger seit 2004/07 (Rumänien, Bulgarien, Polen, Roma) 	<ul style="list-style-type: none"> – Personen in Sozial-leistungsbezug haben i. d. R. alle KV – Problem sind die, die Sozialleistungs-anprüche nicht verwirklichen – Deutsche haben theoretisch alle Anspruch ans staatliche Hilfesystem – Migranten erfüllen gesetzliche Voraus-setzungen oft nicht
Problematik	<ul style="list-style-type: none"> – Betroffene werden nicht gezählt, registriert, existieren offiziell nicht („System-Aussteiger“, EU-Migranten, Illegalisierte) – kein Interesse von Seiten der anderen Akteure (Behörden, Krankenkassen, Politik) an genauen Daten, damit kein Druck für Handlungsbedarf – Nichtversicherte haben keine Lobby 	<ul style="list-style-type: none"> – Betroffene werden nicht gezählt, registriert, existieren offiziell nicht („System-Aussteiger“, EU-Migranten, Illegalisierte) – kein Interesse von Seiten der anderen Akteure (Politik, Behörden, Krankenkassen) an genauen Daten, damit kein Druck für Handlungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> – statistisch erfasst werden nur Personen, die sich bei Behörden registrieren, in Sozial-leistungsbezug stehen – es existiert keine behördliche Statistik über Nichtversicherte

5.3.3 Lebensumstände und Grundsituationen der Nichtversicherten

Die von den Experten genannten Fälle von Nichtversicherung sind unabhängig von den drei unterschiedenen Arbeitsbereichen im Wesentlichen deckungsgleich. Zwar wurden nicht von allen Experten alle Situationen von Nichtversicherung beschrieben, jedoch ergänzen sich die Schilderungen zu einem Gesamtbild, das über die Grenzen der

speziellen Arbeitsfelder hinausgeht, so dass hier keine Unterteilung nach Arbeitsbereichen vorgenommen wird. Die eindeutige Trennung und Bezeichnung der einzelnen Fälle erweist sich aufgrund häufiger Überschneidungen teilweise als schwierig. Aus den Aussagen der Experten lassen sich dennoch einige wiederkehrende Grundsituationen identifizieren, die sich aus den jeweiligen Lebensumständen der Betroffenen ergeben. Diese wurden als Basis für die folgende Darstellung gewählt und bilden damit auch die Grundlage für die Ausführungen in Kapitel 5.4. Außerdem schilderten die Experten zusätzliche Einflussfaktoren für das Entstehen von Nichtversicherung, die sich den Grundsituationen zuordnen lassen, diese teilweise bedingen oder sich daraus ergeben. Diese werden zusammen mit den Merkmalen der Grundsituationen aufgelistet. In einer separaten Tabellenspalte wird der jeweilige Zusammenhang mit der Krankenversicherung aufgezeigt, indem die Anknüpfungspunkte mit dem Versicherungssystem und die Mechanismen benannt werden, in denen den Experten zufolge Probleme zu finden sind. Die Tabelle bietet damit einen Überblick darüber, wie die Grundsituationen der Betroffenen über die zugehörigen Einflussfaktoren mit der Versicherungssituation in Beziehung stehen und wie aus diesem Zusammenhang letztlich Nichtversicherung entsteht.

Tabelle 9: Fälle von Nichtversicherung

Grund-situation	Merkmale der Grundsituation und zugehörige Einflussfaktoren	Einfluss auf Krankenversicherung
Arbeitslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> – Zusammenhang mit sozialem Absturz, Eintritt von unvorhergesehen Lebensereignissen, -umständen: berufliches Scheitern, Arbeitsunfähigkeit, Wohnungsverlust, finanzielle Schwierigkeiten, Trennung von Partner/Familie, Krankheit – statt dauerhafter Arbeitsaufnahme kurzzeitige Jobs in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen (Schwarzarbeit), Niedriglohnsektor – Hilfe von anderen und/oder staatliche Hilfe abgelehnt, nicht in Anspruch genommen, nicht zugänglich 	<ul style="list-style-type: none"> – selbstverantwortlich für KV, KV nicht mehr „automatisch“ über Arbeitsplatz – kein Bezug von Sozialleistungen, da kein Anspruch oder Anspruch nicht geltend gemacht (kein unmittelbarer Bedarf, Ablehnung staatlicher Hilfe, Unkenntnis der Regelungen, Voraussetzungen nicht erfüllt, Überforderung durch zu hohe Anforderungen) – Unterbrechung des ALG-II-Bezugs mit Unterbrechung der KV (Mitwirkungspflicht nicht erfüllt)
Wohnungslosigkeit, Wohnungsnot	<ul style="list-style-type: none"> – Zusammenhang mit sozialem Absturz, Eintritt von unvorhergesehen Lebensereignissen, -umständen (s. o.) – andere Denk- und Lebensweise führt 	<ul style="list-style-type: none"> – KV, soziale Absicherung etc. haben keine Priorität (Verlust der KV unbemerkt, hingenommen) – kein Bezug von Sozialleistungen,

	<p>zu Ausstieg/Ausgrenzung aus Gesellschaft und Regelsystem, v. a. bei langjährigen Wohnungslosen („System-Aussteiger“, „Rausfaller“)</p> <ul style="list-style-type: none"> – kombiniert mit Arbeitslosigkeit, unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen (Schwarzarbeit), anderen Geldquellen (Betteln, Flaschensammeln) – Hilfsangebote werden nicht genutzt (staatliches Hilfsnetz, Hilfseinrichtungen), Kontakt mit Behörden, Institutionen wird vermieden (negative Erfahrungen) 	<p>da kein Anspruch oder Anspruch nicht geltend gemacht (s. o.)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Lebensweise nicht kompatibel mit Vorgaben des Regelsystems (z. B. umherziehend mit häufigen Ortswechseln) – Überforderung durch Anforderungen des Regelsystems (Kleinigkeiten werden zu Hürden, z. B. fehlende Dokumente)
Psychische Krankheit, Suchterkrankung	<ul style="list-style-type: none"> – andere Denkweise, Wahrnehmung führen zu Ausstieg/Ausgrenzung aus Gesellschaft und Regelsystem („System-Aussteiger“, „Rausfaller“) – kombiniert mit Wohnungslosigkeit und/oder Arbeitslosigkeit (s. o.) – fehlende Krankheitseinsicht – Suchtbefriedigung hat Priorität – fehlendes Durchhaltevermögen – Hilfsangebote werden nicht genutzt (s. o.) (krankheitsbedingt) 	<ul style="list-style-type: none"> – KV, soziale Absicherung etc. haben keine Priorität (Verlust der KV unbemerkt, hingenommen) – kein Bezug von Sozialleistungen, da kein Anspruch oder Anspruch nicht geltend gemacht (s. o.) – Lebens- und Denkweise nicht kompatibel mit Vorgaben des Regelsystems – Überforderung durch Anforderungen des Regelsystems (krankheitsbedingt)
(Ehemals) Beruflich Selbständige	<ul style="list-style-type: none"> – beruflicher Misserfolg, Arbeitsunfähigkeit oder dauerhaft geringverdienend: als Selbstzahler in finanzieller Notlage KV „gespart“ – Arbeitslosigkeit ohne ALG-Bezug – vereinzelt bewusste/gewollte Entscheidung gegen KV, ohne Notlage – Zusammenhang mit sozialem Absturz, Eintritt von unvorhergesehenen Lebensereignissen, -umständen (s. o.) 	<ul style="list-style-type: none"> – selbstverantwortlich für KV – kein Bezug von Sozialleistungen, da kein Anspruch oder Anspruch nicht geltend gemacht (s. o.) – Beitragsrückstände als Schulden – abweisendes Verhalten der privaten Versicherungsunternehmen bei Versuch des Wiedereinstiegs – Sonderregelungen der PKV (problematisch auch unter Sozialleistungsbezug)
Rentner	<ul style="list-style-type: none"> – niedrige Rente nicht ausreichend für KV-Beitrag (bei Selbstzahlern) – Unwissenheit, Unkenntnis der Regelungen (KV-Änderung bei Renteneintritt) 	<ul style="list-style-type: none"> – Verlust der KV bei Renteneintritt – selbstverantwortlich für KV, wenn Vorversicherungszeiten nicht erfüllt und keine Pflichtversicherung in KVdR
Mitversicherte in Familienversicherung	<ul style="list-style-type: none"> – Ausscheiden aus KV: Ehepartner nach Scheidung, Erreichen der Altersgrenze – Unwissenheit – kein geregeltes/ausreichendes Einkommen: kein KV-Neuabschluss 	<ul style="list-style-type: none"> – Verlust der KV unbemerkt, hingenommen, kein Neuantrag – selbstverantwortlich für KV, wenn keine KV über Arbeitsverhältnis
Studierende	<ul style="list-style-type: none"> – Ausscheiden aus KV: studentischer KV-Tarif endet (30. Lj., 14. Semester) – kein geregeltes/ausreichendes Einkommen: als Selbstzahler bei erhöhtem KV-Beitrag KV „gespart“ 	<ul style="list-style-type: none"> – Verlust der KV unbemerkt, hingenommen, kein Neuantrag – selbstverantwortlich für KV, wenn keine KV über Arbeitsverhältnis

Auslandsrückkehrer	<ul style="list-style-type: none"> – Rückkehr nach beruflichem oder privatem Misserfolg – Rückkehr aufgrund Erkrankung mit Behandlungsbedarf – Abschiebung nach Gesetzeskonflikt – stranden in FFM nach Ankunft am internationalen Flughafen (zuvor anderer Wohnort in Deutschland) – keine KV oder soziale Absicherung im Ausland gehabt 	<ul style="list-style-type: none"> – bei Rückkehr KV nicht erste Priorität – wegen langer Versicherungslücke Klärung der Zuständigkeit der Krankenkasse problematisch – Beitragsrückstände als Schulden – Altersgrenze für GKV überschritten
Haftentlassene	<ul style="list-style-type: none"> – während Haft KV über Haftanstalt – eigene KV unterbrochen oder gekündigt – nach Haftentlassung erneut Eigenverantwortung in allen Lebensbereichen – Überforderung, Unwissenheit 	<ul style="list-style-type: none"> – Verlust der KV unbemerkt, hingegenommen, kein Neuantrag – Verlust des Sozialleistungsbezugs, kein Neuantrag – selbstverantwortlich für KV nach Haftentlassung
Migranten	<ul style="list-style-type: none"> – Aufenthaltsstatus entscheidet über Möglichkeiten der Integration – schlechte/ungeregelte Arbeitsverhältnisse (Schwarzarbeit), Niedriglohnsektor, Arbeitslosigkeit – Familienangehörige ohne KV (Partner, Eltern, Kinder) – zusätzliche Barrieren: geringe Sprachkenntnisse, Unkenntnis der Regelungen und Gesetze 	<ul style="list-style-type: none"> – keine KV über Arbeitsplatz – kein oder erschwerter Zugang zum Sozialleistungssystem – selbstverantwortlich für KV, wenn keine KV über Arbeitsverhältnis – abweisendes Verhalten der Versicherungsunternehmen bei Versuch des KV-Einstiegs (eingeschränkter Kontrahierungszwang trotz Versicherungspflicht)
Ost-EU-Migranten	<ul style="list-style-type: none"> – Arbeitsmigranten in unregelmäßigten Arbeitsverhältnissen (Schwarzarbeit, Scheinselbstständigkeit), Niedriglohnsektor, Arbeitslosigkeit – eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt: eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit – kein geregeltes Einkommen – zusätzliche Probleme (Wohnungslosigkeit, Krankheit, Suchtverhalten) 	<ul style="list-style-type: none"> – keine KV über Arbeitsverhältnis – kein Geld für KV als Selbstzahler – kein oder erschwerter Zugang zum Sozialleistungssystem – keine KV im Heimatland – anderes KV-System im Heimatland – keine Reise-KV, keine europäische KV-Karte
Illegalisierte (Migranten in aufenthaltsrechtlicher Illegalität)	<ul style="list-style-type: none"> – prekäre Lebensumstände (Wohn-, Arbeitssituation, Anonymität) – kein geregeltes Einkommen bei unregelmäßigten Arbeitsverhältnissen oder Arbeitslosigkeit – drohende Abschiebung bei Bekanntgabe persönlicher Daten 	<ul style="list-style-type: none"> – KV nur bei Legalisierung des Aufenthaltes möglich – Asylantrag erfolglos oder aussichtslos
Touristen, Besucher	<ul style="list-style-type: none"> – abhängig von Visumpflicht ist auch KV Pflicht für Einreise – Touristen, Geschäftsreisende – Durchreisende (über Flughafen mit internationaler Anbindung) – Besucher, Familienangehörige von Migranten, v. a. aus armen Ländern 	<ul style="list-style-type: none"> – falls Reise-KV vorhanden, dann nur für akute Erkrankungen gültig – falls keine KV, dann Abrechnung als Selbstzahler

5.3.4 Beeinflussende gesetzliche Rahmenbedingungen

Neben den Grundsituationen spielen den Experten zufolge verschiedene gesetzliche Regelungen eine Rolle in Bezug auf Nichtversicherung. Sie geben die Rahmenbedingungen vor, innerhalb derer es zum Verlust oder Abschluss einer Krankenversicherung kommt und bestimmen die Möglichkeiten für einen Wiedereinstieg ins Regelsystem. Genauso legen sie die Bedingungen für den Zugang zum Sozialleistungssystem und Arbeitsmarkt fest, für Migranten zudem die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen, die alle Einfluss auf die Versicherungssituation haben. Die wichtigsten dieser rechtlichen Vorgaben werden in den folgenden drei Tabellen stichpunktartig aufgeführt. Dabei finden sich Angaben zu ihren zentralen Aspekten, den Auswirkungen auf Betroffene und Problemen in der Umsetzung der Gesetzesvorgaben. Den Arbeitsbereichen der Experten kommt in diesem Zusammenhang keine vorrangige Bedeutung zu. Unterschiede in der Beurteilung der gesetzlichen Vorgaben werden in die tabellarische Übersicht in Kapitel 5.3.6 einbezogen und in der Diskussion des Problemkomplexes in Kapitel 6.4 aufgegriffen. Stattdessen erfolgt zur besseren Strukturierung des Materials eine Trennung in drei thematische Bereiche. Unterschieden wird nach gesetzlichen Regelungen, die in Zusammenhang mit der Versicherungspflicht (Tabelle 10-1) oder der Sozialgesetzgebung (Tabelle 10-2) stehen sowie Regelungen, die speziell für Migranten entscheidend sind (Tabelle 10-3). Eine ausführliche Erläuterung der Zusammenhänge und eine Veranschaulichung ihrer Bedeutung für die Problematik der Nichtversicherung folgen hauptsächlich in Kapitel 5.5, teilweise auch in Kapitel 5.4.

**Tabelle 10-1: Gesetzliche Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Krankenversicherungssituation
– im Zusammenhang der Versicherungspflicht**

Gesetzliche Regelung	Zentrale Aspekte	Auswirkungen auf Betroffene, Probleme bei Umsetzung
Einführung der Versicherungspflicht 2007/09	<ul style="list-style-type: none"> – Verpflichtung zur KV für alle in Deutschland lebenden Personen – Kontrahierungszwang regelt Zuständigkeiten der Krankenkassen, erleichtert damit (theoretisch) die Möglichkeit des Wiedereintritts in KV – deutsche Staatsbürger müssten und könnten (theoretisch) alle KV haben 	<ul style="list-style-type: none"> – Schwierigkeiten bei der Gesetzesanwendung in der Praxis, KV-Abschluss gelingt nicht immer – Details der Regelung bewirken strukturelle Hürden für den Wiedereinstieg in KV (s. u.) – für Migranten ist Anwendung schwierig(er)

Kontrahierungszwang der Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> – die letzte versichernde KK ist (innerhalb der Wartefrist) zur Wiederaufnahme verpflichtet, hat aber Anspruch auf Beitragsrückstände – Altersgrenze für Wiedereintritt in GKV schränkt Kontrahierungszwang ein – Sonderregelungen für PKV lockern Kontrahierungszwang (s. u.) 	<ul style="list-style-type: none"> – Krankenkassen prüfen ihre Zuständigkeit und auch Möglichkeit der Ablehnung – Nachweis der Zuständigkeit u.U. problematisch (nach längerer Versicherungslücke, keine Unterlagen mehr über letzte KV vorhanden, letzte KV existiert nicht mehr oder ist nicht mehr zuständig)
Sonderregelungen für PKV	<ul style="list-style-type: none"> – Rechtsgrundlage ist Versicherungsrecht und Unternehmensrecht, anstatt Sozialgesetzgebung (wie bei GKV) – Kontrahierungszwang gelockert, gilt nur bezüglich Basistarif – keine Rückkehr in früheren Tarif nach Versicherungslücke – für Vertragsbeginn ist Zeitpunkt der Antragstellung nicht bindend, d. h. KV gilt nicht rückwirkend – Wechsel von PKV in GKV nur in Ausnahmefällen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – Klärung der Zuständigkeit zur (Wieder-)Aufnahme in KV und Bewilligung eines KV-Antrags sind erschwert – trotz schließlich erfolgreicher Versuche des Wiedereinstiegs entsteht längere Versicherungslücke (PKV gilt nicht rückwirkend) – Basistarif bietet schlechte Konditionen – Neuantrag führt evtl. zu schlechteren Konditionen als früherer Tarif
Beitragsrückstände bei Nichtzahlern	<ul style="list-style-type: none"> – Krankenkassen können vor Wiederaufnahme Beitragsrückstände für Versicherungslücke einfordern – unter Sozialleistungsbezug bleiben Beitragsrückstände als Schulden, trotzdem gilt voller KV-Schutz – besteht noch Mitgliedschaft muss KK Notfallbehandlung übernehmen 	<ul style="list-style-type: none"> – bei Selbstzahlern verhindern hohe Schulden den Wiedereinstieg in KV – nach Ende des Sozialleistungsbezugs gelten Schulden erneut – theoretisch ist Notfallbehandlung abgesichert, Anwendung in Praxis unklar bzw. unsicher

**Tabelle 10-2: Gesetzliche Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Krankenversicherungssituation
– im Zusammenhang der Sozialgesetzgebung**

Gesetzliche Regelung	Zentrale Aspekte	Auswirkungen auf Betroffene, Probleme bei Umsetzung
Änderungen durch Sozial- und Gesundheitsreformen (seit 2003/04)	<ul style="list-style-type: none"> – Grundsatz der staatlichen Unterstützung geändert: „Fördern und Fordern“, d. h. von Antragstellern und Leistungsempfängern wird mehr Mitwirkung und Eigenständigkeit verlangt – zunehmende Komplexität des Regelsystems: umfassende Gesetzesgrundlage und verschiedene Zuständigkeiten sind unübersichtlich für Betroffene und Fachleute – zunehmende Bürokratie: unflexible Struktur des Regelsystems (Behörden und Krankenkassen) 	<ul style="list-style-type: none"> – auf Einzelfälle oder Problemfälle kann nicht genug eingegangen werden, es gibt keine Ausnahmeregelungen – Fehler in Bearbeitung von Anträgen, Falschinformationen führen zu Versicherungslücken – Vielzahl der Schnittstellen führt zum Abweisen der Zuständigkeit und zu Systemlücken – Einstieg in Sozialleistungssystem ist mehr also zuvor mit vielen (kleinen und großen) Hürden verbunden

		<ul style="list-style-type: none"> – erhöhte Anforderungen an Hilfesuchende führen zu Überforderung: Fähigkeiten zu Mitwirkung und Eigeninitiative sind je nach Grundsituation unterschiedlich
Abschaffung des Krankenscheins	<ul style="list-style-type: none"> – keine punktuelle Kostenerstattung durch das Sozialamt mehr, sondern dauerhafte Einbindung in reguläres KV-System – Bedeutung für Sozialamt: Kostenersparnis, Zuständigkeit für Nicht-versicherte weitestgehend abgegeben 	<ul style="list-style-type: none"> – Problem der Kostenerstattung bei Vakanzen wird auf versorgende Einrichtungen übertragen (Hilfseinrichtungen, Krankenhäuser) – Klärung der Zuständigkeiten liegt in Verantwortung der Betroffenen und Hilfeleistenden – KV-Abschluss ist komplexer, langwieriger und unsicherer als Ausstellung des Krankenscheins
Mitwirkungspflicht bei ALG-II-Bezug	<ul style="list-style-type: none"> – Anforderungen an Leistungsempfänger: z. B. Ausfüllen komplizierter Formulare, Vorlage verschiedener Unterlagen, Einhalten von Terminen, Teilnahme an Maßnahmen, fristgerechter Folgeantrag 	<ul style="list-style-type: none"> – aus Überforderung werden Leistungen nicht in Anspruch genommen, kommt es zum Abbruch oder Unterbrechung des Leistungsbezugs
Abschluss einer KV ist nicht in ALG-II-Antrag integriert	<ul style="list-style-type: none"> – Antragsteller ist selbst verantwortlich dafür, KV abzuschließen: zuständige Krankenkasse finden, KV-Antrag stellen, Unklarheiten (z. B. über Zuständigkeit) klären und Aufnahme in KV erreichen – keine regelhafte Kommunikation zwischen Behörde und Krankenkasse 	<ul style="list-style-type: none"> – Überforderung oder fehlende Mitwirkung der Betroffenen – mangelnde direkte Kommunikation zwischen Behörde und Krankenkasse führt zu zusätzlichen Schnittstellen, Verlust von Information, Fehlern in Bearbeitung der Anträge

Tabelle 10-3: Gesetzliche Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Krankenversicherungssituation – bei Migranten

Gesetzliche Regelung	Zentrale Aspekte	Auswirkungen auf Betroffene, Probleme bei Umsetzung
EU-Erweiterung 2004/07	<ul style="list-style-type: none"> – vermehrte Zuwanderung von EU-Migranten nach Deutschland, v. a. aus armen Ost-EU-Beitrittsländern (Rumänien, Bulgarien) 	<ul style="list-style-type: none"> – wirtschaftliche Ungleichheit, Migrationsdruck bringen Arme und sozial schwache Personen nach Deutschland
Eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit (neue EU-Länder) 2004/07–2011/14	<ul style="list-style-type: none"> – eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt für EU-Arbeitsmigranten: kein Angestelltenverhältnis (mit KV über Arbeitsplatz), nur Berufstätigkeit als Selbständige möglich 	<ul style="list-style-type: none"> – halblegale Arbeitsverhältnisse durch Scheinselbständigkeit mit Gewerbeschein, aber ohne Abschluss einer KV – Schwarzarbeit mit unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen, ohne KV

Eingeschränkter Zugang zu Sozialleistungen für EU-Migranten (neue EU-Länder)	– nach Prüfung der Voraussetzungen Sozialleistungsbezug möglich: nach mind. 5 Jahren nachweislichem und dauerhaftem Aufenthalt in Deutschland oder nach geregelter Arbeitsverhältnis	– langer Zeitraum zu überbrücken – für Betroffene schwierig die Kriterien zu erfüllen und Beweise vorzulegen – Freizügigkeit kann entzogen werden, Konsequenz ist Ausweisung
Europäische KV-Karte	– gebunden an KV im Heimatland, muss beantragt werden – nicht praktikabel wenn dauerhafter Lebensmittelpunkt in Deutschland	– Problem v. a. mit neuen EU-Länder, da unterschiedliche Versicherungssysteme, Handhabung der KV-Karte – für Helfer Anwendung unklar, Kostenerstattung problematisch
Reise-KV für Touristen	– deckt nur akute Erkrankungen ab – nicht praktikabel wenn dauerhafter Lebensmittelpunkt in Deutschland und Tourist nur als offizieller Status	– viele Behandlungen nicht abgedeckt, v. a. wenn Betroffene eigentlich keine Touristen sind
Allgemeine Verwaltungsvorschrift 2009	– Regelung für Illegalisierte: anonyme Notfallbehandlung mit Kostenübernahme durch das Sozialamt möglich	– praktische Umsetzung funktioniert nicht: Sozialamt lehnt anonyme Kostenerstattung ab, verlangt Prüfung der Bedürftigkeit mit Nennung der Personendaten
Status Asylbewerber	– Asylantrag regelt Anspruch auf medizinische Versorgung nach Asylbewerberleistungsgesetz, Notfallversorgung ist gewährleistet	– unerwünschte Auswirkungen des Asylantrags, z. B. Verteilungsregelung und Leben in Asylbewerber-Unterkünften – eingeschränkte Aussicht auf Bewilligung, z. B. für wirtschaftliche Flüchtlinge

5.3.5 Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Versorgung

Der zweite Teil der Fragestellung beschäftigt sich mit den Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung betroffener Patienten. In der nachfolgenden Tabelle finden sich die zentralen Aussagen zum Bedarf an medizinischer Versorgung von Seiten der Patienten, den Möglichkeiten und Grenzen, die die lokalen Strukturen in Frankfurt am Main bieten und zur Einschätzung der Versorgungssituation und den Auswirkungen auf das Hilfesystem und die gesundheitliche Situation der Betroffenen. Da die Beurteilung der Situation je nach der durch das Arbeitsfeld geprägten Sichtweise der Experten unterschiedlich ausfällt, wird in dieser Tabelle erneut eine Aufteilung der drei Arbeitsbereiche vorgenommen. Die Inhalte dieser Tabelle werden in Kapitel 5.8 ausgeführt.

Tabelle 11: Medizinische Versorgung Nichtversicherter

	Sichtweise der Hilfseinrichtungen	Sichtweise der Krankenhäuser	Sichtweise der Behörden
Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> – allgemein eher schlechter Gesundheitszustand, wenig Gesundheitsbewusstsein – neben akuten Erkrankungen auch chronische, dauerhaft behandlungsbedürftige Krankheiten – schwere Krankheitsverläufe mit Komplikationen, fortgeschrittene Erkrankungen wegen spätem/ keinem Behandlungsbeginn – psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen sind häufig 	<ul style="list-style-type: none"> – wie Sichtweise der Hilfseinrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> – psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen sind häufig – darüber hinaus keine Erfahrung mit medizinischen Problemen ihrer Klienten
Möglich- keiten	<ul style="list-style-type: none"> – niedrigschwellige Basisversorgung, Überbrückung von Vakanzen in Hilfseinrichtungen – in Einzelfällen erweiterte Diagnostik und Therapie bei Fachärzten durch Ärztenetzwerk – in Einzelfällen kostenfreie Behandlung oder als Selbstzahler bei niedergelassenen Ärzten – in Notfällen stationäre Einweisung ins Krankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> – Basisversorgung in Hilfseinrichtungen – in Notfällen stationäre Behandlung im Krankenhaus – was akut medizinisch notwendig ist wird behandelt, dann auch Gleichbehandlung wie alle Patienten – Abrechnung als Selbstzahler 	<ul style="list-style-type: none"> – Basisversorgung in Hilfseinrichtungen – in Notfällen stationäre Behandlung im Krankenhaus
Grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – teils müssen notwendige Behandlungen aufgeschoben werden bis KV besteht oder sind überhaupt nicht möglich – Hilfsnetz kann nicht alles auffangen: begrenzte Diagnostik-/ Therapiemöglichkeiten, finanzielle Grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> – nicht akut notwendige Behandlungen werden verschoben bis KV geregelt ist – Hilfsnetz und Krankenhäuser können nicht alles auffangen: v. a. finanzielle Grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> – keine Aussagen, keine Erfahrung damit
Ver- sorgungs- situation, Aus- wirkungen	<ul style="list-style-type: none"> – Nichtversicherte sind medizinisch schlechter versorgt – stärkeres Abwiegen vor Behandlung, kostengünstigere Behandlung bevorzugt – ohne Eingliederung in Regelversorgung keine dauerhafte adäquate Versorgung möglich – werden Kranke vom Regelsystem abgewiesen wird die Verantwortung aufs Hilfsnetz übertragen – Hilfseinrichtungen füllen Vakanzen, die durch Systemlücken entstehen 	<ul style="list-style-type: none"> – stärkeres Abwiegen vor Behandlung, kostengünstigere und kürzere Behandlung bevorzugt – ohne Eingliederung in Regelversorgung keine dauerhafte adäquate Versorgung möglich – versorgende Einrichtungen kompensieren Vakanzen, teils mit hohen Kosten und Arbeitsaufwand verbunden 	<ul style="list-style-type: none"> – keine Aussagen, keine Erfahrung damit

5.3.6 Unterschiedliche Standpunkte der Expertengruppen im Problemfeld Nichtversicherung

In diesem letzten Abschnitt der Darstellung der Expertenaussagen findet sich getrennt nach Arbeitsbereichen eine Übersicht der von den Experten genannten allgemeinen Problempunkte zum Thema Nichtversicherung. Die Aussagen werden sortiert nach Angaben, die sich auf die Interaktion mit Nichtversicherten selbst beziehen, auf andere Akteure, mit denen Kontakt und Berührungspunkte bestehen sowie auf Strukturen des Systems, die als problematisch betrachtet werden. Schließlich werden die aus jeweiliger Expertensicht zentralen Gesichtspunkte des Problemfeldes Nichtversicherung aufgelistet. Die hier genannten Punkte werden im Verlauf des Kapitels 5 in die Darstellung eingeflochten und insbesondere in Kapitel 5.8 aufgegriffen.

Tabelle 12: Unterschiedliche Standpunkte im Problemfeld Nichtversicherung

	Sichtweise der Hilfseinrichtungen	Sichtweise der Krankenhäuser	Sichtweise der Behörden
Interaktion mit Nichtversicherten	<ul style="list-style-type: none"> – fehlende KV wird erst im Krankheitsfall realisiert, thematisiert – fehlende Mitarbeit, Kontaktabbruch, Abbruch des Hilfeprozesses durch Betroffene – ohne dauerhafte Anbindung an Einrichtung keine Klärung der Umstände 	<ul style="list-style-type: none"> – fehlende KV wird erst im Krankheitsfall realisiert, thematisiert – fehlende Mitarbeit, falsche Angaben zu Personendaten oder KV – in kurzer Aufenthaltsdauer keine vollständige Klärung, nach Entlassung Kontaktabbruch – viele hätten KV, wenn sie sich kümmern würden 	<ul style="list-style-type: none"> – Erfolg ist abhängig von Mitwirkung der Betroffenen – Probleme entstehen, wenn Sozialleistungsansprüche nicht verwirklicht sind – mit Einbindung ins Hilfesystem ist KV geregelt
Interaktion mit anderen Akteuren	<ul style="list-style-type: none"> – ablehnendes Verhalten gegenüber Hilfesuchenden, Desinteresse der Behörden oder Krankenkassen an „unattraktiven“ Klienten (alt, krank, arbeits-, wohnungslos) – fehlende Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft der Behörden oder Krankenkassen mit Hilfseinrichtungen im Sinne der Hilfesuchenden (kein Interesse an zügiger Bearbeitung von Seiten der Behörden, keine Auskünfte an 	<ul style="list-style-type: none"> – ablehnendes Verhalten gegenüber Hilfesuchenden, Desinteresse der Behörden oder KK an „unattraktiven“ Klienten (alt, krank, arbeits-, wohnungslos) – fehlende Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft der Behörden oder KK zur Klärung der Situation (keine Auskünfte über Personen, keine direkten 	<ul style="list-style-type: none"> – ablehnendes Verhalten der Krankenkassen, Versuche Zuständigkeit abzuweisen bei „unattraktiven“ Klienten (alt, krank, arbeits-, wohnungslos)

	Hilfseinrichtungen, keine direkten Ansprechpartner, keine regelhafte produktive Zusammenarbeit)	Ansprechpartner, keine regelhafte produktive Zusammenarbeit)	
Strukturelle Lücken, Hürden	<ul style="list-style-type: none"> – keine dauerhaft gesicherte Finanzierung der Hilfseinrichtungen – Suche nach Kostenträger ist Aufgabe derer die medizinische Hilfe leisten (Hilfsnetz, Krankenhäuser): oft Abweisen der Zuständigkeit mit Verweis auf andere Träger – Komplexität des Regelsystems, Bürokratie: unübersichtlich für Hilfesuchende und -leistende, teils sogar für Mitarbeiter in Behörden 	<ul style="list-style-type: none"> – Suche nach Kostenträger ist Aufgabe derer die medizinische Hilfe leisten (Hilfsnetz, Krankenhäuser): oft Abweisen der Zuständigkeit mit Verweis auf andere Träger – Komplexität des Regelsystems, Bürokratie: unübersichtlich für Hilfesuchende und -leistende, teils sogar für Mitarbeiter in Behörden 	<ul style="list-style-type: none"> – aus Umstrukturierungen, umfangreicher Gesetzgebung, Personalmangel folgen hohe Anforderungen an Mitarbeiter – neue Gesetze sind anfangs immer lückenhaft, werden durch Grundsatzurteile vervollständigt
Zentrale Aspekte, Probleme	<ul style="list-style-type: none"> – theoretischer KV-Anspruch nicht immer umsetzbar – Hürden des Regelsystems wirken überfordernd und abschreckend, v. a. für besonders Hilfebedürftige – Problem der fehlenden Kostenerstattung wird auf Hilfeleistende übertragen – Zeiten der Vakanz müssen vom Hilfesystem überbrückt werden, andere Akteure ziehen sich aus der Verantwortung zurück – medizinische Hilfe ist sofort notwendig, Bürokratie und Arbeitsweise des Regelsystems sind langsam – trotz gutem Hilfsnetz und aller Bemühungen keine adäquate medizinische Versorgung möglich – Konflikt: gutes Hilfsnetz löst akute Probleme aber stabilisiert gleichzeitig das System mit seinen Lücken, mindert Anreiz für Betroffene, sich selbst zu kümmern 	<ul style="list-style-type: none"> – theoretischer KV-Anspruch nicht immer umsetzbar – Hürden des Regelsystems wirken überfordernd und abschreckend – Problem der fehlenden Kostenerstattung wird auf Hilfeleistende übertragen – Krankenhausbehandlung ist i. d. R. sehr kostenintensiv, Kostenerstattung schwieriger als früher – medizinische Hilfe ist sofort notwendig, Klärung der Situation erfolgt erst im Nachhinein: für Betroffene kein Anreiz sich zu kümmern, andere Akteure ziehen sich aus der Verantwortung – steigender Arbeits- und Zeitaufwand zur Klärung der Situation bei komplexerem Regelsystem 	<ul style="list-style-type: none"> – theoretischer Anspruch wird nicht bzw. unzureichend verwirklicht – insgesamt ausreichendes Angebot an Unterstützungsmaßnahmen, wird von Bedürftigen nicht genutzt – Klärung der Zuständigkeiten teils komplexer als früher – bei Einzelfällen bzw. Sonderfällen ist Lösungsfindung kompliziert

5.4 Grundsituationen typischer Fälle von Nichtversicherung

Die in den Patienten- und Experteninterviews erfassten Fälle von Nichtversicherung weisen stellenweise Gemeinsamkeiten auf, in denen sich nach genauerer Betrachtung wiederkehrende Strukturen und Kausalmechanismen identifizieren lassen. Ausgangspunkt dafür sind die jeweiligen Grundsituationen, die eng mit den Lebensumständen der betreffenden Personen zusammenhängen (siehe Tabelle 9 in Kapitel 5.3.3). Sie geben unter anderem vor, welche gesetzlichen Rahmenbedingungen für die einzelnen Fälle gelten (siehe Tabellen 10-1 bis 10-3 in Kapitel 5.3.4). Damit resultieren aus Grundsituation und Gesetzesrahmen die Bedingungen, die im Zusammenspiel mit zusätzlichen Einflussfaktoren die Entstehungsmechanismen für Nichtversicherung lenken.

In den realen Patientenfällen vermischen sich zumeist mehrere Aspekte miteinander, d.h. das Nichtversichertsein lässt sich selten auf einen einzigen Kausalmechanismus und eine einzige Grundsituation zurückführen, sondern ist vielmehr das Resultat aus dem Zusammenwirken mehrerer Mechanismen und Faktoren, das wiederum nicht notgedrungen im Fehlen der Krankenversicherung enden muss, aber kann. Trotz aller Gemeinsamkeiten finden sich daher unter den erfassten Fällen keine zwei, die komplett identisch wären. So vielfältig wie die Lebenssituationen der befragten Personen sind auch die Möglichkeiten, wie verschiedene Faktoren aufeinandertreffen, ineinandergreifen und zu einem bestimmten Ergebnis führen können.

Gleichzeitig ergibt sich daraus die in Kapitel 5.1 erwähnte Schwierigkeit, eine Darstellungsform zu finden, mit der die Ergebnisse übersichtlich und für den Leser nachvollziehbar wiedergegeben werden können. Im Sinne einer besseren Strukturierung der Ergebnisse wurde eine Trennung von Grundsituationen und strukturellen Rahmenbedingungen als notwendig erachtet, auch wenn aufgrund der vielen Beziehungen der Einflussfaktoren untereinander dadurch manche Redundanzen in der Ergebnisdarstellung unvermeidbar sind. Denn um die Kausalmechanismen in den verschiedenen Grundsituationen zu verstehen, muss den Erläuterungen der jeweiligen Rahmenbedingungen in Kapitel 5.5 stellenweise vorgegriffen werden.

In diesem Kapitel werden als Ergebnis der Analyse des empirischen Materials typische Fallkonstellationen von Nichtversicherung dargestellt, die aus den rekonstruierten Patientenfällen (siehe Kapitel 5.2) und den Kernaussagen in den Experteninterviews (siehe Kapitel 5.3) abgeleitet wurden. Sie basieren auf den Grundsituationen, nach denen die tabellarische Übersicht in Kapitel 5.3.3 strukturiert wurde. In Kapitel 5.5 werden die strukturellen Rahmenbedingungen gesondert betrachtet, um zu verdeutlichen, dass ihnen eine eigene kausale Bedeutung für das Entstehen von Nichtversicherung zukommt. Durch die eingefügten Zitate aus den Interviews wird der Bezug zwischen dem zugrundeliegenden empirischen Material und den daraus abgeleiteten Ergebnissen erhalten.

5.4.1 Arbeitslosigkeit

Der Eintritt von Arbeitslosigkeit bedeutet oftmals nicht nur einen deutlichen Einschnitt im Lebenslauf, der Veränderungen der Lebensumstände nach sich zieht, sondern auch einen Einschnitt im Versicherungsverlauf mit einer Veränderung des Versicherungsstatus bei der Krankenversicherung. Solange ein geregeltes Arbeitsverhältnis besteht, besteht auch die Krankenversicherung meist „automatisch“, zumindest was angestellte Arbeitnehmer betrifft, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert sind. (Auf die Besonderheiten der privaten Krankenversicherung (PKV), insbesondere bei beruflich Selbständigen, die sich als Selbstzahler krankenversichern müssen und die sogenannte freiwillige Versicherung in einer GKV, wird in eigenen Kapiteln eingegangen.) Angestellte teilen ihrem Arbeitgeber zu Beginn des Arbeitsverhältnisses mit, in welcher Krankenkasse eine Mitgliedschaft besteht, danach werden die Krankenversicherungsbeiträge als Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil direkt vom Arbeitgeber abgeführt bzw. vom Gehalt abgezogen, ohne dass der Arbeitnehmer darauf weiter Einfluss nehmen könnte. Wird das Arbeitsverhältnis beendet, erfolgt mit dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses eine Abmeldung bei der Krankenkasse durch den Arbeitgeber, so dass infolge von ihm keine Krankenversicherungsbeiträge mehr gezahlt werden. Nun ist es Aufgabe des bis dato Arbeitnehmers mit seiner Krankenkasse Kontakt aufzunehmen, die berufliche Änderung mitzuteilen und ein neues Versicherungsverhältnis zu vereinbaren. Wird keine neue berufliche Tätigkeit

aufgenommen, muss die Krankenkasse über die Arbeitslosigkeit informiert werden und die betreffende Person muss sich selbständig um die Weiterzahlung der Versicherungsbeiträge kümmern, d. h. die Krankenversicherung als Selbstzahler fortführen. Besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld I oder II muss dieser bei der zuständigen Agentur für Arbeit bzw. beim zuständigen Jobcenter geltend gemacht werden, bevor eine Übernahme der Beitragszahlungen im Rahmen des Leistungsbezugs möglich ist. Nimmt der Betroffene keinen Kontakt mit seiner Krankenkasse auf, führt das mit der Kündigung des Arbeitsplatzes und Abmeldung durch den Arbeitgeber zur Beendigung der laufenden Krankenversicherung und wenn nicht zum kompletten Ausscheiden aus dem Versicherungsverhältnis doch zumindest zum Stoppen der Versicherungsleistungen von Seiten der Krankenkasse, solange keine Beitragszahlungen mehr eingehen.

Im Kern beruht der Kausalmechanismus zwischen dem Eintritt von Arbeitslosigkeit und dem Verlust der Krankenversicherung also darauf, dass die bisherige Versicherungsvereinbarung endet, die Beitragszahlungen ausbleiben und die Krankenkasse daher die Leistungen einstellt. Soweit erscheint der Zusammenhang eindeutig. Doch generell bedeutet der Verlust des Arbeitsplatzes nicht unbedingt auch den Verlust der Krankenversicherung. Probleme entstehen nur dann, wenn für den Einschnitt im Versicherungsverlauf keine Lösung gefunden wird. Dies geschieht, wenn die Änderung im Versicherungsstatus entweder nicht bemerkt wird, übergangen wird oder es dem Betroffenen nicht gelingt, für das Fortbestehen einer Versicherung zu sorgen.

Durch die per Gesetz 2013 eingeführte obligatorische Anschlussversicherung sollen Versicherungslücken an dieser Stelle vermieden werden. Auf die Änderungen, die sich aus dieser Neuregelung für Arbeitslose ergeben, wird in Kapitel 5.5 eingegangen. Ob damit das Ziel, Nichtversicherung bei Arbeitslosen zu verhindern, erreicht wurde oder erreicht werden kann, wird in Kapitel 6 diskutiert. In diesem Kapitel wird anhand der Fallbeispiele die Problematik rekonstruiert, wie sie sich zum Zeitpunkt der Interviews darstellte.

Bisher gutverdienende Arbeitnehmer, die (gegebenenfalls freiwillig) nach einem längeren Beschäftigungsverhältnis den Arbeitgeber wechseln, zwischenzeitlich erwerbslos sind, jedoch über genügend Ersparnisse verfügen, um sich als Selbstzahler weiter

krankenzuversichern, stellen im Rahmen der folgenden Betrachtungen weniger eine problematische Personengruppe dar. Meist ist davon auszugehen, dass diese Personen in der Lage sind, sich über die Formalitäten zu informieren, die es in dieser Situation abzuwickeln gilt und dass sie gewillt sind und keine Schwierigkeiten dabei haben, sich mit ihrer Krankenkasse in Verbindung zu setzen und eine Anschlussversicherung abzuschließen; vor allem wenn keine dauerhafte Arbeitslosigkeit zu erwarten ist, sondern lediglich eine begrenzte Zeit überbrückt werden soll.

Im Falle, dass die Dauer der Arbeitslosigkeit nicht absehbar ist oder längerfristig besteht oder nicht genügend finanzielle Rücklagen vorhanden sind, um die Versicherung als Selbstzahler fortzuführen, existieren verschiedene Formen der Unterstützung. So werden im Rahmen des Bezuges von Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe nach SGB XII vom jeweiligen Leistungsträger die Beitragszahlungen übernommen. Zu unterscheiden sind an dieser Stelle Arbeitslosengeld I (ALG I) und II (ALG II = Hartz IV), da es sich bei ALG I nicht um eine Sozialleistung im engeren Sinn, sondern um einen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch handelt. Desweiteren besteht die Möglichkeit, Sozialleistungen in Form einer Zuzahlung zur Krankenversicherung zu erhalten. (Für Details wird auf Kapitel 2.4.2 verwiesen.)

Damit sind prinzipiell ausreichend Möglichkeiten gegeben, wie die Krankenversicherung im Falle der Arbeitslosigkeit fortgeführt werden kann. Dennoch ergibt sich an diesem Punkt eine Schnittstelle, an der es zum Verlust der Krankenversicherung kommen kann und kommt.

Der Bezug von Arbeitslosengeld und anderen Sozialleistungen ist an bestimmte Bedingungen geknüpft, die nicht von allen Arbeitslosen erfüllt werden (können). Um in den Bezug von Leistungen zu gelangen, ob staatliche Hilfe oder auch sozialversicherungsrechtliche Ansprüche wie ALG I, muss ein Arbeitsloser:

1. die gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen für die jeweiligen Leistungen erfüllen,
2. den Leistungsbezug entsprechend (korrekt) beantragen,
3. die Mitwirkungspflicht unter Leistungsbezug erfüllen.

Wie sich aus den Fallrekonstruktionen und den Aussagen der Experten ablesen lässt, sind diejenigen Arbeitslosen vom Verlust der Krankenversicherung betroffen, die keinen Anspruch auf ALG I haben oder die maximale Bezugsdauer bereits ausgeschöpft haben und/oder die Bedingungen für den Bezug von ALG II nicht erfüllen oder aber Anspruch darauf hätten und diesen aus verschiedenen Gründen nicht geltend machen. Unter den erfassten Fällen fanden sich keine, in denen ein zum Zeitpunkt des Interviews bestehender Anspruch auf ALG I nicht wahrgenommen wurde. Theoretisch ist jedoch auch diese Konstellation möglich und so dürften solche Fälle, wenn auch eher selten, doch zumindest vereinzelt auftreten. So hatte auch in wenigen der Patientenfälle zu einem früheren Zeitpunkt ein ALG-I-Anspruch vorgelegen, der nicht verwirklicht wurde, oder die Angaben zu früheren Arbeitsumständen lassen vermuten, dass ein Anspruch vorgelegen haben muss, auch wenn dies in den Interviews nicht sicher ermittelt werden konnte bzw. den Betroffenen nicht bekannt war.

Nun sei zunächst oben aufgeführter Punkt 1 aufgegriffen: Um in Leistungsbezug zu gelangen, muss ein Arbeitsloser die gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen für die jeweiligen Leistungen erfüllen. Der fehlende Anspruch auf ALG I ist vor allem bei beruflich Selbständigen und im Niedriglohnsektor relevant und wird deshalb in den Kapiteln 5.4.4 bzw. 5.5.9 behandelt. Auch bei Migranten stellt sich häufig die Situation dar, dass trotz Arbeitslosigkeit keine Sozialleistungsansprüche bestehen. Auf die Besonderheiten für nichtdeutsche Staatsangehörige wird eigens in den Kapiteln 5.4.10 bis 5.4.13 eingegangen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf ALG II.

Ein häufiger Grund, weshalb kein Anspruch auf ALG II besteht, ist ein privates Vermögen über dem festgesetzten Freibetrag, wie es bei den Patienten 19 und 23 in Form von Ersparnissen vorlag. Nach geltender Gesetzgebung muss das vorhandene Privatvermögen zuerst bis zu einem Freibetrag aufgebraucht werden, bevor ein Leistungsbezug möglich ist. Eine nicht erwerbstätige Person, die kein Arbeitslosengeld bezieht, soll demnach die Krankenversicherung solange als Selbstzahler weiterführen, bis die Ersparnisse verbraucht sind, damit Anspruch auf ALG II eintritt und ab diesem Zeitpunkt das Jobcenter die Krankenversicherungsbeiträge übernehmen kann. Wie am Beispiel von Patient 19 (ausführliche Fallbeschreibung in Kapitel 5.4.3) ersichtlich,

besteht jedoch die Gefahr, dass der Anreiz, sich ohne regelmäßiges Einkommen als Selbstzahler weiter zu versichern, nicht groß genug ist. Insbesondere trifft dies zu, solange die betroffene Person sich noch bei guter Gesundheit befindet und damit kein Bedarf an medizinischer Versorgung besteht. Damit erscheint vielen die Krankenversicherung als nebensächlich und so geht sie mit dem geregelten Arbeitsverhältnis verloren. Patient 23 (ausführliche Fallbeschreibung in Kapitel 5.4.2) führte seine Krankenversicherung nach dem Arbeitsplatzverlust zunächst noch als Selbstzahler fort. Er stellte die Zahlung der Beiträge jedoch ein, als ihm nicht mehr genug Geld dafür zur Verfügung stand, ohne den dann eintretenden Anspruch auf ALG II geltend zu machen. In beiden Fällen wurde also die Möglichkeit einer Krankenversicherung als Selbstzahler nicht, oder zumindest nicht dauerhaft, umgesetzt.

Im Fall von Patient 20 (siehe auch Kapitel 5.6) stellte sich eine Erwerbsminderungsrente knapp über dem Freibetrag als Ausschlussgrund für den Bezug von ALG II heraus. Patient 20 wurde in den 1990er-Jahren im Rahmen eines allgemeinen Stellenabbaus von seinem Arbeitgeber gekündigt und fand danach keine dauerhafte Anstellung mehr. Nach verschiedenen, meist kurzzeitigen Jobs und Hilfsarbeiten, zeitweise über eine Zeitarbeitsfirma, war er seit 2001 dauerhaft arbeitslos, jedoch zum Zeitpunkt des Interviews noch unter 65 Jahre alt und damit im erwerbsfähigen Alter. Aufgrund eines Arbeitsunfalls, noch während des festen Angestelltenverhältnisses, bezog er seit den 1990er-Jahren eine niedrige Erwerbsminderungsrente. Nach seinem Arbeitsplatzverlust erhielt er circa ein Jahr lang Sozialleistungen, wohl das damalige Arbeitslosengeld. Weitere, daran anschließende Sozialleistungen wurden abgelehnt. Grund dafür war die Anrechnung von Vermögen, das in Form der Erwerbsminderungsrente und einer einmaligen Auszahlung von mehreren 10 000 Euro aus der Unfallversicherung vorlag. Ob er mit Beendigung des Leistungsbezugs aus seiner Krankenkasse ausschied, diese noch eine Weile über seine zeitweiligen Jobs erhalten blieb oder eventuell eine Fusion der Krankenkasse zu Unklarheiten in der Zuständigkeit und zum Versicherungsverlust führte (siehe auch Kapitel 5.5.5), konnte im Interview nicht eindeutig eruiert werden. In jedem Fall setzte er die Versicherung nicht als Selbstzahler fort. Der genaue Zeitpunkt und Umstand des Verlustes der Krankenversicherung war ihm also nicht bekannt. Er lag jedoch spätestens am Beginn der 2000er-Jahre und damit noch vor

dem Inkrafttreten der Reformen zur Versicherungspflicht. Der Eintritt in die Nichtversicherung geschah also unwissentlich und von ihm unbeachtet, da er zu dem Zeitpunkt nicht krank war und keine dauerhafte medizinische Versorgung benötigte.

Interviewerin: „Ab wann waren Sie dann nicht mehr versichert, nachdem Sie aus diesem Job gekündigt wurden [...]?“

Patient 20: „Ja, das weiß ich ja nun auch nicht so genau, denn dann kam diese Ablehnung vom Arbeitsamt, ich weiß ja nun nicht, ob ich da weiter krankenversichert gewesen wäre oder nicht, aber ich habe es halt nicht gebraucht, darum ist es auch nicht weiter aufgefallen.“

Interviewerin: „Sie haben kein Kündigungsschreiben bekommen von Ihrer Krankenkasse, dass Sie ab jetzt nicht mehr versichert sind?“

Patient 20: „Eigentlich nicht, das war eine Betriebskrankenkasse [...], die hat dann fusioniert mit irgendeinem. Jetzt haben die Ihren Hauptsitz in [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.], die Abrechnung geht über [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.], ein ganz kompliziertes Ding, haben sich auch umbenannt in [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.], das muss man auch erstmal rausfinden.“

Interviewerin: „Dann waren Sie jahrelang ohne Versicherung und wussten das gar nicht?“

Patient 20: „Ich wusste das gar nicht, weil ich das ja auch nicht gebraucht habe. Ich war ein einziges Mal in diesen sechs Jahren war ich hier [ESA, Anm.d.Verf.].“ (Z. 214ff.)

Nachdem seine Ersparnisse aufgebraucht waren, bestand für Patient 20 dennoch kein Anspruch auf Sozialleistungen, da seine Erwerbsminderungsrente knapp über dem zulässigen Freibetrag lag. Gleichzeitig war die Rente jedoch zu niedrig, um davon die Krankenversicherung als Selbstzahler zu tragen.

Interviewerin: „Hätten Sie denn irgendwie Anspruch gehabt auf Sozialhilfe, Arbeitslosengeld, irgendetwas, in der Zeit, wo Sie auf der Straße gelebt haben, haben Sie sich da mal gekümmert?“

Patient 20: „Nein, meine Rente war immer drüber, immer zwei Euro. [...]“

Interviewerin: „Die Versicherung dann aus eigener Tasche zu zahlen, das wäre auch zu teuer gewesen?“

Patient 20: „Ach Gott, zahlen Sie mal von 362 Euro, zahlen Sie da mal 150 für die Krankenversicherung. Das geht schon, aber da wird der Rest des Monats ein bisschen lang, das geht gar nicht anders. [...]“ (Z. 388ff.)

Als Obdachloser ohne finanzielle Rücklagen lebte er mehrere Jahre auf der Straße und in Obdachlosenunterkünften, war an Hilfseinrichtungen angebunden und wurde ab und zu in der Elisabeth-Straßenambulanz medizinisch versorgt. Erst als eine chronische Erkrankung festgestellt wurde und damit eine kontinuierliche medizinische Behandlung notwendig wurde, unternahm er den Versuch, wieder in eine Krankenversicherung einzutreten.

Patient 20: „[...] und dann mit diesen neuen Regelungen, das war mir gar nicht so richtig bewusst und das ganze Ding ist erst aufgefliegen voriges Jahr im Frühjahr. Da begegnet mir der [...] [Name eines Sozialarbeiters anonym, Anm.d.Verf.] unterwegs in der Hauptwache [Treffpunkt für Obdachlose in der Innenstadt von FFM, Anm.d.Verf.] oder so, [...] da habe ich gesagt: ‚Hier, da.‘ (zeigt auf seinen Ellenbogen) – ‚Oh, du hast ja eine Schleimbeutelentzündung, komm mal zu uns.‘“ [...]

Patient 20: „[...] Da kam dann raus hoher Blutdruck, also astronomische Höhen. Das war mir vollkommen neu. Ich habe in meinem ganzen Arbeitsleben vielleicht zehn Krankheitstage hinter mir. Also Verletzung ist was anderes, aber normale Krankheit war mir unbekannt. Als Kind alles, [...] ich habe eigentlich nichts ausgelassen, [...] aber danach wie ich das dann bezahlt habe die Krankenkasse, nichts mehr.“ (Z. 196ff.)

Patient 20 berichtete, dass ihm von den Mitarbeitern des Jobcenters zunächst mitgeteilt wurde, dass er keine Sozialleistungsansprüche habe. Bei erneuter späterer Nachfrage informierte ihn ein Mitarbeiter der Behörde über seinen Anspruch auf Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge, der aufgrund einer altersbezogen veränderten Anrechnung der Rente bei höherem Mindestbedarfssatz ab dem 60. Lebensjahr vorlag. Bis dahin war dem Patienten und auch den Mitarbeitern der ihn betreuenden Hilfseinrichtung dieser Anspruch nicht bekannt gewesen. Auch die zuerst angefragten Mitarbeiter des Jobcenters hatten ihn nicht darüber informiert, kannten die Regelung nicht oder hatten sie übersehen.

Patient 20: „Sie haben ab sechzig, da haben Sie keinen Mindestbedarf von 364, sondern von 394, es kommt ein Alterszuschlag dazu, das wissen die Allerwenigsten, sogar die Mitarbeiter vom Jobcenter. Ich habe Glück gehabt, ich bin an den Einzigen geraten, der in dem ganzen Laden das wusste.“ [...]

Patient 20: „[...] das heißt jeder Hartz-IV-Empfänger ab sechzig müsste eigentlich 394 kriegen, statt 364 wie es im Moment ist.“

Interviewerin: „Nur dem ist oft nicht so?“

Patient 20: „Der muss das beantragen.“

Interviewerin: „Also, es wird ihm nicht erklärt, sondern er muss es von sich aus beantragen?“

Patient 20: „Ich wusste das auch nicht, ich bin dann irgendwann mal wegen Krankenversicherung, wer das übernimmt, die Kosten und so, und da bin ich an den geraten, der den Antrag aufgenommen hat, der das gemerkt hat, die Kollegen von dem wussten gar nichts.“ (Z. 30ff.)

Nachdem er den Alterszuschlag beantragt hatte, gelang mit Übernahme der Beitragszahlungen durch das Jobcenter schließlich nach Jahren des Nichtversichertseins auch die erneute Einbindung in eine Krankenversicherung. Über die Zuzahlung zur Krankenversicherung hinaus erhielt er allerdings keine staatliche Unterstützung, denn die Voraussetzungen für einen ALG-II-Bezug erfüllte er aufgrund der Erwerbsminderungs-

rente weiterhin nicht. Damit bestand im Fall von Patient 20 zunächst jahrelang kein Anspruch auf Sozialleistungen. Der später altersbedingt eingetretene Anspruch wurde aus Unkenntnis erst einige Jahre verzögert geltend gemacht.

An den Beispielen der Patienten 19, 20 und 23 lassen sich also die Kausalmechanismen für Nichtversicherung zeigen, wenn die Voraussetzungen für einen Leistungsbezug nicht erfüllt sind. Gemäß der Einstufung im Sozialleistungssystem war für alle drei Patienten eine Versicherung als Selbstzahler vorgesehen, die jedoch nicht, oder nur zeitweise, umgesetzt wurde. Patient 20 verfügte nicht über ausreichende finanzielle Mittel, erfüllte aber trotzdem die Bedingungen für eine staatliche Unterstützung zunächst nicht. Patient 23 leistete die Beitragszahlungen sogar eine Zeit lang selbst, allerdings nur solange er sich aufgrund seiner Ersparnisse dazu in der Lage fühlte. Patient 19 tat dies nicht, obwohl es ihm vermutlich zumindest zu Beginn rein finanziell möglich gewesen wäre.

Ob Patient 23 anfangs ALG I bezog, konnte im Interview nicht gänzlich geklärt werden (aufgrund unklarer Aussagen seinerseits). Da er erwähnte, eine Zeit lang Leistungen bezogen zu haben, ist möglich, dass er als früherer Angestellter zuerst ALG I erhielt und nach Ablauf der maximalen Bezugsdauer aufgrund privaten Vermögens nicht die Voraussetzungen für den Bezug von ALG II erfüllte. Auch Patient 19 könnte als früherer Angestellter Anspruch auf ALG I gehabt haben. Er bezog nach Kündigung seines Arbeitsplatzes allerdings keine Leistungen. Wie in Kapitel 5.4.3 deutlich werden wird, ist zu vermuten, dass er etwaige anfängliche Ansprüche aufgrund seiner psychischen Erkrankung nicht beantragte und später keine Leistungsansprüche mehr vorlagen. Die Situation bei Patient 20, bei dem mit Ausscheiden aus dem damaligen Arbeitslosengeld (vor Hartz-IV-Reform) kein anderweitiger Anspruch auf Sozialleistungen eintrat, entspricht nun dem Ende eines ALG-I-Bezugs nach Ablauf der maximalen Bezugsdauer (meist ca. ein Jahr), ohne dass zu dem Zeitpunkt ein Anspruch auf ALG II eintritt.

Die Analyse der Interviews zeigt allerdings, dass häufig ein Anspruch auf ALG II oder andere Formen von Sozialleistungen besteht, der von den Betroffenen nicht verwirklicht wird. Damit tritt obiger Punkt 2 ins Blickfeld, der an dieser Stelle nicht erfüllt wird: den Leistungsbezug entsprechend (korrekt) beantragen. Die Bedeutung dieses Punktes

wird im hohen Anteil der Beispiele unter den Interviews anschaulich. In 16 der 25 Patientenfälle (Patienten 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24 und 25) wurden Sozialleistungen trotz vorhandenen Anspruchs nicht bezogen. Bei einigen war dies zum Zeitpunkt des Interviews der Fall, andere hatten zu einem früheren Zeitpunkt Ansprüche nicht geltend gemacht, standen dann aber im Leistungsbezug. Manche wiederum befanden sich sozusagen in einer Übergangsphase; sie waren zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht im Leistungsbezug, hatten diesen aber beantragt und warteten auf die Bewilligung oder standen zwecks Klärung der Leistungsansprüche mit der Behörde in Kontakt. Bei keinem der Patienten handelte es sich um Anspruch auf ALG I, sondern entweder ALG II oder Zuzahlungen.

Die Gründe, warum Leistungen nicht beansprucht werden, sind vielfältig und nicht immer auf den ersten Blick ersichtlich. Grundsätzlich sind zwei Situationen denkbar: entweder es wurde nicht versucht, einen Antrag zu stellen und Anspruch geltend zu machen, oder ein Versuch wurde unternommen und ist gescheitert. Beide Möglichkeiten wurden in verschiedenen Varianten in den Interviews dokumentiert. In engem Zusammenhang damit steht auch der dritte der oben genannten Punkte, die erfüllt sein müssen, um Leistungen zu beziehen: die Mitwirkungspflicht unter Leistungsbezug erfüllen. Nun stellt sich die Frage, warum Personen Sozialleistungen, die ihnen zustehen, nicht beantragen, woran sie scheitern, wenn sie es versuchen und wieso sie die Mitwirkungspflicht nicht erfüllen und damit einen laufenden Leistungsbezug vorzeitig abbrechen. Die Antworten auf diese Fragen werden in diesem und den folgenden Kapiteln anhand der Patientenfälle schrittweise erarbeitet.

Voraussetzung für die Beantragung von Leistungen ist einerseits, zu wissen, dass ein Leistungsanspruch besteht und wie dieser geltend zu machen ist, andererseits, Leistungen beziehen zu wollen. Aufgrund der Komplexität der Sozialgesetzgebung kann nicht davon ausgegangen werden, dass jedem Bürger die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen geläufig sind. Im Normalfall wird sich eine Person erst dann im Detail mit den gesetzlichen Regelungen auseinandersetzen, wenn sie arbeitslos wird und sich damit die Frage nach Möglichkeit und Bedarf an staatlicher Unterstützung stellt. So kommt es vor, dass Betroffene fälschlicherweise in der An-

nahme gehen, keinen Leistungsanspruch zu haben; in manchen Fällen auch, nachdem sie trotz aller Bemühungen lückenhafte oder falsche Information erhalten haben oder Regelungen missverstanden werden (siehe Patient 20). Neben fehlender Information oder Falschinformation über Leistungsansprüche kann auch ein mangelndes Wissen darüber, wie die entsprechenden Anträge korrekt zu stellen sind, Grund dafür sein, dass sie nicht eingereicht werden. Wird dann keine Hilfestellung gegeben, durch Mitarbeiter der Behörden, anderer Hilfseinrichtungen oder Informationsstellen, werden bestehende Sozialleistungsansprüche nicht geltend gemacht. In manchen Fällen kann dies auch auf eine fehlende Motivation oder Desinteresse von Seiten der Betroffenen zurückgeführt werden, so dass keinerlei Anläufe unternommen werden, sich über mögliche Ansprüche zu informieren oder Hilfe bei der Antragstellung zu suchen.

Neben der Unwissenheit über etwaige Leistungsansprüche zeigt sich, dass manche der Betroffenen einen Leistungsbezug von vornherein ablehnen, selbst wenn sie um ihre Leistungsansprüche wissen. Diejenigen unter den interviewten Patienten, die Gründe für ein solches Verhalten nennen konnten, waren einerseits auch dazu in der Lage, ihre Situation zu reflektieren, d.h. sie litten nicht unter einer Sucht- oder psychischen Erkrankung, und befanden sich andererseits in noch einigermaßen stabilen Lebensverhältnissen, d.h. sie waren nicht durch zusätzliche Schwierigkeiten wie ein Leben auf der Straße und soziale Ausgrenzung belastet.

Die Patienten 11, 24 und 25 (ausführliche Fallbeschreibungen in den Kapiteln 5.4.5, 5.4.8 bzw. 5.4.2) lehnten staatliche Hilfe bewusst ab, obwohl sehr wahrscheinlich Ansprüche auf Leistungsbezug bestanden. Beweggründe waren eine Kombination aus Scham und persönlichen Prinzipien. Aus ihren Aussagen war ersichtlich, dass es ihnen unangenehm war, in eine derart prekäre Lebenslage geraten zu sein, in der sie fremde Hilfe beanspruchen mussten und ihnen Sozialleistungen zustanden. Sie wollten nicht dem häufig negativ geprägten Bild des Hartz-IV-Empfängers als „Sozialschmarotzer“ entsprechen und lehnten deshalb staatliche Hilfe zumindest so lange ab, wie es ihnen noch möglich war, sich selbst zu helfen oder sie Hilfe aus ihrem eigenen sozialen Netz bekamen, so dass sie sich noch nicht zum Sozialleistungsbezug gezwungen sahen.

Patient 8 (siehe auch Kapitel 5.4.10, 5.6) ist ein Beispiel dafür, dass es auch Personen gibt, die sogar trotz offensichtlicher Notlage den Bezug von Sozialleistungen ablehnen. Als Bürger eines Nicht-EU-Landes aus der Region Vorderasien lebte er seit vierzig Jahren in Deutschland, seitdem er als Kind einer Gastarbeiterfamilie eingereist war. Er lebte in einer Wohnung mit seiner deutschen Ehefrau und dem gemeinsamen Kind, hatte durch die Eheschließung eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung erhalten und war im Allgemeinen in die Gesellschaft integriert. Er war als Angestellter mit einem regulären Arbeitsvertrag berufstätig und darüber in einer GKV versichert. Nach einer Ehekrise kam es zur Trennung von seiner Partnerin, in deren Folge er aus der gemeinsamen Wohnung auszog und nicht nur wohnungslos, sondern auch arbeitslos und letztlich mittellos wurde und seine Krankenversicherung verlor. Die Trennung von seiner Ehefrau stürzte ihn derartig in eine Krise, dass er sich selbst aufgab. Er begab sich nicht auf Wohnungssuche, ging nicht mehr arbeiten und kümmerte sich nicht um eine Krankenversicherung, so dass er mit dem Verlust des Arbeitsplatzes auch aus seiner Krankenversicherung gekündigt wurde. Er verließ seinen bisherigen Wohnort, zog nach Frankfurt als nächstgrößere Stadt und blieb als Obdachloser auf der Straße. Einige Jahre später folgte auch die Scheidung seiner Ehe.

Patient 8: „Ich habe die ganze Zeit gearbeitet. Und wo meine Ehe halt in Bruch ging, habe ich alles hingeschmissen, habe mir meine Jacke genommen und bin hier in Frankfurt auf der Gasse gelandet. Ich habe kein Arbeitslosengeld beantragt, ich habe kein Hartz IV bezogen bis jetzt, gar nichts.“ (Z. 69ff.)

Da er bis dahin in einem festen, sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis gestanden hatte, ist davon auszugehen, dass anfangs ein Anspruch auf Arbeitslosengeld vorlag (vor den Hartz-IV-Reformen). Doch obwohl es sich zunächst einmal um einen sozialversicherungsrechtlichen Anspruch gehandelt hätte, lehnte er sowohl diesen, als auch später den Bezug von Hartz IV und staatlicher Hilfe im Allgemeinen ab. Grund für diese pauschale Ablehnung fremder Hilfe waren persönliche Prinzipien, vermutlich gemischt mit gewissem Stolz, es auch noch alleine zu schaffen. Denn im Gegensatz zu anderen Betroffenen wusste er um seine Sozialleistungsansprüche und wirkte im Gespräch, als wäre er dazu in der Lage gewesen, einen Antrag weitestgehend selbständig zu stellen. Nichtsdestotrotz zog er ein Leben in Obdachlosigkeit auf der Straße dem Bezug von Sozialleistungen vor und verdiente über zehn Jahre durch Betteln und

zeitweise Jobs in Schwarzarbeit genug Geld, um seinen Bedürfnissen entsprechend gut leben zu können. Zwar war er dadurch auch nicht krankenversichert, tolerierte dies aber zumindest solange er keinen Bedarf an medizinischer Versorgung hatte. Da er mit Mitte dreißig noch relativ jung war, als er in die Obdachlosigkeit eintrat, und zu dem Zeitpunkt nicht krank war, blieb er als Folge mehrere Jahre nicht versichert.

Interviewerin: „Der Grund, wieso Sie nicht versichert waren, war also, weil Sie auf der Straße waren, keinen Job hatten ...?“

Patient 8: „Weil ich auf der Straße gelebt habe, ja, weil ich mich selber aufgegeben habe sozusagen.“

Interviewerin: „Hätten Sie sich in der Zeit denn versichern können?“

Patient 8: „Wie sollte das denn gehen, das geht doch gar nicht. Ich wollte ja kein Hartz IV beziehen. Ich habe das für uncool gefunden, dass die Leute vom Staat leben, aber wenn es nicht geht, dann muss man es halt beziehen.“

Interviewerin: „Und anders hätten Sie kein Geld gehabt?“

Patient 8: „Nee.“ (Z. 161ff.)

Erst als er vor zwei Jahren ernsthaft erkrankte und damit eine dauerhafte medizinische Behandlung notwendig wurde, begann er die Situation zu überdenken. Ihm war bewusst, dass er, um eine adäquate medizinische Versorgung zu erhalten, einen Krankenversicherungsschutz benötigte und so sah er sich gezwungen, als Mittel zum Zweck, ALG II zu beziehen. Denn wie er behauptete, bewältigte er seinen Alltag auch weiterhin ohne finanzielle Unterstützung vom Staat; für eine Krankenversicherung als Selbstzahler reichten seine Einnahmen allerdings nicht aus.

Patient 8: „[...] deswegen auch die Versicherung und alles drum und dran. Ich wollte ja auch kein Hartz IV haben die ganze Zeit. Jetzt musste ich es leider machen, wegen der Versicherung halt. Weil der Pumpe ging es schlecht, sonst habe ich ja das nicht gebraucht, ich habe meine Kohle auch so gemacht. Aber ohne Versicherung ist es halt blöd, wenn man herzkrank ist.“ (Z. 56ff.)

Der Hauptgrund, keine Sozialleistungen zu beziehen, war für ihn also, weil er dies aus Prinzip ablehnte, nicht aber weil er am Prozess der Beantragung gescheitert wäre. Zwar war er wohnungslos, aber nicht durch sonstige Schwierigkeiten wie psychische Erkrankung oder Sucht belastet, so dass ihm, nun da er genug Motivation dazu hatte, der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung über den Bezug von ALG II zügig gelang. Da es sich bei Patient 8 um einen retrospektiven Fall handelt, wird er erneut in Kapitel 5.6 aufgegriffen.

Auch den Experten waren Patienten bekannt, die den Bezug staatlicher Hilfe ablehnten, so z.B. Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, und Experte 10, Arzt im Amt für Gesundheit. Auch sie vermuteten Beweggründe wie Stolz und Scham als Ursache, aber auch das Unwissen über eigene Rechte und gesetzliche Regelungen.

Experte 1: „Ich denke bei den Deutschen, [...] da spielen sicherlich auch noch zwei Faktoren eine Rolle. Einmal Scham, zum Sozialamt zu gehen und zum anderen möglicherweise auch noch irgendwelche Vermögensteile, die sie nicht offenlegen wollen. [...]“

Interviewerin: „Also, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen ...“

Experte 1: „Ja, plötzlich auf der untersten Stufe der sozialen Leiter sich zu befinden und dann wo man sich eigentlich als Unternehmer versteht und dann mit anderen da die Wartebank im Jobcenter zu teilen, das ist, denke ich, schon ein Schritt.“ (Z. 847ff.)

Experte 10: „[...] Da mögen so [...] Fragen von Stolz und Scham eine Rolle spielen, aber wir beobachten auch Leute, die es einfach nicht wissen, weil die eben so mit ihrer Privatgeschichte zu tun haben, mit ihrem Geschäft, das sie da aufziehen wollten, dass die gar nicht prospektiv daran gedacht haben, es könnte ja auch mal etwas passieren. [...]. Aber bei manchen Männern, die schämen sich richtig: ‚Jetzt kann ich doch nicht vom Staat verlangen, dass er ...‘ – Im Gegensatz zu manch anderen, die durchaus auch sagen: ‚Es steht mir zu, ich will jetzt alles mitnehmen.‘“ (Z. 283ff.)

Die Ablehnung von Hilfe kann aus einer bewussten Entscheidung heraus erfolgen. Meist gaben die interviewten Patienten jedoch keinen konkreten Grund dafür an, warum sie ihren Anspruch auf Sozialleistungen nicht geltend machten. Ob schlichtes Desinteresse oder begründete Ablehnung staatlicher Hilfe zugrunde liegt, muss letztlich für jeden Einzelfall gesondert beurteilt werden und kann nicht immer sicher beantwortet werden. Wie in den folgenden Kapiteln dargelegt wird, können Ablehnung und Desinteresse staatlichen Angeboten gegenüber auch als Resultat einer generellen Denk- oder Lebensweise betrachtet werden, wie sie vor allem in Zusammenhang mit besonderen Lebensumständen, z.B. bei Wohnungslosen, psychisch Kranken oder Suchtkranken, zu beobachten sind.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Bezug von Sozialleistungen nicht mit dem Bestehen einer Krankenversicherung gleichzusetzen ist. Die Bedeutung dieser Differenzierung wird im Verlauf der Ergebnisdarstellung ersichtlich. So wird zwar im Rahmen eines Antrags auf Sozialleistungen auch der Versicherungsschutz abgefragt und der Antragsteller dazu aufgefordert, eine Krankenversicherung abzuschließen, sollte noch keine vorliegen. Doch ist der Antrag auf Krankenversicherung nicht im Antrag auf

Sozialleistungen beinhaltet, sondern muss separat direkt an die Krankenkasse gestellt werden, so dass nicht „automatisch“ mit dem Leistungsbezug eine Krankenversicherung besteht. Die drei oben formulierten und nachfolgend ausgeführten Bedingungen für den Bezug von Sozialleistungen (die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, die Leistungen beantragen und die Mitwirkungspflicht erfüllen), können daher nicht unmittelbar auf die Krankenversicherung übertragen werden. Damit sind auch die Gründe dafür, dass kein Bezug von Sozialleistungen besteht nicht gleichzusetzen mit Gründen für Nichtversicherung, auch wenn es Überschneidungen gibt. Zwar gelingt in vielen Fällen die Einbindung in eine Krankenversicherung erst über den Bezug von Sozialleistungen, doch ist der Leistungsbezug prinzipiell keine Bedingung dafür, eine Krankenversicherung abzuschließen. Für das weitere Verständnis der Ergebnisdarstellung ist unabdingbar diesen Unterschied im Auge zu behalten.

Unter Beachtung des Unterschiedes zwischen Sozialleistungsbezug und dem Abschluss einer Krankenversicherung sei auch der folgende eingangs erwähnte Aspekt nochmal in Erinnerung gerufen: Probleme entstehen nur dann, wenn die Änderung im Versicherungsstatus nicht bemerkt wird, übergangen wird oder es dem Betroffenen nicht gelingt, für das Fortbestehen einer Versicherung zu sorgen. Dies mag banal wirken, ist jedoch wesentlich, um das Eintreten von Nichtversicherung zu vermeiden und keinesfalls bei allen Betroffenen gegeben. Diese Punkte sind nicht nur im Kausalmechanismus der Arbeitslosigkeit entscheidende Faktoren, sondern auch in anderen Grundsituationen von wesentlicher Bedeutung. Sie werden deshalb unter verschiedenen Gesichtspunkten in den folgenden Kapiteln aufgegriffen.

Alle der interviewten Patienten waren zum Zeitpunkt des Interviews arbeitslos, wenn sie nicht bereits im Rentenbezug standen oder in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen tätig waren, wie vor allem Migranten, z. B. in Schwarzarbeit oder Scheinselbständigkeit. Dies zeigt, dass der Berufstätigkeit eine wesentliche Bedeutung im Problemkomplex der Nichtversicherung zukommt; sie nimmt eine Art Schlüsselfunktion ein. Dennoch darf nicht der Fehlschluss gezogen werden, dass Nichtversicherung nur in Verbindung mit Arbeitslosigkeit auftritt. Außerdem führt Arbeitslosigkeit allein nicht unmittelbar und unbedingt zu Nichtversichertsein. Durch den Eintritt von Arbeitslosigkeit

keit ergibt sich jedoch eine Schnittstelle im Versicherungsverlauf, an der der Verlust der Krankenversicherung eintreten kann. Eine Möglichkeit diesen Einschnitt zu überwinden, ist der Bezug von Sozialleistungen. Besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld und wird dieser geltend gemacht, ist die Krankenversicherung im Rahmen des Leistungsbezugs geregelt. Besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld, liegt es in der Verantwortung der betreffenden Person, die Versicherung als Selbstzahler fortzuführen. Tut sie das nicht, ist der Verlust der Krankenversicherung möglich. Besteht Anspruch auf Leistungsbezug und wird dieser nicht geltend gemacht, so liegt die Verantwortung für die Krankenversicherung ebenso beim Betroffenen selbst. Schwierigkeiten zeigen sich am häufigsten bei denjenigen, die die Bedingungen für den Bezug von Arbeitslosengeld (v.a. ALG II) prinzipiell erfüllen, jedoch aus verschiedenen Gründen nicht im Leistungsbezug stehen. Denn in der Regel sind diese Personen auch finanziell nicht dazu in der Lage oder lehnen es ab, die Krankenversicherungsbeiträge aus eigener Tasche zu zahlen und sind außerdem häufig durch zusätzliche Schwierigkeiten belastet (wie Wohnungsnot, psychische Erkrankung, Suchterkrankung oder sonstige akute Belastungssituation), wie in den folgenden Kapiteln erläutert wird.

5.4.2 Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot

Ein Großteil der Patienteninterviews fand in den Räumen der Elisabeth-Straßenambulanz statt, deren erklärte Zielgruppe Wohnungslose und Menschen in Wohnungsnot sind, gemäß der Definition der BAG W (siehe Kapitel 2.5.2). Darunter sind nicht nur „typische Obdachlose“ zu verstehen, wie sie die meisten vor Augen haben: Menschen, die auf der Straße leben, ihr Hab und Gut in Plastiktüten verstaut mit sich herumtragen und deren Nachtlager aus Pappkartons oder ein paar Decken in einer Straßenecke unter freiem Himmel besteht. Neben Personen, die tatsächlich ohne jegliche Unterkunft sind, zählen zu dieser Zielgruppe auch diejenigen, die keine eigene Wohnung haben, sondern in Gemeinschafts-, Behelfs- oder Notunterkünften untergebracht sind, in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben oder vom Verlust der eigenen Wohnung bedroht sind.

Fast alle der interviewten Patienten befanden sich in einer solchen Situation der Wohnungslosigkeit oder Wohnungsnot. Einige waren in Obdachlosenunterkünften

untergebracht oder lebten bei Bekannten oder Familienangehörigen, andere hatten keinerlei feste Unterkunft und wohnten tatsächlich auf der Straße. Nicht bei allen aber stand die Situation der Wohnungsnot als Problematik im Vordergrund. Doch auch in diesen Fällen war sie Ausdruck der Lebensumstände, aus denen das Nichtversichertsein hervorging.

Anders als im Fall der Arbeitslosigkeit ist der Zusammenhang zwischen der Krankenversicherungssituation und dem Zustand der Wohnungslosigkeit/-not weniger direkt. Denn das Auftreten von Wohnungslosigkeit/-not führt nicht wie der Verlust des Arbeitsplatzes unmittelbar zu einem Einschnitt im Krankenversicherungsverlauf. Welche Rolle Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot im Problemkomplex Nichtversicherung einnehmen, lässt sich anhand der Patientenfälle entschlüsseln.

In den Interviews wird deutlich, dass Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot nicht als losgelöste Situation unabhängig von den restlichen Lebensumständen auftreten, sondern verquickt sind mit anderen Problemen und besonderen Lebenslagen. Versucht man nachzuvollziehen, wie Wohnungsnot entsteht, finden sich typischerweise Situationen wie bei den Patienten 4, 9, 21 und 25, bei denen der Wohnungsverlust das Ergebnis eines sozialen Absturzes nach einschneidenden Lebensereignissen, wie Trennung vom Partner, Krankheit und Arbeitsplatzverlust, war. Ob nun Probleme im privaten Bereich Auslöser für den beruflichen Misserfolg waren oder daraus resultierten oder sich die berufliche Situation unabhängig von anderen Lebensbereichen der Betroffenen veränderte, letztlich ging der soziale Absturz bei allen mit Veränderungen im Berufsleben einher; bei dreien mit dem Verlust des Arbeitsplatzes, in einem Fall mit dem vorgezogenen Renteneintritt. Der Wegfall eines regelmäßigen und ausreichenden Einkommens zog wiederum finanzielle Schwierigkeiten nach sich, so dass die regelmäßige Zahlung der Monatsmieten nicht mehr möglich war. In letzter Konsequenz führten die Umstände damit zum Verlust der Wohnung.

Derartige soziale Abstiege oder Abstürze beobachteten auch die Experten häufig. Insbesondere in Bezug auf deutsche Nichtversicherte, die zuvor ein „normales“ Leben führten, wiesen die Experten, wie in den folgenden Zitaten Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, und Experte 9, niedergelassener Arzt, auf die Bedeutung sozialer

Abstürze in den Lebensgeschichten der Betroffenen hin. Experte 9 erwähnte dabei auch die Rolle von Suchterkrankungen, worauf im nächsten Kapitel detaillierter eingegangen wird.

Interviewerin: „Und von den Deutschen, die bei dir auftauchen als Patienten, wie ist es da?“

Experte 1: „Da hatte ich schon öfters das Gefühl, das sind eigentlich Leute, die, naja, [...] die könnten auch erfolgreich sein, unter anderen Umständen [...] oder haben auch mal ganz gut verdient zeitweise und sind irgendwie abgestürzt.“ (Z. 664ff.)

Interviewerin: „Was ergeben sich dann für Gründe, aus Ihrer Erfahrung [...]?“

Experte 9: „Extreme soziale Abstürze, unvorhergesehene, das ist immer dasselbe. Alkohol, Scheidung, Arbeitsplatz verloren, Wohnung verloren.“ (Z. 204ff.)

Interviewerin: „[...] heißt das, die Leute kommen auch aus allen sozialen Schichten und irgendwas ist eben einfach schief gelaufen im Leben, aber es ist nicht von vornherein die Unterschicht oder doch?“

Experte 9: „Nein, das ist nicht mein Eindruck. Die [...] haben lange Zeit nicht so gelebt [...]“ [...]

Experte 9: „[...] Die sind auch einsam, das gehört auch zu diesem Absturz dazu, nicht alleine sondern einsam.“ [...]

Interviewerin: „Und Alkohol jetzt richtig als Suchtproblem?“

Experte 9: „Fast immer. Also fast immer so, dass ich [...] den Eindruck habe, so fängt es an. Wobei möglicherweise dann ganz andere Probleme am Anfang sind, dass man angefangen hat zu trinken in der Weise, aber das steht immer ganz am Anfang von diesem Absturz. Häusliche Gewalt ist manchmal im Spiel, auf jeden Fall Scheidung und Arbeitsplatzverlust [...], das ist so ein Brei, ich weiß gar nicht, was das Huhn und was das Ei ist. Das kann man da wahrscheinlich gar nicht mehr so sagen.“ (Z. 238ff.)

In den vier Fällen der Patienten 4, 9, 21 und 25 lag der Wohnungsverlust jeweils erst kurze Zeit zurück, d.h. Monate oder wenige Jahre. Dadurch konnten sich die Betroffenen noch genauer an die Geschehnisse erinnern, so dass sich die Zusammenhänge gut rekonstruieren ließen und nachvollziehbar war, wie der Wohnungsverlust im Rahmen von anderweitigen problematischen Lebensereignissen vonstattenging. Da die Betroffenen bis dahin in stabilen Lebens- und Wohnverhältnissen gelebt hatten und nie auf der Straße schlafen mussten, sondern anderweitig Unterschlupf fanden, unterschieden sie sich in ihrem Auftreten und Erscheinungsbild von denjenigen, die sich über Jahre an ein Leben in Obdachlosigkeit gewöhnt haben und wurden deshalb nicht als „typische Obdachlose“ empfunden. Auch die Patienten 11 und 24 (ausführliche Fallbeschreibungen in den Kapiteln 5.4.5 bzw. 5.4.8), zu denen Kontakt über die Malteser Migranten Medizin entstand, hatten das Glück, bei Familie oder Freunden wohnen zu können und unterschieden sich daher von den typischen

Besuchern in Obdachloseneinrichtungen. Patient 24 reflektierte diesen von sich selbst empfundenen Unterschied und distanzierte sich von den „typischen Obdachlosen“. Seine Aussagen zeigen außerdem, dass er, wie viele Bürger, der Ansicht war, dass in diesen Fällen der Sozialstaat greifen müsste. So war es für ihn wenig nachvollziehbar, wie es zu derart prekären Lebenslagen kommen kann, ohne dass die Betroffenen Hilfsleistungen beziehen; obwohl er sich selbst in einer unerwarteten Notlage ohne Leistungsbezug befand.

Patient 24: „Die Malteser [MMM, Anm.d.Verf.] hatten mich mal [...] zu den Zahnärzten [geschickt]. Das war ganz furchtbar, das war Straßenambulanz [ESA, Anm.d.Verf.] [...]. Die Zahnbehandlung war super, gar kein Problem, aber da waren dann halt wirklich die ganzen Obdachlosen, das war ein bisschen gruselig. Da habe ich mir dann fest vorgenommen, ich muss diese Angelegenheit jetzt so schnell wie möglich klären, dass ich nicht da noch lande. Das sind bestimmt alles ganz nette Leute, gar keine Frage, aber da will ich nicht landen.“ (Z. 465ff.)

Patient 24: „[...] also meine Verhältnisse sind jetzt nicht gut, ich bin jetzt ziemlich mittellos momentan [...]. [...] aber [...] wenn es jetzt jemand wirklich ganz furchtbar schlecht geht und der auf der Straße lebt, ich meine, dann greifen doch wirklich die Sachen wie Sozialhilfe ein und diese Leute müssten dann auch in Versicherungen kommen. Diese Leute müssen, meiner Meinung nach, ganz andere Gründe haben, um nicht in die Versicherung zu gehen, als meine.“ (Z. 329ff.)

Bei den Patienten 2, 3, 5, 6, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20, 22 und 23 bestand die Wohnungslosigkeit bereits über einen längeren Zeitraum hinweg. Das Leben in unsicheren Wohnverhältnissen und Obdachlosigkeit über Jahre, teils Jahrzehnte, hatte die Interviewpartner deutlich geprägt. Einige darunter hatten früher auf der Straße gelebt, manche taten dies noch immer. Im Gegensatz zu oben genannten Fällen mit erst kurz zurückliegendem Wohnungsverlust, entstand der Eindruck, dass sich diese Personen bereits mit den Umständen der Wohnungslosigkeit arrangiert hatten. Das Leben ohne festen Wohnsitz war für sie zum Alltag geworden und kein Ausnahmezustand mehr. Sofern es möglich war, den Hergang des Wohnungsverlustes aus den Aussagen der Interviewpartner zu rekonstruieren, wurden ähnliche Situationen wie bei kürzer zurückliegendem Wohnungsverlust geschildert: unvorhergesehene Lebensereignisse und einschneidende Veränderungen der Lebensumstände, die plötzlich oder schleichend zum sozialen Absturz und gesellschaftlichen Ausstieg führten. Ausschlaggebend waren letztlich auch hier finanzielle Schwierigkeiten, in deren Folge der Erhalt einer eigenen Wohnung nicht gelingen kann. Diese traten sowohl nach

Verlust des Arbeitsplatzes als auch trotz fortbestehender Berufstätigkeit auf, beispielsweise bei selbständiger Tätigkeit mit geringem Verdienst, bei nicht geregelten Arbeitsverhältnissen mit niedrigem Einkommen, wie z. B. Schwarzarbeit, oder bei nur zeitweiser Beschäftigung in schlecht bezahlten Jobs.

Die entscheidende Gemeinsamkeit besteht also in den finanziellen Schwierigkeiten, die sich entweder aus dem Verlust des Arbeitsplatzes oder aus zu geringem Einkommen ergeben und letztlich zum Verlust der Wohnung führen. Die Problematik der geringverdienenden Berufstätigen wird in späteren Kapiteln in Zusammenhang mit beruflicher Selbständigkeit und ungeregelten Arbeitsverhältnissen aufgegriffen. Im Fall der Arbeitslosigkeit als Ursache, stellt sich die Frage, warum die Betroffenen nicht Sozialleistungen in Anspruch nehmen. Hierfür sei an Kapitel 5.4.1 und an die grundlegenden Bedingungen für einen Leistungsbezug erinnert: die gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen für die jeweiligen Leistungen erfüllen, den Leistungsbezug (korrekt) beantragen und die Mitwirkungspflicht unter Leistungsbezug erfüllen. An diese Ausführungen soll nun angeknüpft werden.

Das Beispiel von Patient 21 (siehe auch Kapitel 5.4.4) zeigt, wie das Zusammenspiel mehrerer Probleme in einem sozialen Absturz mit Wohnungsverlust und Nichtversicherung münden kann, selbst wenn Betroffene sich frühzeitig hilfesuchend an verschiedene Institutionen und Behörden wenden. Patient 21 versuchte von Beginn an, für sich und seine Familie Hilfe im Regelsystem zu finden. Aufgrund unglücklicher Konstellationen erfüllten sie die Voraussetzungen für einen Leistungsbezug nicht bzw. fühlte sich keine der angefragten Behörden zuständig, weder für ihn noch für seine Lebensgefährtin und Kinder. Folglich wurden sie an Hilfseinrichtungen verwiesen.

Patient 21: „[...] Es gibt gewisse Sondersituationen im Leben, die kann ein Gesetz nicht voraussehen, das ist z.B. unsere Konstellation, die sich hier ergeben hat. Vater selbstständig, Mutter war im Elternjahr, musste quasi gerade in dem Moment, nach einem Jahr ist das Kind erkrankt, den Antrag stellen, konnte nicht arbeiten gehen, weil sie das Kind betreut. Diese ganze Konstellation, die sich hier ergeben hat, dafür gibt es keine Gesetzestexte, die das in irgendeiner Form berücksichtigen und sagen, [...] ab von allen Gesetzen, [...] hier muss schnelle Hilfe geleistet werden [...]. Nein, da schickt man uns dann zu Stiftungen und Hilfsorganisationen, die uns wiederum zurück zum Amt 3 [Abteilung Besonderer Dienst des Sozialamtes FFM, Anm.d.Verf.] schicken und sagen: ‚Die sind verantwortlich für euch, die müssen sich kümmern.‘ – Die sagen: ‚Wir können

uns nur soweit kümmern, mehr können wir nicht machen, Sie erfüllen die Voraussetzungen nicht, tut uns leid.' – Das war's."

Interviewerin: „Also von Ihrer Seite aus, Sie haben sich bemüht [...]?"

Patient 21: „Wir haben die Behördengänge schon am Anfang auf uns genommen und wir können es zumindest ja auch schriftlich nachweisen, was hier gelaufen ist, mit welchen Begründungen die Anträge abgelehnt wurden. Einem Sozialgericht würden die Haare zu Berge stehen, zum Teil. Das hat uns auch schon jemand gesagt, bloß wir können uns momentan gesetzlich nicht vertreten lassen vorm Gericht, weil wir die Nerven und die Kraft und die Zeit nicht haben. [...]“ (Z. 487ff.)

Aufgrund dieser Erfahrung war Patient 21 dem staatlichen Hilfesystem gegenüber sehr negativ eingestellt; er brachte seinen Unmut und seine Enttäuschung deutlich zum Ausdruck. Bis dato war er nie auf fremde Hilfe von Staat oder Hilfsorganisationen angewiesen. Er führte ein geregeltes Leben, lebte in fester Partnerschaft mit gemeinsamem Kind und hatte einen festen Job, dessen Einkommen zusammen mit dem Einkommen seiner Lebensgefährtin als stabile Lebensgrundlage ausreichte.

Interviewerin: „Das heißt, früher war alles in Ordnung, da hatten Sie eine Wohnung, hatten Sie einen Job und so was?"

Patient 21: „Ja, ich war selbständig, es war alles komplett, ein normales Leben also.“ (Z. 75ff.)

Sein Leben veränderte sich mit der unvorhergesehenen schweren Erkrankung seines damals etwa einjährigen Kindes, was zu einer extremen psychischen Belastungssituation für ihn und seine Lebensgefährtin führte und letztlich zum Verlust des Arbeitsplatzes beider beitrug. Neben der Sorge um ihr Kind waren sie psychisch und zeitlich nicht dazu imstande, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Seine Lebensgefährtin befand sich zum Erkrankungszeitpunkt am Ende der Elternzeit und nahm durch die Vorkommnisse ihre berufliche Tätigkeit nicht wieder auf. Er selbst scheiterte in den Versuchen, weiter seinen beruflichen Aufgaben nachzukommen und gab seine berufliche Tätigkeit schließlich ganz auf, um für seine Familie da zu sein. Darin gründeten die finanziellen Schwierigkeiten, die Patient 21 in die Verschuldung trieben und damit auch zur Folge hatten, dass er die Monatsmieten nicht mehr zahlen konnte. Am Ende stand die gerichtlich veranlasste Wohnungsäumung, mit der die Kleinfamilie mit mittlerweile zwei Kindern nahezu ihren gesamten persönlichen Besitz verlor.

Patient 21: „Ich habe nur noch meinen Personalausweis, das ist alles, was ich noch besitze, der Rest wurde im Laufe der Wohnungsäumung bei der Zwangsäumung mitgenommen. Alles, was ich überhaupt an Unterlagen besessen habe, Zeugnisse, überhaupt

alles [...]. Was ich noch besitze an Dokumenten ist mein Personalausweis und meine Meldebestätigung.“

Interviewerin: „Dass Sie hier in Frankfurt hauptgemeldet sind, hier Ihren Wohnsitz haben?“

Patient 21: „Ja, dass ich jetzt neu gemeldet wurde im Zuge der Obdachlosigkeit, weil wir ohne festen Wohnsitz waren.“

Interviewerin: „Sie haben jetzt keinen festen Wohnsitz?“

Patient 21: „Jetzt schon wieder, aber wir wurden aufgrund der Zwangsräumung abgemeldet. Die Zwangsräumung ist entstanden durch die Mietschulden.“ (Z. 26ff.)

Patient 21: „[...] Das ist so, wie nach einem Erdbeben oder nach einem Tsunami, wo man alles verloren hat, wo man nicht mal mehr seine eigenen Sachen hat. [...]“ (Z. 562ff)

Im Anschluss daran lebten sie über mehrere Monate von Geld- und Sachspenden und fanden in verschiedenen Behelfs- und Notunterkünften Unterschlupf, mussten sich jedoch wohnsitzlos melden. Aufgrund des dadurch entstandenen Wechsels des Aufenthaltsortes kam es zu Streitigkeiten über Zuständigkeiten der Behörden und so verzögerte sich der Bezug von Sozialleistungen für die Lebensgefährtin des Patienten, die dadurch auch eine Zeit lang nicht krankenversichert war. Für Patient 21 selbst bestand zunächst kein Leistungsanspruch. Im Rahmen seiner vorherigen Tätigkeit als Selbständiger zahlte er nicht in die freiwillige Arbeitslosenversicherung ein, so dass er keinen Anspruch auf ALG I erworben hatte. Da er zuletzt als freier Mitarbeiter auf Provisionsbasis tätig war und sein Arbeitsverhältnis offiziell erst endete, nachdem er schon etwa acht Monate nicht mehr arbeitete und nichts mehr verdiente, bestand erst ein verzögerter Anspruch auf ALG II. Er hätte die Krankenversicherung in der PKV also als Selbstzahler fortsetzen müssen, was ihm aufgrund der finanziellen Notlage nicht möglich war. Er beendete demnach die Beitragszahlungen und verlor seinen Krankenversicherungsschutz. Als er später aufgrund einer akuten Erkrankung erneut mit seinem Versicherungsunternehmen Kontakt aufnahm, bestand zwar nur eine relativ kurze Versicherungslücke von etwa einem Jahr, so dass es keine Zweifel in der Zuständigkeit der Krankenkasse gab. Jedoch verhinderten die Beitragsrückstände von mehreren tausend Euro den Wiedereinstieg in seinen früheren Versicherungstarif. Der Abschluss eines neuen Tarifes, in diesem Fall der Basistarif, wäre ihm aufgrund der noch höheren Monatsbeiträge nur über den Bezug von Sozialleistungen möglich gewesen. Da er zu diesem Zeitpunkt von seinen Lebensumständen derart eingenommen war, war er nicht imstande, sich um eine Beantragung von Leistungen zu kümmern.

Patient 21 war während des Interviews emotional sehr aufgewühlt, da die Ereignisse erst kurze Zeit zurücklagen und die kritische Lebenssituation noch nicht überwunden war. Dies ist auch im folgenden Zitat ersichtlich, in dem er die entscheidenden Faktoren anspricht, die zu seinem sozialen Absturz beitrugen.

Patient 21: „[...] Wir sind noch gar nicht dazu gekommen, uns zu ordnen. Ich kann Ihnen gar nicht sagen, wo und wie viel Schulden ich habe, ich weiß es nicht, ich war nur im Krankenhaus. [...] war in den letzten Monaten überhaupt nicht wichtig, was die [...] von mir wollen, war mir völlig egal. [...] Mensch in gewissen Situationen funktioniert nicht so, wie das Gesetz es will. [...] Da werden vielleicht manche sagen: ‚Ja, wie kann man so verantwortungslos sein.‘ Das ist nicht verantwortungslos, verantwortungslos wäre gewesen nicht für meine schwangere Frau in der Zeit da zu sein, nicht für mein Kind am Krankenbett da zu sein. [...] dass er sterben kann [...]. [...] da gehen sie nicht raus in den Außendienst und versuchen Geld zu verdienen, das hat überhaupt keinen Wert. Ich habe es probiert, vielleicht vier Wochen lang [...]. Sie sind [...] psychisch so fertig, sie machen Fehler [...], sie machen ihre Arbeit nicht richtig und ihnen schießen Gedanken durch den Kopf, dass sie heulend auf der Autobahn fahren [...].“

Interviewerin: „Waren Sie da jemals beim Arzt, oder auch Psychotherapie oder irgendwas, um sich arbeitsunfähig schreiben zu lassen?“

Patient 21: „Nein, das geht ja nicht. Wozu arbeitsunfähig, wenn man dort auf Provision arbeitet zu 100 %, brauchen sie sich da nicht krankschreiben, die Krankmeldung interessiert die nicht, sie kriegen eh kein Festgehalt.“ (Z. 582ff.)

Im Fall von Patient 21 hatten also drastische Lebensereignisse im privaten Bereich ein berufliches Scheitern und Arbeitslosigkeit mit finanziellen Schwierigkeiten zur Folge. Trotz fehlender Berufstätigkeit bestand jedoch zunächst kein Anspruch auf Sozialleistungen, so dass die Umstände neben dem Verlust der eigenen Wohnung auch zum Verlust der Krankenversicherung führten. Etwa einen Monat vor Durchführung des Interviews stellte er schließlich einen ALG-II-Antrag, der sich zu dem Zeitpunkt aber noch in Bearbeitung befand. Wie der Abschluss einer Krankenversicherung gelingen würde, war jedoch noch nicht geklärt. Ob ein Versicherungsabschluss letztlich gelang, bleibt offen, da der Patient sich nicht erneut in der Hilfseinrichtung vorstellte.

Auch Patientin 25 (siehe auch Kapitel 5.4.4) führte bis zu den Ereignissen, die ihren sozialen Absturz einleiteten, ein normales Leben. Nach dem Verlust ihres langjährigen Arbeitsplatzes als Angestellte eines großen Unternehmens missglückte der Versuch eines beruflichen Neuanfangs mit einer selbständigen Tätigkeit und so wurde sie schließlich arbeitslos. Ihre finanzielle Situation verschlechterte sich kontinuierlich, ihre anfangs noch vorhandenen privaten Ersparnisse brauchte sie Stück für Stück auf und

ließ zuletzt nicht nur Rechnungen unbezahlt, sondern verschuldete sich auch bei Freunden und Bekannten. Um nach außen den Schein zu wahren, lehnte sie den Bezug von Arbeitslosengeld trotz vermutlich bestehenden Anspruchs auf ALG II ab.

Patientin 25: „[...] Ich habe mich nicht arbeitslos gemeldet, das war für mich ein absoluter Makel.“

Interviewerin: „Sie wollten sich nicht melden?“

Patientin 25: „Nein, ich habe also wirklich so nach außen hin den Schein gewahrt, wie man das dann halt so macht, alles gut, [...] und habe das also ziemlich mit mir selbst ausgemacht. Klar, natürlich, der Druck wurde immer größer, es wurde mir ja auch immer massiver zugesetzt in Form von Zahlungsaufforderung und und und. Ich habe mir dann eben auch noch von Freunden Geld zusammengeliehen, die jetzt natürlich auch hoch erfreut sind, da sie wahrscheinlich eben kein Geld mehr sehen werden. [...]“ (Z. 144ff.)

Durch den Verlust des Arbeitsplatzes hatte sich zudem die Zuständigkeit der Krankenkasse geändert, denn bisher war sie über die Betriebskrankenkasse des Unternehmens versichert gewesen. Diese kündigte ihr die Mitgliedschaft, allerdings erst mit einer Verzögerung von ein paar Jahren (der Grund hierfür blieb unklar). Zunächst war sie während ihrer selbständigen Tätigkeit also noch über die frühere Krankenkasse versichert. Da ihre Einnahmen aus der Selbständigkeit nicht ausreichten, um eine neue Versicherung abzuschließen, beließ sie die Situation dabei. Zu dem Zeitpunkt, als ihre bisherige Krankenkasse ihr das Ausscheiden aus der Krankenversicherung mitteilte, hatte sich ihre finanzielle Situation bereits deutlich zugespitzt. Nicht nur, war sie dadurch nicht dazu in der Lage, eigenständig eine Krankenversicherung zu zahlen, sofern es ihr gelungen wäre, eine neue Versicherung abzuschließen, gleichzeitig drohte der Verlust ihrer Wohnung. Die mit der Gesamtsituation steigende psychische Belastung führte schließlich zu einer manifesten Depression, so dass sie noch weniger imstande war, eine Lösung zu finden. Die finanziellen Probleme gipfelten in der Ankündigung einer Wohnungsräumung. In deren Erwartung sah Patientin 25 nun endgültig keinen Ausweg mehr, so dass das Gefühl der Überforderung und die sie mehr und mehr bedrängenden Umstände sie schließlich in einen Suizidversuch trieben.

Interviewerin: „Sie wurden gekündigt von der Krankenkasse?“

Patientin 25: „Genau, weil ich eben nicht mehr bei [...] [früherer Arbeitgeber anonym, Anm.d.Verf.] beschäftigt bin [...]“ [...]

Patientin 25: „Bei [...] [früherer Arbeitgeber anonym, Anm.d.Verf.] gekündigt zum 30.06.2007 und habe dann als Selbständige gearbeitet als Call-Agent, also Versicherungen verkauft über das Telefon.“ [...]

Patientin 25: „Bis Ende 2008 und habe dann zwei Jahre von dem Ersparten gelebt, habe meine Aktien, meine Fonds, eben was ich hatte an Vermögen verkauft so nach und nach, mir Geld geliehen und ansonsten eben wirklich verstärkt ‚Vogelstrauß‘ gespielt.“

Interviewerin: „Den Kopf in den Sand gesteckt?“

Patientin 25: „Genau, aber ganz massiv, es war schon der ganze Körper. Und hatte also diesen Plan, das Ganze zu beenden, also schon viele Monate vorher und auch darauf hingearbeitet, also sprich die Tabletten auch schon zu Hause liegen und so gesehen ist das halt nicht jetzt irgendwie im Affekt passiert.“ [...]

Patientin 25: „[...] und hatte wohl auch schon zwei Tage in meiner Wohnung gelegen, bis ich gefunden wurde vom Gerichtsvollzieher, wie sinnig. [...]“ (Z. 54ff.)

Nach einem mehrmonatigen Klinikaufenthalt in der Psychiatrie zog sie in einer Unterkunft für Wohnungslose ein und fand dadurch Anbindung an Sozialarbeiter und Hilfseinrichtungen. Noch während des Klinikaufenthaltes gelang durch Unterstützung des Sozialdienstes und der Krankenhausverwaltung die Eingliederung in ALG-II-Bezug. Doch trotz aller Bemühungen von Seiten der Patientin selbst und Unterstützung durch Krankenhausmitarbeiter, konnte keine Wiedereingliederung in das Krankenversicherungssystem erreicht werden. Alle angefragten Versicherungsunternehmen lehnten die Anträge auf Abschluss einer Neuversicherung ab (siehe Kapitel 5.4.4). Damit befand sich Patientin 25 zum Zeitpunkt des Interviews zwar in Sozialleistungsbezug, war aber gleichzeitig nicht krankenversichert.

Interviewerin: „Bekommen Sie denn jetzt momentan irgendwas, Arbeitslosengeld, Hartz IV?“

Patientin 25: „Ja, Hartz IV.“ [...]

Patientin 25: „[...] das wurde von dort aus [Krankenhaus, Anm. d. Verf.] angeleiert.“ [...]

Patientin 25: „[...] die [Verwaltungsmitarbeiterin im Krankenhaus, Anm. d. Verf.] hat da wirklich schon ganz schön für mich mitgearbeitet und mich da auch unterstützt [...]. Wir waren dann wirklich auch so, dass ich zu ihr auch sagte: ‚Also wenn überhaupt nichts geht, dann gehe ich über das Sozialgericht [...]‘ [...] weil wir dann einfach sagten, ok, da muss ein Präzedenzfall her, weil das kann ja nicht angehen, wir haben die Versicherungspflicht und ich komme in keine Versicherung.“ (Z. 173ff.)

Wie aus der Patientenakte hervorging, gelang schließlich wenige Wochen nach Durchführung des Interviews der Abschluss einer Krankenversicherung. Damit dauerte das Nichtversichertsein in ihrem Fall insgesamt nur relativ kurze Zeit an, nämlich etwa sieben Monate. Da sie aber in einer PKV versichert wurde, galt die Versicherung nicht rückwirkend, anders, als es bei einer GKV der Fall gewesen wäre. Dies ist von Bedeutung für die in der Zwischenzeit erfolgte Behandlung, worauf genauer in Kapitel 5.5.6 eingegangen wird.

Im Fall der Patienten 4 und 9 lagen der soziale Absturz und Wohnungsverlust etwas länger zurück. Bei Patient 9 stand am Beginn ein berufliches Scheitern mit nachfolgender Verschuldung, verschärft durch Veruntreuung von Geldern durch seine spielsüchtige Ehefrau, die ihn letztlich um sein gesamtes Privatvermögen inklusive Altersvorsorge brachte (ausführliche Fallbeschreibung in Kapitel 5.4.6). Patient 4 geriet nach einem vorzeitigen Renteneintritt aufgrund der niedrigen Rentenzahlungen in finanzielle Schwierigkeiten (ausführliche Fallbeschreibung in Kapitel 5.4.5). Eine Vermischung von Konflikten in verschiedenen Lebensbereichen, darunter gesundheitliche Probleme, Alkoholabhängigkeit, Geldschulden und eine Ehekrise, mündeten in der Trennung von seiner Ehefrau (und dem gemeinsamen Kind) und damit dem Verlust der gemeinsamen Wohnung. Beide, Patient 4 und Patient 9, verloren im Zuge dieses Absturzes ihre frühere Wohnung, die sie mit den Ehepartnern geteilt hatten, wurden aber nicht vollständig obdachlos, in dem Sinne, dass sie nicht auf der Straße leben mussten. Sie fanden eine behelfsmäßige Bleibe in den Wohnungen von Familienangehörigen (Patient 9 zog wieder bei seiner Mutter ein) bzw. Exfrau (Patient 4 übernachtete in der Küche bei seiner Exfrau). Patient 4 konnte später eine vom Wohnungsamt vermittelte Sozialwohnung beziehen.

Im folgenden Zitat schildert Patient 4 den Hergang seines sozialen Absturzes.

Patient 4: „Ja, das ist ja das ganze Problem was jetzt kommt. Ich war bei der Stadt Frankfurt angestellt und hab dann Altersteilzeit gemacht und hatte Schulden und die wurden immer höher und da ist dann der Absturz gekommen, als ich das nicht mehr bezahlen [konnte], musste alles verkaufen, Lebensversicherung, [...] Auto, alles Mögliche und die Ehe ging dann in die Brüche und da war ich teilweise obdachlos. Da habe ich bei meiner Exfrau sechs Wochen in der Küche übernachtet und dann hat mir das Sozialamt ein kleines Appartement besorgt [...] das sind jetzt knapp vier Jahre her.“ [...]

Patient 4: „[...] Und Alkohol und all so was zum Absturz alles so dazu gehört. Also Wohnung, Frau, Familie verloren und Alkohol und so.“ (Z. 47ff.)

Während Patient 4 eher resigniert wirkte, klang in den Aussagen von Patient 9 viel Verbitterung mit. Er kritisierte das Desinteresse und die Hindernisse des staatlichen Hilfesystems und machte sich gleichzeitig Selbstvorwürfe.

Patient 9: „[...] und dann wurde ich arbeitslos, ja und dann ging alles seinen Weg [...]. Meine Frau ist ja dann gegangen und das ist dann einfach so der Werdegang, da muss man glaube ich nicht näher drauf eingehen, das interessiert eigentlich auch keinen Menschen. Letztlich ist man selbst dran schuld, in den Augen der anderen.“ (Z. 269ff.)

Patient 9: „Ich bin im Moment gerade bei meiner Mutter untergekröchen, die einzige Möglichkeit. Ich krieqe keine Wohnung hier in Frankfurt.“

Interviewerin: „Sie bekommen keine Wohnung in Frankfurt, warum nicht?“

Patient 9: „Ja, das System lässt das nicht zu, das ist ein Kreislauf hier. Ok, mittlerweile habe ich alle Unterlagen, [...] ich bin auch [...] gemeldet hier in Frankfurt. [...]“ [...]

Patient 9: „[...] Ich habe einen Schufa-Eintrag und mit einem Schufa-Eintrag kriegen sie ja noch nicht mal vom Wohnungsamt eine Wohnung.“ (Z. 80ff.)

Die Fallbeispiele der Patienten 4 und 9 zeigen, dass der Verlust der Krankenversicherung auch verzögert zum Wohnungsverlust eintreten kann. In den Interviews erklärten beide, sich anfangs noch um eine Absicherung gekümmert zu haben. So bezogen sie zunächst noch Sozialleistungen und waren auch noch krankenversichert, Patient 4 durch Zuzahlung des Jobcenters zu den Versicherungsbeiträgen, Patient 9 über eine Familienversicherung mit seiner Ehefrau, obwohl er in Trennung von ihr lebte. Bei zunehmender Resignation und psychischer Belastung aufgrund ihrer Lebenslage vernachlässigten beide jedoch im weiteren Verlauf ihre Mitwirkungspflicht bei den Behörden. Im Fall von Patient 4 nahm die Suchterkrankung und depressive Stimmung überhand, Patient 9 wurde ebenso zunehmend depressiv und reagierte zum Zeitpunkt einer körperlichen Erkrankung nicht auf die Schreiben von Krankenkasse und Behörde. Obwohl sie vermuteten, dadurch ihren Leistungsbezug und die Krankenversicherung zu gefährden, sahen sich beide nicht dazu in der Lage, mit der zuständigen Behörde und Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und nahmen den Versicherungsverlust in Kauf.

Die Patienten 8, 10 und 20 wurden nach einem Arbeitsplatzverlust mit nachfolgenden finanziellen Problemen obdachlos, bei Patient 8 und 10 kam die Trennung von ihren Partnerinnen hinzu. Patient 2 war weiterhin berufstätig, als geringverdienender Selbständiger jedoch ebenso aus finanziellen Gründen ohne festen Wohnsitz. Im Fall der Patienten 18, 19 und 23 spielten neben der Arbeitslosigkeit psychische Erkrankungen eine wesentliche Rolle für ihre Lebenssituation. Patientin 11 konnte sich aufgrund einer niedrigen Altersrente die Miete nicht leisten. Patient 5 verlor während eines Haftaufenthaltes seine Wohnung. Bei den Patienten 13, 14, 17 und 24 bedeutete die Rückkehr nach teils mehrjährigem Auslandsaufenthalt in Verbindung mit finanziellen Schwierigkeiten den Schritt in die Wohnungslosigkeit/-not. Die Patienten 1, 3, 6, 7, 12, 15, 16 und 22 kamen als Migranten nach Deutschland, lebten teilweise schon seit Jahren hier, konnten sich jedoch nicht oder nicht dauerhaft in den geregelten

Arbeitsmarkt integrieren und sich deshalb keine, oder nur zeitweise, eine eigene Wohnung leisten.

So lassen sich die Beispiele, wie Menschen in Wohnungsnot geraten, beliebig fortsetzen. Jede Geschichte ist individuell und unterscheidet sich in ihren Details, im Großen und Ganzen finden sich aber wiederkehrende Konstellationen. Insbesondere zeigt sich, dass Wohnungsnot nicht alleine auftritt, sondern einhergeht mit einschneidenden Veränderungen in mehreren Lebensbereichen und häufig einen Aspekt neben anderen im Rahmen eines sozialen Abstiegs darstellt.

In der Regel spielen die berufliche Situation und damit verbunden die finanziellen Probleme eine wesentliche Rolle beim Entstehen von Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. Darüber lässt sich auch indirekt ein kausaler Zusammenhang zwischen Situationen der Wohnungslosigkeit/-not und dem Verlust der Krankenversicherung herstellen. Nichtversicherung resultiert nicht direkt aus Wohnungslosigkeit/-not, tritt aber in Zusammenhang mit ihr auf. Eine prekäre Wohnsituation begünstigt gewissermaßen den Versicherungsverlust und ist ihrerseits Ergebnis beruflicher und finanzieller Schwierigkeiten. Denn Personen, die in Wohnungsnot geraten, sehen sich meist mit vielerlei Problemen konfrontiert, von denen das Fehlen der Krankenversicherung oft das geringste darstellt. Der Verlust der eigenen Wohnung und des geregelten Einkommens stellen jedoch eine existenzielle Bedrohung dar, deren Auswirkungen drastisch und unmittelbar spürbar sind. In diesem Zusammenhang ist verständlich, dass eine Person, die nicht genügend Geld hat, um die monatliche Miete zu zahlen, auch kein Geld übrig haben wird, um die Beitragszahlungen an die Krankenkasse aus eigener Hand zu übernehmen. Denn anders als bei drohender Obdachlosigkeit trägt der Verlust der Krankenversicherung keine unmittelbar spürbaren Konsequenzen nach sich. In Anbetracht existenzieller Fragen verliert die Krankenversicherung also an Priorität und ihr Verlust wird in Kauf genommen.

Die Aussagen der Patienten lassen die Schlussfolgerung zu, dass vielen, wenn auch nicht allen, durchaus bewusst ist, dass die Veränderung ihrer Lebensumstände Einfluss auf den Versicherungsstatus hat. Einige versuchen demnach auch, ihre Krankenversicherung zu erhalten; insbesondere wenn sie bis vor kurzem noch in geregelten Verhältnissen lebten. Manchen gelingt dies sogar noch eine Zeit lang, sie verlieren die

Versicherung dann aber zu späterem Zeitpunkt, teils auch nicht mehr nachvollziehbar wann und warum genau. Scheitern die Versuche, die Versicherung zu erhalten oder erfordern einen unverhältnismäßig großen Einsatz, z.B. bei knappen finanziellen Ressourcen oder in akuter psychischer Belastungssituation, kann dieser möglicherweise nicht erbracht werden. Die Beantragung von Sozialleistungen scheint an dieser Stelle eine einfache Lösung zu bieten, ist in der Realität jedoch oft nicht so schnell und problemlos umsetzbar. Abgesehen davon, dass nicht alle Betroffenen primär die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen oder staatliche Hilfe aus Prinzip ablehnen, gelingt der Leistungsbezug oft nicht. Denn sowohl einen Sozialleistungsantrag zu stellen als auch einen laufenden Bezug beizubehalten, erfordert einen gewissen Aufwand und Mitwirkung von Seiten der Betroffenen, wozu sie oftmals nicht in der Lage sind, wenn die Probleme insgesamt überhand nehmen. Nicht nur in Situationen mit akuter Wohnungsnot, sondern auch wenn diese zu einem länger andauernden Zustand wird, können daher die Beantragung von Sozialleistungen und der Erhalt der Krankenversicherung eine Überforderung darstellen.

Diese Zusammenhänge wurden auch mehrfach von den Experten beschrieben. Hervorgehoben wurde dabei insbesondere der Aspekt der Verschiebung der Prioritäten beim Auftreten existenzieller Bedrohungen, so z.B. von Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, und Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter.

Expertin 11: „Wenn das Geld nicht mehr reicht, ist das Erste was gestrichen wird die Altersvorsorge und als Zweites die Krankenkasse. Denn das sind Dinge, die sie nicht unmittelbar sofort benötigen. [...] sie brauchen vielleicht ihr Auto, ihre Wohnung, das sind ja alles Dinge, wenn sie die nicht zahlen, hat das sofort eine Konsequenz, aber die Altersvorsorge merken sie erst im Alter und die Krankenkasse in dem Moment wo sie erkranken.“ (Z. 245ff.)

Expertin 21: „[...] das ist der Geldmangel [...] also die eigenverantwortlich Beiträge zahlen müssen und die in Finanzschwierigkeiten geraten sind und dann die Krankenversicherung als nicht relevant gesehen haben. Das heißt, als Erstes kümmere ich mich um meine Existenzbedürfnisse, das sind Lebensmittel, dass ich sehe, dass ich an dem Tag was zu essen habe. Das Zweite ist dann sicher Wohnung, [...] also um Miete muss ich mich kümmern. Krankenversicherung, daran denkt man erst, wenn man krank ist und zum Arzt muss und merkt, man kommt nicht mehr rein. [...] Und meistens, wenn es dann in diesem Stadium schon ist, dann ist die Krankenversicherung schon weg. [...]“ (Z. 140ff.)

Viele Experten werteten das Stoppen der Beitragszahlungen an die Krankenkasse eher nicht als bewusste Entscheidung, im Sinne einer kalkulierten oder gar erwünschten Maßnahme, sondern als Folge einer allgemeinen Notlage und Überforderung. Sie sahen den Versicherungsverlust demnach eher als Ergebnis finanzieller Schwierigkeiten und unvorhergesehener Lebenssituationen, die die Betroffenen überwältigen, so dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Angelegenheiten zu regeln, wie auch die Expertinnen 20, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, betonten.

[Das Interview fand als Gruppeninterview mit mehreren Expertinnen als Interviewpartnerinnen statt, die im Wechsel und je nach ihren Kompetenzen und Erfahrungen auf die Fragen antworteten. Wird ein Zitat mit Antworten verschiedener Expertinnen aus der Gruppe aufgeführt, wird dies durch die Bezifferung 20-1, 20-2 etc. kenntlich gemacht. Die Bezeichnung 20-1 etc. betrifft dabei nicht immer die gleiche Person, sondern wird lediglich zur Nummerierung der Aussagen verwendet.]

Expertin 20: „Ich denke, die Formulierung ‚ist es den Leuten bewusst‘ oder ‚ist es eine bewusste Entscheidung‘ ist sehr, sehr schwierig, gerade wenn ich die Leute, mit denen wir zu tun haben, sehe. Die sitzen nicht am Tisch und sagen: ‚Ok, das ist meine finanzielle Situation, da nehme ich mal den Posten Krankenkasse weg.‘ [...] Meistens ist es gekoppelt, mehreres ist im Argen und es ist eher eine ‚ich bin überfordert, diese Situation zu regeln, ich stecke jetzt einfach meinen Kopf in den Sand, es wird schon gut gehen‘ [...]. Ich habe viel mit Menschen zu tun, bei denen alles im Chaos versinkt. Das wird als Hilfe erlebt, wenn wir anfangen zu strukturieren und zu sortieren. [...]“ (Z. 975ff.)

Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, verglich die Lebenssituation nach einem sozialen Absturz mit „normalen“ Lebensumständen, in denen Dinge wie die Krankenversicherung oder Monatsmieten quasi „automatisch“ aufrecht erhalten bleiben. Sie war, wie andere Experten auch, der Meinung, dass es sehr schwierig sei, sich wieder nach oben zu kämpfen, wenn man einmal ans untere Ende der sozialen Leiter gerutscht war. So sei auch das Wiedererlangen einer Krankenversicherung nachdem diese einmal verloren ist, ungleich komplizierter, als das Fortführen einer bestehenden Versicherung oder ein nahtloser Wechsel bei einer Änderung des Versicherungsstatus.

Expertin 14: „[...] Wenn man normal lebt, sein Geld jeden Monat auf das Konto bekommt, jeden Monat die Miete automatisch abgeht, alles geht automatisch, das ist ja wunderbar. Aber sobald man irgendwie aus diesem ganzen Mechanismus rausfällt, wird es richtig anstrengend.“

Interviewerin: „Und viele schaffen es dann nicht mehr alleine da rauszukommen?“

Expertin 14: „Ja, ja. Das sind dann Berge, die sich da auftürmen, wo dann viele sagen: ‚Nein, das gucke ich mir erst gar nicht mehr an.‘“ (Z. 562ff.)

Als Beobachtung aus den letzten Jahren schilderten manche Experten eine Zunahme derartiger Fälle, in denen Personen, die zuvor ein geregeltes Leben führten, durch einen sozialen Abstieg in solche Existenznöte geraten, dass sie sich dazu gezwungen sehen, in Hilfseinrichtungen Rat und Unterstützung zu suchen. Somit änderte sich im Lauf der letzten Jahre auch die Klientel mancher Hilfseinrichtungen von der ursprünglichen Zielgruppe der „Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten“ (nach Definition des SGB XII, siehe Kapitel 2.4.2) hin zu einer breiteren Armutsklientel. Als Folge suchen nun teilweise auch Personen Hilfseinrichtungen auf, die bereits in Sozialleistungsbezug stehen und durch keine zusätzlichen Schwierigkeiten, wie beispielsweise eine psychische Erkrankung, belastet sind, aber trotzdem als arm einzustufen sind und deshalb Unterstützung benötigen. Nach Einschätzung einiger Experten steht nun häufiger ein sozialer Absturz am Anfang, der später auch zu Problemen wie Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen führen kann, während früher eher die besonderen sozialen Schwierigkeiten im Zentrum der Problematik standen und Auslöser eines sozialen Absturzes waren. Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, beschrieb diese Entwicklung und sah die Ursache dafür in der Sozialgesetzgebung der letzten Jahre (mehr dazu in Kapitel 5.5).

Interviewerin: „[...] Ist das bei euch auch so, dass sich die Nutzergruppe geändert hat in den letzten Jahren?“

Expertin 14: „Die Gruppe hat sich insofern geändert, als dass sich unsere gesamte Gesetzgebung geändert hat. Das Armutsklientel, sag ich jetzt mal, die Leute, die man unter SGB-II-Bezug nochmal als arm bezeichnen würde, die hätten wir früher nie angetroffen oder auch Leute, die wohnungslos werden, zu vielen von denen hätten wir früher keinen Kontakt gehabt, weil es einfach, es sind häufig Personen, die keine sozialen Schwierigkeiten haben. Die Leute sind aufgrund von Arbeitslosigkeit und vielleicht Trennung von der Familie oder so wohnungslos geworden und befinden sich im SGB-II-Bezug [...]. Das ist schon auffallend, früher [...] die Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten waren schon häufig Leute, die Alkoholprobleme hatten, sonstige Suchtprobleme, Spieler, mitunter auch Drogenabhängige [...]. Heute sind es oft Leute, die Probleme kriegen aufgrund ihrer Situation. Je länger die andauert, so habe ich den Eindruck, desto schlimmer wird diese Gesamtsituation, dass sich dann Depressionen einstellen aufgrund der Wohnungslosigkeit, nicht zu wissen wohin, immer wenig Geld zu haben, ungesicherte Lebensverhältnisse zu haben. [...]“

Interviewerin: „Und das war früher weniger so?“

Expertin 14: „Ja, solche Existenznöte in der Gestalt, das war so krass nicht, nein.“ (Z. 72ff.)

Wird die Wohnungsnot vom akuten Problem zum Dauerzustand, passen sich die Betroffenen gezwungenermaßen den Umständen an. Bei Personen, die seit mehreren

Jahren ohne festen Wohnsitz leben, auf der Straße, wechselnd zwischen Straße und Obdachlosenunterkünften oder in sonstigen zeitlich begrenzten Behelfsunterkünften, lässt sich beobachten, wie die Lebensweise auch die Denkweise und damit ihr Verhalten prägt. Der Alltag von Obdachlosen wird in erster Linie davon bestimmt, die unmittelbaren Bedürfnisse zu sichern, d.h. genug Geld aufzutreiben für den Tagesbedarf an Essen und Trinken und einen Schlafplatz zu finden. Oft wird Geld auch für Suchtmittel, wie Zigaretten und Alkohol, benötigt, manchmal auch für andere, illegale Drogen. Denn aus der Sicht von Suchtkranken stellt auch die Suchtbefriedigung ein Grundbedürfnis dar. Ob das notwendige Geld für den täglichen Bedarf durch Betteln, Aushilfstätigkeiten, Schwarzarbeit oder (meist eher nur für kurze Zeit) ein geregeltes Beschäftigungsverhältnis erlangt wird, in der Regel bleibt nichts oder nicht viel davon übrig, um daraus finanzielle Rücklagen für später zu bilden, d.h. zu sparen oder Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Das Leben konzentriert sich also auf das Notwendigste und auf die Gegenwart. Daraus resultiert typischerweise ein eher kurzfristiges Denken, das sich auf den jeweiligen Tag und eventuell einige folgende Tage beschränkt, statt sich mit der fernen (und unsicheren) Zukunft zu beschäftigen. Eine langfristige Lebensplanung, Vorsorge für die Zukunft im Allgemeinen und damit auch Gedanken an eine Absicherung im Krankheitsfall, haben keine Priorität. Stattdessen stellt sich, bewusst oder unbewusst, eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber Dingen ein, die im Alltag derjenigen eine Rolle spielen, die einem regeltem Berufs- und Familienleben nachgehen, mit regelmäßigen Gehaltszahlungen auf ihr Bankkonto und Abbuchungen von demselben, unter anderem in ein System der Absicherung der eigenen Zukunft mit Krankenversicherung, Altersvorsorge und Zusatzversicherungen. Ein Leben in Wohnungslosigkeit über einen längeren Zeitraum führt zwar nicht unausweichlich in den Status der Nichtversicherung, begünstigt jedoch durchaus den Versicherungsverlust und erschwert den Wiedereintritt in das Versicherungssystem.

Letztlich führt die Lebensweise bei Langzeit-Wohnungslosen oft zu einer Ausgrenzung aus der Gesellschaft und Abgrenzung von derselben. Auf der einen Seite schafft schon das äußere Erscheinungsbild und Auftreten eine Trennung zu denjenigen, die einem regeltem und gesellschaftlich akzeptierten Leben nachgehen. Zudem entwickeln viele Wohnungslose das Gefühl, unerwünscht zu sein und keinen Platz in der Gesellschaft zu

haben – oftmals als Resultat aus konkreten Erlebnissen. Wie einige Interviewpartner berichteten, wird Abweisung beispielsweise im Kontakt mit Behörden und Krankenkassen erlebt. Negative Erfahrungen mit als abwertend empfundener Behandlung durch Mitarbeiter öffentlicher Einrichtungen gemischt mit dem Gefühl der Überforderung durch die Vielzahl der Anforderungen, die vom staatlichen Hilfe- und Regelsystem an Hilfesuchende gestellt werden, führen letztlich zur Resignation und einer Abneigung gegenüber Behörden, die sich manchmal auf Staat und Gesellschaft im Allgemeinen ausdehnt. Der Kontakt zu Behörden und sonstigen offiziellen Institutionen wird daher oft vermieden, so dass infolgedessen auch eventuell bestehende Ansprüche an Sozialleistungen nicht eingefordert werden oder die Mitwirkungspflicht nicht erfüllt wird, sollte ein Leistungsbezug einmal gelungen sein.

Ein Beispiel hierfür ist Patient 8 (siehe Kapitel 5.4.1, 5.6), der als Obdachloser negative Erfahrungen mit Behörden machte und sich als sozial ausgegrenzt erlebte. Als Folge daraus hatte er eine tiefe Abneigung gegenüber dem Staat und den Politikern im Allgemeinen entwickelt, die er im Interview an mehreren Stellen entsprechend deutlich zum Ausdruck brachte.

Interviewerin: „Wissen Sie, dass es eine Gesundheitsreform 2007 gab, in Deutschland und da wurde beschlossen, dass alle Menschen, die in Deutschland wohnen, sich krankenversichern müssen und die Krankenkassen müssen die Leute auch aufnehmen?“

Patient 8: „Das sind aber nur Sprüche.“ [...]

Interviewerin: „Warum sind das nur Sprüche, was ist das Problem?“

Patient 8: „Die Politiker sind das Problem, denke ich mal. Ehrlich jetzt. Ich kenn so viele Obdachlose, die jetzt in Frankfurt, wenn wir zusammen jetzt Hand in Hand da durchlaufen würden, würde ich Ihnen garantiert zwanzig, dreißig Leute zeigen, die auf der Gasse sitzen und die nicht versichert sind. Wie geht das denn?!“

Interviewerin: „[...] warum sind die nicht versichert?“

Patient 8: „Vielleicht haben die keinen Bock, weil die wollen mit den Ämtern nichts zu tun haben, die Warterei und alles.“

Interviewerin: „Also liegt es an den Leuten, weil die keinen Bock haben?“

Patient 8: „An den Leuten denke ich mir und auch an den, keine Ahnung, also die Ämter sind wirklich nicht leicht.“ [...]

Interviewerin: „Was ist also falsch an der Politik?“

Patient 8: „Dummschwätzer sind das, oder?! Ehrlich jetzt. Die wollen () machen, des machen und des machen, die fahren alle mit nagelneuen Audis durch die Gegend. Dann sollen die halt Trabis fahren [...], das kost ein Haufen Geld die Limousinen.“ (Z. 325ff.)

Auch Patient 9 (siehe Kapitel 5.4.4, 5.4.6) fühlte sich vom staatlichen Hilfesystem im Stich gelassen. Obwohl er in seinem Auftreten und mit seiner Vorgeschichte nicht zu der typischen Obdachlosen-Klientel gehörte, erlebte er von Seiten der Ämter und

Krankenkassen Zurückweisung. Er sah darin eine Erklärung dafür, dass viele der Betroffenen schließlich resigniert aufgeben und sich mit ihrer Situation abfinden.

Patient 9: „[...] Ich bin der Meinung, dass viele Dinge dazu führen, dass die Menschen irgendwann aufgeben. Das Problem ist, die Leute, die in diesem Kreislauf drin sind, die werden mutlos und dadurch, selbst wenn sie irgendwann mal aufgebäumt haben, irgendwann kriegen sie wieder eine über den Kopf und [...] irgendwann geben sie ganz auf [...]. Ich sehe es ja hier, wenn ich hierher [ESA, Anm. d. Verf.] komme. [...]“ (Z. 464ff.)

Doch auch Angebote nichtstaatlicher Einrichtungen werden nicht immer angenommen. So berichteten die Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen, dass es oft lange dauern würde, manchmal mehrere Jahre, ein vertrauensvolles Verhältnis zu einem Obdachlosen aufzubauen und eine kontinuierliche Anbindung an eine Einrichtung zu erreichen. Manchmal gelinge dies auch überhaupt nicht und die Betroffenen zeigten sich allen Bemühungen der Sozialarbeiter unzugänglich. Trotz des niedrigschwelligen Hilfsangebotes, das Wohnungslosen den Zugang so einfach wie möglich machen soll, sind die Betroffenen manchmal nicht in der Lage sind, die Unterstützung anzunehmen, wie z. B. Experte 5, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, erklärte.

Experte 5: „[...] Oft merken wir aber, dass gerade die Menschen, mit denen wir so im Bereich unserer niedrigschwelligen Kontaktarbeit zu Gange sind, dass die gar nicht in der Lage sind, so zielgerichtete Wege zu gehen und auch bestimmte Fragestellungen zu verfolgen, sondern dass da auf Grund verschiedenster Dinge, psychischer Erkrankung eben auch oft oder Suchterkrankung, die Leute gar nicht in der Lage sind, selbst den Weg in den Ostpark [Obdachlosenunterkunft, Anm. d. Verf.] zu finden.“ (Z. 248ff.)

Diejenigen unter den Wohnungslosen, zu denen kein regelmäßiger Kontakt gefunden werden kann und die sich dem Hilfesystem entziehen, wurden von den Experten oft als „Aussteiger“ oder „Rausfaller“ bezeichnet. Damit wird ausgedrückt, dass sie sich von der Gesellschaft und dem staatlichen System abkehren, „aussteigen“ oder „durchs Raster fallen“, da ihre Denk- und Lebensweise nicht mit den Erwartungen kompatibel sind. In einigen Fällen erschweren zusätzliche Faktoren die Integration in die Gesellschaft und verfestigen damit die Lebensumstände und auch die Wohnungslosigkeit. So trägt beispielsweise eine manifeste psychische Erkrankung oder Suchtverhalten zu Denkweise und Verhalten der Obdachlosen bei oder ist ursächlich daran beteiligt, dass Personen in Wohnungs- und Arbeitslosigkeit geraten (siehe dazu Kapitel 5.4.3).

Aus der Situation der Langzeit-Wohnungslosigkeit entstehen daher spezielle Hindernisse, die insbesondere Wohnungslosen den Zugang zum Hilfesystem erschweren und damit im Hinblick auf einen Leistungsbezug und die Krankenversicherung eine Rolle spielen. Bezeichnend ist, dass Wohnungslose an scheinbaren Kleinigkeiten scheitern, die für Personen in stabilen und geregelten Lebensumständen keine oder weniger Schwierigkeiten darstellen. Die folgenden Fallbeispiele verdeutlichen diesen Punkt.

Ein häufiges Hindernis, das sich aus einem Leben in Wohnungslosigkeit ergibt, ist das Fehlen von Dokumenten oder Unterlagen, die bei Ämtern und offiziellen Stellen zur Identifikation und bei einer Antragstellung vorgelegt werden müssen. Die Patienten 15 und 22 scheiterten beispielsweise daran, dass sie keinen Ausweis besaßen, der jedoch zur Beantragung jeglicher behördlicher Leistungen notwendig ist. Die Ausstellung eines neuen Ausweises oder Passes war bei beiden zusätzlich dadurch erschwert, dass sie keine deutschen Staatsbürger waren und deshalb mit der Botschaft oder einem Konsulat ihres Heimatlandes Kontakt hätten aufnehmen müssen. Nun stellt auch dies kein endgültiges Hindernis dar, erfordert jedoch einen größeren Aufwand, sowohl organisatorisch als auch finanziell. Dies wirkte auf die beiden bereits so abschreckend, dass sie erst gar keine Versuche unternahmen, das Problem anzugehen.

Patient 15 stammte aus einem alten EU-Land und lebte seit circa 25 Jahren ohne festen Wohnsitz und an wechselnden Aufenthaltsorten innerhalb Europas. Seit etwa zwanzig Jahren war er in Deutschland, verdiente anfangs Geld mit Jobs in Schwarzarbeit, wozu er krankheitsbedingt seit etwa sechs Jahren nicht mehr in der Lage war. Seitdem lebte er vom Betteln und der Unterstützung von Bekannten. Eine feste Arbeitsstelle mit Arbeitsvertrag fand er nie, war folglich auch nie über einen Arbeitsplatz krankenversichert und konnte auch nie eine Krankenversicherung auf eigene Kosten zahlen. Er war seit insgesamt 25 Jahren nicht krankenversichert.

Interviewerin: „Haben Sie früher gearbeitet in Deutschland?“

Patient 15: „Ja.“

Interviewerin: „Wo haben Sie gearbeitet?“ [...]

Patient 15: „Immer nur Baustelle, Fliesen machen, tapezieren, oder so.“ [...]

Interviewerin: „Und jetzt im Moment gibt es keine Baustelle?“

Patient 15: „Nein, ist zu schwer, schwer Arbeit, das geht nicht. Ist ok.“

Interviewerin: „Von was leben Sie, von welchem Geld?“

Patient 15: „Auf die Straße.“

Interviewerin: „Betteln auf der Straße?“

Patient 15: „Ja, und Kumpel immer helfen. Ich habe viele Leute die mir helfen.“ [...]

Interviewerin: „Haben Sie in Deutschland, als Sie gearbeitet haben, die ganze Zeit gearbeitet oder immer nur kurze Zeit?“

Patient 15: „Nur kurze Zeit, eine Woche, zwei Wochen, Pause, und so so. Aber damals. Ich bin krank sechs Jahre und keine Arbeit, sechs Jahre gar nichts.“

Interviewerin: „Die Arbeit früher war die immer angemeldet?“

Patient 15: „Nein, Schwarzarbeit.“ (Z. 82ff.)

Aufgrund seiner Herkunft und der langen Aufenthaltsdauer in Deutschland stand ihm prinzipiell staatliche Hilfe in Form von ALG II zu, er unternahm jedoch nie einen Versuch, dies zu beantragen. Anfangs sah er keinen Bedarf, nun fehlten ihm für einen Antrag neben anderen Dokumenten die Ausweispapiere. Sein Ausweis wurde ihm nebst Bargeld und einigen Habseligkeiten vor Jahren gestohlen, als er betrunken im Park schlief, seitdem hatte er keine gültigen Papiere mehr. Zwar meldete er den Diebstahl bei der Polizei, seine Papiere wurden aber nicht wiedergefunden und neue beantragte er nicht. Nachdem er immer auf irgendeine Art und Weise zu Geld kam, Unterstützung durch Bekannte hatte, die ihm aktuell auch eine Unterkunft gaben, so dass er nicht mehr auf der Straße schlafen musste, sah er keinen Grund, etwas an seiner Situation zu ändern.

Interviewerin: „Haben Sie einen Sozialarbeiter, der Ihnen hilft?“

Patient 15: „Nein.“

Interviewerin: „Wollen Sie keinen oder brauchen Sie nicht?“

Patient 15: „Nein. Besser auf die Straße, Geld ist genug, kein Problem. Alkohol ist Problem. Ohne Geld nicht Alkohol, aber ich nicht trinken Alkohol und Geld ist genug für Brot und Essen, ist kein Problem.“ (Z. 235ff.)

Er hatte sich seit Jahren an die Lebensweise eines Obdachlosen gewöhnt und kam ohne den Bezug von Arbeitslosengeld zurecht, so dass er auch keine dringende Notwendigkeit sah, sich um die Beantragung eines neuen Ausweises zu kümmern. Aufgrund einer chronischen Erkrankung, unter anderem als Folge seiner Alkoholabhängigkeit, benötigte er dauerhaft Medikamente. Er fühlte sich jedoch nicht krank, litt nicht unter akuten Beschwerden und da er die notwendige Behandlung inklusive Medikamente von der ihn behandelnden Hilfseinrichtung bekam, verspürte er auch keinen Bedarf, sich um eine Krankenversicherung zu bemühen.

Interviewerin: „Haben Sie mal versucht, eine Krankenversicherung zu bekommen, sich zu versichern?“

Patient 15: „Nein.“

Interviewerin: „Wissen Sie, ob das vielleicht funktionieren würde?“

Patient 15: „Keine Ahnung.“

Interviewerin: „Und haben Sie mal versucht, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe zu bekommen?“

Patient 15: „Nein.“

Interviewerin: „Ist es für Sie ein Problem, dass Sie keine Krankenversicherung haben?“

Patient 15: „Nein, ich habe keine Problem.“

Interviewerin: „Sie wollen auch keine haben?“

Patient 15: „Nein, muss nicht sein.“

Interviewerin: „Die Behandlung, die Sie hier bekommen, bekommen Sie da alles was Sie brauchen oder fehlt manches? [...]. Wird hier gut behandelt in der Caritas?“

Patient 15: „Ja, ist gut. Arzt hat Ahnung viele Jahre, Arzt hat Ahnung, was ich habe und ist kein Problem. Tabletten schicken und ich brauche Tabletten jede Morgen, jede Mittag und alles ist in Ordnung. [...]“ (Z. 182ff.)

Objektiv betrachtet, hätte man seine Lebenssituation durchaus als prekär bezeichnen können. Doch Patient 15 äußerte sich zufrieden mit seiner Situation. Im Vergleich zu denjenigen Interviewpartnern, deren sozialer Absturz erst kurz zurücklag, hatte er als langjähriger Obdachloser niedrige Ansprüche und Erwartungen. Wie die anderen Migranten (siehe Kapitel 5.4.10 und 5.4.11) gab er an, dass die Rückkehr in sein Heimatland keine Option darstellte. Obwohl er hier ohne festen Wohnsitz lebte und arbeitslos war, empfand er das Leben in Deutschland als besser, als in seinem Heimatland oder anderen europäischen Ländern.

Interviewerin: „Wollen Sie in Deutschland bleiben?“

Patient 15: „Ich wollen in Deutschland, ist beste Land in ganze Welt. Besser als [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.], besser in ganze Welt. Die Sozial, Medikamente, alles, in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] muss bezahlen alles [...].“ (Z. 41ff.)

Patient 15: „Was machen in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.]?! Meine Mutter gestorben, Vater gestorben, ich bin Vagabundo, ich habe keine Wohnung, in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] auch. Ich bin einmal in Spanien, 25 Jahre, in Spanien, Portugal oder Frankreich oder egal wo, ganz so locker, besser in Deutschland.“ (Z. 175ff.)

Auch sechs Monate später hatte sich nichts an seiner Situation geändert: er war weiterhin weder krankenversichert noch bezog er Sozialleistungen.

Patient 22 lebte ebenso seit mehreren Jahren auf der Straße und ohne dauerhaftes und geregeltes Arbeitsverhältnis. Schwarzarbeit, kurzzeitige Jobs und Flaschensammeln reichten ihm zum Überleben. Als Staatsangehöriger eines alten EU-Beitritts-

landes reiste er nach einem Gesetzeskonflikt bereits ohne Ausweispapiere nach Deutschland ein. Er unternahm zwei Anläufe, neue Papiere zu beantragen, ließ sich jedoch von dem hohen Aufwand abschrecken und brach diese jeweils wieder ab. Da sein Verhalten in Zusammenhang mit seiner Alkohol- und Drogenabhängigkeit zu sehen ist, wird auf seinen Fall ausführlich in Kapitel 5.4.3 eingegangen.

Patient 10 (siehe auch Kapitel 5.4.4) war deutscher Herkunft, seit mehreren Jahren arbeitslos und zuletzt auch aufgrund einer körperlichen Erkrankung nicht mehr fähig zu arbeiten. Schon zuvor beendete er als geringverdienender Selbständiger die Beitragszahlungen in seine private Krankenversicherung, wodurch er diese vor dreizehn Jahren verlor. Da er in dieser Zeit nicht krank war, war das Nichtversichertsein nie Grund zur Sorge für ihn.

Patient 10: „Ich war früher privat versichert, bis vor dreizehn Jahren, so was. Dann habe ich damals noch ein eigenes Lokal gehabt. Das habe ich dann später verkauft und dann habe ich mit dem Kurierdienst angefangen. Das habe ich die ganze Zeit gemacht. Das hat aber nicht so viel abgeworfen, dass ich das noch finanzieren konnte. Ich habe mich damals sozusagen rückversichert, weil ich gut verdient hatte [...]. Da habe ich die Krankenkasse bezahlt, privat, mit Tagegeld, mit allem Zusatz, was es da so gibt, Unfall-, Invaliditätsversicherung, alles zusammen, da waren das knapp 1 400 DM und das konnte ich dann nicht mehr bezahlen. Dann habe ich das abmelden müssen, da war ich jetzt dreizehn Jahre praktisch ohne Krankenkasse. Ich war nie krank in der Zeit.“ (Z. 169ff.)

Zunächst reichte sein geringes Einkommen noch aus, um sich über Wasser zu halten. Nachdem er vor fünf Jahren dann endgültig arbeitslos wurde, lebte er zunächst noch von wenigen Ersparnissen und später den Sozialleistungen seiner Lebensgefährtin. Seine Arbeitslosigkeit und die dadurch mehr und mehr angespannte finanzielle Situation führten schließlich zu Beziehungsproblemen und zur Trennung, womit er auch seine bisherige Wohnung verlor. Da er sich keine eigene Wohnung leisten konnte, wurde er obdachlos und wohnte, um nicht auf der Straße zu schlafen, in der Gartenhütte des Kleingartens seiner Ex-Lebensgefährtin – zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa einem Jahr.

Interviewerin: „Und wo wohnen Sie dann jetzt? Offiziell sind Sie wohnungslos?“

Patient 10: „Ja, ich schlafe in einer Gartenhütte, die Frau [...] [Name seiner Ex-Lebensgefährtin anonym, Anm. d. Verf.] hat einen Kleingarten. Weil die hat auch nur eine kleine Wohnung mit ihrem Lebensgefährten. Da gehe ich dann täglich hin zum Duschen, Wäsche waschen, Rasieren, und die kümmern sich auch um mich.“ [...]

Interviewerin: „Und wie haben Sie die Wohnung verloren, die Sie davor hatten?“

Patient 10: „Wir haben uns getrennt. Die Wohnung lief auf die Frau [...] [Name seiner Ex-Lebensgefährtin anonym, Anm.d.Verf.] und wir haben uns getrennt.“ (Z. 53ff.)

Warum er kein Arbeitslosengeld beantragte, ließ sich nicht sicher nachvollziehen. Wie er angab, bestand anfangs aufgrund seiner beruflichen Selbständigkeit und Ersparnissen kein Anspruch. Aus seinen Aussagen und den ergänzenden Berichten der Mitarbeiter der ESA und CASA 21, wo er seit knapp einem Jahr Unterstützung fand, lässt sich vermuten, dass er später einerseits keine dringende Notwendigkeit verspürte, Sozialleistungen zu beziehen und andererseits durch seine eingeschränkten geistigen Fähigkeiten nicht dazu imstande war, einen Antrag korrekt zu stellen. So hatte er auch die Bedeutung der Versicherungspflicht missverstanden und wusste nicht, dass er dazu verpflichtet war, sich eigenständig um eine Krankenversicherung zu bemühen. Stattdessen dachte er, dass alle Personen mit der Gesetzesänderung automatisch versichert wurden, ohne genauer darüber nachzudenken, wie und wo er selbst dadurch versichert sein sollte.

Interviewerin: „Haben Sie denn mitbekommen, es gab eine Gesundheitsreform 2007 und da wurde beschlossen, alle Leute, die in Deutschland wohnen, die hier leben, müssen sich krankenversichern. [...]. Haben Sie das mitbekommen damals?“

Patient 10: „Ja, da hab ich mal was mitbekommen.“ [...]

Patient 10: „Das war wie ich das erste Mal aus dem Krankenhaus kam, [...] und dann habe ich hier die Adresse bekommen, dass ich mich hier [ESA und CASA 21, Anm.d.Verf.] melden soll. [...]. Die haben mich dann auch gefragt, wo ich krankenversichert bin, hab ich gesagt: ‚Nirgends.‘ Die hat sich dann darum gekümmert die Frau da [Sozialarbeiterin der CASA 21, Anm.d.Verf.]. [...] die hat mir viel Arbeit abgenommen, vor allem wenn man sich da nicht auskennt.“

Interviewerin: „Das war ja nun letztes Jahr erst?“

Patient 10: „Ja.“

Interviewerin: „Das Gesetz gibt es aber schon seit 2009.“

Patient 10: „Ja, da habe ich da aber noch nicht drüber nachgedacht. Nein. Ich habe mich ja wohl gefühlt, da war nichts. Ich dachte halt, gut, jeder hier ist versichert, ich wusste zwar nicht wie, ich hab das aufgeschnappt. Wenn mir was passiert, bist du automatisch versichert.“

Interviewerin: „Sie dachten, man wäre automatisch versichert?“

Patient 10: „Ja, so habe ich das aufgefasst damals. Weil jeder Mensch ist versichert, wenn man versichert sein muss. Da habe ich nicht weiter drüber nachgedacht. Erst bei dem Schlaganfall dann jetzt halt. [...]“ (Z. 433ff.)

Er erwähnte mehrfach, die Unterlagen des Jobcenters und der Krankenversicherung nicht richtig zu verstehen und nicht ohne Hilfe ausfüllen zu können. Auch wusste er nicht genau über seine aktuelle Krankenversicherungssituation Bescheid, glaubte,

bereits wieder versichert zu sein, machte teils widersprüchliche Angaben und konnte insgesamt nur lückenhafte Informationen zu seiner Situation geben. De facto war er also nicht in der Lage, seine Angelegenheiten selbständig zu regeln, weshalb zu seiner Unterstützung eine gesetzliche Betreuung beantragt wurde.

Patient 10: „[...] Die Krankenversicherung sind knapp 200 Euro, was die Krankenversicherung kostet, da habe ich schon Bescheid bekommen, aber halt nur die Mitgliedskarte noch nicht, und da gehe ich jetzt mal selber hin, weil telefonisch wirst du immer nur abgewimmelt: ‚Wir kümmern uns drum.‘ – das Übliche halt. Frau [...] [Name der Sozialarbeiterin anonym, Anm.d.Verf.] hat sich jetzt auch darum gekümmert, dass ich vom Gericht einen Betreuer kriege, der sich da besser auskennt mit allem, der sich um mich kümmert, weil privat kommst du ja nicht so gut weiter. Da hast du einen Termin und dann abgesagt, da wirst du viel vertröstet [...].“ (Z. 274ff.)

Zum Zeitpunkt des Interviews stand er zwar in Bezug von ALG II, nach intensiver Unterstützung durch die Sozialarbeiter und mäßig erfolgreicher Zusammenarbeit mit seiner Ex-Lebensgefährtin, doch war es noch nicht gelungen, ihn erneut in eine Krankenversicherung einzugliedern. Zunächst einmal dauerte es einen längeren Zeitraum bis Patient 10 und seine Ex-Lebensgefährtin alle Unterlagen zusammengetragen und beim Jobcenter vorgelegt hatten. Wie sich mit den ergänzenden Informationen der Mitarbeiter der ESA und CASA 21 rekonstruieren ließ, füllten die beiden Teile des Antrags falsch aus, wahrscheinlich weil sie diese nicht richtig verstanden, denn nach der Meinung der betreuenden Sozialarbeiter waren die geistigen Fähigkeiten der Ex-Lebensgefährtin leider nur geringfügig besser ausgeprägt als die des Patienten selbst. Dadurch kam es zunächst nicht zu einem Vertragsabschluss mit der Krankenkasse, was aber wiederum von den zuständigen Sachbearbeitern im Jobcenter übersehen wurde. So wurde die Einbindung in eine Krankenversicherung zusätzlich durch einen Bearbeitungsfehler von Seiten des Jobcenters verhindert. Patient 10 bemerkte den Fehler jedoch nicht und so ging er in der Annahme, krankenversichert zu sein, obwohl in Wirklichkeit nie eine neue Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Der Fehler wurde erst Monate später entdeckt, war zum Zeitpunkt des Interviews aber noch nicht behoben, so dass Patient 10 ALG II bezog und gleichzeitig weiter nicht versichert war. Etwa zwei Monate später gelang laut Patientenakte schließlich der Versicherungsabschluss.

Nun stellen fehlende Unterlagen prinzipiell kein absolutes Hindernis dafür dar, Sozialleistungen zu beziehen oder eine Krankenversicherung abzuschließen. Zieht man jedoch in Betracht, dass Obdachlose im Allgemeinen nur über die notwendigsten persönlichen Habseligkeiten verfügen, wird nachvollziehbar, dass sie nicht von vornherein alle Unterlagen besitzen, die zur Beantragung von Leistungen bei Behörden oder Krankenkassen notwendig sind. Es kann für sie große Umstände bedeuten, die geforderten Dokumente zu organisieren und vorzulegen, ob dies nun einen Personalausweis oder einen Sozialversicherungsnachweis betrifft. Damit kann schon der Antrag selbst zu einer komplizierten Angelegenheit werden und für die Betroffenen eine Überforderung darstellen. Hinzu kommt, dass der Kontakt zwischen Mitarbeitern der Behörden oder Krankenkassen und Wohnungslosen oft konfliktbehaftet ist. Durch einseitige oder gegenseitige Abneigung entstehen Reibungen und Missverständnisse, die den Prozess der Antragstellung behindern, so dass dieser oft stark verzögert oder sogar abgebrochen wird.

In den Patienteninterviews finden sich zahlreiche Beispiele, mit denen demonstriert werden kann, wie Wohnungslose bereits bei der Antragstellung scheitern und deshalb nicht in den Bezug von Sozialleistungen gelangen, die ihnen eigentlich zustehen. Ob der Betroffene nicht über die erforderlichen Dokumente verfügt, die einem Antrag beigelegt werden müssen, ein Antrag aufgrund von Verständnisschwierigkeiten nicht korrekt ausgefüllt wird, Termine bei den Behörden nicht eingehalten werden, Differenzen zwischen einzelnen Beteiligten hinderlich werden oder keine Einigkeit darüber besteht, welche Behörde für den Betroffenen zuständig ist, es lassen sich viele kleine und größere Hürden aufzählen, die die korrekte Antragstellung behindern. Dabei scheint, dass es Menschen in Wohnungsnot besonders schwer fällt, die Anforderungen des staatlichen Hilfesystems zu erfüllen. Prinzipiell können die Vorgaben jedoch für jeden Antragsteller zur Hürde werden. Da sie in der Struktur des Regelsystems begründet liegen, werden sie eigens in Kapitel 5.5 dargelegt.

Ein weiteres, für Wohnungslose typisches Problem, ergibt sich aus häufigen Ortswechseln bei umherziehenden Obdachlosen. Wie bei den Patienten 18 und 23 führen diese dazu, dass sie in wechselnde Zuständigkeitsbereiche der Behörden fallen. Ein Sozialleistungsbezug ist zwar nicht an einen festen Wohnsitz gebunden, jedoch an

einen festen Aufenthaltsort, damit die Zuständigkeit der Behörde eindeutig ist und die Mitwirkungspflicht erfüllt werden kann (näheres in den Kapiteln 5.5.2 und 5.5.4).

Patient 18 hatte seit etwa zwanzig Jahren keinen festen Arbeitsplatz mehr, arbeitete nur in kurzzeitigen Jobs und als Tagelöhner. Seit etwa fünfzehn Jahren lebte er ohne festen Wohnsitz, meist in Obdachlosenunterkünften, und blieb jeweils nur für kurze Zeit an einem Ort. Als Grund für sein ständiges Umherziehen gab er eine soziale Phobie an, die es ihm unmöglich machte, Kontakte zu anderen zu knüpfen und sich länger in einer Stadt aufzuhalten. Da in seinem Fall einer manifesten psychischen Erkrankung eine wesentliche Rolle in der Gesamtsituation zukommt, findet sich die ausführliche Fallbeschreibung in Kapitel 5.4.3.

Ein ähnlicher Hergang findet sich bei Patient 23 (siehe auch Kapitel 5.4.3). Zwar war ihm angeblich keine psychische Grunderkrankung bekannt, doch stellte er sich in der Sprechstunde der ESA vor, um ein Rezept für ein Psychopharmakon zu erhalten, das er seit Jahren einnahm. Im Gespräch verfestigte sich der Eindruck, dass auch in seinem Fall psychische Auffälligkeiten maßgebend an der Entstehung seiner Lebensumstände beteiligt waren, was die Psychiaterin der ESA bestätigte, die den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie äußerte. Da der Patient nach nur einmaliger Vorstellung nicht wieder in der Sprechstunde erschien, konnten eine gezieltere Diagnostik und Therapie nicht mehr erfolgen. Grund für das nur einmalige Erscheinen war, dass sein Leben wie bei Patient 18 durch ständiges Umherziehen bestimmt wurde, da er es nie lange an einem Ort aushielt. Er war Einzelgänger, übernachtete in der Regel im Freien, auf der Straße, in Parks oder im Wald und lebte vom Betteln.

Interviewerin: „Und jetzt, wenn Sie jetzt so umherziehen, wo schlafen Sie dann immer? Auf der Straße oder kommen Sie bei Freunden unter?“

Patient 23: „Nein, meistens, ja kommt darauf an, entweder mal im Wald oder so oder in der Stadt, im Park, also Parkbank eigentlich nicht, selten auch mal, also zwischendurch vielleicht tagsüber mal eine Stunde oder so [...]. Also meistens ziehe ich durch eine Stadt durch, einfach durchziehen. [...]“

Interviewerin: „Und jetzt wollen Sie gleich weiterziehen dann wieder von Frankfurt weg?“

Patient 23: „Nein, heute nicht, morgen.“ [...]

Interviewerin: „Einfach so oder gibt es da einen bestimmten Grund?“

Patient 23: „Nein, einfach so, würde ich mal sagen.“ (Z. 91ff.)

Unter welchen Umständen und wann genau er seinen Arbeitsplatz und seine Wohnung verlor, konnte aus seinen etwas diffusen, teils widersprüchlichen Aussagen nicht eindeutig rekonstruiert werden, vor allem die zeitlichen Angaben zu Ereignissen waren nicht einheitlich. Soweit möglich, lassen seine Angaben die Rückschlüsse zu, dass er von seinem letzten Arbeitgeber gekündigt wurde und er seitdem, seit wohl mindestens drei Jahren, arbeitslos war und ohne jegliches Einkommen. Seine Wohnung gab er wegen Streitigkeiten mit seinem Vermieter auf, da dieser sich angeblich seltsam verhielt und ihn bedrohte. Ob die von ihm angedeuteten Ereignisse tatsächlich stattgefunden hatten oder eher im Rahmen seiner Erkrankung zu sehen sind, blieb offen. Auch ob er zunächst noch ALG I oder II bezog und damit die Krankenversicherung bezahlt wurde, war aus seinen Aussagen nicht eindeutig ersichtlich. Er erwähnte jedoch, vor ein paar Jahren Leistungen erhalten zu haben, nachdem er zuvor in einem Angestelltenverhältnis gestanden hatte. Somit ist davon auszugehen, dass nach seiner Kündigung grundsätzlich Anspruch bestand und er tatsächlich eine Zeit lang Arbeitslosengeld bezog. Später entfiel der Leistungsanspruch aufgrund privater Ersparnisse, die aus einem Hausverkauf aus Familienbesitz stammten, so dass er von seinem Privatvermögen lebte, wovon er anfangs auch noch als Selbstzahler Beiträge in die GKV zahlte.

Interviewerin: „Seit wann arbeiten Sie nicht mehr?“

Patient 23: „Seit drei Jahren.“

Interviewerin: „Und der letzte Job, warum wollten Sie da nicht weiter machen? Haben Sie gekündigt oder wurde Ihnen gekündigt oder woran lag es?“

Patient 23: „Mir wurde glaube ich gekündigt, ja.“ [...]

Interviewerin: „Von was leben Sie dann jetzt [...]?“

Patient 23: „(überlegt) Ehm, naja, von gar nichts. Würd ich mal sagen so. Wenn ich jetzt mal unterwegs bin oder so, manchmal bekommt man ein paar Mark, so fünf Euro, sag ich jetzt mal so, dann ist das ok, aber ansonsten ist da gar nichts.“

Interviewerin: „Bekommen Sie Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, [...] oder haben Sie das mal bekommen?“

Patient 23: „Nein. Ja, habe ich schon mal [...]. Damals, wie ich bei der Firma gearbeitet habe und da habe ich mich arbeitslos gemeldet.“

Interviewerin: „Seit wann bekommen Sie das nicht mehr?“

Patient 23: „Seit ich aufgehört habe da dann. Weil dann wurde das Haus verkauft, [...] wir haben da ein Eigentum gehabt und dann musste ich erst dieses Geld aufbrauchen. Ja und dann habe ich das gemacht, da ging dann Miete weg, Taschengeld. Dann hatte ich damals einen Betreuer gehabt, den musste ich auch noch bezahlen, Krankenversicherung bezahlen, alles musste ich dann selber bezahlen.“

Interviewerin: „Und jetzt seit ungefähr drei Jahren seit Sie keinen Job mehr haben, bekommen Sie auch kein Geld oder haben Sie da erst Arbeitslosengeld bekommen?“

Patient 23: „Nein, vor drei Jahren habe ich Arbeitslosengeld bekommen und dann wurde das Haus verkauft.“ [...]

Interviewerin: „Wollen Sie keines [ALG, Anm.d.Verf.] haben, also wollen Sie auch keinen Antrag stellen?“

Patient 23: „Nein, will ich nicht.“ (Z. 112ff.)

Als das Geld aufgebraucht war, beendete er die Beitragszahlungen, ohne jedoch zu kündigen. Ob er weiter als Mitglied in seiner Krankenkasse geführt oder gekündigt wurde, wusste er nicht. Ein Schreiben, in dem er über seinen Versicherungsstatus oder Beitragsschulden informiert wurde, erhielt er angeblich nie. Aktuell konnte er lediglich eine seit etwa einem halben Jahr abgelaufene Versichertenkarte vorweisen.

Interviewerin: „Und wurde Ihnen jetzt gekündigt oder ist nur die Karte nicht mehr gültig?“

Patient 23: „Nein, also ich habe auch kein Schreiben. [...]. Nein, gekündigt ... Ich wollte eigentlich noch mal eine neue Karte beantragen, aber da war dann ein Zwischenfall und dann habe ich irgendwie alles dann abgebrochen, weil ... Ja, also, ich war bei der [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.] und so und hätte dann eine Karte bekommen für Notfallbehandlung, aber dann hatte sich das erledigt.“ [...]

Interviewerin: „Wie jetzt genau Sie versichert sind, können Sie auch nicht sagen?“

Patient 23: „Nein, ich denke mal gar nicht.“ [...]

Interviewerin: „Ist das wichtig für Sie, denken Sie darüber nach, ob es wichtig wäre, sich wieder ganz zu versichern? Ist das für Sie ein Thema oder ist das eigentlich egal?“

Patient 23: „Nein, ich mache mir da so keine Gedanken, ich finde das nicht so wichtig jetzt.“ (Z. 181ff.)

Da er sich gesund fühlte und bis auf die Einnahme eines Psychopharmakons keiner medizinischen Behandlung bedurfte, maß er einem Krankenversicherungsschutz keine Bedeutung bei. Seine Aussagen lassen jedoch die Vermutung zu, dass er aufgrund seiner psychischen Erkrankung die Sachlage nicht vollständig erfassen konnte und deshalb hinsichtlich seines Nichtversichertseins auch kein Problembewusstsein entwickelte. Auch hatte er sich mit seiner offensichtlich prekären Lebenslage in Mittel- und Obdachlosigkeit arrangiert und sah keine Notwendigkeit, Sozialleistungen zu beantragen, obwohl er zum Zeitpunkt des Interviews Anspruch darauf gehabt hätte.

Interviewerin: „Wissen Sie nichts davon [Einführung der Versicherungspflicht, Anm.d.Verf.]? Das hat Sie also auch nicht betroffen, irgendwie?“

Patient 23: „Nein, ehrlich gesagt, habe ich von all dem nichts gehört.“

Interviewerin: „Sie haben die Krankenkassenbeiträge dann einfach nicht mehr gezahlt?“

Patient 23: „Ja, ich hatte ja kein Geld mehr, das Geld war alle und dann hat sich ja dann die Versicherung aufgelöst.“

Interviewerin: „Und jetzt ist es Ihnen nicht so wichtig, das wieder zu klären, momentan?“

Patient 23: „Ich glaube jetzt eher nicht, weil ich habe andere Pläne. [...]“ (Z. 218ff.)

Ob zu späterem Zeitpunkt ein Versicherungsabschluss erfolgte, bleibt offen, da sich Patient 23 nicht erneut in der Hilfseinrichtung vorstellte.

Es ist davon auszugehen, dass die Obdachlosigkeit in den wenigsten Fällen bewusst und freiwillig als Lebensstil gewählt wird. Vielmehr geraten Personen aus irgendwelchen Gründen in Situationen der Wohnungslosigkeit/-not, mit denen sie sich danach (notgedrungen) arrangieren. Einige scheinen (mit der Zeit) dennoch darin Vorteile zu sehen, sich nicht in ein gesellschaftlich angepasstes Leben einfügen zu müssen – und wären möglicherweise auch gar nicht in der Lage dazu – und entscheiden sich deshalb mehr oder weniger bewusst dafür, ohne festen Wohnsitz zu bleiben, selbst wenn ihnen Alternativen angeboten werden. Genauso ist in diesem Zusammenhang das Nichtversichertsein weniger ein gewünschter und gewählter Zustand, als eine Begleiterscheinung der Wohnungslosigkeit, die in Kauf genommen wird. Als Beispiele hierfür können die in diesem Unterkapitel beschriebenen Patienten 10, 15, 18, 22 und 23 und Patient 8 (siehe Kapitel 5.4.1, 5.6) angeführt werden. Sie alle lebten über längeren Zeitraum in Obdachlosigkeit und waren mit ihrer Situation zumindest soweit zufrieden, als dass sie keinen Anlass sahen, etwas daran zu ändern. Inwieweit ihre Lebensweise als freiwillig bezeichnet werden kann, bleibt dennoch fragwürdig und kann nicht ohne weiteres aus ihren Aussagen geschlussfolgert werden.

Die Beispiele verdeutlichen, dass die Lebensweise von Langzeit-Wohnungslosen nur schwerlich mit den Vorgaben des staatlichen Hilfesystems in Einklang zu bringen ist. Sie fügen sich nicht in das Regelsystem ein, wie es im Allgemeinen von Bürgern verlangt wird, die an der Gesellschaft Teil haben wollen. So ziehen es manche vor, außerhalb des Systems zu leben und auf staatliche Hilfe zu verzichten, anstatt sich in ein Raster einzufügen, dessen Vorgaben sie nicht erfüllen wollen oder können. Während bei Personen, die sich erst seit kurzem in Situationen der Wohnungsnot befinden, eine Verschiebung der Prioritäten im Rahmen der akuten Belastungssituation beobachtet werden kann, steht bei Langzeit-Wohnungslosen die Verschiebung der Prioritäten in Zusammenhang mit der veränderten Denk- und Lebensweise.

Der Verlust der Krankenversicherung kann also nicht als direkte Folge aus dem Eintritt von Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit gesehen werden, auch nicht vice versa die Wohnungsnot als Folge der Nichtversicherung. Vielmehr ergibt sich die Wohnungsnot aus einer Reihe von Ursachen und Faktoren, die neben dem Verlust der Wohnung auch zum Verlust der Krankenversicherung führen. Doch verlieren keinesfalls alle Wohnungslosen ihre Krankenversicherung und nicht alle Nichtversicherten sind wohnungslos. Bei der Betrachtung der Kausalmechanismen ist es daher wichtig zu beachten, dass Wohnungsnot alleine nicht zu Nichtversicherung führt. Kommen jedoch anderweitige Schwierigkeiten hinzu, wie z.B. eine akute Belastungssituation, eine dauerhafte psychische Erkrankung oder Suchtverhalten, die die Reaktion der Betroffenen auf den drohenden Verlust der Krankenversicherung beeinflussen oder Hindernisse, die sich aus den jeweiligen spezifischen Lebensweisen der Betroffenen ergeben, stellen Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit Risikofaktoren für das Eintreten von Nichtversicherung dar.

5.4.3 Psychische Erkrankung und Suchterkrankung

Die Auswahl der Interviewpartner orientierte sich an den Erfahrungen der Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen ESA und MMM. Demnach wurde beabsichtigt, zwei bis drei Interviews mit psychisch kranken und suchtkranken Patienten zu führen, um Beispiele dieser Grundsituationen in das empirische Material aufzunehmen. Dieses Ziel wurde mit den Patienten 5 (Spielsucht) und 22 (Alkohol- und Drogenabhängigkeit weicher Drogen) als Beispiele für Sucht und den Patienten 7 (Depression), 18 (soziale Phobie) und 19 (manisch-depressive Erkrankung) als Beispiele für psychische Erkrankungen bereits übertroffen. Bei diesen Patienten war die psychische Erkrankung bzw. Suchterkrankung als Diagnose bekannt und jeweils nachvollziehbar und ausschlaggebend an der Entwicklung ihrer Lebensumstände beteiligt. Darüber hinaus lagen auch andere Einflussfaktoren vor, wie Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Haftaufenthalte, Altersrente, Selbstzahler in der PKV und EU-Migration, so dass ihre Erkrankung zwar bewusstes, jedoch nicht alleiniges Auswahlkriterium war.

In der Auswertung der Interviews fiel auf, dass auch bei anderen Patienten die psychische Situation und/oder Abhängigkeit von Suchtmitteln, vor allem Alkohol, im Hinblick auf die derzeitigen Lebensumstände eine Rolle spielten. Obwohl es nicht beabsichtigt war, mehrere Fälle dieser Art aufzunehmen und diesen Faktor damit übermäßig zu betonen, stellte sich heraus, dass bei insgesamt 18 der 25 Patienten psychische Auffälligkeiten und Suchtverhalten in verschiedenen Abstufungen zu beobachten waren. Nicht alle waren manifest psychisch krank oder schwer suchtkrank. Die Ausprägungen reichten von reaktivem Verhalten auf extreme Belastungssituationen, z.B. in Form einer depressiven Episode und verstärktem Alkoholkonsum, über psychische Auffälligkeiten ohne feste Diagnose bis zu manifesten Erkrankungen mit z.B. Persönlichkeitsstörungen oder ausgeprägtem Suchtverhalten. Dies zeigt, dass häufiger als anfangs vermutet, Sucht und psychische Krankheit in Zusammenhang mit Nichtversicherung auftreten. Da es keinen wesentlichen Unterschied darin gibt, in welcher Art und Weise psychische Erkrankungen und Suchtverhalten die Krankenversicherungssituation beeinflussen, werden beide in einer Grundsituation zusammengefasst.

Für die Grundsituation der psychischen Erkrankung und Sucht zeigen sich einige Parallelen zur Situation der Wohnungslosigkeit/-not. Wie die Wohnsituation führt die Erkrankung alleine nicht zu Nichtversicherung, sondern hat erst im Zusammenspiel mit anderen Faktoren den Verlust der Versicherung zur Folge. Dies wird anhand der folgenden Fallbeispiele veranschaulicht.

Grundsätzlich gilt auch für psychisch Kranke und Suchtkranke, was in Kapitel 5.4.1 erläutert wurde. Je nach Art der Berufstätigkeit werden die Versicherungsbeiträge über den Arbeitgeber abgeführt oder müssen als Selbstzahler erbracht werden. Im Fall der Arbeitslosigkeit stellt sich die Frage, ob ein Anspruch auf Sozialleistungen vorliegt und wenn ja, ob dieser geltend gemacht wird, so dass die Krankenversicherung im Rahmen eines Leistungsbezugs gesichert ist, oder ob die betreffende Person selbst für die Beitragszahlungen verantwortlich ist. Bei vielen sucht- und psychisch Kranken stellt sich die Situation derart dar, dass sie arbeitslos sind und entweder keine Leistungsansprüche vorliegen oder diese nicht eingefordert werden. Damit gilt es, herauszufinden, warum die Betroffenen ihnen zustehende Leistungen nicht in Anspruch nehmen.

Patient 5 litt unter Spielsucht, was ihn über mehrere Jahre in die Verschuldung trieb, obwohl er einem geregelten Arbeitsverhältnis mit gutem Einkommen nachging. Da er seine Schulden nicht zurückzahlen konnte, wurde er zuerst zu einer Bewährungsstrafe verurteilt, später zu mehreren Haftstrafen, in deren Zusammenhang er schließlich auch in den Status des Nichtversichertseins geriet und seine Wohnung verlor.

Patient 5: „Ich habe in meinem Leben immer viel verdient [...]. Ich hatte auch Privatbesitz. Und durch einen dummen Zufall bin ich in Frankfurt zu dem Spiel gekommen [...], habe mir Geld geliehen [...] und bin immer tiefer reingesackt, bis ich die Anzeige gekriegt habe. Ich bin kein Schwerverbrecher in dem Sinn. Spielleidenschaft, das ist heute auch als Sucht zu werten, aber [...] beim Spieler wird das nicht ganz so anerkannt wie bei Alkoholikern oder bei Drogenabhängigen. [...]“ (Z. 108ff.)

Grund für die Kündigung aus seiner Krankenversicherung war das Ausbleiben der Beitragszahlungen, die er als Selbstzahler aufgrund seiner Spielschulden nicht mehr tragen konnte. Da sein weiterer Versicherungsverlauf in Zusammenhang mit seiner Altersrente und den Haftaufenthalten steht, wird sein Fall ausführlich in den Kapiteln 5.4.5 und 5.4.9 beschrieben.

Patient 22 (siehe auch Kapitel 5.4.2) war EU-Bürger eines alten EU-Beitrittslandes und lebte seit über einem Jahrzehnt in Deutschland auf der Straße. In seinem Heimatland arbeitete er zuvor er als Angestellter eines Betriebes und war regulär krankenversichert, bis er aufgrund eines Gesetzeskonfliktes ausreiste. Nach seiner Ankunft in Deutschland ging er zu keinem Zeitpunkt einem festen Arbeitsverhältnis nach und war somit hierzulande noch nie krankenversichert, denn eine Krankenversicherung als Selbstzahler kam ohne festes Einkommen nicht in Frage. Da er mit Ende dreißig noch relativ jung und körperlich gesund war, machte er sich bezüglich seines Nichtversichertseins keine Sorgen. Nachdem er sich schon lange genug in Deutschland aufhielt, hätte er theoretisch Anspruch auf ALG II geltend machen können, was ihm auch bewusst war. Das konkrete Hindernis bestand in seinem fehlenden Ausweis, nachdem er schon ohne Ausweispapiere nach Deutschland eingereist war. Mit der Unterstützung von Sozialarbeitern unternahm er mehrere Anläufe, einen neuen Ausweis zu beantragen, brach diese jedoch immer ab, bevor er sie erfolgreich zu Ende bringen konnte. Grund dafür war der große Aufwand, der mit der Beantragung des Ausweises verbunden war. Aus den Anforderungen und Auflagen der Behörden entstand bei ihm

ein Gefühl der Überforderung, dem er nicht standhielt, sondern sich jeweils in einen exzessiven Alkohol- und Drogenkonsum (Kiffen) zurückzog. Damit stellten die Alkohol- und Drogenabhängigkeit in seinem Fall ein wesentliches Hindernis für die Einbindung ins Regelsystem dar. Denn statt Durchhaltevermögen zu zeigen, um längerfristige Ziele zu erreichen, flüchtete er sich jeweils in die kurzfristige Suchtbefriedigung.

Interviewerin: „Aber das mit den Papieren ist doch schon ein dauerhaftes Problem seit Sie hier sind?“

Patient 22: „Ja, logisch. Ich bin ja ständig immer abgestürzt. Weil ich habe es ja schon zwei Mal probiert, ich war ja schon mal angemeldet und dann das Bürgeramt und das Konsulat, die haben noch was gebraucht und da haben die halt sich auf blöd gestellt, das Bürgeramt, weil die hat gesagt, ohne Identitätsnachweis kann ich mich nicht anmelden und das Konsulat verlangt eine Meldeadresse, wenn du dir einen neuen Pass machst. Und das hat halt nicht richtig geklappt und da bin ich wieder abgestürzt. Da habe ich wieder zu Trinken angefangen, kiffen tue ich sowieso ständig und dann bin ich halt hängen geblieben. Da war ich drei Jahre oder vier Jahre nicht hier, oben in der CASA 21, also ich habe mich um nichts gekümmert dann.“ (Z. 116ff.)

Stabilisierend auf diese Situation wirkte außerdem, dass er durch zeitweise Jobs in Schwarzarbeit und Flaschensammeln immer genug Geld verdiente, um seine alltäglichen Bedürfnisse und den Suchtdrang zu befriedigen. Dadurch sah er keine Notwendigkeit, staatliche Leistungen zu beziehen.

Interviewerin: „Und von was leben Sie jetzt, haben Sie Jobs, mal so tagesweise, oder ...?“

Patient 22: „Habe ich gehabt, aber jetzt bin ich wieder beim Organisieren beim Flaschensammeln. So ein paar Sachen. Das andere möchte ich gar nicht erzählen, was ich noch so mache.“

Interviewerin: „Hatten Sie auch mal eine Zeit lang einen festen Job hier in Frankfurt? Sie müssen mir nicht erzählen, was für einen.“

Patient 22: „Ohne Papiere hauptsächlich, acht Jahre lang.“

Interviewerin: „Dann immer Schwarzarbeit?“

Patient 22: „Ja, logisch.“ (Z. 102ff.)

Zudem gewöhnte er sich in all den Jahren an das Leben in Obdachlosigkeit, wirkte damit keinesfalls unzufrieden und zog das Leben auf der Straße einer festen Wohnung vor. Er hatte die typische Denkweise eines Obdachlosen verinnerlicht, bei der die kurzfristige Sicherung der Grundbedürfnisse den Tagesablauf bestimmt.

Patient 22: „[...] Ich sag mal so, ich bin schon stolz genug auf mich, dass ich es so lange durchgebracht habe ohne Versicherung. Aber wenn du zu lange draußen bist, dann machst du dir eigentlich auch nicht so viele Gedanken, weil da ist nur das Einzige wichtig, Kohle machen irgendwie, mehr hast du gar nicht im Kopf.“

Interviewerin: „So von einem Tag auf den nächsten einfach?“

Patient 22: „Ja, ja, dass du durchkommst. Weil, wenn das Wochenende kommt, [...] da geht auch nichts, Sonntag ist alles zu, brauchst du irgendwas. Den Tagesbedarf musst du immer zusammenbringen, Essen, Rauchen und so weiter.“ (Z. 367ff.)

Patient 22: „[...] Wohnung nehme ich mir keine.“

Interviewerin: „Wollen Sie gar nicht?“

Patient 22: „Nein, warum?“

Interviewerin: „Auf der Straße ist besser?“

Patient 22: „Ja, ist mir weit lieber. Außerdem weiß ich nicht, wenn ich eine Wohnung habe, irgendwie, wie das dann, für mich ist das eine Umstellung. Weil wenn ich da in eine Wohnung rein gehe, mich reißt es ja sowieso sofort wieder raus. [...]. Kann ich mir nicht vorstellen, ich fühle mich halt draußen wohler, freier.“ (Z. 92ff.)

Da er nur selten medizinische Versorgung benötigte, hatte eine Krankenversicherung für ihn keinerlei Priorität. Somit bestand auch in diesem Punkt für ihn kein dringender Anreiz, den mühsamen Prozess der Ausweisbeschaffung durchzustehen, um über einen Sozialleistungsbezug letztlich sein Nichtversichertsein beenden zu können.

Interviewerin: „[...] Haben Sie mal gedacht, ok, ich brauche jetzt eine Krankenversicherung oder war das nie ein Thema?“

Patient 22: „Thema, ich weiß nicht, wie soll ich es ausdrücken. Einerseits habe ich schon meine Gedanken gehabt, dass ich was mache, aber für das, dass es dann nicht geklappt hat, wie gesagt, bin ich auf Alkohol wieder zurück und auf Drogen und da habe ich keinen Bock mehr gehabt. Da habe ich gesagt: ‚Ach, jetzt bin ich schon so lange, jahrelang ohne Papiere, warum soll ich jetzt was machen.‘“

Interviewerin: „Also, es war einfach zu viel Papierkram und zu umständlich und dann haben Sie es wieder bleiben lassen?“

Patient 22: „Ja, genau, keinen Bock mehr gehabt.“ (Z. 182ff.)

Erst als es ihm über einige Monate nicht mehr gelang, eine Einnahmequelle zu finden, fasste er erneut den Vorsatz, seine Ausweis-papiere zu beantragen, um damit in den Bezug von Hartz IV zu gelangen. Seine Aussagen machen dabei deutlich, dass der Abschluss einer Krankenversicherung in Zusammenhang mit einem möglichen Sozialleistungsbezug kein Ziel für ihn darstellte, sondern neben dem primären Ziel, finanzielle Unterstützung zu erhalten, quasi ein Nebeneffekt wäre.

Interviewerin: „Also sind Sie schon seit zwölf Jahren auf der Straße?“ [...]

Interviewerin: „Und das klappt, Sie kommen gut durch?“

Patient 22: „Ja, ich komme immer zurecht. [...]. Weil die letzte Zeit, die ganzen Jahre, wo ich jetzt noch gearbeitet habe ohne Papiere, habe ich auch immer was gehabt, aber jetzt geht nichts mehr seit drei oder vier Monaten, jetzt muss ich mich anders wieder durchschlagen. Darum mache ich ja jetzt die Papiere, dass ich jetzt vielleicht auf Hartz IV gehe [...].“ (Z. 84ff.)

Eine neue Geburtsurkunde sowie den Staatsbürgerschaftsnachweis beantragte er bereits vor Jahren erfolgreich. Für die Ausstellung eines neuen Passes musste er nun mit allen notwendigen Dokumenten zum nächstgelegenen zuständigen Konsulat etwa 200 km weit in eine andere Stadt fahren. Ohne die Hilfe und Begleitung eines Sozialarbeiters stellte dies für ihn sowohl organisatorisch als auch finanziell ein großes Hindernis dar. Doch auch trotz aller Hilfsangebote seines Sozialarbeiters scheiterte er erneut. Bis zum Abschluss der Datenerhebungsphase sechs Monate nach dem Interview hatte er das Konsulat noch nicht aufgesucht.

Dem Fall von Patientin 7, EU-Bürgerin aus einem der alten EU-Beitrittsländer, lag eine seit etwa drei Jahren bestehende Arbeitsunfähigkeit als Folge einer Depression zugrunde, die schon im Heimatland ärztlich bescheinigt wurde. Sie kam erstmals in den 1970er-Jahren als Kind einer Gastarbeiterfamilie mit ihren Eltern nach Deutschland, ging hier zur Schule, arbeitete später als Angestellte und war über ihren Arbeitsplatz regulär krankenversichert. Aus familiären Gründen kehrte sie als Erwachsene für einige Jahre in ihr Heimatland zurück, wo sie jedoch nicht richtig Fuß fassen konnte. Nach der Trennung von ihrem Ehemann und, wie sie sagte, auch aus gesundheitlichen Gründen und da ihr Krankenversicherungsschutz im Heimatland endete, kam sie 2009 erneut nach Deutschland. Doch auch hierzulande gelang es ihr nicht, sich ein neues Leben aufzubauen. Sie blieb mittellos, konnte sich keine Wohnung leisten und wohnte behelfsmäßig abwechselnd bei verschiedenen Bekannten. Da ihre nächsten Verwandten alle in Deutschland lebten und sie in ihrer Heimat keine Bezugspersonen mehr hatte, wollte sie trotz ihrer prekären Situation nicht dorthin zurückkehren.

Patientin 7: „Ich wohne momentan nirgendwo [...], weil ich habe keinen festen Wohnsitz. Die meiste Zeit verbringe ich in Parks und so, nur halt eine Stunde da bei Bekannten schlafen oder bei Verwandten oder so.“ [...]

Interviewerin: „Haben Sie vor, hier zu bleiben in Deutschland oder wollen Sie wieder zurückgehen?“

Patientin 7: „Ja natürlich, ich habe ja niemanden in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.]. Ich muss hier bleiben.“ [...]

Interviewerin: „Und weshalb kamen Sie dann jetzt nach Deutschland?“

Patientin 7: „Weil meine ganze Verwandte hier sind, ich habe ja niemanden da gehabt [...]. Da hat mich das Sozialamt unterstützt, die haben mir auch sogar Essen jeden Morgen zu Hause gebracht. Und dann war halt Versicherung abgelaufen bis zu einem bestimmten Punkt und ich konnte dann nicht mehr leben [...].“ (Z. 72ff.)

Nach ihrer Einreise scheiterte der Versuch, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen, an ihrer psychisch labilen Verfassung, da sie der körperlichen Arbeit nicht gewachsen war und an einer zusätzlich aufgetretenen organischen Erkrankung (Allergie auf Stoffe am Arbeitsplatz). Dadurch sah sie keine Möglichkeit, über ein Arbeitsverhältnis in eine Krankenversicherung einzutreten. Die Depression hinderte Patientin 7 jedoch daran, ALG II zu beantragen. Der Gang zum Amt, das Ausfüllen der Papiere etc. stellten für sie eine Überforderung dar.

Interviewerin: „Haben Sie denn versucht, sich hier wieder krankenzuversichern, nachdem Sie wiederkamen 2009?“

Patientin 7: „Ja, indem ich letztes Jahr im [...] [Name des Arbeitgebers anonym, Anm.d.Verf.] angefangen habe. Also da konnte ich am ersten Tag schon mich [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] melden, Arbeitstag.“

Interviewerin: „Da waren Sie gemeldet, das war keine Schwarzarbeit?“

Patientin 7: „Nein, das war richtig mit Arbeitsvertrag und alles, war unbefristet, aber nach zehn Tagen konnte ich nicht mehr. Ich habe die Arbeit nicht gepackt, die war zu schwer für mich.“

Interviewerin: „Und danach waren Sie dann nicht mehr versichert?“

Patientin 7: „Nicht mehr nein, bis jetzt.“ (Z. 196ff.)

Wenige Wochen vor Durchführung des Interviews gelang es ihr mit Unterstützung von Sozialarbeitern, einen ALG-II-Antrag und in diesem Rahmen einen Krankenversicherungsantrag zu stellen; beide befanden sich zu diesem Zeitpunkt noch in Bearbeitung, wurden jedoch im weiteren Verlauf bewilligt, wie aus der Patientenakte hervorging.

Ähnlich ist der Fall von Patient 18 zu beurteilen (siehe auch Kapitel 5.4.2), bei dem Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und in der Folge auch Nichtversicherung auf eine psychische Grunderkrankung zurückzuführen sind. Wie er selbst sagte, lagen die ständigen Ortswechsel und das Meiden von Kontakten zu Mitmenschen und öffentlichen Einrichtungen in einer sozialen Phobie begründet. Er bezeichnete sich selbst als Einzelgänger und pflegte keine sozialen Kontakte, auch nicht zu anderen Obdachlosen. Er war nicht an eine bestimmte Hilfseinrichtung angebunden und vermied soweit möglich den Kontakt zu staatlichen Institutionen.

Interviewerin: „Sind Sie alleine unterwegs oder haben Sie Kontakt zu Familie, Freunden, Bekannten?“

Patient 18: „Ich bin mutterseelenalleine. Ich hab keine Freunde, wegen meiner sozialen Phobie eben. Ab und zu bin ich mal ein paar Tage zu Hause bei Mutter in [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.]. Die ist so ein Rettungsanker. [...]“

Interviewerin: „Haben Sie denn jemanden der Sie mal unterstützt, wenn Sie Hilfe brauchen?“

Patient 18: „Nein, ich hab überhaupt keine sozialen Bindungen, keine Freunde. Ich bin ein absoluter Einzelkämpfer. Andere Wohnsitzlose haben auch Kumpel, soziale Kontakte, aber ich nicht. [...]“ (Z. 46ff.)

Aufgrund der sozialen Phobie gab er vor circa fünfzehn Jahren seine frühere Wohnung auf und zog seitdem als Einzelgänger ohne festen Wohnsitz von einer Stadt zur nächsten, ohne sich längere Zeit an einem Ort aufzuhalten. Aus gleichem Grund war er nicht in der Lage, einen Beruf auszuüben, so dass seit etwa zwei Jahrzehnten kein dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis bestand und er sich lediglich ab und zu etwas Geld mit kurzzeitigen Jobs und als Tagelöhner verdiente.

Patient 18: „Ich arbeite immer nur als Tagelöhner, mal hier mal da. Seit 1995 habe ich nichts Richtiges mehr, dadurch auch Fehlzeiten bei der Krankenkasse und auch durch die vielen Ortswechsel. Zeitweise war ich mal LKW-Fahrer. Das Einzige wo ich eine Zeit lang fest war, war von 1990 bis 1995 als Fahrer bei [...] [Name des früheren Arbeitgebers anonym, Anm.d.Verf.]. Da war ich auch bei der [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.] krankenversichert. Deshalb nehmen die mich auch immer wieder. [...]“

Interviewerin: „Haben Sie mal versucht, wieder einen festen Job zu finden?“

Patient 18: „Das klappt ja nicht wegen meiner sozialen Phobie, aufgrund meines Verhaltens klappt ein normaler Job nicht. Ich bin zu langsam und so und wegen meinem Verhalten eben, das merkt dann der Chef auch. Nur als LKW-Fahrer, der hätte mich auch behalten, aber zu einem Hungerlohn, das wollte ich dann nicht. Deshalb mach ich immer nur die Tagesjobs, das geht dann. Aber an manchen Tagen gibt es eben nichts.“ (Z. 72ff.)

Zwar stand Patient 18 immer wieder eine Zeit lang in Bezug von ALG II, durch sein ständiges Umherziehen jedoch mit vielen Unterbrechungen. Indem er sich in einer Stadt beim Jobcenter abmeldete, sich aber erst verzögert an einem anderen Ort anmeldete oder versäumte einen Folgeantrag zu stellen, schied er immer wieder aus dem Leistungsbezug und aus der Krankenversicherung aus. Sobald er jeweils erneut in ALG-II-Bezug trat, wurde er wieder in seine frühere GKV aufgenommen, in der er vor Jahren über ein Angestelltenverhältnis versichert war. Damit war er zumindest immer wieder zeitweise versichert. Dennoch verhinderten seine Grunderkrankung und seine Lebensweise, dass er seinen Leistungsanspruch dauerhaft geltend machen konnte.

Interviewerin: „Seit wann haben Sie jetzt keine Krankenversicherung?“

Patient 18: „Also seit heute habe ich ja wieder eine, heute habe ich ja den Antrag beim Arbeitsamt gestellt. Wegen dem Stadtwechsel von [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.] nach Frankfurt hatte ich jetzt drei Wochen lang keine Krankenversicherung. Ich hab mich halt nicht sofort wieder beim Arbeitsamt gemeldet. Das war auch schon öfters so wie

jetzt, ich habe immer wieder mal keine Krankenversicherung, eben wegen der vielen Ortswechsel und den wechselnden Arbeitsverhältnissen.“

Interviewerin: „Waren Sie früher einmal krankenversichert? [...].“

Patient 18: „Über [...] [Name des früheren Arbeitgebers anonym, Anm.d.Verf.] bei der [...] [Name der GKV anonym, Anm. d. Verf.] war ich früher versichert, da bin ich jetzt auch wieder, die nehmen mich auch immer wieder auf, das ist kein Problem.“ (Z. 85ff.)

Auf die Frage, worin die Probleme in Bezug auf Nichtversicherte zu sehen sind, antwortete er selbstreflektiert, dass manche Personen selbst für die Situation verantwortlich seien, so auch er. Als Einzelgänger und Obdachloser nahm er Hilfsangebote nicht in Anspruch und interessierte sich zudem wenig für die gesetzlichen Regelungen. So nahm er die Einführung der Versicherungspflicht zwar am Rande wahr, kümmerte sich jedoch nicht weiter darum, inwiefern sie ihn betreffen würde, da er sich als Obdachloser ohnehin nicht in der Lage fühlte, staatliche Auflagen zu erfüllen.

Interviewerin: „Was müsste verändert werden, was sind die Probleme in Bezug auf die Situation von Menschen ohne Krankenversicherung?“

Patient 18: „[...] Das ist eine schwierige Frage. Teilweise sind die Leute bestimmt selber schuld, ich ja auch. Ich hatte schon viele Hilfsangebote, aber die hab ich alle nicht angenommen. Was macht da der klassische Berber? Wie soll der die Krankenkasse bezahlen, der geht ja noch nicht einmal zum Sozialamt. Vom Sozialamt wird man in irgendwelche Übernachtungsstätten einquartiert, aber nicht alle können das, so wie ich. Deshalb gehn die auch auf keine Ämter und die haben dann zum Beispiel auch keine Krankenversicherung. [...]“ (Z. 191ff.)

Interviewerin: „Wissen Sie, dass es seit der Gesundheitsreform 2007 eine allgemeine Versicherungspflicht gibt, für alle Menschen, die in Deutschland wohnen?“

Patient 18: „Da hab ich mal davon gehört.“

Interviewerin: „Hat Sie das in irgendeiner Weise beeinflusst, hat sich da was für Sie verändert durch diese neuen Gesetze?“

Patient 18: „Wie soll das denn ein Obdachloser, ein Tagelöhner machen?! Das ist eben eine Grauzone mit den Tagesjobs, das ist das Problem.“ (Z. 105ff.)

Wie im Interview angekündigt, zog er danach in eine andere Stadt weiter und so blieb es bei einer einmaligen Vorstellung in der Hilfseinrichtung. Ob er tatsächlich erneut in seine frühere Krankenversicherung aufgenommen wurde, kann daher nicht beantwortet werden.

Patient 19 (siehe Kapitel 5.4.1, 5.6) zählt zu den retrospektiven Fällen. Er hatte sowohl eine abgeschlossene Berufsausbildung als auch einen Studienabschluss, war früher in einem Angestelltenverhältnis berufstätig und versicherte sich damals bei einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in einer PKV. 2002 kündigte er seinen

Arbeitsplatz, da er, wie er sagte, unzufrieden war, gemobbt wurde und ein Burn-out hatte. Aufgrund von Ersparnissen bestand zunächst kein Anspruch auf Sozialleistungen. Möglicherweise machte er aber auch einen anfänglich vorhandenen Anspruch auf damaliges Arbeitslosengeld nicht geltend. In jedem Fall bezog er nach seiner Kündigung keine Leistungen und lebte von seinen Ersparnissen.

Interviewerin: „Was haben Sie früher gearbeitet?“

Patient 19: „Ich war bei einem Wirtschaftsprüfer [...]“ [...]

Interviewerin: „Und dort waren Sie dann mehrere Jahre angestellt?“

Patient 19: „Über fünfzehn Jahre.“

Interviewerin: „Warum dann nicht mehr?“

Patient 19: „[...] Burn-out schlimmster Art, teilweise gemobbt und man hat mich nicht mehr auf Fortbildungen geschickt, das war wirklich im Grunde genommen pervers. Dann habe ich irgendwann gedacht, hier, ich will gar nichts mehr und seitdem, seit 2002 arbeite ich auch nicht mehr.“

Interviewerin: „Haben Sie dann noch mal versucht, irgendwo einen Job zu finden [...]?“

Patient 19: „Brauche ich nicht, nein. Man hat mir mal vom Arbeitsamt, da hatte ich noch Geld, da sagte mir so ein Sozialarbeiter da: ‚Ich habe was Schönes für Sie, ein Ein-Euro-Job.‘ Da habe ich gesagt: ‚Haben Sie einen Vogel? Ich habe 100 000 Euro hier, was soll ich mit einem Ein-Euro-Job?!‘ [...]. Wenn Sie 100 000 Euro auf dem Sparkonto haben, dann arbeiten Sie nicht für einen Euro.“ (Z. 153ff.)

Finanziell war er zunächst noch gut gestellt, auch noch ein paar Jahre nach Eintritt der Arbeitslosigkeit, weshalb er zumindest anfangs die finanziellen Ressourcen für eine Krankenversicherung als Selbstzahler gehabt hätte. Ob und wie lange er die Krankenversicherungsbeiträge zunächst noch weiter zahlte, konnte er sich nicht erinnern. Wahrscheinlich beendete er die Beitragszahlungen schon kurz nach seiner Kündigung. Grund dafür war neben allgemeinem Desinteresse, sich um derartige Belange zu kümmern, dass er keinen Sinn darin sah, die hohen Beiträge der PKV als Selbstzahler ohne festes Einkommen weiter zu zahlen, ohne die Krankenversicherung tatsächlich zu beanspruchen. Da er zu dem Zeitpunkt nicht organisch krank war und bezüglich seiner manisch-depressiven Erkrankung nicht krankheitseinsichtig, bestand aus seiner Sicht kein Bedarf an medizinischer Versorgung und folglich empfand er die Krankenversicherung als eine unnötige Geldverschwendung.

Interviewerin: „Wann sind Sie rausgegangen aus der Versicherung, damit dass Sie den Job aufgegeben hatten?“

Patient 19: „Das weiß ich nicht mehr, da habe ich irgendwo keine Beiträge mehr bezahlt und dann ist man frei.“

Interviewerin: „Und dann waren Sie jahrelang einfach ohne Versicherung?“

Patient 19: „Richtig.“

Interviewerin: „Sie haben sich nie gekümmert?“

Patient 19: „Nein.“

Interviewerin: „War für Sie nicht von Interesse?“

Patient 19: „Wenn ich zum Arzt gehe, dann brauche ich eine Versicherung. [...]“

Interviewerin: „Sie waren einfach nicht beim Arzt?“

Patient 19: „Nein.“

Interviewerin: „Sie waren nicht krank gewesen?“

Patient 19: „Ja. Wenn Sie Selbstzahler sind, was kostet, ich sag jetzt mal, eine Erkältung, was kostet das?“

Interviewerin: „Dann gehe ich in die Apotheke und hole mir ein bisschen was?!“

Patient 19: „Richtig und selbst wenn ich zum Arzt gehe, einmal Händeschütteln circa 50 Euro. [...]. Das machen wir doch bar. Ich hatte zum Schluss 550 Euro pro Monat.“

Interviewerin: „An Krankenversicherungsbeiträgen?“

Patient 19: „Richtig, das ist, im Grunde genommen, ist das Wahnsinn. Es sei denn, Sie sind wirklich schwer krank, dann kommen solche Beträge zusammen, aber ansonsten ist das hier money for nothing.“ (Z. 397ff.)

Da er nach eigener Aussage keine Lust mehr hatte, die Miete zu zahlen, verlor er schließlich aufgrund von Mietschulden mit einer Wohnungsäumung auch seine Wohnung. Zu diesem Zeitpunkt waren seinen Ersparnissen größtenteils aufgebraucht, so dass er für etwa zwei Jahre in Obdachlosenunterkünften wohnte, bis er durch einen Hausverkauf erneut zu Geld kam. Danach kaufte er sich ein Auto, reiste umher und wohnte fortan in Hotels, bis er innerhalb von zwei Jahren erneut alle verbleibenden Ersparnisse verbraucht hatte.

Patient 19: „[...] Ich bin ursprünglich von '87, '88 war ich wohnhaft in [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.]. [...] und da habe ich irgendwann mal beschlossen, meine Miete nicht mehr zu bezahlen.“

Interviewerin: „Sie wollten nicht oder konnten nicht mehr?“

Patient 19: „Können kann keine Rede sein, ich wollte einfach nicht mehr. Da hatte ich, wie gesagt, eine manische Depression, ich habe das aber nicht eingesehen [...]. Das ist so bei Manisch-Depressiven, schwierig zu sagen, da ist jemand krank, weil du siehst gut aus, du bist voller Tatendrang. Da sagt keiner ‚der hat 'ne Macke‘ [...]. Und da bin ich rausgeflogen, riesen Prozess [...]. Und daher bin ich nach Frankfurt gekommen. Ich war 2005 bis 2009 in Frankfurt. Einerseits die [...] [Obdachlosenwohnheim anonym, Anm.d.Verf.] [...], da war ich ungefähr zwei Jahre, dann wurde mein Haus verkauft. Jetzt war ich wieder flüssig und habe mir ein Auto gekauft und [...] habe nur in Hotels gewohnt. Nach zwei Jahren war das Geld dann auch alle. [...]“ (Z. 33ff.)

Nach einer akuten Erkrankung (Schlaganfall), auf die ein Klinikaufenthalt und ein stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie folgten, wurde er ins Hilfsnetz eingegliedert. Unter Mithilfe der Sozialarbeiter gelang schließlich nach etwa sieben Jahren des Nichtversichertseins der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung. Auch wenn die Zusammenhänge von ihm selbst nicht eindeutig so benannt wurden, lässt sich aus

seinen Schilderungen folgern, dass er im Rahmen einer manischen Episode nicht nur seinen Arbeitsplatz kündigte und die Mietzahlungen einstellte, sondern später auch die Zahlung der PKV-Beiträge beendete. Somit sind seine Lebensumstände auf seine psychische Erkrankung zurückzuführen.

Neben den eben geschilderten Fällen, lassen sich bei weiteren Patienten Zusammenhänge zwischen dem Fehlen der Krankenversicherung und einer psychischen Grunderkrankung oder Suchterkrankung feststellen. Die Kausalmechanismen gleichen sich im Wesentlichen, wobei der Erkrankung in den einzelnen Fällen eine unterschiedlich große Rolle in der jeweiligen Gesamtsituation zukommt und sie nicht immer im Vordergrund steht. Die Patientenbeispiele werden deshalb hier nur kurz genannt und in Verbindung mit anderen Grundsituationen näher erläutert.

Betrachtet man die Zusammenhänge genauer, stellen sich Sucht und psychische Erkrankung prinzipiell entweder als ursächlich für die Lebensumstände dar, aus denen Nichtversicherung entsteht, oder als Folge aus ihnen. Das heißt, sie sind einerseits an der Entstehung der Umstände beteiligt, die zum Verlust der Krankenversicherung führen, seltener auch unmittelbarer Grund für den Versicherungsverlust, andererseits ergeben sie sich als Folge aus der Lebenssituation, die zum Verlust der Krankenversicherung führt, gewissermaßen als Reaktion auf diese. Eine klare Unterscheidung, ob im Einzelfall die Erkrankung mehr als Ursache oder mehr als Folge zu betrachten ist, kann schwierig sein, insbesondere da sich die Faktoren oft wechselseitig beeinflussen.

Bei den oben ausgeführten Fällen der Patienten 5, 7, 18, 19 und 22 findet sich ein ursächlicher Mechanismus, ebenso bei den Patienten 2 (psychisch auffällig ohne Diagnose, möglicherweise Hypomanie), 10 (Alkoholabhängigkeit), 15 (Alkoholabhängigkeit), 17 (psychisch auffällig ohne Diagnose, möglicherweise Hypomanie) und 23 (manifeste paranoide Schizophrenie). Eher als Folge einzustufen sind psychische Erkrankung und/oder Suchtverhalten bei den Patienten 4 (Alkoholabhängigkeit, Depression), 6 (Depression), 9 (Depression), 12 (Alkoholabhängigkeit), 13 (Depression, posttraumatische Belastungsstörung), 21 (akute Belastungsreaktion) und 25 (Depression). Im Fall von Patient 3 (Alkoholabhängigkeit) lässt sich die Suchterkrankung weder klar als Ursache noch als Folge identifizieren.

Damit besteht meist kein direkter, sondern ein indirekter kausaler Zusammenhang zwischen Erkrankung und Nichtversicherung. Ein direkter Zusammenhang liegt nur in Einzelfällen vor, z. B. bei Patient 19. Da er als PKV-Versicherter die Krankenversicherungsbeiträge während seiner Berufstätigkeit als Selbstzahler leistete, bewirkte der Arbeitsplatzverlust keinen unmittelbaren Einschnitt in seinem Krankenversicherungsverlauf. Da er außerdem zu jenem Zeitpunkt über ausreichend finanzielle Mittel verfügte, war es ihm möglich, die Beitragszahlungen fortzusetzen. Seine Schilderungen lassen den Schluss zu, dass er die Zahlungen stattdessen in einer manischen Phase im Rahmen seiner bipolaren Störung beendete. Somit kann die krankheitsbedingt veränderte Denk- und Verhaltensweise als direkte Ursache für den Versicherungsverlust betrachtet werden. Die anderen Beispiele zeigen einen indirekten Kausalmechanismus, wie er häufiger vorliegt. Sucht und psychische Erkrankung bewirken, dass die Betroffenen in Lebenssituationen geraten, aus denen Nichtversicherung entsteht oder treten als Folge prekärer Lebensumstände auf. So führen sie z. B. zum Verlust des Arbeitsplatzes und der Wohnung und sind Ursache für finanzielle Schwierigkeiten. Aus Arbeits- und Wohnungslosigkeit resultiert wiederum der Verlust der Krankenversicherung, wie in den Kapiteln 5.4.1 und 5.4.2 dargelegt. Einmal in derartigen Lebensumständen angekommen, verhindern Sucht und psychische Krankheit die Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses, die Wohnungssuche oder Aussichten auf einen Mietvertrag, unabhängig davon ob sie bereits ursächlich an der Entstehung von Arbeits- und Wohnungslosigkeit beteiligt waren oder als Folge daraus entstanden sind, und stabilisieren dadurch die Lebenssituation in einer Art negativen Rückkopplung. Ebenso verfestigen sie den Status des Nichtversichertseins, indem sie einen erneuten Versicherungsabschluss behindern. Denn im Rahmen ihrer Erkrankung sind die betreffenden Personen meist nicht in der Lage ist, eine Lösung für den Einschnitt im Krankenversicherungsverlauf zu finden – sofern dieser überhaupt bemerkt wird.

Expertin 17, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, behandelte als Psychiaterin psychisch kranke und suchtkranke Patienten und schilderte eben diese Erfahrungen. Sie benannte dabei psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen eindeutig als Hindernis, sich in das Regelsystem einzufügen und räumte dabei auch dem Schweregrad der Erkrankung und der Krankheitseinsicht der Betroffenen eine Bedeutung ein.

Expertin 17: „[...] Häufig steht einfach die psychische Erkrankung da im Wege, dass die gar nicht in der Lage sind, aufgrund ihrer Depression, ihrer Antriebsarmut, aufgrund ihrer niedergedrückten Stimmung, sich überhaupt um ihre Belange zu kümmern, es ist so ein Teufelskreis. Aufgrund der Depressionen fallen sie dann immer weiter ab in diesen sozialen Abstieg. [...]. Oder auch [...] Patienten mit einer Psychose, [...] die sind völlig überfordert irgendeinen Antrag auszufüllen.“ [...]

Interviewerin: „Das heißt, Krankheit, die psychische Erkrankung ist in dem Fall dann ein Hindernis auch wieder reinzukommen in das Regelsystem?“

Expertin 17: „Ja, das würde ich so sagen, auf jeden Fall.“ (Z. 174ff.)

Expertin 17: „[...] es hängt wirklich auch vom Krankheitsgrad ab und von der Krankheitseinsicht, würde ich sagen. Ich erlebe das jetzt von den Leuten, die zu mir kommen [...]. Das ist ja so ein kleines Zeitfenster wo sie dann da sein müssen, dann müssen sie warten, das braucht ja schon ein gewisses Maß an Stabilität, in die Sprechstunde zu kommen. [...]“

Interviewerin: „Das heißt aber, wahrscheinlich gibt es auch viele, die schaffen es erst gar nicht bis zu dir?“ [...]

Expertin 17: „Ja, weil sie gar nicht in der Lage sind, überhaupt regelmäßige Dinge einzuhalten, Strukturen einzuhalten. Das ist auch bei den schwerst Suchtkranken so [...].“ (Z. 281ff.)

In den Patienteninterviews fiel ein Aspekt auf, der später auch von Expertin 17 und vielen anderen Experten betont wurde, nämlich dass psychische Erkrankung und Sucht in wesentlichen Teilen die Lebens- und Denkweise der Betroffenen bestimmen. Je nachdem welche Krankheit zugrundeliegt und wie stark ausgeprägt diese ist, beeinflusst sie das Verhalten der betreffenden Person in bestimmter Art und Weise und wirkt sich dadurch auf die Lebensumstände im Allgemeinen aus. Manchmal scheinen diese Menschen geradezu in ihrer eigenen gedanklichen Welt zu leben, wodurch sich auch die Wahrnehmung ihrer Umwelt und der Realität verändert. Teilweise fällt es daher schwer zu beurteilen, inwiefern ihre Aussagen dem tatsächlichen Hergang der Umstände entsprechen. So waren bei manchen der interviewten Patienten die von ihnen genannten Begründungen zu bestimmten Vorkommnissen objektiv nicht nachvollziehbar. Beispielsweise konnten die Patienten 18 und 19 beide keinen plausiblen Grund nennen, warum sie die Mietzahlungen stoppten und dadurch den Verlust ihrer Wohnung herbeiführten. Beide hatten in jenem Moment keine akuten finanziellen Schwierigkeiten, stattdessen scheint, dass sie eher keine Lust mehr hatten und das Verhalten in ihrer psychischen Erkrankung begründet lag. Patient 19 gab zur Antwort, dass er damals ohne tieferen Grund die Miete nicht mehr zahlen wollte. Rückschauend konnte er dies allerdings im Rahmen seiner psychischen Erkrankung einordnen (siehe obiges Zitat). Patient 18 nannte als

Grund ein diffuses Gefühl, den Ort wechseln zu müssen, ohne dass etwas Bestimmtes vorgefallen war. Seitdem fühlte er sich dadurch angetrieben, so dass er sich keinen neuen festen Wohnort suchte, sondern als Obdachloser umherzog.

Interviewerin: „Wo wohnen Sie jetzt? [...].“

Patient 18: „Ich bin immer nur in Notunterkünften. In [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.] hatte ich bis vor vier Jahren mal eine eigene Wohnung. Aber dann hab ich den ‚Rappel gekriegt‘ und die Wohnung gekündigt, weil ich wieder in eine andere Stadt wollte. Seitdem bin ich nur in Notunterkünften. [...].“

Interviewerin: „Warum sind Sie denn aus [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.] weggegangen, gab es einen bestimmten Grund?“

Patient 18: „Nein, ohne weiteren Grund, einfach weil ich wieder woanders hin wollte.“ (Z. 37ff.)

Ein weiteres Beispiel ist Patient 23. Er fühlte sich von seinem Vermieter bedroht, kündigte seine Wohnung und zog es künftig vor, ohne festen Wohnsitz umherzuziehen, im Wald und in Parks zu schlafen, statt sich eine neue Wohnung zu suchen. Ob er tatsächlich bedroht wurde oder sich dies vielmehr in seiner Phantasie abspielte, war aus seinen Aussagen nicht sicher nachvollziehbar und kann vor dem Hintergrund der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie durchaus in Frage gestellt werden.

Interviewerin: „[...] Wie kam es dazu, dass Sie so umherziehen [...], gibt es da einen Grund?“

Patient 23: „(überlegt) Wie kam es dazu? Einfach spontan. Weil in der Wohnung, wo ich gewohnt habe [...] war es nicht mehr tragbar so. Psychisch nicht mehr... Wenn da einer nachts die Treppe runter rennt und schreit ‚Ich steche dich ab!‘ und solche Sachen, das sind dann Sachen, [...] das kann irgendwo nicht sein. [...]. Und dann bin ich erstmal so rumgezogen.“

Interviewerin: „Konnten Sie die Miete dann nicht mehr zahlen in der alten Wohnung?“

Patient 23: „Nein, ich habe einfach gesagt zu mir, weil ich genug hatte, der Mann ist es einfach nicht wert. Der hat da mit Sachen rumhantiert, wo der überhaupt keinen blassen Schimmer hat [...].“ [...]

Patient 23: „[...] Weil der [Vermieter] war, der ist einfach, [...] der ist wirklich gefährlich [...]. Man kann auf keinen Fall da rein ins Haus. [...] dann fing er mich irgendwie so an anzufallen [...]. Ich kam mir sehr bedroht vor, muss ich sagen [...].“ (Z. 64ff.)

Bei Patient 2 war zwar keine psychische Erkrankung diagnostiziert, jedoch wirkten auch seine Aussagen und sein Verhalten teils auffällig und können im Rahmen einer hypomanen Stimmungslage eingeordnet werden. Beachtet man die Aussagen der Mitarbeiter der Hilfseinrichtung, in der er betreut wurde, so scheint, dass er sich die Begründungen für die Umstände seines Nichtversichertseins seiner Wahrnehmung entsprechend zurechtlegte. Er äußerte im Interview mehrfach seine Überzeugung, dass

er aufgrund seiner nichtdeutschen Herkunft und dem Rassismus der Mitarbeiter des Jobcenters benachteiligt wurde und ihm deshalb immer wieder die Leistungen gestrichen wurden. Inwiefern dies den Tatsachen entsprach, war objektiv schwer beurteilbar. Wahrscheinlicher war jedoch, dass er seiner Mitwirkungspflicht unter Leistungsbezug nicht nachkam, nicht auf Schreiben der Sachbearbeiter reagierte und daher versäumte, fristgerecht einen Folgeantrag zu stellen (siehe Zitat in Kapitel 5.4.4).

Eine Gemeinsamkeit im Denkmuster der Patienten findet sich darin, dass sich eine Gleichgültigkeit manchen Dingen gegenüber einstellt bzw. eine Verschiebung der Prioritäten stattfindet, weg von Dingen und Tätigkeiten, die bei den meisten Menschen den Alltag strukturieren, wie die Berufstätigkeit, Familienleben, soziale Kontakte, Pflege und Erhalt der eigenen Wohnung sowie Planung und (Vor-)Sorge für die eigene Zukunft. Im Fall einer Sucht- oder psychischen Erkrankung geht diese Lebensstruktur verloren und das grundlegende „Funktionieren“ in der Gesellschaft gelingt nicht mehr. Oft werden die Betroffenen damit zu gesellschaftlichen Außenseitern, zu „Aussteigern“ und „Rausfallern“, wie sie in Kapitel 5.4.2 bei Wohnungslosen beschrieben wurden. Die allermeisten gaben an, keinen oder nur lockeren Kontakt zu ihrer Familie, früheren Freunden oder Bekannten zu haben. Viele leben sozial isoliert als Einzelgänger oder pflegen Kontakt nur zu Gleichgesinnten. Manche suchen zeitweise niedrigschwellige Hilfseinrichtungen auf, wo sie keine Verbindlichkeiten eingehen müssen. In einigen Fällen führt eine Erkrankung jedoch auch zur kompletten Abschottung.

Dadurch entziehen sich psychisch Kranke und Suchtkranke dem Regelsystem und sind auch oft für das Hilfesystem nur schwer erreichbar, wie im weiter vorne aufgeführten Zitat von Expertin 17, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, anklingt und im folgenden Zitat von Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, bekräftigt wird.

Experte 2: „[...] bei den Leuten, die den Weg hierher nicht gefunden haben bisher, die sind in der Regel psychisch krank oder eben alkoholkrank, weil die, die weder das eine noch das andere sind, kriegen über Mundpropaganda schon immer in irgendeiner Form Kontakt zum Hilfesystem. Weil hier ist das Netz ja so eng gewoben, würde ich sagen, in Frankfurt, dass du, wenn du Hilfe suchst, [...] auch wenn du jetzt hier erstmal ortsfremd bist, doch schon relativ schnell finden wirst [...].“ (Z. 35ff.)

Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, bestätigte aus Sicht des staatlichen Hilfesystems die Schwierigkeit, psychisch Kranke und Suchtkranke zu erreichen, sie ins Regelsystem einzubinden und ihnen die Unterstützung zukommen zu lassen, die ihnen zusteht.

Experte 18: „[...] Es gibt Klienten, die überhaupt keinen Sozialleistungsschutz haben, weil sie nicht in der Lage sind, diese Behördengänge eigenständig durchzuführen, das heißt die tatsächlich auf der Straße leben. [...]. Da ist es zum Teil sehr schwierig, diese Personen überhaupt in das Sozialleistungssystem hereinzubekommen, weil die aufgrund ihrer psychischen Störungen oder massiven Suchtmittelabhängigkeit diese Wege in die Behörde letztendlich nicht finden [...], so dass dem Hilfesystem und auch uns teilweise die Hände gebunden sind, zustehende Leistungen, die diese Personen wahrscheinlich hätten, tatsächlich denen zukommen zu lassen. [...]“ (Z. 247ff.)

Je länger und intensiver dieser Zustand besteht, desto schwerer fällt es den Betroffenen, sich tatsächlich wieder in das System einzufügen, sich an Regeln zu halten und Auflagen zu erfüllen. Manche ziehen daher ein Leben als „Aussteiger“ vor.

Der Fall von Patient 22 demonstriert diese Verhaltensweise. Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, der Patient 22 schon seit einigen Jahren betreute, bezog sich im Interview auf seinen Fall. Er schilderte daran beispielhaft das Verhalten von psychisch Kranken und Suchtkranken, bei denen Lebensumstände, Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung die Eingliederung ins Regelsystem verhindern.

Experte 2: „[...] jetzt der Herr [...] [Name des Patienten anonym, Anm.d.Verf.], der halt dann aus [...] [Heimatland des Patienten anonym, Anm.d.Verf.] kommt und erstmal keinen Anspruch auf Sozialleistungen hat, jetzt aber schon so lange da ist, locker über fünf Jahre. [...]. Er könnte sozusagen diesen Weg gehen [ALG beantragen, Anm.d.Verf.], aber jetzt schafft er wieder bei [...] [Arbeitgeber anonym, Anm.d.Verf.] [...]. Also diese Schwarzarbeit, da haben wir auch wenig Einblick, [...] er hat keinen Ausweis aktuell und trotzdem kriegt er diesen Job [...], es läuft halt irgendwie. Wobei das immer nur saisonal ist, das geht jetzt vier Wochen lang und dann hat er wahrscheinlich wieder mehr Geld, trinkt dann wahrscheinlich wieder mehr und dann ist alles andere was eigentlich notwendig wäre, was er tun müsste, um aus seiner Misere rauszukommen, dann wieder weit weg. [...]. Das sind die Leute, [...] die [...] in solchen Grauzonen leben und sich da einrichten und die Motivation da rauszukommen ist nicht so groß, bzw. der Alkohol oder was auch immer bremst dann auch die Motivation immer wieder und dann bleiben die einfach da hängen [...], trotz unserer Unterstützung, trotz unserer Angebote. [...] dann kommt irgendein Job dazwischen und das ist erstmal wichtiger, weil sie ja Geld brauchen zum Überleben usw., [...] die Persönlichkeitsstruktur [...] verhindert dann auch, dass die Leute da rauskommen. Leute, die psychisch krank sind, die einfach diesen Anforderungen [...], also sprich, du musst zum Amt gehen, du musst Wartezeiten in Kauf nehmen, du musst Sachen besorgen, du musst dich um Arbeit bemühen etc. etc., all diese Anforderungen, die das ALG II auch beinhaltet, schrecken viele Leute ab und wenn sie dann nicht zum Jobcenter gehen, dann besteht die Krankenversicherung eben auch nicht. Die Anforderungen sind für manche zu hoch. [...]“ (Z. 283ff.)

Demnach wurden psychische Krankheit und Suchtverhalten nicht nur von Experte 2 eindeutig als Hindernis für die Eingliederung ins Regelsystem benannt. Er erklärte, wie die im Mittelpunkt stehende Suchtbefriedigung und eine Mischung aus Überforderung und Gleichgültigkeit Gedanken an eine Absicherung verdrängen.

Interviewerin: „Könnte Krankheit auch mit ein Hindernis sein, dass sie wieder reinkommen in das Regelsystem? [...]“[...]

Experte 2: „Bei körperlichen Erkrankungen weiß ich jetzt nicht. Also, die psychische Erkrankung ist natürlich klar, die Suchterkrankung ist natürlich auch klar, wenn ich immer nur von einer Flasche zur nächsten Flasche denke oder ständig diesen Konsum brauche und dann auch entsprechend wenig in der Lage bin, Termine einzuhalten oder mich an Öffnungszeiten zu halten und überhaupt das ganze Denken, das ist dann so strukturiert, dass dann alles zu viel oder egal [...]. Da geht es dann nicht mehr darum, Arbeitslosengeld II zu beziehen oder krankenversichert zu sein, das ist dann vollkommen weit weg.“ (Z. 898ff.)

Im Rahmen der Erkrankung verlieren also Vorsorge und Absicherung für die Zukunft an Wichtigkeit. Der Gedanke, dass man aufgrund eines zu jedem Zeitpunkt möglichen Krankheitsfalles über einen Krankenversicherungsschutz verfügen sollte, ist für Suchtkranke und psychisch Kranke zu abstrakt. Sofern es überhaupt realisiert wird, wird dem Nichtversichertsein eine gewisse Gleichgültigkeit entgegengebracht. Folglich werden auch keine mühsamen Versuche unternommen, Nichtversicherung zu verhindern. Zudem besitzen psychisch Kranke und Suchtkranke nicht die notwendigen Fähigkeiten zur Lösungsfindung, sollten sie den Einschnitt im Krankenversicherungsverlauf bemerken. So zeigen die Beispielfälle, dass die Betroffenen nicht genug Durchhaltevermögen aufbringen, um an ihrer Lebenssituation langfristig etwas zu verändern. Etwaige Anläufe, Sozialleistungen zu beantragen oder eine Krankenversicherung abzuschließen, werden oft erfolglos abgebrochen, da sie von einem aufwendigen und langwierigen Prozess begleitet sind. In der Regel müssen verschiedene Unterlagen und Dokumente besorgt und vorgelegt werden, sind meist lange Wartezeiten zu erdulden und mehrere Besuche beim Amt und/oder der Krankenkasse notwendig, bevor ein Antrag tatsächlich eingereicht werden kann. Viele sind aufgrund ihrer Krankheit nicht dazu in der Lage, diese Anforderungen zu erfüllen, sie verfügen über eine eingeschränkte Fähigkeiten zur Mitwirkung und zu selbstständigem Arbeiten, können Termine nicht einhalten und haben Schwierigkeiten im direkten Umgang mit den Mitarbeitern der Behörden und Krankenkassen. Zusätzlich wirken Behörden und Bürokratie gerade auf diejenigen

abschreckend, die krankheitsbedingt und aufgrund ihrer Lebensumstände wenig Selbstbewusstsein und Frustrationstoleranz besitzen. Nicht selten entwickeln manche ein generelles Misstrauen gegenüber staatlichen Institutionen bis hin zu einer regelrechten Phobie, die es ihnen unmöglich macht, Ämter aufzusuchen. So stellt für viele der Besuch von Behörden und anderen öffentlichen Einrichtungen eine Überforderung dar, da sie nicht in der Lage sind, die normalen Anforderungen des Regelsystems zu erfüllen und es ihnen nicht gelingt, sich wie gesunde und „funktionierende“ Bürger ins System einzufügen. Diesem Gefühl der Überforderung können und wollen sie sich nicht aussetzen und so verzichten sie auf den Anspruch auf Sozialleistungen und nehmen den Verlust der Krankenversicherung in Kauf.

Aus eigenem Antrieb und ohne fremde Hilfe schaffen es Betroffene, die durch zusätzliche Schwierigkeiten wie eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung belastet sind, kaum, ans Regelsystem anzuknüpfen. Dies wurde unter anderem von den Expertinnen 20, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, bestätigt.

Expertin 20: „[...] bei dem jetzigen Patienten ist es so, er hat aufgrund von einer Alkoholkrankheit einfach sich nicht mehr darum gekümmert. Wo er vorher war, da hat sich immer die Institution oder die Übergangseinrichtung mit ihm drum gekümmert, das heißt er hat dann mit einer gewissen Assistenz und mit ein bisschen sanftem Druck, da ging das dann auch, aber sobald er sich selbst überlassen war, war es für ihn nicht relevant und damit war die Krankenversicherung erloschen. Er hat dann auch keine Leistungen logischerweise bezogen und hat sich irgendwie anderweitig über Wasser gehalten und erst wenn sie so hilfsbedürftig sind, dass sie sich eben nicht irgendwie durch eine Gelegenheitsarbeit oder so versorgen können, dann fliegt dieses ganze System einfach auf.“ (Z. 141ff.)

Oftmals werden deshalb Eingliederungsversuche ins Regelsystem erst unternommen, wenn der Druck von außen zu groß wird oder sich die Patienten aus irgendwelchen Gründen gezwungen sehen, sich um den Bezug von Sozialleistungen oder den Abschluss einer Krankenversicherung zu kümmern. Der nötige Anreiz kann z. B. durch eine finanzielle Notlage gegeben sein, wenn es nicht mehr gelingt, durch Gelegenheitsarbeiten ausreichend Geld für die alltäglichen Bedürfnisse zu beschaffen; hierfür stellt Patient 22 ein Beispiel dar. Häufig sehen sich die Betroffenen aber erst durch einen Krankheitsfall gezwungen, sich um eine Krankenversicherung zu bemühen und dann auch erst auf Initiative der behandelnden Einrichtung, sprich Hilfseinrichtungen und

Krankenhäuser. Dieser Punkt wurde von verschiedenen Experten angesprochen, wie beispielsweise von Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes.

Interviewerin: „Das heißt also, [...] wenn sie sich kümmern würden ...?“

Expertin 7: „... dann wären sie auch versichert.“

Interviewerin: „[...] dann würden sie Leistungen bekommen, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe und dann wären sie darüber auch versichert?“

Expertin 7: „Genau.“

Interviewerin: „Was sind dann jetzt Gründe, warum die Leute sich nicht kümmern?“

Expertin 7: „Ich denke mal, weil die sich häufig um ihre gesamten Sachen nicht kümmern, dass sie eben einfach die Notwendigkeit nicht haben: ‚Solange ich nicht krank bin, brauche ich das nicht.‘ Ich denke das ist ein grundsätzlicher Grund. Dass sie damit überfordert sind, dass sie andere Probleme haben, die sie daran hindern das zu machen, ob das jetzt eine Suchterkrankung ist oder eine psychische Erkrankung. [...]“

Interviewerin: „Überfordert, weil es einfach zu viel Papierkram ist?“

Expertin 7: „Weil sie gar nicht wissen, wo sie anfangen sollen.“

Interviewerin: „Und dann ...“

Expertin 7: „... gar nichts machen.“ (Z. 233ff.)

Von einigen Experten wurde in diesem Zusammenhang korrekterweise angemerkt, dass teilweise durchaus theoretisch eine Einbindung in das Versicherungssystem möglich wäre, wenn die Betroffenen entsprechend mitwirken würden, da eben oftmals Leistungsansprüche vorliegen, die nicht beansprucht werden. Neben Unwissenheit über etwaige Ansprüche und Ablehnung derselben als Gründe dafür, warum Leistungsansprüche nicht geltend gemacht werden, lässt sich demnach – in Anknüpfung an Kapitel 5.4.1 – ein weiterer Punkt formulieren: Leistungen werden nicht beantragt oder Versuche dies zu tun scheitern, weil die betreffende Person nicht die dazu notwendigen Fähigkeiten besitzt. Im Fall von psychischer Krankheit und Sucht fehlen diese Fähigkeiten krankheitsbedingt. Experte 10, Arzt im Amt für Gesundheit, fasste die aus der Grunderkrankung resultierenden Besonderheiten in Denk- und Verhaltensweise der Patienten im folgenden Zitat zusammen.

Interviewerin: „Sie hatten am Anfang was gesagt [...] dass psychisch Kranke irgendwo auch ein höheres Risiko haben, nicht versichert zu sein, als andere Leute, sprich psychische Erkrankung ist ein Faktor diesbezüglich?“

Experte 10: „Ja, aufgrund der speziellen Dynamik des psychiatrischen Krankheitsgeschehens mit Verlust von Autonomie, mit Verlust von Selbstkritik, mit Einschränkung oder Verlust von Konzentrationsfähigkeit, Wahrnehmungsqualitäten, Verarbeitung der Wahrnehmung, ist der psychisch kranke Mensch eher geneigt oder fällt eher dahin, dass er eben bestimmte Alltagsbanalitäten nicht mehr ausfüllen kann bis hin dazu, dass er nicht mehr isst.“ (Z. 1040ff.)

Zusammengefasst finden sich viele Gemeinsamkeiten im Kausalmechanismus der Grundsituationen von psychischer Erkrankung bzw. Sucht und Wohnungslosigkeit/-not. Wie im Fall der Wohnungsnot stellen Sucht und psychische Erkrankung zumeist eine indirekte Ursache für den Verlust der Krankenversicherung dar, indem sie Lebensumstände begünstigen, die wiederum zu Nichtversicherung führen können. Insbesondere in der veränderten Verhaltens- und Denkweise mit Verschiebung der Prioritäten, die sowohl bei langjährigen Wohnungslosen als auch bei psychisch Kranken und Suchtkranken zu beobachten sind, zeigt sich der gleiche Kausalmechanismus. Hier wird die Wiedereingliederung in ein Versorgungssystem mit Krankenversicherung und Sozialleistungsbezug dadurch verhindert, dass einerseits kein Bewusstsein für deren Notwendigkeit besteht, andererseits die Anforderungen des Regelsystems nicht erfüllt werden können. Die oftmals bestehenden Sozialleistungsansprüche werden daher nicht geltend gemacht.

Da psychische Krankheit und Sucht oft auch in Verbindung mit Wohnungslosigkeit/-not auftreten und vor allem bei langjährigen Obdachlosen häufig psychische Auffälligkeiten und Suchtverhalten zu beobachten sind, scheint eine komplette Trennung der Grundsituationen schwierig. Dies zeigt sich auch darin, dass die Patienten, die in diesem Kapitel als Beispielfälle für psychische Erkrankung und Sucht angeführt wurden, auch gleichzeitig wohnungslos waren. Dennoch sollten die beiden Grundsituationen trotz aller Ähnlichkeiten unterschieden werden, da eben nicht alle Menschen in Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit auch gleichzeitig psychische Auffälligkeiten oder Suchtverhalten zeigen. Insbesondere soll der Aspekt hervorgehoben werden, dass dem Kausalmechanismus in einer der beiden Grundsituationen Krankheit zugrundeliegt.

5.4.4 Beruflich Selbständige

Beruflich Selbständige können sich entweder in einer privaten Krankenversicherung oder freiwillig in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichern, aufgrund dieser Wahlfreiheit gelten sie als versicherungsfrei. Sie sind daher nicht wie angestellte Arbeitnehmer Pflichtmitglieder der GKV, unterliegen aber genauso der allgemeinen Versicherungspflicht. Da die Beiträge an die Krankenversicherung nicht wie bei Angestellten im Rahmen der Pflichtmitgliedschaft ohne ihr Zutun abgeführt werden (siehe

Kapitel 5.4.1), sind Selbständige Selbstzahler in ihrer Versicherung. Ein Angestellter (mit einem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze), der in einem geregelten Arbeitsverhältnis steht, könnte die monatlichen Beitragszahlungen an seine Krankenkasse demnach gar nicht verhindern, selbst wenn er das wollte. Bei beruflich Selbständigen hingegen liegt es in deren Eigenverantwortung, sich um die regelmäßige Zahlung der Versicherungsbeiträge zu kümmern. Zwar sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen, doch gibt es keinen Automatismus, der dies, wie bei angestellten Arbeitnehmern, sicherstellt und keine Kontrollinstanz, die den Versicherungsstatus überprüft. Für beruflich Selbständige ist es also prinzipiell möglich, sich nicht krankenzuversichern.

Neben Selbständigen gibt es weitere Personengruppen, die versicherungsfrei sind (siehe Kapitel 2.4.1) und damit dem gleichen Prinzip unterliegen. Dazu zählen unter anderem gutverdienende Arbeitnehmer mit einem Gehalt über der Versicherungspflichtgrenze und Beamte. Da die Problematik, die zu Nichtversicherung führt, typischerweise bei Selbständigen auftritt, wird auf die anderen Personengruppen nicht weiter eingegangen.

Die Förderung der Unternehmensgründung in Form von Ich-AGs sowie anderweitige staatliche Fördermittel führen seit Beginn der 2000er-Jahre zu einer größeren Anzahl an Kleinunternehmern und Kleinverdienern unter den Selbständigen. Mit ihnen verzeichnen die privaten Versicherungsunternehmen einen vermehrten Zulauf an Geringverdienern, die den klassischen, gutsituierten Privatversicherten gegenüberstehen. Einen zusätzlichen Anreiz zum Abschluss einer PKV bieten die günstigen Einstiegstarife, vor allem für junge, gesunde Personen, durch die eine private Krankenversicherung meist attraktiver erscheint, als eine freiwillige Versicherung in der GKV. Oftmals lässt sich damit in der Tat zunächst Geld sparen, doch können die einkommensunabhängigen PKV-Beiträge im Falle vorübergehender Einkommenseinbußen oder dauerhaft mangelndem Erfolg des eigenen Unternehmens zum Problem werden. Denn wird die Beitragshöhe nicht an eine veränderte finanzielle Situation angepasst, können Gehaltseinbußen oder der Eintritt von Arbeitslosigkeit bei Privatversicherten zu finanziellen Konflikten mit der Krankenversicherung führen. Im Gegensatz dazu wird

der Beitragssatz in der GKV dem Gehalt angepasst und bei Arbeitslosen auf den Mindestsatz reduziert. Dadurch müssen ehemals Selbständige im Vergleich zu ehemals Angestellten in der Arbeitslosigkeit möglicherweise höhere Krankenversicherungsbeiträge leisten. Erschwerend kommt hinzu, dass geringverdienende Selbständige oft auch nicht imstande sind, in Form von Zusatzversicherungen Absicherungen für die Zukunft zu treffen. Somit verfügen sie oft nicht über eine freiwillige Arbeitslosenversicherung für den Anspruch auf ALG I im Fall von Arbeitslosigkeit und eine Berufsunfähigkeitsversicherung oder private Krankentagegeldversicherung für den Fall der vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit. So kann schon ein Unfall oder eine länger andauernde Erkrankung Grund für einen Arbeitsausfall sein, der ohne Anspruch auf Entschädigung eine folgenschwere Entwicklung nach sich ziehen kann.

Probleme treten in dem Moment auf, in dem durch berufliche Misserfolge finanzielle Notlagen entstehen, die die Betroffenen dazu zwingen, bei ihren regelmäßigen Ausgaben zu sparen. Bevor existenzielle Nöte auftreten, jemand Hunger leidet oder aufgrund von Mietschulden eine Wohnungsräumung und Obdachlosigkeit riskiert, werden einem finanziellen Engpass diejenigen Dinge zum Opfer fallen, die nicht akut lebensnotwendig sind. Insbesondere wenn es sich bei den Betroffenen dann um noch gesunde Personen jungen oder mittleren Alters handelt, stellt es sich als eine attraktive Möglichkeit dar, zuerst Krankenversicherungsbeiträge und Investitionen in eine Zukunftsabsicherung, wie die Altersvorsorge, zu „sparen“, da daraus in der Regel keine unmittelbaren negativen Auswirkungen zu spüren sind, sich aber eine deutliche finanzielle Erleichterung bemerkbar macht. Bezeichnend ist an dieser Stelle, dass diese Möglichkeit für beruflich Selbständige als Selbstzahler durchaus besteht, während sie Arbeitnehmern durch die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse versperrt ist. So muss das Nichtversichertsein bei Selbständigen nicht notgedrungen mit dem Eintritt von Arbeitslosigkeit einhergeht. Vielmehr kann das Stoppen der Beitragszahlungen in manchen Fällen als Versuch gewertet werden, einen sozialen Absturz abzuwenden. Während einige sich aus realen finanziellen Notlagen zu diesem Schritt gezwungen sehen, treffen andere die Entscheidung, die Beitragszahlungen zu stoppen, um ihr Einkommen zu entlasten, noch ohne in akuten finanziellen Nöten zu sein. Inwiefern es

sich dabei um bewusste Entscheidungen handelt, kann spekuliert werden. Aus den Interviews ging hervor, dass das Ausscheiden aus der Krankenversicherung meist keine in allen Einzelheiten und Konsequenzen durchdachte Entscheidung ist, sondern entweder unbemerkt vonstattengeht oder als Nebenerscheinung einer veränderten Lebenssituation toleriert wird. Vereinzelt gibt es auch gutverdienende Selbständige (oder andere versicherungsfreie Personen), die die bewusste Entscheidung treffen, nicht in eine Krankenversicherung zu investieren, da sie sich in gutem Gesundheitszustand befinden und finanziell dazu in der Lage sind, die Kosten für Arztbesuche und Behandlungen bei Bedarf selbst zu tragen, zumindest in begrenztem Rahmen. Inwiefern sich Betroffene eine Krankenversicherung tatsächlich nicht leisten können oder in gewissem Maße auch nicht leisten wollen, ist daher teils schwer zu beurteilen und muss für jeden Einzelfall separat betrachtet werden.

Genau genommen hat sich seit Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht die Situation leicht verändert. Bis dahin schied eine Person durch Unterlassen der Beitragszahlungen tatsächlich aus der Krankenversicherung aus und war nachfolgend nicht versichert. Durch die gesetzliche Versicherungspflicht kann eine Person nicht mehr aus der Krankenversicherung austreten, ohne den Nachweis einer Anschlussversicherung zu erbringen. Gleichzeitig sind Kündigungen von Seiten der Krankenkassen aufgrund unterlassener Beitragszahlungen nicht mehr zulässig (siehe Kapitel 2.4.1). Zahlt ein Versicherter seine monatlichen Beiträge nicht, wird er daher nun offiziell zum „Nichtzahler“. Das bedeutet, dass weiter eine Mitgliedschaft in der Krankenkasse besteht, der Leistungsanspruch im Krankheitsfall jedoch auf eine Notfallversorgung beschränkt ist, solange die Beitragsschulden nicht beglichen sind. De facto sind Personen mit dem Versicherungsstatus eines Nichtzahlers also nicht vollgültig krankenversichert, wenn auch streng genommen nicht komplett ohne Krankenversicherung.

Problematisch wird dieser Status für die Betroffenen aber erst im Krankheitsfall. Dann nämlich kann das Fehlen eines vollen Krankenversicherungsschutzes nicht mehr ignoriert werden. Begibt sich ein Nichtzahler als Patient in medizinische Behandlung, wird die Krankenkasse vor einer Kostenzusage die Zahlung der Beitragsrückstände einfordern. Je nachdem wie lange die Beitragszahlungen ausgesetzt wurden und welcher Tarif zuvor bestand, kann sich die Summe auf mehrere tausend Euro belaufen. Handelt

es sich tatsächlich um einen medizinischen Notfall, besteht zumindest theoretisch für den behandelnden Arzt bzw. das Krankenhaus die Möglichkeit, die Behandlungskosten erstattet zu bekommen; die praktische Umsetzung dieser Regelung funktioniert hingegen nicht immer einwandfrei (genauere Erläuterungen zu diesem Punkt folgen in Kapitel 5.5.8).

Gibt ein Selbständiger seine berufliche Tätigkeit auf und wird arbeitslos, stellt sich wie bei vormals angestellt tätigen Arbeitslosen die Frage, ob Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht oder nicht und wenn ja, ob dieser geltend gemacht wird. Hier gelten die allgemeinen Bedingungen, wie in Kapitel 5.4.1 erläutert, dass primär die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch erfüllt sein müssen und dann der entsprechende Antrag bei der zuständigen Behörde einzureichen ist. Wurde nicht in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt, entfällt ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch auf ALG I, so dass der direkte Einstieg in ALG II erfolgen muss. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf ALG II sind unabhängig davon, welche Art der beruflichen Tätigkeit vorausgeht, d. h. auch die Gründe, weshalb ein Anspruch entfällt, decken sich. Bei Selbständigen kann zudem der genaue berufliche Status von Bedeutung sein, wie das Beispiel von Patient 21 zeigt (siehe Kapitel 5.4.2). Darüber hinaus gibt es individuelle Gründe, vorhandene Ansprüche nicht zu beantragen. Dabei gilt auch für Selbständige, was in den bisherigen Kapiteln erläutert wurde: entweder wurde kein Versuch unternommen oder der Versuch, Sozialleistungen zu beantragen, ist – aus welchen Gründen auch immer – gescheitert.

Unter bestimmten Umständen kann bei Selbständigen auch während der Berufstätigkeit ein Sozialleistungsanspruch vorliegen. Dies betrifft in der Regel diejenigen, bei denen das Einkommen so gering ausfällt, dass daraus die Lebenshaltungskosten nicht gedeckt werden können und z. B. Ausgaben wie Miete und Krankenversicherung nicht geleistet werden können. In diesem Fall können SGB-II-Leistungen in Form von Zuzahlungen gewährt werden, mit denen das Einkommen „aufgestockt“ werden kann, um z. B. Obdachlosigkeit oder Nichtversicherung zu vermeiden (siehe Kapitel 2.4.2). Vielen Betroffenen sind diese Regelungen und ihre daraus folgenden Ansprüche jedoch nicht bekannt, so dass sie aus Unkenntnis ihre rechtlichen Möglichkeiten nicht

ausschöpfen. Nach Meinung von Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, ist dies häufig bei geringverdienenden Selbständigen zu beobachten.

Interviewerin: „Schwierig ist es für [...] geringverdienende Selbständige, die [...] keinen Anspruch haben auf ALG II, [...] oder vielleicht dann wenn sie so gering verdienen ...“

Experte 18: „Dann haben sie einen SGB-II-Anspruch.“

Interviewerin: „[...] Aber ich glaube, viele nehmen den dann nicht in Anspruch.“

Experte 18: „Das ist das Problem eher. Das ist Unkenntnis der rechtlichen Möglichkeiten. Ich denke mal, dass wahrscheinlich ganz, ganz viele Geringverdiener von der Möglichkeit mit SGB II aufzustocken, keinen Gebrauch machen und die darüber eben dann auch nicht in der Krankenversicherung drin sind.“ (Z. 994ff.)

Selbst wenn ein (ehemals) Selbständiger einen Anspruch auf ALG II geltend macht, kann es schwierig werden, nach einer Versicherungslücke die frühere Krankenversicherung zu reaktivieren oder eine neue abzuschließen. Hindernisse dafür ergeben sich aus den Sonderregelungen für die PKV, die im Rahmen der allgemeinen Versicherungspflicht bestehen, und dem daraus resultierenden ablehnenden Verhalten der privaten Versicherungsunternehmen gegenüber Nichtversicherten und Nichtzahlern. Auch eine Rückkehr in die GKV ist an gewisse Bedingungen geknüpft und nicht ohne weiteres möglich. Diese speziellen, strukturbedingten Probleme werden in den Kapiteln 5.5.5 und 5.5.6 erläutert. Als Folge kann es vorkommen, dass ehemals PKV-Versicherte auch unter laufendem Sozialleistungsbezug über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, wie einige Patientenbeispiele demonstrieren (Patienten 10, 17 und 25). Zwar lässt sich die Versicherungssituation in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt klären, bis der Einstieg in eine Krankenversicherung möglich wird, muss jedoch eine Vakanz von manchmal mehreren Monaten überbrückt werden.

Bei den Patienten 2, 9, 10, 17, 21, 24 und 25 bestand jeweils ein Zusammenhang zwischen beruflicher Selbständigkeit und Nichtversicherung.

Patient 10 ist ein Beispiel für einen Nichtversicherten, der seine Krankenversicherung während seiner früheren beruflichen Tätigkeit als Selbständiger verlor (ausführliche Beschreibung in Kapitel 5.4.2). Nachdem er zuletzt nicht mehr viel verdiente, konnte er sich die relativ teuren Beiträge in der PKV nicht mehr leisten. Da er damals nicht krank war, benötigte er keine medizinische Versorgung, sah deshalb keinen dringenden Bedarf für eine Krankenversicherung und stellte die Beitragszahlungen ein. Er tat dies

zu einem Zeitpunkt noch vor Einführung der Versicherungspflicht, so dass er als Folge der ausstehenden Beitragszahlungen aus seiner Krankenkasse gekündigt wurde und in den Status des Nichtversichertseins eintrat. Zwar gelang ihm später der Einstieg in das Sozialleistungssystem mit dem Bezug von ALG II, doch blieb er währenddessen weiter nicht krankenversichert. Denn aufgrund eines Bearbeitungsfehlers von Seiten des Jobcenters wurde nicht bemerkt, dass er einen fehlerhaften bzw. unvollständigen Antrag eingereicht hatte. Damit blieb das Fehlen der Krankenversicherung monatelang unbemerkt und ein endgültiger Versicherungsabschluss wurde verzögert.

Im Fall von Patient 21 (ausführliche Beschreibung in Kapitel 5.4.2) war eine finanzielle Notlage im Rahmen eines sozialen Absturzes mit Arbeitsplatz- und Wohnungsverlust für den Eintritt der Nichtversicherung verantwortlich. Aufgrund einer akuten psychischen Belastungsreaktion nach Erkrankung seines Kindes wurde er arbeitsunfähig, war als junger, bisher gesunder Selbständiger aber nicht für den Krankheitsfall abgesichert, so dass der Arbeitsausfall zuerst zu finanziellen Schwierigkeiten führte und aufgrund fortbestehender Arbeitsunfähigkeit letztlich in der Arbeitslosigkeit endete. Ohne festes Einkommen verlor er nicht nur seine Wohnung, sondern auch seine Krankenversicherung, da er nicht mehr in der Lage war, die Beitragszahlungen zu leisten. Da er nicht in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt hatte, hatte er keinen Anspruch auf ALG I. Zudem endete sein Arbeitsverhältnis erst einige Monate nachdem er tatsächlich aufgehört hatte zu arbeiten, so dass er sich erst verzögert arbeitslos melden konnte. Schließlich versuchte er im Rahmen eines ALG-II-Bezuges auch einen Wiedereinstieg in seine Krankenversicherung. Da der Verlust der Krankenversicherung nach Einführung der Versicherungspflicht lag und er deshalb offiziell den Status eines Nichtzahlers hatte, war er zu dem Zeitpunkt zwar noch Versicherungsmitglied, jedoch verhinderten die hohen Beitragsschulden von mehreren tausend Euro einen Wiedereinstieg in seinen früheren Versicherungstarif (genaue Erläuterungen hierzu in Kapitel 5.5.8).

Patient 2 lebte als Staatsangehöriger eines alten EU-Landes seit über dreißig Jahren in Deutschland. Er verlor seine Krankenversicherung gleichzeitig mit seinem Arbeitsplatz. Als Angestellter war er bis dahin in einer GKV versichert, aus der er wegen ausbleibender Beitragszahlungen ausschied, da er sich mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit

nicht um eine Anschlussversicherung kümmerte. Er meldete sich nicht arbeitslos, sondern begann als Selbständiger zu arbeiten. Statt nun eine PKV abzuschließen, blieb er jedoch ohne Krankenversicherung, da er ebenso wie Patient 10 keinen unmittelbaren Bedarf an medizinischer Versorgung hatte und deshalb kein Geld für eine teure Versicherung ausgeben wollte. Ob er seine selbständige Tätigkeit offiziell anmeldete, beantwortete er im Interview nicht eindeutig. Da er mehrfach erwähnte „schwarz“ bzw. „grau“ gearbeitet zu haben, ist aber anzunehmen, dass er das nicht tat. Wann genau er seine Versicherung verlor, konnte er nicht sagen, in jedem Fall jedoch schon mehrere Jahre vor Einführung der gesetzlichen Versicherungspflicht, wahrscheinlich schon in den 1980er-Jahren.

Interviewerin: „[...] Seit wann waren Sie dann nicht mehr versichert?“

Patient 2: „Nicht mehr fest gearbeitet, so, also, festen Job gehabt und nicht angemeldet. Es war mir egal, ich bin gesund. [...] krank bin ich eigentlich nie [...].“ (Z. 232ff.)

Interviewerin: „Wann hatten Sie dann keine [Krankenversicherung] mehr genau?“

Patient 2: „Wenn ich hab nicht bezahlt, ich hatte kein Interesse in so was.“

Interviewerin: „Sie haben die Beiträge dann nicht mehr bezahlt?“

Patient 2: „Nein.“

Interviewerin: „Und wann war das, als Sie sich selbständig gemacht haben? [...]“

Patient 2: „Die ersten paar Jahre es war irgendwie wie schwarz.“ [...]

Patient 2: „So schwarz-grau. [...]“

Interviewerin: „Und damals, Sie hätten Geld gehabt, um das zu bezahlen, aber sie hatten kein Interesse?“

Patient 2: „Kein Bock. Ist auch kein Nutz.“ (Z. 352ff.)

Er hatte Spaß an seinem Beruf in der Konzert- und Veranstaltungstechnik, genoss die Freiheiten der Selbständigkeit und verdiente nach eigenen Angaben gut. Da er in Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit viel unterwegs war und keine angemessen bezahlbare Wohnung fand, sparte er sich die Mietausgaben und übernachtete zeitweise im Auto, auf der Straße oder bei Bekannten. So lebte er einige Jahre ohne festen Wohnsitz, störte sich jedoch nicht daran, da ihm der mit seiner Arbeit verbundene Lebensstil gefiel. Genauso wenig wie in eine Krankenversicherung investierte er in eine Berufsunfähigkeitsversicherung, so dass er seine Tätigkeit ohne Entschädigung aufgeben musste, als er Opfer eines Raubüberfalls mit Körperverletzung wurde. Er wurde auf offener Straße von Fremden überfallen und zusammengeschlagen, konnte danach aufgrund der Folgeschäden seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben und wurde arbeitslos. Nach einigen Monaten unternahm er erstmalig

einen Versuch, Hartz IV zu beantragen, was erst nach monatelangen Unstimmigkeiten zwischen ihm und den Mitarbeitern der zuständigen Behörde und angeblich erst unter Mithilfe eines Anwaltes vom Sozialgericht gelang. Ein Problem neben anderen war der fehlende Ausweis, der ihm zusammen mit anderen Papieren bei dem Überfall gestohlen wurde. Nachdem der ALG-II-Bezug schließlich bewilligt wurde, war auch der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung möglich. Hier kam ihm zugute, dass er sich nie in einer PKV versichert hatte und deshalb eine GKV abschließen konnte.

Patient 2: „[...] das war monatelang ein Kampf, die wollten nix tun, dies und das und bla, bla, bla. [...] Diese Frau [...] [Name einer Mitarbeiterin im Jobcenter anonym, Anm.d. Verf.] und die Obrigkeit, diese bestimmten Typen, [...] diese drei haben was gegen mich, es sieht so aus. Die haben das Geld gestrichen in Dezember und Januar.“ [...]

Patient 2: „[...] Naja, dann ich musste einen Anwalt haben, ein Anwalt hat es in Gang gebracht. Und der Kampf geht weiter, es ist noch nicht beendet, wegen mangelndem Passport.“

Interviewerin: „Haben Sie keinen gültigen Pass?“

Patient 2: „Nein, ist gestohlen mit alles was ich hatte dabei, die Nacht als das [Raubüberfall, Anm. d. Verf.] passiert ist [...]“ (Z. 376ff.)

Die Wiedereingliederung war jedoch nicht von dauerhaftem Erfolg. Nach einigen Monaten wurde der Leistungsbezug erneut gestrichen, wahrscheinlich, da er seine Mitwirkungspflicht nicht erfüllte, Termine oder sonstige Maßnahmen versäumte, geforderte Dokumente nicht vorlegte oder versäumte einen Folgeantrag zu stellen. Nachdem es ihm gelang, den Leistungsbezug erneut zu aktivieren, wurden die ALG-II-Zahlungen inklusive Beitragszahlungen an die Krankenversicherung später nochmals beendet, so dass er zum Zeitpunkt des Interviews nicht versichert war. Der genaue Grund, weshalb die Leistungen gestoppt wurden, ließ sich aus den Angaben von Patient 2 nicht sicher erschließen. Er selbst konnte sich die Vorgänge nicht erklären und hatte das Gefühl, dass die Mitarbeiter des Jobcenters ihm absichtlich Schwierigkeiten bereiteten (siehe auch Kapitel 5.4.3). Er verdächtigte seine PAPs des Rassismus und dass sie aus Bosheit und persönlicher Aversion gegen ihn die Zahlungen einstellten. Nach Einschätzung der Mitarbeiter der Hilfseinrichtung war es jedoch wahrscheinlicher, dass er die Post des Jobcenters nicht erhalten, nicht geöffnet oder die Anschreiben aus anderem Grund nicht beantwortet hatte, vergessen hatte, einen Folgeantrag zu stellen oder allgemein seine Mitwirkungspflicht vernachlässigte.

Patient 2: „Das hab ich erfahren heute Morgen von Frau Doktor, das ist irgendwie in die letzte paar Wochen irgendwie abgestempelt für irgendwelche Grund. Jetzt ich bin nicht mehr versichert. Wie ist das möglich?! Ich hab eine kleinen Krieg mit diese Idioten in der [...] [Adresse eines Jobcenters in FFM, Anm.d.Verf.], dieses Jobcenter oder wie das heißt heutzutage, die ändern die Namen ja jede paar Wochen. [...] die haben was gegen mich oder gegen Ausländer oder gegen Behinderte und so. [...].“

Interviewerin: „Im Jobcenter?“

Patient 2: „Ja, das ist eine üble Sache.“

Interviewerin: „Und Sie meinen, die haben was gegen Sie?“

Patient 2: „Es sieht so aus, oder?!“

Interviewerin: „Warum haben Sie denn jetzt keine Krankenversicherung mehr?“

Patient 2: „Weiß ich nicht, das werde ich hier fragen morgen, bei die [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.]. Es kann sein, die haben ein paar Briefe mir geschickt, die ich nicht gekriegt habe.“ (Z. 316ff.)

Patient 2: „[...] Jetzt es geht weiter mit andere Probleme, diese [...] [Name eines Mitarbeiters im Jobcenter anonym, Anm.d.Verf.] hat in sämtliche Akten manipuliert, das ist nachweisbar, Dinge fehlen auch. Zwei Briefe von die Ärztinnen hier, zum Beispiel Februar 24., Amtsgänge wurden verboten wegen des Eintreten meines Gesundheitszustandes, Februar, März, April, Mai, Juni.“ (Z. 396ff.)

Wie aus seiner Patientenakte hervorging, wurde der Bezug von ALG II wenige Monate nach dem Interview erneut fortgesetzt, so dass Patient 2 auch wieder krankenversichert war. Eine Wiedereingliederung ins Berufsleben gelang jedoch nicht, stattdessen erhielt Patient 2 auch Monate später noch ärztliche Atteste zur Bescheinigung seiner Arbeitsunfähigkeit, die er im Jobcenter vorlegte. Er litt weiterhin unter den Folgeschäden der Körperverletzung, deren Nachbehandlung noch nicht abgeschlossen war. Eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit lag dabei aber nicht vor.

Auch Patient 9 (ausführliche Beschreibung in den Kapiteln 5.4.2 und 5.4.6) war über viele Jahre beruflich selbständig. Er musste sein Unternehmen schließlich nach einigen Misserfolgen und finanziellen Problemen aufgeben. Anfangs war er über mehrere Jahre privat krankenversichert, es gelang ihm jedoch noch während seiner Selbständigkeit von der PKV in eine freiwillige Versicherung in der GKV zu wechseln (wie genau blieb unklar). Als er sein Unternehmen und damit die Selbständigkeit aufgab, konnte er über seine Ehefrau in eine Familienversicherung eintreten. Ein beruflicher Neustart scheiterte, so dass er in der Familienversicherung mitversichert blieb – auch während er ALG II bezog und bereits von seiner Ehefrau getrennt lebte. Einige Monate später teilte ihm die Krankenkasse die Kündigung aus der Familienversicherung mit. Nachdem er nicht auf das Schreiben reagierte, verlor er seine Krankenversicherung. Im Fall von

Patient 9 besteht demnach keine direkte Verbindung zwischen der beruflichen Selbständigkeit und seiner Nichtversicherung. Dennoch lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem beruflichen Scheitern und der nachfolgenden Versicherungssituation herstellen. Außerdem standen die beruflichen Misserfolge und das Ende der Selbständigkeit am Beginn eines sozialen Absturzes, in dessen Rahmen der spätere Verlust der Krankenversicherung einzuordnen ist.

Im Fall von Patientin 25 (ausführliche Beschreibung in Kapitel 5.4.2) war nach dem Verlust des Arbeitsplatzes die frühere Krankenkasse als Betriebskrankenkasse nicht mehr für sie zuständig und kündigte die Mitgliedschaft. Doch der berufliche Neustart mit dem Versuch einer selbständigen Tätigkeit misslang, so dass Patientin 25 finanziell nicht in der Lage war, eine neue Krankenversicherung abzuschließen. Den Bezug von Arbeitslosengeld lehnte sie trotz zunehmender Verschuldung aus persönlichen Prinzipien ab. In Anbetracht der schwierigen Gesamtsituation entwickelte sie eine Depression und so kam es letztlich zum Verlust der Krankenversicherung und der Wohnung, dem die Patientin durch einen Suizidversuch zu entgehen versuchte. Noch während ihres Klinikaufenthaltes gelang die Beantragung von ALG II. Doch trotz erheblicher Eigeninitiative, Unterstützung von Krankenhausmitarbeitern und nach Entlassung aus der Behandlung auch von Sozialarbeitern in Hilfseinrichtungen, konnte kein Neuabschluss einer Krankenversicherung erwirkt werden. Eine Besonderheit bestand im Fall von Patientin 25 darin, dass eine Rückkehr in die frühere Krankenkasse aufgrund geänderter Zuständigkeiten nicht möglich war. Da sie zuletzt einer selbständigen Tätigkeit nachging und sie die Altersgrenze der GKV überschritten hatte, wurde sie der PKV zugeordnet, obwohl sie bisher nie in einer PKV versichert gewesen war. Daraus ergab sich die Schwierigkeit, ein Versicherungsunternehmen zu finden, das bereit war, sie als Neukundin in eine Versicherung aufzunehmen. Da sie als Frau in fortgeschrittenem Alter und mit Vorerkrankungen, diese unter anderem psychischer Natur, keine attraktive Kundin für ein privates Versicherungsunternehmen darstellte, wurden ihre Anträge von allen angefragten Unternehmen abgelehnt. Dass dies aufgrund von Sonderregelungen der PKV möglich ist, wird näher in Kapitel 5.5.6 erläutert. So waren die intensiven Bemühungen zum Zeitpunkt des Interviews bereits

mehrere Monate erfolglos, obwohl die Kostenübernahme der Krankenversicherung im Rahmen des ALG-II-Bezugs geregelt gewesen wäre.

Patientin 25: „[...] mit der Krankenkasse, das ist echt eine Neverending-Story, die sich jetzt seit Januar hinzieht. Keine will mich nehmen, weil man beruft sich dann immer darauf, dass die, wo ich zuletzt war, mich wieder nehmen muss. Die nehmen mich nicht mehr, weil ich nicht mehr aktives Mitglied bin. [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] nimmt mich nicht, weil ich über 55 bin und da die Schnittstelle ist. [...]. Ich habe also wirklich schon alles Mögliche angeleiert und bin da am sammeln was die Absagen betrifft. [...]“ (Z. 123ff.)

Die Patienten 17 und 24 (ausführliche Fallbeschreibungen in Kapitel 5.4.8) kündigten ihre Krankenversicherung, als sie ihren Lebensmittelpunkt ins Ausland verlagerten. Beide waren bis dahin hierzulande beruflich selbständig und freiwillig in der GKV versichert. Nach beruflichem Scheitern im Ausland kehrten sie jeweils ohne Krankenversicherung nach Deutschland zurück. Patient 17 blieb nach seiner Rückkehr arbeitslos und beantragte erfolgreich den Bezug von ALG II. Nach mehr als zwei Jahrzehnten im Ausland und Überschreiten der Altersgrenze der GKV war eine Rückkehr in seine frühere Krankenkasse nicht möglich, so dass er wie Patientin 25 der PKV zugeordnet wurde. Auch er wurde von allen angefragten Versicherungsunternehmen abgelehnt, obwohl er in Sozialleistungsbezug stand. Ähnlich wie bei Patient 10, ging er aufgrund eines Bearbeitungsfehlers von Seiten des Jobcenters monatelang fälschlicherweise in der Annahme, krankenversichert zu sein. Letztlich wurde dadurch der Status des Nichtversichertseins gefestigt und der Versuch einer Wiedereingliederung verzögert.

Patient 24 versuchte nach seiner Rückkehr einen beruflichen Neubeginn als Selbständiger. Da ihm dies nicht gelang, war er finanziell nicht in der Lage, eine Krankenversicherung als Selbstzahler abzuschließen und nahm keinen Kontakt zu seiner früheren Krankenkasse auf. Da sein Auslandsaufenthalt wesentlich kürzer dauerte als bei Patient 17 und er mit Ende dreißig noch weit unter der Altersgrenze der GKV lag, wäre ein Wiedereintritt in seine vorherige Versicherung prinzipiell möglich gewesen. Da er aber weiterhin arbeitslos blieb, waren nicht nur die regulären Monatsbeiträge ein Hindernis, sondern verhinderten auch die wachsenden Beitragsschulden einen erneuten Versicherungsabschluss. Den Bezug von Sozialleistungen lehnte er dennoch aus persönlichen Prinzipien ab und so blieb er nicht krankenversichert.

In der Grundsituation der beruflichen Selbständigkeit gründet das Nichtversichertsein also darin, dass Selbständige unter den Berufstätigen einen Sonderstatus einnehmen, indem sie als Selbstzahler in PKV oder GKV versichert sind und damit eigenverantwortlich für die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge. Daraus ergibt sich für sie die Möglichkeit, durch Unterlassen der Beitragszahlungen aus der Krankenversicherung auszuscheiden, wenn auch nicht dauerhaft und nicht folgenlos. Denn meist wird ein Wiedereinstieg zu einem späteren Zeitpunkt nötig und dann durch Probleme wie Beitragsrückstände und Abweisungen von Seiten der Krankenkassen erschwert.

5.4.5 Rentner

Am Ende der beruflichen Laufbahn steht der Eintritt in die Altersrente. Im einfachsten Fall ist eine berufstätige Person in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert und erlangt mit dem Rentenalter einen regulären Rentenanspruch. Schließt die Altersrente an eine berufliche Tätigkeit an, in der keine Pflichtversicherung in der Rentenversicherung bestand, so sollte eine anderweitige Absicherung erfolgt sein, z. B. über die Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk, Einzahlungen in eine private Altersvorsorge oder auch über eine freiwillige Versicherung in der Deutschen Rentenversicherung. In den meisten Fällen liegt zumindest eine der Varianten vor. Doch gibt es auch Personen, die während ihrer Berufstätigkeit keinen Anspruch auf eine Altersrente erwerben. Dies betrifft beispielsweise beruflich Selbständige und im Niedriglohnsektor Tätige. Daneben stellt die Altersabsicherung bei nicht berufstätigen Personen, z. B. Hausfrauen, zuweilen ein Problem dar; ganz zu schweigen von Personen mit unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen, wie z. B. Schwarzarbeitern. Allgemein gilt, dass der Anspruch auf eine Altersrente entfällt, wenn keine Beiträge an die Rentenversicherung oder eine alternative Absicherung abgeführt wurden. Wurden zumindest zeitweise Beitragszahlungen getätigt oder in geringer Höhe, so liegt zwar ein Anspruch vor, der alleine jedoch nicht ausreicht, die Lebenshaltungskosten zu decken. Die viel diskutierte Problematik der Altersarmut soll in der vorliegenden Arbeit nicht ausgeweitet werden. Dennoch spielt eine niedrige Altersrente oder gar fehlende Altersvorsorge in Bezug auf die Versicherungssituation im Alter eine Rolle, so dass sie Erwähnung finden muss.

Durch den Renteneintritt ergibt sich, ähnlich wie beim Eintritt von Arbeitslosigkeit, eine Schnittstelle im Krankenversicherungsverlauf. Wird ein Arbeitsverhältnis durch das altersbedingte Ausscheiden aus dem Erwerbsleben beendet, tritt damit der Arbeitgeber aus der Verantwortung, die Krankenversicherungsbeiträge abzuführen, ebenso wie bei einer Kündigung im erwerbsfähigen Alter. Schließt der Rentenbeginn an den Bezug von ALG II oder Sozialhilfe an, werden die Leistungen inklusive der Beitragszahlungen an die Krankenkasse mit Erreichen des Rentenalters eingestellt. Ähnlich wie Arbeitslosengeld, muss der Rentenanspruch erst eingefordert werden; d.h. die Rentenzahlungen beginnen erst auf Antragstellung beim zuständigen Rententräger. Besteht Anspruch auf eine gesetzliche Rente der Deutschen Rentenversicherung, wird mit dem Rentenantrag eine Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet. Die KVdR stellt keine eigene Krankenkasse dar, sondern wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen und entspricht damit einer gesetzlichen Krankenversicherung. Sofern die Bedingungen für eine Mitgliedschaft in der KVdR erfüllt sind (siehe Kapitel 2.4.1), wird eine Person mit der Antragstellung pflichtversichert; dies gilt in der Regel für ehemals GKV-Versicherte, die die Vorversicherungszeiten erfüllen. Für Pflichtversicherte der KVdR werden die Krankenkassenbeiträge automatisch abgeführt. Das heißt, die Beiträge werden direkt von der Rente abgezogen, aufgeteilt in einen Anteil, der vom Rentenversicherungsträger übernommen wird und einen Eigenanteil der Rentner – also ähnlich wie bei angestellten Arbeitnehmern. Liegen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung in der KVdR nicht vor, ist eventuell eine freiwillige Mitgliedschaft in einer GKV möglich oder die Absicherung in einer Familienversicherung. Sind auch hierfür die Bedingungen nicht erfüllt, muss sich die betreffende Person in einer PKV versichern. Meist betrifft dies bisher PKV-Versicherte, aber auch GKV-Versicherte, die die Vorversicherungszeiten der KVdR nicht erfüllen. Allgemein gilt dies für Personen, die aus verschiedenen Gründen keine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung erhalten. Denn eine Pflichtversicherung in der KVdR ist ausschließlich denjenigen vorbehalten, die eine gesetzliche Rente beziehen. Das bedeutet, dass Personen, die eine Altersrente von einem anderen Rententräger beziehen, z. B. einem berufsständischen Versorgungswerk oder aus der privaten Altersvorsorge, nicht Pflichtmitglieder in der KVdR werden können, auch wenn sie während ihrer Berufstätigkeit in einer GKV versichert waren,

sondern sich allenfalls freiwillig in der GKV weiterversichern können. Wird ein Rentner nicht pflichtversichert, wird er wiederum zum Selbstzahler in einer Krankenkasse. Freiwillig GKV-versicherte und PKV-versicherte Rentner sind damit wie beruflich Selbständige eigenverantwortlich für die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge. Sie müssen die vollen Monatsbeiträge von ihrer Rente bezahlen, können hierfür jedoch einen Beitragszuschuss vom Rentenversicherungsträger beantragen.

Noch problematischer ist die Zuordnung im Versicherungssystem, wenn bis zum Rentenbeginn überhaupt keine Krankenversicherung bestand oder eine Versicherungslücke von mehreren Jahren vorausgeht. Einerseits zieht dies Schwierigkeiten bei der Klärung der Zuständigkeit der Krankenkasse nach sich, andererseits wird die Altersgrenze der GKV wirksam. So kann auch vormalig GKV-Versicherten der Wiedereintritt in eine GKV aufgrund der Altersgrenze verwehrt bleiben, so dass sie gezwungen sind, sich in einer PKV zu versichern. Der Neuabschluss einer PKV bringt für ältere Personen jedoch in der Regel sehr hohe Beiträge mit sich, da diese einkommensunabhängig mit dem Alter ansteigen, so dass darin ein Hindernis für den Wiedereintritt in eine Krankenversicherung bestehen kann. Da dieses Problem nicht nur Rentner, sondern auch noch erwerbsfähige Personen betrifft, die die Altersgrenze überschritten haben, wird darauf in Kapitel 5.5.5 genauer eingegangen.

Bei Personen, die bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sind, ein stabiles Einkommen haben und durchgehend krankenversichert sind, ist zu erwarten, dass irgendeine Art von Rentenanspruch vorliegt, sie diesen fristgerecht beantragen und danach entweder pflichtversichert sind oder es gelingt, eine freiwillige Weiterversicherung abzuschließen. Zum Verlust der Krankenversicherung kommt es vor allem dann, wenn aus den Gegebenheiten keine Pflichtversicherung folgt und anderweitige Schwierigkeiten einen Versicherungsabschluss erschweren. Probleme ergeben sich daher bei denjenigen, die nicht ordnungsgemäß ins Erwerbsleben eingebunden waren, wenn Unterbrechungen stattfanden, z. B. durch Arbeitslosigkeit oder Tätigkeiten in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen, oder bei Geringverdienern. Dann besteht die Gefahr, dass kein Rentenanspruch vorliegt und/oder keine Pflichtversicherung in der KVdR erfolgt, dass die Altersrente so niedrig ausfällt, dass davon eine Krankenversicherung als Selbstzahler unmöglich ist oder dass versäumt wird, die Altersrente und/oder eine

Weiterversicherung als Rentner (fristgerecht) zu beantragen. Dass Rentenansprüche überhaupt nicht eingefordert werden, sollte eher selten vorkommen, ist jedoch denkbar, insbesondere bei Personen, die nicht bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sind und nicht in Sozialleistungsbezug stehen.

Die Regelung, dass eine Versicherung in der GKV mit dem Rentenantrag in eine freiwillige Weiterversicherung überführt wird, wenn keine Pflichtversicherung erfolgt, gilt erst seit Einführung des Beitragsschuldengesetzes im Jahr 2013. Zuvor lag es in der Verantwortung der betreffenden Person, zum gegebenen Zeitpunkt, einen Antrag auf Weiterversicherung in der Krankenkasse zu stellen. Hierfür galt eine Frist von sechs Wochen, die nicht versäumt werden durfte, um eine lückenlose Anschlussversicherung zu gewährleisten. Wie die Erfahrungen der Experten zeigen, kam es an dieser Stelle immer wieder zum Versicherungsverlust, da vergessen wurde, meist aus Unwissenheit oder auch Nachlässigkeit, rechtzeitig einen Antrag auf Weiterversicherung in der bisherigen oder einer neuen Krankenkasse zu stellen. Ein späterer Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung gestaltete sich oft schwierig. Teilweise lehnten Krankenkassen selbst frühere langjährige Mitglieder ab, auch wenn durch den versäumten Antrag nur eine kurze Lücke im Versicherungsverlauf entstanden war. Kernpunkt war und ist, dass Personen in fortgeschrittenem Alter aus Sicht der Krankenkassen unattraktive Kunden darstellen, denen sie daher mit ablehnender Haltung entgegen treten. Expertin 4, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, schilderte die Problematik der freiwilligen Weiterversicherung in Zusammenhang mit dem Renteneintritt.

Expertin 4: „[...] Dann kriegen sie ihre Rente, aber sie wissen es nicht oder vergessen es, dass sie sich jetzt freiwillig weiterversichern müssen. Sie freuen sich, dass sie die Rente haben, nehmen die Rente, [...] und es werden keine Krankenversicherungsbeiträge mehr gezahlt. Und dann gibt es eine gewisse Übergangszeit, ich meine es sind sechs Wochen, und wenn man die verpasst hat, dann hat man den Kampf mit der Krankenversicherung, weil die natürlich auch nicht scharf darauf sind, ältere Menschen, die einen höheren Kostenfaktor bedeuten, dann wieder aufnehmen zu müssen. [...]“ (Z. 439ff.)

Ein erfolgreicher Rentenantrag ist wie ein Antrag auf Krankenversicherung und ein Antrag auf Sozialleistungen an gewisse Voraussetzungen gebunden. An dieser Stelle gilt, was in den vorhergehenden Kapiteln beschrieben wurde: dass die Betroffenen einerseits gewillt sein müssen, andererseits, die Fähigkeiten besitzen müssen,

Rentenansprüche und eine Krankenversicherung entsprechend zu beantragen. Zwar besteht in der Regel der Wunsch nach einer Altersrente, zumal es sich dabei um einen versicherungsrechtlichen Anspruch handelt und deshalb demgegenüber nicht die gleichen Vorbehalte bestehen, wie gegenüber dem Bezug von Sozialleistungen. Somit wird wohl nur selten ein Rentenbezug abgelehnt. Dies gilt aber nicht gleichermaßen für den Abschluss einer Krankenversicherung als Rentner. Denn weder ist allen die Notwendigkeit einer Krankenversicherung bewusst, noch wissen alle Betroffenen, dass sie sich um eine Weiterversicherung kümmern müssen und diese nicht automatisch erfolgt. Letztlich stellt sich ein ähnlicher Kausalmechanismus dar, wie bereits in den vorhergehenden Kapiteln für Selbstzahler beschrieben.

Patient 5 bietet ein Beispiel für Nichtversicherung bei Rentnern. Da er die Vorversicherungszeiten in der KVdR nicht erfüllte, wurde er mit Renteneintritt nicht pflichtversichert, sondern musste sich als Selbstzahler freiwillig in seiner GKV weiterversichern. Er verlor seine Krankenversicherung durch Versäumnisse bei den monatlichen Beitragszahlungen kurz vor Antritt eines Haftaufenthaltes, zu dem er wegen Geldschulden nach jahrelanger Spielsucht verurteilt wurde. Nach Haftentlassung kümmerte er sich nicht um einen erneuten Versicherungsabschluss und blieb infolge bis zu einem weiteren Haftaufenthalt einige Jahre später ohne Krankenversicherungsschutz. Da er nicht krank war, störte ihn das Fehlen der Krankenversicherung nicht. Es blieb solange unbemerkt, bis er wegen eines Krankheitsfalles im Krankenhaus behandelt werden musste. Der anschließende selbständige Versuch, nach einer Versicherungslücke von mehreren Jahren, wieder in seine frühere Versicherung einzutreten, scheiterte daran, dass die Krankenkasse seinen Antrag ablehnte. Sozialleistungsansprüche lagen aufgrund seiner ausreichend hohen Rente nicht vor. Nachdem er in der Zwischenzeit wohnsitzlos geworden war, fand er Anschluss an das Hilfsnetz der Hilfseinrichtungen. Erst durch die Unterstützung der dortigen Mitarbeiter gelang nach mehreren Anläufen, kurze Zeit nach Durchführung des Interviews, der Abschluss einer neuen Krankenversicherung als Selbstzahler. Da das Nichtversichertsein bei Patient 5 einerseits durch die Spielsucht bedingt war, andererseits in Zusammenhang mit Haftaufenthalten stand, wird der Fall ausführlicher in den Kapiteln 5.4.3 und 5.4.9 beschrieben.

Ein anderer Umstand, der zum Verlust der Krankenversicherung führen kann, ist, wie oben erwähnt, eine niedrige Rente. Diese tritt nach lückenhafter Berufstätigkeit, Teilzeitbeschäftigungen, aber auch bei Geringverdienern trotz durchgehender Erwerbstätigkeit auf oder wenn aus Nachlässigkeit nicht oder nicht dauerhaft in eine Altersvorsorge investiert wurde. Werden dann die Versicherungsbeiträge nicht im Rahmen einer Pflichtversicherung abgeführt und sehen sich Rentner aufgrund knapper finanzieller Ressourcen zum Sparen gezwungen, kann dies zu Nichtversicherung führen. Zwar ist davon auszugehen, dass sich ältere Personen nicht mehr einer uneingeschränkt guten Gesundheit erfreuen können, somit Bedarf an medizinischer Versorgung besteht und sie sich damit der Notwendigkeit einer Krankenversicherung bewusst sind. Das Beispiel von Patient 5 zeigt jedoch, dass dem nicht immer so ist. Sind Rentner als Selbstzahler versichert und übersteigen die Krankenversicherungsbeiträge die finanziellen Rücklagen, so dass Altersarmut droht, haben sie wie Personen im erwerbsfähigen Alter, die Möglichkeit, Sozialleistungen zu beantragen und darüber die Krankenversicherung fortzuführen. Doch noch mehr als bei ALG II, ist vielen der Anspruch auf sogenannte Grundsicherung im Alter nicht bekannt, so dass ein Antrag gar nicht erst gestellt wird. Genauso gibt es auch unter Rentnern Betroffene, die staatliche Hilfe ablehnen oder an der Mitwirkungspflicht scheitern.

Die Patienten 4 und 11 bezogen beide eine niedrige gesetzliche Altersrente, aus der sie die Krankenversicherungsbeiträge als Selbstzahler nicht leisten konnten. Patient 4 (siehe auch Kapitel 5.4.2, 5.4.8) lebte vierzehn Jahre lang im Ausland, studierte und arbeitete dort und investierte währenddessen nicht in eine Altersvorsorge in Deutschland. Nach seiner Rückkehr in den 1980er-Jahren war er kurze Zeit arbeitslos und bezog für circa eineinhalb Jahre Sozialhilfe, fand danach aber eine feste und gutbezahlte Beschäftigung als Angestellter und zahlte von da ab regulär in die gesetzliche Rentenversicherung ein. Bis 2007 arbeitete und lebte er in stabilen Verhältnissen und ohne größere Probleme im beruflichen oder privaten Bereich. Danach trat er nach einer Phase der Altersteilzeit in die vorgezogene Altersrente ein. Wie er im Interview einräumte, hatte er nicht in aller Konsequenz bedacht, dass sich dadurch sein Rentenanspruch deutlich reduzierte. Dieser fiel ohnehin niedriger aus, da er durch seinen Auslandsaufenthalt weniger in die Rentenversicherung eingezahlt hatte. Rente aus

dem Ausland bezog er (noch) nicht. Zudem erfüllte er die Vorversicherungszeiten in seiner Krankenkasse nicht, obwohl er immer gesetzlich krankenversichert war, so dass er mit Renteneintritt nicht pflichtversichert wurde, sondern sich freiwillig in einer GKV weiterversichern musste. Aufgrund der niedrigen Rente beantragte er Sozialleistungen in Form von Zuzahlungen, so dass er nur einen geringen Eigenanteil zu tragen hatte, der Großteil der Versicherungsbeiträge aber vom Sozialamt gezahlt wurde.

Interviewerin: „Momentan bekommen Sie Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld, Hartz IV?“

Patient 4: „Nein, Rente, also vom Bund und Betriebsrente von der Stadt. Das ist ja ein geringer Betrag.“

Interviewerin: „Wie viel ist das genau?“

Patient 4: „Das sind 770 Euro zusammen, davon gehen 410 Euro ab für Miete und da ist dann auch kein Geld mehr für die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.]“

Interviewerin: „Und die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] müssten Sie jetzt alles komplett selber zahlen? [...]“

Patient 4: „Ja, also jetzt hat das Sozialamt den größten Teil übernommen und das überweisen die jeden Monat und ich überweise meinen Anteil, das sind 19 Euro jeden Monat. [...]“ (Z. 157ff.)

Die niedrige Altersrente brachte ihn rasch in finanzielle Schwierigkeiten. Zunächst konnte er sich durch einen Nebenjob auf 400-Euro-Basis (Verladen und Sortieren von Post und Paketen) noch ein wenig Geld hinzuverdienen. Aufgrund einer allgemeinen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes war er aber nach einiger Zeit nicht mehr in der Lage, die körperliche Arbeit zu leisten und war damit gezwungen den Dazuverdienst aufzugeben. Dadurch verschlechterte sich seine finanzielle Situation weiter, einschließlich einer zunehmenden Verschuldung.

Interviewerin: „Das haben Sie körperlich nicht mehr geschafft?“

Patient 4: „Ja. Ich musste aufhören. Und das habe ich vorher gemacht, zwei Jahre lang, das war eine gute Einnahmequelle, war mies bezahlt, aber alle Körperteile waren gut in Bewegung [...]. Es hat fast Spaß gemacht, obwohl, es wurden nur fünf Euro in der Stunde bezahlt, aber war ganz gut. Das entfiel dann. Und dann das Alleinleben, die Einsamkeit und so. [...]“ (Z. 215ff.)

In einer Vermischung verschiedener Faktoren, kam es zu einem sozialen Absturz, wie in Kapitel 5.4.2 beschrieben wurde. Patient 4 selbst führte alles auf seinen vorzeitigen Renteneintritt und die daraus folgenden finanziellen Probleme zurück: die depressive Stimmungslage, der verstärkte Alkoholkonsum, Beziehungsprobleme bis hin zur Trennung von seiner Ehefrau, die folgende Wohnungsnot und schließlich der schlechter werdende körperliche Gesundheitszustand, der ihm die Möglichkeit nahm,

seine niedrige Rente wenigstens etwas aufzustocken. Im Zuge des sozialen Absturzes und da ihm die Ernsthaftigkeit der Mitwirkungspflicht unter Sozialleistungsbezug nicht bewusst war, reagierte er nicht auf die Anfragen des Sozialamtes, so dass die Zuzahlungen eingestellt wurden. Da er die Versicherungskosten nicht aus eigener Kraft tragen konnte, sich aufgrund der Alkoholerkrankung und der Depression jedoch auch nicht um eine Klärung der Umstände kümmerte, verlor er wegen fehlender Beitragszahlungen seinen Krankenversicherungsschutz.

Patient 4: „[...] So, also ich muss die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] bezahlen und da hat das Sozialamt gesagt: ‚Ok, wir übernehmen das meiste davon und den Rest müssen sie bezahlen.‘ Ok. Das lief einige Zeit, dann haben die mir geschrieben wegen der Höhe des Einkommens, muss ich mitteilen, ob sich was geändert hat usw. Aufgrund meiner ganzen Probleme habe ich das einfach verschlampt. Ich hab das nicht ernst genommen diese Mitwirkungspflicht und hatte auch [...] keine Ahnung, wie das mit dem Sozialamt so alles läuft und dass es eine ernste Sache ist mit dieser Mitwirkungspflicht. Ich hab das nicht weiter beachtet und da haben die mich einfach mal gemahnt und so und dann haben sie mir diese Leistung gestoppt. Also sie haben aufgehört an die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] zu überweisen und die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] hat dann das Gleiche gemacht. Die verlangt ja einmal im Jahr einen Einkommensnachweis, [...] die [...] haben mir also mitgeteilt, falls ich weiterhin Leistungen über das Kärtchen in Anspruch nehme, muss ich das selbst bezahlen. So, und da dachte ich, naja, ich bin jetzt draußen, aber ich war nicht draußen. Ich konnte nichts in Anspruch nehmen, aber ich war immer noch Mitglied, also wie wenn das jetzt was Lebenslängliches ist, anscheinend. Da kommt man nicht raus. [...]“ (Z. 80ff.)

Aufgrund der aktuellen Gesetzesregelungen ist davon auszugehen, dass er – entgegen seiner Erwartungen – nicht vollständig aus seiner Versicherung gekündigt wurde, sondern als Nichtzahler Mitglied in seiner Krankenkasse blieb. Wie bei den Patienten 21 und 24 häuften sich dadurch Beitragsrückstände in einer Höhe von mehreren tausend Euro an. Sein genauer Versicherungsstatus war zum Zeitpunkt des Interviews allerdings unklar, da er sich noch nicht direkt mit seiner Krankenkasse in Verbindung gesetzt hatte, um dies zu erfragen.

Interviewerin: „Haben Sie denn jetzt vollen Leistungsanspruch bei der [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] oder nur für Notfallbehandlung?“

Patient 4: „Ja, das weiß ich nicht.“ [...]

Patient 4: „[...] Also das ist so, da ist ja jetzt ein Beitragsrückstand da, der hat sich ja aufgebaut, das sind 4 500 Euro und da war neulich der Gerichtsvollzieher und der hat ja auch gesehen, bei mir ist nichts zu holen [...]. So, und das ist ja jetzt auch bei der Schufa und so weiter. Was die 4 500, ob das Sozialamt das bezahlt hat [...] oder die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] das verlangt, damit ich wieder voll reinkomme, weiß ich nicht. [...]“ (Z. 105ff.)

Nach etwa zwei Jahren des Nichtzahlens stellte er circa einen Monat vor Durchführung des Interviews erneut einen Antrag auf Zuzahlungen beim Sozialamt. Seinen Angaben zufolge zahlte er seitdem auch wieder seinen Eigenanteil an die Krankenkasse. Was nun genau mit den Beitragsschulden passierte und ob er wieder vollen Leistungsanspruch an seine Krankenversicherung hatte oder ihm nur die Notfallversorgung zustand, wusste er allerdings nicht. Weder hatte er bisher Nachricht von seiner Krankenkasse erhalten noch konnte er aktuell eine Versichertenkarte vorweisen. Aus seiner Patientenakte ging später hervor, dass die Wiedereingliederung in seine Krankenversicherung wenige Wochen später gelang.

Patientin 11 stammte aus einem Nicht-EU-Land und kam vor 25 Jahren als Arbeitsmigrantin nach Deutschland, da sie ihren Kindern eine schulische und universitäre Ausbildung ermöglichen wollte. Obwohl sie in ihrem Heimatland eine feste Arbeitsstelle hatte, war ihr das aufgrund des niedrigen Einkommens nicht möglich, denn seitdem ihr Ehemann verstorben war, musste sie sich und ihre Kinder alleine versorgen. Sie erhielt ein Arbeitsvisum für eine Anstellung bei in Deutschland stationierten US-amerikanischen Soldaten und hatte darüber für einige Jahre eine gesicherte Aufenthaltsgenehmigung. Um nach Abzug der US-Amerikaner weiter in Deutschland bleiben zu können, entschloss sie sich dazu, einen Deutschen zu heiraten – obwohl sie nach dem Tod ihres Mannes nie neu heiraten wollte – und so erhielt sie durch die Eheschließung ein unbefristetes Aufenthaltsrecht. Dieses behielt sie auch nach der Trennung nach 12 Jahren Ehe. Wie aus ihren Äußerungen zu schließen ist, war sie nie wirklich glücklich mit ihrem deutschen Ehemann. Vielmehr handelte es sich um eine Zweckehe.

Patientin 11: „[...] Sowieso amerikanische Visum, wenn die Amerikaner nichts mehr hier, ich muss weg auch. So ich heiraten.“

Interviewerin: „Und dann haben Sie einen Deutschen geheiratet?“

Patientin 11: „Ja. Das ist so.“

Interviewerin: „Und von dem haben Sie sich wieder getrennt oder mit dem sind Sie noch zusammen?“ [...]

Patientin 11: „[...] Nichts mehr zusammen, sechs Jahre schon.“ [...]

Patientin 11: „[...] Die haben schon dann gesagt: ‚Heirate eine deutsche Mann und wenn nicht fliegst zurück.‘ [...] Ich hab Angst, ich wollte nicht so.“ (Z. 116ff.)

Bis vor etwa fünf Jahren war sie in verschiedenen versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen berufstätig und erwarb sich damit einen regulären Rentenanspruch. Dieser fiel jedoch gering aus, da sie erst im Alter von knapp vierzig Jahren nach Deutschland kam und danach meist in niedrigbezahlten Jobs und/oder in Teilzeitbeschäftigung arbeitete. Nachdem sie zuletzt keine Arbeit mehr finden konnte, trat sie zudem vorzeitig in Rente ein. Aus ihrem Heimatland bezog sie keine Rente, obwohl sie dort früher berufstätig gewesen war.

Interviewerin: „Und Sie bekommen Rente, haben Sie gesagt?“

Patientin 11: „Ja. Meine Rente ist so klein, sowieso Vollzeit in [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.] und dann in [...] [Arbeitgeber anonym, Anm.d.Verf.] ist Teilzeit. Zu wenig.“

Interviewerin: „Und die Rente reicht nicht?“

Patientin 11: „Das reicht nicht für meine Leben.“ (Z. 173ff.)

Sie teilte sich eine Wohnung mit ihrem Sohn, dessen Ehefrau und Kind, da sie sich eine eigene Wohnung nicht mehr leisten konnte, verdiente ab und zu durch kleine, über Bekannte vermittelte Tätigkeiten etwas Geld und bekam Unterstützung von Familie und Freunden. Zwar war das Geld zum Leben knapp, doch lehnte sie den Bezug von Grundsicherungsleistungen vom Sozialamt ab, solange es ihr möglich war, ihren Alltag mit privater Hilfe zu bestreiten. Wie sie im Interview sagte, würde sie eher in ihr Heimatland zurückkehren, als in Deutschland dem Staat und der Allgemeinheit zur Last zu fallen.

Interviewerin: „Aber Sie haben bisher noch nie versucht, [Sozialleistungen] zu beantragen?“

Patientin 11: „Nein.“ [...]

Interviewerin: „Wussten Sie, dass es das gibt oder haben Sie das heute zum ersten Mal gehört?“

Patientin 11: „Ich habe schon gehört, aber ich versuche nicht. [...]. Sowieso mein Sohn hat schon gesagt: ‚Mama, ich hab Arbeit, meine Frau hat Arbeit.‘ [...]“ (Z. 187ff.)

Patientin 11: „Weißt du warum ich wollte nicht zum Sozialamt gehen?! Ich bin so lange hier und wenn die Eheleute kommen hier alles die arbeiten nicht, bleibt zu Hause, bezahlen nicht und mit Sozialamt. [...]“

Interviewerin: „Sie wollten kein Geld vom Staat haben?“

Patientin 11: „Nein. Wenn ich brauche Hilfe vielleicht ich flieg nach [...] [Ortsname des Heimatortes anonym, Anm.d.Verf.]. Dann ich habe meine Kinder hier, ich hab keine Problem. [...]. Nein, ich kann nicht das machen, immer, ich brauch immer Hilfe, Hilfe, Hilfe, jeden Monat. Nein.“ (Z. 385ff.)

Sie war in Deutschland stets in einer GKV versichert, erfüllte aber, wie Patient 4, die Vorversicherungszeiten nicht und wurde daher mit Rentenbeginn nicht pflichtversichert. Nach Renteneintritt war sie zunächst noch in ihrer bisherigen GKV freiwillig weiterversichert. Sie stellte die Beitragszahlungen jedoch zu späterem Zeitpunkt ein, da es ihr aus finanziellen Gründen nicht mehr möglich erschien, die Beiträge als Selbstzahler zu leisten. Zum Zeitpunkt des Interviews war sie seit etwa einem Jahr nicht krankenversichert.

Interviewerin: „Sie haben gesagt, Sie haben jetzt keine Krankenversicherung?“

Patientin 11: „[...] ich kann nicht mehr bezahlen diese 140 Euro.“ [...]

Interviewerin: „Also, bis 2010 hatten Sie noch eine?“

Patientin 11: „Ja.“

Interviewerin: „Und jetzt haben Sie gekündigt?“

Patientin 11: „Nein, ich zahle nicht mehr.“ (Z. 204ff.)

Bei Bedarf besuchte sie die Sprechstunde der Malteser Migranten Medizin als medizinische Hilfseinrichtung, wo sie sich ausreichend und gut behandelt fühlte. Ihren Angaben zufolge war sie nur selten krank und mit der Behandlung der MMM zufrieden, so dass sie sich nicht an ihrem Nichtversichertsein störte. Da sie zudem staatliche Hilfe kategorisch ablehnte, zog sie vor, ohne Krankenversicherung zu bleiben, woran sich auch später nichts änderte, so dass sie auch bei Abschluss der Datenerhebungsphase weiterhin nicht versichert war.

Am Ende der Berufstätigkeit steht also der Eintritt in die Altersrente, die, abgesehen von größeren Ersparnissen, ab dann die finanzielle Lebensgrundlage bildet. Während des Berufslebens werden die Weichen dafür gestellt, wie sich das spätere Altersein-kommen gestaltet und welche Möglichkeiten der Krankenversicherung es gibt. Die Kernpunkte im Kausalmechanismus der Nichtversicherung bei Rentnern bestehen darin, dass der Renteneintritt eine Schnittstelle im Krankenversicherungsverlauf darstellt, Rentner unter gewissen Umständen zu Selbstzahlern in der Versicherung werden, so dass eine berufsbedingt zu geringe oder fehlende Altersabsicherung dazu führen kann, dass Krankenversicherungsbeiträge nicht gezahlt werden. Hiermit zeigt sich, welche Schlüsselfunktion der Berufstätigkeit auch noch an ihrem Ende zukommt.

5.4.6 Familienversicherte

Die Familienversicherung bietet die Möglichkeit der kostenlosen Mitversicherung von Ehe- oder Lebenspartnern und Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit in manchem Fall einen Weg, das Nichtversichertsein zu umgehen. Denn die beitragsfreie Mitversicherung steht denjenigen Familienmitgliedern offen, die kein eigenes Einkommen haben oder Geringverdiener sind und sich die Versicherungsbeiträge sonst womöglich nicht leisten könnten. Selbst Personen, die die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten haben und Rentner, die die Vorversicherungszeiten für eine Pflichtversicherung in der KVdR nicht erfüllen, können über eine Familienversicherung in der GKV versichert werden und damit den Abschluss einer teuren PKV oder das Nichtversichertsein umgehen (siehe Kapitel 2.4.1). Ausgenommen sind jedoch beruflich Selbständige, selbst wenn sie nur ein niedriges eigenes Einkommen haben. Ebenso können unverheiratete Partner nicht mitversichert werden, denn die Familienversicherung ist Ehepartnern und eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften nach Definition des Lebenspartnerschaftsgesetzes vorenthalten.

Neben allen Vorteilen, die die Familienversicherung bietet, kann sie unter Umständen aber auch Grund für eine Lücke im Versicherungsverlauf sein. Dies ist der Fall, wenn die Voraussetzungen für eine Mitversicherung nicht mehr gegeben sind und nach einem Ausscheiden aus der Familienversicherung keine nahtlose Anschlussversicherung erfolgt. So kann beispielsweise eine Trennung vom Ehe- bzw. Lebenspartner Grund für das Ausscheiden als Mitversicherter sein oder für junge Erwachsene, die über einen Elternteil mitversichert sind, das Erreichen der Altersgrenze oder auch ein Zerwürfnis mit den Eltern. Zwar wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass die betroffene Person sich um eine Anschlussversicherung kümmert und es ist anzunehmen, dass die meisten Krankenkassen auch dahingehend Angebote an ihre bisherigen Versicherungsnehmer machen, doch trifft dies nicht immer zu. Ist oder wird die betreffende Person nachfolgend nicht versicherungspflichtig, wie z. B. durch ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis, im Rahmen eines Studiums oder einer Berufsausbildung oder auch durch den Bezug von Sozialleistungen, so ist das unbemerkte und ersatzlose Ausscheiden aus der Krankenversicherung möglich. Mit der

Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung soll an dieser Stelle der Eintritt in die Nichtversicherung verhindert werden (siehe Kapitel 5.5.7).

Bei Patient 9 lösten das berufliche Scheitern als Selbständiger und der folgende soziale Absturz das Nichtversichertsein aus (siehe Kapitel 5.4.2, 5.4.4). Bis dahin verlief sein Leben ohne größere Probleme, er verdiente mit seinem Unternehmen genug, um sich eine stabile Lebensgrundlage zu erhalten und seine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Nachdem ihn die Spielsucht seiner Ehefrau und berufliche Misserfolge in finanzielle Schwierigkeiten trieben, gab er sein Privatunternehmen und die Selbständigkeit auf und versuchte einen beruflichen und privaten Neubeginn in einer anderen Stadt. Da er nicht erneut Fuß fassen konnte, wurde er schließlich arbeitslos, war verschuldet und nach der Trennung von seiner Ehefrau auch wohnungslos.

Patient 9: „[...] mich hat es also ziemlich geschüttelt, ich hatte eigentlich normalerweise gar keine Probleme. Ich habe meine Beiträge, ich hab die Krankenversicherung bezahlt, aber ich hab normalerweise selten Ärzte oder sonst ärztliche Einrichtungen in Anspruch genommen. Ich war viele, viele Jahre selbständig und da kann man sich Krankheit sowieso nicht erlauben. [...]“ (Z. 33ff.)

Anspruch auf ALG I bestand nicht, da er nicht in eine Arbeitslosenversicherung eingezahlt hatte. Nachdem er das wenige Ersparte, das ihm noch geblieben war, aufgebraucht hatte, beantragte er ALG II. Zu dem Zeitpunkt glaubte er, schon seit mehreren Monaten nicht mehr krankenversichert zu sein, da er zuletzt als Mitversicherter in einer Familienversicherung mit seiner Ehefrau als Hauptversicherungsnehmer versichert war, keinen Kontakt mehr zu ihr hatte und daher nicht wusste, ob die Versicherung überhaupt noch bestand. Entgegen seiner Erwartungen war er aber weiterhin über seine Ehefrau beitragsfrei mitversichert, was möglich war, da sie zwar getrennt lebten aber nicht geschieden waren. Die Mitarbeiter im Jobcenter und der Krankenkasse rieten ihm bei Antragstellung trotz dieser Umstände nicht zu einer neuen Krankenversicherung. Somit musste das Jobcenter keine Versicherungsbeiträge für ihn übernehmen, er hatte jedoch auch selbst keinen Einfluss auf die Beitragszahlungen.

Patient 9: „Überwiegend, glaube ich, falsche Beratung ist das bei mir gewesen. [...] da zurzeit das Jobcenter mein Versorger ist, musste ich wie gesagt da zur [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] gehen und musste dann einfach den Antrag abgeben [...] und während des Gespräches stellte die Dame [...] fest, dass ich noch nicht geschieden

bin. Sie sagte also: ‚Dann vergessen wir alles jetzt, Sie sind ja sowieso familienversichert.‘ Ich habe allerdings wie gesagt schon ewig keinen Kontakt mehr zu meiner Frau und weiß gar nicht wo meine Frau, [...] was meine Frau berufstätig ist oder nicht und dergleichen, aber das hat sie dann aber wohl alles ruck zuck [...] herausbekommen [...]. Und dann hat man mich familienversichert. [...]“ (Z. 20ff.)

Nach einiger Zeit erhielt er von seiner Krankenkasse postalisch Nachricht über das Ausscheiden aus der Familienversicherung. Da er nichts über die Lebensumstände seiner Ehefrau wusste, blieb unklar, ob die Kündigung von ihrer Seite veranlasst wurde oder ob auch sie die Krankenversicherung verlor. Aufgrund einer organischen Erkrankung zu diesem Zeitpunkt sowie einer Depression als Folge seiner prekären Gesamtsituation reagierte er weder auf das Schreiben der Krankenkasse noch auf die Aufforderungen des Jobcenters, die Situation zu klären und eine neue Versicherung abzuschließen. Gleichzeitig reichte er aus Nachlässigkeit keine Krankmeldung beim Jobcenter ein, nahm er Termine nicht wahr, erfüllte damit seine Mitwirkungspflicht nicht und verpasste es, einen fristgerechten Folgeantrag auf ALG II zu stellen. Somit verlor er nicht nur seine Krankenversicherung, sondern schied auch aus dem ALG-II-Bezug aus.

Interviewerin: „Also Sie bekommen jetzt aktuell Arbeitslosengeld?“

Patient 9: „Nein, im Moment bekomme ich keines mehr. Ich bin krank geworden, konnte mich nicht drum kümmern [...]. Ich habe keine Krankmeldung gehabt, [...] sicherlich auch ein Faktor, der dann unter Dummheit abzuhaken ist, was mich angeht. Ich bin ja beim Arzt gewesen, ich hätte mir ja eine Krankmeldung geben lassen können, aber aus irgendwelchen, was weiß ich denn, falscher Stolz oder sonst irgendwas, habe ich so was überhaupt erst gar nicht ... Ich habe mir das eventuell denken können, aber [...] ich habe gesagt also beim Jobcenter, die brauchen keine Krankmeldung. Aber es ist scheinbar wie beim Arbeitgeber, da müssen Sie jeden Tag, den Sie hier leben, müssen Sie dann nachweisen.“ (Z. 246ff.)

Seinen Aussagen ist zu entnehmen, dass ihn die Krankenkasse fristgerecht über die Kündigung informierte und er diese als nicht Hauptversicherungsnehmer nicht hätte abwenden können. Wahrscheinlich hätte er aber eine neue Versicherung bei der gleichen Krankenkasse abschließen können, denn die Beitragszahlungen wären im Rahmen des ALG-II-Bezuges übernommen worden. Da er das Schreiben jedoch ignorierte, kam es zum regulären Ausscheiden aus der Krankenversicherung.

Einerseits war ihm sein Eigenverschulden an den Geschehnissen bewusst, andererseits empfand er die Strukturen des Regelsystems und das Verhalten der Mitarbeiter in Krankenkassen und staatlichen Behörden als rücksichtslos und zu wenig menschlich. In Anbetracht der Tatsache, dass er den Großteil seines Lebens nicht auf fremde Hilfe

angewiesen war und nun die Erfahrung machen musste, wie schwierig es ist, sich nach einem sozialen Absturz wieder eine stabile Lebensgrundlage zu schaffen, fühlte er sich vom staatlichen Hilfesystem im Stich gelassen.

Patient 9: „[...] Aber im Moment bin ich halt auch an einem Punkt angelangt, wo ich sage, es hat gar keinen Sinn, ich stramble jetzt ein Jahr lang rum und das ist ein Kreislauf aus dem kommen sie hier in Deutschland nicht mehr raus, wenn Sie da einmal rein geraten.“ [...]

Patient 9: „[...] Ich sag mir jetzt also, ich bin da am größten Teil selbst mit beteiligt an meinem jetzigen Leben, aber letztlich habe ich von den 59 Jahren, die ich alt bin, sagen wir mal 57 Jahre ohne Probleme und ohne Not gelebt. [...]“ (Z. 131ff.)

Patient 9: „[...] die Jobvermittlung, die kann willkürlich sie sperren, da können sie sich überhaupt nicht dagegen wehren. Wenn sie irgendwas nicht machen, was nach denen Versäumnis ist, dann werden Sie gesperrt [...]. Das ist schon ein schwerer Schritt, für die Menschen, die überhaupt nichts haben oder die ganz, ganz wenig haben, überhaupt sich mit den Menschen zu konfrontieren, die haben nichts menschliches, nichts persönliches erfahren sie auf diesen Ämtern hier, das ist katastrophal. [...]. Weiß nicht, ob Sie so einen Bogen schon mal ausgefüllt haben bei der Jobvermittlung. Sollten Sie mal machen. So einen Schwachsinn, das ist Papierverschwendung. Ich bin der Meinung, dass jemand der dort hinget, der hat wirklich nichts mehr. Ich kann mir nicht vorstellen, dass es so viele Sozialschmarotzer gibt [...]. Das glaube ich nicht, dass das irgendjemand freiwillig macht oder grundsätzlich ausnutzt, gibt es sicherlich auch, aber das sind, glaub ich, ganz wenige.“ (Z. 771ff.)

Zum Zeitpunkt des Interviews war Patient 9 nicht krankenversichert. Eine Woche zuvor hatte er erneut einen Leistungsantrag auf ALG II eingereicht, der sich noch in Bearbeitung befand. Einen Neuantrag auf eine Krankenversicherung hatte er bisher noch nicht gestellt, seinen Angaben zufolge hatte er aber die Suche nach einer neuen Krankenkasse aufgenommen; letztlich auch erfolgreich, wie einige Monate später aus der Patientenakte hervorging.

Der Kausalmechanismus, der bei Mitversicherten in einer Familienversicherung zu Nichtversicherung führt, ist vergleichbar mit dem, wie in den Kapiteln 5.4.1 und 5.4.5 für den Eintritt von Arbeitslosigkeit und den Renteneintritt beschrieben. In all diesen Situationen scheiden die Versicherungsnehmer regulär aus ihrer Krankenversicherung aus, weil sie die Bedingungen für das bisherige Versicherungsverhältnis nicht mehr erfüllen. Kommen an dieser Stelle Faktoren hinzu, die für die Betroffenen ein Hindernis darstellen, sich um eine Anschlussversicherung zu kümmern, kann dies zu Nichtversicherung führen. So droht der Versicherungsverlust beispielsweise bei

Überschneidungen mit anderen außerordentlichen Lebenssituationen, wie sie in den vorhergehenden Kapiteln erläutert wurden: Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, psychische Erkrankung, Suchterkrankung, aber auch schlicht Überforderung mit der Situation, Unwissenheit oder Gleichgültigkeit.

5.4.7 Studierende

Studierende sind bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres oder Erreichen des 14. Fachsemesters versicherungspflichtig. Falls sie sich bis dahin noch nicht anderweitig krankenversichern können, z. B. als Arbeitnehmer oder beruflich Selbständige, müssen sie sich freiwillig weiterversichern. Hierfür stehen ihnen Tarife in der GKV ebenso wie in der PKV zur Verfügung. Der Tarif der freiwilligen Versicherung in der GKV liegt jedoch um einiges höher als der studentische Tarif, was Studenten ohne festes Einkommen und anderweitige finanzielle Unterstützung in finanzielle Schwierigkeiten bringen kann. Die privaten Versicherungsunternehmen bieten hier im Vergleich meist günstigere Einstiegstarife für junge und noch gesunde Personen an. Im Laufe der Jahre können die einkommensunabhängig steigenden Beiträge der PKV jedoch die Beiträge in einer GKV überschreiten, so dass der Abschluss einer PKV gut überlegt sein will. Da Studenten in einer freiwilligen Versicherung Selbstzahler sind, besteht auch für sie prinzipiell die Möglichkeit, die Beitragszahlungen zu unterlassen. Ebenso werden sie seit Inkrafttreten der Versicherungspflicht im Fall fehlender Beitragszahlungen zwar nicht mehr aus der Krankenversicherung gekündigt, haben aber als Nichtzahler einen eingeschränkten Versorgungsanspruch. Eine Kündigung und damit ein Austreten aus der bisherigen Krankenversicherung mit dem Erreichen der Höchstsemesterzahl oder des Höchstalters, ist nur noch dann möglich, wenn der Krankenkasse ein Nachweis einer anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall vorgelegt wird, das heißt eine Anschlussversicherung in einer anderen gesetzlichen oder privaten Krankenkasse. Liegt dieser Nachweis nicht vor, so wird der Studierende von seiner Krankenkasse auch ohne dessen Zustimmung in eine freiwillige Weiterversicherung mit entsprechendem Beitragssatz übergeleitet. Durch die Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung wurde diese Regelung untermauert.

Unter den interviewten Patienten fanden sich keine Beispiele für diesen Fall der Nichtversicherung. Die Situation der nichtversicherten Studenten wurde jedoch von Experten in Interviews genannt, so dass sie in die Ergebnisdarstellung aufgenommen wurde. Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, kannte solche Fälle aus seinem privaten Umfeld, in der Hilfseinrichtung traten sie nur als Einzelfälle auf.

Experte 1: „[...] jetzt nicht bei uns in der Sprechstunde, aber das kommt wohl relativ häufig vor, dass Studenten, ich glaube, die sind bis dreißig versichert und dann ist Schluss mit der studentischen Krankenversicherung, dann müssen die sich selbst versichern, also regulär versichern und das vermasseln wohl eine ganze Menge von Leuten.“ [...]

Experte 1: „Also, bei [...] [Name anonym, Anm. d. Verf.] war das auch nur eine begrenzte Zeit, aber der war mal zwei bis drei Monate nicht versichert. Da hat er nicht rechtzeitig sich drum gekümmert. Und das hatte ich bei einer Patientin bei uns auch mal erlebt, die behauptete auch dann, dass sie den regulären Satz nicht zahlen könnte. [...]“ (Z. 593ff.)

Bei Studenten, die nicht mehr der Pflichtversicherung unterliegen, sondern aufgefordert sind, sich als Selbstzahler freiwillig zu versichern, ergibt sich also eine Situation wie bei beruflich Selbständigen und Rentnern. Zwar werden sie nicht aus ihrer ehemaligen Krankenkasse gekündigt, doch besteht die Gefahr, dass sie die höheren Beiträge ohne festes Einkommen nicht tragen können und zu Nichtzahlern mit Beitragsschulden werden. Es ist anzunehmen, dass Studierende weniger Bedarf an medizinischer Versorgung haben, da sie als junge Erwachsene meist noch bei guter Gesundheit sind und deshalb auch den Verlust der Krankenversicherung bzw. den eingeschränkten Versorgungsanspruch eher tolerieren können. Der Gedanke an einen plötzlichen Krankheitsfall oder Unfall, in dessen Rahmen eine medizinische Versorgung nötig sein könnte, deren Kosten nicht aus eigener Hand getragen werden können, wird dabei meist verdrängt, so wie auch Gedanken an eine Altersvorsorge oder Absicherung im Berufsunfähigkeitsfall für junge, gesunde Personen noch keine Priorität haben. Zudem sind sie noch eher in der Lage, in ihrem sozialen Netz, bei Freunden oder Familie, eine Unterkunft zu finden, so dass sie auch bei finanziellen Engpässen seltener wohnungslos werden. Solange sie aber weder krank noch wohnungslos sind, suchen sie auch keinen Kontakt zu Einrichtungen wie der ESA oder MMM. Dadurch tauchen Fälle von nichtversicherten Studierenden selten in Hilfseinrichtungen auf, was erklärt, warum sie mit der für diese Studie gewählten Herangehensweise zur Auswahl der Interviewpartner nicht erfasst wurden.

5.4.8 Auslandsrückkehrer

Im Zuge der gestiegenen internationalen Mobilität emigrieren auch viele Deutsche und versuchen ihr berufliches und/oder privates Glück im Ausland. Nicht alle haben dauerhaft Erfolg und so kehren sie zurück – aus unterschiedlichen Gründen. Häufig ist ein berufliches Scheitern Anlass für die Rückkehr ins Heimatland, aber auch Ereignisse im Privatleben, wie z.B. die Trennung von einem aus der Wahlheimat stammenden Partner. In anderen Fällen sehen sich Auswanderer aus gesundheitlichen Gründen dazu gezwungen, nach Deutschland zurückzukehren, vor allem wenn die Versorgung im Ausland der hiesigen qualitativ unterliegt oder überhaupt keine Versorgung gewährleistet ist, da keine Krankenversicherung abgeschlossen wurde. Manchmal wird dann keine dauerhafte Rückkehr angestrebt, sondern lediglich ein Aufenthalt für die Dauer der medizinischen Behandlung. Eine seit Mitte der 2000er-Jahre wachsende Gruppe unter den Auslandsrückkehrern bilden deutsche Staatsbürger, die in Gesetzeskonflikte geraten sind und deshalb teils unfreiwillig nach Deutschland zurückkehren. Insbesondere zeigt sich eine Zunahme der aus den USA abgeschobenen Deutschen.

Wer seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt, unterliegt nicht mehr der Versicherungspflicht in Deutschland und kann daher ohne den Nachweis einer Anschlussversicherung aus seiner Krankenversicherung austreten. Alternativ kann mit der Krankenkasse eine Anwartschaft abgeschlossen werden. Damit wird die Versicherung pausiert, der Versicherte bleibt weiter Mitglied, zahlt dafür aber erniedrigte Beiträge und kann die Versicherung jederzeit bei Rückkehr ins Heimatland wieder aufleben lassen. Mit Wiederaufnahme eines Wohnsitzes in Deutschland treten Auslandsrückkehrer wieder in die Versicherungspflicht ein. Dies gilt rückwirkend zum ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall, was in der Regel mit dem Datum der Wiedereinreise zusammentrifft, wenn keine erneute Ausreise vorgesehen ist. Wurde die Krankenversicherung vor Ausreise gekündigt, muss ein Neuantrag gestellt werden, wurde eine Anwartschaft abgeschlossen, muss der Vertrag wieder in eine Vollversicherung umgewandelt werden. Wird eine Versicherung erst zu späterem Zeitpunkt abgeschlossen, müssen die Beiträge rückwirkend zum Einreisetag nachgezahlt werden, womit auch ein rückwirkender Versicherungsschutz gilt. Wird eine recht-

zeitige Kontaktaufnahme mit dem Versicherungsunternehmen versäumt oder aus anderem Grund keine Versicherung abgeschlossen, entstehen mit der Auslandsrückkehr ab dem Tag der Einreise fortlaufend Beitragsrückstände.

Erfolgt die Rückkehr aus einem Land außerhalb der EU, ist das Einreisedatum in der Regel eindeutig dokumentiert. Fand ein Auslandsaufenthalt innerhalb der EU statt, gestaltet sich der Nachweis des Aus- und Einreisedatums unter Umständen schwierig, da nicht in jedem Fall Grenzkontrollen erfolgen. Kann der Zeitraum für den Aufenthalt im Ausland nicht belegt werden, kann die Krankenkasse vor einem erneuten Eintritt in eine Krankenversicherung die Beiträge rückwirkend zum 1.4.2007 einfordern – dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherungspflicht.

Im Fall der Auslandsrückkehrer stellt sich nicht wie bei anderen Grundsituationen die Frage, wie es zum Verlust der Krankenversicherung kommt, denn diese kann bei Ausreise regulär gekündigt werden. Vielmehr ist die Frage, warum der Wiedereinstieg in das deutsche Krankenversicherungssystem nach der Rückkehr nicht gelingt. Hier zeigen sich verschiedene Hindernisse beim Neuabschluss einer Versicherung. Diese stehen in Zusammenhang mit den Gründen für die Auslandsrückkehr: berufliches Scheitern ohne sofortigen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben, finanzielle Notlagen, akut behandlungsbedürftige Erkrankungen, fortgeschrittenes Alter, mehrjährige Versicherungslücken, unfreiwillige oder ungeplante Rückkehr und allgemeine Schwierigkeiten bei der Reintegration in Deutschland.

Nimmt ein Rückkehrer nach seiner Ankunft eine geregelte berufliche Tätigkeit auf, in dessen Rahmen er pflichtversichert wird, so ergeben sich infolge meist keine weiteren Probleme. Auch wenn keine Pflichtversicherung erfolgt, aber ein regelmäßiges Einkommen in ausreichender Höhe vorliegt, ist davon auszugehen, dass einem Versicherungsabschluss zumindest keine finanziellen Gründe entgegenstehen. Schwierigkeiten können dennoch auftreten, wenn eine selbständige Tätigkeit aufgenommen wird, so dass die in Kapitel 5.4.4 beschriebenen Umstände gelten. Auch wenn der berufliche Wiedereinstieg im Niedriglohnssektor oder in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen erfolgt, kann es zu Nichtversicherung kommen (siehe Kapitel 5.4.11, 5.4.12 und 5.5.9). Die Beispielfälle zeigen, dass Nichtversicherung häufig dann auftritt, wenn die

Betroffenen nach ihrer Rückkehr arbeitslos bleiben. Dann gilt, was in Kapitel 5.4.1 geschildert wurde. Werden Sozialleistungen beantragt, wird im Zuge dessen auch eine Wiedereingliederung in eine Krankenversicherung angestrebt. Besteht jedoch kein Leistungsanspruch oder meldet sich die betreffende Person nicht bei der zuständigen Behörde, um Ansprüche einzufordern, so bleibt eine erneute Krankenversicherung aus, wenn nicht eine Krankenversicherung als Selbstzahler abgeschlossen wird.

Generell gilt, wer vor Ausreise Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse war, wird auch nach seiner Rückkehr wieder der GKV zugeordnet, frühere PKV-Versicherte müssen sich wieder in einer PKV versichern. In beiden Fällen ist prinzipiell die letzte versichernde Krankenkasse zur Wiederaufnahme verpflichtet. Unter gewissen Umständen können auch vormals PKV-Versicherte in die GKV eintreten, z. B. wenn sie noch unterhalb der Altersgrenze liegen und über ein Angestelltenverhältnis in der GKV pflichtversichert werden oder die Möglichkeit besteht, als Mitversicherter in eine Familienversicherung aufgenommen zu werden. Andersherum müssen sich ehemals GKV-Versicherte nach der Rückkehr in der PKV versichern, wenn die Altersgrenze von 55 Jahren überschritten wurde, es sei denn, es bietet sich die Möglichkeit einer Familienversicherung. Allgemein gelten für Auslandsrückkehrer die gleichen Bedingungen wie für alle, die nach einer Versicherungslücke den Wiedereinstieg versuchen.

Typischerweise führen bei Auslandsrückkehrern lange Versicherungslücken und das Überschreiten der Altersgrenze der GKV zu Problemen. Prinzipiell ist zwar die letzte versichernde Krankenkasse zuständig, doch wird die Zuständigkeit von Seiten der Krankenkassen vor einem Versicherungsabschluss eingehend geprüft. Lange Versicherungslücken erschweren dabei die Klärung der Zuständigkeit. Schwierigkeiten treten auf, wenn sich nicht sicher feststellen lässt, bei welcher Krankenkasse die betreffende Person zuletzt versichert war. Manche der Rückkehrer erinnern sich selbst nicht daran oder die frühere Krankenkasse existiert nicht mehr. Zudem gibt es oft keine schriftlichen Nachweise mehr über vormals bestehende Versicherungsverträge. Denn eine Krankenkasse muss Versicherungsdokumente maximal zehn Jahre aufbewahren. Da auch Auslandsrückkehrer selbst oft keine Unterlagen mehr besitzen, ist es schwierig, lange zurückliegende Versicherungsverhältnisse nachzuweisen. Doch

selbst wenn der Betroffene sich noch daran erinnert, bei welcher Krankenkasse er versichert war und sogar noch einen Versicherungsnachweis vorlegen kann, passiert es, dass Krankenkassen ihre Zuständigkeit ablehnen. Sie argumentieren damit, dass in der Zwischenzeit eine andere Versicherung vorgelegen haben kann, womit dann eine andere Krankenkasse die letzte versichernde Krankenkasse wäre. Außerdem verweisen sie auf das freie Wahlrecht nach Ablauf der 18-monatigen Wartefrist und fordern den Betroffenen auf, sich eine andere Krankenkasse auszusuchen (für die ausführliche Erklärung dieser Sachlage siehe Kapitel 5.5.5). Die Tendenz zur Ablehnung verstärkt sich, wenn der Rückkehrer aus Sicht eines Versicherungsunternehmens einen unattraktiven Kunden darstellt. Dies trifft insbesondere auf Personen zu, die arbeitslos sind und wenig finanzielle Rücklagen haben. Ebenso betrifft dies Personen fortgeschrittenen Alters, möglicherweise mit bekannten Vorerkrankungen und diejenigen, die zum Zeitpunkt der Rückkehr akut erkrankt sind, deshalb medizinische Behandlung benötigen und deren Erkrankungsausmaß und Folgeschäden eventuell noch nicht absehbar sind.

Haben Auslandsrückkehrer bereits das 55. Lebensjahr vollendet, haben sie damit die Altersgrenze für einen Wiedereintritt in die GKV überschritten und müssen sich in einer PKV versichern, auch wenn sie vormals gesetzlich krankenversichert waren. Das schränkt nicht nur die Wahlfreiheit bei Krankenversicherungen ein, sondern birgt auch das Problem, dass Neuversicherungen in einer PKV für Personen fortgeschrittenen Alters in der Regel sehr teuer sind. Die weit kostengünstigere Variante der Mitversicherung in einer Familienversicherung kommt für viele praktisch nicht in Betracht, da sie alleine leben, keinen Partner haben oder der Grund für die Rückkehr eben die Trennung von einem Lebenspartner war.

Zusätzlich dazu haben Rückkehrer die gesundheitspolitischen Neuerungen der letzten Jahre möglicherweise nicht verfolgt und sind deshalb nicht über ihre Pflichten und Rechte informiert. Bestehen keine persönlichen Kontakte mehr, so dass Bekannte oder Familie auf wichtige Änderungen aufmerksam machen und bei der Abwicklung der Formalitäten behilflich sein können, so erfahren die Betroffenen eventuell zunächst nichts von den Regelungen zur gesetzlichen Versicherungspflicht. Wurde die Auslandsrückkehr zudem unfreiwillig oder unvorbereitet angetreten und drohen den

Betroffenen nach Ankunft andere Probleme, wie Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot, so zählt die Krankenversicherung meist nicht zu den obersten persönlichen Prioritäten. Gelingt der Neuanfang nicht reibungslos, können demnach auch Schwierigkeiten bei der Eingliederung ins Regelsystem der Krankenversicherung auftreten.

Wie die folgenden Falldarstellungen zeigen, glückte keinem der interviewten Auslandsrückkehrer ein reibungsloser Wiedereinstieg in Deutschland. Sowohl beruflich als auch gesellschaftlich hatten sie Schwierigkeiten, Fuß zu fassen, was sich auch auf die Versicherungssituation auswirkte.

Die Patienten 13 und 14 wanderten beide aus privaten Gründen in die USA aus und hatten dort mehrere Jahre ihren Lebensmittelpunkt. Da sie weiterhin die deutsche Staatsbürgerschaft besaßen, konnten sie nach einem Gesetzeskonflikt ausgewiesen werden und mussten unfreiwillig nach Deutschland zurückkehren. Patient 13 (siehe auch Kapitel 5.6) stammte gebürtig aus einem Nicht-EU-Land, lebte bis zu seiner Ausreise mehrere Jahre in Deutschland, besaß einen deutschen Pass und verbrachte fünf Jahre in den USA. Er wünschte sich zu den näheren Vorfällen in den USA, den Umständen seiner Ausweisung und auch zu den Gründen, wieso er ursprünglich sein Geburtsland verließ, nach Deutschland kam, einen deutschen Pass erhielt und warum er später in die USA ging, nicht zu äußern. Seit seiner Rückkehr fühlte er sich heimatlos, soziale Kontakte von früher bestanden nicht mehr, zu seiner Familiensituation oder Partnerschaft traf er keine Aussagen. Er zeigte sich von den Vorkommnissen und seiner aktuellen Lebenssituation deutlich psychisch beeinträchtigt.

Interviewerin: „Und dann wollten Sie einfach wieder nach Deutschland zurück?“

Patient 13: „Nein, ich bin hier deportiert worden, von Amerika.“

Interviewerin: „Sie sind nach Deutschland geschickt worden?“

Patient 13: „Ja, genau, geschickt. Deportation, ja.“

Interviewerin: „Also Sie sind nicht freiwillig gekommen?“

Patient 13: „Nein.“

Interviewerin: „Warum wurden Sie deportiert, weggeschickt?“

Patient 13: „Das will ich nicht sagen, das ist mein Problem. Ich bin nur einfach deportiert hier worden. Das ist lange Sache und machen mir Depression viel. Ich will nicht darüber sprechen.“ (Z. 70ff.)

Patient 14 war gebürtiger Deutscher, sprach aber bei Rückkehr nur noch gebrochen Deutsch, da er bereits in jungen Jahren ausgewandert war. Grund dafür war damals die

Heirat mit einer US-Amerikanerin, von der er nun schon seit einigen Jahren getrennt lebte. Er räumte ein, in den USA neben seinem gelernten Beruf auch im Drogenhandel tätig gewesen zu sein und obwohl dies schon einige Jahre zurücklag, führte der Eintrag im Polizeiregister zu seiner Abschiebung.

[Die folgenden Zitate aus dem Interview mit Patient 14 wurden von der Verfasserin selbst aus dem Englischen übersetzt, da das Interview auf Englisch stattfand.]

Interviewerin: „Erzählen Sie mir, warum Sie hierhergekommen sind?“

Patient 14: „Ich wurde abgeschoben, wegen einer Vorstrafe.“

Interviewerin: „Das war wegen Drogenproblemen, hatten Sie erzählt?!“

Patient 14: „Ja, [...] ich habe Drogen verkauft.“ [...]

Patient 14: „Ich war schon seit sieben, acht Jahren aus dem Geschäft. [...]“ [...]

Patient 14: „Das ist die 9/11-Ära, Verfassungsschutz, wenn du irgendwann mal in irgendwelche Schwierigkeiten geraten bist, wirst du abgeschoben.“

Interviewerin: „Und sie konnten Sie abschieben, weil sie deutscher Staatsbürger sind?“

Patient 14: „Ja, sie haben meine Nationalität überprüft, wo ich herkomme und haben rausgefunden, dass ich Deutscher bin. Ich hatte mich nie um die Einbürgerung beworben. [...]“

Interviewerin: „Hatten Sie ein Visum dort, irgendeine Aufenthaltsgenehmigung oder waren sie dort illegal?“

Patient 14: „Nein, ich war nicht illegal, ich hatte eine dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung für Ausländer.“ (Z. 145ff.)

Während der fast vierzig Jahre im Ausland hielt er keine Kontakte nach Deutschland aufrecht. Seine Familienangehörigen hierzulande waren verstorben oder die Beziehung zu ihnen war abgebrochen, Freundschaften bestanden nicht mehr. Somit konnte weder Patient 13 noch Patient 14 bei Rückkehr auf ein soziales Netz zurückgreifen. Zudem waren beide früher nicht in Frankfurt wohnhaft. Patient 13 wusste nicht, wo er sonst hätte hingehen sollen, Patient 14 blieb auf Anraten von Flughafenpolizei und Sozialarbeitern in Frankfurt, um zuerst die anstehenden Formalitäten nach Wiedereinreise zu erledigen, sah seine Perspektive aber in seinem früheren Heimatort.

Patient 14: „[...] Ich kam am Flughafen raus und wurde gleich von der Polizei aufgegriffen, wegen meinem Ausweis, sie wollten wissen, warum ich abgeschoben wurde. Und ich habe es ihnen erklärt und dann: ‚Sie haben hier keine Wohnung.‘ [...] und: ‚Ihr Ausweis ist nicht korrekt.‘ Und so weiter. Also habe ich gesagt: ‚Ok, also was wollt ihr dann mit mir machen?‘ [...]. Sie wollten, dass ich zu dem am Flughafen gehe und der Polizist hat mich begleitet und dem Sozialarbeiter vorgestellt und vom Sozialarbeiter haben sie mich dann [...] hierher [ESA, Anm.d.Verf.] geschickt. Ich wollte gleich weiter nach [...] [Ortsname des früheren Heimortes anonym, Anm.d.Verf.]. Sie sagten: ‚Nein, du musst hier bleiben, alles geregelt kriegen, [...] das ist besser für dich. Hier hast du einen Schlafplatz und du kriegst einen gültigen Ausweis und du kannst alles in die Wege leiten. Und danach kannst du dann gehen.‘“ (Z. 123ff.)

Beide Patienten waren früher jeweils über ein Angestelltenverhältnis in einer GKV versichert und kündigten ihre Versicherung regulär bei Ausreise, da sie keine Rückkehr planten. Infolge waren beide seitdem nicht krankenversichert, denn auch in den USA schloss keiner der beiden eine Krankenversicherung ab. Patient 14 zahlte seine jährlichen Routinebesuche beim Arzt und ein Medikament, das er dauerhaft einnehmen musste, auf Privatrechnung. Akute Erkrankungen traten in der Zeit nicht auf. Bei Patient 13 traten erst im Rahmen der Ausweisung bzw. kurz zuvor Erkrankungen auf. Nach seiner Rückkehr wurden neben einer organischen Erkrankung, eine Depression und Somatisierungsstörung diagnostiziert, zudem bestand der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung nach einer Gewalterfahrung in Abschiebehaft. Er war seit seiner Ankunft in Deutschland krankheitsbedingt arbeitsunfähig.

Interviewerin: „Was haben Sie dort [USA, Anm. d. Verf.] gearbeitet?“

Patient 13: „Diese Sache will ich wirklich nicht darüber sprechen, auf USA oder ... Ich habe Depression, große Depression wegen was alles passiert ist, ist sehr schwer für mich, darüber zu sprechen, [...] wirklich es geht mir sehr schlecht, sehr, sehr, sehr schlecht. [...] ich versuche, weil Medikament nur reicht nicht, muss man Therapie oder so was haben, aber ich weiß nicht, wie das geht. [...]. Ich bin gerade aus Krankenhaus mit Operation, und diese Operation ist gut aber ich habe viele andere Probleme, gesundheitliche Probleme und private Probleme, alles ist durcheinander bei mir, [...] ich schaffe gar nichts zu machen.“ (Z. 165ff.)

Als aus den USA ausgewiesene Personen wurden Patient 13 und 14 jeweils direkt bei ihrer Ankunft am Flughafen vom dortigen Personal bzw. der Flughafenpolizei aufgegriffen und an das Hilfsnetz für Wohnungslose weitervermittelt. Beide waren arbeitslos und wohnten seit ihrer Rückkehr in einer Obdachlosenunterkunft. Bei Patient 13 lag die Wiedereinreise schon knapp ein Jahr zurück. Bei ihm gelang circa einen Monat nach seiner Rückkehr über den Bezug von ALG II der Wiedereinstieg in eine GKV, nachdem er bereits kurz nach seiner Ankunft wegen akuter Beschwerden in einem Krankenhaus behandelt werden musste. Ohne die intensive Mithilfe der Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen wäre seine Einbindung ins Regelsystem nicht so schnell gelungen. Zwar war ihm die Notwendigkeit einer Krankenversicherung bewusst, zumal auch Behandlungsbedarf bestand, doch wäre er aus eigener Kraft nicht dazu in der Lage gewesen, die notwendigen Schritte zu organisieren und den Prozess der Wiedereingliederung ohne fremde Hilfe durchzuhalten. Patient 13 zählt also zu den retrospektiven Fällen (siehe Kapitel 5.6).

Interviewerin: „Seit wann haben Sie denn die Krankenversicherung? [...]“

Patient 13: „Ja, bin ich hier gekommen [ESA, Anm. d. Verf.], war krank, die Frau hier, Dr. Goetzens, hat gesagt, geht nichts ohne Krankenversicherung, sonst kriegen Ärger oder sowas, muss sie Geld bezahlen und dann sie hat überall angerufen und mit Krankenkasse verbinden und Krankenkasse zu bekommen. So hat irgendwie gemacht, ich habe Krankenkasse bekommen.“ (Z. 136ff.)

Bei Patient 14 lag die Einreise zum Zeitpunkt des Interviews erst zwei Wochen zurück. Eine akute Erkrankung lag nicht vor, doch wurde nach seiner Ankunft eine ihm bisher nicht bekannte chronische Erkrankung festgestellt, die zwar keinen akuten Behandlungsbedarf nach sich zog, jedoch langfristig gesehen eine ärztliche Versorgung notwendig machte. Auch er fand Anschluss an eine Hilfseinrichtung und stellte unter Mithilfe von Sozialarbeitern sowohl einen ALG-II-Antrag als auch einen Antrag auf Krankenversicherung in einer GKV. Beide waren zum Zeitpunkt des Interviews noch in Bearbeitung. Er berichtete von seinen Erfahrungen mit der Krankenkasse. Als er den Antrag einreichte, wurde er von den dortigen Mitarbeitern eingehend befragt, musste Fragen zu seiner früheren Versicherung beantworten und erklären, warum er sich nun bei ihnen versichern wollte. Dabei wurde er auch darauf hingewiesen, dass er sich bei einer anderen Krankenkasse versichern könnte und sie seinen Antrag und ihre Zuständigkeit zunächst prüfen müssten.

Patient 14: „[...] Wir haben den Antrag bei der [...] [Name einer GKV anonym, Anm. d. Verf.] schon eingereicht [...]. Aber wie lange das dauern wird und ob ich danach versichert werde und wann, das weiß ich nicht. Ich warte auf die Antwort, weil sie meinen Fall prüfen werden. Sie haben mir Fragen gestellt wie, ob ich schon mal versichert war oder warum ich zu ihnen gekommen bin, weil ich hätte ja auch zu einer anderen Krankenkasse gehen können. [...]“ (Z. 369ff.)

Im Gegensatz zu Patient 13 war Patient 14 psychisch stabil und sehr motiviert, seine Angelegenheiten zu regeln und sich ein neues Leben in Deutschland aufzubauen. Er wirkte sehr eigenständig und fähig, die ihm aufgetragenen Aufgaben zu erfüllen. Dennoch wäre es auch ihm schwer gefallen, sich ohne Hilfestellung im deutschen System zurechtzufinden, herauszufinden, an welche Institutionen er sich zu wenden hatte und was zu tun war, um sich erfolgreich ins Regelsystem einzugliedern.

Patient 14: „[...] Ich möchte mein Leben hier in Deutschland wieder in geordnete Bahnen bekommen. Das sein, was ich sein will, das ist mein Ziel und zurückgehen nach [...] [Ortsname des früheren Heimatortes anonym, Anm. d. Verf.], wo ich mich auskenne, wo ich groß geworden bin und dort ein neues Leben anfangen.“

Interviewerin: „Sie wirken sehr motiviert, das alles hinzukriegen, etwas zu tun ...“

Patient 14: „Ich muss das machen, weil niemand sonst wird es für mich tun, niemand, ich selbst muss es machen. Ich bin sehr zielstrebig. [...]“ (Z. 394ff.)

Patient 14: „[...], das ist sehr viel Papierkram, sehr viel Warten, sehr viele Anträge hier im Jobcenter, und [...] sie verlangen, dass du eine Krankenversicherung vorweisen kannst und dann, wenn du dort hingehst, geben sie sie dir aber nicht sofort, sie lassen dich weiter warten. [...]“ [...]

Patient 14: „[...]. Meine Sozialarbeiterin kümmert sich darum, dass ich alles hinkriege und hingeh, wenn es an der Zeit ist. [...] sie ist eine sehr nette Dame, sie hilft mir mit allem was ich brauche, um hier in Deutschland wieder Fuß zu fassen. [...]. Immer wenn ich zu ihr gehe und sie etwas frage, sagt sie mir, geh hierhin, geh dorthin, und das ist eine große Hilfe für mich weil ich sonst nicht wüsste, wie es geht.“ (Z. 283ff.)

Etwa einen Monat nach dem Interview gelang ein Versicherungsabschluss. Ob Patient 14 seine Pläne verwirklichen konnte, in seinen Heimatort zurückkehrte und einen Arbeitsplatz fand, ist nicht bekannt, da der Kontakt zu ihm zwei Monate nach dem Interview abbrach.

Patient 17 (siehe auch Kapitel 5.4.4) folgte dem Angebot eines Geschäftspartners und wanderte in den 1980er-Jahren aus beruflichen Gründen nach Südamerika aus. Über zwei Jahrzehnte lang war er dort mit einem eigenen Unternehmen in beruflicher Selbständigkeit erfolgreich und lebte in einer Partnerschaft mit einer dort beheimateten Frau. Nach beruflichem Misserfolg konnte er nicht erneut auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen, so dass er, mit zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten und nach Trennung von seiner Partnerin, beschloss, nach Deutschland zurückzukehren.

Patient 17: „[...] ich habe ein Büro gehabt, ich bin Investmentberater seit 25 Jahren und habe mich in [...] [Stadt in Südamerika anonym, Anm.d.Verf.] und [...] [Stadt in Südamerika anonym, Anm.d.Verf.] selbständig gemacht, ein eigenes Büro gehabt. Habe leider Schiffbruch erlitten wegen einer Schweizer Investmentgruppe, die mich unfair behandelt hat. Daraufhin musste ich zurück. [...] also ich hatte ungefähr noch zweieinhalb Jahre nochmal probiert mit aller Energie, aber irgendwann kommt man dann an einen Punkt, wo man sagt, kommt das Alter vielleicht ein bisschen dazu, dass es vielleicht besser ist, [...] zurückzugehen nach Deutschland, um dort zu probieren, eventuell wieder auf die Beine zu kommen.“ (Z. 37ff.)

Zuvor war er in Deutschland beruflich selbständig, hatte ein gutes Einkommen, einen allgemein guten Lebensstandard und stabile Lebensumstände. Er musste nie fremde finanzielle Unterstützung oder gar staatliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Patient 17: „[...] Ich bin in meinem Leben an sich nie mit Dingen konfrontiert worden, die Unterstützung von irgendwelcher Seite her betreffen, egal, ob das jetzt staatlich ist, [...] also Sozialversicherung und Sozialhilfe. Diese Dinge habe ich damals nie in Anspruch nehmen müssen, ich war finanziell immer sehr gut gestellt. [...]“ (Z. 171ff.)

Während seiner Selbständigkeit war er in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert und kündigte die Mitgliedschaft bei Ausreise. Im Ausland schloss er keine Krankenversicherung ab und zahlte auch nicht in Absicherungen in Deutschland ein. Da er gesund war, fast nie einen Arzt benötigte und zudem nicht plante nach Deutschland zurückzukehren, fand er, dass sich die hohen Kosten für eine Krankenversicherung nicht lohnten. Auch zum Zeitpunkt des Interviews befand er sich noch in allgemein gutem Gesundheitszustand, so dass neben einer kleinen akuten Erkrankung kein weiterer Behandlungsbedarf bestand.

Interviewerin: „Hatten Sie in [...] [Land in Südamerika anonym, Anm.d.Verf.] eine Versicherung?“

Patient 17: „In [...] [Land in Südamerika anonym, Anm.d.Verf.] habe ich alles selbst abgewickelt. Es kommen bei mir gewisse Dinge dazu. Ich war in meinem Leben noch nie in einem Krankenhaus, ich habe noch nie in meinem Leben irgendeine Krankheit gehabt. Dann geht man vielleicht ein bisschen lax damit um. Wenn man die Investment-Kosten-Abrechnung macht, dann wär das für mich als reiner Mathematiker uninteressant gewesen, eine Krankenversicherung abzuschließen, weil ich habe die nie in Anspruch nehmen müssen. [...]“ (Z. 369ff.)

Nachdem seine beruflichen und privaten Pläne im Ausland scheiterten, kehrte er also ohne Krankenversicherung und ohne sozialversicherungsrechtlichen Anspruch auf ALG I zurück. Da all seine finanziellen Rücklagen aufgebraucht waren und er keine neue berufliche Perspektive hatte, nahm er noch im Ausland mit der deutschen Botschaft Kontakt auf und informierte sich über Unterstützungsmöglichkeiten und erste Anlaufstellen im Hilfsnetz. Nach seiner Ankunft blieb er wohnungs- und arbeitslos und kam so in einem Wohnheim für Obdachlose unter. Zwar war er auch vor seiner Ausreise in Frankfurt wohnhaft und verfügte noch über ein soziales Netz mit einem guten Bekanntenkreis, doch wollte er in diesen gutsituierten Kreisen nicht um finanzielle Unterstützung bitten, so dass er sich zügig nach seiner Ankunft beim Jobcenter meldete und in ALG-II-Bezug trat. Im Rahmen des ALG-II-Antrages versuchte er den Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung. Er befolgte die Anweisungen der Mitarbeiter im Jobcenter und reichte einen Versicherungsantrag bei einer gesetzlichen Krankenkasse ein. Kurze Zeit später wurde der erfolgreiche Versicherungsabschluss in

den Unterlagen des Jobcenters schriftlich hinterlegt. Erst Monate später stellte sich auf Nachfrage bei der Krankenkasse heraus, dass nie ein Versicherungsabschluss erfolgt war. Denn mit 61 Jahren hatte er die Altersgrenze für die Wiederaufnahme in eine GKV überschritten und wurde demnach der PKV zugeordnet, obwohl er früher gesetzlich versichert war. Die Ablehnung des Antrages wurde aufgrund eines Bearbeitungsfehlers vom Jobcenter nicht bemerkt und so wurde fälschlicherweise von einem bestehenden Krankenversicherungsschutz ausgegangen.

Patient 17: „[...] [das] war einer der Punkte, weshalb ich mich mit [dem Jobcenter] in die Haare bekommen habe, dass die hier auf ihren Dokumenten hier schreiben, ich bin krankenversichert und effektiv sind sie es nicht. Also, da ist schriftlich irgendwas niedergelegt, was in der Realität einfach nicht den Tatsachen entspricht, bodenlos, ohne Fundament. Und da sagt man mir: ‚Entschuldigung, das ist halt passiert‘. Da kommen dann immer Dinge dazu wie ‚Ja, wir stehen unter Druck‘ und ‚Wir haben keine Mitarbeiter‘ und was weiß ich was alles. Verstehen Sie, wie das ist. Das hat dann irgendeiner irgendwann verschlafen. [...]“ (Z. 469ff.)

Nachdem der Fehler bekannt wurde, begann Patient 17 eigenständig, sich um eine Krankenversicherung zu kümmern und stellte Versicherungsanträge an verschiedene Krankenkassen. Die angefragten privaten Versicherungsunternehmen lehnten ihn mit dem Verweis auf die Zuständigkeit der letzten versichernden Krankenkasse und das freie Krankenkassenwahlrecht ab. Aufgrund der langen Versicherungslücke und durch das Überschreiten der Altersgrenze war seine ehemalige Krankenkasse jedoch nicht mehr zur Aufnahme verpflichtet. Somit bezog er zwar seit etwa acht Monaten ALG II, war jedoch noch immer nicht krankenversichert. Nachdem auch die Unterstützung durch die Sozialarbeiter der Hilfseinrichtung nichts bewirken konnte, nahm er schließlich juristische Hilfe in Anspruch. Vom Sozialgericht wurde ihm eine Anwältin vermittelt, mit der er sein Recht auf Krankenversicherung einklagen konnte. Auf diesem Weg wurde letztlich ein privates Versicherungsunternehmen verpflichtet, ihn in den Basistarif aufzunehmen.

Patient 17: „[...] Ich [...] bekam keine Krankenversicherung zustande, weil ich wurde überall abgelehnt. Alle Krankenversicherungen, die ich bisher angeschrieben habe und angegangen bin und auch persönlich mit dem Herrn [...] [Name des Sozialarbeiters anonym, Anm.d.Verf.], der mir sehr geholfen hat in persönlichen Gesprächen dort, ich kam nirgends unter. Es ging dahingehend, dass wir über Gericht, [...] wir haben eine Anwältin eingeschaltet, die dann speziell diesen Sektor abdeckte und sich da auskannte und die dann die [...] [Name der PKV anonym, Anm.d.Verf.] quasi unter Zwang nahm, weil es gibt in Deutschland ein Gesetz, dass jeder Deutsche krankenversichert sein muss.

Und diese Reibereien, auf der einen Seite ist die gesetzliche Lage extrem klar definiert, auf der anderen Seite gibt es [...] aufgrund von Neuerungen in der Gesetzgebung halbseidene Gesetze [...].“ (Z. 240ff.)

Patient 17 stellte durch diese Erfahrungen fest, dass die Gesetzgebung lückenhaft war, da sie insbesondere dem privaten Sektor die Möglichkeit einräumte, gewinnorientierte, wirtschaftliche Unternehmensziele zu verfolgen, anstatt den eigentlichen Zweck der Krankenversicherung in den Mittelpunkt zu stellen, nämlich kranken Menschen Zugang zu einer medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Er hatte im Kontakt mit den Versicherungsunternehmen bemerkt, dass er für sie keinen attraktiven Kunden darstellte und sich die Mitarbeiter der Unternehmen deshalb bemühten, ihn dazu zu bewegen, sich anderswo um eine Krankenversicherung zu bewerben.

Patient 17: „Mit den Krankenkassen das ist wie in jedem Privatunternehmen. Da kommt man an, wird man nett empfangen: ‚Ja, hallo, wie geht’s?‘ und Käffchen da und dort, aber unterm Strich, die sind ganz kurz angebunden. Die schauen sich Ihren Papierwust an und sagen dann, ok der passt bei uns rein, der bringt uns Geld oder nicht, das habe ich ganz klar gesehen. [...]. Jetzt wahrscheinlich auch was bei mir zutrifft, dass ich einfach [...] in der Größenordnung und einem Alter bin, wo das uninteressant geworden ist, weil man sagt ja, dass ältere Menschen dann ein Kostenfaktor für die Versicherungen werden und das kann sehr teuer werden [...] und somit [...] sagen [die]: ‚Um Gottes Willen, wir möchten mit den Jungs nichts zu tun haben.‘“ (Z. 568ff.)

Dementsprechend deutlich fiel auch seine Kritik gegenüber den Krankenkassen und den politischen Instanzen aus, denn er hielt es ohne Zweifel für wichtig, eine Krankenversicherung zu haben. Das Grundproblem lag seines Erachtens darin, dass in der Politik und dem Gesundheitswesen die ökonomischen Ziele mehr und mehr über einen humanen und sozialen Umgang mit Betroffenen gestellt würden und so für einige der Zugang zur Gesundheitsversorgung versperrt werde.

Patient 17: „[...] es [eine Krankenversicherung, Anm.d.Verf.] ist absolut notwendig. Sie können nicht in einem hoch zivilisierten Industrieland, können Sie nicht die Menschen ohne Krankenversicherung herumlaufen lassen. [...] da muss der Gesetzgeber einfach her. Das kann man auch nicht unbedingt der Privatindustrie in die Hand geben. [...]“

Interviewerin: „Also ist hier die Idee zwar gut, das Gesetz zu machen, jeder muss sich versichern, aber es funktioniert in der Umsetzung nicht?“

Patient 17: „Es geht nicht, weil der Kostengedanke und der Profitgedanke einfach überwiegt und nicht das Menschliche. [...] das ist verloren gegangen anscheinend.“ [...]

Patient 17: „[...] die Politik in Deutschland ist eine Lobbyisten-Politik geworden, das ist das Grundproblem. [...] es ist einfach nicht umsetzbar, weil der Fixpunkt Kapital/Profit, das ist im Vordergrund und nicht das, was im Prinzip im Vordergrund sein sollte, das Menschliche, das Humane, das ist nicht mehr da. [...]. Es ist nicht jeder so weit, dass er

aus eigener Lebenserfahrung vielleicht oder auch aus Bildung sich mit solchen Leuten wie diesen Mitarbeitern in den Jobcentern oder bei den Behörden auseinandersetzen könnte. Oft stoßen dann Welten an Philosophie, Ideen und Lebensformen auch aufeinander und dabei kommt nichts raus.“ (Z. 590ff.)

Trotz seiner schwierigen Lebenslage war er nicht depressiv, er wirkte im Gegenteil eher hypomanisch, jedoch noch nicht im Sinne einer manifesten psychischen Erkrankung. Zwar benötigte auch er etwas Hilfe, um mit der deutschen Bürokratie zurechtzukommen, dennoch schien er einiges selbständig erledigen zu können. Er wirkte im Interview sehr engagiert darin, sich um seine Belange zu kümmern und war auch gewillt, wieder seinen Beruf auszuüben, um nicht dauerhaft auf staatliche Hilfe angewiesen zu sein.

Patient 17: „[...] Jetzt gehe ich mit [...] [Name des Sozialarbeiters anonym, Anm.d.Verf.] mal in die Details, [...] dass zumindest jetzt so schnell wie möglich mal was getan wird, weil [...] ich möchte kein Pflegefall des Systems werden, ich möchte wieder in meinen Beruf zurück. [...]. Ich bin in meinem Leben noch nie von irgendwelchen Institutionen abhängig gewesen.“ (Z. 806ff.)

Somit bezog Patient 17 zum Zeitpunkt des Interviews seit etwa acht Monaten ALG II, war aber weiterhin nicht krankenversichert. Nach der juristischen Hilfe der Anwältin erhielt er kurz vor Durchführung des Interviews die mündliche Zusage eines Versicherungsunternehmens, der Antrag befand sich allerdings noch in Bearbeitung. Wenige Monate nach dem Interview gelang die Einbindung in eine PKV.

Auch Patient 24 (siehe auch Kapitel 5.4.4) wanderte nach Südamerika aus. Der Grund, Deutschland zu verlassen, war sein genereller Wunsch auszuwandern, verbunden mit der damaligen Beziehung mit einer Partnerin südamerikanischer Herkunft. Damals war er beruflich selbständig und freiwillig in einer GKV versichert. Da er plante, seinen Lebensmittelpunkt dauerhaft ins Ausland zu verlagern, kündigte er seine Krankenversicherung vor Ausreise. Nachdem er keinen Erfolg auf dem Arbeitsmarkt hatte, die Beziehung zu Bruch ging und sich seine finanzielle Situation verschlechterte, kehrte er nach knapp einem Jahr nach Deutschland und Frankfurt zurück. Anfangs war er noch unentschlossen, ob und wie lange er in Deutschland bleiben würde, so dass er sich nicht in jeder Hinsicht um einen Wiedereinstieg hierzulande bemühte. Ein versuchter beruflicher Neubeginn in der Selbständigkeit gelang nicht. Er konnte lediglich mit

kurzzeitigen freiberuflichen Tätigkeiten etwas Geld verdienen. Das zeitweise, niedrige Einkommen reichte jedoch nicht aus, um davon finanzielle Rücklagen zu bilden. Da er auch nicht in ein Angestelltenverhältnis eintrat, blieb er nicht krankenversichert. Denn ein Versicherungsabschluss als Selbstzahler war in Anbetracht der unsicheren finanziellen Situation nicht möglich.

Interviewerin: „Und [...] wie ging es dann weiter mit der Versicherung, als Sie aus dem Ausland zurückkamen? [...]“ [...]

Patient 24: „Da war mir noch nicht so klar, ob ich jetzt überhaupt in Deutschland bleiben werde oder ob ich doch wieder mir irgendetwas anderes suchen würde. Und ich war auch finanziell sehr schlecht aufgestellt, dann nach meiner Zeit in Südamerika und hatte einfach kein Geld, um jetzt wieder in eine Versicherung zu gehen. Ich habe das dann sozusagen erstmal schleifen lassen, erstmal irgendwie verdrängt gehabt. Dabei ist es dann auch geblieben. [...]“ (Z. 162ff.)

Anspruch auf ALG I hatte er nicht, da er als Selbständiger nicht in die freiwillige Arbeitslosenversicherung einzahlte, den Bezug von ALG II lehnte er jedoch ab, solange er noch Unterstützung durch Bekannte und Familie hatte, wo er auch kostenlos wohnen konnte, denn eine eigene Wohnung konnte er sich nicht leisten.

Interviewerin: „Wissen Sie denn, ob Sie, rein theoretisch, Anspruch hätten auf Arbeitslosengeld oder irgendeine Hilfe vom Staat?“

Patient 24: „Ich weiß es nicht, aber ich gehe davon aus, dass das so wäre. [...] also ich war niemals angestellt in meinem Leben, ich würde kein Arbeitslosengeld bekommen in dem Sinne, aber sicherlich irgendeine soziale Unterstützung [...].“

Interviewerin: „Aber Sie haben es noch nie versucht, ganz einfach?“

Patient 24: „Nein.“

Interviewerin: „Wieso nicht?“

Patient 24: „Irgendwie eher so aus, dass ich das nicht, also, das wäre echt die Ultima Ratio.“ (Z. 213ff.)

Aufgrund einer akuten behandlungsbedürftigen Erkrankung war er aktuell arbeitsunfähig. So bestand zwar Bedarf an medizinischer Versorgung, doch war nicht damit zu rechnen, dass dieser dauerhaft notwendig sein würde, auch wenn sich die Behandlung nun schon über mehrere Monate erstreckte. Da sich Patient 24 in der Hilfseinrichtung gut betreut fühlte, lehnte er es ab, ALG II nur zum Zweck einer Krankenversicherung zu beantragen. Dennoch betonte er im Interview mehrfach, nicht dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen sein zu wollen und auch das Angebot der Hilfseinrichtung nicht überstrapazieren zu wollen. Sein Ziel war, sich wieder eine stabile Lebensgrundlage zu schaffen und langfristig auch wieder in eine Krankenversicherung einzutreten.

Interviewerin: „Aber trotzdem würden Sie versuchen, soweit es möglich ist, aus dem Status des Nichtversicherten rauszukommen?“

Patient 24: „Aber hallo, ich will doch nicht irgendwie auf anderer Leute Kosten leben, ganz und gar nicht, wirklich nicht, nein, das ist mir total zuwider.“ (Z. 505ff.)

Die Zuständigkeit seiner früheren Krankenkasse wäre in seinem Fall eindeutig gewesen, denn mit Ende dreißig hatte er weder die Altersgrenze der GKV überschritten noch bestand eine lange Versicherungslücke. Da seine Rückkehr zum Zeitpunkt des Interviews aber schon circa drei Jahre zurücklag, drohte ihm bei einem Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung die Verschuldung aufgrund der rückwirkend zu zahlenden Beiträge. Zwar kündigte er seine Versicherung vor Ausreise regulär, doch trat er mit dem Tag seiner Wiedereinreise erneut in die Versicherungspflicht ein, da er seinen Lebensmittelpunkt wieder nach Deutschland verlagerte. Damit konnte seine Krankenkasse im Fall eines Versicherungsantrages die Beitragsrückstände rückwirkend zum Tag der Einreise einfordern.

Interviewerin: „[...] was ist jetzt das Hindernis [...] für Sie, sich wieder zu versichern?“

Patient 24: „Ja, absolut dieser hohe Geldbetrag, der sich da aufgetürmt hätte und den ich alleine nicht bezahlen könnte.“

Interviewerin: „Wenn das nicht wäre, dann würden Sie von sich aus wieder sagen, ok, dann versichere ich mich auch wieder?“

Patient 24: „Ja, unbedingt, natürlich, dann würde ich mir sofort in irgendeiner Art und Weise einen Job suchen, wo ich Geld verdienen kann. Sei es jetzt hier oder im Ausland und würde dann [...] den niedrigen Krankenversicherungssatz, wahrscheinlich 150 Euro oder sowas in der Art, die wäre ich sehr gerne bereit zu bezahlen, sofort. Ich bin an sich auch kerngesund, ich würde meiner Krankenversicherung auch keine großen Kosten auftürmen. [...]“ (Z. 230ff.)

Aus Angst vor Zahlungsaufforderungen, denen er nicht nachkommen konnte, und vor einer juristischen Strafe aufgrund des Missachtens der Versicherungspflicht, vermied er den direkten Kontakt zu seiner Krankenkasse und zu Behörden. So verhinderten die Beitragsrückstände nicht nur einen Versicherungsabschluss, sondern limitierten ihn gleichzeitig in seinen beruflichen Möglichkeiten. Denn wahrscheinlich hätte er einen Job als Angestellter finden können, worüber er pflichtversichert gewesen wäre. Doch hätte er auch in diesem Fall die Beitragsrückstände begleichen müssen. Um sich nicht mit der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit auf Anhieb mit mehreren tausend Euro zu verschulden, entfiel für ihn die Möglichkeit, als Angestellter zu arbeiten und sah er die berufliche Selbständigkeit als einzige Option.

Interviewerin: „[...] dann kamen Sie wieder. Und seitdem haben Sie keine Arbeit mehr [...]?“

Patient 24: „Ich hatte erstmal eine ganze Zeit lang wirklich keine Arbeit. Habe dann aber zwischenzeitlich immer mal wieder freiberuflich was gearbeitet, selbständig was gearbeitet. Angestellt konnte ich ja nichts arbeiten, weil dann wäre es ja gleich wieder auf die Rückzahlung gegangen, die sich dann ja schon ein Jahr angehäuft hatten und das hätte ich gar nicht bezahlen können in dem Moment. Wenn man als Selbständiger in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, dann sind die Beiträge ja sehr, sehr hoch.“ (Z. 70ff.)

Nachdem es ihm nicht gelang, in Deutschland Fuß zu fassen, hoffte er, den Beitragsrückständen durch einen erneuten Auslandsaufenthalt zu entgehen. Durch die momentane Erkrankung konnte er seine Pläne diesbezüglich aber nicht verwirklichen. Letztlich hielt ihn auf der einen Seite die Angst vor Verschuldung im Status der Nichtversicherung, auf der anderen Seite die Hoffnung, nach Genesung erneut eine berufliche Tätigkeit im Ausland aufnehmen zu können und sich damit der Versicherungspflicht und der Verschuldung zu entziehen.

Interviewerin: „Das heißt, Sie haben sich zwischenzeitlich schon mal informiert, wie das ist mit der Versicherung, mal nachgefragt, sonst hätten Sie das mit den Rückzahlungen ja auch nicht erfahren. Aber sich direkt wieder bei der Krankenkasse gemeldet, das haben Sie nicht?“

Patient 24: „Nein, ich habe das vermieden wie den Tod, die Krankenversicherung, weil ich immer dachte, sobald ich mich da irgendwie melde, dann packen die mich am Schopf und wollen Geld von mir sehen.“ (Z. 185ff.)

Auch bei Abschluss der Datenerhebungsphase hatte sich an seiner Situation nichts geändert. Patient 24 blieb weiter nicht krankenversichert und auch ein Wiedereinstieg ins Berufsleben war ihm noch nicht geglückt.

Der Fall von Patient 4 demonstriert, wie ein Auslandsaufenthalt in jungen Jahren auch noch Spätfolgen auf die Versicherungssituation als Rentner haben kann. Durch eine Berufstätigkeit im Ausland fällt zum einen die gesetzliche Rente niedriger aus, zum anderen werden möglicherweise die Vorversicherungszeiten für eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Rentner nicht erfüllt. Führt ein niedriger Rentenanspruch dann zu finanziellen Problemen, kann dies die freiwillige Versicherung als Selbstzahler gefährden und zu Nichtversicherung im Rentenalter führen. Der Fall wurde bereits ausführlich in den Kapiteln 5.4.2 und 5.4.5 besprochen.

Das Problem der Auslandsrückkehrer, die mit akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen nach Deutschland zurückkehren, wurde in den Patienteninterviews nicht so deutlich erfasst, jedoch von den Experten in den Interviews mehrfach erwähnt. Die Situation tritt insbesondere in Frankfurt gehäuft auf, da die Stadt durch den Flughafen über eine internationale Anbindung verfügt und darüber für viele den ersten Anknüpfungspunkt in Deutschland darstellt. So landen auch Rückkehrer in Frankfurt, die vor Ausreise ihren Wohnsitz in einer anderen Stadt hatten. (So auch die Patienten 13 und 14, für die aber nicht eine akute Erkrankung Grund der Rückkehr war.) Werden sie dann vom Flughafenpersonal oder der Polizei aufgegriffen, da z.B. Probleme mit Ausweispapieren bestehen oder bekannt ist, dass sie keinen Wohnsitz und keinen Anlaufpunkt mehr haben oder da die sofortige Einweisung in ein Krankenhaus notwendig ist, werden sie direkt vom Flughafen in ein Krankenhaus oder eine Einrichtung des Hilfsnetzes vermittelt und verbleiben zunächst einmal in Frankfurt. Durch die direkte Anbindung ans Hilfsnetz wird der Wiedereinstieg ins Regelsystem meist zeitnah eingeleitet, jedoch ohne Garantie auf Erfolg. Denn auch in diesen Fällen liegt die Schwierigkeit darin, eine Krankenkasse zu finden, die die Betroffenen in eine Versicherung aufnimmt. Je nachdem, wie sich im Einzelnen die Umstände darstellen, weisen die Krankenkassen ihre Zuständigkeit ab. Probleme ergeben sich, wie in den oben dargestellten Fällen, nach langer Versicherungslücke, bei fortgeschrittenem Alter der Betroffenen und noch mehr, wenn eine akute Erkrankung mit Behandlungsbedarf und möglicherweise nicht absehbaren Folgeschäden vorliegt. Wie von verschiedenen Experten berichtet, so auch von Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, war seit einigen Jahren eine Häufung der Fälle von erkrankten Auslandsrückkehrern zu beobachten.

Expertin 11: „[...] bedingt durch den Frankfurter Flughafen bekommen wir auch alle Aussteiger, die irgendwann mal Deutschland verlassen haben, das hat auch jahrelang, wenn sie jung und gesund sind, funktioniert das im Ausland.“ [...]

Expertin 11: „[Das sind Deutsche, die] zurückkommen, [...] die dann oft schon verarmt sind und die deutsche Botschaft hat dann noch das Rückflugticket bezahlt, aber das war es dann auch. Und dann landen sie hier am Flughafen [...] und wir nehmen dann erstmal auf.“ [...]

Expertin 11: „[...] die sind dann nicht krank, sondern sehr krank, weil die ja erstmal versucht haben, sich in dem Land zu behandeln, wo sie gelebt haben. Aber wenn dann da das Geld ausgeht und es wird kompliziert, dann kommen sie zurück nach Deutschland.“

Interviewerin: „Und haben dann hier gar keine Versicherung?“

Expertin 11: „Nein, die haben keine Versicherung, oft auch kein Geld. [...]“ [...]

Interviewerin: „Dann kommen die auch wieder rein in eine Versicherung?“

Expertin 11: „Ja, weil die dann sowieso erst mal hier bleiben, weil die viel zu krank sind, um wieder zurückzugehen. Das dauert zwar für uns so sechs bis acht Wochen, aber bedürftig sind sie fast alle, also es ist keiner, der da noch irgendeine riesen Finka irgendwo in Afrika hat, sondern die haben wirklich nichts mehr und die dann auch ihre Formalitäten in Angriff nehmen, weil sie ja auch selbst eben was brauchen. [...]“ (Z. 528ff.)

Sind die Betroffenen nachweislich mittellos, gelingt letztlich auch meist die Einbindung ins Regelsystem mit dem Bezug von Sozialleistungen und dem Abschluss einer Krankenversicherung. Im Idealfall dauert der Eingliederungsprozess nicht länger als acht Wochen, wie von Expertin 11 geschildert. Wie andere Experten berichteten kommt es jedoch auch immer wieder zu Verzögerungen, so dass auch mehrere Monate vergehen können, bis eine Krankenversicherung besteht. Dieser Zeitraum wird oft vom Hilfsnetz überbrückt. Was es für das Hilfesystem bedeutet, nichtversicherte Auslandsrückkehrer (und andere Nichtversicherte) solange aufzufangen, bis eine offizielle Lösung gefunden ist, wird in späteren Kapiteln eingehender thematisiert.

5.4.9 Haftentlassene

Strafgefangene unterliegen der freien Heilsfürsorge und haben damit für die Dauer des Haftaufenthaltes gegenüber der Justizvollzugsanstalt (JVA) Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz. Das bedeutet, sie erhalten eine medizinische Versorgung, die dem Umfang gesetzlich Krankenversicherter entspricht, sind aber nicht im engeren Sinne krankenversichert. Daraus folgt gleichzeitig, dass eine eigene Krankenversicherung für einen Inhaftierten überflüssig ist, weshalb sie mit der Inhaftierung endet oder für die Dauer des Haftaufenthaltes ruht. Besteht bis zum Haftantritt eine Pflichtversicherung in einer GKV, z. B. über ein Arbeitsverhältnis oder den Bezug von ALG I oder II, so endet mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis bzw. dem Leistungsbezug auch die Krankenversicherung und wird von der freien Heilsfürsorge abgelöst, indem keine Beitragszahlungen mehr vom Arbeitgeber bzw. der für den Leistungsbezug zuständigen Behörde eingehen. Befindet sich der Strafgefangene bereits im Bezug einer Altersrente und ist in der KVdR pflichtversichert, ruht der Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse für die Dauer des Haftaufenthaltes,

die Mitgliedschaft in der KVdR bleibt dabei bestehen. Besteht eine freiwillige Versicherung in einer GKV oder eine PKV, so muss der Versicherte den Haftantritt melden, damit das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Haft ruht. Tut er das nicht und zahlt die Versicherungsbeiträge weiter, besteht auch die Krankenversicherung unverändert fort. Erfolgt keine Meldung bei der Krankenkasse und gehen keine Beitragszahlungen mehr ein, wird der Versicherungsnehmer zum Nichtzahler mit Beitragsschulden – dies gilt seit dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht, zuvor scheidet eine Person bei ausbleibenden Beitragszahlungen aus der Versicherung aus. Alternativ kann eine Anwartschaftsversicherung mit erniedrigten Beiträgen abgeschlossen werden. Ist ein Strafgefangener Hauptversicherungsnehmer in einer Familienversicherung, so endet das Versicherungsverhältnis mit Haftantritt. Um den Versicherungsschutz für die Mitversicherten aufrechtzuerhalten, kann die Familienversicherung als freiwillige Versicherung weitergeführt werden. Dabei bleibt der Inhaftierte Hauptversicherungsnehmer, hat jedoch selbst keinen Leistungsanspruch an seine Krankenkasse. Wird diese Möglichkeit nicht wahrgenommen, scheiden die mitversicherten Familienmitglieder aus der Versicherung aus und müssen sich anderweitig krankenversichern.

Nach Haftentlassung unterliegen Betroffene wieder der allgemeinen Versicherungspflicht wie jeder in Deutschland lebende freie Bürger und müssen sich um die Aktivierung der früheren Krankenversicherung bzw. einen Neuabschluss kümmern; zuständig ist auch hier prinzipiell die letzte versichernde Krankenkasse. Ob ein Haftentlassener sich um eine Weiterversicherung bemüht oder dies nicht tut, unterliegt dabei seiner eigenen Verantwortung, d. h. der Kontakt zur Krankenkasse wird nicht durch die JVA hergestellt, sondern muss eigenständig erfolgen.

Mit einem Haftaufenthalt ergibt sich demnach ein Einschnitt im Krankenversicherungsverlauf, an dem der Verlust der Krankenversicherung oder die Einstufung als Nichtzahler mit Beitragsschulden möglich ist, wenn sich der Betroffene nicht entsprechend um eine Änderung des Versicherungsstatus kümmert. Die Auswirkungen sind jedoch erst nach Haftentlassung zu spüren, wenn die Absicherung im Krankheitsfall über die Justizvollzugsanstalt entfällt. An dieser Stelle gilt, was in den vorangegangenen Kapiteln erläutert wurde: Probleme treten insbesondere dann auf, wenn die betreffen-

de Person nach Haftentlassung nicht in eine Pflichtversicherung eintritt, sondern als Selbstzahler eingestuft wird. Generell kann die Reintegration in die Gesellschaft nach einem Haftaufenthalt problematisch sein und es für Betroffene eine Überforderung darstellen, sich eigenständig um Belange wie Wohnungssuche, Arbeitssuche und den Abschluss einer Krankenversicherung zu kümmern. Außerdem stellt ein Krankenversicherungsschutz für sie in dieser Situation möglicherweise keine Priorität dar, sofern ihnen ihr Versicherungsstatus überhaupt bekannt ist. Findet sich zusätzlich eine Kombination mit Situationen, wie sie in den bisherigen Kapiteln beschrieben wurden, also Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, psychische Probleme, Suchterkrankung oder auch unregelmäßige Arbeitsverhältnisse oder eine selbständige Tätigkeit mit geringem Verdienst, so steigt das Risiko, nach Haftentlassung in die Nichtversicherung einzutreten. Selbst wenn zuvor Anbindung an Hilfseinrichtungen oder ein Sozialleistungsbezug bestanden, wird nicht sofort nach Entlassung erneuter Kontakt zu den Einrichtungen bzw. Behörden gesucht. So berichteten die Mitarbeiter aus Hilfseinrichtungen, dass Haftentlassene häufig eine Zeit lang nicht versichert sind, bis sie erneut im Hilfesystem Anschluss finden. Ebenso gibt es Fälle, in denen Personen durch wiederholte, wenn auch nur kurze Haftaufenthalte immer wieder in den Status des Nichtversichertseins gelangen, auch wenn die Einbindung in eine Versicherung zwischenzeitlich gelingt. So kommt es gerade bei Obdachlosen und Suchtkranken aufgrund kleiner Delikte zu wiederkehrenden kurzen Haftstrafen, z. B. wenn Bußgelder auf Schwarzfahren nicht gezahlt werden können, wie Patient 6 aus eigener Erfahrung berichtete (siehe Zitat in Kapitel 5.4.11). Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, erwähnte die Problematik der Haftaufenthalte.

Expertin 3: „[...] Dann [...] das andere Thema auch [...], Konflikte mit der Justiz, dass du nicht kontinuierlich dranbleiben kannst oder jemand gar nicht weiß, wie ihm geschieht, landet im Knast.“ [...]

Expertin 3: „Wenn der jetzt ein halbes Jahr nicht zum Jobcenter geht, das Jobcenter fragt nicht nach, wo er ist, dann ist er weg. [...] das heißt er muss sobald er da rauskommt eigentlich wieder die ganzen Hürden nehmen, die er jetzt gerade schon einmal genommen hat [...]. Wenn er das nicht tut, zahlt ja auch keiner für ihn Krankenversicherungsschutz. [...]. Manche kriegen das hin, aber nicht alle. Die Gruppe derer, die wir da sehen, aus dem Knast raus, ist auch kein seltenes Phänomen. [...]“ (Z. 482ff.)

Das Beispiel von Patient 5 verdeutlicht die Problematik von Haftaufenthalten. Wie schon in den Kapiteln 5.4.3 und 5.4.5 geschildert, litt er unter Spielsucht, die ihn in

finanzielle Schwierigkeiten brachte, obwohl er im Rahmen eines geregelten Arbeitsverhältnisses ein gutes und stabiles Einkommen hatte. Da er nicht imstande war, seine Spielschulden zurückzuzahlen, folgten auf eine Bewährungsstrafe von zwölf Monaten Haftstrafen von zuerst einem Jahr und später insgesamt vier Jahren. Aufgrund der Bewährungsstrafe kündigte ihm sein langjähriger Arbeitgeber in den 1980er-Jahren. Über einen neuen Arbeitsplatz war er weiterhin gesetzlich krankenversichert, bis er vorzeitig in die Altersrente eintrat. Da er die Vorversicherungszeiten in der KVdR nicht erfüllte, wurde er nicht pflichtversichert, sondern musste sich freiwillig weiterversichern und die Beiträge als Selbstzahler leisten. Aufgrund der anhaltenden Spielsucht und daraus folgenden zunehmenden Verschuldung war er jedoch trotz eines Beitragszuschusses vom Rentenversicherungsträger nicht dazu in der Lage und beendete die Beitragszahlungen nur wenige Zeit später. Kurz vor Antritt der 12-monatigen Haftstrafe verlor er dadurch seine Krankenversicherung in einer GKV, da seine Krankenkasse ihm infolge der unterlassenen Beitragszahlungen kündigte – was zu einem Zeitpunkt vor Einführung der Versicherungspflicht noch möglich war.

Patient 5: „[...] wenn Sie Arbeiter sind [...] und haben ihre Sozialabgaben bezahlt an die LVA [Landesversicherungsanstalt, bis 2005 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Anm.d.Verf.], dann werden sie automatisch [...] pflichtversichert bei der [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] oder bei anderen Krankenkassen und diese zwanzig Jahre hatte ich nicht zusammen. [...]. Und dann ist der Vorschlag gemacht worden, freiwillige Weiterversicherung, ein Anteil von mir und ein Anteil von der LVA, die dann einen Zuschuss gibt. [...] hat man die Hälfte an mich geschickt von der LVA und ich musste dann den ganzen Betrag an die Krankenkasse überweisen.“

Interviewerin: „Und das konnten Sie nicht?“

Patient 5: „Das konnte ich in dem Moment nicht mehr, weil ich damals so gespielt habe und habe das auf die leichte Schulter genommen. Da waren dann zwei Beiträge überfällig und da haben sie mich rausgeschmissen. [...]“ (Z. 506ff.)

Während des Haftaufenthaltes bestand eine Absicherung über die Haftanstalt, so dass der Verlust seiner eigenen Krankenversicherung kein Problem darstellte und keine Versuche einer erneuten Einbindung unternommen wurden. In den circa drei Jahren bis zum nächsten Haftaufenthalt wurde der Verlust der Krankenversicherung nicht bemerkt, da er nicht in medizinischer Behandlung stand. Zwar war ihm sein Nichtversichertsein in gewisser Weise bewusst, wie er sagte, doch fehlte ihm der Anreiz, sich um eine erneute Krankenversicherung zu bemühen, da er keinen Bedarf an medizinischer Versorgung hatte und so befasste er sich nicht weiter damit.

Patient 5: „[...] und dann haben die mich einfach rausgeschmissen und ich muss sagen, ich war dann danach [...] oft im Ausland und war nie krank und hab das gar nicht so beachtet, dass ich gar nicht mehr versichert war [...].“ (Z. 96ff.)

Etwa drei Jahre später wurde er erneut inhaftiert, wieder wegen Spielschulden. Während der nun vier Jahre dauernden Haftstrafe, mit kurzen Unterbrechungen, wie Patient 5 angab, wurde er ohne sein Wissen wohnungslos. Bis zum Haftantritt lebte er gemeinsam mit seiner zweiten Lebensgefährtin (nicht Ehefrau) in einer eigenen Wohnung, in der sie als Hauptmieterin gemeldet war. Als sie während seines Haftaufenthaltes verstarb, kündigte ihr Enkel die Wohnung, ohne ihn darüber zu informieren. Er stellte erst fest, dass er wohnungslos war, als er nach seiner Entlassung zu seiner früheren Wohnung fuhr und dort vor verschlossenen Türen stand.

Patient 5: „[...] und wie ich entlassen wurde, bin ich wieder hin und habe erst dann festgestellt, dass meine Wohnung weg war, wo ich meinen Wohnsitz hatte [...]. Auf einmal stehen sie da vor verschlossener Tür, das ist schlimmer wie ein Sprung ins kalte Wasser, sie stehen vor dem Nichts. [...]“ (Z. 195ff.)

Er war nun auf sich gestellt und hatte keine Lebensgrundlage mehr, die ihm Stabilität geben konnte, sich erneut in die Gesellschaft einzufügen. Kurze Zeit später wurde er aufgrund einer akuten Erkrankung in ein Krankenhaus eingeliefert. In diesem Zusammenhang wurde festgestellt, dass seine Versichertenkarte ungültig war. Nach nur kurzer Behandlung konnte er entlassen werden und unternahm einen Versuch, sich erneut krankenzuversichern – jedoch erfolglos. Sein Versicherungsantrag wurde von seiner früheren Krankenkasse abgelehnt. Auch vom örtlichen Sozialamt, an das er sich zusätzlich wandte, erhielt er keine Hilfestellung, obwohl er wohnungslos war.

Patient 5: „[...] Da kam dann der Notarzwagen [...] und dann kam ich in [...] [Name des Krankenhauses anonym, Anm.d.Verf.] und später dann habe ich bei dieser Gelegenheit erfahren, dass ich kein Kärtchen habe, dass ich nicht mehr versichert war. Das Kärtchen selber hätte ich ja nachweisen können, aber es hieß dann offiziell, ich wär nicht mehr in der Krankenkasse.“

Interviewerin: „Haben Sie denn versucht, sich wieder zu versichern?“

Patient 5: „Ja, [...] als ich von [...] [Name des Krankenhauses anonym, Anm.d.Verf.] entlassen wurde, bin ich dann so verblieben, dass ich mit der [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.] Verbindung aufnehme. Habe ich auch getan, bin sogar auf unsere ehemalige Sozialstelle in [...] [Ortsname anonym, Anm.d.Verf.], wo ich mal ein Jahr lang gewohnt hatte und ich bin dann hin und her geschoben worden wie eine Schachfigur. Auch mit der Hilfe von einer Wohnung, es hat sich nichts getan, weder Sozialamt noch irgendwie [...]. Wissen Sie, lapidare Antworten: ‚Sie haben so und so viel Rente, Sie sind nicht bedürftig.‘ – Aus, Schluss. Ich stand alleine da.“ (Z. 225ff.)

Um nicht auf der Straße schlafen zu müssen, wohnte er die nächsten Monate jeweils übergangsweise und wechselnd bei Bekannten. Da seine reguläre Altersrente hoch genug war, bestand nach den behördlichen Regelsätzen keine finanzielle Hilfebedürftigkeit, so dass ihm Leistungen in Form von Grundsicherung im Alter nicht zustanden. Auch anderweitige Hilfestellung, um seine prekäre Situation in den Griff zu bekommen, erhielt er vom Sozialamt nicht, sondern wurde stattdessen an Hilfseinrichtungen für Obdachlose verwiesen. Da nun auch medizinischer Behandlungsbedarf bestand, fand er letztlich Anschluss im Hilfesystem. Unter intensiver Hilfestellung der dortigen Mitarbeiter gelang es ihm kurz vor Durchführung des Interviews, einen Krankenversicherungsantrag zu stellen.

Interviewerin: „Woran lag es denn dann, dass es nicht geklappt hat mit der Versicherung, dass Sie sich nicht wieder versichern konnten?“

Patient 5: „Ja, woran lag es, dass die [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.] gesagt hat ich wär ausgesteuert, weil zwei Monatsbeiträge gefehlt haben. Das war die Ursache. Und jetzt hab ich in Verbindung mit [...] [Name der Sozialarbeiterin anonym, Anm.d.Verf.] hier, wir haben das gemanagt [...]. Es kann doch nicht angehen, dass in Deutschland, es gibt ja ein neues Gesetz, dass jeder ein Recht auf Versicherungsschutz von der Krankenkasse hat. Ich habe jetzt so einen Spezialfall bei mir, ich bin überzeugt, dass es noch mehr solcher Fälle gibt. Nur die Leute wissen sich nicht zu helfen, wenn sie nicht an die richtigen Stellen kommen. Wenn die Leute da draußen [Wartezimmer der ESA, Anm.d.Verf.], die haben niemanden, [...] betrachten Sie sich doch das Publikum was hierher kommt. Da ist doch keiner so richtig in der Lage, sich selbst da irgendwie durchzusetzen, sind Sie mal ganz ehrlich. [...]“ (Z. 243ff.)

Wie aus der Patientenakte hervorging, gelang schließlich kurze Zeit nach dem Interview, das heißt circa sechs Monate nach Haftentlassung und nach circa neun Jahren der Nichtversicherung, der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung und zwar als Selbstzahler und freiwillig Versicherter in seiner früheren GKV. Nur knapp zwei Monate nach dem Interview folgte jedoch ein erneuter Haftaufenthalt, in dessen Rahmen der Versicherungsschutz wieder ausgesetzt wurde. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, bezog sich im Interview auf den Fall des Patienten 5 und schilderte anhand seines Beispiels, wie durch einen Haftaufenthalt mühsame Erfolge in der Betreuung der Patienten zunichte gemacht werden.

Expertin 3: „[...] selbst wenn der Ansatz gemacht wird, zu klären, wie kommst du in die Versicherung, mir fällt jetzt eben aktuell zum Beispiel Herr [...] [Name des Patienten anonym, Anm.d.Verf.] ein, der ist jetzt wieder in der Versicherung drin. Aber was hören wir heute Morgen oder gestern, der sitzt jetzt für ein halbes Jahr in der JVA, warum auch

immer, wir wissen es nicht genau. Aber während dieser Zeit wird sein Krankenversicherungsschutz ruhen, das heißt wenn er rauskommt sind wir wieder da wo wir waren, und du hast die Geschichte ja aufgenommen. Es ist unendlich mühsam, frustrierend, da die Leute so behandeln zu können [...].“ (Z. 356ff.)

Durch einen Haftaufenthalt wird also der Krankenversicherungsverlauf unterbrochen und entsteht eine Situation, die das Risiko der Nichtversicherung birgt, indem sie als außergewöhnliche Lebenslage gewisse Schwierigkeiten mit sich bringt. Der Wiedereintritt in eine Krankenversicherung ist nach Haftentlassung Aufgabe des Einzelnen und hängt damit von dessen Motivation und Fähigkeiten zur Mitwirkung ab. Erfolgt keine Reintegration ins Berufsleben und findet die betreffende Person keine Lösung für den Einschnitt im Versicherungsverlauf, ob alleine oder unter Hilfestellung, so folgt auf einen Haftaufenthalt das Nichtversichertsein.

5.4.10 Migranten

Unter den in Deutschland lebenden Personen finden sich zunehmend Angehörige anderer Nationalitäten. Einige sehen Deutschland als ihren festen Lebensmittelpunkt, leben, arbeiten und wohnen hier dauerhaft, andere halten sich nur vorübergehend hier auf. Gerade eine internationale Stadt wie Frankfurt am Main, die durch Flughafen, Zug- und Busbahnhof eine direkte Anbindung an internationale Verkehrs- und Migrationsströme hat, ist Anlaufstelle und Aufenthaltsort für viele in Deutschland lebende Ausländer. Nicht immer gelingt es Migranten, hierzulande Fuß zu fassen und sich eine stabile Lebensgrundlage aufzubauen, wozu auch eine Absicherung im Krankheitsfall gehört. Sind sie auf fremde Unterstützung angewiesen, suchen sie diese häufig im lokalen Hilfesystem. Da sie einen wachsenden Anteil der Hilfesuchenden in Hilfseinrichtungen darstellen und für sie teils andere Bedingungen gelten als für deutsche Staatsbürger, müssen sie in Zusammenhang mit der Thematik der Nichtversicherung als eigene Gruppe betrachtet werden.

Die Möglichkeiten zur Integration, sowohl in gesellschaftlicher Hinsicht als auch in Bezug auf den Arbeitsmarkt, das staatliche Sozialsystem und auch das Krankenversicherungssystem, hängen vom Aufenthaltsstatus ab. Er ist weichenstellend dafür, ob und wie sich Migranten hierzulande eine eigene Lebensgrundlage schaffen können

oder Zugang zum Hilfesystem haben, falls ihnen dies nicht gelingt. Vor diesem Hintergrund hat sich zur Strukturierung der Studienergebnisse eine Unterteilung der Migranten nach ihrer Herkunft zum einen aus EU- und Nicht-EU-Staaten, desweiteren eine Trennung in alte und neue EU-Beitrittsländer als sinnvoll erwiesen. Denn auch für EU-Migranten gelten je nach Nationalität unterschiedliche Regelungen, wobei für EU-Bürger der alten EU-Beitrittsländer allgemein bessere Zugangsmöglichkeiten bestehen.

Bei 12 der 25 interviewten Patienten handelte es sich um Migranten verschiedener Herkunft, davon jeweils 4 aus alten EU-Ländern, neuen EU-Ländern und Nicht-EU-Ländern. Nicht bei allen standen Herkunft und Aufenthaltsstatus im Vordergrund, sondern spielten andere Faktoren die entscheidende Rolle in Bezug auf ihren Krankenversicherungsstatus. Lediglich bei den aus den neuen EU-Ländern stammenden Patienten sowie bei einem der Nicht-EU-Bürger stand das Nichtversichertsein hauptsächlich in Zusammenhang mit aufenthaltsrechtlichen Regelungen.

In diesem Kapitel werden die grundsätzlichen und alle Migranten betreffenden Bedingungen dargelegt. Die Umstände für EU-Migranten und die spezielle Situation von Arbeitsmigranten aus Ost-Europa sind Inhalt des folgenden Kapitels. Auf die Situation bei Nicht-EU-Migranten, insbesondere unter Differenzierung zwischen legaler und illegaler Migration, wird in Kapitel 5.4.12 eingegangen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die strukturellen Hindernisse, in deren Zusammenhang die Krankenversicherungssituation bei Migranten zu betrachten ist, werden in den Kapiteln 5.5.10 bis 5.5.12 erläutert. Die wichtigsten theoretischen Grundlagen hierzu finden sich in Kapitel 2.4.3.

Für einen längerdauernden Aufenthalt in Deutschland kommt der Berufstätigkeit eine entscheidende Rolle bei der Eingliederung ins Krankenversicherungssystem zu; dies gilt sowohl für Migranten, egal welcher Herkunft, als auch für Deutsche, wie die vorhergehenden Kapitel gezeigt haben. Gelingt einem Migranten die Integration in den Arbeitsmarkt, ergibt sich daraus einerseits meist ein Bleiberecht für ihn, andererseits hat er dadurch die Chance, sich eine eigene Existenzgrundlage zu schaffen. Gelingt die Integration in den Arbeitsmarkt nicht, kann dies das Recht auf Aufenthalt und die Lebensgrundlage gefährden. Kann ein Migrant auf dem hiesigen Arbeitsmarkt nicht

erfolgreich Fuß fassen, stellt sich wie bei deutschen Staatsbürgern die Frage, ob Anspruch auf Sozialleistungen besteht und dieser geltend gemacht werden kann. Ist dies der Fall, ist auch die Krankenversicherung gewährleistet. Hat ein arbeitsloser Migrant jedoch keinen Anspruch auf staatliche Unterstützung und verfügt auch nicht über die Möglichkeit, eine Krankenversicherung selbständig zu bezahlen, kann es zu Nichtversicherung kommen.

Die Darstellungen in späteren Kapiteln zeigen, dass Migranten je nach den genauen Lebensumständen und den Umständen ihres Aufenthaltes nur eingeschränkter Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem gewährt wird. Dass aber auch andere Faktoren eine Rolle spielen und die Integration auch ohne aufenthaltsrechtliche Probleme und gesetzliche Einschränkungen nicht immer gelingt, zeigen die folgenden Beispiele.

Die Patienten 2, 7, 15 und 22 waren Migranten aus alten EU-Ländern, die seit langem in Deutschland lebten, im Fall von Patientin 7 mit einigen Jahren Unterbrechung. Alle hatten grundsätzlich freien Zugang zum Arbeitsmarkt, Anspruch auf Sozialleistungen und einen Krankenversicherungsanspruch, scheiterten jedoch an anderen Hürden, die sich im Prinzip nicht wesentlich von denen unterscheiden, die sich auch bei deutschen Staatsbürgern finden. Da die Kernpunkte ihres Nichtversichertseins jeweils nicht in direktem Zusammenhang mit ihrer Migration stehen, wurden die Fälle bereits in früheren Kapiteln im Rahmen anderer Grundsituationen ausführlich beschrieben.

Patient 2 (siehe Kapitel 5.4.4) kam ursprünglich berufsbedingt nach Deutschland, lebte seit über dreißig Jahren hier und fühlte sich in Deutschland zu Hause. Nachdem er aus seinem Beruf ausschied, gelang ihm ein erfolgreicher Arbeitsplatzwechsel, so dass er über viele Jahre regulär versichert war. Der Verlust der Krankenversicherung ging später mit dem Verlust seines Arbeitsplatzes und der nachfolgend selbständigen Tätigkeit einher. Nach Jahren des Nichtversichertseins gelang ihm über den Bezug von ALG II zwar der Wiedereinstieg ins Regelsystem, doch nicht auf Dauer, da er an der Mitwirkungspflicht scheiterte. Patientin 7 (siehe Kapitel 5.4.3) kam als Kind von Gastarbeitern nach Deutschland. Sie war von Beginn an regulär versichert, anfangs wahrscheinlich in einer Familienversicherung mit ihren Eltern, später über Ausbildungsplatz und Angestelltenverhältnis in einer eigenen Krankenversicherung. Als sie für einige

Jahre in ihr Heimatland zurückkehrte, war sie auch dort krankenversichert. Nachdem sie ihren Lebensmittelpunkt erneut nach Deutschland verlagerte, scheiterte der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt. Krankheitsbedingt gab sie den Versuch auf, über ein Angestelltenverhältnis erneut eine Krankenversicherung abzuschließen. Gleichzeitig hinderte sie eine Depression daran, nach alternativen Arbeitsstellen zu suchen und Arbeitslosengeld zu beantragen, obwohl ihr der Leistungsbezug zustand. Für eine Krankenversicherung als Selbstzahler fehlten ihr die finanziellen Rücklagen. Die Patienten 15 und 22 (siehe Kapitel 5.4.2 bzw. 5.4.3) lebten beide seit über zehn Jahren in Deutschland. Patient 15 kam ursprünglich auf Arbeitssuche nach Deutschland, Patient 22 verließ sein Heimatland nach einem Gesetzeskonflikt, ohne gezielte Zukunftspläne zu haben. Beide waren seit ihrer Ankunft in Deutschland ohne festen Wohnsitz und ohne ein geregeltes Arbeitsverhältnis und hatten sich mit Schwarzarbeit, Flaschensammeln und Betteln über Wasser gehalten. Dadurch waren beide hierzulande noch nie krankenversichert. Patient 22 sah keine Notwendigkeit zu einer Krankenversicherung, da er nicht chronisch krank war (bis auf seine Suchterkrankung). Patient 15 hatte mittlerweile Bedarf an medizinischer Versorgung, hatte jedoch ebenso früher keine Notwendigkeit gesehen, sich krankenzuversichern. Beide hatten nicht genug Geld, um eine Krankenversicherung als Selbstzahler abzuschließen. Ihr Lebensstil, ihre Suchterkrankung und das zusätzliche Hindernis, keinen Ausweis zu besitzen, verhinderten den Bezug von Sozialleistungen, obwohl prinzipiell Anspruch darauf bestand, und hielten sie so im Status des Nichtversichertsein.

Auch Nicht-EU-Migranten können die gesetzlichen Einschränkungen überwinden und Zugang zu Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem erlangen. Beispiele geben die Patienten 8, 11 und 13, die aus Nicht-EU-Ländern stammten, aber einen legalen Aufenthaltsstatus hatten (siehe hierzu Kapitel 5.4.12) und damit grundsätzlich Zugang zum hiesigen Regelsystem. Allen drei gelang es zunächst, sich zu integrieren, sie scheiterten dennoch zu späterem Zeitpunkt an Hindernissen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer Herkunft standen.

Patient 8 (siehe Kapitel 5.4.1) lebte mit Unterbrechung von ein paar Jahren seit über vierzig Jahren in Deutschland. Er kam wie Patientin 7 als Kind einer Gastarbeiterfamilie nach Deutschland, wuchs hier auf und konnte sich über ein geregeltes Angestellten-

verhältnis in Arbeitsmarkt und Krankenversicherungssystem integrieren. Auf eine Krise im Privatleben folgte der soziale Absturz, er wurde wohnsitz- und arbeitslos, war damit auch nicht mehr krankenversichert, lehnte dennoch aber den Bezug von Sozialleistungen ab, die ihm zustanden. Erst im Rahmen einer Erkrankung akzeptierte er den Bezug von ALG II und schloss erneut eine Krankenversicherung ab. Er zählt zu den retrospektiven Fällen in Kapitel 5.6. Patientin 11 (siehe Kapitel 5.4.5) reiste als erwachsene Arbeitsmigrantin vor etwa 25 Jahren nach Deutschland ein, war durchweg in regulären Arbeitsverhältnissen tätig, war damit auch krankenversichert und hatte gesetzlichen Rentenanspruch erworben. Dieser fiel jedoch zu gering aus, um davon die freiwillige Krankenversicherung zu zahlen, denn die Vorversicherungszeiten für eine Pflichtversicherung in der KVdR erfüllte sie nicht. Dadurch verlor sie ihre Krankenversicherung erstmals im Rentenalter. Auch Patient 13 (siehe Kapitel 5.4.8) fand mittels eines Angestelltenverhältnisses Anschluss auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland und war darüber regulär krankenversichert, bis er beschloss in die USA auszuwandern und deshalb seine Versicherung kündigte. Nach seiner Rückkehr gelang ihm krankheitsbedingt kein erneuter Einstieg ins Arbeitsleben. Er konnte jedoch nach einer Weile seinen Anspruch auf ALG II geltend machen und darüber auch wieder eine Krankenversicherung abschließen; auch er zählt zu den retrospektiven Fällen in Kapitel 5.6.

Aus den Beispielfällen ist ersichtlich, dass die Integration von Migranten in das hiesige System durchaus gelingen kann. Außer bei den Patienten 15 und 22 bestanden in allen der eben genannten Fälle anfangs eine Berufstätigkeit und eine Krankenversicherung. Auch wenn aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen zu Beginn ihres Aufenthaltes jeweils eine größere Bedeutung zugekommen sein mag, waren zum Zeitpunkt der Interviews in keinem der Fälle der Aufenthaltsstatus oder aufenthaltsrechtliche Regelungen Hindernisse für die Einbindung ins Regelsystem und Grund der Nichtversicherung. Die Beispielfälle verdeutlichen damit, dass Migranten nicht nur die Hürden überwinden müssen, die sich aus ihrem Migranten-Sein und dem Aufenthaltsstatus ergeben, sondern zusätzlich mit den gleichen Schwierigkeiten und Hindernissen wie deutsche Staatsbürger konfrontiert werden. Ob und wie diese überwunden werden, ist wiederum letztlich abhängig von Motivation und Fähigkeiten jedes einzelnen.

Insgesamt zeigen die Lebensläufe von Migranten unzählige Möglichkeiten und Varianten, sich ein Leben in Deutschland aufzubauen. So ist auch das Bild der Migranten in Hilfseinrichtungen nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der Migranten in Deutschland zu sehen, was auch von den Experten in den Interviews betont wurde. Denn es gibt zahlreiche Migranten, die sich erfolgreich in Gesellschaft und Arbeitsmarkt integrieren, dauerhaft oder für einen zeitlich begrenzten Aufenthalt. Doch tauchen diese naturgemäß in Hilfseinrichtungen nicht auf. Im folgenden Zitat von Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, wird dies angedeutet, wobei er sich darin auf die Situation osteuropäischer Arbeitsmigranten bezieht.

Experte 2: „[...] Die, die ich jetzt kenne, die auf der Straße leben und die schon lange hier sind, [...] die sind natürlich nicht versichert. Es gibt bestimmt polnische Leute oder Rumänen, [...] die wirklich qualifiziert sind, die hierher kommen und dann mal zwei, drei Monate arbeiten und dann wieder zurückgehen. [...]. Aber nicht die, die zu uns kommen, mit denen wir Kontakt haben, die nicht. Weil die verelenden ja auf der Straße, muss man schon sagen, ja.“ (Z. 753ff.)

Die Experten berichteten insgesamt von einer steigenden Anzahl an hilfebedürftigen Migranten, die ihre Einrichtungen aufsuchen. Letztlich stellen diese eine Auslese der mehr oder weniger gescheiterten Einwanderer dar, die die Probleme widerspiegeln, die sich für bestimmte Gruppen von Migranten in Deutschland ergeben. Jedoch lassen diese Darstellungen keine Aussagen darüber zu, ob Migranten besonders häufig in Arbeitslosigkeit oder Sozialhilfeabhängigkeit landen. Anliegen dieser Studie ist nicht, die immer wiederkehrende Diskussion über Erfolg und Misserfolg der Integrationsversuche von Migranten fortzuführen. Daher soll an dieser Stelle betont werden, dass die hier gezeigten Beispiele zwar auf Probleme hindeuten, jedoch keine verallgemeinernden Schlussfolgerungen oder Bewertungen von Migration zulassen.

5.4.11 Arbeitsmigranten aus Ost-Europa

Die Situation der Arbeitsmigranten aus Ost-Europa, deren Besonderheiten erst als Folge der EU-Erweiterung Richtung Osten entstanden sind, wurde von fast allen befragten Experten im Hinblick auf Nichtversicherung als Problem benannt. Angetrieben vom Migrationsdruck in wirtschaftlich schwächeren Regionen nutzen Ost-Europäer auf der Suche nach Arbeitsplätzen die neuen Einreisemöglichkeiten nach Deutschland. Nun

sind davon nicht nur die neuen EU-Beitrittsländer betroffen und davon auch nicht alle in gleichem Maße, doch gelten für osteuropäische Arbeitsmigranten besondere aufenthaltsrechtliche Regelungen, die für ihre Situation spezifisch sind und zu einer eigenen Problematik geführt haben.

Das Recht zum Aufenthalt in Deutschland ist für alle Unionsbürger über das Freizügigkeitsgesetz geregelt und nicht wie für Ausländer mit Herkunft außerhalb der EU über das Aufenthaltsgesetz. Auch wenn ein längerer Aufenthalt an bestimmte Bedingungen geknüpft ist, so ist damit für alle EU-Bürger, ob aus alten oder neuen EU-Ländern, zunächst einmal eine legale Einreise nach Deutschland ohne weitere Voraussetzungen möglich. Wie in Kapitel 2.4.3 erklärt, ist die Erlaubnis für einen länger als drei Monate dauernden Aufenthalt davon abhängig, ob die Existenzgrundlage der betreffenden Person gesichert ist. Demnach müssen eine Krankenversicherung, eine berufliche Tätigkeit und ausreichend finanzielle Mittel nachgewiesen werden. Erst nach fünf Jahren besteht ein bedingungsloses Recht auf Daueraufenthalt. Grundsätzlich unterliegen EU-Migranten der Versicherungspflicht, sobald sie ihren Lebensmittelpunkt nach Deutschland verlegen, was mit dem Datum der Einreise gilt, auch wenn kein Wohnsitz angemeldet wird. Kann das Einreisedatum nicht nachgewiesen werden, können Krankenkassen bei dem Versuch eines Versicherungsabschlusses Beitragsrückstände rückwirkend zum 1.4.2007 einfordern.

Ob die in Deutschland lebenden EU-Migranten tatsächlich alle Voraussetzungen für einen Aufenthalt erfüllen, wird nicht überprüft. So existieren zwar die theoretischen Vorschriften, doch finden keine regelmäßigen oder flächendeckenden Kontrollen statt, ob diese eingehalten werden. Die hier lebenden EU-Bürger müssen daher in der Regel keine Ausweisung befürchten, selbst wenn sie die Voraussetzungen für den Erhalt der Freizügigkeit nicht erfüllen. Da außerdem an den innereuropäischen Grenzen keine Grenzkontrollen stattfinden und für EU-Bürger keine Visumpflicht besteht, sind der Nachweis des Einreisedatums und die Überprüfung der genauen Aufenthaltsdauer nur bedingt möglich. Auch dadurch kann es zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung der für EU-Bürger geltenden Aufenthaltsregelungen kommen.

Wie schon im vorhergehenden Kapitel erwähnt, stellt der Zugang zum Arbeitsmarkt einen zentralen Punkt bei der Integration von Migranten dar, was unabhängig vom Heimatland für alle zutrifft. Doch nicht für alle gelten gleiche Bedingungen für das Ausüben einer Berufstätigkeit. Im Gegensatz zu alten EU-Bürgern gilt bzw. galt für neue EU-Bürger mit der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit ein begrenzter Zugang zum Arbeitsmarkt. Für EU-Beitrittsländer von 2004 endete sie zum 1.5.2011, für die Beitrittsländer von 2007 zum 1.1.2014, d. h. während der Interviewphase galt sie noch für mehrere Länder, für andere endete sie kurz zuvor. Als Folge der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit sind die Möglichkeiten der beruflichen Tätigkeit für Arbeitsmigranten stark limitiert, da die meisten Angestelltenberufe für sie gesperrt sind. Vor allem Tätigkeiten in Berufen mit niedrigem Bildungsabschluss und Ausbildungsberufe sind dadurch für sie nicht zugänglich, zumindest nicht in einem Angestelltenverhältnis, wohingegen für eine berufliche Selbständigkeit keine Einschränkung besteht. Damit können neue EU-Bürger fast nur Tätigkeiten ausüben mit denen keine Pflichtversicherung erfolgt. Da die Betroffenen aber meist finanziell nicht in der Lage sind, eine Krankenversicherung als Selbstzahler abzuschließen, führt die Limitierung auf dem Arbeitsmarkt viele in den Status der Nichtversicherung.

Inwiefern die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit auch nach Ablauf der 7-Jahres-Frist noch die Situation der Arbeitsmigranten beeinflusst, kann in dieser Studie nicht abschließend beantwortet werden. Die aktuelle Lage und Änderungen nach Abschluss der Interviewphase werden in Kapitel 6 betrachtet. An dieser Stelle wird die Situation beschrieben, wie sie sich zum Zeitpunkt der Interviewphase darstellte.

Wird Arbeitsmigranten, die auf der Suche nach besseren Erwerbsmöglichkeiten nach Deutschland kommen, der freie Zugang zum Arbeitsmarkt versperrt, sind sie gezwungen, sich Alternativen zu suchen, die es ihnen gestatten zu bleiben. Obwohl dies häufig in prekäre und unregelte Arbeitsverhältnisse führt, stellt es für viele trotz allem die bessere Wahl dar, als in die Arbeitslosigkeit oder die oft noch schlechteren Arbeits- und Lebensbedingungen in ihren Heimatländern zurückzukehren.

Eine dieser Alternativen auf dem Arbeitsmarkt bietet sich in der Anmeldung eines Gewerbes und der Aufnahme einer selbständigen beruflichen Tätigkeit. Damit werden die Vorgaben der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit eingehalten und die Auf-

lagen für einen langfristigen Aufenthalt erfüllt. In manchen Fällen besteht das Gewerbe jedoch nur pro forma, was bedeutet, dass keinerlei Einnahmen darüber gemacht werden, z. B. wenn keine ausreichende berufliche Qualifikation vorliegt oder die betreffende Person aus irgendeinem Grund nicht arbeitsfähig ist. In anderen Fällen wird es für Tätigkeiten in der Scheinselbständigkeit genutzt, was vor allem im Baugewerbe und handwerklichen Berufen üblich ist. Scheinselbständigkeit liegt vor, wenn in einer offiziell als selbständig gemeldeten Tätigkeit für einen Auftraggeber gearbeitet wird, zu dem ein abhängiges Arbeitsverhältnis besteht, ohne dass ein entsprechender Arbeitsvertrag abgeschlossen wird. Damit wird zwar die Schwarzarbeit umgangen, da der Arbeiter über seinen Gewerbeschein offiziell gemeldet ist, trotzdem besteht ein illegales Arbeitsverhältnis, da dieses wie es praktiziert wird einem Angestelltenverhältnis entspricht, der Auftraggeber aber keine Sozialabgaben abführt. Dies wirkt sich neben den Ansprüchen auf Arbeitslosengeld und Altersrente auch auf den Krankenversicherungsschutz aus. Denn ohne Pflichtversicherung wie bei angestellten Arbeitnehmern muss der Auftraggeber keine Versicherungsbeiträge abführen. Theoretisch sollte in diesem Fall eine PKV oder freiwillige GKV abgeschlossen werden. Die Realität zeigt jedoch, dass dies oft nicht getan wird, aus Geldmangel bei geringen oder unregelmäßigen Einkünften, Unwissenheit oder auch weil kein Bedarf gesehen wird, solange keine Erkrankung vorliegt; Beweggründe wie sie auch schon in Kapitel 5.4.4 für beruflich Selbständige im Allgemeinen erläutert wurden und unabhängig von der Nationalität gelten. Gleichzeitig bedeutet dies, dass, selbst wenn keine Scheinselbständigkeit vorliegt und die Kriterien einer beruflichen Selbständigkeit erfüllt sind, berufstätige Migranten in den Status der Nichtversicherung gelangen können.

Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, kannte die Situation der Scheinselbständigkeit als häufige Erscheinung unter nichtversicherten Patienten und darunter vor allem unter Arbeitsmigranten aus Ost-Europa. Sie bestätigte, dass für viele die Priorität darin bestehe, Geld zu verdienen, und sie deshalb auf eine Zukunftsabsicherung und auf eine Krankenversicherung verzichteten. Gleichzeitig verdienten viele schlichtweg nicht genug, um sich eine Krankenversicherung zu leisten.

Expertin 11: „[...] es gibt ja sehr, sehr viele Scheinselbstständige, die einen Gewerbeschein haben, aber nur für einen Arbeitgeber arbeiten [...]. Und auch die Öffnung zum Osten, die haben alle einen Gewerbeschein [...]. Nur ist dann der Arbeitgeber aus allem

draußen. Er muss keine Sozialabgaben zahlen, er muss sich um sonst nichts kümmern und wenn eine Kontrolle auf der Baustelle ist oder im Restaurant, dann hat er seinen Gewerbeschein dabei.“

Interviewerin: „Das heißt, diese Scheinselbstständigkeit kommt vor allem bei den Osteuropäern vor oder gibt es auch Deutsche, die das so machen?“

Expertin 11: „Es gibt auch Deutsche.“

Interviewerin: „Aber weniger als die Osteuropäer?“

Expertin 11: „Ja.“ [...]

Expertin 11: „Ich hatte einen jungen Polen hier, [...] er hatte auch einen Gewerbeschein, er hatte für einen polnischen Bauunternehmer gearbeitet, der wusste gar nicht, dass er einen Gewerbeschein hat.“

Interviewerin: „Wer hat den beantragt für ihn?“

Expertin 11: „Da ist einer mit ihm, er [...] ist ja nicht der deutschen Sprache mächtig und ich hatte dann eine Dolmetscherin hier und dann sind wir der Sache mal auf den Grund gegangen. Das ist ein polnisch-stämmiger Bauunternehmer, [...] hat hier ein kleines Bauunternehmen aufgemacht, hat in Polen zehn Leute angeworben. Hat die mit dem Bus hier rübergefahren, hat denen einen Gewerbeschein gemacht, ohne dass die wussten was sie da überhaupt haben und hat die auf den Baustellen eingesetzt und einmal in der Woche hat er ein Papier unterschrieben. [...]“ [...]

Interviewerin: „Wissen die Leute, die diesen Gewerbeschein haben, [...] dass sie sich eigentlich selbst krankenversichern müssten oder ist das denen dann auch nicht klar?“

Expertin 11: „Ich weiß es nicht. Also, ich meine, in Polen oder in ganz Europa gibt es ja, jedes Land in Europa hat seine Krankenkasse und die muss auch selbst finanziert werden. Also sie wissen schon, dass sie nicht krankenversichert sind, weil sie auch nirgendwo Beiträge zahlen, aber die haben andere Prioritäten erstmal, wenn sie hierher kommen, wollen erstmal Geld verdienen. [...]“ (Z. 260ff.)

Eine weitere Nische existiert in Form von Schwarzarbeit. Finden sie keinen Zugang zum regulären Arbeitsmarkt, sehen sich Arbeitsmigranten oftmals dazu gezwungen, auf dem Schwarzmarkt zu arbeiten, um sich auf irgendeine Art und Weise ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Dass unter diesen Bedingungen eine soziale Absicherung und ein Krankenversicherungsschutz entfallen, erklärt sich von selbst und wird von den Betroffenen notgedrungen in Kauf genommen. Die Umstände und Auswirkungen unregelter Arbeitsverhältnisse werden genauer in Kapitel 5.5.9 ausgeführt.

Ein Beispiel für einen jungen Arbeitsmigranten in Schwarzarbeit bietet Patient 1. Als Staatsangehöriger eines der neuen EU-Beitrittsländer von 2007 kam er erstmals 2009 auf Arbeitssuche nach Deutschland, reiste danach mehrfach hin und her und hielt sich nun seit über drei Monaten konstant in Frankfurt auf. Wie lange er diesmal in Deutschland bleiben würde, wusste er noch nicht; seine Ehefrau und sein Kind waren vorerst im Heimatland geblieben. Durch die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit und da er keine Berufsausbildung hatte, hatte er schlechte Chancen auf dem Arbeits-

markt und fand jeweils nur kurzzeitige Jobs in Schwarzarbeit. So arbeitete er auch aktuell ohne Arbeitsvertrag gegen tägliche (niedrige) Entlohnung in Barzahlung. Dies gab er im Interview erst auf Nachfrage zu, nachdem ihm versichert wurde, dass die Information nicht an die Polizei weitergereicht werde. Zunächst verneinte er die Frage, ob er in Deutschland Arbeit gefunden habe, denn unter geregelten Arbeitsbedingungen mit Arbeitsvertrag hatte er hierzulande tatsächlich nie gearbeitet.

[Das Interview fand mit einem Bekannten des Patienten als (nicht professionellem) Dolmetscher statt. Da er die Situation des Patienten kannte, beantwortete er manche Fragen direkt. An diesen Stellen wird er als dritte Gesprächsperson kenntlich gemacht.]

Interviewerin: „Sie haben noch nie Arbeit gehabt hier in Deutschland?“

Patient 1: „Nein.“

Interviewerin: „Aber immer noch auf Arbeitssuche?“

Patient 1: „Immer, ja.“

Interviewerin: „Auch keine Schwarzarbeit?“ (Dolmetscher und Patient 1 wechseln einige Sätze. Er erklärt ihm, dass die Polizei nichts von dem Interview erfahren wird.)

Patient 1: „Wenn ich Schwarzarbeit habe, dann mache ich das.“

Interviewerin: „Und das funktioniert? Ab und zu findet er was, ein paar Tage, dann wieder nicht ...?!“

Dolmetscher: „Ja, so ist das.“

Interviewerin: „Und jetzt momentan, hat er einen Job, hat er eine Arbeit? Schwarzarbeit?“

Dolmetscher: „Er hat jetzt in einer [...] [Arbeitgeber anonym, Anm.d.Verf.]. Er kriegt jeden Tag zwanzig Euro.“

Interviewerin: „Und auch kein Vertrag und gar nichts unterschrieben ...?!“

Dolmetscher: „Ohne, ohne gar nichts.“

Interviewerin: „Hat er einen Beruf gelernt?“

Patient 1: „Nein, ich habe keinen.“

Interviewerin: „[...] Haben Sie dort gearbeitet, in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.], früher?“

Patient 1: „Ich habe gearbeitet, genau wie hier, wenn ich habe Arbeit. Wenn ich keine habe, dann habe ich keine.“

Interviewerin: „Und als was? Welche Arbeit?“

Patient 1: „Baustelle. Auf dem Bau.“

Interviewerin: „Und hier haben Sie auch schon auf dem Bau gearbeitet, in Deutschland?“

Patient 1: „Ja, ja.“ (Z. 59ff.)

Eine eigene Wohnung konnte er sich nicht leisten und so schlief er entweder auf der Straße oder teilte sich eine Unterkunft mit anderen Arbeitsmigranten und Landsleuten.

Patient 1: „Jetzt schlafe ich momentan bei einem Kollegen.“

Interviewerin: „Auch manchmal auf der Straße oder nicht auf der Straße?“

Dolmetscher: „Ja ja, hat er einmal, ja ja ... ich kenne das. Hat er auch auf Straße geschlafen. Und jetzt auch, wenn hat keine.“

Interviewerin: „Und die Wohnung mit dem Kollegen, wie viele Leute sind dort, wie viele Leute wohnen dort?“

Patient 1: „Vier, vier Männer.“ [...]

Patient 1: „Alle [...] [seine Nationalität anonym, Anm.d.Verf.]“ (Z. 84ff.)

Anspruch auf Arbeitslosengeld oder sonstige staatliche Unterstützung hatte er nicht. Eine Krankenversicherung konnte er in Deutschland nicht abschließen, da er weder einen festen Arbeitsplatz noch ein festes Einkommen hatte und auch keine finanziellen Rücklagen. Angeblich verfügte er über eine Krankenversicherung in seinem Heimatland, eine europäische Versichertenkarte oder Reisekrankenversicherung hatte er jedoch nicht. Die Mitarbeiter der Hilfseinrichtung konnten dagegen nichts über seine Krankenversicherung in Erfahrung bringen.

Interviewerin: „Hat er in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] eine Krankenversicherung?“

Dolmetscher: „Ja, ich habe jetzt vor Arbeitsstelle gesprochen und verschiedene Fragen gestellt. [...] In [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] hat er.“

Interviewerin: „Und die funktioniert hier in Deutschland nicht oder ist die auch hier gültig?“

Dolmetscher: „Ja, das muss gültig sein. Ja, wir kennen das. Das muss gültig sein. [...]“

Patient 1: „Ich bin versichert, aber die Krankenkärtchen, hier habe ich keine.“ (Z. 114ff.)

Wegen einer akuten Erkrankung suchte er nun erstmalig eine Hilfseinrichtung auf. Abgesehen davon befand er sich in gutem Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen waren bisher nicht aufgetreten, so dass über die kurzzeitige medizinische Behandlung hinaus auch kein weiterer Bedarf an medizinischer Versorgung bestand. Dennoch zeigte er sich besorgt darüber, keinen Krankenversicherungsschutz in Deutschland zu haben und möglicherweise im Krankheitsfall nicht behandelt zu werden. Denn er wäre nicht in der Lage gewesen, die Behandlungskosten im Fall einer schwerwiegenderen Erkrankung aus eigener Tasche zu zahlen.

Interviewerin: „[...] Welche Probleme hat er dadurch, dass er keine Krankenversicherung hat [...]?“

Patient 1: „Ich habe Angst.“ [...]

Interviewerin: „Angst davor, krank zu werden oder Angst, dass er nicht behandelt werden kann?“

Dolmetscher: „Ja, Angst er wird krank und dann hat er keine Versicherung () ...“

Interviewerin: „Und weil er es dann nicht bezahlen kann, oder ...?“

Dolmetscher: „Ja, ja.“ [...]

Interviewerin: „Zu welchem Arzt geht er hier in Frankfurt, wenn er krank wird? Nur hierher [ESA, Anm.d.Verf.] oder auch zu anderen Ärzten?“

Dolmetscher: „Nur hier. Ja, er hat keine Chance bei anderen.“ (Z. 190ff.)

Durch seine geringe berufliche Qualifikation und die zum Zeitpunkt des Interviews für ihn noch zweieinhalb Jahre geltende eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit hatte er schlechte Voraussetzungen dafür, auf dem hiesigen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Somit war nicht davon auszugehen, dass sich seine Situation in absehbarer Zeit ändern würde. Auch einige Monate später hielt er sich noch in Frankfurt auf. Er wurde noch wenige Male in der Hilfseinrichtung behandelt, jeweils wegen Kleinigkeiten und vorrangig wegen Beschwerden des Bewegungsapparates als Folge einer Arbeitsüberlastung im Rahmen der körperlichen Arbeit auf einer Baustelle. Seine Lebensumstände und die Krankenversicherungssituation waren unverändert.

Auch Patient 3 stammte aus einem EU-Beitrittsland von 2007 und verließ seine Heimat als Arbeitsmigrant. Schon in den 1990er-Jahren kam er als Gastarbeiter nach Deutschland, ab 2002, also noch vor EU-Beitritt seines Heimatlandes, hielt er sich mehrmals für je drei Monate zu Arbeitszwecken in Deutschland auf. Seit 2007 lebte er dauerhaft hier. Bis 2007 war er immer in Schwarzarbeit tätig. Er arbeitete je nach Nachfrage in verschiedenen handwerklichen Tätigkeiten auf Baustellen, hatte aber keine entsprechende Berufsausbildung dafür. Nach EU-Beitritt seines Landes meldete er ein Gewerbe zur selbständigen Tätigkeit an. Er fand Arbeit in unterschiedlichen, jeweils kurzzeitigen Jobs im Baugewerbe, wovon sein längstes über zwei Jahre andauerte. Bei allen Aufträgen arbeitete er jeweils für einen Auftraggeber und offiziell mit Gewerbeschein. Ob die Tätigkeiten als selbständig oder eher scheinselfständig einzustufen sind, konnte im Interview nicht sicher eruiert werden. In Bezug auf seine zweijährige Tätigkeit berichtete er, dass ihm ein fester Stundenlohn und gleichbleibendes Monatsgehalt ausgezahlt wurden, so dass für diesen Fall eher von einer Scheinselbständigkeit auszugehen ist und so womöglich auch im Fall der anderen Arbeitsaufträge.

Interviewerin: „Und was Sie hier gearbeitet haben auf der Baustelle, war das immer Schwarzarbeit oder hatten Sie einen Vertrag?“

Patient 3: „Mit Gewerbe. Selbständig, selbstständiges Gewerbe. Letzte Mal Januar, Februar bis März Mitte, Arbeit in Leipzig mit eine [...] [Nationalität seines Auftraggebers anonym, war Landsmann, Anm.d.Verf.] [...] und dann geklaut meine Papier alles. [...]. Ohne Gewerbe ist gefährlich in Baustelle.“

Interviewerin: „Und was arbeiten Sie jetzt? Immer noch Baustelle als Selbständiger?“

Patient 3: „Ja, aber wann machen ich diese Gewerbe, muss suchen eine Baustelle [...]. Ich habe gesagt von 2002 die kommt hier und damals arbeite ich in Ostbahnhof [in FFM bekannter Ort zum Anheuern von Schwarzarbeitern, Anm.d.Verf.], auch schwarz. [...]

jetzt ist EU, Europa und ist andere für uns, eine Hilfe, aber damals nur bei schwarz. Und gemacht Fliesen, gemacht was jede Leuten was will, Tapeten. Gekommen in Ostbahnhof, was du willst, ich will Fliesen, gut, ich machen so.“ (Z. 147ff.)

Zum Zeitpunkt des Interviews war er seit zwei Monaten arbeitslos, nachdem er zuletzt für drei Monate auf einer Baustelle gearbeitet hatte. Dort wurden ihm seine Arbeitspapiere gestohlen, so dass er diese erst erneut beantragen musste, bevor er wieder auf Arbeitssuche gehen konnte. In den letzten Jahren war es für ihn zunehmend schwieriger geworden, Jobs zu finden. Er begründete dies mit der Wirtschaftskrise und den im Überfluss vorhandenen billigen Arbeitskräften, die im Rahmen der EU-Erweiterung nach Deutschland kamen.

Patient 3: „[...] Aber ist schlimm langsam, diese Krise, keine Arbeit mehr. Nichts wie damals, damals in Ostbahnhof jeden Tag sechs Uhr hier, Arbeit, hier, hier, hier. Jetzt, habe geguckt in Firma, wo ist Baustelle, gefragt, vielleicht zehn Baustelle, letzte Jahr. Nein, nein, nein, haben unsere Leute. Und wo Arbeit? Nur [...] wann ist eine Glück.“ (Z. 551ff.)

Sofern er eine Zeit lang genug Geld hatte, mietete er eine Wohnung, die er jedoch immer wieder aufgeben musste, wenn er die monatliche Miete nicht mehr zahlen konnte. So hatte er nur zeitweise eine Unterkunft, war immer wieder wohnungslos und lebte teilweise auf der Straße, wie auch zum Zeitpunkt des Interviews.

Interviewerin: „[...] Seit wann schlafen Sie auf der Straße? Schon immer seit Sie in Deutschland sind oder hatten Sie auch mal eine Wohnung?“
Patient 3: „Schon 8. Juni letzte Jahr. Aber normal, [...] manchmal gehabt, manchmal nichts. Drei Jahre vor, in September bis letzte Jahr im Juni gehabt [...]. Und dann nichts Arbeit, kein Geld und wieder raus. Und kommen Arbeit, Geld, wieder Wohnung. Diese ist, warum ich hab gesagt, ist nichts sicher, nichts in Sicherheit [...]. Wann finden eine gute Arbeit, ja, ist andere [...].“ (Z. 175ff.)

Auch er schloss nie eine Krankenversicherung in Deutschland ab und investierte nicht in sonstige Absicherungen. Seinen Angaben zufolge bestand noch immer eine Krankenversicherung in seinem Heimatland. Sein Versuch, darüber einen Versicherungsschutz für Deutschland zu beantragen, schlug jedoch fehl. Ihm war bewusst, dass er mit seiner Tätigkeit über Gewerbeschein als beruflich selbständig galt und er daher eigenständig eine Krankenversicherung als Selbstzahler abschließen musste. Dies war ihm aber aufgrund seiner unsicheren finanziellen Situation nicht möglich, auch wenn er gerne eine Versicherung gehabt hätte, denn er benötigte dauerhaft medizinische Versorgung. Vor

zweieinhalb Jahren traten erstmals akute Beschwerden als Folge seiner langjährigen Alkoholabhängigkeit auf, so dass er im Krankenhaus behandelt und sogar operiert werden musste. Mithilfe einer Sozialarbeiterin im Krankenhaus gelang es, eine Kostenübernahme durch das Sozialamt zu erwirken, so dass er für die Behandlung nicht aufkommen musste; was ihm auch nicht möglich gewesen wäre. Danach fand er Anbindung an eine Hilfseinrichtung, wo er seitdem regelmäßig Medikamente erhielt und behandelt wurde, sofern akute Beschwerden auftraten. Zuvor hatte er sich im Krankheitsfall anderweitig beholfen. Wenn er Medikamente benötigte, ging er in eine Apotheke, in der eine Landsmännin arbeitete, die ihm diese auch ohne Rezept verkaufte. Vor Jahren musste er einmal nach einem Arbeitsunfall ärztlich behandelt werden. Dafür lieh er sich damals die Versichertenkarte seines Auftraggebers auf der Baustelle. So war er bisher auch ohne Krankenversicherung zurechtgekommen, allerdings nur mit Unterstützung des Hilfsnetzes. Ihm war bewusst, dass das Nichtversichertsein im Falle einer erneuten Erkrankung zum Problem werden konnte. Außerdem zeigte er sich als über 50-Jähriger besorgt über seine Zukunft und darüber, wie er sich versorgen sollte, wenn er alters- oder gesundheitsbedingt nicht mehr in der Lage sein würde, zu arbeiten. Denn er war weder für den Fall einer Arbeitsunfähigkeit abgesichert noch hatte er einen Rentenanspruch erworben. Da er aber weiterhin nicht mit einem festen Einkommen rechnen konnte und immer wieder zeitweise arbeitslos war, war es für ihn unmöglich, regelmäßige Ausgaben an eine Krankenversicherung oder Altersvorsorge zu tätigen oder Ersparnisse für später beiseite zu legen.

Interviewerin: „[...] Ist das ein Problem, dass Sie keine Krankenversicherung haben oder können Sie trotzdem gut behandelt werden?“

Patient 3: „Diese ist Problem, zum Beispiel wann passiert etwas, aber normal große Problem ist nichts. Aber wann passiert etwas diese ist. [...] wann Versicherung und eine Arbeit fest, ist gut für die Rente und für alles [...].“

Interviewerin: „Also, wenn Sie eine Versicherung hätten, das wäre besser?“

Patient 3: „Ja, wann die Versicherung ist automatisch und Rente und alles muss bezahlen, wann ist eine feste Arbeit mit Versicherung normal [...]. Aber wann ist keine, verloren. Und sowieso du kannst nicht sparen, [...] haben du Geld genommen für die Leben. Keine Chance. Kann nicht sparen so, machen extra für später. [...]“ (Z. 340ff.)

Insgesamt war er schon etwa fünf Jahre in Deutschland, so dass nun möglicherweise ein Sozialleistungsanspruch vorlag. Jedoch konnte er keinen Nachweis über seine Aufenthaltsdauer erbringen. Denn als EU-Bürger war er ohne Grenzkontrollen eingereist

und hatte dadurch, dass er immer wieder wohnungslos war, nicht durchgehend einen Wohnsitz in Deutschland gemeldet. Bisher hatte er noch keine Versuche unternommen, staatliche Hilfe zu beantragen. Abgesehen davon, dass er nicht sicher wusste, ob ihm Leistungen zustanden und er nicht alle notwendigen Dokumente vorweisen konnte, wollte er nur ungern ALG II beziehen. Vielmehr hoffte er, wieder Arbeit zu finden, damit über genügend Einkommen zu verfügen und nicht an behördliche Vorgaben gebunden zu sein. Dennoch erkannte er die Vorteile der staatlichen Unterstützung darin, eine Krankenversicherung und Altersvorsorge zu erhalten und möglicherweise eine Wohnung.

Patient 3: „[...] aber muss bei Sozial gehen und [...] brauchen Anmeldung.“

Interviewerin: „Im Sozialamt?“

Patient 3: „Ja, und machen die Papiere. Aber, ich hab gesagt: ‚Bitte, [...] brauchen Anmeldung.‘ – ‚Wo?‘ – Und ich hab gesagt: ‚Ich schlafe draußen, in [...] [Ortsbezeichnung des Schlafplatzes anonym, Anm. d. Verf.]. Welche machen mich Anmeldung?‘ [...] Haben wir keine Chance für Anmeldung. [...]“

Interviewerin: „Sie brauchen eine Adresse von einer Wohnung?!“

Patient 3: „Ja, kann ich machen so vielleicht in [...] [Adresse eines Sozialamtes in FFM, Anm. d. Verf.], wann geht, wann nichts, hab ich eine Anmeldung, alt, von letzte Jahr und vielleicht machen diese Papier in Jobcenter. [...]. Wann geht diese, muss haben fünf Jahre hier [...]. Fünf Jahre muss mit Papier, ich gehabt von 2007 Gewerbe, aber nichts fest Arbeit gehabt.“ (Z. 51ff.)

Eine Rückkehr in sein Heimatland kam für ihn trotz aller Schwierigkeiten nicht in Betracht. Auch seine Exfrau und sein Kind, mit denen er 2002 gemeinsam einwanderte, lebten in Deutschland und erhielten Unterhaltszahlungen von ihm. Somit hatte er keine engen Familienangehörigen oder Bekannten mehr in seiner Heimat. Außerdem war die Situation auf dem Arbeitsmarkt dort noch schlechter und so stellte eine Rückkehr für ihn keine Alternative dar. Wie viele seiner Landsleute sah auch er die einzige Chance auf ein besseres Leben darin, sein Heimatland zu verlassen und sich in einem anderen Land ein Leben aufzubauen.

Patient 3: „[...] Viele Leute kommen hier [...]. Die kommt hier für das Geld, bei uns ist Katastrophe. Gekommen vorgestern ein Mann, hat mir gesagt, in [...] [Heimatland anonym, Anm. d. Verf.] ist kein Geld, keine Arbeit, muss machen das. [...]“ (Z. 28ff.)

Interviewerin: „Und Sie wollen in Deutschland bleiben oder wollen Sie wieder zurückgehen nach [...] [Heimatland anonym, Anm. d. Verf.]?“

Patient 3: „In [...] [Heimatland anonym, Anm. d. Verf.] ist keine Chance für die Leben.“ [...]

Interviewerin: „Wieso sind Sie damals nach Deutschland gekommen?“
Patient 3: „Für die Geld. Wie sage ich, für Leben mehr gut wie bei uns.“
Interviewerin: „Ein besseres Leben hier.“
Patient 3: „Ja, ja. [...]“ (Z. 83ff.)

Auch in seinem Fall hatte sich bis sechs Monate nach dem Interview nichts an seinen Lebensumständen oder der Krankenversicherungssituation geändert.

Patient 16 kam aus einem osteuropäischen Land mit EU-Beitritt 2004, lebte jedoch, abgesehen von mehreren kurzen Unterbrechungen, schon seit den 1990er-Jahren dauerhaft in Deutschland. Eine persönliche Krise mit Scheidung von seiner Ehefrau und die Suche nach Arbeit veranlassten ihn damals, auszuwandern. Er hatte eine abgeschlossene Berufsausbildung und Arbeitserfahrung als Handwerker in seinem Heimatland und fand auch nach seiner Ankunft in Deutschland Arbeit in verschiedenen handwerklichen Tätigkeiten bei verschiedenen Arbeitgebern; allerdings jeweils zeitlich begrenzt und ohne Vertragsabschluss. Wie er sagte, bekam er keine anderen Jobangebote als in Schwarzarbeit, auch sah er in der Anmeldung eines Gewerbes keinen Vorteil. Demnach arbeitete er sowohl vor als auch nach EU-Beitritt seines Landes immer schwarz. Zum Zeitpunkt des Interviews war er seit zwei Wochen arbeitslos und hatte noch keine Aussicht auf eine erneute Beschäftigung. Wie bei Patient 3 reichte ihm das Geld zeitweise aus, um eine Wohnung zu mieten, meist gemeinsam mit Bekannten, ansonsten schlief er auf der Straße. Derzeit teilte er sich eine Wohnung mit einem Landsmann, der einen Job hatte, so dass dieser einen Großteil der Miete übernehmen konnte und Patient 3 aus seinen Ersparnissen das beisteuerte, was ihm möglich war.

Interviewerin: „Und von was leben Sie jetzt, von welchem Geld?“
Patient 16: „Manchmal gearbeitet, habe ich ein bisschen Geld für Miete zu bezahlen, das geht, nicht so gut, aber geht.“
Interviewerin: „Haben Sie jetzt Arbeit oder im Moment keine?“
Patient 16: „Im Moment seit zwei Wochen nichts mehr.“
Interviewerin: „Und haben Sie noch ein bisschen Geld gespart für die Miete?“
Patient 16: „Ja.“ [...]
Interviewerin: „Haben Sie eine Krankenversicherung?“
Patient 16: „Nein.“
Interviewerin: „Hatten Sie auch noch nie eine in Deutschland?“
Patient 16: „Nein, deswegen ich arbeite nur schwarz, das geht gar nicht anders hier.“ (Z. 106ff.)

Durch die nur zeitweisen und unregelmäßigen Arbeitsverhältnisse war seine finanzielle Situation unsicher. Wie in den beiden oben beschriebenen Fällen der Patienten 1 und 3 war somit auch er nicht dazu in der Lage, eine Krankenversicherung als Selbstzahler abzuschließen. Somit war er weder in Deutschland noch in seinem Heimatland krankenversichert. Bis auf einen Arbeitsunfall vor einigen Jahren, bei dem er sich einen Knochenbruch zuzog, und eine chronische Erkrankung, derentwegen er dauerhaft Medikamente einnehmen musste, hatte er bisher keine größeren medizinischen Probleme. Die Medikamente erhielt er in einer Hilfseinrichtung, die Behandlung des Knochenbruchs erfolgte damals über das Ärztenetzwerk der Hilfseinrichtung.

Seine Aussichten auf einen Arbeitsplatz wurden zusätzlich durch die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit begrenzt. Im Gegensatz zu den Patienten 1 und 3 galt sie für Patient 16 zum Zeitpunkt des Interviews seit kurzem nicht mehr, jedoch erst seit vierzehn Tagen. Er hatte seitdem noch keine Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt bemerkt, ging allerdings auch nicht davon aus, dass die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit nun für ihn Vorteile oder Änderungen bringen würde, da es für Personen seines Alters (er war Mitte 50) und seines Bildungsstandes schon bei deutscher Staatsbürgerschaft schwierig sei, einen Arbeitsplatz zu finden, wie er im Interview begründete.

Interviewerin: „Haben Sie mal versucht, eine Krankenversicherung zu bekommen oder einen Job, der angemeldet ist, keine Schwarzarbeit, um auch eine Versicherung zu bekommen?“

Patient 16: „Jetzt, wir [...] [seine Nationalität anonym, Anm. d. Verf.] haben eine Chance seit 1. Mai. Aber mit meinem Alter ist ein bisschen schwierig, eine ständige Stelle zu kriegen.“ [...]

Interviewerin: „Haben Sie jetzt [...] versucht, eine andere Stelle zu finden, hat sich für Sie was geändert seit dem 1. Mai oder ist das gleich geblieben?“ [...]

Patient 16: „Nein, ich habe es noch nicht versucht.“ [...]

Patient 16: „[...] Vielleicht für die jungen Leute, vielleicht wird das besser, aber für uns, die Alten, ist nicht so einfach. Ist nicht so einfach für die deutschen Alten, besonders für uns, schwieriger.“ (Z. 131ff.)

Nachdem er nie in einem regulären Arbeitsverhältnis gestanden hatte, ging er davon aus, keinen Anspruch auf staatliche Hilfen zu haben, obwohl er schon lange fest in Deutschland lebte. Er hatte sich jedoch auch nie näher damit auseinandergesetzt und deshalb nie versucht, Sozialleistungen zu beantragen. Wahrscheinlich lag ein Anspruch auf ALG II zumindest theoretisch vor, auch wenn es wie bei Patient 3 schwierig sein würde, seinen dauerhaften Aufenthalt in Deutschland zu belegen.

Trotz aller Schwierigkeiten hatte er sich an seine Lebensumstände gewöhnt und so stellte für ihn, wie für die Mehrheit der interviewten Migranten, eine Rückkehr in sein Heimatland keine Option dar. Seine Chancen auf dem Arbeitsmarkt wären dort nicht besser, Familie hatte er dort keine mehr, persönliche Kontakte nur noch wenige und so fühlte er sich in Deutschland mehr zu Hause als in seinem Geburtsland und plante, hier zu bleiben. Wie viele der hier lebenden Migranten fand er Unterstützung in einem sozialen Netz, bestehend aus Landsleuten oder Migranten anderer Herkunftsländer, die sich in ähnlichen Lebenssituationen befanden.

Interviewerin: „Haben Sie jetzt hier in Deutschland Bekannte, Verwandte, Familie [...]?“

Patient 16: „Bekannte habe ich, aber keine Familie, keine Verwandte.“ [...]

Interviewerin: „Wo wohnen Sie, wo leben Sie, auf der Straße oder in einem Haus?“

Patient 16: „Jetzt wohne ich in [...] [Stadtteil anonym, Anm. d. Verf.]“ [...]

Patient 16: „Mit einem Kollegen zusammen, wir haben ein Zimmer [gemietet].“ [...]

Interviewerin: „Die Freunde oder Kollegen, die Sie haben, sind das gute Freunde, helfen die Ihnen, wenn Sie ein Problem haben?“

Patient 16: „Ja, natürlich, wenn ich brauche was da kriege ich Hilfe von die Kollegen, wenn er braucht dann helfe ich ihm.“ (Z. 52ff.)

Patient 16 stellte sich weiterhin in regelmäßigen Abständen in der Sprechstunde der Hilfseinrichtung vor. Auch seine Situation blieb bis Abschluss der Datenerhebungsphase unverändert, Aussicht auf eine Eingliederung ins Regelsystem bestand nicht.

Aus den Beispielfällen geht hervor, dass Arbeitsmigranten, denen es nicht gelingt, auf dem regulären Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, für die eine Rückkehr in ihr Heimatland aber trotzdem nicht in Frage kommt, häufig in Arbeitsverhältnissen stehen, die Nichtversicherung begünstigen. Denn Arbeitsverhältnisse wie Schwarzarbeit, Scheinselbständigkeit und Selbständigkeit mit geringem Einkommen führen dazu, dass keine Krankenversicherung über den Arbeitsplatz besteht, eine freiwillige Versicherung als Selbstzahler jedoch aufgrund einer unsicheren finanziellen Situation nicht realisierbar ist. Dadurch entstehen Umstände, unter denen das Fehlen der Krankenversicherung trotz beruflicher Tätigkeit möglich ist. Auch für Deutsche mit niedrigem Bildungsgrad, fehlender Berufsausbildung oder aktuell wenig gefragtem Beruf kann es problematisch sein, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Im Gegensatz zu Migranten können sie für den Fall der Arbeitslosigkeit jedoch auf eine staatliche Absicherung zurückgreifen, denn, trotz aller in den bisherigen Kapiteln erläuterten Schwierigkeiten, liegen zumin-

dest theoretisch meist Sozialleistungsansprüche vor. Migranten, die keinen Anspruch auf Sozialleistungen haben, müssen dagegen notgedrungen Alternativen finden, um sich ihre Lebensgrundlage zu sichern. Sie sind daher eher dazu bereit, als billige Arbeitskräfte zu arbeiten und dies gegebenenfalls in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen auf dem Schwarzmarkt. Nach geltender Gesetzeslage ist es zwar auch für neue Unionsbürger unter gewissen Voraussetzungen möglich, Ansprüche auf Sozialleistungen geltend zu machen, jedoch ist es oft schwierig und mühsam dies in die Realität umzusetzen, so dass Arbeitsmigranten aus Ost-Europa häufig trotz Arbeitslosigkeit und etwaigem Anspruch nicht im Bezug von Arbeitslosengeld stehen, wie an den oben ausgeführten Beispielen der Patienten 3 und 16 ersichtlich ist. In Kapitel 5.5.10 werden der eingeschränkte Zugang zu Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem in ihrer Bedeutung als strukturelle Hindernisse dargestellt.

In diesem Zusammenhang nimmt auch das umfassende Angebot mancher Hilfseinrichtungen eine interessante Rolle ein. Denn auffallend war, dass gerade Migranten die Vorteile der kostenlosen Hilfsangebote betonten. Dies betrifft neben medizinischer Hilfe insbesondere auch Unterstützung in Form von Essens- und Kleiderausgaben und der Vermittlung von Behelfsunterkünften. Einige erwähnten, dass diese Angebote für sie Grund waren, in Deutschland zu bleiben, obwohl sie von Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem ausgeschlossen waren und sie sich keine eigene stabile Lebensgrundlage schaffen konnten. Patient 3 schilderte eindrücklich, dass mittellose Menschen in seinem Heimatland nicht in dieser Weise Unterstützung fänden. Passend hierzu beobachteten die Experten, dass immer mehr legal zugewanderte Migranten, v.a. aus osteuropäischen Staaten, die Angebote der Hilfseinrichtungen in Anspruch nehmen (siehe Kapitel 5.7). Die niedrighwelligen und kostenlosen Hilfsangebote vereinfachen es den Migranten also, sich mit den prekären Lebensumständen in Deutschland zu arrangieren.

Patient 3: „[...] Warum nichts in deine Stadt? Wie sagen diese Frau Doktor. [...] was machen in meine Stadt?! Tote. In meine Stadt muss bezahlen die Haus, muss bezahlen [...] Essen, muss Kleidung und so. Hier finden in der [...] [Adresse einer Hilfseinrichtung, Anm.d.Verf.] oder bei Caritas eine Klamotten. Aber bei uns, welche?! Nein, ohne Geld ist nichts. Und die Geld ist ganz wenig. [...] ist besser hier. [...] für diese kommen viele Leute, Ausländer. [...] bei uns muss bezahlen jede Tabletten, hier ist andere. [...]. Bei uns

Caritas klaut diese von die Caritas, alles was kommen, Klamotten und alles, haben Schwester, haben Mutter, und dann ich bin letzte oder vielleicht nichts mehr. [...] für diese Grund kommen hier. [...]" (Z. 530ff.)

Weitere Fälle von Nichtversicherung, die nach Erfahrung der Experten häufig bei Arbeitsmigranten aus Ost-Europa auftreten, aber nicht in Interviews erfasst wurden, finden sich bei nicht arbeitenden Familienangehörigen von Migranten, also Ehepartnern bzw. Lebensgefährten und Kindern. Sind sie selbst nicht berufstätig, besteht kein Sozialleistungsanspruch und sind die finanziellen Ressourcen gering, werden sie kaum eine eigene freiwillige Versicherung abschließen. Ist ein Ehepartner berufstätig und gesetzlich krankenversichert, ist die kostenlose Mitversicherung in einer Familienversicherung möglich. Ist dem nicht so, da z.B. aufgrund von oben genannten Arbeitsverhältnissen (Schwarzarbeit, Scheinselbständigkeit und Selbständigkeit) keine Versicherung besteht oder die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nicht erfüllt sind (z.B. bei unverheirateten Paaren), können ganze Familien von Nichtversicherung betroffen sein. Zwar kommen viele Arbeitsmigranten aus osteuropäischen Ländern alleine nach Deutschland, ohne Partner oder Familie, allerdings zeigt sich die Problematik der nichtversicherten Familienangehörigen häufig bei Angehörigen der Ethnie der Sinti und Roma. Viele sind Staatsangehörige eines der neuen EU-Beitrittsländer, nutzen somit die EU-Ost-Erweiterung und reisen auf Arbeitssuche nach Deutschland ein, finden aber oft keinen Einstieg in den geregelten Arbeitsmarkt. Aus kulturellen Gründen leben sie meist mit ihrer gesamten Familie zusammen, also auch entfernteren Verwandten wie Großeltern, Onkeln, Tanten, Neffen etc., so dass es bei ihnen häufiger zu beobachten ist, dass ganze Großfamilien ohne geregeltes Einkommen und ohne Krankenversicherungsschutz leben und dies häufig in desolaten Wohnverhältnissen oder Obdachlosigkeit.

Die Sinti und Roma wurden von den Experten oft als eigene Personengruppe unter den Nichtversicherten genannt. Auch wenn ihre Lebensumstände zu einem größeren Anteil kulturell bedingt sind, sie als eigene Ethnie betrachtet werden müssen und sich in ihrem Verhalten von anderen Migranten unterscheiden, unterscheiden sich die Gründe für ihr Nichtversichertsein nicht wesentlich von denen anderer Arbeitsmigranten. Letztlich steht dieses oft im Zusammenhang mit unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen und Arbeitslosigkeit. Da sie als osteuropäische Staatsangehörige den gleichen gesetzlichen

Regelungen wie andere Ost-EU-Migranten unterliegen, werden sie hier nicht als eigene Gruppe aufgeführt, sondern gemeinsam mit anderen Arbeitsmigranten aus Ost-Europa betrachtet. Expertin 16, Mitarbeiterin im Amt für Gesundheit, hatte über die Internationale humanitäre Sprechstunde häufigen Kontakt zu Roma und beschrieb die problematischen Arbeits- und Lebensverhältnisse dieser Personengruppe.

Interviewerin: „Versuchen denn die Leute hier Arbeit zu finden oder haben sie zum Teil Arbeit? [...]“

Expertin 16: „[...] Die Männer sind schon zum Teil irgendwie geschäftlich ...“

Interviewerin: „Und die Frauen sind dann eher arbeitslos?“

Expertin 16: „Eher ja, richtig. Das ist ein ganz diffiziles Thema [...]. Es gibt welche, die verkaufen hier die Obdachlosenzeitung. Es gibt welche, die putzen, [...] aber dass das jetzt ein großes Einkommen oder irgendwelche ordentlichen Arbeitsverhältnisse sind, das ist bei den allerwenigsten, da gibt es vielleicht ein paar. Dann haben halt auch viele sehr viele Kinder, das sind nicht nur ein, zwei, das sind dann mehr Kinder.“ [...]

Expertin 16: „Viele wohnen dann irgendwie bei Verwandten, Bekannten oder auch im Ostpark [Obdachlosenunterkunft, Anm. d. Verf.]. [...]“ [...]

Interviewerin: „Dass die dann keine Krankenversicherung haben, bedingt sich auch dadurch, dass sie kein geregeltes Arbeitsverhältnis haben?“

Expertin 16: „Richtig, das geht ja dann auch gar nicht, nimmt sie auch keine Krankenkasse auf. Gerade bei den Roma ist das ein schwieriges Problem, da sind so viele Klischees, es will sie ja auch niemand haben.“ (Z. 158ff.)

Daneben lassen sich in den Patientenfällen zusätzliche Barrieren identifizieren, die Migranten die Integration in das hiesige System erschweren. Auf der einen Seite sind sie auf die individuellen Fähigkeiten und Voraussetzungen der Einzelpersonen zurückzuführen, auf der anderen Seite ergeben sie sich aus den strukturellen Rahmenbedingungen und dem Verhalten der Akteure im Regelsystem. Solche Barrieren zeigen sich nicht nur bei Arbeitsmigranten aus Ost-Europa, sondern können für Migranten allgemein formuliert werden, insbesondere wenn die Einreise noch nicht lange zurückliegt. Unter den interviewten Patienten stellten sie sich am deutlichsten bei neuen EU-Bürgern dar, weshalb sie in dieses Kapitel aufgenommen wurden.

Häufig führen Verständigungsprobleme aufgrund geringer Sprachkenntnisse und kultureller Unterschiede zu allgemeinen Schwierigkeiten dabei, sich in der deutschen Gesellschaft zurechtzufinden. Desweiteren kommt es gerade anfangs zu Fehlverhalten, verursacht durch Unkenntnis zu den bestehenden Regelungen und Gesetzen bezüglich des Aufenthaltsrechtes, der Arbeitsaufnahme, Krankenversicherung, Meldepflicht etc. und zur allgemeinen Funktion und Arbeitsweise der öffentlichen Ämter. Dadurch werden unwissentlich und unabsichtlich Rechte und Pflichten nicht wahrgenommen.

So wissen manche Migranten nicht um ihre Pflicht sich krankenzuversichern, wenn sie dauerhaft oder auch nur länger als drei Monate in Deutschland bleiben wollen. Patient 6 (ausführliche Fallbeschreibung folgt weiter unten im Kapitel) brachte zum Ausdruck, wie schwierig es für Migranten gerade anfangs ist, sich im hiesigen System zurechtzufinden. Insbesondere für arme Migranten, also Ausländer ohne finanzielle Rücklagen, sei es schwierig, sich in Deutschland zu integrieren.

Patient 6: „Darum weil kommst du erste Mal in Deutschland, erste Mal kennst du nicht die Sprache, zweite Mal kennst du nicht das Gesetz, dritte Mal hast du keine Ahnung, was passieren mit diese System in Deutschland. Musst du erst einmal lernen, was passieren in Deutschland und dann kannst du machen, was du willst. Aber [...] die kommen gar nichts zu dir und niemand kommen zu dir und sagen: ‚Ok, du bist Ausländer, machst du das oder das oder das.‘ Und darum kommen viele Fehler von Leute. [...] du musst viel überlegen erste Mal. Deine Status, welche Status hast du hier in Deutschland. Du bist Tourist, willst du bleiben hier, willst du nur arbeiten hier kurze Zeit oder lange Zeit, du musst richtig kennen [...]. Und hast du keine Ahnung, was musst du machen erste Mal, das passieren mit mir, wenn ich hab gekommen hier. [...]. Ich sage Ihnen noch etwas jetzt [...], wenn hast du kein Geld in die Tasche, kommst du arme Leute hier in Deutschland, egal welche Land und lebst du auf Straße und sowieso kommt die Fehler [...]. Deswegen diese Strafe welche kriegst du von ohne Fahrkarte mit Straßenbahn oder S-Bahn oder U-Bahn. Ich persönlich war dreimal in Gefängnis für diese Problem.“ [...] Patient 6: „Wenn du bist arm, kriegst du immer Problem. Ausländer ist nicht so einfach.“ (Z. 328ff.)

Desweiteren berichteten die Experten von Migranten, die bei Versuchen, ihren Pflichten nachzukommen, daran scheiterten, dass sie von Behörden oder Krankenkassen abgewiesen wurden. So lehnten Krankenkassen Versicherungsanträge von Ausländern ab oder verweigerten Betroffenen Auskunft, wenn sie sich über die Möglichkeiten einer Krankenversicherung informieren wollten. Die Problematik ähnelt der Situation deutscher Staatsbürger, die nach längerer Versicherungslücke Schwierigkeiten haben, eine Versicherung abzuschließen, da sie aus Sicht der Krankenkassen als unattraktive Kunden erscheinen. Genauso stehen Migranten, die hierzulande keine Vorversicherung haben, vor dem Problem, dass keine eindeutige Zuständigkeit einer Krankenkasse besteht und diese daher auf das freie Wahlrecht verweisen, wenn ihnen die Person als Kunde nicht zusagt. Besteht zudem kein stabiles und geregeltes Einkommen, haben die Betroffenen schlechte Aussichten, die Aufnahme in eine Krankenversicherung einzufordern. Expertin 12, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, kannte derartige Fälle aus ihrer Arbeit mit Migranten.

Expertin 12: „[...] und der wurde von der Krankenkasse abgewimmelt. Da war es schon so heftig, er wurde von seiner Freundin begleitet und da sagte sie, dass wirklich der Geschäftsführer schon denen entgegenkam und sagte: ‚Es gibt hier für Sie keine Möglichkeit, sich zu versichern.‘“

Interviewerin: „Und das war eine gesetzliche Kasse?“

Expertin 12: „Ja, das war die [...] [Name der GKV anonym, Anm. d. Verf.]“

Interviewerin: „Und der hätte sich freiwillig versichern wollen, weil er selbständig war?“

Expertin 12: „Genau, richtig.“ (Z. 153ff.)

Darüber hinaus beobachteten die Experten eine Häufung von Suchtproblemen unter Arbeitsmigranten aus Osteuropa, insbesondere in Form von Alkoholabhängigkeit. Ob schon vor Einreise nach Deutschland ein erhöhter Alkoholkonsum vorliegt oder sich die Neigung zum Alkoholmissbrauch aus den prekären Lebensumständen nach Ankunft in Deutschland ergibt, kann hier nicht beantwortet werden und kann in den einzelnen Fällen variieren. Auch liegen Suchterkrankungen nicht nur bei osteuropäischen Arbeitsmigranten vor, jedoch wurden sie von den Experten in Zusammenhang mit dieser Personengruppe besonders häufig als Teil der Gesamtsproblematik betont. Experte 5, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, fügte hinzu, dass nicht allein die Häufigkeit von Suchterkrankungen ein Problem darstelle, sondern auch, dass den Betroffenen nur wenig Hilfe angeboten werden könne, da z. B. eine adäquate Suchttherapie ohne Krankenversicherung nicht möglich sei.

Experte 5: „[...] Wir haben eine Kollegin von dem Suchthilfeprojekt [...] und die ist auch darauf angewiesen, dass die suchtkranke Person, die sie vermittelt bekommt, krankenversichert ist oder in irgendeiner Form zumindest eine Aussicht auf so was hat. Wir haben in beiden Einrichtungen genug suchtkranke Menschen aus Osteuropa, aber da macht es gar keinen Sinn eine Anknüpfung zu finden.“ (Z. 283ff.)

Trotz aller Schwierigkeiten gibt es auch Fälle, in denen die Integration ins Regelsystem gelingt. Patient 6 ist ein Beispiel für einen EU-Migranten aus einem der neuen Beitrittsländer von 2007, der über den Bezug von ALG II einen Krankenversicherungsschutz erlangte (siehe auch Kapitel 5.6). Er erlitt in den 1990er-Jahren in seinem Heimatland einen schweren, selbst verursachten Berufsunfall (Verkehrsunfall als Taxifahrer), durch dessen Folgeschäden er mehrere Jahre krankheitsbedingt arbeitsunfähig war. Ein beruflicher Neustart hatte nur vorübergehenden Erfolg, weshalb sich seine finanzielle Situation kontinuierlich verschlechterte. Neben körperlichen Einschränkungen entwickelte er eine Depression, die seine Situation zusätzlich belastete. So kam es schließlich zu einem sozialen Absturz inklusive der Trennung von seiner Frau und

seinen Kindern und dem Verlust der Wohnung. Nachdem er alles verloren hatte war er derart resigniert, dass er sein Heimatland verlassen wollte, um anderswo neu anzufangen und so ging er im Jahr 2004 nach Deutschland.

Interviewerin: „Als Sie das erste Mal nach Deutschland gekommen sind, was war der Grund, warum sind Sie gekommen?“

Patient 6: „Erste Mal ich bin gekommen hier wegen meine Bein. [...] diese Unfall [...] hat [...] meine Leben kaputt gemacht. [...] in 1993 ich hab gekommen diese Unfall und in ein paar Minuten ich habe alles verloren. Deswegen, die Kinder, ich habe zwei Kinder, ich habe verloren alles, die Familie, die Wohnung, alles.“ (Z. 79ff.)

Der ursprüngliche Grund zu emigrieren war neben dem beruflichen und privaten Scheitern auch die Hoffnung, hierzulande eine bessere medizinische Behandlung zu bekommen. Er wandte sich an verschiedene Hilfseinrichtungen, auch in Nachbarländern Deutschlands, musste letztlich jedoch akzeptieren, dass es ohne Krankenversicherung nicht möglich war, die Folgeschäden seines Autounfalls zu behandeln. Eine feste Arbeitsstelle fand er nie, weder auf dem Schwarzmarkt noch über einen Gewerbeschein, den er später, nach EU-Beitritt seines Landes, beantragte. Ein Grund dafür war, dass er durch die Folgeschäden des Verkehrsunfalls viele Tätigkeiten in den sonst typischen Arbeitsbereichen der Arbeitsmigranten aus Ost-Europa nicht ausüben konnte. Zudem schränkte ihn die Depression in seinen Möglichkeiten und Fähigkeiten ein. So blieb er arbeits-, mittel- und wohnsitzlos und nicht versichert, lebte auf der Straße und zeitweise in Obdachlosenunterkünften und bekam Hilfe im Hilfsnetz für Wohnsitzlose. Mit einer zeitlich befristeten Duldung, die jeweils für einen Monat verlängert wurde, konnte er sich legal in Deutschland aufhalten.

Patient 6: „[...] Ich habe gelebt viele Jahre, ich war obdachlos. Manchmal da, manchmal da, manchmal mit Bett, manchmal ohne Bett. Ich war sehr krank und einmal ich habe gesagt, mit meiner Krankheit geht nicht immer draußen, draußen. Die Probleme jeden sagen mit Polizei. Polizei ist nicht Schuld was machen, ist seine Arbeit, aber manchmal du bist sehr müde und kommen und machen wach, weil sie Kontrolle machen, kriegst du zwei, drei, vier Stunden Problem mit Polizei, für gar nichts. [...]“ (Z. 43ff.)

2005 erkrankte er akut an einem Herzinfarkt und musste im Krankenhaus behandelt werden. Aus den gesundheitlichen Folgen entstand dauerhafter Behandlungsbedarf und so erhielt er 2006 aus medizinischen Gründen eine Aufenthaltserlaubnis für Deutschland, also noch vor EU-Beitritt seines Heimatlandes. Die genaue Bezeichnung dieser Aufenthaltserlaubnis konnte er nicht weiter benennen, allerdings war sie

befristet und erlaubte ihm nicht den Zugang zu Sozialleistungen. Da es ihm auch weiterhin nicht gelang, beruflich in Deutschland Fuß zu fassen, kehrte er in sein Heimatland zurück, doch auch dort glückte ihm kein Neubeginn. Nachdem sich sein Gesundheitszustand verschlechterte, kam er nach einigen Monaten wieder nach Deutschland. Denn obwohl er angeblich noch eine Krankenversicherung in seinem Heimatland hatte, erhielt er über Hilfseinrichtungen in Deutschland eine bessere medizinische Versorgung als in seinem Herkunftsland. Darüber hinaus nahm er auch die nicht-medizinischen Angebote von Hilfseinrichtungen in Anspruch. Wie andere Migranten war auch er der Auffassung, dass die Hilfseinrichtungen in Deutschland insgesamt ein besseres Leben für Mittel- und Obdachlose ermöglichten, als dies in anderen Ländern der Fall war und so wollte er in Deutschland bleiben.

Patient 6: „[...] ich habe gesucht für meine Krankheit, weil ich bin sehr krank und ich hab gewusst, in [...] [Heimatland anonym, Anm. d. Verf.] ich sterbe, ich sterbe bestimmt.“ [...] Patient 6: „Ich habe probiert sieben Monate [...] und meine Gesundheit war wieder schlecht. [...]“ (Z. 64ff.)

Patient 6: „[...] hier kriegst du die Medizin, die Arzt umsonst. Ich habe nicht gefunden ein anderes Land. [...]“ [...]

Patient 6: „[...] Viele Leute, welche hat keine Cent in Deutschland und hier kannst du finden Essen, Klamotten, Arzt, egal was du brauchst und kannst du leben. Egal hast du keine Wohnung ist ok, hast du keine Bett ist auch ok, aber hast du was essen, kannst du Dusche machen, kannst du Klamotten wechsel, ist ok. Kannst du kriegen Tabletten für deine Gesundheit.“ (Z. 467ff.)

Durch die Unterbrechung seines Aufenthaltes in Deutschland verlor er jedoch Zeit, die ihm für eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis angerechnet hätte werden können. Da er sich zu dem Zeitpunkt nicht mit den gesetzlichen Regelungen auskannte, erfuhr er dies erst im Nachhinein. Ohnehin war der Nachweis seiner Aufenthaltsdauer erschwert, da er nie einen festen Wohnsitz in Deutschland angemeldet hatte. Da jedoch dauerhafter medizinischer Behandlungsbedarf bestand, versuchte er unter Mithilfe von Sozialarbeitern und Ärzten einer Hilfseinrichtung Sozialleistungsansprüche geltend zu machen, um eine Krankenversicherung abschließen zu können. Er ließ sich den seit Jahren bestehenden regelmäßigen Kontakt zu Hilfseinrichtungen und Obdachlosenunterkünften bestätigen, um so seinen Aufenthalt in Deutschland nachzuweisen und beantragte damit staatliche Unterstützung.

Patient 6: „[...] Aber die Problem, ich war nicht angemeldet, das war die Problem. Ich war nur Heim, und ich habe gekriegt die Bestätigung von alle Heim, wo ich war. Alle gesagt und die Ausländerbehörde hat gesagt: ‚Ok, du warst hier.‘ Aber mit wie viel Papier, wie viel von Straßenambulanz, von alle Beratung wo ich war, und lange Zeit hier und letztes Mal hat gesagt: ‚Ok, ist in Ordnung mit dir.‘ [...] Jetzt ich weiß, was musst du machen in Deutschland, aber früher, wenn ich hab gekommen hier, ich habe keine Ahnung. Und dann, ich war zum Sozialamt, zum Jobcenter, ich hab gekriegt die Bewilligung. Mit Bewilligung ich war bei [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.] und ich hab gekriegt die versichert. Alle kommt mit einem, ohne Jobcenter kannst du nichts machen mit [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.], ohne [...] [Name der GKV anonym, Anm.d.Verf.] kannst du nichts machen mit Jobcenter und so weiter.“ (Z. 372ff.)

Schließlich gelang es ihm eineinhalb Jahre vor dem Interview in den Bezug von ALG II einzutreten und darüber eine Krankenversicherung abzuschließen. Ob die Sozialleistungsansprüche aus dem medizinischen Behandlungsbedarf hervorgingen oder der Anspruch aus der Aufenthaltsdauer entstand, obwohl er durch die mehrmonatige Unterbrechung Aufenthaltszeit verloren hatte, konnte aus seinen Angaben nicht sicher rekonstruiert werden. In jedem Fall war es ihm jedoch im Gegensatz zu den Patienten 3 und 16 gelungen, Einstieg ins Regelsystem zu finden.

Inwieweit die EU-Erweiterung Richtung Osten die Zuwanderung aus osteuropäischen Ländern nach Deutschland beeinflusst, was die Auswirkungen auf den hiesigen Arbeitsmarkt sind, welche beruflichen Tätigkeiten Migranten ausüben und ob sie eher in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen arbeiten oder nicht, ist nicht Fragestellung dieser Studie und kann deshalb hier nicht abschließend beantwortet werden, auch wenn es viele Berührungspunkte zur hier bearbeiteten Fragestellung gibt. Die Einschätzungen zu diesen Punkten basieren auf den Aussagen der befragten Patienten und Experten. Nach deren Erfahrungen stellte die Gruppe der osteuropäischen Migranten in prekären Lebens- und Arbeitsverhältnissen einen in den letzten Jahren zunehmenden Anteil unter den Hilfesuchenden dar. Zwar lebten und arbeiteten auch schon vor EU-Beitritt Staatsangehörige dieser Länder in Deutschland, doch nahm deren Anzahl zu und so liegt die Vermutung nahe, dass viele den nun erleichterten Zugang zu reicheren europäischen Staaten nutzten. Denn wie sich nicht nur innerhalb Europas beobachten lässt, sondern als globales Phänomen, treibt die wirtschaftliche und politische Situation ihrer Heimatländer Menschen in die Migration. Je aussichtsloser die Lage in der Heimat, desto weniger lassen sie sich dabei von ungünstigen und erschwerenden Rahmen-

bedingungen abschrecken, wie z. B. der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit. Dabei stellt sie eine vergleichsweise milde Einschränkung dar, denn Nicht-EU-Migranten müssen noch höhere Hindernisse überwinden, um nach Europa und Deutschland zu gelangen. Dass der Migrationsdruck entsprechend hoch sein muss, zeigen die anhaltenden Flüchtlingsströme aus Afrika und neuerdings vermehrt aus Ländern des Nahen und Mittleren Ostens nach Europa. Obwohl die Reise oft lebensgefährlich ist, sie nach der Ankunft teils unmenschliche Bedingungen in überfüllten Auffanglagern erwarten und die restriktiven Einreisebestimmungen vielen keine Chance auf eine dauerhafte Aufnahme in ein europäisches Land geben, scheinen viele Menschen in der Migration ihre einzige Option zu sehen.

5.4.12 Migranten in aufenthaltsrechtlicher Illegalität

Für Nicht-EU-Staatsangehörige ist die legale Einreise nach Deutschland im Gegensatz zu EU-Bürgern deutlich schwieriger. Können EU-Bürger in der Regel ohne Grenzkontrollen nach Deutschland gelangen, müssen Reisende von außerhalb der EU zumindest eine Passkontrolle durchlaufen, bei der ihre Einreise registriert und geprüft wird. Liegt für eine Person Visumpflicht vor, so wird die Einreise nur bei Vorlage eines gültigen Visums für den jeweils gewährten Zeitraum gestattet. Reisende ohne Visumpflicht dürfen sich in der Regel bis zu drei Monate in Deutschland aufhalten, ein längerer Aufenthalt muss begründet und behördlich genehmigt werden. Wird die gestattete Aufenthaltsdauer überschritten, so geht der Aufenthaltstitel verloren und die Person hält sich offiziell illegal in Deutschland auf. Gelingt einer visumpflichtigen Person eine Einreise unter Umgehung einer europäischen Grenzkontrolle, so ist ihr Aufenthalt von Beginn an illegal. Durch die zunehmend intensive Überwachung der europäischen Außengrenzen, ist eine unentdeckte Einreise nach Europa allerdings kaum mehr möglich. Illegal aufhältige Personen sind daher meist entweder schon vor Jahren oder Jahrzehnten ohne gültige Papiere versteckt nach Deutschland gelangt oder auf legalem Wege eingereist und haben zu späterem Zeitpunkt ihre Aufenthaltserlaubnis verloren, nachdem ein befristeter Aufenthaltstitel abgelaufen ist und nicht verlängert wurde oder der visumsfreie Zeitraum überschritten wurde und keine Ausreise erfolgte.

Aus Angst vor einer Abschiebung führen Illegalisierte häufig ein verstecktes Leben in unsicheren Wohn- und Arbeitsverhältnissen, das heißt, sie wohnen ohne Mietvertrag, arbeiten schwarz, meiden die Bekanntgabe ihrer persönlichen Daten und daher auch die öffentliche Registrierung bei Behörden und ähnlichen Einrichtungen. Die Illegalisierung zieht sich durch alle Lebensbereiche und beschränkt die Möglichkeiten, sich in die Gesellschaft zu integrieren. Dennoch wollen viele nicht in ihr Heimatland zurückkehren, da sie dort keine Perspektive für sich sehen, möglicherweise ebenso schlechte Erwerbsmöglichkeiten haben, aber gleichzeitig weniger Hilfsangebote für Arbeits-, Wohnungs- und Mittellose zur Verfügung stehen – wie sich schon bei den EU-Migranten zeigte. Auch die Angst vor politischen Unruhen und Verfolgung oder ein durch Kriege zerstörtes Land können Gründe dafür sein, dass eine Rückkehr aus Sicht der Betroffenen ausgeschlossen ist. Manche leben zudem schon seit vielen Jahren in Deutschland, haben hier Familie, Bekannte und ein soziales Netz, in dem sie Unterstützung finden, haben sich mit dem Leben in der Illegalität arrangiert und empfinden Deutschland mehr als ihr Zuhause als ihr Geburtsland.

Keineswegs aber halten sich alle Nicht-EU-Migranten illegal in Deutschland auf, wie die Beispiele der Patienten 8, 11, und 13 (siehe weiter unten im Kapitel) belegen. Denn selbstverständlich gibt es auch für Nicht-EU-Bürger Möglichkeiten, legal einzureisen und einen legalen Aufenthaltstitel zu erhalten. Eine dauerhafte oder längerfristige Aufenthaltsgenehmigung ist jedoch an Bedingungen geknüpft, die nicht von allen erfüllt werden können. An den Regelungen lässt sich eine Trennung zwischen politisch erwünschter und unerwünschter Migration erkennen, denn die Möglichkeiten zur legalen Einreise und zum legalen Aufenthalt werden insbesondere oft Staatsbürgern ärmerer Länder vorenthalten. Die Grundlagen zu den verschiedenen Einreisebestimmungen sind in Kapitel 2.4.3 dargelegt.

Damit ist für Nicht-EU-Migranten, wie auch für EU-Migranten, der Aufenthaltsstatus entscheidend dafür, ob und wie sie sich in das deutsche Regelsystem integrieren und ihr Leben in Deutschland gestalten können. Denn der genaue Aufenthaltstitel gibt nicht nur vor, wie lange sie sich in Deutschland aufhalten dürfen, sondern auch ob sie zu einer Arbeitsaufnahme berechtigt sind und wenn ja, welcher Art, ob und welcher

Anspruch auf Sozialleistungen besteht und welche Art der Absicherung im Krankheitsfall vorliegen muss. Wie in den bisherigen Ausführungen deutlich geworden ist, stehen wiederum die Berufstätigkeit, Ansprüche auf Sozialleistungen und der Krankenversicherungsschutz in engem Zusammenhang. Die Lebenslage der Illegalität verschärft die Einschränkungen für die Betroffenen. Denn ohne legalen Aufenthaltstitel ist eine Person nicht dazu berechtigt, einer beruflichen Beschäftigung nachzugehen, einen Wohnsitz anzumelden, geschweige denn staatliche Unterstützung zu beziehen und kann jederzeit in ihr Herkunftsland abgeschoben werden. Damit bleibt illegalisierten Migranten als einzige Wahl, unregelte Arbeitsverhältnisse einzugehen. Doch selbst wenn es gelingen sollte, ohne Aufenthaltspapiere einen Job zu finden, der ein regelmäßiges Einkommen verschafft, so wäre es für Illegalisierte nicht möglich, eine Krankenversicherung abzuschließen. Denn für einen Versicherungsabschluss müssen die personenbezogenen Daten angegeben werden, womit sie wiederum eine Abschiebung riskieren. Der fehlende legale Aufenthaltstitel schließt also den Erwerb einer Krankenversicherung aus, so dass Illegalisierte keine reguläre medizinische Versorgung beanspruchen können. Nur über die Legalisierung des Aufenthaltsstatus ist eine reguläre Krankenversicherung möglich oder kann zumindest ein Anspruch auf medizinische Grundversorgung erworben werden.

Eine Möglichkeit, den Aufenthalt zu legalisieren, ist ein Asylantrag. Da für viele eine Bewilligung unwahrscheinlich ist und ein laufendes Asylverfahren weitere Auflagen mit sich bringt (siehe Kapitel 5.5.12), kommt dieser Weg für viele nicht in Frage. Gängige Alternativen sind unter anderem, ein Abschiebehindernis aus medizinischen Gründen anzuführen oder die Eheschließung mit einem deutschen Staatsbürger; wobei hiermit nicht pauschal unterstellt werden soll, dass nur Zweckheiraten eingegangen werden.

Die Patienten 8 und 11 stammten beide ursprünglich aus einem Nicht-EU-Land und verfügten über ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht ohne deutsche Staatsbürgerschaft, das sie über die Heirat mit einem deutschen Ehepartner erhalten hatten. Im Unterschied zu oben geschilderter Situation, hielt sich keiner der beiden zuvor illegal hier auf. Patient 8 (siehe Kapitel 5.4.1) wurde in einem Land in Vorderasien geboren und kam als Kind einer Gastarbeiterfamilie nach Deutschland. Als er als Erwachsener für

einige Jahre in sein Heimatland zurückkehrte, lernte er dort eine deutsche Frau kennen und heiratete sie. Er zog wieder nach Deutschland und lebte mehrere Jahre mit seiner Ehefrau zusammen, bis eine Ehekrise zu einer Trennung führte. Durch die Ehejahre hatte er einen unbefristeten Aufenthaltstitel erworben. Im seinem Fall wurde der Aufenthalt hierzulande zusätzlich durch ein Assoziierungsabkommen seines Heimatlandes mit Deutschland vereinfacht (worauf hier nicht näher eingegangen werden soll). Patientin 11 (siehe Kapitel 5.4.5) stammte aus Südostasien und kam mit einem Arbeitsvisum auf legalem Weg nach Deutschland. Indem das Arbeitsverhältnis endete, stand auch der Ablauf des Visums bevor. Um eine Ausreise bzw. Illegalisierung zu umgehen, heiratete sie einen Deutschen. Das so erworbene dauerhafte Aufenthaltsrecht blieb ihr auch nach der Trennung von ihrem Ehemann erhalten, so dass sie auch weiterhin legal in Deutschland bleiben konnte. Ihren Aussagen zufolge, war der Grund der Eheschließung – zumindest von ihrer Seite – vorrangig, um damit ihre Ausweisung oder einen illegalen Aufenthalt zu verhindern und Deutschland nicht verlassen zu müssen. Patient 13 (siehe Kapitel 5.4.8) stammte ebenso aus einem Nicht-EU-Land. Im Gegensatz zu den Patienten 8 und 11 erwarb er einen deutschen Pass, der seinen Aufenthalt regelte. In Westafrika geboren, war er zuerst nach Deutschland eingewandert, bevor er später in die USA emigrierte und von dort wieder zurückkehrte. Über seine Beweggründe nach Deutschland einzuwandern, die genauen Umstände unter denen er einreiste und mit welchem Aufenthaltstitel und darüber, wie er die deutsche Staatsbürgerschaft erhielt, wollte er sich im Interview nicht äußern. Ob in seinem Fall zeitweise kein legaler Aufenthaltstitel vorlag, konnte daher nicht geklärt werden.

Patient 12 stellt ein typisches Beispiel für einen illegalisierten Migranten dar. (Manche Details zu den Umständen seines Aufenthaltes und Aufenthaltsstatus konnten sprachlich bedingt im Interview nicht vollständig geklärt werden.) Geboren in einem nordafrikanischen Land, reiste er bereits in den 1970er-Jahren erstmals nach Deutschland ein, damals noch im Teenager-Alter. Anlass war, dass seine Mutter verstarb und er zum Vater ziehen wollte, der bereits wie all seine Geschwister in Deutschland lebte. Anfangs hielt er sich offiziell mit einem Touristenvisum hierzulande auf, obwohl seine Einreise nicht aus touristischen Zwecken, sondern primär familiären Gründen erfolgte. Nach Ablauf des Visums blieb er ein paar Jahre in Deutschland, reiste dann erneut in

seine Heimat, um später über Spanien wieder nach Deutschland zu gelangen. Danach erhielt er eine Duldung, die über einige Jahre jeweils immer zeitlich befristet verlängert wurde. Mitte der 1980er-Jahre wurde ihm diese bei einer Polizeikontrolle entzogen, angeblich da er ohne festen Wohnsitz und ohne Familie in Deutschland lebte, was jedoch nicht seiner tatsächlichen Situation entsprach. Zwar war es ihm mit einer Duldung nicht erlaubt, einen Wohnsitz anzumelden, jedoch mietete er zu dem Zeitpunkt eine Wohnung, war also nicht obdachlos. Ebenso hatte er Familienangehörige hierzulande und er war sogar verheiratet. Die muslimische Ehe wurde jedoch nach deutschem Recht nicht anerkannt, zudem lebte er von Ehefrau und Kindern getrennt.

Interviewerin: „Bis wann hatten Sie die Duldung?“

Patient 12: „Bis '84.“

Interviewerin: „Und danach?“

Patient 12: „Und danach nichts mehr. [...] früher war das immer in diese [...] [Straßenname anonym, Anm.d.Verf.], [...] da gehe ich immer hinsetzen [er besuchte oft ein Lokal, das viel von Landsleuten besucht wurde, Anm.d.Verf.], da ich kein Geld und nichts mehr, [...] die Leute bezahlen mir Kaffee und alles. Und dann [...] nehmen die mich immer mit [er wurde bei einer Polizeikontrolle im Lokal von Polizisten abgeführt, Anm.d.Verf.], obwohl ich keine einzigen Cent in der Tasche hab [...]. Und dann sagt er [ein Polizist, Anm.d.Verf.]: ‚Ja, die Beschuldigte ist [...] ohne feste Wohnsitz, Familienbildung ist nicht bekannt ...‘ Verstehst du, und so weiter und da hat er mir diese Duldung abgenommen. Und dann haben die gesagt: ‚Du musst wieder nach Hause fahren oder irgendwas.‘ Und seitdem habe ich auch nicht mehr.“ (Z. 104ff.)

Er ignorierte die Anweisung zur Ausreise und verblieb ohne Ausweispapiere und ohne Aufenthaltstitel und damit illegal in Deutschland. Einige Zeit später versuchte er mit Hilfe eines Anwaltes, seine Papiere zurückzubekommen und eine Aufenthaltsgenehmigung zu erwerben. Wie er sagte, wurde ihm damals von der Ausländerbehörde versprochen, ihm eine Aufenthaltsgenehmigung auszustellen, wenn er ausreisen und erneut einreisen würde. Nach einem kurzen Aufenthalt in seinem Heimatland wurde ihm jedoch bei der Rückkehr am Flughafen die Wiedereinreise verweigert. Da er unbedingt nach Deutschland zurückkehren wollte, versuchte er die Einreise über Polen. Er beantragte von Polen aus ein Visum, doch auch dort wurde ihm keine Genehmigung erteilt und er musste nach einigen Monaten in sein Heimatland zurückfliegen. Da ihm eine legale Einreise nach Deutschland nicht mehr möglich war, sah er sich gezwungen, einen anderen Weg zu suchen und so kam er schließlich über Polen und Sibirien nach Deutschland zurück, wahrscheinlich unter Umgehung der Grenzkontrollen. Hier

angekommen beantragte er nochmals eine Aufenthaltsgenehmigung, doch auch dieser Antrag wurde abgelehnt und so verblieb er ohne legalen Aufenthaltstitel.

Patient 12: „[...] . Damals war die Probleme, die haben die Ausländerbehörde mich versprochen. Damals habe ich noch einen Anwalt gehabt [...]. Ich hatte damals einen Job, als Geschäftsführer konnte ich mal arbeiten, [...] ich hatte Geld und ich habe immer meine Kinder bezahlt, die habe ich immer Kontakt gehabt, und da sagt Ausländerbehörde: ‚Herr [...] [Name des Patienten anonym, Anm.d.Verf.], Duldung werde ich dir nicht machen, aber ich verspreche es dir, fahren sie nach [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] und dann lass ich dich wieder hierher fliegen.‘ Und dann hat er mit meinem Anwalt gesprochen [...] und hat der Anwalt gesagt: ‚Ja, kein Problem, dann gehen Sie hin.‘ Dann bin ich [...] nach [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] gefahren [...] und dann als ich hier komme, war abgelehnt. Und da muss ich durch Polen kommen, also [...] von Warschau bin ich über die Sibirien jetzt gekommen und dann wieder rein nach Deutschland gekommen.“

Interviewerin: „Über Polen wieder nach Deutschland zurück?“

Patient 12: „Ja, in Polen habe ich auch Visum gemacht, da waren drei Monate Visum, und ich musste drei Monate in Polen bleiben, bis die angerufen haben, es wurde abgelehnt. Dann bin ich wieder Warschau, wieder [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.], habe ich wieder versucht und dann bin ich nach Deutschland. Dann haben die gesagt: ‚Ist abgelehnt.‘ Und dann hab ich hier gesagt: ‚Was soll ich dann () machen?‘ [...]. Und dann bin ich hier [geblieben].“ (Z. 137ff.)

Etwa ein Jahr bevor das Interview stattfand, gelang es ihm über Beziehungen zu Landsleuten, sich beim Konsulat einen neuen Pass ausstellen zu lassen, da der alte in der Zwischenzeit abgelaufen war; ein Visum erhielt er jedoch nicht. Dieses versuchte er sich über eine Kontaktperson zu erkaufen, geriet jedoch an einen Betrüger, wie er sagte. Bei diesem Versuch wurde sein Pass endgültig von der Ausländerbehörde einbehalten und es wurde ihm mitgeteilt, er würde seine Ausweispapiere lediglich zum Zweck einer Ausreise zurückbekommen, wenn er am Flughafen dazu bereitstünde. Da er auch diesmal die Aufforderung zur Ausreise ignorierte, konnte er nun weder Aufenthaltstitel noch Ausweispapiere vorweisen.

Bis auf eine kurze Zeit in den 1980er-Jahren fand er nie einen festen oder geregelten Arbeitsplatz, denn keiner seiner Aufenthaltstitel berechtigte ihn zu einer Arbeitsaufnahme, auch die Duldung nicht. So blieb ihm als einzige Option die Schwarzarbeit, um seinen Unterhalt zu verdienen. Trotzdem gelang es ihm immer wieder, kurzzeitige Jobs zu finden, jedoch wechselten diese häufig und so war er fast ständig auf Arbeitssuche. Viel Geld hatte er dadurch nie, über einige Jahre reichte es aber für das Notwendigste und er konnte sogar zeitweise eine Wohnung mieten, musste diese jedoch aufgeben, wenn das Geld nicht mehr für die Miete ausreichte. Dabei konnte er nie einen

offiziellen Mietvertrag abschließen und durfte auch keinen Wohnsitz anmelden, so dass er auf das Entgegenkommen der jeweiligen Vermieter angewiesen war.

Interview: „Die anderen Jobs, die Sie hatten, war das Schwarzarbeit oder war das auch angemeldet?“

Patient 12: „Nein, habe ich immer bisschen schwarz, dann hab ich keine mehr, ab und zu mal schwarz, ab und zu mal nichts, das ist normal, verstehst du, ab und zu mal. [...] aber das Geld habe ich damals nur gelebt, gespart habe ich davon nichts mehr. Sobald ich bisschen 3 000 Mark gespart habe musste ich mindestens keine Arbeit auch wieder ein paar Monate, ich musste Essen und Trinken und bezahlen die Wohnung [...]. Und jetzt habe ich die Wohnung verloren. Früher habe ich [...] in der [...] [Straßenname anonym, Anm.d.Verf.], da habe ich sieben Monate [gewohnt] und damals auch nicht bezahlt, vor einem Jahr [...] und da haben die mich wieder rausgeschmissen, aber sieben Monate Zeit. [...]“ (Z. 494ff.)

Die unsicheren Lebensumstände und die daraus resultierenden Geldsorgen führten schon vor Jahren zur Trennung von seiner Ehefrau. Auch wandten sich seine Familie und frühere Freunde von ihm ab, die ihn zeitweise unterstützt hatten, so dass er zunehmend auf sich alleine gestellt war.

Interviewerin: „Haben Sie noch mehr Freunde oder Familie hier in Frankfurt?“

Patient 12: „Familie habe ich komplett, aber ich habe jetzt kein Kontakt mehr. [...] ich habe eine Schwester, die sind alle hier geboren, aber irgendwann wann du hast keine Geld, () dann hast du irgendwann keine Kontakt mehr () ... Die haben mir viel damals geholfen, aber heute nicht mehr.“ (Z. 198ff.)

Krankheitsbedingt fand er seit einiger Zeit keine Arbeit mehr, war demnach aktuell arbeitslos und damit auch mittellos. Er erhielt Hilfe von einem Freund, der ihm noch geblieben war, der Arbeit hatte und bei dem er kostenlos wohnen durfte. Dieser war Landsmann und hatte ebenso keinen Aufenthaltstitel. Bei einer Razzia wurde er jedoch kurze Zeit vor dem Interview in Abschiebehaft genommen. Da Patient 12 alleine die Miete nicht zahlen konnte, lief er nun Gefahr, die Wohnung zu verlieren.

Interviewerin: „Haben Sie eine feste Wohnung oder schlafen Sie auf der Straße?“

Patient 12: „Nein, nicht auf der Straße, aber wenn das so weitergeht, dann werde ich irgendwann auf der Straße schlafen. Weil ein Freund, der hat mir immer geholfen, [...] der hat immer gearbeitet, [...] der hat immer einen Job gehabt [...]. Der ist jetzt in Abschiebehaft und jetzt kommt die Besitzer von diese Wohnung [...] und dann sagt er mir: ‚Am 15. will ich mein Geld haben.‘ [...] jetzt ist fast der 15. und ich habe bis jetzt immer noch keine, das ist das Problem.“ (Z. 178ff.)

Trotz aller Widrigkeiten wünschte er, in Deutschland zu bleiben und betrachtete Deutschland mehr als seine Heimat als sein Geburtsland, das er als Teenager verlassen

hatte. Er hatte längere Zeit hier gelebt als dort, Sprache und Kultur seines Geburtslandes waren ihm fremd und zudem waren dort die Aussichten auf dem Arbeitsmarkt sogar noch schlechter. Alternativ konnte er sich lediglich vorstellen, in ein anderes nordafrikanisches Land zu ziehen, was aufgrund der aktuellen politischen Unruhen aber nicht in Frage kam.

Interviewerin: „Warum sind Sie nach Deutschland gekommen ganz am Anfang, ursprünglich, wegen Arbeit, wegen Familie?“

Patient 12: „Wegen Arbeit und wegen Familie, weil ich habe niemand in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.]. Das Problem ist, ich kenne [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] nicht gut, ich kenne diese [...] [Landessprache anonym, Anm.d.Verf.] Sprache nicht so gut, ich bin fast hier aufgewachsen. [...]. Weil Arbeit in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] bekomme ich keine.“ (Z. 211ff.)

Bis auf eine kurze Zeit in den 1980er-Jahren, als er über ein reguläres Angestelltenverhältnis in einer GKV versichert war, war er in den fast vierzig Jahren, die er bereits in Deutschland lebte, nie krankenversichert. Bis vor kurzem hatte er nie gesundheitliche Probleme. Einzige Ausnahme waren ein gebrochener Fuß und einige Verletzungen, die er sich in den 1990er-Jahren im Rahmen einer Polizeirazzia bei einem Sprung aus dem dritten Stock zuzog. Nach seinen Aussagen wurde er damals von den Polizisten verprügelt und später ins Krankenhaus gebracht. Die Kosten für die Behandlung übernahm damals wahrscheinlich das Sozialamt. Da die Razzia nicht ihm gegolten hatte, wurde er nach Abschluss der Behandlung aus dem Krankenhaus entlassen und danach nicht polizeilich gesucht. Vor wenigen Jahren trat nun erstmals eine chronische Erkrankung auf. Anfangs lieh er sich für die Arztbesuche die Versichertenkarte eines Bekannten, bis dieser Deutschland verließ. Vor einigen Monaten kam nun eine zweite chronische Erkrankung hinzu. Zunächst versuchte er, diese selbst zu behandeln, lieh sich Medikamente von Bekannten, erzielte jedoch damit keine anhaltende Besserung, so dass er sich aufgrund seiner aussichtslosen Lage auf die Suche nach Unterstützung machte und so Kontakt zu Hilfseinrichtungen fand.

Patient 12: „[...] da kam ein Buch [...], da habe ich mal angerufen und habe gesagt: ‚Ja, ich bin hier illegal und ich brauch Hilfe [...].‘ Hat er gesagt: ‚Nein, wir verkaufen nur Bücher.‘ [...] ‚Du hast die Telefonnummer von Frankfurt, ruf die mal an da, vielleicht können die dir helfen.‘“ [...]

Patient 12: „[...] und dann habe ich erstmal zweimal irgendwo angerufen, bis die mir gesagt haben: ‚Gehen Sie da zu [...] [Ort einer Hilfseinrichtung anonym, Anm.d.Verf.], [...]‘ [...] und dann bin ich hingegangen, [...] haben wir gesprochen über Kinder, über

meinen Pass und alles Mögliche. Und sie hat gesagt: ‚Die Kinder sind alt, einundzwanzig Jahre, zwanzig Jahre, da kann man nichts mehr machen.‘ Und dann habe ich gesagt: ‚Ich bin auch Diabetes, ich weiß nicht, noch krank und ich nehme Insulin.‘ Da hat sie gesagt: ‚Wenn Sie das haben, dann können wir was machen.‘ [...] ‚Ich hab kein Geld‘, habe ich gesagt. Er hat gesagt: ‚Nein, da gehen Sie zum Malteser.‘ Der hat mir die Adresse [...] aufgeschrieben, was ich brauche, also ein Attest und dann bin ich hier hin [MMM, Anm.d.Verf.] gekommen. Und seitdem komme ich her.“ [...]

Interviewerin: „Und die helfen Ihnen, ob Sie jetzt einen Aufenthalt bekommen können?“

Patient 12: „Ja, die hat gesagt: ‚Ja, 90 % haben wir Chancen.‘“ (Z. 372ff.)

Zum Zeitpunkt des Interviews versuchte er mit der Unterstützung von Rechtsanwalt und Ärzten über die Attestierung eines Abschiebehindernisses aus medizinischen Gründen einen legalen Aufenthaltstitel zu bekommen. In seinem Heimatland wäre eine adäquate Behandlung nicht möglich gewesen, so dass dies durchaus Aussicht auf Erfolg hatte.

Interviewerin: „Haben Sie denn in [...] [Heimatland anonym, Anm.d.Verf.] eine Krankenversicherung oder hatten Sie eine?“

Patient 12: „Nein. () Da gibt es keine Krankenversicherung, sonst bin ich schon längst da. [...]“ [...]

Patient 12: „Ich war beim Arzt gewesen, [...] da hat er mir irgendwas verschreiben, [...] aber da musste ich gleich bezahlen damals, umsonst bekommst du gar keine mehr. Musst du jeden Arzt bezahlen, die Medikamente auch selbst bezahlen.“ (Z. 545ff.)

Mit der Legalisierung seines Aufenthaltes hätte er die Möglichkeit, ein Angestelltenverhältnis einzugehen, damit in eine Pflichtversicherung einzutreten und so eine reguläre medizinische Versorgung zu erhalten. Bis zum Abschluss der Datenerhebungsphase war eine Eingliederung ins Regelsystem jedoch noch nicht gelungen.

Das Fallbeispiel von Patient 12 veranschaulicht, wie Migranten durch die Illegalisierung ihres Aufenthaltes in widrige Lebensumstände gezwungen werden, in denen ein geregelter Alltag und eine Zukunftsplanung kaum möglich sind. Dabei erstaunt, dass viele dennoch die Rückkehr in ihr Heimatland ablehnen, stattdessen ein Leben in der Illegalität vorziehen und damit auch in Kauf nehmen, dass ihnen der Zugang zu medizinischer Versorgung versperrt bleibt. Erklärbar ist dies nur damit, dass die Lebensumstände im Heimatland noch bedrückender sein müssen, so dass eine Rückkehr trotz allem keine Alternative darstellt.

5.4.13 Touristen und Besucher

In den Interviews wurden keine Beispiele von Touristen oder Besuchern ohne oder ohne ausreichende Krankenversicherung erfasst. Nach den Aussagen einiger Experten treten jedoch immer wieder derartige Fälle auf. Da sie sich von anderen Grund-situationen unterscheiden, wird in einem eigenen Kapitel kurz auf sie eingegangen.

Die Stadt Frankfurt ist neben touristischem Reiseziel auch häufig Ziel für Geschäfts-reisende verschiedenster Nationalitäten. Zwar sollten Touristen und Geschäftsreisende eine Reisekrankenversicherung abschließen, doch zeigt die Erfahrung der Experten, dass dies nicht immer getan wird, wenn es nicht zur Ausstellung eines Visums erforderlich ist. Im günstigeren Fall verfügen die Reisenden bei einer Erkrankung über genügend finanzielle Mittel, um selbst für die Behandlungskosten aufzukommen, so dass ihnen die medizinische Versorgung direkt und persönlich in Rechnung gestellt werden kann. Die behandelnde Einrichtung kann die Patienten dann als sogenannte Selbstzahler ohne Krankenversicherung verbuchen. Laut Experte 9, niedergelassener Arzt, funktionierte dieses Vorgehen in seiner Praxis bei einer bestimmten Patienten-gruppe gut. Durch ein in der Nähe seiner Praxis gelegenes Hotel kamen des Öfteren Reisende als Patienten zu ihm, denen zumeist jedoch genug Geld zur Verfügung stand, um eine Privatrechnung direkt vor Ort zu bezahlen.

Experte 9: „[...] Wir haben ja das [...] [Hotel anonym, Anm.d. Verf.] direkt vor uns [...], da kommen natürlich auch dauernd Leute.“

Interviewerin: „Das heißt Touristen?“

Experte 9: „Klar, die auf Durchreise sind und da sind auch manche nicht kranken-versichert.“ [...]

Interviewerin: „Haben die denn eine Reiseversicherung oder auch das oft nicht?“

Experte 9: „Das wäre mir jetzt egal oder ich weiß es nicht, weil die zahlen. Wenn die ihre Hotelrechnung bezahlen.“

Interviewerin: „Das heißt die zahlen privat in der Regel, diese Leute?“

Experte 9: „Dann kriegen die eine Rechnung und dann müssen die halt zuhause gucken wie sie damit zurechtkommen, Reiseversicherung und so.“ [...]

Experte 9: „Das ist im Gegensatz zu diesen armen Menschen, läuft das im Voraus, aus vielen schlechten Erfahrungen in all den Jahren. Ich sage denen dann, was wir machen und was gemacht werden muss und ob sie einverstanden sind. Dann wollen die natürlich wissen, was das kostet und dann schreibe ich die Rechnung so als hätte ich es schon gemacht und zeige es denen und dann muss die bezahlt werden und dann mache ich das.“ (Z. 640ff.)

Sind Patienten nicht in der Lage, eine Privatrechnung vor Ort zu begleichen oder tritt eine schwerwiegende Erkrankung ein, die eine aufwendige Behandlung mit dementsprechend hohen Behandlungskosten zur Folge hat und kann keine Rückführung in das Heimatland erfolgen, ist die Handhabung entsprechend problematischer. In so einem Fall kann der Patient meist nicht ambulant bei einem niedergelassenen Arzt behandelt werden, sondern muss in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Ist eine medizinische Versorgung zwingend und dringend notwendig, wird sie ohne vorherige Kostenklärung erfolgen. Kann der Patient selbst oder sein privates Umfeld die Behandlungskosten im Nachhinein nicht begleichen, kann es passieren, dass eine Kostenerstattung ausbleibt und die versorgende Einrichtung selbst die Kosten tragen muss.

Zusätzlich zu Personen mit Frankfurt als geplantem Reiseziel, müssen durch die internationale Anbindung über den Flughafen auch immer wieder Durchreisende medizinisch versorgt werden. Erkrankt eine Person auf dem Weg zu einem anderen Reiseziel und ist eine akute Behandlung erforderlich, wird die Person je nach Krankheitsbild direkt am Flughafen medizinisch versorgt oder vom Flughafen zur Behandlung in ein Krankenhaus transportiert. Waren weder ein Aufenthalt noch eine medizinische Behandlung in Deutschland vorgesehen, so verfügen Betroffene möglicherweise nicht über einen adäquaten Krankenversicherungsschutz. Liegt ein medizinischer Notfall vor, müssen Durchreisende aber genauso wie andere Touristen und Deutschlandreisende medizinisch versorgt werden, auch wenn die spätere Bezahlung nicht gesichert ist. Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, berichtete, dass derartige Fälle im Krankenhaus immer wieder vorkommen würden und schilderte die Schwierigkeiten anhand eines Beispielfalles.

Expertin 7: „[...] die Durchreisenden. Also die, die hier eigentlich gar nicht sein wollen, die aber aufgrund einer bestimmten Situation dann hier im Krankenhaus, also vom Flughafen kriegen wir ab und zu Leute, die dann unter Umständen nicht versichert sind, manche haben eine Versicherung, aber nicht alle.“ [...]

Interviewerin: „Was machen Sie dann in diesen Fällen? Zahlen die Leute das dann privat?“

Expertin 7: „Das ist unterschiedlich. Manche haben dann tatsächlich Vereinbarungen hier mit dem Haus, dass sie privat zahlen, wobei das nicht alle tun, auch wenn sie hier was unterschrieben haben, aber wenn sie dann eben tausende von Kilometern entfernt sind, interessiert das vielleicht nicht mehr ganz so sehr. Manchmal sind es dramatische Situationen eben einfach auch. Ich kann mich daran erinnern an einen Herren, der

schwer erkrankt von seiner Tochter ins Heimatland, aus den Staaten nach Pakistan gebracht werden sollte, der dann hier verstorben ist, weil es ihm einfach so schlecht ging und der Flug wohl auch anstrengend war. Der hatte keinen Versicherungsschutz in den Staaten, oder jedenfalls nicht so, dass das hier gezahlt wurde und [...] die hatten damals einen Vertrag hier unterschrieben und gesagt, sie zahlen das dann privat. Und ich weiß, dass mehrere Monate später noch nichts gezahlt war [...].“

Interviewerin: „Das ist ja dann auch schwierig, das kann man ja nicht eintreiben. Man hat ja dann keinen Kontakt zu den Leuten.“

Expertin 7: „Nein, das ist schwierig denke ich. Also man kann dann natürlich die Leute nochmal anschreiben und mahnen, wenn man eine Adresse hat, aber ansonsten geht das eben schlecht. Also das kommt schon auch vor, dass Leute, die einfach vom Flughafen dann hierherkommen und jetzt aus Ländern, wo eben kein Versicherungsschutz ist oder wo eben keine entsprechenden Abkommen sind oder die keine Reiseversicherung haben.“ (Z. 725ff.)

Bedingt durch den hohen Migrantanteil unter den Einwohnern Frankfurts, finden sich unter den Patienten der Hilfseinrichtungen (v.a. der MMM und der Internationalen humanitären Sprechstunde des Gesundheitsamtes) immer wieder Personen, die nur eine begrenzte Zeit zu Besuch bei ihren Familienangehörigen in Deutschland sind und danach wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Reisen Familienangehörige mit Touristen- bzw. Besuchervisum ein, muss in der Regel auch eine Reisekrankenversicherung vorliegen. Doch selbst wenn diese vorhanden ist, deckt sie nur akute Erkrankungen ab. Bei den Personen, die als Besucher in Deutschland sind und als Patienten Hilfseinrichtungen aufsuchen, handelt es sich typischerweise um ältere, bereits chronisch erkrankte Familienangehörige von Migranten armer Ursprungsländer. Ist die medizinische Versorgung in den Heimatländern schlecht oder nicht gegeben, findet also auch dort trotz dauerhaften Behandlungsbedarfs keine entsprechende Versorgung statt. Die Betroffenen erhoffen sich dann eine kostenlose Untersuchung und Behandlung während ihres Besuches in Deutschland. Da die Reisekrankenversicherung jedoch keine Behandlung chronischer Erkrankungen beinhaltet, ist dies im regulären Versorgungssystem nicht möglich und so wenden sie sich an Hilfseinrichtungen. Nachdem oft tatsächlich Behandlungsbedarf besteht, liegt es nun in der Verantwortung der um Hilfe ersuchten Ärzte, die Dringlichkeit und den Nutzen abzuwägen und gegebenenfalls eine kostenlose Behandlung durchzuführen. Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, wusste von verschiedenen Fällen solcher Besucher zu berichten, die sich in seiner Sprechstunde vorgestellt hatten.

Interviewerin: „Das heißt, du hast auch Touristen als Patienten?“

Experte 1: „Ja, vor allem die Besucher, [...] das ist ja gehäuft aus [...] oder [...] [Namen zweier nordafrikanischer Länder anonym, Anm. d. Verf.]. Die Besucher kommen teilweise mit einer Reiseversicherung, weil es [...] sogar Pflicht ist, [...] damit wenigstens die akuten Fälle abgedeckt sind. Aber die Frau mit der Herzinsuffizienz, von der ich vorhin erzählt habe, die hatte eine Reiseversicherung, aber die kommt da nicht zum Tragen, weil das ist eine Krankheit, die seit Jahren besteht, das kann man nicht als akuten Notfall bezeichnen, höchstens wenn sie wirklich akut dekompenziert, vielleicht wäre da was gegangen, aber so krass war es dann auch wieder nicht, dass sie jetzt von einem Tag auf den anderen ins Krankenhaus musste. [...]“ (Z. 462ff.)

Manchmal wird mit der Einreise von Familienangehörigen in Migrantenfamilien kein zeitlich begrenzter Besuch beabsichtigt, sondern vielmehr eine Familienzusammenführung mit dauerhaftem Aufenthalt der nachkommenden Familienmitglieder. Je nachdem, um welche Nationalität es sich handelt, ist eine Einreise ohne Krankenversicherung möglich oder zumindest eine Reisekrankenversicherung erforderlich. Den Experten zufolge holen in Deutschland lebende Migranten jedoch häufig kranke und ältere Familienangehörige zu sich, z. B. ihre Eltern. Auch wenn sie selbst krankenversichert sind, sind sie möglicherweise finanziell nicht in der Lage, auch eine Krankenversicherung für ihre Familienangehörigen zu bezahlen, so dass sie letztlich auf medizinische Hilfseinrichtungen zurückgreifen müssen. Expertin 12, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, begegneten immer wieder derartige Konstellationen.

Expertin 12: „[...] Dann gibt es natürlich auch Personen, die Familienangehörige nachziehen lassen, zum Beispiel Eltern, die in Rente sind [...] und müssten aber hier für den Familiennachzug entsprechende Voraussetzung erfüllen, können das aber nicht. Sie holen die Familienmitglieder aber trotzdem nach, sprich Kranke, Alte, Eltern. Und dann gibt es auch, also wenn die Personen nicht so viel Einkommen haben und das Einkommen nicht ausreicht oder gar ALG II beziehen, dann können sie für die Eltern dann ja gar nicht sorgen.“ (Z. 278ff.)

Egal mit welchen Motiven eine Person einreist, ob als Tourist oder auf Geschäftsreise, auf Arbeitssuche, zwecks einer Familienzusammenführung oder aus anderen Gründen, die Problematik liegt letztlich darin, dass entweder überhaupt keine Krankenversicherung vorliegt oder nur ein begrenzter Versicherungsschutz. Denn einerseits deckt eine Reisekrankenversicherung nur akute Erkrankungen ab, andererseits ist sie nicht für einen dauerhaften Aufenthalt ausgelegt, sondern zeitlich befristet. Neben Reisenden ohne Krankenversicherung können also auch Reisende mit Reisekrankenversicherung zu den Nichtversicherten gezählt werden, da diese keinen ausreichenden

Versicherungsschutz bietet. Sind sie in der Lage die Behandlungskosten als Selbstzahler zu tragen, bleibt dies ohne weitere Konsequenz. Besteht Behandlungsbedarf und ist eine Kostendeckung nicht garantiert, liegt es an den Behandelnden, die Notwendigkeit und Dringlichkeit abzuwägen und den Patienten gegebenenfalls abzuweisen. Im Gegensatz zu anderen Ländern besteht in Deutschland jedoch eine gesetzliche Pflicht zur medizinischen Versorgung, sofern es sich um einen Notfall handelt und die Behandlung lebensnotwendig ist, und zwar unabhängig von Aufenthaltsstatus und Nationalität des Patienten. Welche Konflikte sich daraus ergeben, wird in Kapitel 6 diskutiert.

5.5 Strukturelle Hindernisse für die Eingliederung Nichtversicherter ins Regelsystem

Neben den im vorhergehenden Kapitel dargestellten Grundsituationen von Nichtversicherung lässt sich in der Analyse der Interviews eine zweite Komponente herausarbeiten, die Einfluss auf Erfolg und Misserfolg der Eingliederungsversuche Nichtversicherter in das Regelsystem hat. Dies sind die personenunabhängigen Strukturen des Regelsystems, die die äußeren Bedingungen für das Entstehen von Nichtversicherung vorgeben. Da sie die Eingliederung der Betroffenen ins Regelsystem verhindern oder erschweren können, wird hier von strukturellen Hindernissen gesprochen. Sie ergeben sich unter anderem aus der Gesetzgebung zur Krankenversicherungspflicht, dem Aufbau des Sozialleistungssystems und aus aufenthaltsrechtlichen Regelungen für Migranten, die zur Verständnisgrundlage in Kapitel 2.4 ausgeführt wurden. Die Zusammenfassung der Expertenaussagen hierzu findet sich in einer tabellarischen Übersicht in Kapitel 5.3.4. Stellenweise wurden einzelne strukturelle Hindernisse bereits in Zusammenhang mit den jeweiligen Grundsituationen erwähnt, da sie in enger, wechselseitiger Beziehung zueinander stehen. In dem Bewusstsein, dass es dadurch in diesem Kapitel zu einigen Redundanzen kommt, wird die Trennung der beiden Komponenten in der Ergebnisdarstellung beibehalten, da sie für das Verständnis der Gesamtproblematik als relevant erachtet wird.

5.5.1 Zunehmende Komplexität und Bürokratie des Regelsystems durch Gesundheits- und Sozialreformen

Im Zuge der Sozial- und Gesundheitsreformen fand seit 2003 eine umfassende Umstrukturierung des Sozialleistungs- und des Krankenversicherungssystems statt. Als Folge zeigt sich eine Zunahme der Komplexität des Regelsystems, die sich bereits im Ausmaß des Gesetzestextes widerspiegelt, der die rechtliche Grundlage der Sozialgesetzgebung bildet. So wurde das frühere Bundessozialhilfegesetz abgelöst vom weitaus umfangreicheren Sozialgesetzbuch (SGB), das in zwölf Bücher untergliedert ist und darüber hinaus durch zusätzliche Bestimmungen und Richtlinien ergänzt wird. Experte 10, Arzt im Amt für Gesundheit, veranschaulichte den enormen Umfang der Gesetzesgrundlage mit einem Verweis auf sein Bücherregal.

Experte 10: „[...] Das war das frühere Bundessozialhilfegesetz und jetzt gibt es eben die zwölf Sozialgesetzbücher, das ist bloß die Textsammlung. Das wird eben immer undurchsichtiger, immer anspruchsvoller, immer komplexer, da können Sie sich vorstellen, wenn wir das in so einer Behörde schon mit einigem Aufwand versuchen, den Überblick zu behalten, dann ist das für den Ottonormalverbraucher draußen so gut wie aussichtslos.“ (Z. 1325ff.)

Auch andere Experten wiesen darauf hin, dass es in Anbetracht des Umfangs der Gesetzgebung und der Vielzahl der neuen Regelungen nicht nur den Mitarbeitern in Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern schwer falle, den Überblick zu behalten, sondern auch dem Fachpersonal und zuständigen Mitarbeitern in Behörden und Krankenkassen; ganz abgesehen von den Hilfesuchenden selbst. Bei der Auswertung der Interviews fiel auf, dass die Antworten der Experten bezüglich der bestehenden Regelungen unvollständig waren und sich teils widersprachen. Es wird angenommen, dass keine bewussten Falschangaben gemacht wurden, so dass diese Beobachtung bestätigt, dass selbst unter den Experten in manchen Punkten Unklarheit über die geltenden Gesetze besteht und wie diese im konkreten Fall umzusetzen sind. Dies hat zur Folge, dass einerseits gegenüber Betroffenen, die um Rat fragen und andererseits gegenüber Mitarbeitern von Hilfseinrichtungen oder Krankenhäusern, die sich mit Nachfragen an Behörden und Krankenkassen wenden, zuweilen falsche und widersprüchliche Angaben gemacht werden. So berichteten mehrere Interviewpartner, sowohl unter den befragten Patienten als auch den Experten, falsche Auskünfte erhalten zu haben.

Unklarheiten zeigen sich insbesondere bei den Fragen, welche Krankenkasse oder Behörde für eine Person zuständig ist, ob eine Person der PKV oder GKV zuzuordnen ist, wie sich dies unter Sozialleistungsbezug verhält, wer die Kosten einer akut notwendigen medizinischen Behandlung trägt, solange eine Wiedereingliederung nicht abgeschlossen ist und ähnliches. Expertin 4, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, schilderte die Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung der Gesetze am Beispiel eines Neuantrags auf eine Krankenversicherung im Rahmen eines ALG-II-Antrags. Hierbei sprach sie einen Punkt an, der in späteren Kapiteln aufgegriffen wird, nämlich, dass im Zuge der gesetzlichen Veränderungen vom Antragsteller mehr Eigenverantwortung bei der Klärung der Versicherungssituation verlangt wird, was für bestimmte Personengruppen problematisch ist und besonders dann zu Schwierigkeiten führt, wenn die Informationslage uneinheitlich ist.

Interviewerin: „[...] mit wem setzt ihr euch jetzt in Verbindung, wenn ein Klient [...] kommt, der keine Krankenversicherung hat?“

Expertin 4: „Auch das Jobcenter, nur die kümmern sich nicht drum. Die sagen: ‚Wenn der ALG II kriegt, dann zahlen wir auch die Krankenversicherungsbeiträge.‘ Aber bei wem und wo und wie hoch?! – ‚Haben wir nichts mit zu tun, muss derjenige selber klären.‘ Und da beginnt die Krux, also gerade mit den besonderen sozialen Schwierigkeiten, die können nicht zu verschiedenen Krankenversicherungen gehen und fragen, ob sie da aufgenommen werden können oder nicht. Zum Teil kriegt man auch unterschiedliche Informationen, [...] dass ich dann selber auch anfangs irgendwann zu schwimmen. Da wird immer geguckt die letzten Jahre, [...] wo waren sie versichert bevor sie im Ausland, im Gefängnis, oder so waren, und dann wissen sie es zum Teil nicht oder sie waren irgendwie nur mitversichert. Dann sagt die eine Krankenkasse: ‚Mitversichert zählt nicht.‘ Die andere sagt: ‚Mitversichert ist ja mitversichert.‘ Und dann beginnen die unterschiedlichen Informationen. Und die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] sagt irgendwann: ‚Nein, machen wir auch nicht, wenn jemand in einer anderen Versicherung war.‘ Und dann beginnen die Auseinandersetzungen.“ (Z. 175ff.)

Auch Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, räumte ein, dass durch die Gesetzesänderungen der letzten Jahre die Komplexität derart zugenommen habe, dass die Regelungen stellenweise auch für Fachpersonal unübersichtlich seien und dies zu Fehlinformation von Hilfesuchenden und fälschlicherweise abgelehnten Anfragen führen könne, insbesondere in der Anfangszeit nach einer Gesetzesänderung. Dies wiederum wirke abschreckend auf die Betroffenen und so würden manchmal Eingliederungsversuche abgebrochen, obwohl ein Leistungsbezug prinzipiell möglich wäre – vor allem wenn die betreffenden Personen durch zusätzliche Schwierigkeiten, wie beispielsweise eine psychische Erkrankung, belastet seien.

Interviewerin: „[...] Das ist schon alles ziemlich kompliziert, oder?!“

Expertin 21: „Ja. Also es ist unglaublich da durchzublicken und deswegen gab es auch früher sehr viele Probleme damit, jetzt mittlerweile ist da Routine drin und wir wissen, was wir machen können. Ich glaube, es ist immer noch im Kopf auch bei vielen Leuten einfach die alten Regelungen und das macht auch ein bisschen Angst und wenn es mir schon schwerfällt durch diese Regelungen durchzublicken, wie kann ich das dann von einem Kunden erwarten, der vielleicht sogar noch Probleme hat, psychische oder physische. Es ist nicht sehr leicht, oft wird von einigen Stellen abgeblockt und dann wird es nicht weiter versucht, obwohl es Möglichkeiten gäbe. Ich denke, das ist die größte Problematik momentan.“ (Z. 1144ff.)

Manche Unklarheiten in den ersten Monaten und Jahren nach einer Gesetzesänderung sind wiederum durch Gesetzeslücken erklärbar. Werden einzelne Konstellationen vom Gesetzgeber nicht bedacht, wird dies erst durch Probleme in der praktischen Umsetzung bemerkt, wenn Leistungsansprüche nicht eingefordert werden können. In den Falldarstellungen wurde deutlich, dass Nichtversicherung selten ein isoliertes Problem darstellt, sondern zumeist verwoben ist in einen Problemkomplex, der sich aus unglücklichen Umständen, Lebenskrisen und besonderen Lebenslagen ergibt. Dadurch können Betroffene in mehrere Zuständigkeitsbereiche fallen und es kann Unklarheit darüber entstehen, welche Gesetze auf den speziellen Fall anzuwenden sind. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, bestätigte, dass Unstimmigkeiten insbesondere bei komplexen Einzelfällen auftreten, die sich nicht ohne weiteres in das Schema der Gesetzestexte einordnen lassen. Juristische Klagen vor dem Sozialgericht seien daher nach seiner Aussage nicht ungewöhnlich. So würden Gesetzesänderungen die Abläufe immer erst einmal verkomplizieren, bis den Mitarbeitern die neuen Arbeitsschritte geläufig wären und die notwendigen Gesetzesnachbesserungen erfolgt seien.

Experte 18: „[...] Durch Einführung der Pflichtversicherung ist es tatsächlich erstmal komplizierter geworden, [...] aber das ist bei allen neuen Gesetzen so [...]. Das dauert und auch der Gesetzgeber oder die Gesetzgebung muss anhand auch von Grundsatzurteilen dann bei Streitfällen für so eine Rechtssicherheit sorgen. Das ist nicht ungewöhnlich, dass es am Anfang etwas holprig ist und komplizierter wird. Ich denke, das wird wahrscheinlich auch noch einige Jahre so gehen, dass bestimmte Streitfälle dann tatsächlich geklärt werden. [...] Hier geht es ja auch um eine Einzelentscheidung von der Person her [...]. Man kann da einfach nie sagen, das ist pauschal immer alles gleich, wenn wir versuchen, da jemanden in die gesetzliche Pflicht-Krankenversicherung zu bekommen, da gibt es wirklich so viele Gründe wo man dann auch eine andere gesetzliche Grundlage beachten muss, dass man nicht sagen kann, das kann man alles über einen Kamm scheren. [...]“ (Z. 1225ff.)

Viele Streitfälle in der ersten Zeit nach einer Gesetzesänderung sind demnach mit Gesetzeslücken und Unsicherheiten bezüglich der Umsetzung der neuen Vorgaben erklärt und können durch juristische Urteile ausgeräumt werden. Dennoch schilderte Experte 18 darüber hinausgehend Schwierigkeiten im Kontakt zwischen Sozialamt und Krankenkassen und vermutete hinter dem ablehnenden Verhalten der Krankenkassen unattraktiven Kunden gegenüber eine gewisse Systematik und Taktik.

Experte 18: „[...] und wir mit den Krankenkassen auch in unterschiedlichen Widerspruchsverfahren [...] waren, weil es schwierig war, Personen in eine gesetzliche Krankenversicherung wieder zurückzubekommen, [...] aber auch erst jetzt im Laufe der letzten zwei Jahre auch Grundsatzurteile erfolgt sind, die da auch zu einer Klärung geführt haben.“

Interviewerin: „Ich dachte auch, seit Einführung der Versicherungspflicht sollte damit klar zugeordnet werden können, wer wohin gehört [...]. Aber so einfach scheint es nicht zu sein.“

Experte 18: „Ja, genau. Aber so einfach ist es nicht. [...] und die Krankenkassen sehr findig waren, die Aufnahme zu verhindern. Das waren diverse Gründe, sei es, dass sie argumentiert hatten, dass jemand dann die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht erfüllt, sei es, dass Fristen nicht eingehalten wurden, ja auch einfach falsche rechtliche Angaben gemacht worden sind, also dass Klienten einfach falsch informiert wurden.“ [...]

Experte 18: „[...] auch bei den Sachbearbeitern und bei den Krankenkassen gab es auch eine große Unsicherheit mit Einführung der Möglichkeit der Pflichtversicherung und ich denke, es hat zum Teil auch ein Stück System dahinter gesteckt, dass gerade die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] weil die halt befürchtet hat, sie bekommen, sagen wir mal, die ganzen teuren Fälle, weil gerade Personen, die viele Jahre nicht versichert waren, die jetzt mit größeren Krankheitsbildern dann hier aufgeschlagen sind, sind dann sehr teure Klienten. Dann hat sich die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] natürlich auch ein Stück gewehrt diese Klienten auch aufzunehmen, [...] natürlich nicht offiziell, aber wir haben für uns schon so den Eindruck gehabt, dass da schon so eine Verhinderungstaktik dahinterstand.“ (Z. 643ff.)

Auch andere Interviewpartner, sowohl Patienten als auch Experten, kritisierten das Verhalten der Leistungsträger, insbesondere der Krankenkassen, da diese erfahrungsgemäß häufig ihre Zuständigkeit als Kostenträger für unattraktive Kunden abzuwenden versuchten (siehe auch Kapitel 5.5.5 und 5.5.6). Expertin 4, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, brachte dies zum Ausdruck.

Expertin 4: „[...] Sie versuchen, sie abzuwimmeln, aber eigentlich müssten die wissen, wenn man zuletzt in der Privaten war, dann kommt man nicht mehr in die Gesetzliche zurück. Denen dann den Mund schmackhaft machen und sagen: ‚Versuchen Sie es doch in der Gesetzlichen, das ist für Sie günstiger in ihrer Situation.‘ – ist ja dann eigentlich eine Lüge.“ (Z. 963ff.)

Aufgrund der Fülle der Gesetzesgrundlage ist also denkbar, dass Mitarbeitern des jeweiligen Leistungsträgers einzelne Maßgaben nicht bekannt sind und dadurch unbeabsichtigt und unwissentlich falsche Angaben gemacht werden. Da als Folge daraus aber Leistungsansprüche verloren gehen können, kann das Verhalten der Leistungsträger hinterfragt werden und so wurde von manchen Experten der Verdacht geäußert, dass stellenweise auch bewusste Falschangaben und lückenhafte Informationen zum eigenen Vorteil gereichen sollen. Denn die betroffenen Nichtversicherten, die den Einstieg in das Krankenversicherungssystem und ggf. auch das Sozialleistungssystem versuchen, sind wiederum auf die Richtigkeit der Informationen der Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen angewiesen, da nicht von ihnen erwartet werden kann, alle gesetzlichen Regelungen zu kennen und zu verstehen. Unwissenheit über Leistungsansprüche und wie diese korrekt beantragt werden können, z. B. aufgrund fehlender Information oder Falschinformation, können demzufolge Grund dafür sein, dass eine Eingliederung misslingt. Gehen Betroffene z. B. fälschlicherweise in der Annahme, keine Ansprüche zu haben, so wird ein Antrag auf Sozialleistungen oder eine Krankenversicherung manchmal gar nicht erst gestellt. In anderen Fällen werden Anträge zwar eingereicht, aber abgelehnt, da sie nicht korrekt ausgefüllt sind oder an die falsche Institution gerichtet wurden. Auf der anderen Seite können Bearbeitungsfehler auf Seiten der Leistungsträger dazu führen, dass ein Versicherungsabschluss oder der Bezug von Sozialleistungen nicht zustande kommen. Beispiele dafür fanden sich auch unter den interviewten Patienten. So berichtete Patient 20 (siehe Kapitel 5.4.1), wie sein Anspruch auf Zuzahlung und Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge von den Sachbearbeitern des Jobcenters übersehen wurde bzw. er nicht darüber informiert wurde. So glaubte er zunächst, keinen Leistungsanspruch zu haben und trat erst verzögert in Sozialleistungsbezug und eine Krankenversicherung ein. Bei den Patienten 10 und 17 (siehe Kapitel 5.4.2 bzw. 5.4.8) verhinderten Bearbeitungsfehler von Seiten des Jobcenters den Eintritt in eine Krankenversicherung, da fälschlicherweise ein Versicherungsabschluss dokumentiert wurde. Dass die Fehler so lange unbemerkt bleiben konnten, liegt unter anderem an dem fehlenden Informationsaustausch zwischen Jobcenter und Krankenkassen; auf diesen Punkt wird in Kapitel 5.5.3 eingegangen.

Zusätzlich dazu treten Schwierigkeiten in der Anwendung der Gesetze auf, da manche Lebenslagen in der Gesetzgebung überhaupt nicht berücksichtigt sind. Nach Meinung der Experten ist dies Ausdruck dessen, dass gewisse Lebensweisen vom Staat nicht erwünscht sind, wie z. B. umherziehende Obdachlose. Gerade diejenigen aber, die sich aufgrund ihrer Lebensweise nicht in die Gesellschaft integrieren, sind besonders von Nichtversicherung betroffen und benötigen besondere Hilfestellung. Für die Eingliederung ins Regelsystem müssen sie jedoch Bedingungen erfüllen, die ihrer Lebensweise widersprechen. Wird quasi vorausgesetzt, dass die Betroffenen ihre Lebensweise grundlegend ändern, so ist das Gesetz für gewisse Personengruppen schwer umsetzbar. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, erwähnte diesen Aspekt und nannte das Beispiel der Obdachlosen, für die die Wohnsitzmeldung ein Hindernis für den Leistungsbezug darstellt.

Expertin 8: „Ich finde das gar nicht umsetzbar [...]. Weil eigentlich ist diese Möglichkeit der Versicherung ja gerade für diese Klientel, die keine Versicherung haben, keinen festen Wohnsitz und wirklich so am Abgrund leben, geschaffen worden. Aber es gibt da so viele Steine, die in den Weg gelegt wurden, schon alleine ich muss eine Adresse haben, wo man mir die Sachen hinschicken kann. Das ist ja schon ein Grundfehlerverhalten, weil da zwinge ich ja den Menschen wieder in irgendeine Schublade, das heißt ich muss den sesshaft machen, was der ja vielleicht gar nicht will. Ich drücke dem eigentlich eine Lebensweise auf, die er vielleicht vor Jahren schon abgelegt hat, weil er das einfach nicht wollte. Und ich denke mal, da ist eher das Problem.“ (Z. 1165ff.)

Die Meldung eines Wohnsitzes ist eine der Voraussetzungen dafür, staatliche Leistungen beantragen zu können. Wohnsitzlose können statt einem Wohnsitz eine Postadresse an dem Ort anmelden, an dem sie sich die meiste Zeit aufhalten. In Frankfurt bietet die CASA 21 diese Möglichkeit an. Eine Meldeadresse ist nicht nur für die Zustellung von Unterlagen notwendig, sondern auch da der Zuständigkeitsbereich der Behörden nach dem aktuellen Wohnort festgelegt wird. Daher kann ein Wechsel des Wohn- oder Aufenthaltsortes ebenso einen Wechsel in der Zuordnung zu Ämtern nach sich ziehen. Für umherziehende Obdachlose stellt sich daher die Schwierigkeit, dass sie ohne festen Aufenthaltsort keine Postadresse anmelden können oder diese häufig ummelden müssen und dadurch ständig in neue Zuständigkeitsbereiche fallen. Unter den interviewten Patienten berichtete Patient 18 (siehe Kapitel 5.4.3), wie er durch die häufigen Ortswechsel als umherziehender Obdachloser wiederholt aus dem Bezug von ALG II ausschied, wenn die Zuständigkeit der einen lokalen Behörde erlosch

und er sich nicht fristgerecht an einem neuen Ort anmeldete. Auch ein Wohnungsverlust kann die Frage der Zuständigkeit verkomplizieren, was bei Patient 21 (siehe Kapitel 5.4.2) und seiner Familie der Fall war. Indem mehrere unglückliche Lebenssituationen aufeinandertrafen, unter anderem ein Wohnungsverlust, kam es in seinem Fall zu einem Wechsel des Zuständigkeitsbereiches der Behörden, der den Leistungsbezug verzögerte.

Die Gesetzgebung sieht nur wenige Ausnahmeregelungen vor, die als eine Reaktion auf außergewöhnliche Situationen und Sonderfälle zum Einsatz kommen können. In Anbetracht von besonderen Lebenslagen und Ausnahmefällen stellt sich das Regelsystem mit seinem bürokratischen Apparat und standardisierten Verfahrensweisen demzufolge als ein unflexibles System dar. Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, bestätigte diese Problematik und dass gewisse Lebensweisen in der Gesetzgebung nicht vorgesehen seien. Sie beschrieb den Konflikt, der sich in solchen Fällen für Mitarbeiter in Behörden ergeben kann, wenn zwar die Hilfebedürftigkeit einer Person erkannt wird, den Mitarbeitern aber ohne Ausnahmeregelungen keine Möglichkeit gegeben ist, darauf zu reagieren und staatliche Hilfen zu bewilligen, auch wenn nicht alle formalen Voraussetzungen dafür erfüllt werden.

Expertin 21: „[...] Ich glaube, es liegt an dem Umdenken, [...] dass das nicht mehr geplant ist, also diese Nicht-Sesshaften einfach in den Köpfen nicht drin [sind], es ist alles auf eine längerfristige Versorgung eingerichtet, du sollst dich stetig an einem Platz aufhalten, du sollst ein geregeltes Leben haben, und das von Leuten zu verlangen, die das zwanzig oder zehn Jahre nicht gelebt haben, dafür fehlt einfach das Verständnis. Wir müssen das machen, was der Gesetzgeber uns vorgibt, wir sind an die Gesetze gebunden und er verlangt halt viele Voraussetzungen bei der Anspruchsprüfung, auf die können wir nicht verzichten. [...]“ [...]

Expertin 21: „[...] Was uns auffällt ist, dass wir oft sehr starr sind und wir uns manchmal ein bisschen mehr Beweglichkeit wünschen, um auf Sondersituationen zum Beispiel Rücksicht zu nehmen. Ich weiß, ich hatte oft das Gefühl, ich hatte Kunden vor mir sitzen und ich wollte ihnen helfen. Ich habe die Notsituation schon begriffen, hatte aber keine gesetzliche Grundlage irgendwas zu machen. Da habe ich mich oft auch dann hilflos oder allein gefühlt, da habe ich mir auch gewünscht, hättest du da einen Ermessensparagrafen oder so, wo du nach Einzelfallentscheidung was entscheiden könntest, dann wäre das sicher besser, aber so ist es halt nicht. [...]“ (Z. 1164ff.)

Neben den unflexiblen gesetzlichen Vorgaben und Unkenntnis über die anzuwendenden Gesetzesregelungen sahen viele Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern die generelle Arbeitsweise und Organisationsstruktur von Behörden und Krankenkassen als Hindernis an. Denn die starr vorgegebenen Arbeitsabläufe und

bürokratischen Strukturen, die vor allem im Wesen von Behörden liegen, machen schnelle Hilfe oft unmöglich und werden der individuellen Situation vieler Betroffenen nicht gerecht. Hilfseinrichtungen und Krankenhäuser hingegen müssen in vielen Situationen schnelle und unbürokratische Hilfe leisten. Dabei stellen Hilfseinrichtungen als niedrigschwellige Einrichtungen gerade für Personen in besonderen Lebenslagen und für diejenigen, die keinen Zugang zum Regelsystem finden, meist die erste Anlaufstelle dar. Mit aufsuchender Arbeit wird versucht auch diejenigen unter den Hilfebedürftigen zu erreichen, die nicht von sich aus die Einrichtungen aufsuchen. Die Arbeitsweise von Hilfseinrichtungen ist durch einen persönlichen Kontakt zu den Patienten geprägt und dem Ziel, ihnen unkompliziert und schnell Unterstützung zukommen zu lassen. Krankenhäuser unterscheiden sich in ihrer Position innerhalb des Systems und ihrer Arbeitsweise von Hilfseinrichtungen (siehe auch Kapitel 5.8). Sie bilden Teil des Regelsystems, zählen jedoch neben den Hilfseinrichtungen (und im Gegensatz zu Behörden und Krankenkassen) zu den versorgenden Einrichtungen und stehen in gewissem Rahmen auch Nichtversicherten offen. Denn ihre primäre Aufgabe ist die medizinische Versorgung Hilfebedürftiger. Ist diese akut notwendig, muss sie sofort erfolgen – auch bei unklarem Versicherungsstatus.

Behörden und Krankenkassen hingegen sind nicht als hilfeleistende Institutionen charakterisiert, sondern erfüllen die Funktion der Kostenträger. Sie sind in der Position, sich Zeit zu nehmen, ihre Zuständigkeit eingehend zu prüfen, bevor sie Leistungen erbringen – ein Privileg das Einrichtungen, die direkte (medizinische) Hilfe leisten müssen, nicht offen steht. Insbesondere die Arbeit der Behörden basiert auf einer abwartenden Arbeitsweise, d. h. die Aufgabe der Mitarbeiter besteht nicht darin, in aktiver Suche Bedürftige zu erreichen, sondern lediglich auf Anfragen und Anträge zu reagieren, die an sie gerichtet werden und über die Bereitstellung von meist finanziellen Maßnahmen zu entscheiden. Bei Krankenkassen beschränkt sich die aktive Kundensuche auf attraktive Kunden, anstatt der Zielsetzung zu folgen, alle Nichtversicherten zu erreichen und in eine Krankenversicherung einzubinden. Einerseits handeln die Mitarbeiter der Behörden und Krankenkassen damit gemäß ihren Arbeitsanweisungen korrekt, aus Sicht der Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen und Krankenhäuser erscheint diese Herangehensweise jedoch nicht immer zielführend, wenn es darum geht, den Bedürftigen zügig Hilfe zukommen zu lassen und die Zahl der

Nichtversicherten zu verringern. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, beschrieb die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Akteure als Teil des Problemfeldes.

Interviewerin: „Das heißt, wo es dann manchmal nicht klappt, da liegt es eher an der Struktur der Behörde, dem Sozialamt, dass die warten, bis jemand zu ihnen kommt?“

Expertin 3: „Die müssen warten, ja, da sind wir grundlegend verschieden. Sowohl die Straßensozialarbeit als auch die Ambulanzen gehen ja zu den Leuten hin oder sind offen für die, die nicht mehr in die Behörden gehen und die Behörde hat aufgrund, das unterstelle ich jetzt mal, des riesen Arbeitsandrangs der sowieso da ist, überhaupt keine Notwendigkeit darüber nachzudenken, wie erreichen wir denn noch die, die nicht kommen oder was müssten wir ändern, damit die, die nicht kommen, kommen oder bleiben und nicht gleich weggehen. [...]“ (Z. 923ff.)

Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, bestätigte, dass von Seiten des Jobcenters lediglich eine abwartende Arbeitsweise vorgesehen ist. Für eine aufsuchende Arbeit wie in Hilfseinrichtungen liege keine behördliche Anweisung vor und so seien auch die Strukturen und Kapazitäten dafür nicht vorhanden, sowohl was Neukunden betreffe als auch Bestandskunden. Dies stimmt mit der grundlegenden Philosophie des Sozialleistungssystems überein, die verlangt, dass Antragsteller und Leistungsempfänger Eigeninitiative zeigen müssen. Das bedeutet allerdings im Gegenzug, dass ein Eingliederungsprozess nicht stattfindet oder abbricht, sofern er das nicht tut – auch wenn ein Leistungsanspruch vorliegt.

Expertin 21: „Das Problem ist, und das ist sicher durch die Neuregelung 2005 anders geworden. Früher ist man zu BSHG zur Sozialhilfe gegangen, die haben es übernommen. Das System jetzt ist wirklich so, dass SGB XII und SGB II antragsabhängig sind, das heißt, ein Kunde muss es beantragen, wir zahlen nicht von uns aus und wir zahlen auch nicht, wenn ein anderer zu uns kommt und sagt ‚mach doch‘, sondern wir brauchen eine Willensentscheidung von dem Kunden und wir können ihn nicht zwingen, wenn er nicht will. Und meistens weiß er nicht, dass er es will bevor er es nötig hat, das ist so die Erfahrung, die wir haben. [...]“ (Z. 1367ff.)

Interviewerin: „Was ist, wenn jemand verschwindet, einfach nicht mehr auftaucht? Also er hat quasi angefangen den Antrag zu stellen, aber die Dokumente nicht alle vorgelegt und kommt dann nicht mehr. Wird dem irgendwie nachgegangen [...]?“

Expertin 21: „Generell nein. [...]. Wir haben da keine Möglichkeiten insofern auf den Kunden einzuwirken oder den zurückzuholen. Dafür sind dann die Sozialämter oder die Sozialarbeiter, die Organisationen besser geeignet als wir, die Leistung bringen wir nicht.“

Interviewerin: „Das heißt, da wird dann im Zweifelsfall darauf vertraut, dass der Kunde auch woanders Anbindung hat, bei Sozialarbeitern, irgendwo in einer caritativen Einrichtung, [...] die ihm dann weiter Hilfestellung geben?“

Expertin 21: „Ja, genau. Wir können ihnen Partner nennen, aber wir können die Arbeit nicht selber leisten.“ (Z. 274ff.)

Mit den hilfeleistenden Einrichtungen auf der einen und den Institutionen des Regelsystems auf der anderen Seite prallen zwei grundlegend unterschiedliche Denk- und Arbeitsweisen aufeinander. So war ein weiterer häufiger Kritikpunkt, der von den Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern angeführt wurde, die ablehnende Arbeitshaltung und Denkweise der Leistungsträger. Wenngleich viele Eigenheiten in der institutionellen Struktur bedingt sind, empfanden sie v.a. bei Mitarbeitern in Behörden eine gewisse Kleinkariertheit und „Beamten-typische“ Denkweise, die eine zügige und dem Einzelfall gerecht werdende Herangehensweise behindern. Wie die Experten aus wiederholten Berichten der Patienten wussten, fühlten diese sich außerdem oftmals abwertend behandelt und von unfreundlichen Mitarbeitern abgewiesen.²³ Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, bestätigte im Interview die oft despektierliche Umgangsweise des Personals in Behörden mit den Antragstellern.

Experte 2: „[...] Es ist nicht lustig arbeitslos zu sein und da auf das Amt zu gehen und da anzustehen und dann vielleicht auch mit teilweise, ich will das jetzt nicht generalisieren, aber die Sachbearbeiter [haben] dann [...] doch manchmal auch sehr fragwürdige Methoden oder Umgehensweisen [...], weil sie selbst gestresst sind, weil sie mit zig Leuten zu tun haben, weil sie sich überfordert fühlen von der Masse der Menschen, die da zu ihnen kommen, die alle was wollen und die haben ja auch nur entsprechend viel Stundenkapazitäten. Es ist eine schwierige Situation in diesem Jobcenter und dass die Leute dieser Situation versuchen sich zu entziehen oder dem nur ungern sich aussetzen kann ich auch gut verstehen. Wenn ich dann noch irgendwie labil bin und wenig Selbstbewusstsein habe, ich meine, wenn du jetzt eine entsprechende Ausbildung hast und mal gearbeitet hast und entsprechend auch ein Standing hast, ist es nochmal was anderes, wenn du aber eh schon das Gefühl hast du bist der letzte Arsch, dann ist es nochmal schwieriger auch wenn du gesund bist.“ (Z. 456ff.)

Neben anderen Experten erwähnte auch Experte 5, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, dass die abweisende Haltung der Behörden insbesondere die sozial Schwachen treffen würde. Aufgrund ihrer Lebensumstände und besonderen sozialen Schwierigkeiten stellen sie für Behörden Problemfälle dar, lassen sich schwer in amtliche Schemata einordnen und bedürfen eines sensiblen Umgangs. Daher würden sich die Mitarbeiter der Behörden ihnen gegenüber in eine abwartende und tendenziell ablehnende Arbeitshaltung zurückziehen.

²³ Im Rahmen der Dissertation suchte ich ein Sozialamt und ein Jobcenter auf, um dort Interviewtermine mit Experten wahrzunehmen. Tatsächlich war der Umgangston der Mitarbeiter im Empfangsbereich sehr unfreundlich und ich fühlte mich herablassend behandelt. Nach dieser Erfahrung waren die negativen Aussagen über das Verhalten der Mitarbeiter in Behörden für mich nachvollziehbar.

Experte 5: „Ich glaube, es ist eine Mischung aus verschiedenem. Zum einen ist natürlich gerade so die Klientel mit der wir von der Niedrigschwelligkeit her betraut sind, [...] die durch ganz vieles durchgefallen sind, das sind ja Menschen, bei denen man erstmal so eine besondere Art von Kommunikation sich aneignen muss, um einen Kontakt aufzubauen und eine Verbindlichkeit herzustellen. Da wissen wir eigentlich, dass die Behörden dazu eher nicht in der Lage sind. Und ich muss da erschwerend hinzu sagen, sie sind auch nicht in der Lage zu begreifen, dass es solche Menschen gibt. Solche Menschen passen eigentlich nicht in irgendwelche amtlichen Schemata, sondern die existieren gar nicht. Dann sehe ich doch schon bei Behörden wie dem Rhein-Main-Jobcenter [offizielle Bezeichnung des Jobcenters FFM bis 2011, seitdem Jobcenter Frankfurt, Anm. d. Verf.], dass tendenziell bei Schwierigkeiten geschaut wird, müssen wir oder müssen wir nicht und wenn wir einen Grund haben etwas nicht bewilligen zu müssen, dann lassen wir es halt. Dann warten wir mal, ob die andere Seite kommt und von uns was fordert.“ (Z. 1147ff.)

Auch die Betroffenen selbst kritisierten die Arbeitsweise und Strukturen des Regelsystems. Ihre negative Sichtweise resultierte aus schlechten Erfahrungen, die sie im Kontakt mit Institutionen des Regelsystems gemacht hatten. Infolgedessen war häufig ihre Haltung dem Regelsystem gegenüber ablehnend, nicht selten weitete sich diese Abneigung auf die staatlichen Strukturen und die Gesellschaft im Allgemeinen aus. Patient 17 (siehe Kapitel 5.4.8) urteilte vergleichsweise sachlich über die Arbeitsweise der Behörden und Krankenkassen. Er kritisierte den Umgang mit Sozialleistungsempfängern von Seiten der Behörden und bezeichnete ihn als herablassend, wenig menschlich und nicht hilfsbereit. Seiner Ansicht nach bekämen gerade diejenigen, die zu eigenständiger Mitwirkung nur begrenzt in der Lage seien, zu wenig Hilfestellung.

Patient 17: „Sicherlich, irgendwann [...], wenn man willens ist unterzukommen, kommt man an einem Punkt an, wo man sagen muss: ‚Ok, du musst jetzt einfach durch diesen Behördenschlingel durchmarschieren.‘ [...] Es ist schwierig, speziell für Leute, die noch nie in diesem Environment untergekommen waren. [...] die Problematik für mich ist, dass sich viele Menschen schämen: ‚Ach, ich bin jetzt Sozialhilfeempfänger, ich taue nichts mehr und ich werde nach 08/15-Manier abgespeist.‘ Und dann kommen oft auch gesundheitliche und körperliche Probleme dazu. Es ist sehr schwierig dann in diesem Behördenapparat einzusteigen [...]. Man kann mit persönlichem Zutun und ein bisschen Lächeln [...] sehr viel erreichen, das kommt aber nicht rüber. [...]“ [...]

Patient 17: „[...] solche Dinge, dass man wenn man einsteigt in diesen Zug, dass man gesagt bekommt, was einem zusteht [...]. Nicht nur, dass man keinen konstanten Betreuer hat und dauernd wechselt sondern, dass gewisse Dinge, die einem das Leben vereinfachen, dass da nichts rüber kommt von diesen Jungs dort, immer nur im Nachhinein und dann kurz angebunden. [...] die glauben dann auch und das ist diese psychologische, perfide Seite, ja gut man ist einfach Hartz-IV-Empfänger, was will der denn überhaupt hier, das Gefühl habe ich [...]. Außer einem kleinen () habe ich bisher im Jobcenter nur kurz angebundene, hektische und nervöse Menschen getroffen.“ (Z. 310ff.)

Trotz aller Kritik lehnten die meisten der befragten Experten eine gesetzliche Regelung zur Versicherungspflicht nicht grundsätzlich ab. Vielmehr vertraten sie die Ansicht, dass die praktische Umsetzung nicht gelinge, einzelne Lücken in der Gesetzgebung zu Problemen führten und durch die Gesetzesänderungen auch neue Hürden für den Einstieg in das Regelsystem entstanden seien, an denen vor allem Betroffene aus der Gruppe der Personen mit besonderen Schwierigkeiten scheiterten. Im folgenden Zitat von Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, wird diese Ansicht deutlich, die auch von anderen Experten geteilt wurde.

Interviewerin: „[...] Hat die Einführung der Versicherungspflicht in der Realität etwas verändert?“ [...]

Interviewerin: „Du hast weiterhin einige Nichtversicherte. Sind das eher mehr oder weniger geworden in den letzten Jahren?“

Experte 2: „[...] Ich finde es schwierig, da jetzt eine Aussage zu treffen, weil die, die jetzt nicht versichert sind, also heute, das sind ja die, wo es nicht das Gesetz ist, wo das Problem ist, sondern eher die Strukturen, also wie viele Hürden oder wie die Ämter funktionieren, was für Fähigkeiten man braucht, um eben das in dieser Gesellschaft zu bekommen, wo man das Recht eigentlich darauf hat. Das kannst du dann nicht qua Gesetz verändern, da müsstest du ein ganz anderes Verständnis entwickeln. [...]“ [...]

Experte 2: „[...] Also hat sich für diese Leute nichts verändert, aber nicht weil das Gesetz jetzt verkehrt sei, sondern weil die das einfach so nicht auf die Reihe kriegen und dann müssten da wirklich Kapazitäten da sein, um die Leute an die Hand zu nehmen. [...] das kann man von den Strukturen her schon mal kritisieren, dass dann oft auch keine Offenheit besteht, auch mal andere Wege zu gehen. [...] Da wird immer nach Schema F gehandelt und das ist nicht unbedingt die Schuld der Leute die das machen, sondern auch Schuld der Strukturen. [...]“ (Z. 591ff.)

Die Komplexität der Gesetzesgrundlage, die bürokratischen Strukturen des Regelsystems und nicht zuletzt die Umgangsweise zwischen Mitarbeitern von Institutionen des Regelsystem und Hilfesuchenden führen demnach zu Unübersichtlichkeit, Missverständnissen, Anwendungsfehlern, fehlender Flexibilität problematischen Einzelfällen gegenüber und zu Ausgrenzung aus dem Regelsystem, wodurch letztlich Versicherungs- und Versorgungslücken entstehen, die in den Systemstrukturen bedingt liegen. Auch wenn nicht alle Neuerungen oder Änderungen durch die Reformen als negativ anzusehen sind, so wird demnach aus Sicht der Hilfeleistenden und der Hilfebedürftigen der Zugang zum Regelsystem durch viele kleinere und größere Hürden erschwert. Worin diese liegen wird im Lauf der folgenden Kapitel konkretisiert.

5.5.2 Neuaufteilung der Zuständigkeitsbereiche von Behörden und Ausgliederung von Zuständigkeiten aus dem Sozialleistungssektor

Als weitere entscheidende Neuerung der Systemreformen der letzten Jahre bezeichneten die Experten die Neuaufteilung der Zuständigkeitsbereiche unter den Behörden. Mit dem Zusammenlegen von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu Arbeitslosengeld II wurden als Folge der Hartz-IV-Reformen viele der früheren Sozialhilfeempfänger, wenn sie per Definition erwerbsfähig waren, in den Bezug von ALG II übergeleitet. Durch die strikte Trennung der Zuständigkeitsbereiche für Leistungen nach SGB II und SGB XII sind daher nicht mehr die Sozialämter primäre Kontaktstelle für Arbeitslose und sozial Bedürftige, sondern die neu aufgestellten Jobcenter. Denn der Einstieg in den Sozialleistungsbezug erfolgt seitdem, zumindest für Personen im erwerbsfähigen Alter, immer über ALG II nach SGB II, für das die Jobcenter zuständige Leistungsträger sind. Erst wenn die Erwerbsunfähigkeit anerkannt wird, kann die Person in SGB-XII-Leistungen übergeleitet werden, womit die Zuständigkeit an die Sozialämter übergeht.

Durch die Neuaufteilung der Zuständigkeiten und deren strikte Trennung gestaltet sich die Anknüpfung an das Sozialleistungssystem für Hilfebedürftige komplexer. Schon die für sie zuständige Einrichtung ausfindig zu machen, bereitet manchen Schwierigkeiten und entfaltet eine abschreckende Wirkung, so dass etwaige Ansprüche nicht geltend gemacht werden. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, sah darin eine der Ursachen für die Zunahme an „System-Aussteigern“ in den letzten Jahren.

Expertin 3: „[...] es ist so komplex geworden. Wer ist denn jetzt mein Adressat? Wo muss ich hingehen, mit welchem Papier? Bei uns ist es gleich geblieben, ob du versichert bist oder nicht, [...] du hast ein medizinisches Problem, wir helfen dir [...]. Früher war es auch einfach, wenn ich bedürftig bin, dann gehe ich zum Sozialamt, da wird mir geholfen. Jetzt ist aus dem Sozialamt, das Sozialamt, das Jobcenter, die Krankenkasse, dann gibt es noch die Ambulanz und und und, das ist komplexer geworden. Und diese Komplexität des Systems führt meines Erachtens nach zu noch mehr Aussteigern.“ (Z. 786ff.)

Die Regelung, dass primär alle Personen im erwerbsfähigen Alter in SGB-II-Leistungen eingestuft werden und erst sekundär die Überleitung in SGB-XII-Leistungen erfolgen kann, wird insbesondere von den Experten aus den versorgenden Einrichtungen als Problem gesehen. Denn, wie in Kapitel 5.5.4 erläutert wird, muss eine Person, um

ALG II zu beziehen, zunächst eine gewisse Fähigkeit zur Mitarbeit und selbständigem Handeln beweisen. Aus den Fallrekonstruktionen in Kapitel 5.4 ist ersichtlich, dass nicht alle Betroffenen dazu in der Lage sind oder erhebliche Schwierigkeiten damit haben. Darunter sind auch Personen, die aufgrund ihrer Lebensumstände oder krankheitsbedingt nicht fähig sind und auch in Zukunft nicht fähig sein werden, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wie z.B. manche Obdachlose, Sucht- oder psychisch Kranke. Doch selbst wenn es für die PAPs und Fallmanager des Jobcenters von Beginn an ersichtlich sein sollte, dass eine Person erwerbsunfähig ist, ist nach den Regelungen der Sozialgesetzgebung ein direkter Einstieg in den SGB-XII-Leistungsbezug nicht möglich. Wird unter SGB-II-Bezug die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit veranlasst, so ist dies mit einigem organisatorischen und zeitlichen Aufwand für den Leistungsempfänger verbunden. Für einige sind die damit verbundenen Anforderungen zu hoch, so dass sie schließlich weder SGB-II- noch SGB-XII-Leistungen beziehen. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, beschrieb die Arbeitsabläufe und fügte hinzu, dass auch seiner Erfahrung nach manchen Betroffenen der Einstieg ins Sozialleistungssystem nicht gelinge, wenn sie die damit verbundenen Auflagen nicht erfüllen könnten.

Interviewerin: „Also, jeder muss erst den SGB-II-Antrag stellen, bevor dann vielleicht entschieden werden kann, er ist erwerbsunfähig und kommt dann in SGB-XII-Bezüge?“

Experte 18: „Richtig, genau. Also mal angenommen, selbst wenn jemand unter 65 Jahren, sagen wir mal offensichtlich nicht erwerbsfähig hier erscheint, wir können das ja nicht beurteilen, wir sind ja keine Ärzte, das entscheidet letztendlich der Medizinische Dienst vom Arbeitsamt und der hat formal erstmal Ansprüche auf SGB-II-Leistungen. Da muss zum Beispiel der persönliche Ansprechpartner, wenn der den Eindruck hat, den kann ich nicht vermitteln, der hat so ein großes Suchtproblem, [...] der muss dann als nächsten Schritt diesen Klienten an den Ärztlichen Dienst vermitteln und muss das klären lassen. [...]“ [...]

Experte 18: „[...] Da sind wir dann natürlich auch auf die Mitwirkung von der Klientel angewiesen.“ (Z. 356ff.)

Interviewerin: „Wie lange kann so was dauern, bis die Erwerbsunfähigkeit geklärt ist?“

Experte 18: „[...] muss man natürlich einmal die Klientel betrachten [...]. Es gibt Klienten, die überhaupt keinen Sozialleistungsschutz haben, weil sie nicht in der Lage sind, diese Behördengänge eigenständig durchzuführen, das heißt die tatsächlich auf der Straße leben. [...]. Da ist es zum Teil sehr schwierig, diese Personen überhaupt in das Sozialleistungssystem hereinzubekommen, weil die aufgrund ihrer psychischen Störungen oder massiven Suchtmittelabhängigkeit diese Wege in die Behörde letztendlich nicht finden. [...] so dass dem Hilfesystem und auch uns teilweise die Hände gebunden sind, zustehende Leistungen, die diese Personen wahrscheinlich hätten, tatsächlich denen zukommen zu lassen. Es fängt schon damit an, dass die Leute nicht bereit sind, einen SGB-II-Antrag zu stellen [...]“ (Z. 245ff.)

Die strikte Trennung der Zuständigkeiten hat zur Folge, dass vor allem Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, wozu nach Definition im SGB u. a. Suchtkranke und psychisch Kranke zählen, Probleme haben, ins Regelsystem integriert zu werden. Denn sie sind aufgrund ihrer Erkrankung nicht zur geforderten Mitwirkung in der Lage, erfüllen zwar häufig die Bedingungen für den Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB XII, müssen jedoch wie alle Antragsteller zunächst die Stufe des SGB-II-Bezugs durchlaufen. Experte 18 bestätigte die Kritik der Experten aus den Hilfseinrichtungen, dass in den Jobcentern keine adäquate Betreuung dieser Personengruppe erfolgen kann. Grund dafür ist zum einen, dass das Personal der Jobcenter nicht speziell für die Betreuung dieser Personengruppe geschult ist und der Personalmangel und die daraus resultierende hohe Arbeitsbelastung der Sachbearbeiter in den Jobcentern die notwendige Hilfestellung verhindern. Zum anderen erklärte er, dass die Arbeit im Jobcenter auf die Reintegration der Kunden in den Arbeitsmarkt fokussiert ist und sich damit die Zielsetzung für Personen im SGB-II-Bezug wesentlich von derjenigen im SGB-XII-Bezug unterscheidet. Personen, die sich aufgrund besonderer Lebensumstände und Schwierigkeiten nicht in den Arbeitsmarkt vermitteln lassen, können daher im Jobcenter oftmals nicht nach ihren Bedürfnissen betreut werden.

Experte 18: „[...] die Gefahr bei uns, dass jemand die SGB-XII-Leistung verliert wegen mangelnder Mitwirkungspflicht ist da relativ gering. Bei den Jobcentern sieht die Sache anders aus. Weil da geht man von einer ganz anderen Eigenverantwortung von den Personen aus und da interessiert es den persönlichen Ansprechpartner erstmal nicht. [...] da kann es schon mal passieren, gerade bei jüngeren Leuten, die dann auch vielleicht ein Suchtproblem haben, wo das vielleicht noch nicht erkannt worden ist, [...] dass die dann tatsächlich auf null sanktioniert werden. Da wird dann aber auch nicht großartig hinterfragt, wie es dazu gekommen ist, die haben auch gar nicht das Personal dazu.“ [...]

Experte 18: „[...] und dann können Sie davon ausgehen, dass sie eher sich mit Personen beschäftigen, wo die Vermittlungsquote hoch ist. Weil das ist [...] die Grundaufgabe letztendlich vom persönlichen Ansprechpartner, dass er versucht, die Leute wieder in eine normale Arbeit zu vermitteln, oder in eine Beschäftigung oder in eine Maßnahme [...]. Und das macht er natürlich mit den Leuten eher wo er weiß, da sind die Erfolgchancen groß, die funktionieren auch einigermaßen. Bei Suchtkranken oder Personen, die aus dem Obdachlosenmilieu sind, da ist das natürlich schwieriger [...]“ [...]

Experte 18: „[...] Ich denke mal, dass die Jobcenter auch in den letzten Jahren eine sehr hohe personelle Fluktuation hatten, [...] dass auch wenig Kenntnis über das Hilfesystem besteht. Das sind alles Gründe, die halt dazu führen, dass dieser Personenkreis unter Umständen auch nicht adäquat betreut wird, auch in den Jobcentern nicht.“ (Z. 875ff.)

Neben der Neuaufteilung der Zuständigkeitsbereiche zwischen Jobcenter und Sozialamt fand auch eine Ausgliederung von Zuständigkeiten aus dem Sozialleistungssektors

statt. Im Zuge der Hartz-Reformen, dem GKV-Modernisierungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Einführung der Versicherungspflicht, sprich den Gesundheitsreformen von 2004 und 2007, wurden seit 2005 die Empfänger von ALG II und Sozialhilfe in das Regelsystem der Krankenversicherung eingebunden. In diesem Zusammenhang wurde der Krankenschein in seiner bisherigen Form abgeschafft – eine weitreichende Veränderung. Denn seitdem können die Sozialämter die Zuständigkeit für die Erstattung von Behandlungskosten Nichtversicherter abweisen. Bis dahin übernahm das örtliche Sozialamt über die sogenannte Krankenhilfe, einen punktuell ausgestellten Krankenschein, für nichtversicherte Sozialhilfeempfänger und sozial Bedürftige die Behandlungskosten. Damit war für die Betroffenen die medizinische Versorgung gesichert und für die behandelnden Ärzte und Krankenhäuser die Kostenerstattung über das Sozialamt gewährleistet. Zwar hatten Sozialhilfeempfänger damit keinen durchgehenden Krankenversicherungsschutz in einer Krankenkasse, doch waren sie jeweils im Bedarfsfall abgesichert. Die Behandlung Nichtversicherter gestaltete sich damit aus Sicht der medizinischen Einrichtungen unproblematisch und die Arbeitsabläufe wurden von den Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern insgesamt als relativ unbürokratisch und unproblematisch bezeichnet, so auch von Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung.

Expertin 14: „[...] Da hat man im Sozialamt angerufen und gesagt: ‚Hier, ich brauche einen Krankenschein, der ist krank.‘ [...]“ [...]

Expertin 14: „[...] das war einfach kein großer Akt [...] wenn die ESA angerufen hat, weil dann ja klar war, [...] dann hat schon ein Arzt bestätigt, dass das so ist [...] im Grunde genommen war das sehr unbürokratisch im Verhältnis zu heute.“ (Z. 314ff.)

Für die Sozialämter war die Regelung jedoch mit erheblichen Kosten verbunden. Da der Krankenschein Ärzten außerdem ermöglichte, medizinische Leistungen auf dem Versorgungsniveau von Privatpatienten abzurechnen, stand die Krankenhilfe vor allem aus Sicht der Leistungsträger in der Kritik. Von Seiten der Sozialämter wird ihre Abschaffung demzufolge als positiv bewertet. Zwar existiert weiterhin die Möglichkeit, für bestimmte Fälle einen Krankenschein auszustellen, doch wird dessen Vergabe wesentlich restriktiver gehandhabt. Die Sozialämter kommen damit als finanzielle Träger für medizinische Behandlungen nur noch in seltenen Fällen zum Einsatz. Ihnen wurde die Zuständigkeit für Nichtversicherte weitestgehend abgenommen; sie können nun

auf die Krankenkassen als zuständige Kostenträger verweisen. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, bestätigte, dass deshalb bei Anträgen auf Kostenübernahme an das Sozialamt eine genaue Prüfung der Zuständigkeiten stattfindet. Vor dem Hintergrund der allseits knappen finanziellen Mittel würden aber die Krankenkassen genauso mit Sorgfalt prüfen, ob sie als Kostenträger zuständig seien, was bei Unklarheiten in der Zuständigkeit durchaus einige Zeit in Anspruch nehmen könne.

Experte 18: „[...] es geht um viel Geld in dem Bereich. Und klar, [...] die Aufgabe hier vom Sozialamt ist es ja auch, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auch sorgsam umzugehen, das ist ja auch ein gesetzlicher Auftrag. Bei den Krankenkassen sieht es genauso aus. Und dann klärt man natürlich formal diese Zuständigkeiten auch gewissenhaft ab. Wenn es dann so Streitfälle gibt, weil der Gesetzgeber bestimmte Sachen nicht eindeutig formuliert hat, dann kann sich das leider auch hinziehen.“ (Z. 1254ff.)

Prinzipiell wurde die Einbindung der Sozialleistungsempfänger und sozial Bedürftigen in eine reguläre Krankenversicherung auch von den Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern befürwortet. Denn ein Kritikpunkt an der früheren Krankenhilfe war, dass die Sachbearbeiter in den Ämtern die Ausstellung des Krankenscheins auch verweigern konnten, wenn sie der Meinung waren, dass keine Behandlung notwendig war. Ihnen wurde damit eine gewisse medizinische Fachkompetenz zugeschrieben, die ihnen nach Meinung der Hilfeleistenden nicht zustand. Sofern also Betroffene nun in das Regelsystem der Krankenversicherung eingegliedert werden können, ist nichts gegen die Neuregelung einzuwenden. Doch für diejenigen Fälle, in denen die Eingliederung nicht gelingt, haben sich durch die Abschaffung der Krankenhilfe und die Einführung der Versicherungspflicht die Arbeitsabläufe verkompliziert und ist der Arbeitsaufwand für Hilfseinrichtungen und Krankenhäuser deutlich gestiegen, wie Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, kritisierte.

Interviewerin: „[...] Dass Sie jetzt zu tun haben mit der Thematik, dass die Patienten keine Versicherung haben, war das früher häufiger, gab es da mehr?“

Expertin 8: „Früher war das anders gestaltet, da ist das nicht so aufgefallen. Das Gesetz hat sich ja 2005 noch einmal gewandelt, da wurde ja das SGB II und überhaupt Hartz IV angeschafft und diese ganze SGB-II-Geschichte. Bis 2005 war es relativ einfach, da wurde einfach jeder über das Sozialamt angemeldet und es gab eine Regelung, dass die auch fast alle über die AOK versichert worden sind. Das ganze Prüfprozedere, was wir seit 2007 jetzt explizit haben, [...] das ist sehr, sehr gestiegen. Das war damals einfacher, das Sozialamt hat uns nicht so viele Steine in den Weg gelegt. [...]“ (Z. 243ff.)

Vor dem Hintergrund der Trennung der Zuständigkeitsbereiche von Jobcenter, Sozialamt und Krankenkassen mit Finanzierung durch unterschiedliche Träger (Bund, Kommune, private und gesetzliche Krankenkassen), empfanden viele der befragten Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern eine Tendenz, die Zuständigkeit für Hilfebedürftige mit dem Verweis auf eine andere Behörde oder Institution abzuweisen. Vor allem in komplexen Fällen ergeben sich somit des Öfteren Zuständigkeitskonflikte, die bei gesetzlichen Unstimmigkeiten noch verstärkt werden (siehe Kapitel 5.5.1). Aufgrund der allgemein angespannten finanziellen Situation ist zwar nachvollziehbar, dass sowohl Behörden als auch Krankenkassen dazu angehalten sind, sparsam zu wirtschaften und Anfragen sorgfältig zu prüfen. Doch ist das daraus resultierende abweisende Verhalten nicht immer zielführend. Denn wenn sich keine der angefragten Institutionen zuständig fühlt, führt dies dazu, dass die Betroffenen vom Regelsystem ausgegrenzt werden und vom Hilfesystem aufgefangen werden müssen.

5.5.3 Eingeschränkte Kooperation und Kommunikation unter den Akteuren

Die Experten wurden in den Interviews jeweils dazu befragt, mit welchen Akteuren im Arbeitsfeld Nichtversicherung eine Zusammenarbeit bestehe und wie sich diese gestalte. Die Antworten zeigten, dass in der Regel zwischen Ärzten und Sozialarbeitern verschiedener Hilfseinrichtungen ein kooperativer und lösungsorientierter Austausch besteht, zum Teil auch zwischen Mitarbeitern aus Krankenhäusern und Hilfseinrichtungen. Zudem existieren in Frankfurt Arbeitskreise, die sich mit der Problemlage bestimmter Personengruppen befassen, darunter der „Arbeitskreis Illegalität“ sowie der „Arbeitskreis Straße“, in denen neben Mitarbeitern aus Hilfseinrichtungen auch Mitarbeiter verschiedener Sozialbehörden der Stadt Frankfurt vertreten sind. Eine regelhafte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren, sprich eine vom Regelsystem vorgesehene und in die Arbeitsabläufe integrierte Zusammenarbeit, gibt es jedoch nicht; weder zwischen Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern noch zwischen ihnen und Ämtern oder Krankenkassen. Vielmehr beruht die Kooperation zwischen einzelnen Akteuren im Problemfeld der Nichtversicherung auf persönlichen Kontakten, die im Laufe der Zeit in einem sich überschneidenden Arbeitsfeld gewachsen sind.

Nicht zuletzt ist eine produktive Zusammenarbeit auch immer auf das besondere Engagement von Einzelpersonen zurückzuführen, vor allem wenn dieses über die arbeitsplatzbezogenen Aufgaben hinausgeht. Damit findet eine lösungsorientierte Zusammenarbeit vor allem zwischen denjenigen Akteuren statt, die gemeinsame Interessen und Ziele verfolgen, nämlich die Integration ins Regelsystem und eine gute Betreuung der Hilfesuchenden. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, erachtete vor dem Hintergrund der immer komplexer werdenden Strukturen eine Vernetzung mit anderen Akteuren als unabdingbar. Sie konnte auf eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Wohnungslosen und sozial Bedürftigen zurückblicken und berichtete, wie sich die Arbeit im Hilfesystem im Laufe der Jahre wandelte. Während anfangs die konkrete medizinische Hilfe im Mittelpunkt stand, wurden mit den Systemreformen nicht nur breite Kenntnisse zur Gesetzesgrundlage notwendig, sondern auch eine Kooperation mit anderen Einrichtungen, sowohl innerhalb des Hilfsnetzes als auch mit öffentlichen Institutionen, um weiterhin eine sinnvolle Arbeit leisten zu können.

Interviewerin: „Ihr seid in Kontakt mit quasi allen Einzelstellen, die damit zu tun haben? Ihr telefoniert mit dem Sozialamt, mit den Krankenkassen, ihr habt Sozialarbeiter, ihr seid mit anderen Beratungseinrichtungen in Kontakt?“

Expertin 3: „Richtig, diese Arbeit, und das hat sich ja definitiv [...] verändert. Als ich als Ärztin anfang vor mehr als zehn Jahren, bin ich als Ärztin hier gefragt gewesen, wie gehe ich mit Verlausung, Syphilis, sonst was um [...]. Heute muss ich lernen, wie kommen wir durch diesen komplexen Dschungel der Sozialgesetzgebung und des Gesundheitssystems und wo sind unsere Kooperationspartner. Das heißt, du kannst diese Arbeit gar nicht anders als im Verbund mit den Kompetenzen drumherum machen. Das ist auch der Anspruch hier, [...]. Darum könnten wird die Arbeit gar nicht tun ohne die Sozialarbeit auf selber Ebene [...] und wir müssen in Verhandlung bleiben mit den Behörden, mit den Gesetzgebern bestenfalls. Aber das ist zusätzlich und das macht so ein Projekt natürlich, [...] sonst kann es die Arbeit nicht verfolgen auf Dauer.“ (Z. 823ff.)

In der Beurteilung der Zusammenarbeit machten die Experten Unterschiede zwischen den jeweiligen Leistungsträgern. An dieser Stelle müssen also Krankenkassen, Jobcenter und Sozialämter getrennt betrachtet werden. Während die Aussagen der Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern zu Krankenkassen und Jobcentern im Wesentlichen deckungsgleich waren (s. u.), fiel das Urteil in Bezug auf die Sozialämter uneinheitlich aus. So bezeichneten die Experten aus den Krankenhäusern die Zusammenarbeit mit den Sozialämtern tendenziell als schwierig, während das Urteil der Experten aus den Hilfseinrichtungen positiver ausfiel. Die von manchen Experten

beschriebene ablehnende Haltung der Sozialämter muss dabei im Zusammenhang mit der Abschaffung des Krankenscheins gesehen werden. Denn wie im vorhergehenden Kapitel erläutert, wurde den Sozialämtern in manchen Bereichen tatsächlich die Zuständigkeit abgenommen. Dennoch gibt es immer wieder Streitfälle, bei denen die Zuständigkeit aus Sicht der Mitarbeiter der Behörde anders beurteilt wird als aus Sicht der Mitarbeiter aus versorgenden Einrichtungen. Experte 19, Mitarbeiter einer Krankenhausverwaltung, äußerte sich folgendermaßen.

Interviewerin: „Wie gut funktioniert denn so die Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen, also einerseits den Ämtern, zum Beispiel Sozialamt? [...]“

Experte 19: „Das gestaltet sich schwierig, da ist eher eine ablehnende Haltung. So nach dem Motto: ‚Was wollt ihr denn? Es sind doch alle die mal bei uns gemeldet waren in irgendwelchen gesetzlichen Kassen untergekommen, wir haben nichts mehr damit zu tun.‘ So diesen Eindruck haben wir.“ [...]

Experte 19: „Ich weiß nicht, ob es beim Sozialamt vielleicht irgendwelche Vorgaben gibt, Fälle möglichst oft abzulehnen, um einfach der Stadt Geld zu sparen. [...]“ (Z. 1062ff.)

Entgegen der Aussagen von Experte 19 berichteten vor allem Experten aus Hilfseinrichtungen, dass mit bestimmten Abteilungen des Sozialamtes, hier v. a. der Abteilung Besonderer Dienst, ein produktiver Austausch durchaus gelinge. Dies erklärt sich, sofern die Betroffenen einem Personenkreis zugehörig sind, der in den Zuständigkeitsbereich des Sozialamtes fällt. Denn dann besteht von beiden Seiten ein Interesse an einer zügigen Problemlösung, da sonst gegebenenfalls das Sozialamt selbst als Kostenträger aufkommen muss. Hierbei wurde auch hervorgehoben, dass die Mitarbeiter in der Abteilung Besonderer Dienst des Sozialamtes im Gegensatz zu den Mitarbeitern der Jobcenter speziell für den Umgang mit eben dieser Gruppe der Personen mit besonderen Schwierigkeiten geschult seien. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, profitierte in ihrer Arbeit von einem langjährigen Kontakt mit den Mitarbeitern der Abteilung Besonderer Dienst des Sozialamtes und sah die Zusammenarbeit trotz mancher Differenzen von einer gemeinsamen Zielsetzung geprägt. Den Kontakt mit den Jobcentern beschrieb sie dagegen als weniger positiv.

Expertin 3: „[...] Also da ist auch eine Sympathie füreinander [bezogen auf Abteilung Besonderer Dienst, Anm. d. Verf.], weil eigentlich auf der Basisebene wirklich eine Sorge um diese Menschen ist und das bewirkt dann schon was. [...]. Also, da ist Offenheit, sich dem Problem zu stellen und ganz klar auch natürlich Grenzziehung, das geht und das geht nicht. Wir sind sicherlich unterschiedlicher Meinung was die Einschätzung der Mitwirkungsfähigkeit der Patienten anbelangt [...]“ [...]

Expertin 3: „[...] im Einzelfall, [...] sind natürlich verkürzte Wege zum Teil möglich, aber sie sind, meiner Einschätzung nach [...] eher möglich, wenn es um Grundsicherung geht, weil dann die Kommune zuständig ist, als wenn es um Hartz IV geht. Hartz IV ist furchtbar, weil da sitzen auch Leute, die keine Ahnung von unseren Leuten haben, von dieser Problematik. Sondern [...] das ist das Gesetz, das ist die Anspruchshaltung, da ist Mitwirkungspflicht erwartet.“ (Z. 902ff.)

Im Gegensatz zu den Sozialämtern lassen Jobcenter nach Meinung der befragten Experten keine vergleichbare Kooperationsbereitschaft erkennen, auch wenn Hilfebedürftige in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Verschiedene Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern berichteten, wie schwierig die Kontaktaufnahme sei. Die zuständigen Mitarbeiter seien in der Anonymität der Behörde schwer erreichbar, so dass in der Regel keine direkte Kontaktaufnahme möglich sei, auch wenn diese im Sinne einer zügigen Fallbearbeitung erfolge. Denn Sozialarbeitern ist es nicht erlaubt, in Vertretung für die Antragsteller zu agieren. Eine grundsätzliche Hürde wurde demnach darin gesehen, dass keine gesonderten Regelungen dafür existieren, wenn Personen an Hilfseinrichtungen oder den Krankenhaussozialdienst angebunden sind, da durch einen direkten Kontakt zwischen den betreuenden Sozialarbeitern und den Leistungsträgern eine bessere Hilfestellung möglich wäre. Die Expertinnen 20, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, schilderten die Schwierigkeiten bei Kontaktversuchen mit dem Jobcenter.

Expertin 20-1: „[...] Wo ich ein großes Problem drin sehe, ist die Anonymität der Behörden. [...] Und das finde ich [...] auch für uns schwierig, weil die Station und der Arzt sagt, der braucht Unterstützung und wir kommen immer nur an die Service-Hotline. Die schreiben eine Mail an den zuständigen Sachbearbeiter und dann wird man innerhalb von vielleicht zwei Tagen zurückgerufen, aber wir sind viel unterwegs, dann hat man wieder nur Anrufbeantworter, das ist oftmals ganz, ganz furchtbar [...].“

Expertin 20-2: „Das bezieht sich aber denke ich hauptsächlich auf das Jobcenter, auf die Arbeitsagentur. Mit dem Sozialamt, das ist noch mal eine andere Zusammenarbeit.“ [...]

Expertin 20-3: „Da gibt es verbindlichere Zuständigkeiten [...]. Da können wir dann auch sagen, ich rufe die Teamleitung an und beim Jobcenter wird das kategorisch vom Service-Center abgeblockt, man nimmt es entgegen und leitet es weiter, kriegt dann aber im Nachsatz: ‚Sie haben keine Garantie auf einen Rückruf. [...]‘ [...] und da weiß eigentlich schon jeder, dass er den Rückruf nicht wirklich zu erwarten braucht und sucht sich dann irgendwelche Wege wie er dann vielleicht ans Ziel kommt durch hartnäckiges anrufen und irgendwann hat man dann vielleicht auch jemand im Service-Center am Telefon, den man dann so eindringlich bearbeitet, dass er doch irgendeine Faxnummer rausrückt oder doch irgendwie den Namen von der Teamleitung rausrückt oder die E-Mail-Adresse wo man es dann weiter versuchen kann. Aber das ist schon sehr, sehr zäh und eigentlich unmöglich wie die verfahren.“ (Z. 471ff.)

Ähnlich wurde auch das ablehnende Verhalten vieler Krankenkassen kritisiert, die einerseits aufgrund der Bestimmungen zum Datenschutz Mitarbeitern von Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern keine Informationen zu Einzelpersonen erteilen und andererseits mit dem Verweis auf das freie Krankenkassenwahlrecht versuchen, ihre Zuständigkeit als Leistungsträger abzuwenden. Sogar die beiden befragten Mitarbeiter der Behörden beklagten ein tendenziell abweisendes Verhalten der Krankenkassen ihren Klienten gegenüber. Ihnen zufolge findet auch zwischen Behörden und Krankenkassen keine regelhafte Kooperation statt, die den Prozess der Einbindung von Sozialleistungsempfängern in eine Krankenversicherung erfolgreicher gestalten würde. Dieser Punkt wird weiter unten im Kapitel nochmal aufgegriffen. Auf die Rolle der Krankenkassen innerhalb der Problematik der Nichtversicherung wird in späteren Kapiteln genauer eingegangen (siehe Kapitel 5.5.5 und 5.5.6).

Vor diesem Hintergrund werden auch die vielen Schnittstellen im Prozess der Einbindung eines Nichtversicherten ins Regelsystem zum Problem. Durch die strikte Trennung der Zuständigkeitsbereiche, wie sie im vorhergehenden Kapitel geschildert wurde, und die Aufgabenverteilung auf verschiedene Personen und Institutionen entstehen Schnittstellen in den Arbeitsabläufen; zwischen dem Antragsteller und Behörden sowie Krankenkassen, zwischen einzelnen Behörden, z. B. Jobcentern oder Sozialämtern, zwischen Behörden und Krankenkassen, und auch innerhalb von Behörden oder Krankenkassen zwischen den Mitarbeitern. Nun ist eine Aufgabenverteilung bis zu einem gewissen Grad sicherlich unvermeidbar. Um zu verhindern, dass Hilfebedürftige und Leistungsempfänger an diesen Punkten die Anbindung an das Hilfesystem verlieren, muss jedoch eine ausreichende Vernetzung und Kommunikation erfolgen, was den Experten zufolge nicht immer gegeben ist. Hinzu kommen die begrenzten personellen Kapazitäten in den Jobcentern, die von verschiedenen Experten beschrieben wurden. Diese führen zu häufigen Wechseln der Ansprechpartner für einen Antragsteller. Werden Informationen zum Bearbeitungsstand eines Falles unter den Mitarbeitern nicht entsprechend weitergegeben, kann dies zu Bearbeitungsfehlern und/oder Verzögerungen bei Anträgen führen. Zusätzlich dazu gehen durch die fehlende Kommunikation zwischen Behörden und Krankenkassen Informationen verloren. Bringt ein Antragsteller zudem wenig Eigeninitiative ein und werden Informationen

nicht an Dritte, wie z. B. Sozialarbeiter in Hilfseinrichtungen weitergegeben, bleiben Probleme beim Abschluss einer Krankenversicherung möglicherweise unentdeckt und ungeklärt. Die Experten konnten hierfür einige Beispiele anbringen und auch unter den interviewten Patienten fanden sich Fälle, in denen der Informationsverlust an Schnittstellen zu Problemen führte. So kam es bei den Patienten 10 und 17 (siehe Kapitel 5.4.2 bzw. 5.4.8) zu Bearbeitungsfehlern, die sich auf einen Informationsverlust an Schnittstellen im Eingliederungsprozess zurückführen lassen und eine Versicherungslücke nach sich zogen. Bei beiden war in den Unterlagen des Jobcenters schriftlich ein Versicherungsabschluss festgehalten, auf dessen Basis das Jobcenter die monatlichen Beiträge abführte. Auf Nachfrage der betreuenden Hilfseinrichtung bei den Krankenkassen wurde eine bestehende Versicherung verneint und mitgeteilt, dass keine Beitragszahlungen eingingen. Der Fehler lässt sich darauf zurückführen, dass von Seiten des Jobcenters ein Versicherungsverhältnis dokumentiert wurde, obwohl die dafür notwendige Bestätigung von Seiten der Krankenkasse nicht ausgestellt wurde. Im Fall von Patient 10 lagen zwar Dokumente der Krankenkasse vor, jedoch nicht die erforderlichen Unterlagen. Da das Jobcenter jedoch nicht in Kontakt mit der Krankenkasse stand und zudem die zuständigen Sachbearbeiter und Ansprechpartner im Jobcenter häufig wechselten, wurde übersehen, dass nicht das korrekte Dokument eingereicht wurde. Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, betreute Patient 10 und deckte den Fehler auf.

Expertin 14: „[...] Bei Herrn [...] [Name des Patienten anonym, Anm.d.Verf.], bei dem ich dachte, dass er krankenversichert sei, ist es schon ein Jahr fast, dass er nicht krankenversichert ist.“ [...]

Expertin 14: „Weil da was schief gelaufen ist. Es war so, dass er immer gesagt hat, er war bei der [...] [Name einer PKV anonym, Anm.d.Verf.] krankenversichert [...]. Da hat er mal eine private Krankenversicherung gehabt, vor zwanzig Jahren. Daran anknüpfend haben wir das dann angefordert, die haben nichts gefunden und haben aber ein Angebot geschickt. Dann hat seine Begleitung, er wird ja immer von seiner ehemaligen Freundin [...] begleitet und die hat mir die ganze Zeit bestätigt: ‚Ja, das haben wir bekommen, das haben wir beim Jobcenter abgegeben.‘ Dann passierte immer nichts. Dann habe ich beim Jobcenter angerufen und habe gesagt: ‚Ihnen liegen doch die gesamten Unterlagen vor, warum zahlen Sie denn nicht?‘ – ‚Ja, privat versichert und zu teuer und trallala.‘ Und da habe ich gesagt: ‚Das spielt ja keine Rolle, Sie müssen das doch zahlen.‘ Und hin und her und dann: ‚Ja, wir weisen das jetzt an.‘ [...] Wir dachten, der ist nicht krankenversichert, weil das Jobcenter nicht zahlt. [...]. Dann haben die gezahlt, ich sehe den ALG-II-Bescheid aus dem hervorgeht, dass das Jobcenter an [...] [Name einer PKV anonym, Anm.d.Verf.] zahlt. Also denke ich doch, es ist alles in Ordnung. [...]. Unten [ESA, Anm.d.Verf.] haben sie dann bei der Abrechnung festgestellt, die Krankenkasse zahlt

aber nicht. Und die leugnen, überhaupt einen Zahlungseingang vom Jobcenter bekommen zu haben und dass ja auch gar keine Versicherung existiert [...], weil tatsächlich haben sie nur dieses Angebot geschickt und diese Frau [...] [Name der Ex-Lebensgefährtin des Patienten anonym, Anm.d.Verf.] hat nur dieses Angebot beim Jobcenter abgegeben, nicht aber einen Antrag auf Übernahme eines Krankenversicherungsverhältnisses und eine Bestätigung, dass er in der Krankenversicherung ist, was ich wiederum nicht wusste, weil ich ging natürlich davon aus, dass das Jobcenter nur zahlt, wenn es alle erforderlichen Unterlagen vorliegen hat und nicht nur ein Angebot. Und das ist beim gegenwärtigen Stand so, dass er jetzt erst im Juni die Unterlagen bekommen hat, um den Antrag auf Übernahme in die Krankenversicherung zu stellen und dann als nächstes zu klären sein wird, was mit diesen Beiträgen des Jobcenters ist.“ [...]

Expertin 14: „[...] das hat ziemlich lange gedauert alles und das war dann schließlich auch die Vertretung, die gesagt hat: ‚Ich mache das jetzt.‘ Weil ich dann wirklich da auch gesagt habe: ‚Das kann jetzt nicht noch länger dauern.‘ Und ich glaube einfach, dass das ein Versehen war und dass das aufgrund dieses unsäglichen Personalstandes da in der Dienststelle einfach passiert ist.“ (Z. 586ff.)

Was bei Patient 17 zur fälschlichen Dokumentation einer Krankenversicherung führte, war nicht im Einzelnen rekonstruierbar. Auch in seinem Fall stellten wechselnde Sachbearbeiter im Jobcenter ein Problem dar. Als er seinen Antrag auf ALG II stellte, wurde ihm vom Jobcenter mitgeteilt, dass er eine GKV abschließen müsse. Er reichte daraufhin die entsprechenden Unterlagen ein und erhielt später die schriftliche Mitteilung, dass der Abschluss der GKV erfolgreich gewesen sei und die Beiträge vom Jobcenter übernommen würden. Wie bei Patient 10 wurde erst einige Monate später, durch eine Anfrage der ihn behandelnde Hilfseinrichtung bei der Krankenkasse, bemerkt, dass es nie zu einem Versicherungsabschluss gekommen war. Warum in den Unterlagen des Jobcenters dennoch der Bestand einer Krankenversicherung notiert und Beitragszahlungen getätigt wurden, blieb unklar. Auch in seinem Fall hätte dies durch einen direkten Kontakt zwischen Jobcenter und Krankenkasse vermieden werden können.

Zusätzliche Verwirrung stifteten in den beiden Fällen die konträren Aussagen von Jobcenter und Krankenkasse bezüglich der getätigten Beitragszahlungen. Während in den Unterlagen des Jobcenters dokumentiert war, dass Versicherungsbeiträge für die betreffende Person abgeführt wurden, behauptete die Krankenkasse, dass keine entsprechenden Beitragszahlungen eingingen. Der Sachverhalt wird von den Experten damit erklärt, dass das Jobcenter die Beiträge seiner Kunden als Sammelbetrag an die Krankenkassen überweist. Angeblich sei es den Krankenkassen dadurch nicht möglich, die Zahlungen einzelnen Personen zuzuordnen. Wurde für eine bestimmte Person bei

einer Krankenkasse nie eine Versicherung abgeschlossen, hat diese Krankenkasse entsprechend keine fehlenden Beitragszahlungen zu verbuchen. Auch von Seiten des Jobcenters werden keine Nachforschungen angestellt, da aus den Unterlagen ein Versicherungsschutz hervorgeht und der Fall somit als abgeschlossen gilt. Was letztlich mit den Geldern geschieht, die vom Jobcenter für nicht existente Versicherungen überwiesen werden, ob sie von den Krankenkassen zurücküberwiesen werden oder nicht, konnte in den Interviews nicht abschließend geklärt werden. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, erklärte den Sachverhalt.

Expertin 8: „[...] weil das SGB II zahlt nicht explizit auf ein Konto für den Patienten, sondern Pauschalbeträge. Es ist nicht so, dass die jetzt für mich 150 Euro monatlich zahlen, sondern die schicken gleich 150 000 Euro für alle ihre Mitglieder [...] an die Versicherungen. Und wie soll man das auseinanderhalten?!“ [...]

Expertin 8: „[...] das ist irgendwo im Nirwana verschwunden, weil man das nicht zuordnen kann.“ [...]

Expertin 8: „Ja, aber die Versicherung wird nicht sagen: ‚Hallo, wir haben die und die Beiträge bekommen, wir wissen nicht, wo wir die hin buchen sollen.‘ Die nehmen das natürlich erstmal, ist doch klar. Die würden das Geld wahrscheinlich nicht zurücküberweisen, weil sie sagen: ‚Wir kennen den Herrn Müller hier nicht [...]‘.“ (Z. 764ff.)

Wie im Fall der Patienten 10 und 17 wird ein derartiger Fehler spätestens dann bemerkt, wenn eine medizinische Behandlung erfolgt, die medizinische Einrichtung aber keine Kostenzusage von der Versicherung erhält. Problematisch ist dieser Punkt nicht nur, da in diesem Fall eine Kostenerstattung für die erfolgte Behandlung ausbleibt, sondern auch, da von Seiten des Jobcenters irrtümlicherweise Gelder an Krankenkassen gezahlt werden. Nicht zuletzt wird dadurch auch der Versicherungsabschluss hinausgezögert. Wie Experte 6, Arzt in einer Hilfseinrichtung, anmerkte, ist irritierend, dass solchen Bearbeitungsfehlern von Seiten der Jobcenter wenig Interesse entgegengebracht wird, obwohl die Behörde dadurch unnötige Ausgaben hat.

Experte 6: „[...] aber das Jobcenter kümmert sich nicht darum. [...]. Das machen sie nicht, das muss der Patient selber machen [...]“ [...]

Experte 6: „Und ich würde davon ausgehen, dass das Jobcenter sich darum kümmert, denn die bezahlen ja schließlich die Beiträge. Aber das interessiert die nicht.“ (Z. 301ff.)

Vor allem aus Sicht der versorgenden Einrichtungen, die an einer zügigen Einbindung der Nichtversicherten in das Regelsystem interessiert sind, stellt die fehlende Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren ein Hindernis dar. Eine regelhafte

Zusammenarbeit und gemeinsame Zielsetzung könnten eine effektivere Bearbeitung insbesondere der Problemfälle bewirken und oben geschilderte Fehler vermeiden. Von Seiten der Leistungsträger wird stattdessen auf die Eigenverantwortung der Leistungsempfänger verwiesen; dieser Aspekt ist Inhalt des nächsten Kapitels.

5.5.4 Mitwirkungspflicht bei Antrag und Erhalt eines Sozialleistungsbezugs

Mit der Einführung von Arbeitslosengeld II änderte sich der Grundsatz der staatlichen Unterstützung, wie der neue Leitspruch „Fördern und Fordern“ zum Ausdruck bringt. Das Hartz-IV-Konzept verlangt von den Antragstellern und Leistungsempfängern mehr Mitarbeit und Eigenverantwortung als es unter der früheren Arbeitslosen- oder Sozialhilfe der Fall war. Schon die Beantragung von Sozialleistungen ist nur mit einem gewissen Eigenengagement von Seiten des Antragstellers möglich. Tritt eine Person in Leistungsbezug ein, muss sie die Mitwirkungspflicht erfüllen, um diesen auch beizubehalten. Seitdem auch Sozialleistungsempfänger regelhaft krankenversichert werden, erstreckt sich die Mitwirkungspflicht zudem auf die Krankenversicherung, d.h. der Antragsteller ist selbst für den Abschluss einer Krankenversicherung verantwortlich. Probleme wurden meist in Zusammenhang mit einem ALG-II-Bezug geschildert, da die Mitwirkungspflicht unter SGB-XII-Bezug wesentlich geringer ausfällt. Die folgenden Ausführungen beziehen sich deshalb vor allem auf SGB-II-Leistungen, gelten teilweise allerdings auch für den Leistungsbezug nach SGB XII.

Will eine Person einen Antrag auf ALG II beim örtlichen Jobcenter stellen, erhält sie zunächst einen sogenannten Laufzettel. Darauf sind alle Dokumente und Unterlagen notiert, die dem PAP zusammen mit dem ausgefüllten Antragsformular und einem gültigen Ausweisdokument vorgelegt werden müssen, bevor der ALG-II-Antrag zur Bearbeitung eingereicht werden kann. Auf diesem Laufzettel sind unter anderem folgende Dokumente gelistet: eine Meldebescheinigung des Wohnsitzes, eine Meldebescheinigung der Krankenkasse, Vermögensnachweise, Kontoauszüge, der Sozialversicherungsausweis, ggf. die Abmeldung bei einem vorherigen Sozialleistungsträger.

Für die Mehrheit der Antragsteller sind die Erfüllung des Laufzettels und das Ausfüllen des Antragsformulars, trotz möglicher Schwierigkeiten, zumindest keine unüberwindbaren Hindernisse. Die Fallbeispiele aus Kapitel 5.4 zeigen jedoch, dass manche diese Aufgaben nicht eigenständig bewältigen können. Bei den Patienten 15 und 22 (siehe Kapitel 5.4.2 bzw. 5.4.3) bestand das Hindernis darin, einen neuen Ausweis zu beantragen. Patient 21 (siehe Kapitel 5.4.2) hatte im Zuge einer Wohnungsräumung alle Dokumente verloren, so dass er diese nicht vorlegen konnte. Patient 10 (siehe Kapitel 5.4.2) reichte einen fehlerhaft ausgefüllten Antrag und unvollständige Unterlagen ein. Neben diesen Beispielen berichteten verschiedene Patienten, wie sie an der Antragstellung auf Sozialleistungen scheiterten, da sie allgemein Schwierigkeiten hatten, sich in der Komplexität des Regelsystems mit all den Anforderungen, Auflagen und Formularen zurechtzufinden. Patient 21 äußerte seine Ansicht, dass es unmöglich sei, sich mit allen Vorgaben auszukennen, wenn man erstmals staatliche Unterstützung benötigte. Dabei betonte er, dass in komplizierten Fällen sogar die Mitarbeiter der Ämter nicht wüssten, wie vorzugehen sei, so dass von den Betroffenen nicht verlangt werden könne, die Vielzahl der Regelungen zu verstehen.

Patient 21: „[...] Menschen, die [...] da reinrutschen in so eine Situation, erfahren erst davon, wenn es ganz akut ist [...]. Und dann kommt man erst hierher. [...]. Ein Mensch, der nie in so einer Situation war, der immer arbeiten war oder der Ämter nicht in Anspruch nehmen musste, der weiß nicht, wie diese ganzen Wege funktionieren und dadurch kommst du in Verzug, machst Fehler und die Fehler kosten dich richtig teures Geld, weil gewisse Sachen nicht rechtzeitig [...] beantragt wurden, dann kriegt man es nicht mehr, weil man das verpasst hat. [...] niemand kennt sich da aus, nicht mal die auf dem Amt kennen sich aus, telefonieren zum Teil unter ihren Kollegen hin und her: ‚Sag mal, weißt du, was wir mit ihm machen sollen, wo sollen wir den denn hinschicken, was machen wir mit dem?‘ Das weiß ja das Amt nicht mal selber. [...]“ (Z. 729ff.)

Wirft man einen Blick auf die Antragsformulare für SGB-II- und SGB-XII-Leistungen und die verschiedenen Formulare und Hinweisblätter, die beachtet werden müssen, kann tatsächlich leicht ein Gefühl der Überforderung aufkommen. So sind viele Antragsteller darauf angewiesen, von den Mitarbeitern der Behörden korrekte Hinweise oder konkrete Hilfe beim Ausfüllen der Formulare zu erhalten. Einige Experten berichteten, wie es selbst für sie teils schwierig sei, die Amtssprache korrekt zu verstehen und alle Formulare auszufüllen, so dass auch sie teilweise bei der jeweiligen Behörde nachfragen müssten, wie Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, schilderte.

Expertin 14: „[...] alleine diesen ALG-II-Antrag [...]. Es ist relativ einfach, wenn man weiß, was da drin steht und wenn einer gar nichts hat und ‚nein, nein, nein, nein, nein‘ – fertig. Aber wenn man so ein Ding erstmals in der Hand hält, ist das erschlagend, allein das auszufüllen.“ [...]

Expertin 14: „Ich habe da so einen Grundsicherungsantrag [...]. Ich war kaum in der Lage den auszufüllen. Dann bin ich mit dem Ding zu ihr [Mitarbeiterin im Sozialamt, Anm.d.Verf.] gegangen und habe gesagt: ‚Tut mir leid.‘ Ich würde ja am liebsten sagen: ‚Bei Ihnen muss man studiert haben.‘ Ich habe studiert, aber mir fällt dazu auch nichts mehr ein. Wie soll das ein Mensch ausfüllen können?! Da waren so viele Querverweise, so viele Spalten, so viele Wenn und Abers und wenn das nicht, dann das und wenn das, dann das, völlig unübersichtlich.“ [...]

Expertin 14: „[...] Und [...] das gibt man den Leuten an die Hand, dass die dann da sitzen und dann kriegen sie das nicht hin, es hilft ihnen niemand. Dann gehen sie nicht mehr zum Amt, weil sie haben es ja nicht ausgefüllt bekommen. Dann liegt es schon drei Wochen da rum: ‚Jetzt brauch ich ja auch nicht mehr zum Amt gehen, das ist ja jetzt peinlich, wenn ich jetzt wieder da aufkreuze, ich sollte ja sofort wieder dahin kommen. Ach nein, dann gehe ich doch besser nicht hin.‘ – So kann es auch gehen. [...]“ (Z. 1178ff.)

Werden Leistungen bewilligt, gilt unter laufendem ALG-II-Bezug eine Mitwirkungspflicht. Werden die Auflagen nicht erfüllt, werden Leistungen gekürzt oder gestrichen. Zu den Grundpflichten eines Leistungsempfängers gehört, stets für die Mitarbeiter des Jobcenters erreichbar zu sein, regelmäßig persönlich zu Terminen zu erscheinen, eine durch das Jobcenter vermittelte Arbeit oder Maßnahme anzunehmen, sich im Falle einer Erkrankung krank zu melden, eine Ortsabwesenheit zu melden etc. Reagiert ein Leistungsempfänger nicht auf Schreiben und Kontaktversuche des Jobcenters, werden schrittweise Sanktionen in die Wege geleitet, bis hin zur kompletten Einstellung der Leistungen, inklusive der Krankenversicherungsbeiträge. Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, erläuterte das Vorgehen. Das Stoppen der Beitragszahlungen an die Krankenversicherung sei dabei der allerletzte Schritt und würde eher selten vorkommen. Ist jedoch davon auszugehen, dass überhaupt kein Leistungsanspruch mehr besteht, werden die Leistungen vollständig beendet. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn nicht sicher ist, ob eine Person sich noch in Frankfurt aufhält.

Interviewerin: „Das heißt dann [...] kann es passieren, dass jemand aus seiner Krankenversicherung rausgeschmissen wird, [...] wenn ich im Leistungsbezug bin bei Ihnen und meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme [...]?“

Expertin 21: „Das kann passieren. Die komplette Einstellung ist nur allerletztes Mittel, solange er auch nur einen Euro Anspruch hat, bekommt er auch seine Krankenversicherung. Klassischer Fall ist: Wir haben eine Maßnahme für ihn, wir haben irgendeine Auflage wo wir sagen: ‚Mach eine AGH [Arbeitsgelegenheit, Anm.d.Verf.], du musst zum Bewerbungstraining, du musst bei der Infoveranstaltung auftauchen.‘ [...] oder [...] wir haben ihn irgendwohin vermittelt und das bricht er ab. [...]. Wenn er da keinen vernünftigen Grund sagen kann, wie ‚ich war krank‘ oder ‚ich hatte Ärger mit dem Chef aus

den und den Gründen'. Also wenn es nicht in seiner Verantwortung lag, dann kürzen wir auch nichts [...]. Wenn er sagt ‚ich hatte keinen Bock drauf‘ oder ‚ich will hier nur meine Ruhe und mein Geld haben‘, da kommt dann wieder der Gedanke von ‚fordern‘, dann gibt es die Kürzung. Die erste Kürzung ist 30 %. Wenn er dann noch einmal das Gleiche macht, dann würde es eine Kürzung von 60 % geben. Wenn er das dann das dritte Mal nicht macht, dann gibt es die 100 %.“

Interviewerin: „Und erst dann würden auch die Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr gezahlt werden?“

Expertin 21: „Eben nicht, er hat nämlich trotzdem, obwohl er 100 % hat, immer noch Anspruch auf einen Lebensmittelgutschein und dadurch [...] behält er auch die Krankenversicherung.“ [...]

Interviewerin: „Wie lange müsste jemand seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, dass er auch den Krankenversicherungsschutz verliert? [...]“

Expertin 21: „[...] Der klassische Fall von einer Versagung oder Entziehung ist bei uns: Wir wissen nicht, ob er noch hier ist, wir haben keine Ahnung, ob er sich noch in Frankfurt, in Deutschland oder irgendwo aufhält. Eine komplette Einstellung wird immer nur dann stattfinden, wenn wir gar nicht sicher sind, ob er überhaupt noch einen Anspruch hat, also wenn er eh bei uns rausfallen würde.“ (Z. 1216ff.)

Zudem wird ALG II nur für sechs Monate bewilligt, so dass für einen fortlaufenden Bezug jeweils fristgerecht ein Folgeantrag gestellt werden muss. Wird dies versäumt, laufen die ALG-II-Leistungen aus, denn dann wird davon ausgegangen, dass sich die betreffende Person nicht mehr an ihrem bisherigen Aufenthaltsort aufhält oder nicht mehr bedürftig ist. Den Erklärungen von Expertin 21 zufolge, ist dies der häufigste Grund, warum Personen aus einem Leistungsbezug ausscheiden und damit auch ihre Krankenversicherung verlieren.

Expertin 21: „Der klassische Fall warum sie rausfliegen ist diese sechs Monate Bewilligung. Wir können immer nur für sechs Monate bewilligen, das heißt kurz bevor diese sechs Monate um sind, muss er einen Antrag auf Weiterbewilligung stellen und das wird oft vergessen. Dieser Antrag [...] zählt wie ein Erstantrag, das heißt, wenn er einen Monat zu spät kommt, kriegt er den Monat der dazwischen ist keine Krankenversicherung. [...]. Wenn nach sechs Monaten dieser Folgeantrag nicht kommt, dann ist der automatisch wieder draußen. [...]“ [...]

Expertin 21: „[...] Der Antrag wird nicht abgegeben [...]. Die Kunden merken das nach ein, zwei Monaten, dass kein Geld mehr kommt und kommen dann [...]. Dann gucken wir in unser System und sagen: ‚Ja, klar, du hast nur bis Januar Geld gekriegt und du hast keinen Folgeantrag gestellt.‘ Und dann sagt er: ‚Ja, jetzt stelle ich ihn.‘ Dann sage ich: ‚Ok, jetzt ab März kriegst du wieder, aber der Februar, der ist verloren.‘“

Interviewerin: „Auch die Krankenversicherung?“

Expertin 21: „Auch die Krankenversicherung.“ (Z. 1287ff.)

Unter den interviewten Patienten bestätigen die Fälle der Patienten 2, 4 und 9, dass Leistungen wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht eingestellt werden. Bei Patient 2 (siehe Kapitel 5.4.4) wurden die ALG-II-Zahlungen inklusive der Krankenversicherungs-

beiträge vollständig eingestellt. Ob er sanktioniert wurde oder keinen fristgerechten Folgeantrag stellte, blieb unklar. Nach Vermutung der Mitarbeiter der Hilfseinrichtung erhielt er die Post des Jobcenters nicht oder beantwortete diese nicht, versäumte dadurch Auflagen oder verpasste den Hinweis auf einen Folgeantrag. Nach den Erfahrungen der Experten ist das Ignorieren von Postschreiben eine häufige Ursache dafür, dass Betroffene sich nicht rechtzeitig vor einer Sanktionierung um eine Klärung bemühen. So stellte sich die Situation im Fall der Patienten 4 und 9 (siehe Kapitel 5.4.5 bzw. 5.4.6) ähnlich dar; beide reagierten nicht auf die Anschreiben der Behörde. Patient 4 war aufgrund einer Alkoholabhängigkeit und Depression der Situation gegenüber gleichgültig und reichte die angeforderten Unterlagen nicht ein, obwohl ihm bewusst war, dass er dadurch seine Krankenversicherung verlieren würde. Patient 9 war aufgrund einer körperlichen Erkrankung nicht in der Lage, persönlich beim Jobcenter zu erscheinen und versäumte aufgrund seiner Depression und Unwissenheit, Kontakt aufzunehmen, sich krank zu melden und die Sachlage zu klären. Er stellte keinen Folgeantrag auf ALG II, so dass die Leistungen beendet wurden und verlor zudem zeitgleich seine Krankenversicherung, da er nicht auf die Schreiben der Krankenkasse reagierte, die ihm das Ausscheiden aus der Familienversicherung mitteilte.

Ein weiterer Punkt, an dem eigenverantwortliches Handeln verlangt wird, ist der Nachweis einer Krankenversicherung im Rahmen eines ALG-II-Antrages. Darin stellt sich eine neue Hürde dar, seitdem Arbeitslosengeldempfänger nicht mehr über die Krankenhilfe des Sozialamtes abgesichert sind, sondern in das reguläre Versicherungssystem eingebunden werden. So wird im Rahmen des ALG-II-Antrages der Nachweis einer Krankenversicherung gefordert. Ist keine vorhanden, erfolgt ein Versicherungsabschluss jedoch nicht automatisch mit der Bewilligung von Leistungen durch die Behörde. Stattdessen ist es Aufgabe des Antragstellers, selbst Kontakt zu einer Krankenkasse aufzunehmen, den Versicherungsvertrag abzuschließen, den Versicherungsnachweis und die vom Versicherungsunternehmen unterzeichnete Bescheinigung zur Übernahme der Beitragszahlungen beim Jobcenter einzureichen. Auch wenn das Jobcenter später die Beitragszahlungen übernimmt, liegt es zuvor in der Verantwortung des Leistungsempfängers, sich um die Klärung des Versicherungsschutzes zu kümmern.

Zwar ist prinzipiell zu befürworten, dass auch Sozialleistungsempfänger in das reguläre Krankenversicherungssystem eingebunden werden, die Trennung von ALG-II-Antrag und Versicherungsantrag kann jedoch dazu führen, dass Personen erst verspätet in Leistungsbezug gelangen oder in Leistungsbezug stehen ohne krankenversichert zu sein. Verzögert sich der Versicherungsabschluss wesentlich, kann in der Zwischenzeit zur Existenzsicherung der Bezug von ALG II genehmigt werden. Dadurch können sich Konstellationen ergeben, in denen Leistungsempfänger über Monate nicht versichert sind, wie im Fall der Patienten 10, 17 und 25. Patient 10 (siehe Kapitel 5.4.2) gelang es aufgrund seiner Lebensumstände und geistigen Fähigkeiten nicht, eine Versicherung abzuschließen. Zum Zeitpunkt des Interviews bezog er seit einigen Wochen ALG II und war nicht versichert. Die Fälle der Patienten 17 und 25 demonstrieren, dass es auch zu Schwierigkeiten beim Versicherungsabschluss kommen kann, obwohl ausreichend Eigenengagement und Fähigkeit zu selbständigem Handeln vorhanden sind. Patient 17 (siehe Kapitel 5.4.8) bezog seit sieben Monaten ALG II, war jedoch noch immer ohne Versicherungsschutz, da seine Anträge von allen angefragten Versicherungsunternehmen abgelehnt wurden. Patientin 25 (siehe Kapitel 5.4.2) war seit viereinhalb Monaten in ALG-II-Bezug und nicht versichert, da sie von den Versicherungsunternehmen nur Absagen erhielt. In allen drei Fällen kam erschwerend hinzu, dass die Betroffenen der PKV zugeordnet wurden; die Besonderheiten der PKV werden in Kapitel 5.5.6 erläutert.

Die Erfahrungen der Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern zeigen, dass immer wieder Personen aus Überforderung Leistungsansprüche nicht verwirklichen oder nach erfolgreicher Eingliederung ins Regelsystem erneut ausscheiden. Zwar lehnten sie es nicht grundsätzlich ab, eine gewisse Mitwirkung zu verlangen, wenn jemand staatliche Leistungen beziehen will, doch kritisierten sie, dass eben nicht alle Personen in gleicher Art und Weise dazu fähig sind, so dass für manche Personengruppen mehr Unterstützung bereitgestellt werden müsste. Dies brachte unter anderem Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, zum Ausdruck.

Expertin 3: „[...] ich sag damit nicht, die müssen nicht mitwirken. Natürlich müssen sie mitwirken, gar keine Frage, aber wie, zu welchem Zeitpunkt, und wie kann man das so machen, dass es nicht gleich kontraproduktiv ist [...].“ (Z. 703ff.)

Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, wurde im Interview um eine Stellungnahme zu dieser Problematik gebeten. Sie räumte ein, dass gewisse Personengruppen durchaus vermehrt Hilfestellung benötigten, dass in solchen Fällen aber auch ein Entgegenkommen von Seiten der Behörde in einigen Punkten möglich sei und praktiziert werde. Grundsätzlich befürwortete sie allerdings das Konzept des „Fördern und Fordern“.

Interviewerin: „Wenn jemand dann nicht in der Lage ist, alle Dokumente, alle Formulare vorzulegen, gibt es dann auch Möglichkeiten, dem Kunden da entgegenzukommen [...]?“
Expertin 21: „[...] Wenn es ein Obdachloser ist und die klassische Frage kommt: ‚Wovon haben Sie denn bisher gelebt?‘ Und dann erzählt er mir, er ist schon fünf Monate auf der Straße, dann verlange ich keine Kontoauszüge von ihm. Wenn ich keine Anhaltspunkte habe, dass er irgendwo Geld versteckt haben könnte, dann glaube ich die Hilfebedürftigkeit. Wenn er sagt, er ist obdachlos, dann verlange ich auch nicht, dass er mir [...] eine Meldebescheinigung bringt, weil die kann er mir nicht bringen. Was ich verlange, ist eine Postadresse. Die kann man hier in Frankfurt einrichten über [...] die CASA 21 [...]. Unser Ziel ist es, die Leute dann auch zu stabilisieren und wieder in ein normales Leben zu integrieren. Weil unser Ziel ist es ja in erster Linie, die Leute fit zu machen, damit sie wieder für sich selbst sorgen können auch, durch Arbeit [...].“ (Z. 252ff.)

Interviewerin: „Ist es denn zu viel verlangt [...], diese Anträge auszufüllen? Es wirkt auf mich ja auch schon ziemlich kompliziert [...]. Wie ist es so aus Ihrer Sicht? [...]“
Expertin 21: „Ich sage mal so, wir haben noch keinen besseren Weg gefunden, keinen einfacheren. [...] Wir müssen das machen, was der Gesetzgeber uns vorgibt, wir sind an die Gesetze gebunden und er verlangt halt viele Voraussetzungen bei der Anspruchsprüfung, auf die können wir nicht verzichten. [...]“ [...]
Expertin 21: „Allgemein würde ich sagen, es ist gut, ich finde auch die Differenzierung ganz gut [...]. Und dass wir auch von den Leuten, die dazu in der Lage sind, auch fordern, [...] dass wir auch von jedem eine Eigenverantwortung fordern und sagen: ‚Du musst sehen, dass du wieder auf eigenen Beinen stehen kannst.‘ [...] Ich denke, man kann gewiss einige Regelungen verbessern, aber vom Grundsystem finde ich es schon sehr gut. Also da sind wir absolut konform.“ (Z. 1154ff.)

Die Patientenfälle zeigen, dass auch Personen, die bisher in geordneten Verhältnissen lebten und plötzlich einen sozialen Absturz verkraften müssen, von der Vielfalt der Anforderungen, die in einer solchen Situation an sie gestellt werden, überfordert sein können. Dennoch nannten die Experten die Gruppe der Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten als diejenigen, die besonders häufig bereits an der Beantragung von Sozialleistungen oder später an der Mitwirkungspflicht unter Leistungsbezug scheitern. Denn gerade für sie stellen oft schon Kleinigkeiten, wie die Vorlage eines gültigen Ausweisdokumentes, große Hindernisse dar, wie Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, betonte.

Expertin 3: „[...] den Krankenversicherungsschutz zu klären heißt ja in der Regel: Gang zum Amt. Und das fängt damit an, dass ich mich ausweisen kann. Und die Zahl derer, die ihre Sachen verlieren, gestohlen, geklaut, kein Geld für ein Passbild, um überhaupt ein Passfoto zu machen oder wenn noch ein nichtdeutscher Hintergrund ist, muss man ja noch unter Umständen [...] zum Konsulat fahren [...]. Das sind natürlich Hürden, die, kann man sagen, Gott was kostet ein Passbild und was ist ein Gang zum Amt. [...]. Aber diese Toleranz aufzuweisen, [...] zum richtigen Amt zu gehen, die Papiere beizubringen, die Papiere zu verstehen, sie auszufüllen, eine Krankenkasse zu wählen, mich da anzumelden, das ist schon in sich eine Hürde. [...]. Die Kontinuität des Beibehaltens ist eine zweite Hürde. [...]. Dieses System in sich ist zu anspruchsvoll für Leute, die mittel- oder längerfristig rausgefallen sind, krank sind. In vielen Fällen [...], 80 [%] sagen wir mal, Suchtproblematik auch mit dabei. Schwierigst das alleine hinzubekommen.“ (Z. 526ff.)

Dabei hoben die Experten die Bedeutung von Erkrankungen für die Mitwirkungsfähigkeit der Betroffenen hervor. Kann eine Person die Anforderungen des Regelsystems nicht erfüllen, so ist dies häufig ein Hinweis darauf, dass Probleme zugrunde liegen, die besondere Unterstützung notwendig machen. Beispielsweise kann dies auf eine Sucht- oder psychische Erkrankung hindeuten, so dass diese Personen auch eine medizinische Versorgung benötigen. Gleichzeitig liegt in eben dieser Erkrankung die Begründung, warum sie aus dem Regelsystem ausscheiden, keinen Versicherungsschutz haben und nicht in medizinischer Behandlung stehen. Diesen Zusammenhang brachte unter anderem Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, zum Ausdruck.

Expertin 14: „Da sind natürlich dann Leute drunter, die Auflagen des Jobcenters nicht Folge leisten, die gekürzt oder ganz gestrichen werden, die keinen neuen Antrag stellen, so dass sie automatisch durch den Nicht-mehr-Bezug auch aus der Krankenversicherung fallen [...]. Das sind dann natürlich die schlimmsten Fälle, [...] weil schon das Versäumnis, dass sie beim Jobcenter nicht so funktioniert haben, deutet ja schon darauf hin, dass sie gewisse Schwierigkeiten [...] vielleicht auch psychische Schwierigkeiten haben, die [...] behandlungsbedürftig wären und dann sind sie ohne Krankenversicherung.“ (Z. 383ff.)

Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, sah in zugrundeliegenden Erkrankungen einen zentralen Faktor in der Problematik der Nichtversicherung. Gerade Personen, die durch psychische Krankheiten und Suchterkrankungen belastet seien, würden ihrer Ansicht nach durch die zunehmenden Anforderungen des Regelsystems ausgegrenzt, da sie die damit verbundenen Hürden nicht meistern könnten.

Expertin 3: „[...] Aber mit Blick auf Gesundheit, Krankheit, ist meine Aussage: die, die am kränksten sind, denen eigentlich am schnellsten geholfen werden müsste, wie dem Schwerstdepressiven, der es ja nicht hinkriegt zum Sozialamt bzw. zum Jobcenter zu gehen, der das gar nicht aushält da, der hat Null Chance, dass es geregelt wird, weil er die Hürden nicht nehmen kann und subsidiär kann das keiner für ihn. [...]“ (Z. 764ff.)

Im Zuge der Gesundheits- und Sozialreformen wurde sowohl der Einstieg in das Hilfesystem der Sozialleistungen erschwert als auch der Erhalt des Leistungsbezugs, indem dieser in größerem Maße die Mitwirkung des Leistungsempfängers erfordert. Obwohl es nicht grundsätzlich abzulehnen ist, von Sozialleistungsempfängern eine gewisse Mitarbeit zu fordern, ist es berechtigt, die Sinnhaftigkeit und Zumutbarkeit der einzelnen Pflichten in Frage zu stellen. Denn die Patientenbeispiele aus Kapitel 5.4 zeigen, dass die Fähigkeiten zu selbständiger Mitarbeit sehr unterschiedlich sind und die Anforderungen, die das Regelsystem an Hilfebedürftige stellt, nicht von allen gleichermaßen erfüllt werden können. Somit muss festgestellt werden, dass die Mitwirkungspflicht unter gewissen Umständen zum Hindernis werden kann, das die Eingliederung ins Regelsystem erschweren kann bzw. nach erfolgreicher Einbindung zu einem erneuten Verlust der staatlichen Hilfsleistungen und der Krankenversicherung führen kann.

5.5.5 Unklarheiten bei der Zuständigkeit und eingeschränkter Kontrahierungszwang der Krankenkassen

Die Versicherungspflicht soll Nichtversicherung durch eine doppelte Regelung verhindern. Auf der einen Seite haben alle in Deutschland lebenden Personen die gesetzliche Pflicht, sich krankenzuversichern, auf der anderen Seite sind die Versicherungsunternehmen über einen Kontrahierungszwang zur Aufnahme Nichtversicherter verpflichtet. Die für beide Parteien – Versicherte und Versichernde – geltende Verpflichtung soll allen Personen den Eintritt in eine Krankenversicherung ermöglichen. Denn bis dahin stand Krankenkassen die Möglichkeit offen, sowohl die Wiederaufnahme ehemaliger Mitglieder als auch die Aufnahme neuer Mitglieder abzulehnen. Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, bestätigte, dass die Gesetzesänderung vielen Nichtversicherten einen Versicherungsabschluss ermöglicht.

Expertin 7: „Die, die legal hier sind und irgendwann mal in ihrem Leben bei einer Krankenkasse waren, also jeder, der zwar in desolaten Verhältnissen lebt, zum Beispiel auf der Straße, hat aber trotzdem eine Möglichkeit, eine Krankenkasse zu haben, heutzutage, während das früher eben nicht möglich war, weil die Krankenkassen die Leute nicht mehr zurückgenommen haben, mussten sie ja auch nicht und wenn die einmal rausgefallen waren aus dem System, sind sie nicht wieder reingekommen. Heute müssen die Krankenkassen sie ja wieder nehmen [...] und dadurch kriegen sie eben auch wieder ihren Krankenversicherungsschutz [...].“ (Z. 124ff.)

Die Zuständigkeit der Krankenkassen ist nach dem Gesetz der Versicherungspflicht zumindest in der Theorie eindeutig festgelegt (siehe Kapitel 2.4.1). In der praktischen Umsetzung zeigen sich jedoch Probleme dabei, die Zuständigkeiten zu klären und den Kontrahierungszwang umzusetzen. So scheitern noch immer einige Nichtversicherte bei dem Versuch, eine Versicherung abzuschließen, da sie von den Versicherungsunternehmen mit der Begründung abgewiesen werden, nicht für sie zuständig zu sein.

Grundsätzlich gilt, dass die letzte versichernde Krankenkasse zur Wiederaufnahme ihres ehemaligen Mitgliedes verpflichtet ist. Jedoch gibt es einige Einschränkungen. Demzufolge darf eine Krankenkasse ihre Zuständigkeit prüfen, bevor sie einen Versicherungsantrag annimmt und ihn ablehnen, wenn die Zuständigkeit nicht gegeben ist. So gilt die Bindung an die letzte Krankenkasse nur innerhalb einer 18-monatigen Wartefrist. Außerhalb dieses Zeitintervalls hat jede Person freies Wahlrecht, sich eine beliebige andere Krankenkasse auszusuchen. Innerhalb der Wartefrist muss demnach die letzte versichernde Krankenkasse die Person aufnehmen, nach Ablauf der achtzehn Monate kann sie auf das freie Krankenkassenwahlrecht verweisen, denn dann ist genauso jede neu gewählte Krankenkasse zuständig. Das bedeutet allerdings auch, dass nach Ablauf der Wartefrist eine angefragte Krankenkasse einen Antragsteller nicht abweisen darf, auch wenn sie nicht dessen frühere Krankenkasse ist und, dass Personen ohne Vorversicherung von vornherein an keine bestimmte Krankenkasse gebunden sind. Darüber hinaus muss die Zuordnung einer Person zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung beachtet werden. Denn wird eine vormals gesetzlich versicherte Person nun dem privaten Sektor zugeordnet oder umgekehrt, entfällt der Kontrahierungszwang für die letzte versichernde Krankenkasse. Die Zuordnung zur PKV und GKV gilt auch unter Sozialleistungsbezug. Als weitere Besonderheit ist in der PKV der Kontrahierungszwang auf den Basistarif beschränkt und gilt nicht für die sonstigen Tarifangebote, auch nicht für einen vormals bestehenden Tarif (siehe Kapitel 5.5.6).

Im einfachsten Fall wird der Wiedereintritt in die frühere Krankenkasse versucht. Besteht nur eine kurze Versicherungslücke von wenigen Wochen bis Monaten sollten keine größeren Probleme auftreten. Auch nach Ablauf der 18-monatigen Wartefrist wird meist der Wiedereinstieg in die letzte versichernde Krankenkasse angestrebt.

Nach längerer Versicherungslücke kann sich allerdings der Nachweis über die zuletzt bestehende Versicherung und damit auch die Klärung der Zuständigkeit als schwierig erweisen. Liegt die letzte Krankenversicherung so lange zurück, dass die Krankenkasse keine Unterlagen mehr darüber aufbewahrt – in der Regel ist dies nach zehn Jahren der Fall – und kann der Betroffene selbst keinen Versicherungsbeleg mehr vorweisen, kann das Versicherungsverhältnis nicht nachgewiesen werden. Doch selbst für den Fall, dass noch Unterlagen über eine länger zurückliegende Versicherung vorhanden sind, kann die Zuständigkeit von Seiten der Krankenkasse bestritten werden. Häufig verlangen Krankenkassen dann einen Nachweis darüber, dass die betreffende Person zwischen der letzten bestehenden Versicherung bei ihnen und dem Zeitpunkt des Neuantrags nicht bei einer anderen Krankenkasse in Versicherung stand. Denn in diesem Fall wäre dementsprechend die andere Krankenkasse für diese Person zuständig; zumindest innerhalb der 18-monatigen Wartefrist. Dieser Punkt stellt sich als problematisch heraus. Denn nachzuweisen, dass keine Versicherung bestand, ist ungleich schwieriger, als einen Versicherungsnachweis über eine bestehende oder erst vor kurzem abgelaufene Krankenversicherung zu erbringen. Somit kann die Forderung der Krankenkassen nach einem Nachweis über das Nichtversichertsein zu einem Hindernis bei Eingliederungsversuchen werden. Denn einen lückenlosen Nachweis des bisherigen Versicherungsverlaufs inklusive Phasen der Nichtversicherung zu erbringen, kann schon Personen in stabilen Lebensverhältnissen Schwierigkeiten bereiten. Derjenige Personenkreis aber, der vom Nichtversichertsein betroffen ist, wird damit noch mehr überfordert sein, wie Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, anmerkte.

Expertin 11: „Wissen Sie, wenn jemand über Jahre nicht versichert war, ist das jetzt auch nicht unbedingt ein Personenkreis, der nach Hause geht, sich einen Ordner aus dem Schrank holt und nachschaut. Es liegt ja etwas im Argen und das Ganze hat ja einen Grund, warum man so diesen grundsätzlichen Dingen, die man eigentlich machen sollte, nicht nachgekommen ist. Gerade wenn so sieben, acht Jahre nicht versichert, ist ja keine Seltenheit und da will die Kasse, und das ist auch ihr gutes Recht, will und muss prüfen. [...]“ [...]

Expertin 11: „[...] oder sie haben vielleicht auch mal einen Anlauf genommen und dann haben die gesagt: ‚Ja, Sie waren ja schon fünf, sechs Jahre nicht hier, wo waren Sie jetzt denn dazwischen?‘ – ‚Ja, nirgends.‘ – ‚Ja das müssen Sie schon mal nachweisen.‘ Und dann geht es schon los, das kann schon zu viel sein.“ (Z. 1001ff.)

Auch Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, räumte Probleme bei der Umsetzung der Regelungen ein. Sie bestätigte das Vorgehen der Krankenkassen, ihre Zuständigkeit abzuweisen, indem sie sich auf die Wartefrist und eine möglicherweise noch geltende Bindung an eine andere Krankenkasse berufen.

Expertin 21: „[...] es gibt diese Wartefrist, das heißt, er ist auf eine gewisse Zeit an eine Krankenkasse gebunden, und das sind in der Regel die achtzehn Monate.“

Interviewerin: „Das heißt, innerhalb dieser achtzehn Monate hat die Krankenkasse auch einen [...] Kontrahierungszwang, die müssen ihn nehmen?“

Expertin 21: „Das auf jeden Fall.“

Interviewerin: „Und wenn es mehr als achtzehn Monate sind, dann muss ihn aber auch jede andere Kasse nehmen?“

Expertin 21: „Ja und auch die alte müsste ihn nehmen.“ [...]

Interviewerin: „Und funktioniert das?“

Expertin 21: „Mal mehr, mal weniger. Unsere Erfahrung ist, es läuft zäh.“ [...]

Interviewerin: „[...] Aber wenn seit 2007 doch der Kontrahierungszwang besteht, verstehe ich nicht, wie die Krankenkassen die Zuständigkeit abweisen können.“

Expertin 21: „Die berufen sich darauf, dass diese Wartefrist noch nicht abgelaufen ist und davor noch eine andere Krankenkasse war. Das ist oft. Und es fällt natürlich Leuten schwer zu beweisen, dass sie jahrelang nicht irgendwo waren. [...]. Das Hauptargument eigentlich, aus unserer Erfahrung, ist, dass [...] gesagt wird, er muss vorrangig zu der und der. [...] das muss widerlegt werden und dann müssen die ihn nehmen [...].“ (Z. 493ff.)

Noch diffiziler gestaltet es sich, wenn eine Rückkehr in die letzte versichernde Krankenkasse nicht möglich ist, da diese nicht mehr existiert oder aufgrund anderweitiger gesetzlicher Regelungen tatsächlich nicht mehr für einen früheren Versicherten zuständig ist. Infolge unternehmerischer Fusionen oder Schließungen, wie erstmals bei der City BKK 2011 aufgrund von Insolvenz geschehen, hat sich die Anzahl der Krankenkassen in den letzten Jahren deutlich verringert, weshalb manche der früheren Krankenkassen zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr existieren. Ist die Rückkehr in die ehemalige Krankenkasse aus diesem Grund nicht möglich, ist dasjenige Unternehmen zur Aufnahme verpflichtet, das rechtmäßiger Nachfolger der Krankenkasse ist. Die Umsetzung dieser Regelung gelingt jedoch häufig nicht. Noch problematischer ist die Sachlage, wenn die rechtliche Nachfolge nicht geklärt ist, wie im Fall der City BKK. Obwohl nach ihrer Schließung alle Krankenkassen dazu aufgerufen waren, die ehemals dort Versicherten aufzunehmen, fanden viele der Betroffenen keine Krankenkasse, die sich zu einem Versicherungsabschluss bereit erklärte, so dass die Versicherungsunternehmen von politischer Instanz zur Aufnahme verpflichtet werden mussten. Das Beispiel der City BKK wurde von Experte 13, Arzt im Amt für Gesundheit, angeführt.

Experte 13: „[...] Sie haben sicherlich was gehört über diese BKK, die vor kurzem pleite gegangen ist. Es ist ganz schwierig gewesen, die teuren Patienten irgendwo anders unterzubringen. Die alten, die multimorbiden, die wollte plötzlich keiner haben. Um die jungen, die gesunden reißt sich jeder und die alten multimorbiden, die was kosten, die will keiner haben und die standen mehr oder minder auf der Gasse bis das Ministerium gesagt hat: ‚So nicht, die Leute werden jetzt einfach verteilt.‘ Unter Druck, ja. Das ist ein großer Nachteil unseres Systems [...]“ (Z. 278ff.)

Außerdem gibt es Fälle, in denen die frühere Krankenkasse zwar noch existiert, aber nicht mehr für eine Person zuständig ist. Bestand beispielsweise zuvor eine Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse, erlischt deren Zuständigkeit ggf. durch einen Arbeitsplatzwechsel. Ebenso kann sich die Zuständigkeit durch einen Wechsel vom gesetzlichen in das private Versicherungssystem, seltener auch umgekehrt, ändern. Dies kann im Zuge eines Arbeitsplatzwechsels, des Renteneintritts oder nach Überschreiten der Altersgrenze der GKV der Fall sein. War ein Nichtversicherter z. B. früher als Angestellter in einer GKV versichert und ist nun beruflich selbständig, so wird er der PKV zugeordnet, kann theoretisch aber auch eine freiwillige Versicherung in einer GKV abschließen. Tritt eine Person in die Altersrente ein und wird nicht in der KVdR pflichtversichert, hat aber auch nicht die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung in der GKV, so muss sie mit dem Renteneintritt in die PKV wechseln. Hat ein Nichtversicherter das 55. Lebensjahr abgeschlossen, ist damit die Altersgrenze der GKV überschritten und der Eintritt in eine GKV bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr möglich (siehe Kapitel 2.4.1), selbst wenn früher eine gesetzliche Krankenversicherung bestand.

Unter den interviewten Patienten fanden sich mehrere Beispiele dafür, wie problematisch es sein kann, eine neue Versicherung abzuschließen, wenn die Rückkehr in die letzte versichernde Krankenkasse nicht möglich ist und keine klare Zuständigkeit vorliegt. Patient 17 (siehe Kapitel 5.4.8) war früher als Selbständiger freiwillig in einer GKV versichert. Aufgrund eines Auslandsaufenthaltes bestand eine lange Versicherungslücke von mehr als zwanzig Jahren. Er hatte keine Unterlagen über das letzte Versicherungsverhältnis aufbewahrt und auch bei der Krankenkasse lagen keine mehr vor. Da er die Altersgrenze der GKV überschritten hatte, wurde er nun der PKV zugeordnet, so dass seine frühere Krankenkasse nicht mehr für ihn zuständig war. Patientin 25 (siehe Kapitel 5.4.2) wurde nach dem Verlust ihres Arbeitsplatzes aus der Betriebskrankenkasse gekündigt. Sie hatte insgesamt nur eine kurze Versicherungslücke von wenigen

Monaten. Da ihre letzte Krankenkasse aber nicht mehr für sie zuständig war und sie die Altersgrenze der GKV überschritten hatte, war sie gezwungen, in die PKV zu wechseln und sich eine neue Krankenkasse zu suchen. Patient 10 (siehe Kapitel 5.4.2) war früher als Selbständiger in einer PKV versichert. Seine frühere Krankenkasse wurde im Rahmen einer unternehmerischen Fusion von einer anderen Krankenkasse übernommen. Nach 13-jähriger Versicherungslücke bemühte er sich nun um einen Versicherungsabschluss beim gesetzlichen Nachfolger seiner früheren Krankenkasse. Er scheiterte am ablehnenden Verhalten des Versicherungsunternehmens, seinen eingeschränkten Fähigkeiten zur Mitarbeit und an Bearbeitungsfehlern von Seiten des Jobcenters. Bei allen drei Patienten wäre die Übernahme der Beitragszahlungen an die Krankenkasse im Rahmen des Sozialleistungsbezugs geregelt gewesen. Dennoch erklärte sich keines der angefragten Versicherungsunternehmen (sowohl GKV als auch PKV) zum Neuabschluss einer Krankenversicherung bereit.

Nach Aussage der Experten versuchen Krankenkassen durch ihr Verhalten, für sie unattraktive Kunden abzuweisen. Dies trifft vor allem auf Personen höheren Alters mit Vorerkrankungen, auf Wohnungs- und Arbeitslose sowie Sozialleistungsempfänger zu. Da davon ausgegangen wird, dass sie der Krankenkasse höhere Kosten verursachen als junge, gesunde Personen in stabilen Lebensverhältnissen, sind sie als Neukunden unbeliebt. Trotz aller Zuständigkeitsregelungen und des Kontrahierungszwangs ist es für diese Personengruppen demnach besonders schwierig, eine Krankenkasse zu finden, die sich bereit erklärt, sie in eine Versicherung aufzunehmen. Diese Beobachtung wurde von Experten aller drei Arbeitsbereiche bestätigt, so beispielsweise auch Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, und Experte 19, Mitarbeiter einer Krankenhausverwaltung.

Expertin 7: „[...] die Kassen haben natürlich kein Interesse an jemandem, der im Krankenhaus ist. Der, der im Krankenhaus ist kostet ja Geld, man versichert lieber diejenigen, die Geld bringen und nicht die, die Geld kosten. [...]“ (Z. 483ff.)

Experte 19: „[...] wenn unsereins heute zu einer gesetzlichen Krankenkasse geht und sagt: ‚Hier, ich will Mitglied werden‘, dann sagt die Gesetzliche: ‚Natürlich, gern!‘ Und wenn man dann sagt: ‚Ja, ich habe aber keine Arbeit und kein Geld‘, dann werden die einen nicht annehmen.“ (Z. 383ff.)

Auch wenn sich als allgemeine Tendenz abzeichnet, dass es schwierig ist, Nichtversicherte in eine Krankenversicherung zu vermitteln, beschrieben die Experten Unterschiede zwischen privaten und gesetzlichen Versicherungsunternehmen. Demnach lassen eher die gesetzlichen Krankenkassen Kooperationsbereitschaft erkennen, wohingegen die Zusammenarbeit mit privaten Versicherungsunternehmen durchweg als problematisch bezeichnet wurde. Das abweisende Verhalten im privaten Versicherungssektor wurde von den Experten damit erklärt, dass dieser sich traditionell eher für die Gutverdiener in der Gesellschaft zuständig sieht. Die Verpflichtung zur Aufnahme finanziell schlechter gestellter Personen und von Sozialleistungsempfängern stellt dagegen eine noch neue Entwicklung dar, gegen die sich die privaten Versicherungsunternehmen noch zu wehren versuchen, erklärte unter anderem Expertin 4, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung.

Interviewerin: „Ist da ein Unterschied zwischen Gesetzlichen und Privaten auch in der Bereitschaft?“

Expertin 4: „Ja, die Privaten sind eigentlich immer: ‚Was? Arbeitslos und wohnungslos? Oh Gott. Will bei uns?!‘ Das ist da schon fast eine Zumutung so ungefähr. ‚Die Person, für die sind wir doch nicht da. Wir sind doch nur für die Gutverdiener.‘ Also das sagen sie nicht, aber das spürt man so. Wenn man sich schon mit ‚Caritas‘ meldet, so nach dem Motto ‚Falsch verbunden. Was will denn Caritas jetzt hier bei uns?‘“ (Z. 913ff.)

Wie bereits in Kapitel 5.5.1 erwähnt, sahen einige Experten hinter dem ablehnenden Verhalten der Krankenkassen eine gewisse Strategie. So scheint es, als würden viele zumindest den Versuch unternehmen, die Betroffenen abzuweisen, in der Hoffnung, dass sie sich an eine andere Krankenkasse wenden oder um damit den Versicherungsbeginn hinauszuzögern, so dass Behandlungskosten für eine aktuell notwendige oder schon stattfindende Behandlung nicht übernommen werden müssen (siehe hierzu Kapitel 5.5.6). Denn letztlich sind Krankenkassen dazu verpflichtet, auch unattraktive Kunden aufzunehmen. Die Erfahrung zeigt, dass sie dies schließlich auch tun, wenn auch widerwillig und erst nach mehrfachen Anfragen von Seiten der Antragsteller und unter Druck und Hilfe von Dritten, z.B. von betreuenden Hilfseinrichtungen und juristischer Hilfe durch einen Anwalt vor dem Sozialgericht. In den Schilderungen der Expertinnen 20, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, wird das konfliktreiche Verhalten der Krankenkassen zusammengefasst.

Expertin 20-1: „[...] Wir erleben es aber [...] häufig, dass die Krankenkassen jede Möglichkeit nutzen und versuchen, sich der Wiederaufnahme zu verweigern [...]. Also da werden alle möglichen Anfragen gestellt [...]. Ich habe es bisher gar nicht erlebt, dass die Krankenkassen irgendwie auf den ersten Antrag hin gesagt haben: ‚Ja, ist in Ordnung, wir nehmen denjenigen sofort wieder auf.‘ [...]“ [...]

Interviewerin: „Ich dachte, die Versicherungspflicht 2007 sollte eigentlich klarstellen, welche Kasse zuständig ist? Wie können die dann die Zuständigkeit abweisen, welche Gründe geben die dafür [...]?“

Expertin 20-2: „Die Privaten [...] [verweisen] gerne darauf [...]: ‚Jeder hat ja das Recht sich eine private Krankenversicherung auszusuchen, dann sollen sie sich doch eine andere aussuchen, bei uns war derjenige schon so lang nicht mehr versichert.‘ Denen ist natürlich klar, dass wenn so ein Haus wie wir zum Beispiel anfragen, dass die Leute dann relativ schwer erkrankt sind und dass die Versicherungsbeiträge [...] nie das einbringen werden, was die Krankenversicherung aber an Kosten leisten muss für die Akutbehandlung oder für eine Pflegeversicherung, die das nach sich zieht. Insofern, da sagt logischerweise keiner offiziell: ‚Wir wollen den nicht.‘ Weil das dürfen sie nicht. Sie versuchen das dann halt irgendwie [...] zu umgehen, abzulenken, zu sagen: ‚Versuchen Sie es doch bei einer gesetzlichen Versicherung, der ist ja jetzt nicht mehr berufstätig, bei uns in der Privaten hatte er noch ein ganz anderes Einkommen.‘ Man versucht es dann auf eine andere Versicherung abzuschieben. Und die gesetzlichen Versicherungen versuchen es unter dem gleichen Aspekt. Die nicht betroffenen Kassen sagen: ‚Aber es gab eine Vorversicherung und eigentlich muss derjenige bei der Vorversicherung dann auch weiterversichert werden.‘ Das ist dann einfach die Hartnäckigkeit oder wir hatten es bei einer Versicherung, da hat es im Endeffekt das Sozialgericht entschieden, dass der Patient wieder aufgenommen werden muss.“ [...]

Expertin 20-3: „[...] Die haben eine ganz andere Haltung dazu, die können das aussitzen, sie haben den Patienten ja nicht bei sich und die verlieren ja nichts dadurch das rauszuschieben. Die werden sicherlich denken: ‚Irgendwann müssen wir das übernehmen.‘ [...] Solange man das rauszögern kann, solange wie es geht, versucht man es [...].“ (Z. 264ff.)

Vor allem für Personen, die aus Sicht der Krankenkassen unattraktive Kunden darstellen, bringen Unklarheiten bei der Zuständigkeit Nachteile mit sich, da Krankenkassen dadurch den Abschluss einer Versicherung verhindern oder hinauszögern können.

5.5.6 Sonderregelungen der privaten Krankenversicherung

Für die GKV bildet die Sozialgesetzgebung die Rechtsgrundlage, für die PKV das Versicherungs- und das Unternehmensrecht. Damit erklären sich manche Unterschiede in den Rechten und Pflichten der Angehörigen beider Versicherungssysteme. Somit konnten sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen auch bei der Einführung der Versicherungspflicht Sonderregelungen vor den gesetzlichen Krankenkassen erstreiten. Wie die Auswertung der Interviews zeigt, wird dadurch den Nichtversicherten, die der PKV zugeordnet werden, der Einstieg in eine Krankenversicherung erschwert.

Eine dieser Sonderregelungen betrifft den Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen, der mit der Versicherungspflicht eingeführt wurde. Er verpflichtet sie dazu, eine Person unabhängig von Alter, Gesundheitszustand und ihrer finanziellen Leistungskraft in eine Versicherung aufzunehmen, wenn sie die Aufnahmekriterien erfüllt. Prinzipiell gilt der Kontrahierungszwang sowohl für die GKV als auch die PKV; für die PKV ist er jedoch auf den Basistarif beschränkt, den die privaten Versicherungsunternehmen im Zuge der allgemeinen Versicherungspflicht einführen mussten. Das bedeutet, dass auch private Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, Kunden aufzunehmen, für die sie zuständig sind, jedoch müssen sie nicht alle Tarife anbieten. Sie sind damit auch nicht verpflichtet, ehemalige Versicherte in den früher bestehenden Versicherungstarif wiederaufzunehmen, sondern müssen lediglich den Basistarif anbieten. Dieser ist jedoch vergleichsweise unattraktiv. Zwar muss er gewisse Mindestvorgaben erfüllen, muss damit dem Leistungsumfang einer GKV entsprechen und darf den Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten, dennoch ergeben sich daraus vergleichsweise ungünstige Konditionen. Im Ergebnis ist der Basistarif relativ teuer und enthält einen limitierten Leistungskatalog, so dass er aus Expertensicht vom medizinischen Standpunkt her wenig zu empfehlen ist. Nichtsdestotrotz ist auch der Basistarif besser, als überhaupt keine Krankenversicherung zu haben, da er zumindest eine medizinische Basisversorgung gewährleistet. Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, schilderte die Leistungsbeschränkung für Patienten im Basistarif und bezog sich dabei vor allem auf psychisch Kranke und Suchtkranke.

Expertin 11: „[...] aber da ist ja so gut wie gar nichts mehr versichert. Die ganze Psychiatrie ist draußen, die ambulante und ich sehe das ja auch hier, wenn wir einen haben, der bei einer privaten Kasse ist und wenn der nur zum Basistarif ist, die rufen sofort an und sagen: ‚Aber nur Notfallbehandlung, keine Therapie.‘ Und wenn einer ein massives Alkoholproblem hat, dann sagen die: ‚Drei Tage entgiften und dann ist es eine Therapie, das zahlen wir nicht mehr.‘ Da sind sie bei einer Gesetzlichen besser aufgehoben.“ (Z. 657ff.)

Patient 21 (siehe Kapitel 5.4.2) berichtete, wie sogar seine Krankenkasse ihm davon abriet, den Basistarif abzuschließen, da dieser im Vergleich zu seinem früheren Tarif schlechtere Konditionen bot. Stattdessen wurde ihm angeboten, in seinen ehemaligen, wesentlich günstigeren Tarif zurückzukehren, wofür er jedoch erst seine Beitragsrückstände begleichen müsste (siehe Kapitel 5.5.8).

Patient 21: „[...] Der Vertrag [...] ist nicht gekündigt worden, sondern ruht bis heute, d.h. ich könnte in den Vertrag zurück, wenn ich allerdings die ausstehenden Leistungen noch bezahle [...]. Ansonsten würde ich nur diesen Basistarif-Vertrag bekommen, der dann vom Amt getragen werden müsste und der beinhaltet [...] laut Auskunft der Krankenversicherung nur noch Notbehandlung [...] der Basistarif kostet um die 600 Euro [...] und mein Tarif, den ich habe, in den ich zurück könnte, wenn ich die 5 240 Euro zahle, der wäre um die 250 Euro monatlich, mit Zahnersatz zum Teil 60 oder 70 % und alle möglichen Behandlungen. Der war nicht schlecht der Tarif, [...] aber der wird mir jetzt nur noch angeboten, wenn ich die Schulden bei denen bezahle.“ (Z. 391ff.)

Die Fallbeispiele und die Aussagen der Experten zeigen, dass der Abschluss eines Basis- tarifs trotz des Kontrahierungszwangs nicht immer ohne weiteres gelingt. Diejenigen Patienten, die nicht in ihre frühere Krankenkasse zurückkehren konnten und nun der PKV zugeordnet wurden, berichteten in den Interviews, wie ihre Versicherungsanträge von verschiedenen Versicherungsunternehmen abgelehnt wurden oder sie keinerlei Antwort erhielten, obwohl es sich um die Aufnahme in den Basistarif drehte. Beispiele hierfür sind die Patienten 10, 17 und 25 (siehe Kapitel 5.4.2, 5.4.8 bzw. 5.4.2), bei denen trotz monatelangen Insistierens keine Aufnahme in den Basistarif erreicht werden konnte. Auch Patient 19 (siehe Kapitel 5.4.1), dem der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung im Basistarif einer PKV gelang, berichtete, dass der Versicherungsabschluss erst durch eine juristische Klage erwirkt werden konnte.

Darüber hinaus berichteten manche Interviewpartner, dass sich die Kostenübernahme der Versicherungsbeiträge in der PKV unter Sozialleistungsbezug problematisch gestaltet. Obwohl Jobcenter und Sozialamt seit einer gesetzlichen Nachbesserung zur vollen Kostenübernahme verpflichtet sind, müssen Betroffene teilweise noch immer die hohen Versicherungsbeiträge vor den Behörden rechtfertigen. So gab es in der ersten Zeit nach Einführung des Basistarifs noch rechtliche Unklarheiten und Lücken bezüglich der Beitragsübernahme unter Sozialleistungsbezug. Da der Basistarif teurer als der GKV-Tarif für Arbeitslose ist, weigerten die Jobcenter sich, die vollen Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen. Zwar ist der Beitragssatz auf einen Höchstbetrag begrenzt und wird im Fall der Hilfebedürftigkeit halbiert, dennoch liegen die Versicherungsbeiträge für den Basistarif in der PKV höher als die Beiträge für Hilfebedürftige in der GKV. Die Jobcenter zahlten daher anfangs für Versicherte im Basistarif nur den Betrag, der dem Beitragssatz für GKV-versicherte Sozialleistungsempfänger entspricht. Daraus ergab sich eine Differenz, die die Versicherten selbst zu tragen hatten. Da dies

für ALG-II-Empfänger in der Regel nicht möglich war, entstanden durch die fehlenden Beitragszahlungen kontinuierlich Schulden für die Betroffenen. Dadurch wurden Sozialleistungsempfänger mit einer PKV gegenüber GKV-versicherten Leistungsempfängern benachteiligt. Erst nach einer Klage vor dem Bundessozialgericht und einem entsprechenden Urteil zugunsten der Betroffenen wurden die Jobcenter seit 1.1.2011 gesetzlich dazu verpflichtet, auch die vollen Kosten für PKV-Versicherte zu übernehmen. Wie die Experten erklärten, hier Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, war dieses Detail in der Gesetzgebung zunächst übersehen worden, so dass es erst nach mehrfachen juristischen Klagen zur Nachbesserung kam.

Expertin 11: „[...] dann hat man auch gemerkt, dass die Politiker nie jemanden von der Basis gefragt haben. Der Beitrag zur gesetzlichen Kasse beträgt circa 140/150 Euro für die Gesetzliche, das zahlt die Arbeitsagentur. Dann haben sie beschlossen, dass die die Private zum Basistarif machen müssen. Die Privaten haben den Basistarif auch angekündigt wie hoch sie den wollen. Dann kamen die ersten, die ihre Anträge gestellt haben, dann hat aber die Arbeitsagentur nicht den vollen Beitrag gezahlt und hat gesagt: ‚Die Differenz sollen die selbst zahlen.‘ Daraufhin habe ich gesagt: ‚Das kann ja gar nicht sein, das ist vom Gesetz gar nicht zulässig.‘ Weil diese 350 Euro ist ja das Lebensminimum, was ja ausgerechnet wurde, das ist auf einer Grundlage und davon können keine Krankenkassenbeiträge gezahlt werden, das widerspricht dem Gesetz. Da musste aber erst jemand klagen, das musste bis nach Karlsruhe, das hat ein Jahr gedauert. [...]“

Interviewerin: „Und wie ist es jetzt geregelt?“

Expertin 11: „Die zahlen die voll.“ [...]

Expertin 11: „Ja, der [Beitragssatz, Anm.d.Verf.] ist dann noch gesenkt, aber es ist trotzdem über 100 Euro teurer wie für die Gesetzliche.“ (Z. 1426ff.)

Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Versicherungssystemen besteht darin, wie die Versicherten in die verschiedenen Versicherungstarife eingestuft werden, was zu großen Abweichungen in den Monatsbeiträgen für Versicherungen in der GKV und PKV führt. Die Tarife in der GKV sind grundsätzlich einkommensabhängig und unabhängig von Alter oder Vorerkrankungen des Versicherten. In der PKV erfolgt die Tarifeinstufung dagegen einkommensunabhängig und angepasst an Alter und Vorerkrankungen. So hat der Neuabschluss einer PKV in fortgeschrittenem Alter und bei Vorerkrankungen in der Regel schlechtere Vertragskonditionen und hohe Beitragskosten zur Folge. Vor dem Eintritt in die PKV wird demnach eine Gesundheitsprüfung verlangt, da je nach deren Ergebnis Risikozuschläge erhoben werden. Eine Ausnahme bildet der Basistarif, denn hier dürfen keine Risikozuschläge auf Vorerkrankungen erhoben werden. Dennoch richtet sich auch im Basistarif die Beitragshöhe nach dem Alter und wird

nicht dem Einkommen des Versicherten angepasst. Auch wenn für den Abschluss des Basistarifs prinzipiell keine Gesundheitsprüfung notwendig ist, wird sie meist von den Versicherungsunternehmen gefordert. Für die Betroffenen kann dies ein weiteres Hindernis für einen Vertragsabschluss darstellen. Denn einerseits müssen sie damit ein weiteres Dokument korrekt ausfüllen und bei der entsprechenden Institution einreichen. Andererseits ist dafür ein Arztbesuch notwendig, idealerweise beim langjährigen Hausarzt. Viele Nichtversicherte haben jedoch weder regelmäßige Arztkontakte noch einen Hausarzt. Darüber hinaus ist die Kostenübernahme der Gesundheitsprüfung nicht geklärt. Es wird erwartet, dass die Betroffenen die Kosten selbst tragen, was wiederum für Personen mit finanziellen Schwierigkeiten ein Hemmnis darstellt. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, schilderte die Problematik der Gesundheitsprüfung im Basistarif der PKV.

Expertin 8: „[...] Und die müssen zum Beispiel auch bei privaten Versicherungen einen kompletten gesundheitlichen Status abgeben, [...] einen Gesundheitscheck abliefern, wie als würde ich mich neu versichern wollen. Das können wir natürlich gar nicht leisten [...] und dann ist immer noch nicht klar, wer zahlt.“

Interviewerin: „[...] Müssen die für diesen Basistarif auch einen kompletten Gesundheitscheck vorlegen?“ [...]

Expertin 8: „Eigentlich ist es nicht vorgesehen, aber die Versicherungen machen es trotzdem. Wir kriegen eine ganze Latte an Papier, wo wir erstmal durchsteigen müssen [...]. Zumindest haben wir die Erfahrung gemacht, dass es sehr, sehr schwierig ist jemanden zurückzubekommen in eine private Versicherung. [...]“ (Z. 497ff.)

Ein weiterer für die Problematik der Nichtversicherung relevanter Unterschied zwischen den beiden Versicherungssystemen ist, dass in der PKV nicht die Antragstellung bindend ist, sondern erst der Vertragsabschluss. Das bedeutet erstens, dass ein privates Versicherungsunternehmen rein aufgrund eines Antrages nicht verpflichtet ist, eine Person aufzunehmen und zweitens, dass ein Vertrag, sollte er später doch zustande kommen, nicht rückwirkend zum Datum der Antragstellung gilt, sondern erst ab dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses. Im Gegensatz dazu gilt die GKV rückwirkend, ebenso wie Sozialleistungen rückwirkend zum Datum der Antragstellung bewilligt werden, da für beide die Sozialgesetzgebung die Rechtsgrundlage bildet. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, sah dies als Nachlässigkeit der verantwortlichen Politiker, die im Gesetz zur Versicherungspflicht gleiche Rechte und Pflichten für private Versicherungsunternehmen und gesetzliche Krankenkassen hätten schaffen müssen.

Experte 18: „[...] Na gut, da hat sich hier unsere Bundesregierung halt von den privaten KVs in meinen Augen ein Stück weit was vorschreiben lassen, was eigentlich so nicht gehen darf. Das hätte man gesetzlich regeln müssen, dass, wenn jemand einen Antrag stellt auf eine private KV, dass mit Antragstellung dann auch jemand rückwirkend versichert wird.“ (Z. 757ff.)

Bedeutung und Auswirkung dieser Regelung werden in dem Moment deutlich, in dem der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung versucht wird. Wie in Kapitel 5.8 veranschaulicht wird, ist der Versuch, sich erneut krankenzuversichern, häufig durch einen akuten Bedarf motiviert, d. h. einen Krankheitsfall. Erkrankt ein Nichtversicherter, der der GKV zuzuordnen ist, kann eine Kostenerstattung für Ärzte und versorgende Einrichtungen erreicht werden, indem am Tag des Behandlungsbeginns, also z. B. der Aufnahme in ein Krankenhaus, ein Versicherungsantrag an die zuständige Krankenkasse gestellt wird. Liegt gleichzeitig ein Sozialleistungsanspruch vor, muss parallel ein Antrag auf ALG II beim Jobcenter eingereicht werden. Werden ALG-II-Antrag und Krankenversicherungsantrag bewilligt, gelten sie rückwirkend zum Tag der Antragstellung, womit auch der Behandlungszeitraum eingeschlossen wird. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die zuständige Krankenkasse ermittelt werden kann, diese sich zur Aufnahme des Nichtversicherten bereit erklärt und der Patient zur Mitwirkung im Eingliederungsprozess fähig und bereit ist. Wird ein nichtversicherter Patient der PKV zugeordnet, erfolgt dagegen keine rückwirkende Kostenerstattung, selbst wenn Anspruch auf ALG II vorliegt und die Anträge auf ALG II und Krankenversicherung mit Behandlungsbeginn eingereicht werden. In diesem Fall gibt es für die Behandelnden keine Möglichkeit, die Kosten von der Krankenkasse erstattet zu bekommen. Damit ergeben sich gegenüber GKV-Versicherten Nachteile für Ärzte und Patienten, wenn ein Nichtversicherter in der PKV versichert werden muss. Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, hob diesen Punkt hervor, die Expertinnen 20, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, veranschaulichten die Nachteile für die Patienten und die versorgende Einrichtung anhand eines Beispielfalls.

Expertin 11: „[...] Die Privaten waren sich da sehr schnell einig, dass sie dieses Gesetz gar nicht wollen [...], die privaten Versicherungen berufen sich nicht auf die Anzeige zur Pflichtversicherung, sondern auf das Versicherungsrecht. [...]. Die machen das dann erst ab Kenntnisnahme, ab nächsten Monat. Und wenn jetzt heute ein Patient kommt, dann hat die Klinik verloren, selbst wenn er einen Antrag stellt, ist er nicht für diesen Zeitraum, in der er in der Klinik war, versichert.“ (Z. 604ff.)

Expertin 20: „[...] zum Beispiel ein Patient auch mit einer Alkoholkrankheit, das hat sich dann so somatisch ausgewirkt, dass der auf der Intensivstation war, der war de facto nicht in der Lage sich selbst darum zu kümmern. Da gab es dann eine engagierte Lebensgefährtin, die versucht hat, ihn wieder in einer Privatversicherung anzumelden. [...]. Also der Patient ist seit Mai im Krankenhaus gewesen, die Privatversicherung hat dann angeboten, ihn zum 1. Juli in der Krankenversicherung wieder aufzunehmen, nach Rückzahlung der fehlenden Beiträge, hat sich dann aber hingestellt und hat gesagt: ‚Die Leistung der privaten Krankenversicherung wird aber erst nach einer Wartefrist von drei Monaten in Kraft treten.‘ Das heißt wir hatten eine Lücke von fünf Monaten, in der die bis dahin aufgelaufenen Krankenhausbehandlungskosten nicht gedeckt waren und das sind Fälle, die dann immer noch anhänglich sind, das heißt die immer noch nicht geklärt sind. Da sind die Patienten schon längst in eine Einrichtung entlassen. [...]“ (Z. 273ff.)

Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen folgt aus dieser Regelung, dass eine Verzögerung des Vertragsabschlusses Vorteile bringt, da die Kosten für die aktuelle Behandlung nicht übernommen werden müssen. Im Gegensatz dazu erzielt eine gesetzliche Krankenkasse keinen Gewinn damit, die Bearbeitungszeit eines Antrages hinauszuzögern, wenn sie die zuständige Krankenkasse ist, da sie ohnehin zur rückwirkenden Kostenübernahme verpflichtet ist. Damit lässt sich die Beobachtung der Experten erklären, dass private Versicherungsunternehmen häufiger die Klärung der Zuständigkeit verzögern und die Aufnahme in eine Versicherung durch eine längere Bearbeitungszeit des Antrags hinausschieben. Können private Versicherungsunternehmen einen Versicherungsabschluss nicht dauerhaft verhindern, so können sie durch eine Verzögerung zumindest Kosten sparen. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, bestätigte das Vorgehen der privaten Versicherungsunternehmen und dass dadurch eine Versorgungslücke für die Betroffenen entsteht.

Experte 18: „[...] Das Problem ist eher die private KV, wenn dieser Vertrag unterschrieben werden soll, dass sich die privaten Krankenversicherungen da oft Zeit mit lassen.“ [...]

Experte 18: „[...] Die prüfen da sehr genau.“

Interviewerin: „Aber welche Gründe geben sie denn dann um abzulehnen? Wie begründen sie, dass sie nicht zuständig sind?“

Experte 18: „Die lehnen ja nicht ab, die lassen sich nur Zeit mit dem Antrag und der Vertragsunterschrift.“

Interviewerin: „Und solange, wenn in der Zwischenzeit etwas passiert, ein medizinisches Problem, zahlt einfach niemand?“

Experte 18: „Richtig. [...] das ist tatsächlich ein Problem.“ (Z. 739ff.)

Nach dem Eindruck der Experten scheint dieses Verhalten zudem den Zweck zu verfolgen, unbeliebte Kunden abzuschrecken. Denn wie schon in Kapitel 5.5.5 erwähnt, versuchen Krankenkassen insbesondere bei unattraktiven Kunden ihre Zuständigkeit

abzuweisen. Ist die Zuständigkeit jedoch geklärt, nutzen die privaten Versicherungsunternehmen ihre gesetzlichen Sonderregelungen in der Hoffnung, dass für sie unattraktive Kunden sich aufgrund des ablehnenden Verhaltens und der langen Wartezeit an eine andere Krankenkasse wenden und sich damit der Antrag erübrigt. Möglicherweise ist auch die Forderung einer Gesundheitsprüfung in diesem Zusammenhang zu sehen; denn rechtlich gesehen wäre sie nicht notwendig, doch hat sie eine abschreckende Wirkung auf die Antragsteller und kostet in jedem Fall Zeit. Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, wies auf diesen Punkt hin.

Expertin 21: „[...] Und meistens ist es tatsächlich so, dass wir auf Druck, indem wir dem Kunden sagen, er soll auf seinen Kontrahierungszwang bestehen, dass dann auch eine Versicherung kommt, es kann sich halt schon ziehen. [...] was natürlich dann auch für das Vertrauensverhältnis dahingehend schon auch belastend ist. Da wird man daher eher sagen, ich probier's bei einer anderen.“ (Z. 523ff.)

Für nichtversicherte Personen in besonderen Lebensumständen, wie sie im Rahmen dieser Studie erfasst wurden, ist die Zuordnung zur PKV nachteilig. Denn die Sonderregelungen der PKV führen dazu, dass Nichtversicherte, die sich in der PKV versichern müssen, mit zusätzlichen Hindernissen und Nachteilen konfrontiert sind. Auch wenn die Wiedereingliederung in das Versicherungssystem schließlich gelingt, so ist dies häufig mit einem deutlichen Mehraufwand und einer zeitlichen Verzögerung verbunden und birgt teils sogar schlechtere Versicherungskonditionen, insbesondere für ältere Personen mit Vorerkrankungen – was letztlich die medizinische Versorgung der Betroffenen beeinträchtigt.

5.5.7 Reguläres Ausscheiden aus der Krankenversicherung

Die Mehrheit der interviewten Patienten, die eine Vorversicherung in Deutschland hatten, gelangte in den Status der Nichtversicherung, indem ein Versicherungsverhältnis regulär endete oder sie aus ihrer Versicherung gekündigt wurden, nachdem sie als Selbstzahler die Beitragszahlungen versäumt hatten. Doch lag bei einigen der Eintritt der Nichtversicherung vor Einführung der Versicherungspflicht. Um Nichtversicherung zu verhindern, wurde mit der gesetzlichen Versicherungspflicht ein eingeschränktes Kündigungsrecht für Krankenkassen eingeführt. Im Gegensatz zu der bis dahin gelten-

den Regelung, dürfen Krankenkassen ihren Versicherten seitdem nicht mehr kündigen, wenn mehr als zwei Beitragszahlungen ausgesetzt werden und Kündigungen von Seiten der Versicherten nur bestätigen, sofern der Nachweis einer Anschlussversicherung erbracht wird. Dadurch sollte ein vollständiges Ausscheiden aus der Krankenversicherung nicht mehr möglich sein. Dennoch zeigt die Auswertung der Interviews, dass es trotz der Gesetzesänderungen weiterhin zum Verlust der Krankenversicherung kommen kann.

Die Patienten 2, 5, 8, 10, 19 und 20 verloren ihre Krankenversicherung vor Einführung der Versicherungspflicht. Sie wurden nach Versäumnissen bei den Beitragszahlungen gekündigt und/oder schieden an Schnittstellen im Lebenslauf (Haftaufenthalt, Arbeitslosigkeit) aus ihrer Krankenversicherung aus. Bei den Patienten 2, 4, 9, 11, 18, 21, 23 und 25 lag der Zeitpunkt des Verlustes der Krankenversicherung nach Einführung der Versicherungspflicht. (Patient 2 verlor seine Versicherung nach zwischenzeitlichem Wiedereinstieg erneut, das zweite Mal nach Eintreten der Versicherungspflicht.) Davon stand der Versicherungsverlust bei den Patienten 2, 4, 9 und 18 in Zusammenhang mit dem Nichterfüllen der Mitwirkungspflicht unter Sozialleistungsbezug, bei Patient 9 war zusätzlich die unterlassene Kontaktaufnahme mit seiner Krankenkasse Ursache. Die Patienten 11, 21, 23 und 25 standen nicht in Sozialleistungsbezug, als sie ihren Krankenversicherungsschutz verloren. Die Patienten 11, 21 und 23 stellten als Selbstzahler die Beitragszahlungen ein, Patientin 25 wurde aus ihrer Versicherung gekündigt, da diese nach einem Arbeitsplatzwechsel nicht mehr für sie zuständig war. Bei den Patienten 13, 14, 17 und 24 war jeweils ein Auslandsaufenthalt regulärer Kündigungsgrund. In ihrem Fall stand das Ausscheiden aus der Krankenversicherung nicht mit einem Versäumnis in Verbindung, denn bei Verlegung des Lebensmittelpunktes ins Ausland kann die Versicherung ohne den Nachweis einer Anschlussversicherung gekündigt werden.

Die Experten bestätigten, dass auch nach Einführung der Versicherungspflicht weiterhin Nichtversicherung eintreten kann. Sie konnten über weitere Beispiele berichten, wie Personen aus ihrer Krankenversicherung ausschieden. Die angegebenen Gründe deckten sich mit denen aus den Patientenbeispielen.

Ob in den Fällen, bei denen der Eintritt von Nichtversicherung zeitlich nach Einführung der Versicherungspflicht lag, tatsächlich eine Kündigung von Seiten der Krankenkasse stattfand oder die Betroffenen als Nichtzahler in der Versicherung weitergeführt wurden, blieb allerdings größtenteils unklar. (Die Problematik der Nichtzahler wird im folgenden Kapitel 5.5.8 ausgeführt.) Der genaue Versicherungsstatus konnte bei vielen Patienten nicht festgestellt werden, denn weder die involvierten Experten noch die betroffenen Patienten hatten dazu Information oder sie gaben an, gekündigt worden zu sein. Die meisten hatten jedoch bisher keinen direkten Kontakt mit ihrer Krankenkasse aufgenommen, um ihren Versicherungsstatus zu erfahren. Lediglich Patient 21 (siehe Kapitel 5.4.2) hatte sich eingehend bei seinem Versicherungsunternehmen informiert und wusste daher um seinen Status als Nichtzahler. Bei Patient 9 und Patientin 25 lagen dagegen eindeutig Kündigungen vor; Patient 9 (siehe Kapitel 5.4.6), da er als Mitversicherter aus der Familienversicherung ausschied und Patientin 25 (siehe Kapitel 5.4.2), da ihre frühere Betriebskrankenkasse nicht mehr für sie zuständig war. Auch für diejenigen, die aus einem Sozialleistungsbezug ausschieden, da sie ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkamen, blieb der genaue Versicherungsstatus offen. Denn die Experten konnten nicht mit Sicherheit beantworten, ob die betreffenden Personen aus der Krankenversicherung gekündigt werden, sobald das Jobcenter die Beitragszahlungen einstellt oder die Versicherung lediglich wie bei Nichtzahlern ruht. Die teils widersprüchlichen Aussagen verdeutlichen die mangelhafte Informationslage zu diesem Punkt. De facto verfügen die Betroffenen jedoch nicht über einen aktiven Versicherungsschutz, was die behandelnden Einrichtungen durch Nachfragen bei den Krankenkassen in solchen Fällen feststellen können.

So finden sich immer wieder Fälle mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie bei Patient 4 (siehe Kapitel 5.4.5). Nachdem er seiner Mitwirkungspflicht beim Jobcenter nicht nachkam, wurden die Leistungen in Form einer Zuzahlung zu den Versicherungsbeiträgen beendet. Aufgrund finanzieller Schwierigkeiten konnte er die vollen Versicherungsbeiträge nicht tragen und zahlte auch seinen Eigenanteil nicht mehr. Folglich ging er davon aus, gekündigt worden zu sein, seinen genauen Versicherungsstatus konnte er jedoch nicht. Da er weiterhin Schreiben von seiner Krankenkasse erhielt, in denen unter anderem die Anpassung der Beitragshöhe angekündigt wurde, lässt dies vermuten, dass er weiter als Nichtzahler in seiner Krankenkasse geführt wurde.

Interviewerin: „Haben Sie schon mal angerufen und nachgefragt?“

Patient 4: „Nein, das ist jetzt noch so frisch, ich warte jetzt nochmal ein paar Tage. [...] wo ich dachte ich bin nicht mehr drin im System, da sagen die jetzt ab 1. Januar sieht ihr Beitrag so und so aus, aufgrund der Gesundheitsreform, irgendwas. Also, die haben mich schon verrückt gemacht, [...] wo ich also nicht mehr wusste, bin ich jetzt Mitglied oder bin ich nicht Mitglied. Ich bezahl ja schon lang nichts mehr und ich darf auch keine Leistungen in Anspruch nehmen und dann schreiben sie: ‚Ihr Beitrag beträgt ab soundsovielten, soundsoviel.‘ – Als wenn nichts passiert wär. [...]“ (Z. 408ff.)

Das 2013 eingeführte Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-schulden in der Krankenversicherung lässt darauf schließen, dass vom Gesetzgeber erkannt wurde, dass an bestimmten Schnittstellen noch immer der Verlust der Krankenversicherung möglich war. Denn die in diesem Gesetz enthaltene Regelung zur obligatorischen Anschlussversicherung untermauert die eingeschränkten Kündigungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 2.4.1). Die Neuerung besteht darin, dass das ersatzlose Ausscheiden aus der bisherigen Krankenversicherung unterbunden werden soll, indem eine bestehende Krankenversicherung an Schnittstellen im Versicherungsverlauf nun ohne Zustimmung des Betroffenen in eine freiwillige Weiterversicherung umgewandelt wird. Die Regelung betrifft unter anderem Arbeitslose, die bisher ihre Krankenversicherung verlieren konnten, wenn sie mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit nicht Kontakt mit ihrer Krankenkasse aufnahmen und keine Sozialleistungen beantragten. Auch Personen, deren Sozialleistungsbezug endet, werden in diese Regelung eingeschlossen, wenn sie nachfolgend nicht anderweitig in eine Krankenversicherung eintreten. Allgemein ist sie auf Personen anwendbar, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, egal ob daran die Arbeitslosigkeit oder eine andere berufliche Tätigkeit, z. B. in Selbständigkeit, anschließt. Auch für Rentner erfolgt seitdem mit dem Rentenantrag die automatische Überleitung in eine freiwillige Weiterversicherung der GKV, während zuvor der Antrag auf eine Anschlussversicherung separat gestellt werden musste. Gleiches gilt für Personen, die aus der Familienversicherung ausscheiden und für Personen, die einen Haftaufenthalt antreten. Auch wenn damit quasi eine Pflicht zur freiwilligen Versicherung vorliegt, gilt die Person als freiwillig versichert und ist damit Selbstzahler in der Krankenversicherung. Damit stellt sich allerdings das Problem der Beitragsrückstände, das im folgenden Kapitel erläutert wird.

5.5.8 Selbstzahler in der Krankenversicherung und Beitragsrückstände bei Nichtzahlern

Betrachtet man die Kausalmechanismen von Nichtversicherung, muss unterschieden werden zwischen Selbstzahlern in der Krankenversicherung und Versicherten, deren Beiträge ohne ihr Zutun abgeführt werden. Denn für Selbstzahler besteht der Kernpunkt im Kausalmechanismus der Nichtversicherung darin, dass sie eigenverantwortlich für die Zahlung der Versicherungsbeiträge sind und diese daher eigenmächtig stoppen können. Bei Selbstzahlern unterliegen die Beitragszahlungen keinem Automatismus, wie bei angestellten Arbeitnehmern, bei denen die Beitragszahlungen direkt vom Gehalt abgezogen werden (außer bei PKV-versicherten Angestellten) und es gibt keine Kontrollinstanz für das Bestehen einer Krankenversicherung. Obwohl sie genauso der allgemeinen Versicherungspflicht unterliegen, ergibt sich für sie prinzipiell die Möglichkeit, die Zahlung der Beiträge zu unterlassen – wissentlich oder versehentlich – und damit aus der Krankenversicherung auszuscheiden. Zu den Selbstzahlern zählen beruflich Selbständige und Angestellte, die versicherungsfrei und in der PKV versichert sind sowie Personen, die in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen tätig sind, ebenso nicht pflichtversicherte Rentner und Arbeitslose, die keine Sozialleistungen beziehen. Motive dafür, die Beitragszahlungen einzustellen, sind meist finanzielle Engpässe, wie bei geringverdienenden oder fehlendem Einkommen, einer niedrigen Rente, bei allgemein nicht ausreichenden Ersparnissen, teils aber auch schlicht Nachlässigkeit oder Unwissenheit.

Durch die Einführung der Versicherungspflicht entstand eine neue Situation für Personen, die Beitragszahlungen versäumen oder bewusst unterlassen. Denn durch das eingeschränkte Kündigungsrecht der Krankenkassen werden sie seitdem nicht mehr aus ihrer Versicherung gekündigt, sondern bleiben als Nichtzahler Mitglied. Die versäumten Zahlungen werden dabei als Beitragsrückstände registriert, die zuerst beglichen werden müssen, bevor die frühere Krankenversicherung wieder aktiviert wird. Da die Regelung rückwirkend zum Tag des Inkrafttretens der Versicherungspflicht gilt, betrifft sie alle Nichtversicherten, auch diejenigen, die noch vor Einführung der Versicherungspflicht ihre Versicherung verloren. All diejenigen, die zum Stichtag des 1.4.2007 nicht in einer GKV bzw. zum 1.1.2009 nicht in einer PKV versichert waren, müssen damit beim

Abschluss einer Versicherung zu späterem Zeitpunkt rückwirkend bis zum jeweiligen Stichtag die Beiträge an die Krankenkasse zahlen. Die Beitragsrückstände können sich innerhalb einiger Monate und weniger Jahre bis auf mehrere tausend Euro belaufen und werden damit zu einem neuen Hindernis. Denn das eingeschränkte Kündigungsrecht der Krankenkassen produziert nun als Nebeneffekt Nichtzahler und nicht mehr wie früher schlicht Nichtversicherte. Der Status des Nichtzahlers bedeutet dabei für die Betroffenen nicht nur den Ausschluss aus dem Regelsystem der medizinischen Versorgung, sondern gleichzeitig auch die Verschuldung. Früher hingegen schieden die Personen als Folge unterlassener Beitragszahlungen aus ihrer Versicherung aus und wurden als Nichtversicherte über einen Krankenschein abgesichert.

An den Beispielen der Patienten 21 und 24 (siehe Kapitel 5.4.2 bzw. 5.4.8) wird die Problematik der Beitragsrückstände deutlich. Beide waren arbeitslos und bezogen keine Sozialleistungen, was ihre prekäre finanzielle Situation begründet. Dadurch konnten sie sich die monatlichen Beitragszahlungen nicht leisten und noch weniger die entstandenen Beitragsschulden begleichen, so dass ein Wiedereintritt in die Krankenversicherung nicht möglich war. Im konkreten Fall beliefen sich die Beitragsschulden bei Patient 21 nach einem Jahr des Nichtzahlens in seiner PKV auf über 5 000 Euro. Seine Krankenkasse riet ihm vom Basistarif ab und legte ihm stattdessen nahe, die Beitragsschulden zu begleichen (siehe Kapitel 5.5.6). Auch wenn sein früherer Tarif tatsächlich günstigere Konditionen bot, war er dazu nicht in der Lage. Er empfand die Aussagen der Mitarbeiter der Krankenkasse daher als ignorant seiner misslichen Lebenslage gegenüber und ihre Empfehlungen weniger auf sein Wohl bedacht, sondern eher im Sinne der profitorientierten Haltung des privaten Versicherungsunternehmens.

Patient 21: „[...] Dann war ich bei meiner alten Versicherung. Da sagte man mir, ich müsste erst die Schulden bezahlen [...], man hat mir ans Herz gelegt: ‚Wissen Sie, dass Sie ein riesen Glück haben? Ihr Vertrag wurde bei uns nicht gekündigt, Ihr Vertrag läuft noch, der ist nur ruhend geschaltet. Sie müssen nur 5 240 Euro zahlen und Sie sind sofort krankenversichert. Das ist das Beste, was ich Ihnen heute sagen kann.‘ Ich sage: ‚Und wie ist das mit dem Basistarif?‘ [...] ‚[...] also das wollen Sie doch eigentlich gar nicht, [...] das ist nichts für Sie [...]. Ich würde sagen, Sie gehen als Erstes los, gucken Sie doch mal vielleicht mal im Familienkreis, dass Sie das Geld auftreiben.‘ Dem lag so sehr am Herzen, dem Vertreter von der [...] [Name der PKV anonym, Anm. d. Verf.] [...], dass ich zuerst das Geld auftreibe und dass es das Allerbeste für mich wäre, obwohl ich erklärt habe in welcher Situation wir momentan stecken, und der riesen Beileid hat: ‚Na

klar, ist ganz schlimm, aber jetzt geben Sie mir doch erstmal Ihr Geld und dann sind Sie auch krankenversichert.' Es ist krank und es ist ja nicht nur bei der Krankenversicherung, dass es krank ist, sondern das System an sich ist krank. [...]" (Z. 882ff.)

Patient 24 äußerte im Interview nicht nur seine Angst vor einer tiefen Verschuldung, sondern auch vor einer zusätzlichen Strafe für gesetzeswidriges Verhalten bei Missachten der Versicherungspflicht. Abgesehen davon, dass er die Beitragsrückstände nicht abbezahlen konnte, hinderte ihn deshalb auch die Angst vor einer juristischen Strafe daran, sich bei seiner Krankenkasse zu melden. Er vermied daher jeglichen Kontakt und informierte sich auch nicht über die Möglichkeiten eines Wiedereintritts.

Interviewerin: „Und Sie hatten eben gesagt, Sie haben auch Angst, dass Sie da jetzt rechtlich belangt werden könnten?“

Patient 24: „Na ja, es ist ja wohl, ich bin mir nicht sicher, so viel weiß ich nicht dazu, ob das mittlerweile eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat ist. Eine Ordnungswidrigkeit ist es mit Sicherheit, das habe ich gelesen. Eine wirkliche Straftat, weiß ich jetzt nicht [...]. Da habe ich auch mal irgendwas von einem Ordnungsgeld gelesen, was man da bezahlen muss.“

Interviewerin: „Das heißt, es spielt auch noch so ein bisschen die Angst mit, wenn Sie da jetzt mit offenen Karten spielen und irgendwo hingehen und ihren Status aufdecken?“

Patient 24: „Ja, natürlich.“ (Z. 253ff.)

Ist jemand nicht in der Lage, die regulären Monatsbeiträge zu entrichten, ist selbsterklärend, dass er auch nicht fähig sein wird, die Beitragsrückstände zu begleichen, es sei denn es würde eine erhebliche Verbesserung der wirtschaftlichen Situation eintreten. Finanziell schlecht gestellte Personen werden deshalb durch die gesetzlichen Regelungen noch mehr in die Verschuldung getrieben und finden daraus oft keinen Ausweg. Demnach ist mit den Beitragsrückständen für viele ein neues Hindernis für die Rückkehr in eine Krankenversicherung entstanden. Auch den Experten waren viele derartige Fälle bekannt, so auch Expertin 12, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung.

Expertin 12: „[...] viele scheuen sich davor und sagen, ich bin jetzt nicht in der Lage 10 000 Euro zu bezahlen, deshalb will ich das gar nicht mit der Versicherung. Das wird dann schon wirklich existenziell. [...] ich habe noch nie diese Versicherung in Anspruch genommen, aber habe jetzt 10 000 Euro Schulden [...]. Die Leute haben da Angst [...]. Ich kann dann beraten, welche Möglichkeiten es gibt, aber wenn sie kein ALG II bekommen oder gut verdienen, dann müssen sie das zahlen. Man kann dann versuchen, die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] entsprechend anzuschreiben oder auch zu telefonieren, dass die Person zahlungsunfähig ist, aber eigentlich wäre das dann schon wieder ein Fall für ein Insolvenzverfahren [...].“ [...]

Expertin 12: „[...] es ist einfach für die Leute eine große Belastung zu wissen, dass sie dann so viele Schulden haben. Und die [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.]

schreibt auch ganz dreist oder selbstverständlich: ‚Sie sind jetzt bei uns versichert ab dem 1.4.2007 und überweisen Sie doch bitte die 7 500 Euro, doch bitte gleich.‘ – Also ich habe das schwarz auf weiß, und das haut die Leute natürlich um.“ (Z. 621ff.)

Die Krankenkassen sind gesetzlich dazu berechtigt, die Zahlung der Beitragsrückstände einzufordern, gleichzeitig wird ihnen aber auch freigestellt, die Schulden zu erlassen – wovon die meisten keinen Gebrauch machen. Auch wenn eine Person als Nichtzahler keinerlei Versicherungsleistungen in Anspruch genommen hat, können die Beitragsschulden ungemindert eingefordert werden. Begründet wird diese Forderung von Seiten des Gesetzgebers und der Krankenkassen damit, dass die Versicherten Teil einer Solidargemeinschaft sind, die davon lebt, dass jeder seinen Beitrag leistet, auch wenn er gerade selbst keine Leistungen benötigt – wobei dieses Argument nur für die GKV tragfähig ist, da das Versicherungssystem der PKV nicht auf einer Solidargemeinschaft beruht. Daher wäre es gegenüber denjenigen Versicherungsmitgliedern, die regelmäßig ihre Beiträge zahlen, ungerecht, Nichtzahler ganz ohne Zahlungsforderungen wieder aufzunehmen. Denn die zahlenden Mitglieder würden dadurch auch die Versorgung der Nichtzahler tragen, die sich jahrelang die Beiträge „sparen“ und erst wieder zahlen, wenn sie Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen wollen. Zudem gibt es auch viele regulär Versicherte, die über Jahre keine, oder zumindest keine übermäßig teuren medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen und trotzdem ihre monatlichen Beitragszahlungen leisten. Auch wenn dieser Argumentation eine gewisse Berechtigung zukommt, ist auf der anderen Seite nachvollziehbar, dass die Motivation gering ist, sich um den Wiedereinstieg in die Krankenversicherung zu bemühen, wenn dieser mit einer enormen Verschuldung verbunden ist, noch weniger für gesunde Personen, die aktuell keine medizinische Versorgung benötigen. Zudem kann der Einwand vorgebracht werden, dass die Nichtversicherung meist nicht Resultat einer freien Entscheidung ist, sondern es sich bei Nichtzahlern in der Regel um Personen handelt, die sich aufgrund finanzieller Schwierigkeiten dazu gezwungen sahen, die Beitragszahlungen zu unterlassen oder um Personen, die durch zusätzliche Probleme belastet sind und deshalb nicht in der Lage, die Anforderungen des Regelsystems zu erfüllen. Daher wurde die Regelung der Beitragsrückstände von vielen Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern massiv kritisiert, wie z. B. von Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung.

Expertin 14: „[...] Sie haben nie eine Leistung in Anspruch genommen, sie haben nie irgendwas gewollt und haben jetzt Beitragsrückstände und das ist natürlich für viele auch ein Hemmschuh überhaupt. Solange jemand noch nicht wirklich krank ist und es wirklich braucht, wird der sich das auch nicht vom Mund absparen, um die Krankenversicherungsbeiträge, die ja relativ hoch sind, zu zahlen.“ [...]

Expertin 14: „Ja, es ist eine echte Crux. [...] ich finde das unsäglich, dass man per Gesetz verschuldet wird. Das ist unglaublich.“ [...]

Expertin 14: „Und je länger es dauert, desto mehr ist es und desto weniger motiviert ist irgendjemand. [...]. Ich denke, da ist eine hohe Dunkelziffer an Selbständigen, an so kleinen Selbständigen, die sich das nie geleistet haben und auch in Zukunft nicht mehr leisten können wegen der Beitragsrückstände und ob das dann im Sinne unserer Solidargemeinschaft ist [...]“ (Z. 229ff.)

Erlassen Krankenkassen die Beitragsschulden nicht, können sie stattdessen Ratenzahlungen anbieten. Dabei muss ein Versicherter die fortlaufenden Monatsbeiträge zahlen und mit zusätzlichen monatlichen Ratenzahlungen die Schulden an seine Krankenkasse schrittweise abtragen. Wird solch eine Vereinbarung getroffen, gilt die vollwertige Krankenversicherung mit regulärem Leistungskatalog des entsprechenden Tarifs. Bleibt ein Versicherungsmitglied in der Verschuldung, gilt dagegen ein eingeschränkter Leistungskatalog, der lediglich eine Notfallversorgung beinhaltet. Genau betrachtet sind Personen im Status des Nichtzahlers also nicht vollständig von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Nach Erfahrung der Experten gelingt die Umsetzung der theoretisch gesicherten Notfallversorgung jedoch oft nicht. Häufig kommt es zwischen Behandelnden und Krankenkassen zur Streitfrage, ob es sich bei einer Behandlung um einen Notfall handelt oder nicht, wenn zwar eine notwendige, aber nicht unmittelbar lebensrettende Behandlung erfolgt ist. Erfahrungsgemäß lehnen die Krankenkassen im Zweifelsfall die Kostenerstattung ab, auch wenn aus ärztlicher Sicht ein eindeutiger Handlungsbedarf besteht (siehe Kapitel 5.8). An dieser Stelle ist es problematisch, dass viele ihren genauen Versicherungsstatus nicht kennen. Denn nur wenn noch eine Mitgliedschaft als Nichtzahler vorliegt und die zuständige Krankenkasse bekannt ist, kann sie für eine Notfallversorgung belangt werden. Darüber hinaus ist vielen Patienten sowie Experten überhaupt nicht bekannt, dass Nichtzahler einen Anspruch auf Notfallversorgung haben. Zusätzliche Verwirrung entsteht dadurch, dass die Krankenkassen die Situation unterschiedlich handhaben, so dass Unsicherheit darüber entsteht, ob ein Anspruch auf Notfallbehandlung durchgesetzt werden kann oder nicht, wie Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, berichtete.

Interviewerin: „Funktioniert das dann mit dieser Notfallbehandlung [...]?“

Expertin 11: „[...] ich glaube die Wenigsten wissen das, dass ihnen die Notfallbehandlung zusteht.“ [...]

Expertin 11: „Ja, nur ist eben unser Problem, dass wir nicht wissen, hat der Patient Rückstände oder nicht.“ [...]

Interviewerin: „Ich habe so das Gefühl, das weiß keiner genau, wie das gehandhabt werden soll. [...]“

Expertin 11: „Nein, da haben Sie Recht. Das macht jede Kasse wie sie will. Und es gibt also innerhalb der [...] [Name einer GKV anonym, Anm.d.Verf.] schon unglaubliche Unterschiede. [...]“ (Z. 1118ff.)

Manche Experten und Patienten berichteten in diesem Zusammenhang, dass sie auf konkretes Nachfragen bei der zuständigen Krankenkasse von den dortigen Mitarbeitern die Auskunft erhielten, dass auch eine Notfallversorgung nicht übernommen würde. Dies widerspricht den Regelungen für Nichtzahler und kann somit als Falschaussage der Mitarbeiter in Krankenkassen gewertet werden – möglicherweise auch bewusst, um Kosten zu sparen. So erklärte z. B. Patient 21 (siehe Kapitel 5.4.2), dass er davon ausging, nicht behandelt zu werden, obwohl er akut erkrankt war. Auf Nachfrage hatte ihm seine Krankenkasse mitgeteilt, dass er auch auf eine Notfallbehandlung keinen Anspruch hatte, solange seine Beitragsschulden nicht beglichen waren.

Interviewerin: „Bekommen Sie denn jetzt irgendwelche Leistungen?“

Patient 21: „Nein, gar nichts.“

Interviewerin: „Auch keine Notfallbehandlung?“

Patient 21: „Überhaupt nichts, nein, ich stehe dort nicht im Leistungsbezug. Direkt so wurde mir das auch gesagt, ich stehe bei ihnen nicht mehr im Leistungsbezug.“ [...]

Interviewerin: „Aber die haben Ihnen auch nicht gesagt, wenn es ein Notfall wäre, würden Sie behandelt werden?“

Patient 21: „Nein, das habe ich ja gefragt, eine Notfallbehandlung steht mir auch nicht zu, mir steht momentan gar nichts zu, bei der [...] [Name der PKV anonym, Anm.d.Verf.]“ [...]

Patient 21: „[...] Das Einzige, was ich gehört habe, dass ich momentan, wenn ich mich behandeln lassen will, die Kosten erstmal selbst tragen muss oder denen sagen muss, dass ich nichts bezahlen kann und man sich dann hinterher eventuell gerichtlich einigen müsste [...]“ (Z. 409ff.)

Tritt ein Nichtzahler in Sozialleistungsbezug, können die Beitragsrückstände von den Krankenkassen hingegen nicht eingefordert werden, denn der Bezug von Sozialleistungen gilt als Bestätigung dafür, dass eine Person zahlungsunfähig ist. Stattdessen ruhen die Schulden für den Zeitraum des Leistungsbezugs, während gleichzeitig voller Leistungsanspruch gilt. Endet der Sozialleistungsbezug, kann die Krankenkasse die Beitragsschulden jedoch erneut einfordern. Solange sie nicht beglichen werden, kann

sie dementsprechend die Versicherungsleistungen auf eine Notfallbehandlung einschränken. Der Sozialleistungsbezug bietet Betroffenen also gewissermaßen einen zeitlich begrenzten Schutz vor den Beitragsschulden.

Ein Beispiel für diese Konstellation ist Patient 4 (siehe Kapitel 5.4.5). Nach Vernachlässigen der Mitwirkungspflicht schied er aus dem Sozialleistungsbezug aus und verlor seine Krankenversicherung. Im Interview beschrieb er, wie seine Krankenkasse ihn dazu aufforderte, die Beitragsschulden von 4 500 Euro zu bezahlen und diese sogar per Gerichtsvollzieher eingetrieben werden sollten, da er der Zahlungsaufforderung nicht nachkam. Da er jedoch über keinen wertvollen Besitz mehr verfügte, war dies nicht möglich. Als er später erneut in Sozialleistungsbezug trat, ruhten die Beitragsschulden und er erhielt wieder vollen Versicherungsschutz. Auch Patient 20 (siehe Kapitel 5.4.1) erhielt von seiner Krankenkasse Zahlungsaufforderungen über Beitragsrückstände. Als er die Wiederaufnahme in eine Krankenversicherung bei seiner früheren Krankenkasse beantragte, forderte diese von ihm, zunächst die Beitragsschulden rückwirkend zur gesetzlich festgelegten Frist im Jahr 2007 zu begleichen, da er bereits vor Inkrafttreten der Versicherungspflicht seine Krankenversicherung verlor. Bei einem Versicherungsabschluss im Jahr 2010 belief sich der Betrag auf mehrere tausend Euro. Da der Versicherungsabschluss im Rahmen eines Sozialleistungsbezugs stattfand, konnte seine Krankenkasse den Betrag letztlich nicht einfordern und musste ihn dennoch krankenversichern. Allerdings stand Patient 20 wenige Jahre vor dem Eintritt in die Altersrente, was seine finanzielle Situation erneut verändern würde. Möglicherweise wird dann sein Anspruch auf Sozialleistungen entfallen und so könnte seine Krankenkasse die Beitragsschulden erneut einfordern und die Versicherungsleistungen reduzieren.

Interviewerin: „Seit wann sind Sie wieder versichert?“

Patient 20: „Jetzt seit voriges Jahr, August oder so. [...]. Erstmal wollten die nicht [...]. Dann kamen die an und ich müsste ja seit 2007 rückwirkend die Beiträge zahlen und da hat er [sein Sozialarbeiter, Anm. d. Verf.] gemeint: ‚Ja, gut, wenn der das kann ja, aber wenn er das nicht kann, wenn er das Geld nicht hat. Was dann?!‘ [...]“ (Z. 248ff.)

Interviewerin: „Was ist denn aus diesen Beitragsrückzahlungen geworden [...]?“

Patient 20: „Die haben sich nicht mehr gemeldet. Die sehen doch, wenn da einer 360 Euro im Monat kriegt, das ist unterhalb jeder Pfändungsgrenze, weit unterhalb, da haben die gar keine Chance. Drum haben die auch einfach so gesagt: ‚Nein, müssen Sie nicht, die Beiträge, das Geld können Sie mal versuchen irgendwann mal, aber im Moment ist es vollkommen sinnlos.‘ Darum haben die nie was gemacht, ich werde behandelt wie jeder andere [...] Versicherte von denen.“

Interviewerin: „Auch das Jobcenter hat das nicht gezahlt?“

Patient 20: „Nein.“

Interviewerin: „Sind das quasi Schulden, die Sie noch weiter haben?“

Patient 20: „Keine Ahnung. Die haben mir keine Mahnung geschickt und ein Mahnverfahren ist auch nicht in Gang, ich habe jedenfalls noch nichts bekommen [...]. Keiner weiß, kann sein, dass es noch kommt, wenn die Rente da ist, nächstes Jahr August.“ [...]

Patient 20: „[...] und ich wecke auch keine schlafenden Hunde. [...]. Ich stell mich erstmal tot und wenn die mir irgendwas schicken, dann treten wir in Aktion.“ (Z. 349ff.)

Das Beitragsschuldengesetz aus dem Jahr 2013 zeigt, dass die Problematik der Beitragsrückstände erkannt wurde und stellt den Versuch einer Lösung dar. Inwiefern dieser Erfolg hat, bleibt abzuwarten. Denn das Gesetz sieht keinen kompletten Schuldenerlass und auch nicht die Abschaffung der Beitragsrückstände vor. Vielmehr bietet es eine zeitlich befristete Wiedereinstiegshilfe. Denjenigen, die bis Ende des Jahres 2013 in die Krankenversicherung eintreten, sollen rückwirkend zum Stichtag der Einführung der Versicherungspflicht die Beitragsschulden erlassen werden, je nach den genauen Umständen allerdings nicht vollständig (siehe Kapitel 2.4.1). Der rückwirkende Schuldenerlass bietet ohne Zweifel eine Erleichterung, nützt jedoch nur denjenigen, die zu dem Zeitpunkt finanziell in der Lage sind, die regulären Monatsbeiträge zukünftig zu bezahlen. Denn werden die Monatsbeiträge nach dem Wiedereintritt nicht gezahlt, werden erneut Beitragsrückstände angehäuft. Die zukünftige Verschuldung von Nichtzahlern wird mit dem Gesetz demnach nicht verhindert.

5.5.9 Ungeregelte Arbeitsverhältnisse, Niedriglohnsektor

Die zentrale Rolle von Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit für die Krankenversicherungssituation wurde bereits mehrfach hervorgehoben. Dabei ist nicht nur entscheidend, ob eine Berufstätigkeit besteht, sondern auch welcher Art diese ist, ob die Arbeitsverhältnisse vertraglich geregelt sind und ein Arbeiter offiziell angemeldet ist. Denn im Fall von ungeregelten, unangemeldeten Arbeitsverhältnissen ist auch der Abschluss einer Krankenversicherung über den Arbeitgeber nicht möglich. Auch sonstige Sozialabgaben entfallen dann für den Arbeit- bzw. Auftraggeber und damit auch eine soziale Absicherung und Altersvorsorge für den Arbeiter. Stattdessen müssen sich Betroffene freiwillig und als Selbstzahler in der GKV oder PKV versichern. Personen, die ihr Einkommen ausschließlich aus ungeregelten Arbeitsverhältnissen wie der Schwarz-

arbeit beziehen, sind dazu in der Regel nicht in der Lage, wie die Patienteninterviews zeigen. Die dabei auftretenden Probleme ähneln der Situation von beruflich Selbständigen und Scheinselbständigen. Im Unterschied zur gemeldeten Selbständigkeit handelt es sich bei der Schwarzarbeit jedoch um ein illegales Beschäftigungsverhältnis, was die Betroffenen zusätzlich stigmatisiert.

Der freiwillige, eigenständige Abschluss einer Krankenversicherung ist bei unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen oft rein aufgrund der instabilen finanziellen Situation nicht möglich. Wer in Schwarzarbeit tätig ist, kann nicht mit einem dauerhaften und ausreichenden Einkommen rechnen. Denn einerseits sind die Jobs meist zeitlich begrenzt, so dass durch die ständigen Unterbrechungen und Phasen der Arbeitslosigkeit auch das Einkommen zeitweise ausbleibt. Andererseits zählen Arbeiter in typischen Sparten der Schwarzarbeit eher zu den Niedrigverdienern, so dass selbst ein regelmäßiges Einkommen nicht dafür ausreichen würde, eine Krankenversicherung zu bezahlen. Außerdem berichteten einige Interviewpartner, dass es in der Schwarzarbeit immer wieder vorkomme, dass Lohn längere Zeit zurückgehalten oder überhaupt nicht ausgezahlt werde. Unter diesen Umständen können Betroffene nicht davon ausgehen, dass ihre finanziellen Einkünfte zur Existenzsicherung ausreichen, geschweige denn monatliche Beitragszahlungen an eine Krankenkasse garantieren.

Warum sich unter Schwarzarbeitern mehr Migranten als Deutsche finden, wird vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen verständlich, wie sie in den Kapiteln 5.4.10 bis 5.4.12 dargelegt wurden und auch im folgenden Kapitel 5.5.10 geschildert werden. Denn werden Migranten vom legalen Arbeitsmarkt ausgeschlossen und steht ihnen nicht die Alternative des Sozialleistungsbezugs offen, wie meist bei deutschen Staatsbürgern der Fall, so sind sie eher dazu gezwungen, illegale Beschäftigungsverhältnisse einzugehen. So erklärten alle osteuropäischen Interviewpartner unter den Patienten, dass sie auf unregelmäßige Arbeitsverhältnisse angewiesen seien. Patient 1 (siehe Kapitel 5.4.11) war in Schwarzarbeit tätig, Patient 3 (siehe Kapitel 5.4.11) aktuell arbeitslos, hatte jedoch schon mehrfach schwarzgearbeitet, ebenso Patient 16 (siehe Kapitel 5.4.11), der immer wieder kurzzeitige Jobs in Schwarzarbeit hatte. Auch Patient 6 (siehe Kapitel 5.4.11), dem es schließlich gelang in den Bezug von ALG II einzutreten,

fand nie einen festen Job. Aus gesundheitlichen Gründen arbeitete er jedoch auch nicht schwarz, sondern war durchweg arbeitslos. Unter den Nicht-EU-Migranten war Patient 12 (siehe Kapitel 5.4.12) aufgrund seines illegalen Aufenthaltes vom regulären Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Er lebte seit vielen Jahren von zeitweisen Jobs auf dem Schwarzmarkt und war zum Zeitpunkt des Interviews arbeitslos. Doch auch Migranten, die vollen Zugang zum Arbeitsmarkt haben, landen zuweilen in unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen, wie die Beispiele der Patienten 15 und 22 (siehe Kapitel 5.4.2 bzw. 5.4.3) zeigen. Beide arbeiteten seit ihrer Ankunft in Deutschland jeweils zeitweise schwarz, waren jedoch aktuell arbeitslos. Obwohl ihnen prinzipiell ALG II zustand, hatten sie dieses beide bisher nie beantragt, was in ihrem Fall nicht auf aufenthaltsrechtliche Regelungen zurückzuführen war, sondern auf ihre Lebensumstände.

Obwohl die unangemeldete Beschäftigung gesetzlich nicht zulässig ist, besteht weiterhin ein beachtenswerter Markt für Schwarzarbeit, die im Baugewerbe häufig ist, in handwerklichen Berufen, in der Gastronomie, in der Prostitution und in Pflege- und Reinigungstätigkeiten, dies teils auch in Privathaushalten. Manche der Experten waren der Meinung, dass diese Realität auf politischer Ebene durchaus bekannt sei, jedoch kein Interesse bestehe, etwas daran zu ändern. Denn während die Abschaffung von Schwarzarbeit auf der einen Seite bessere Arbeits- und Lebensbedingungen für die Betroffenen bewirken könnte, herrscht die Meinung, dass dadurch auf der anderen Seite auch die Marktpreise, z. B. im Bau- oder Gastronomiegewerbe steigen würden. Wie Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, vermutete, würden deshalb die Missstände und die Schwarzarbeit bewusst in Kauf genommen.

Interviewerin: „[...] Das sind ja schon einige, [...] vor allem Osteuropäer, die, ich denke, solange der Schwarzmarkt Bedarf hat, werden die auch weiter hierher kommen?“

Experte 2: „Ja, klar.“

Interviewerin: „Siehst du da irgendwie Aussicht auf Besserung oder was müsste sich da ändern? [...]“

Experte 2: „[...] Es wird auch behauptet zum Beispiel, dass so eine Struktur wie die Stadt Frankfurt nicht funktionieren würde ohne die ganzen Schwarzarbeiter, dass viele Bereiche gerade in der Gastronomie oder auf dem Bau oder wo auch immer, einfach die Schwarzarbeit schon dazu gehört. Und wenn die jetzt alle auf einmal legal wären, dann würden wahrscheinlich teilweise die Preise explodieren müssen und etc. pp., ja, ich denke da gibt es ganz, ganz viel Interesse auch, dass sich da eben nichts daran ändert.“ (Z. 479ff.)

Auch der Niedriglohnsektor stellt hinsichtlich der Versicherungssituation ein Problem dar, selbst wenn er zum legalen Arbeitsmarkt zählt. Personen in geringfügiger Beschäftigung sind über dieses Angestelltenverhältnis nicht krankenversichert, da es sich um eine nicht versicherungspflichtige Tätigkeit handelt. Sie unterliegen jedoch wie alle in Deutschland lebenden Personen der Versicherungspflicht. Angestellte, die in nicht versicherungspflichtiger Tätigkeit arbeiten, müssen sich demnach entweder freiwillig in einer GKV oder in einer PKV krankenversichern. Im Unterschied zu Personen, die auf dem Schwarzmarkt arbeiten, können sie jedoch mit einem regelmäßigen Einkommen rechnen. Sofern eine GKV abgeschlossen wird, werden zudem zur Unterstützung Pauschalabgaben vom Arbeitgeber an die Krankenkasse entrichtet. Für nicht versicherungspflichtige Angestellte, die diese Unterstützung nicht wahrnehmen und keine Versicherung abschließen, liegt der Kausalmechanismus der Nichtversicherung darin begründet, dass sie als Selbstzahler eingestuft werden (siehe Kapitel 5.5.8).

5.5.10 Eingeschränkter Zugang zum Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem für Migranten

Unabhängig von den persönlichen Voraussetzungen jedes Einzelnen gelten für Migranten andere Bedingungen als für deutsche Staatsbürger hinsichtlich der Integration in die Regelsysteme der Krankenversicherung, des regulären Arbeitsmarktes und des staatlichen Sozialleistungssystems. Zwar bilden fehlende Sprachkenntnisse, Unkenntnis der gesetzlichen Regelungen oder auch fehlendes Interesse, sich in Gesellschaft und Systeme einzufügen, zusätzliche Barrieren für Migranten (siehe Kapitel 5.4.11), doch erschweren oder verhindern die äußeren Rahmenbedingungen unabhängig von diesen individuellen Faktoren den Einstieg in die Regelsysteme in Deutschland.

Derzeit befindet sich die europäische Einwanderungs- und Sozialpolitik im Umbruch. Infolgedessen gab es in den letzten Jahren und auch nach Abschluss der Interviewphase einige Gesetzesänderungen, die das hier bearbeitete Thema betreffen. Für detaillierte Erläuterungen wird auf Kapitel 2.4.3 verwiesen. In diesem Kapitel wird die Situation zum Zeitpunkt der Interviewphase dargestellt.

Grundsätzlich gibt es für jeden Migranten mit legalem Aufenthaltsstatus die Möglichkeit, sich in Deutschland krankenzuversichern, wenn nicht in einer Pflichtversicherung z. B. über einen Arbeitsplatz, so doch zumindest als Selbstzahler. Jedoch stehen den theoretischen Möglichkeiten häufig finanzielle Grenzen gegenüber. Ist die finanzielle Grundlage nicht über ein geregeltes Arbeitsverhältnis oder den Bezug von Sozialleistungen gewährleistet, ist der Anreiz gering, die Kosten einer Krankenversicherung dauerhaft freiwillig auf sich zu nehmen oder es ist schlichtweg nicht möglich, wenn kein ausreichendes und stabiles Einkommen zur Verfügung steht. Inwieweit Migranten der Zugang zu Arbeitsmarkt und Sozialleistungssystem ermöglicht wird, hängt entscheidend von Herkunft und Aufenthaltsstatus ab, wie in Kapitel 5.4.10 ausgeführt wurde. In diesem Kapitel wird vorrangig auf die Situation der EU-Migranten eingegangen und dabei der Unterschied zwischen alten und neuen EU-Ländern beleuchtet, da dieser für das bearbeitete Thema eine größere Relevanz besitzt.

Für alle EU-Bürger gilt, dass die Einreise zum alleinigen Zweck des Sozialleistungsbezugs oder der Arbeitssuche nicht gestattet ist. Daraus folgt, wer ohne vorherige Beschäftigung in Deutschland arbeits- und mittellos ist, hat nicht nur keinen Anspruch auf Sozialleistungen, sondern erfüllt auch die Voraussetzungen für den Erhalt der Freizügigkeit nicht. Im Falle eines Leistungsantrags kann als Konsequenz die Freizügigkeit entzogen werden, was die Person zur Ausreise verpflichtet. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, erklärte, dass in der Antragsprüfung auch die Prüfung der Freizügigkeit enthalten ist und diese entzogen werden kann, wenn festgestellt wird, dass die Einreise zum alleinigen Zweck des Sozialleistungsbezugs erfolgt ist.

Experte 18: „[...] Als Beispiel: Ein Italiener. Per Gesetz genießt er die Freizügigkeit, wenn er hier nach Deutschland reist. Reist er aber hierher und der hat offensichtlich keine Arbeit, kein Geld und er ist mittellos und ist sofort auf Sozialleistungen angewiesen, dann greift der Ausschlussgrund im Rahmen des SGB XII der § 23, dann hat er keinen Anspruch auf Sozialleistungen. Normalerweise müsste das der SGB-II-Träger auch prüfen, der müsste im Grunde genommen diesen Menschen sofort zur Ausländerbehörde schicken und fragen, ob denn die Freizügigkeit aus den besagten Gründen überhaupt erteilt werden kann oder ob die entzogen werden kann, das kann nämlich die Ausländerbehörde in so einem Fall machen. [...]“ (Z. 542ff.)

Auf die Unterschiede im Zugang zum Arbeitsmarkt als Folge der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit wurde bereits in Kapitel 5.4.11 anhand der Patientenfälle

eingegangen. Durch diese gesetzlichen Beschränkungen geraten insbesondere neue EU-Bürger vermehrt in die Arbeitslosigkeit, so dass sich die Frage nach der Möglichkeit eines Sozialleistungsbezugs stellt. Grundsätzlich hängt der Sozialleistungsanspruch bei EU-Migranten wie bei deutschen Staatsbürgern von der vorherigen Berufstätigkeit ab. Darüber hinaus ist bei Migranten die Aufenthaltsdauer in Deutschland entscheidend. Damit besteht ab einem bestimmten Zeitpunkt durchaus die Möglichkeit, Sozialleistungen zu beziehen, spätestens nach einem nachweislichen und dauerhaften Aufenthalt von mindestens fünf Jahren – auch ohne vorherige Berufstätigkeit in Deutschland. Ein früherer Leistungsbezug ist nur nach einem geregelten Arbeitsverhältnis möglich. Der Nachweis der Aufenthaltsdauer kann für EU-Migranten unter Umständen schwierig sein, da sie ohne Grenzkontrollen nach Deutschland ein- und ausreisen können. Sofern die betreffende Person sich nicht freiwillig bei Behörden meldet, z. B. einen Wohnsitz oder ein Arbeitsverhältnis anmeldet, oder in irgendeiner Weise auffällig wird und in polizeiliche oder behördliche Kontrollen gerät, ist die Aufenthaltsdauer oft nicht offiziell dokumentiert. Zum einen fällt es daher im Zweifelsfall schwer, die genaue Aufenthaltsdauer zu überprüfen, zum anderen kann ein EU-Bürger jederzeit wieder unbemerkt einreisen, sollte er zur Ausreise verpflichtet werden.

Bis zum Jahr 2011 gab es bezüglich des Sozialleistungsanspruches Unterschiede zwischen alten und neuen Unionsbürgern. Durch das Europäische Fürsorgeabkommen (EFA) konnten EU-Bürger aus Ländern mit EU-Beitritt vor 2004 schon vor Ablauf der fünf Jahre Anspruch auf Sozialleistungen erheben. Seit einem Vorbehalt der Bundesregierung zum EFA im Jahr 2011 gilt dieser Unterschied nicht mehr (siehe Kapitel 2.4.3).

Die Überbrückung des relativ langen Zeitraums von fünf Jahren produziert insbesondere für EU-Migranten aus neuen EU-Ländern eine Art Teufelskreis an problematischen Umständen. Durch die gesetzlichen Beschränkungen wird ihnen die Möglichkeit genommen, sich auf dem geregelten Arbeitsmarkt eine Existenzgrundlage zu schaffen. Dadurch werden viele nicht nur in unregelmäßige Arbeitsverhältnisse, sondern auch in prekäre Lebensumstände gedrängt. Denn viele können sich aufgrund der daraus folgenden unsicheren Einkommenssituation keine feste und dauerhafte Wohnung leisten und leben ohne festen Wohnsitz bei Bekannten, in Obdachloseneinrichtungen oder auf der Straße. Melden sie keinen Wohnsitz an, entfällt wiederum die Möglichkeit, die

Aufenthaltsdauer über die Registrierung beim Einwohnermeldeamt nachzuweisen. Entstehen innerhalb der fünf Jahre Grundsituationen mit Wohnungslosigkeit und Suchterkrankung, können sich daraus zusätzliche Schwierigkeiten hinsichtlich Arbeitsuche und Sozialleistungsbezug ergeben, wie sie allgemein in den Kapiteln 5.4.2 und 5.4.3 erläutert wurden. Nicht selten führen somit die äußeren Rahmenbedingungen zur Ausgrenzung und zu Lebensumständen, die wiederum den Eintritt in das Regelsystem des Arbeitsmarktes oder Sozialhilfesystems erschweren, sobald dieser rein rechtlich möglich wird. Können EU-Migranten ihr Anrecht auf Sozialleistungen nach Ablauf der 5-Jahres-Frist nicht nachweisen, müssen sie schließlich die Ausweisung befürchten, wenn ihnen die Absicht unterstellt wird, zum alleinigen Zweck des Sozialleistungsbezugs eingereist zu sein (s. o.). Um nicht den Entzug der Freizügigkeit zu riskieren, verzichten demnach manche auf die Antragstellung. Außerdem arrangieren sich einige der Betroffenen im Laufe der Jahre mit ihren Lebensumständen und sehen gewisse Vorteile darin, sich nicht den Auflagen eines Sozialleistungsbezugs unterwerfen zu müssen, so dass sie aus diesem Grund von einer Antragstellung absehen. Die Patientenfälle in den Kapiteln 5.4.10 und 5.4.11 veranschaulichen diese Zusammenhänge. Expertin 12, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, bestätigte aus ihrer Erfahrung, dass die oben geschilderten Konstellationen immer wieder Grund für EU-Migranten seien, keine Sozialleistungen zu beziehen und nicht krankenversichert zu sein.

Expertin 12: „[...] bei den Bulgaren und Rumänen da sehe ich eigentlich nur, dass sie durch die Arbeitnehmertätigkeit versichert werden können, weil [...] da hatte ich auch [...] Fälle, wo sie einfach wirklich deutlich unter dem Existenzminimum leben, aber auch nicht genug verdienen, um die sozialen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Ich hatte einen Fall, da haben der Mann und die Frau 400 Euro verdient, [...] es war [...] so wenig, dass sie wenn sie ALG II in Anspruch genommen hätten, das wird dann vom Jobcenter an die Ausländerbehörde gemeldet und die Ausländerbehörde schreibt die Leute an mit dem Hinweis: ‚Sie haben soziale Leistungen in Anspruch genommen, wir überprüfen ob Ihnen die Freizügigkeit noch zusteht.‘ Und wenn sie wie in diesem Fall nicht mehr verdienen können, kann ihnen sogar eine Abschiebung angedroht werden. Es kann auch durchgezogen werden, theoretisch könnten sie ja abgeschoben werden und wieder einreisen. Es ist jetzt nicht wie bei den Drittstaatsangehörigen, wo das mit der Aufenthaltserlaubnis Schwierigkeiten gäbe, das ist bei der Freizügigkeit ein bisschen lockerer. Aber schon alleine der Aufwand, sie müssen sich dazu äußern, dann muss ein Rechtsanwalt hinzugezogen werden, sie müssen gucken, dass sie schleunigst mehr verdienen und gegebenenfalls auf die Leistung verzichten und das ist alles sehr belastend für die Leute und deshalb packen die das erst gar nicht an.“

Interviewerin: „Das heißt, die hätten Nachteile dadurch, wenn sie Arbeitslosengeld in Anspruch genommen hätten?“

Expertin 12: „Richtig, weil sie diese Mindestvoraussetzung nicht erfüllen, abgesehen von der Krankenversicherung, die waren ja auch nicht krankenversichert. Ich sehe da auch die Schwierigkeit gerade bei den Kindern, weil das sind selten alleinstehende Personen, die haben meistens ein, zwei Kinder oder noch mehr, wohnen in einem Zimmer zu viert oder fünft oder auch mehr. Dass es da auch nicht mal Ausnahmen gibt für Minderjährige, dass man das nicht sieht.“ [...]

Expertin 12: „Man geht [...] einfach immer davon aus, dass die Leute es bezahlen können und einfach auch genug zum Leben haben und oft ist es so nicht.“ (Z. 668ff.)

Probleme entstehen dann, wenn nichtversicherte Migranten erkranken und medizinischer Behandlung bedürfen. Denn dann stellt sich für die versorgenden Einrichtungen die Frage, ob eine Einbindung ins Regelsystem möglich ist, um damit die medizinische Versorgung und auch deren Kostenerstattung zu sichern. Primär wird dafür, wie auch bei deutschen Nichtversicherten, der Sozialleistungsanspruch geklärt. Besteht kein Anspruch auf SGB-II-Leistungen, kann versucht werden, über das Sozialamt eine Übernahme der Gesundheitskosten nach SGB XII zu erreichen, was jedoch nur in wenigen Fällen gelingt. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, erwähnte, dass zwar in wenigen Ausnahmefällen eine Kostenübernahme möglich sei, diese jedoch nur nach eingehender Prüfung der Zuständigkeit erfolgen würde.

Experte 18: „[...] Die haben dann auch häufig im Krankenhaus mit Personen zu tun, die hier erstmal keinen SGB-XII-Anspruch haben aufgrund ihres Ausländerstatus und da ist dann im Spiel der § 23 SGB XII und da ist es dann eben mit der Zuständigkeit schwierig auch herauszufinden für den Krankenhaussozialdienst. Bei EU-Bürgern, [...] da ist aber auch erster Ansprechpartner bei unter 65-Jährigen [...] der SGB-II-Träger, weil die hätten formal auch erstmal wenn sie die Freizügigkeit genießen einen Anspruch auf SGB-II-Leistungen. [...]“

Interviewerin: „Das heißt, wenn so jemand dann krank werden würde und behandelt werden muss im Krankenhaus, dann bleibt das Krankenhaus auf den Kosten sitzen, weil Sie das nicht übernehmen?“

Experte 18: „Wir müssten das nicht übernehmen. Wobei da gibt es auch nochmal eine Ausnahme im § 23 was die Gesundheitskosten betrifft. Wenn es da einen unabwendbaren Bedarf gibt, auch wegen einer schweren Krankheit, die behandlungsbedürftig ist, dann kann es auch im Rahmen des § 23 des SGB XII übernommen werden. Da haben wir hier ein eigenes Team, das ist das ‚Team Auswärtige‘ dann, die dann diese Anträge vom Krankenhaus prüft. [...]. Die prüfen dann allerdings auch, ob jemand gegebenenfalls einen SGB-II-Anspruch hat. Da muss dann halt geschaut werden, wer denn der eigentliche Kostenträger ist. [...] da hat die Stadt Frankfurt ein Interesse, weil diese stationären Maßnahmen in der Regel mit ziemlich viel Geld verbunden sind [...].“ (Z. 533ff.)

Häufig wird als einzige staatliche Hilfe eine finanzielle Unterstützung von Seiten des Sozialamtes bei Zug- oder Busfahrkarten ins Heimatland angeboten, die aber von den Betroffenen oft nicht wahrgenommen wird. Mit diesem Angebot wird die Zielsetzung

der Behörden zum Ausdruck gebracht, die in der Rückführung mittelloser und kranker EU-Migranten in ihr Heimatland liegt. Trotz der widrigen Umstände ziehen es viele EU-Migranten jedoch vor, in Deutschland zu bleiben, da sie in ihren Heimatländern oftmals noch schlechtere Bedingungen vorfinden. Hilfseinrichtungen befinden sich daher in dem Dilemma, nur eingeschränkt Unterstützung anbieten zu können, da oft keine Aussicht auf eine langfristige Lösung besteht und die eigentliche Zielsetzung ihrer Arbeit, nämlich die Einbindung ins Regelsystem, nicht erreicht werden kann. Experte 2 und Expertin 14, beides Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, erklärten, wie diese Situation auch für sie als Hilfeleistende nicht zufriedenstellend sei.

Experte 2: „Das Problem ist nur, dass viele Migranten keinen Anspruch auf soziale Leistungen haben und da wird die Beratung oder die Betreuung schon schwierig, weil wenn du den Leuten nichts anbieten kannst, wo soll es dann hin gehen, es muss ja immer ein Ziel geben und das Ziel ist dann wenn jemand ohne Anspruch auf soziale Leistungen hier zu uns kommt, dann können wir ihm dann einen Schlafsack geben, wir können ihm eine Isomatte geben, vielleicht einen Essensgutschein [...] oder, das macht das Sozialamt hier in Frankfurt schon, ein Ticket für die Fahrt nach Hause ins Herkunftsland, aber das wollen ja viele gar nicht. Die sind ja extra hierhergekommen, weil sie nicht mehr dort wohnen oder leben wollen, wo sie vorher waren und hoffen eben hier Arbeit zu finden, irgendeine Form eines besseren Lebens. [...]“ (Z. 112ff.)

Expertin 14: „[...] Die ganzen Menschen, die aufgrund der EU-Maßgabe, sie können überall arbeiten gehen, hierherkommen, [...] aber [...] sie haben weder Geld noch haben sie Wohnung, noch haben sie irgendwas, können nur hierbleiben, wenn sie sich selber ernähren und sie können keinerlei Hilfen in Anspruch nehmen. [...] aber wir haben denen nichts anzubieten, weil sie nicht in das hiesige System integriert werden können [...] weil wir können ihnen nur sagen ‚nichts‘, es gibt nichts, finden sie Arbeit, können sie hier bleiben, sonst ...“ (Z. 365ff.)

Für Migranten müssen also sowohl die Limitierungen auf dem legalen Arbeitsmarkt als auch der eingeschränkte Zugang zum Sozialleistungssystem in Deutschland als strukturelle Hindernisse betrachtet werden, was insbesondere die neuen Unionsbürger betrifft. Als Folge ist auch der Zugang zum Krankenversicherungssystem erschwert und viele geraten in den Status der Nichtversicherung. Denn die theoretischen Regelungen, dass die Betroffenen sich als Selbstzahler krankenversichern sollen, sind oft praktisch nicht umsetzbar. Auch der Einsatz der europäischen Versichertenkarte stellt nur bedingt eine Lösung dar, wie im folgenden Kapitel erläutert wird.

5.5.11 Uneinheitlicher Einsatz der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bei einem fortschreitenden Zusammenwachsen der europäischen Länder sollte auch die medizinische Versorgung im europäischen Ausland gewährleistet sein. Dafür gibt es unterschiedliche Möglichkeiten und auch Pflichten zur Krankenversicherung, je nach geplanter Dauer des Aufenthaltes. Bei einem Aufenthalt über drei Monaten müssen EU-Ausländer in Deutschland eine Krankenversicherung nachweisen, bei unter drei Monaten ist ein Versicherungsnachweis nicht erforderlich. Für Aufenthalte im EU-Ausland wurde die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) eingeführt, die bei der Krankenversicherung des Heimatlandes zu beantragen ist, wenn sie nicht in der Versichertenkarte für das Inland enthalten ist, wie in Deutschland der Fall. Außerdem kann über eine Krankenversicherung im Heimatland eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen werden. Eine Absicherung über die EHIC ist genauso wie eine Reisekrankenversicherung nur für vorübergehende Auslandsaufenthalte vorgesehen, nicht aber für Daueraufenthalte nach einer Emigration in ein anderes europäisches Land. Liegt keine Krankenversicherung vor, aber genügend finanzielle Mittel, so ist eine medizinische Behandlung möglich, indem die betreffende Person die Behandlungskosten als Selbstzahler direkt bei der versorgenden Einrichtung entrichtet.

Probleme ergeben sich weniger mit wirtschaftlich stabilen Ländern mit vergleichbar gut ausgebautem Gesundheitssystem wie in Deutschland. Denn für Touristen dieser Länder ist bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland davon auszugehen, dass im Heimatland eine Krankenversicherung besteht, die für eine Notfallbehandlung im europäischen Ausland aufkommt. In diesen Fällen kann daher die Erstattung von Behandlungskosten meist auch ohne Vorlage der EHIC geregelt werden. Zudem verfügen Reisende dieser Länder eher über die finanziellen Mittel, die Behandlungskosten oder einen Teil der Kosten selbst zu zahlen und sich diese im Nachhinein im Heimatland erstatten zu lassen. Vielmehr kommt es bei Reisenden aus denjenigen Ländern zu Schwierigkeiten, wo sich die Krankenversicherungssysteme stark vom deutschen System unterscheiden und eventuell nicht alle Bürger über eine (ausreichende)

Krankenversicherung verfügen. Denn die Absicherung im Ausland ist grundsätzlich daran gebunden, dass eine Krankenversicherung im Heimatland vorliegt.

Die Experten berichteten folglich weniger von Problemen mit alten EU-Beitrittsländern als mit osteuropäischen Beitrittsländern. Insbesondere Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, hatte sich eingehend mit der Kostenerstattung bei der Behandlung von EU-Bürgern beschäftigt. Ihr zufolge könnten auch EU-Bürger der alten Beitrittsländer oft keine EHIC vorweisen. Dennoch gelinge bei ihnen in der Regel über einen direkten Kontakt mit dem Versicherungsunternehmen des Heimatlandes eine Kostenerstattung. Auch für neue EU-Länder könne auf diese Weise eine Kostenerstattung erwirkt werden, die Kontaktaufnahme gestalte sich jedoch oft schwieriger.

Expertin 11: „[...] Die haben alle, die in der EU sind, diese Europäische Versichertenkarte.“

Interviewerin: „Automatisch oder muss man die extra beantragen?“

Expertin 11: „Die muss man beantragen. Deutschland ist das einzige Land in der EU, wo sie ihre Karte auch brauchen, wenn sie hier zum Arzt gehen. In allen anderen Ländern brauchen sie das nicht. [...] Die brauchen ihre Karten nicht in ihrer Heimat, die brauchen die nur, wenn die ins Ausland gehen. [...]“

Interviewerin: „Wie ist das dann für Sie oder für das Krankenhaus [...] Bekommen Sie dann die Kosten erstattet auch über diese Versicherung?“

Expertin 11: „Ich habe mir ein [...] europäisches Netzwerk aufgebaut. [...] das ist zum Beispiel in Bulgarien, da gibt es [...] nur eine einzige staatliche Krankenkasse und das ist dann die Frau [...] [Name der dortigen Ansprechperson anonym, Anm.d.Verf.] und ihr schreibe ich in Englisch und schicke ihr das per Fax [...]. Und wenn die in ihrer Heimat versichert sind, bekomme ich auch einen Abrechnungsschein und wenn sie nicht versichert sind, bekomme ich keinen. [...] Das habe ich so von jedem Land.“ [...]

Expertin 11: „Das habe ich mir so erarbeitet.“

Interviewerin: „Das heißt, manchmal wenn Sie Glück haben und den Zuständigen finden, dann werden die Kosten erstattet und wenn nicht, dann halt nicht?“

Expertin 11: „Ja. Dann [...] notieren [wir] [...] die deutsche Adresse, [...] wo sie sich hier aufhalten [...] und dann schicken wir eine Rechnung, aber die wird in den wenigsten Fällen bezahlt.“ (Z. 320ff.)

Von den Interviewpartnern aus neuen EU-Beitrittsländern besaß keiner eine EHIC, auch wenn sie angaben, im Heimatland noch eine Versicherung zu bezahlen. Manche hatten auch die Erfahrung gemacht, dass ihre Versicherung nicht für Behandlungskosten in Deutschland aufkommen wollte. Patient 1 (siehe Kapitel 5.4.11), der sich erst seit dreieinhalb Monaten in Deutschland aufhielt, gab an, in seinem Heimatland versichert zu sein. Er war der Ansicht, dass diese Versicherung auch in Deutschland wirksam sein müsste. Allerdings hatte er keine EHIC beantragt und auch keine Reise-

krankenversicherung abgeschlossen. Patient 3 (siehe Kapitel 5.4.11) berichtete von seinem Versuch, von seiner Krankenversicherung im Heimatland eine EHIC zu erhalten. Warum genau dieser fehlschlug, blieb unklar. Angeblich hatte ihm seine Versicherung mitgeteilt, dass eine Versichertenkarte, die im Ausland gültig sei, nicht existiere. Auch Patient 6 (siehe Kapitel 5.4.11) gab an, im Heimatland noch versichert zu sein. Die Behandlungskosten für die Hilfseinrichtung und ein Krankenhaus, wo er behandelt worden war, wurden dennoch nicht erstattet. Auch er verfügte nicht über eine EHIC.

Obwohl mit der Europäischen Krankenversicherungskarte die medizinische Versorgung für EU-Bürger im europäischen Ausland gewährleistet werden sollte, zeigt sich, dass dies nur in Teilen umsetzbar ist. Aus den Interviews lässt sich schließen, dass einerseits die Versicherten selbst nicht ausreichend über die Versichertenkarte informiert sind, andererseits die Versicherungsunternehmen der verschiedenen Länder die Ausstellung der EHIC unterschiedlich handhaben. Allerdings muss beachtet werden, dass die EHIC auch nur für kurze Auslandsaufenthalte vorgesehen wurde und demnach nicht dazu geeignet ist, das Problem der nichtversicherten Arbeitsmigranten zu lösen.

5.5.12 Illegalisierung von Migranten

Die Zunahme der Migration aus armen und instabilen Regionen gipfelte im Jahr 2015 in einer europäischen Flüchtlingskrise. Schon die Jahre zuvor waren immer häufiger Berichte über die vor den südeuropäischen Küsten gekenterten Flüchtlingsboote aus Nordafrika und dem Nahen Osten in die Medien gelangt. Der Grund für die Zunahme dieser gefährlichen Migrationsrouten über das Mittelmeer kann in der europäischen Politik der vorangegangenen Jahre und Jahrzehnte gesehen werden. Während im Zuge der EU-Erweiterung die innereuropäischen Grenzkontrollen aufgehoben wurden, wurden die Einreisebestimmungen für Nicht-EU-Bürger restriktiver, insbesondere für Bürger aus armen und politisch instabilen Ländern. Der EU und Deutschland wird daher zuweilen vorgeworfen, sich mit ihrer strengen Migrations- und Asylpolitik gegen die armen Länder abschotten zu wollen und zu versuchen, Einwanderung wirtschaftlich schlecht gestellter Personen zu verhindern. So ist es für diese Personen meist mit vielen Hindernissen verbunden, wenn nicht sogar unmöglich, von ihrem Heimatland

aus eine Einreisegenehmigung für Deutschland zu bekommen. Doch gerade diejenigen, die von den restriktiven Einreisebestimmungen besonders betroffen sind, unterliegen einem starken Migrationsdruck. Aufgrund der wirtschaftlichen, aber auch politischen und humanitären Gesamtsituation in ihren Heimatländern gibt es dort für sie oft keine Perspektive und so nehmen sie notgedrungen das Risiko der illegalen Fluchtrouten in stabilere Länder auf sich.

Die seit einigen Jahren erneut ansteigende Anzahl von Flüchtlingen und die oft lebensgefährlichen Versuche nach Europa zu gelangen, verdeutlichen die Dringlichkeit, sich erneut mit Migration aus Schwellen- und Entwicklungsländern zu beschäftigen. Denn die jahrelange restriktive Flüchtlingspolitik der deutschen Bundesregierung und die Drittstaatenregelung verlagerte das Problem der anhaltenden Flüchtlingsströme lediglich auf die europäischen Grenzstaaten, konnte es jedoch nicht lösen. Eine tiefergehende Diskussion ist jedoch nicht Thema dieser Studie und würde den Rahmen sprengen, so dass die Problematik hier nicht weiter ausgeführt wird.

Diejenigen, die lebend europäisches Staatsgebiet erreichen, bleiben meist nicht unentdeckt und werden in Flüchtlingsunterkünften untergebracht; eine unbemerkte Weiterreise ist selten möglich. Diejenigen, die letztlich nach Deutschland gelangen, werden hier als Asylbewerber registriert, haben dadurch einen Aufenthaltstitel und zählen damit nicht zu den undokumentierten Migranten. Wird ein Antrag auf Asyl jedoch abgelehnt, verliert die betreffende Person die Erlaubnis, sich in Deutschland aufzuhalten. Gelingt es ihr, sich der Ausweisung zu entziehen, verbleibt sie illegal in Deutschland. Es ist nicht davon auszugehen, dass alle Personen, die in den letzten Jahren auf den Flüchtlingsrouten eingereist sind, auch einen anerkannten Status als Flüchtling in Deutschland erhalten werden. Die Erfahrung zeigt, dass es immer wieder abgelehnten Asylbewerbern gelingt, der Abschiebung zu entgehen. Die Vermutung liegt daher nahe, dass der erneute Anstieg der Asylsuchenden in Deutschland langfristig auch zu einem Anstieg der Personen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität führen könnte.

Wie in Kapitel 5.4.12 beschrieben, werden die Betroffenen durch die Illegalisierung ihres Aufenthaltes daran gehindert, sich in die Gesellschaft, den legalen Arbeitsmarkt und das reguläre Gesundheitssystem zu integrieren. Ist es für Migranten nicht möglich,

einen dauerhaften und legalen Aufenthaltstitel zu erlangen, verbleiben sie aber trotzdem in Deutschland, leben sie aus Angst vor einer Abschiebung meist anonym und versteckt in der Gesellschaft. Der Abschluss einer Krankenversicherung ist aber nur unter Preisgabe der persönlichen Daten möglich, weshalb den Betroffenen durch die Illegalisierung auch die Möglichkeit versperrt wird, eine Krankenversicherung abzuschließen. Zwar haben auch Illegalisierte theoretisch Anspruch auf medizinische Versorgung über das Asylbewerberleistungsgesetz, auch wenn sie nicht als Asylbewerber registriert sind, doch werden bei einer medizinischen Behandlung in Einrichtungen des Regelsystems die persönlichen Daten erfasst. Um ihre Anonymität zu wahren, begeben sich Illegalisierte deshalb in der Regel nur im Notfall in ärztliche Behandlung. Von den Konflikten in der Behandlung nichtversicherter Illegalisierter im Krankenhausumfeld berichtete Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung.

Expertin 11: „[...] wir behandeln auch niemanden, wenn nicht die Identität geklärt ist über einen längeren Zeitraum. [...] das ist auch vom Gesetz her gar nicht zulässig und dann lasse ich das über die Ausländerbehörde überprüfen.“

Interviewerin: „Was bedeutet das dann für die Patienten? Also die müssen, wenn die ihren Namen nicht preisgeben wollen, dann werden die hier nicht aufgenommen?“

Expertin 11: „Naja, doch, sie werden immer aufgenommen, weil es Notfälle sind. Also es geht keiner, der sich sowieso illegal in einem Land aufhält, freiwillig in eine Klinik. Das ist ein Notfall und [...] der wird auch behandelt. Und ich möchte einen Pass und wenn ich den innerhalb von 24 Stunden, soviel lasse ich meinen Patienten Zeit, mir den zu besorgen und wenn nicht, dann habe ich einen Ansprechpartner bei der Ausländerbehörde und nehme mit ihm Kontakt auf.“

Interviewerin: „Was bedeutet das konkret für den Patienten?“

Expertin 11: „Ich habe noch nie erlebt, dass da einer aus dem Bett heraus verhaftet wurde, es sei denn, er wäre gesucht worden [...]. Aber die Identität wird dann erstmal geprüft, aber [...] da wird hier keiner abgeholt.“ (Z. 475ff.)

Die Schilderungen von Expertin 11 machen deutlich, dass eine Behandlung von Personen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität im Regelsystem der Gesundheitsversorgung sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter der Einrichtung problematisch ist. Aus dieser Situation sind einige Hilfseinrichtungen entstanden, die sich die medizinische Versorgung illegalisierter Migranten zur Aufgabe gemacht haben und eine Basisversorgung ohne Krankenversicherung anbieten; ein Beispiel dafür ist die Malteser Migranten Medizin. Abhängig vom Krankheitsbild und der Schwere der Erkrankung kann jedoch auch die Überweisung an einen niedergelassenen Facharzt oder eine stationäre Behandlung notwendig sein. Damit die Betroffenen im Falle einer

medizinischen Versorgung nicht ihre Ausweisung riskieren müssen und zumindest in Notfällen Zugang zum Regelsystem haben, wurde 2009 die Allgemeine Verwaltungsvorschrift eingesetzt. Theoretisch besteht damit für Illegalisierte die Möglichkeit der anonymen Notfallbehandlung in einer stationären oder ambulanten Einrichtung mit Kostenübernahme durch das Sozialamt. Nach Erfahrung der Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern scheitert die praktische Umsetzung dieser Regelung in Frankfurt an der restriktiven Haltung der Sozialämter. Wie Expertin 11 erklärte, beharrten diese darauf, für die Bearbeitung des Antrags auf Kostenerstattung die Bedürftigkeit der betreffenden Person prüfen zu müssen, was wiederum ohne die Preisgabe persönlicher Daten und ein persönliches Erscheinen auf dem Amt nicht möglich ist.

Interviewerin: „Wieso funktioniert das nicht mit den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften? Da sollte ja eigentlich festgelegt werden, dass eine Notfallbehandlung anonym gemacht werden kann, dass Sie, die Krankenhausverwaltung die Daten nicht weitergeben müssen, weil Sie die verlängerte Schweigepflicht haben und die Ausländerbehörde die auch nicht verlangen darf und aber trotzdem die Kosten erstatten muss?“

Expertin 11: „Und das ist das Problem, uns erstattet keiner die Kosten.“ [...]

Expertin11: „[...] das Sozialamt zahlt nicht. [...] die sagen, sie kennen den Patient nicht, die Bedürftigkeit ist nicht nachgewiesen und würden unsere Kosten ablehnen. Ich glaube auch, dass die Politik, da ist man von einer ambulanten Behandlung ausgegangen, aber nicht von stationären Aufhalten, die in die Tausende gehen. Wenn einer mit einer dicken Backe zum Zahnarzt kommt und er ihm den Zahn zieht und er da dem Sozialamt vielleicht hundert Euro in Rechnung stellen würde, denke ich, könnte es noch funktionieren, aber das sind bei uns andere Summen. Und nur auf einen Antrag wo ich reinschreibe ‚der Patient befindet sich illegal in Deutschland und will keine Angaben machen‘, zahlt mir keiner tausende von Euro aufgrund einer blinden Rechnung und das ist das Problem.“

Interviewerin: „Das heißt, das Sozialamt sagt: ‚Wir müssen die Bedürftigkeit klären, ob der Patient tatsächlich nicht selber zahlen kann.‘?“ [...]

Interviewerin: „Und das geht natürlich nicht ohne Klärung der Identität.“

Expertin 11: „Richtig. Ja.“ (Z. 496ff.)

Die Mitarbeiter aus den Krankenhäusern stehen also im Konflikt, einerseits dem Auftrag ihres Arbeitgebers nachzukommen und die Kostenerstattung zu sichern, andererseits dem Patienten nicht zu schaden und die persönlichen Daten nicht weiterzugeben. Für die befragten Experten aus Krankenhäusern war dies ein unlösbarer Konflikt. Experten anderer Einrichtungen verurteilten dagegen teilweise das Verhalten der Krankenhäuser. Expertin 15, Ärztin im Amt für Gesundheit, sah das Problem darin, dass das Ziel der Kostenerstattung über den Schutz der Patienten gestellt würde. Ihrer Meinung nach müssten die Mitarbeiter in den Krankenhäusern sich und die Patienten

gegenüber den Ämtern mehr verteidigen und darauf beharren, dass sie auf Basis der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift nicht zur Weitergabe der Daten verpflichtet sind. Gleichzeitig räumte sie ein, dass dies für einen einzelnen Mitarbeiter ohne Unterstützung seines Arbeitgebers nicht umsetzbar sei.

Expertin 15: „Die Krankenhäuser geben dann die Daten weiter, klar, die wollen ja ihre Kosten gedeckt haben, [...] die sind ja machtlos, die Mitarbeiter [...]. Dass es dann einfach so daran liegt, dass das Krankenhaus darauf besteht auf seine Nicht-Weitergabe der Daten, die lassen sich dann halt einfach, weil sie das Geld vom Sozialamt haben wollen, dann erpressen die die und sagen ‚gebt mir die Daten‘, so sehe ich das Problem eher als Außenstehende. Und natürlich der kleine Sozialarbeiter, der da in der Klinik arbeitet, der ist darauf angewiesen, der macht dann auch nichts, weil der verliert ja seine Stelle, wenn er da rebellieren würde. [...]“ (Z. 812ff.)

Eine dauerhafte medizinische Versorgung nach gängigen Standards ist letztlich nur nach einer Legalisierung des Aufenthaltes möglich. Dies kann zum Beispiel erreicht werden, indem ein Asylantrag gestellt wird. Auch wenn der Status des Asylbewerbers und Asylanten noch keinen dauerhaften Aufenthalt garantiert, liegt damit ein legaler Aufenthaltstitel vor. Für Asylbewerber ist die medizinische Versorgung über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt, was zwar keine umfassende Versorgung, jedoch eine Basisversorgung in regulären medizinischen Einrichtungen mit dem Sozialamt als Kostenträger ermöglicht. Da durch die gesetzliche Einschränkung der medizinischen Leistungen die Behandlung chronischer Erkrankungen nicht garantiert ist und im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten die Versorgung schlechter ist, gerät das AsylbLG allerdings immer wieder unter Kritik. Desweiteren wirken die Auflagen, die ein Asylverfahren mit sich bringt, abschreckend auf diejenigen, die schon länger in Deutschland leben und sich eine Lebensgrundlage aufgebaut haben. So stellen beispielsweise das Arbeitsverbot und die Residenzpflicht eine Einschränkung für Betroffene dar oder kann die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel eine Person aus ihrem gewohnten und sozialen Umfeld reißen, wenn sie dadurch zu einem Umzug in ein anderes Bundesland gezwungen wird. Ebenso stellen für viele das Leben in Asylbewerberunterkünften und die allgemein starken staatlichen Kontrollen von Asylbewerbern eine Verschlechterung der Lebensqualität dar. Besteht außerdem keine Aussicht auf Bewilligung des Asylantrags können die Gründe überwiegen, keinen Antrag zu stellen. Letztlich erscheint ein Asylantrag daher oft nicht als praktikable

Lösung, da er unter Umständen wenig erfolgversprechend ist, das Risiko der Abschiebung im Falle einer Ablehnung birgt und Asylbewerber mit vielen Einschränkungen leben müssen, so dass Betroffene ein Leben in Anonymität und Illegalisierung vorziehen und damit auch auf eine medizinische Versorgung verzichten.

Ist die Aussicht auf einen anerkannten Flüchtlingsstatus gering, müssen andere Wege gefunden werden, ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht zu erlangen. Dazu gehört z. B. die Eheschließung mit einem deutschen Staatsbürger (Patientin 11, siehe Kapitel 5.4.5) oder ein Abschiebehindernis aus medizinischen Gründen anzuführen (Patient 12, siehe Kapitel 5.4.12), womit gegebenenfalls auch eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis erwirkt werden kann.

Dass Beispiele aus anderen europäischen Ländern in Deutschland Anwendung finden, sahen die Experten zum Zeitpunkt der Studie als unwahrscheinlich an. So gibt es beispielsweise in manchen Ländern sogenannte Legalisierungskampagnen, mit denen Illegalisierte, die eine bestimmte Zeit lang im Land leben, ihren Aufenthaltsstatus legalisieren können. Mancherorts wird Illegalisierten über anonyme Gesundheitskarten Zugang zum Regelsystem der medizinischen Versorgung ermöglicht. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, sah jedoch trotz der nicht zufriedenstellenden Situation kein politisches Interesse, etwas daran zu ändern.

Experte 18: „[...] Bei den Illegalen ist es schwierig, ich glaube nicht, dass es da ein gesetzliches Interesse gibt, die zu legalisieren und mit einem Krankenversicherungsschutz zu versehen. Ich denke, das sind dann eher ausländerrechtliche Fragen, die man klären muss, weil wenn das geklärt wäre, dann hätten die Leute auch Anspruch auf einen Versicherungsschutz. Mit einem legalen Aufenthalt hier, mit legalem Status ist in der Regel auch der Krankenversicherungsschutz kein Problem.“ (Z. 1342ff.)

Für illegalisierte Migranten besteht demnach die einzige Möglichkeit, Zugang zum Regelsystem der medizinischen Versorgung zu erlangen, darin, ihren Aufenthalt zu legalisieren. Solange keine Chance auf einen Aufenthaltstitel besteht, bleiben sie von der Gesellschaft, dem legalen Arbeitsmarkt und der regulären medizinischen Versorgung ausgeschlossen.

5.6 Faktoren einer erfolgreichen Wiedereingliederung

Unter den 25 interviewten Patienten befanden sich 5 ehemals Nichtversicherte. Sie waren nach einer Phase des Nichtversichertseins zum Zeitpunkt des Interviews seit wenigen Monaten bis zu ein paar Jahren wieder versichert. In diesem Kapitel wird darauf eingegangen, welche Faktoren dazu beitrugen, dass die Wiedereingliederung ins Regelsystem in diesen Fällen erfolgreich war. Die ausführlichen Fallbeschreibungen finden sich in den jeweiligen Unterkapiteln des Kapitels 5.4.

Patient 6 (siehe Kapitel 5.4.11) musste als neuer EU-Bürger zuerst die Jahre überbrücken, in denen er die Voraussetzungen für einen Sozialleistungsbezug nicht erfüllte. Als er chronisch erkrankte, hielt er sich bereits lange genug in Deutschland auf, um mit Unterstützung der ihn betreuenden Hilfseinrichtung Anspruch auf ALG II zu erheben und darüber erstmals in Deutschland in eine Krankenversicherung einzutreten. Für Patient 8 (siehe Kapitel 5.4.1) war der Krankheitsfall ausschlaggebende Motivation, sich ins Regelsystem zu integrieren. Nach seinem Wohnungs- und Arbeitsplatzverlust lehnte er über mehrere Jahre staatliche Hilfe trotz bestehenden Leistungsanspruchs kategorisch ab. Erst als er sich aufgrund einer Erkrankung dazu gezwungen sah, beantragte er ALG II, um darüber einen Krankenversicherungsschutz zu bekommen. Zwar benötigte er nach eigenen Angaben keine finanzielle Unterstützung für seinen Alltagsbedarf, doch war ihm bewusst, dass eine adäquate medizinische Versorgung nur mit Krankenversicherung möglich sein würde. Patient 13 (siehe Kapitel 5.4.8) stand bereits kurz nach seiner Auslandsrückkehr in ALG-II-Bezug, worüber er in eine Krankenversicherung eingegliedert werden konnte. Da er bei seiner Ankunft in Deutschland arbeitslos, wohnungslos und krank war, bekam er direkt Kontakt zu einer Hilfseinrichtung, wodurch eine rasche Eingliederung ins Regelsystem möglich war. Ohne Hilfestellung von Sozialarbeitern und Ärzten wäre die Zeitspanne zwischen Rückkehr und Aufnahme ins Regelsystem wesentlich länger ausgefallen. Patient 19 (siehe Kapitel 5.4.3) hatte nach dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit zunächst aufgrund eigener Ersparnisse keinen Anspruch auf Sozialleistungen, auch nicht, als er später in Zusammenhang mit seiner psychischen Erkrankung wohnungslos wurde. Da er nicht krankheitseinsichtig war, sah er keine Notwendigkeit für eine Krankenversicherung und so versuchte er erst einige

Jahre später, nach einem akuten Krankheitsfall und auf Drängen der ihn betreuenden Personen, den Einstieg ins Regelsystem. Unter ALG-II-Bezug gelang der Wiedereintritt in die PKV, allerdings nur mit Hilfestellung seines gesetzlichen Betreuers, der Hilfseinrichtung und letztlich erst nach juristischer Intervention eines Anwaltes. Denn das Versicherungsunternehmen erklärte sich erst zur Aufnahme in den Basistarif bereit, nachdem es per Gerichtsentscheid dazu verpflichtet wurde. Auch bei Patient 20 (siehe Kapitel 5.4.1) war eine neu festgestellte Erkrankung Anlass, sich um den Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung zu kümmern. Aufgrund einer Erwerbsminderungsrente erfüllte er über mehrere Jahre die Voraussetzungen für einen ALG-II-Bezug nicht, obwohl seine Rente zu niedrig war, um davon eine Krankenversicherung zu zahlen. Erst als er von seinem mit dem 60. Lebensjahr eingetretenen Anspruch auf Zuzahlung und Übernahme der Krankenversicherungsbeiträge erfuhr, konnte der Wiedereintritt in eine Krankenversicherung erfolgen, da damit die Kostenübernahme gesichert war.

Gemeinsam ist allen retrospektiven Fällen, dass die Krankenversicherungsbeiträge nicht von den Patienten selbst, sondern im Rahmen eines SGB-II-Leistungsbezugs vom Jobcenter getragen wurden. Die Patienten 6, 8, 13 und 19 standen jeweils im Bezug von ALG II. Patient 20 hatte Anspruch auf Zuzahlung zu seiner Erwerbsminderungsrente, so dass die Versicherungsbeiträge vom Jobcenter übernommen wurden, ohne dass er weitere Leistungen bezog. Ohne staatliche Hilfen wäre keinem der Patienten ein Versicherungsabschluss möglich gewesen, da ihnen für eine eigenständige Finanzierung nicht genügend Mittel zur Verfügung standen.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass alle 5 Patienten Anbindung an eine Hilfseinrichtung mit Sozialarbeitern und Ärzten hatten. Ohne fremde Hilfe fühlen sich viele der Betroffenen von der Komplexität der Regelungen überfordert und von den bürokratischen Strukturen der Einrichtungen des Regelsystems abgeschreckt. Die Unterstützung von Sozialarbeitern hilft ihnen, sich im Kontakt mit den Behörden und Krankenkassen zurechtzufinden. Patient 20 zählte zu denjenigen, die ihre Angelegenheiten relativ selbständig erledigen konnten, doch auch er erklärte, dass er von der Unterstützung der Hilfseinrichtung profitierte.

Interviewerin: „Haben Sie das dann mit den Sozialarbeitern hier zusammen geschafft letztlich, oder wie war das?“

Patient 20: „Ja, sicher, ich meine, alleine hätte ich es vielleicht auch geschafft, aber es gibt gewisse Sachen, da ist es besser, man hat jemand dabei, der so was schon mal öfters gemacht hat, denn dieser Behördenschwungel ist nicht so ganz einfach. [...]“ (Z. 255ff.)

Inwiefern die Patienten möglicherweise ohne Unterstützung dazu in der Lage gewesen wären, Sozialleistungen zu beantragen und eine Krankenversicherung abzuschließen, lässt sich schwer beurteilen. Allgemein wurde beobachtet, dass die Hilfestellung mehr oder weniger intensiv ausfallen muss, je nachdem wie komplex die Situation sich darstellt und wie stark zusätzliche Faktoren das Nichtversichertsein beeinflussen. Außer Patient 8 erhielten alle Unterstützung von einer Hilfseinrichtung. Patient 8 war in der Lage, die Behördengänge selbständig zu erledigen und war in Bezug auf den Versicherungsabschluss mit keinen größeren Hindernissen konfrontiert. Doch auch in seinem Fall spielte die Anbindung an eine Hilfseinrichtung eine Rolle, da die ihn betreuenden Mitarbeiter ihn nach seiner Erkrankung auf die Wichtigkeit der Einbindung ins Regelsystem hinweisen konnten (s. u.). Die Erfahrung der Experten zeigt, dass in den Fällen, in denen der Kontakt zu Hilfseinrichtungen abbricht, die Eingliederung ins Regelsystem nicht gelingt oder zu einem langwierigen Prozess teils über mehrere Jahre wird. Passend hierzu zeigt die Einsicht der Patientenakten, dass bei allen retrospektiven Fällen, bis auf Patient 13, der erst kurz zuvor aus dem Ausland zurückkehrte, schon seit mehreren Jahren Kontakt zwischen den Patienten und den Hilfseinrichtungen bestand. Der jahrelange Kontakt fördert einerseits das Vertrauen zwischen den Mitarbeitern der Hilfseinrichtung und den Patienten, andererseits gibt er den Betreuenden die Möglichkeit, immer wieder Anstoß zu geben, die Eingliederung ins Regelsystem in Angriff zu nehmen. Wird dann irgendwann der Punkt erreicht, an dem der Patient zustimmt, sich um die Beantragung von Sozialleistungen und den Abschluss einer Krankenversicherung zu bemühen, kann durch die Mitarbeiter der Hilfseinrichtung Hilfestellung bei den notwendigen Schritten gegeben werden.

Doch auch die Anbindung an eine Hilfseinrichtung ist kein Garant für eine erfolgreiche Einbindung in das Regelsystem. Entscheidend ist letztlich, ob sich die Betroffenen den Angeboten der Hilfseinrichtungen öffnen und sich zugänglich für die Unterstützung

zeigen. Denn niemand kann gezwungen werden, Hilfe anzunehmen. So gibt es immer wieder Fälle, in denen der Hilfeprozess unterbrochen oder abgebrochen wird, bevor er zu Ende geführt werden kann oder die Betroffenen trotz jahrelangen Kontaktes zu Hilfseinrichtungen nicht in das Regelsystem integriert werden können. Wichtig ist an dieser Stelle, die Fähigkeit zur Mitwirkung der Betroffenen selbst. Denn auch wenn ihnen vieles durch die Hilfestellung der Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen erleichtert werden kann, so können ihnen doch nicht alle Pflichten abgenommen werden. So sind zum Beispiel das persönliche Erscheinen bei den Behörden und die Mitwirkung beim Ausfüllen der entsprechenden Anträge unumgänglich. Grundvoraussetzung dafür, die Hilfestellung anzunehmen ist letztlich eine ausreichende Motivation, sich in das Regelsystem einzugliedern und in diesem Zusammenhang das Erkennen der Notwendigkeit einer Krankenversicherung.

Wie die Patientenfälle zeigen, stellt an diesem Punkt das Vorhandensein einer Erkrankung einen zentralen Aspekt dar. In allen retrospektiven Fällen bestand dauerhafter medizinischer Behandlungsbedarf. Durch das Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder durch den Eintritt eines akuten Krankheitsfalles steigt bei den Betroffenen das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Krankenversicherung. Denn die Hilfseinrichtungen können zwar eine Basisversorgung abdecken, weiterführende Behandlungen oder Untersuchungen bleiben den Patienten jedoch verwehrt (siehe Kapitel 5.8). Der Krankheitsfall stellt für viele daher eine Motivation dar, Zugang zu einer besseren medizinischen Versorgung zu bekommen, und sich daher um den Abschluss einer Krankenversicherung zu bemühen. In mehreren Interviews kam diese Denkweise vieler Nichtversicherter zum Ausdruck und wurde von Patient 20 gut zusammengefasst.

Interviewerin: „Zwischenzeitlich waren Sie einfach nicht krank und hatten sich deswegen auch nicht gekümmert um die Krankenversicherung?“

Patient 20: „Ja, genau.“

Interviewerin: „Ihnen war aber auch nicht klar, dass Sie nicht versichert waren oder wussten Sie das schon?“

Patient 20: „Ich habe schon was geahnt.“

Interviewerin: „Aber es hat Sie trotzdem nicht weiter gekümmert?“

Patient 20: „Nein.“

Interviewerin: „Das heißt, bis Sie dann hierher kamen, als Sie der [...] [Name eines Sozialarbeiters anonym, Anm. d. Verf.] auf der Straße getroffen hat, das war so das erste Mal, wo Sie überlegt haben, eigentlich müsste man jetzt was machen?“ [...]

Patient 20: „Ja, dann wurde es auch nötig, denn da braucht man ständig Medikamente usw., ich kann ja nicht verlangen, dass die hier ewig und drei Tage in den Medikamentenschrank greifen und das bezahlen. Man weiß ja auch nicht bei hohem Blutdruck, Schlaganfallrisiko. Das kenne ich von einem guten Freund von mir, der hat vier Stück hinter sich.“ (Z. 282ff.)

Entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Eingliederung ins Regelsystem sind also der bestehende Anspruch auf Sozialleistungen, sofern keine ausreichenden eigenen finanziellen Mittel vorhanden sind, das Erkennen der Notwendigkeit einer Krankenversicherung, spätestens wenn medizinischer Behandlungsbedarf eintritt, die Anbindung an eine Hilfseinrichtung und das Annehmen von Hilfestellung durch andere Personen sowie die Motivation und Fähigkeit zur Mitwirkung der Betroffenen selbst.

Die Einsicht der Patientenakten sechs Monate nach Durchführung der Interviews zeigte, dass bei weiteren Patienten zu einem späteren Zeitpunkt ein Versicherungsabschluss erreicht werden konnte. So hatten 8 der 20 Patienten, die zum Zeitpunkt des Interviews nicht versichert waren, sechs Monate danach eine Krankenversicherung. 1 Patient konnte zwischenzeitlich in seine Krankenversicherung wiedereingegliedert werden, er verlor die Versicherung jedoch später erneut. In den übrigen Fällen gelang die Einbindung in eine Krankenversicherung nicht (in 8 Fällen) oder es kann keine Aussage darüber getroffen werden (in 3 Fällen), da der Kontakt zu den Patienten abbrach.

5.7 Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten

Um eine Vorstellung von der Größenordnung von Nichtversicherung zu erhalten, wurde die Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten in den Experteninterviews thematisiert. Die Experten wurden nach ihrer Einschätzung und Erfahrung zur Anzahl der Nichtversicherten befragt und wie sich diese und die Zusammensetzung der Gruppe der Nichtversicherten in den letzten Jahren veränderte. Die Antworten hierzu fielen nach den Arbeitsbereichen der Experten unterschiedlich aus. Dies lässt darauf schließen, dass die Änderungen der Rahmenbedingungen, die in den letzten Jahren durch die Gesetzesneuerungen stattfanden, die Arbeitsfelder der einzelnen Akteure unterschiedlich beeinflussen. Um diesem Ergebnis gerecht zu werden, werden die einzelnen Expertengruppen, entsprechend der Tabelle in Kapitel 5.3.2, getrennt betrachtet. In

Kapitel 6.1 werden die Expertenaussagen zu den offiziell verfügbaren Zahlenangaben zu Nichtversicherten, wie sie in Kapitel 2.3 dargelegt wurden, in Beziehung gesetzt.

Die medizinischen Hilfseinrichtungen verzeichneten über die letzten Jahre eine Zunahme ihrer Gesamtpatientenzahlen, darunter auch einen wachsenden Zulauf an Nichtversicherten. Auch in nicht-medizinischen Hilfseinrichtungen wird ein steigender Anteil an Nichtversicherten unter den Hilfesuchenden beobachtet. Begründet wurde diese Entwicklung auf der einen Seite mit einer wachsenden Zahl an Personen, oft deutschen Staatsbürgern, die theoretisch zwar Ansprüche an das Regelsystem haben, aber diese aus verschiedenen Gründen nicht geltend machen. Darunter findet sich auch eine zunehmende Anzahl an Personen, die den Wiedereinstieg in die Regelsysteme versuchen, jedoch an den strukturellen Hürden scheitern. Insbesondere wurden dabei Suchtkranke, psychisch Kranke und die als „Aussteiger“ bezeichneten Personen genannt, die den Ansprüchen der Gesellschaft nicht genügen wollen oder können. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, brachte die Zunahme an Nichtversicherten unter den Hilfesuchenden mit den Gesundheits- und Sozialreformen der letzten Jahre in Zusammenhang. Ihrer Ansicht nach entstanden durch die Systemreformen neue Hindernisse, durch die immer mehr Personen sowohl staatliche als auch nichtstaatliche Hilfsangebote nicht annehmen und mehr als zuvor ausgegrenzt werden; insbesondere, wenn zusätzliche Probleme zugrunde liegen, wie z. B. eine psychische Erkrankung.

Expertin 3: „[...] Es ist aber auch der Prozentsatz an Wohnungslosen gewachsen, die nicht mehr das Hilfenetz nutzen, die ganz ausgestiegen sind, die diese Hürde nicht geschafft haben nach der Gesundheits- und Sozialreform dran zu bleiben, zum Jobcenter zu gehen, ihre Bezüge zu holen, die aber früher noch geregelt bekamen: ‚Ich gehe zum Sozialamt, hole da mein Geld und bekomme auch meinen Krankenschein.‘ [...] und es gibt von daher, das belegen auch andere Dienste, diese Gruppe, die rein vom Flaschensammeln lebt, die wächst. Und die damit auch ganz aus den Bezügen raus ist und damit auch aus dem Krankenversicherungsschutz und das führt zu komplizierteren Behandlungsmöglichkeiten bei Kranken, wie man sich vorstellen kann.“

Interviewerin: „Das sind in der Regel dann Deutsche?“

Expertin 3: „Das sind Deutsche, ja, also diese [...] Gruppe, die sich abkehrt quasi vom System, [...] diese Gruppe wächst. [...] meine Beobachtung hier nicht nur allein ist ja, sie haben Gründe, warum sie diese Hürde der Bürokratie nicht nehmen können. Da ist eine Störung, ob du die jetzt greifen kannst als handfeste Psychose, Persönlichkeitsstörung, Depression, ist erstmal sekundär, aber da liegt Krankheit zugrunde. [...]“ (Z. 213ff.)

Auf der anderen Seite stieg die Anzahl derjenigen Personen, die aufgrund rechtlicher Vorgaben keinen Zugang zum regulären Arbeitsmarkt und Versicherungssystem haben, denen gleichzeitig aber auch keine Unterstützung in Form von Sozialleistungen zusteht. Dazu zählen neben wenigen deutschen Staatsbürgern in der Mehrheit Migranten. So waren sich die Experten verschiedener Hilfseinrichtungen einig, einen steigenden Anteil an Migranten ohne Krankenversicherungsschutz zu registrieren und darunter insbesondere Bürger der neuen EU-Beitrittsländer von 2004 und 2007 aus dem Osten Europas. Den Großteil darunter stellen Staatsangehörige aus Rumänien, Bulgarien und Polen sowie die Ethnie der Sinti und Roma. Die Ermöglichung der legalen Migration im Zuge der EU-Ost-Erweiterung wirkt sich somit in Form von zunehmenden Patientenzahlen und Hilfesuchenden in Hilfseinrichtungen aus. Das folgende Zitat von Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, fasst die Beobachtungen zusammen.

Interviewerin: „Und die Migranten, von wo [kommen die], von überall her oder eher die Osteuropäer?“

Experte 2: „Viele Osteuropäer, aber [...] die traditionellen EU-Ausländer, also Italiener, Spanier, Portugiesen, die gibt es natürlich auch. Aber es ist schon so, dass die Menschen aus Osteuropa, aus den neuen EU-Ländern stark zugenommen haben, weil die natürlich auch diesen Wunsch verspüren hierher zu kommen, um aus ihrer Misere im Herkunftsland abzuweichen.“

Interviewerin: „Gibt es da Länder, die besonders stark vertreten sind aus deiner Erfahrung?“

Experte 2: „Polen ist schon stark vertreten, aber das ist jetzt auch so, dass Bulgarien und Rumänien ganz schön aufholen.“ (Z. 137ff.)

Dagegen blieb der Anteil der Illegalisierten unter den Nichtversicherten etwa gleich. Begründet wurde dies mit der Abnahme der illegalen Einwanderung als Folge der stärkeren Reglementierung der internationalen Migration in der deutschen und europäischen Gesetzgebung. Auswirkungen der in den letzten Jahren wieder steigenden Zahl von Asylsuchenden waren zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews noch nicht spürbar. Diejenigen, die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland befanden, lebten meist schon seit mehreren Jahren hier, wie Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, von den Patienten der Malteser Migranten Medizin wusste.

Interviewerin: „Zu den ‚Illegalen‘, gibt es da eine Tendenz, ob das mehr werden oder weniger in den letzten Jahren?“ [...]

Experte 1: „Also generell liest man so, dass die Einwanderung jetzt abgenommen hat in den letzten Jahren, wahrscheinlich durch verschärfte Kontrollen an den Schengen-Raum-Außengrenzen.“ [...]

Experte 1: „Ja, die persönliche Erfahrung ist die, dass die meisten die zu uns kommen doch schon relativ lange hier sind, also nicht in den letzten zwei, drei Jahren eingewandert [...]. Von daher habe ich auch das Gefühl, dass eher wenig Neue gekommen sind in den letzten Jahren, sondern die, die zu uns kommen, sind meistens schon fünf oder noch mehr Jahre hier.“ (Z. 397ff.)

Diesen Beobachtungen entsprechend beschrieben die Experten aus den Hilfseinrichtungen der ESA und der MMM eine Veränderung ihrer Nutzergruppe entgegen der ursprünglichen Zielgruppe der Einrichtungen. Das Hilfsangebot der Malteser Migranten Medizin entstand aus der Motivation, Migranten, die ohne legalen Aufenthaltstitel in Deutschland leben und keinen Zugang zu medizinischer Versorgung haben, zumindest eine Basisversorgung zu ermöglichen. Experte 1 erklärte im Interview, wie das Angebot der MMM entgegen der ursprünglichen Erwartungen zunehmend auch von Personen genutzt werde, bei denen nicht der fehlende Aufenthaltstitel das zentrale Problem darstelle. Als Ergebnis daraus zeigt sich in der aktuellen Zusammensetzung der Patienten der MMM, dass neben einem gleichbleibenden kleinen Prozentsatz an deutschen Staatsbürgern, aktuell nahezu gleich viele legale wie illegale Migranten die Hilfseinrichtung nutzen. Dabei wies Experte 1 darauf hin, dass die Verschiebung hin zu einem größeren Anteil an legalen Migranten teils auf den Legalisierungseffekt bei den EU-Migranten zurückzuführen sei. Denn manche der neuen Unionsbürger lebten schon vor dem EU-Beitritt ihrer Länder in Deutschland, zählten damals aber zu den Personen ohne Aufenthaltstitel. Durch den EU-Beitritt ihrer Länder wurde ihr Aufenthalt in Deutschland legalisiert, doch die Situation der medizinischen Versorgung verbesserte sich für sie damit nicht und so sie sind weiter auf Hilfseinrichtungen angewiesen.

Experte 1: „[...] vor fünf Jahren als das losging, [...] da hatte man erstmal tatsächlich nur die Illegalisierten im Blick, als die besonders Rechtlosen und tatsächlich ausgeschlossen aus dem Gesundheitssystem und dass wir jetzt gleich viele aus den neuen EU-Beitrittsländern haben, die legal hier leben können, aber eben genauso ausgeschlossen sind von der ärztlichen Behandlung, das ist ein Aspekt, der hat sich dann auch erst so entwickelt, das war damals noch nicht in diesem Maße vorhanden. [...]“ [...]

Experte 1: „[...] 10 % der Beratungstermine beziehen sich auf Deutsche, die nicht versichert sind, das war damals auch nicht im Blick.“ [...]

Interviewerin: „Und die Nutzergruppe, wie setzt sich die jetzt zusammen? Illegale, hast du gesagt, dann die neuen EU-Bürger aus dem Osten vor allem und 10 % Deutsche?“

Experte 1: „Ich glaube, letztes Jahr waren es 50 % Illegale, 40 % EU-Bürger und 10 % Deutsche.“

Interviewerin: „Und der Anteil der EU-Bürger ist quasi gewachsen?“

Experte 1: „Ja, der ist gewachsen, der war anfangs vielleicht 10 oder 20 %.“ (Z. 286ff.)

Eine ähnliche Entwicklung vollzog sich in der ESA. Initial richtete sich das Hilfsangebot der Einrichtung an Obdachlose, in der Mehrheit deutsche Staatsbürger. Während sich der Anteil der Illegalisierten unter den Patienten nicht wesentlich veränderte, suchen seit einigen Jahren vermehrt Ost-Europäer die Hilfseinrichtung auf. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, erwartete außerdem eine noch weiter steigende Zahl hilfesuchender Migranten als Folge des stärker werdenden Migrationsdrucks in Zusammenhang mit politischen Unruhen außerhalb Europas und den wirtschaftlichen Krisen in europäischen Staaten. Da daneben auch die Zahl der deutschen Staatsbürger, die keinen Anschluss an das Regelsystem finden, ansteigt statt zu fallen, verzeichnet die ESA eine wachsende Nachfrage. Für die Hilfseinrichtung ergibt sich daraus bei insgesamt gestiegenem Patientenaufkommen ein gleichbleibend hoher Anteil an Nichtversicherten, der laut Expertin 3 etwa 60 % der Gesamtpatientenzahl ausmacht.

Interviewerin: „Hat sich denn die Gruppe der Nichtversicherten in ihrer Zusammensetzung verändert? Du hast ja schon gesagt, die Osteuropäer sind mehr geworden [...]?“

Expertin 3: „Ja.“

Interviewerin: „Die anderen Anteile? Illegale hast du ja sehr wenige, aber die sind noch dabei?“

Expertin 3: „Ist nach meinem Dafürhalten nicht mehr geworden.“

Interviewerin: „Und der Anteil der Deutschen, ist der denn rückläufig?“

Expertin 3: „Nein, der ist auch gestiegen. [...] der Anteil der Osteuropäer oder der, sagen wir mal, der auf der Straße Nichtversicherten steigt, Bulgaren, Rumänen, wie auch immer. Jetzt durch die Unruhen in Nordafrika haben wir noch nicht so viel mitbekommen, aber [...] ich bin sicher, dass aus den aktuellen politischen Entwicklungen [...] auch Griechenland, das wird sich abbilden hier. Aber die Gruppe der ‚Rausfaller‘, also jene, [...] die nichts geregelt kriegen, dann nicht mehr zum Jobcenter hingehen, die wächst. [...]“ [...]

Interviewerin: „Du hattest ja gesagt 60 %, der Anteil, der ist gleichgeblieben, aber insgesamt rein zahlenmäßig sind es mehr?“

Expertin 3: „Ja, [...] genau das ist ja unser Leiden. Die Zahl bleibt bei 60 %, aber die Gesamtzahl steigt, das heißt wir leisten wirklich mehr, [...] absolut gesehen, da haben wir viel mehr Fälle, Durchlauf in der Woche, im Monat, im Quartal und davon bleibt ein entsprechend hoher Anteil an Nichtversicherten, das heißt eigentlich werden sie mehr.“ (Z. 374ff.)

Unter den Experten aus dem Arbeitsbereich Krankenhaus fiel die Einschätzung zur Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten nicht so einheitlich aus wie im Bereich der Hilfseinrichtungen. Insgesamt wurde die Anzahl als etwa gleichbleibend angegeben, während einige von einer Zu-, andere von einer Abnahme sprachen. Im Vergleich zu den Experten aus den Hilfseinrichtungen konnten die Mitarbeiter aus Sozialdienst und

Krankenhausverwaltung zudem weniger exakte Angaben zur Häufigkeit von Nichtversicherung unter ihren Patienten machen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Nichtversicherte nur unregelmäßig in Krankenhäusern behandelt werden und insgesamt einen kleineren Anteil unter den Patientenfällen ausmachen. Die dabei entstehende unterschiedliche Wahrnehmung der Patientenzahlen kann damit erklärt werden, dass durch die Gesetzesänderungen die Bearbeitung der Fälle von nichtversicherten Patienten für die Mitarbeiter im Krankenhaus komplizierter wurde und dadurch der Arbeitsaufwand für Nichtversicherte gestiegen ist. Auch wenn die tatsächlichen Patientenzahlen abnahmen oder gleichblieben, ist keine Abnahme im Arbeitsaufwand spürbar und so entsteht stattdessen der Eindruck einer gleichbleibenden oder zunehmenden Anzahl an Nichtversicherten. Die Aussagen von Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, bringen diesen Zusammenhang zwischen komplexeren Bearbeitungsabläufen und Unterschieden in der Wahrnehmung zur Fallzahl zum Ausdruck.

Interviewerin: „[...] Die Zahl der Nichtversicherten bleibt ungefähr gleich, haben Sie gesagt.“

Expertin 11: „Ja.“

Interviewerin: „Hat sich denn die Zusammensetzung geändert?“

Expertin 11: „Ja.“

Interviewerin: „Inwiefern?“

Expertin 11: „Früher waren die Nichtversicherten doch überwiegend bei einem Sozialhilfeträger eingebunden. Da die klassische Sozialhilfe weggefallen ist und dafür gibt es das ALG II, habe ich den Eindruck, dass es mehr Leute gibt. Obwohl die gab es früher auch schon, aber sie waren einfacher zu handhaben, die zum Beispiel auf der Straße leben, die in irgendeiner Gartenhütte leben. Wir haben auch zwei Patienten, die leben im Wald. Die nie irgendetwas in Anspruch nehmen, die erst mit einer Behörde oder mit einer offiziellen Stelle in Kontakt kommen in dem Moment, wo sie im Krankenhaus sind. Nur ist es halt heute komplizierter geworden, diese Kosten für die Klinik abzudecken. Früher habe ich mit denen einen Antrag gemacht, habe genau reingeschrieben wovon sie leben, wie sie leben, wie sie ihren Lebensunterhalt bestreiten und habe das zum Sozialamt geschickt. Aber heute müssten sie, wenn sie unter 65 Jahre alt sind, auf die Agentur für Arbeit gehen, ich müsste gucken, wo waren sie zuletzt krankenversichert und das ist einfach komplizierter geworden.“

Interviewerin: „Sowohl für Sie als auch für die Patienten?“

Expertin 11: „Ja, weil es Patienten gibt, die zwar die Hilfe hier gerne in Anspruch nehmen, weil sie ja auch krank sind, aber wenn sie dann wieder draußen sind, ihre Formalitäten genauso wenig erledigen wie vorher auch.“ (Z. 194ff.)

Entgegen der Entwicklung in den Hilfseinrichtungen beobachteten die Experten aus den Krankenhäusern einen Rückgang der deutschen Staatsbürger unter ihren nichtversicherten Patienten bzw. einen gleichbleibenden Anteil. Dies wurde damit begründet,

dass einigen der früheren Nichtversicherten durch die Einführung der Versicherungspflicht der Wiedereintritt in eine Krankenversicherung gelang. Die Experten aus den Hilfseinrichtungen sahen zudem im Wegfall der Krankenhilfe eine neue Hürde für eine stationäre Einweisung, so dass womöglich tatsächlich weniger derartige Fälle im Krankenhaus behandelt werden, dafür aber umso mehr in den Hilfseinrichtungen. Die im Ganzen in etwa gleichbleibende Anzahl an Nichtversicherten in Krankenhäusern ergibt sich demnach vor allem aus einem Anstieg der osteuropäischen Migranten, der sich wie in den Hilfseinrichtungen deutlich abzeichnet und von allen Experten aus verschiedenen Krankenhäusern bestätigt wurde. Der Anteil der Illegalisierten veränderte sich dagegen kaum. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, bestätigte, neben der fortbestehenden Gruppe von deutschen Bürgern, den auffallend hohen Anteil an EU-Migranten unter den Nichtversicherten. Dabei machte sie keine genauen Angaben zur Tendenz einer Zu- oder Abnahme, sondern wies, ähnlich wie Expertin 11 im obigen Zitat, auf die veränderten Bearbeitungsabläufe und die dadurch beeinflusste Wahrnehmung der Patientenzahlen hin.

Interviewerin: „Haben Sie den Eindruck, die Zahl der Nichtversicherten hat sich verändert in den letzten Jahren, sind das weniger als früher oder ist das ungefähr gleich oder sind es mehr?“

Expertin 8: „Auffällig ist, finde ich, dass es sehr viele EU-Bürger sind, aber auch unheimlich viele deutsche Mitbürger, die sich leider nicht kümmern, weil sie vielleicht auch überfordert sind mit dem ganzen Prozedere.“ [...]

Interviewerin: „Und sind das dann mehr oder weniger als früher so insgesamt? [...]“

Expertin 8: „Früher war das anders gestaltet, da ist das nicht so aufgefallen. [...]“ (Z. 229ff.)

Nach Einschätzung der Experten aus den Behörden führten die Gesetzesänderungen zu einem Rückgang der Nichtversicherten. So verzeichnen die Sozialämter eine deutlich geringere Zahl an Nichtversicherten unter ihren Kunden, was in erster Linie in der Abschaffung der Krankenhilfe begründet liegt. Denn während das Sozialamt früher regelmäßig involviert war, wenn ein Nichtversicherter medizinisch behandelt wurde, fällt die Absicherung im Krankheitsfall jetzt nur noch in wenigen Ausnahmefällen in ihren Zuständigkeitsbereich. Desweiteren zählen viele der Nichtversicherten seit den Sozialreformen zum Zuständigkeitsbereich des SGB II und können damit an die Jobcenter verwiesen werden. Dies gilt auch für legale Migranten, die meist entweder dem SGB II zugeordnet werden oder, wenn ihnen keine staatlichen Leistungen zustehen, selbst-

verantwortlich für ihre Krankenversicherung sind. Lediglich für Personen im SGB-XII-Leistungsbezug, sind die Sozialämter für eine Absicherung im Krankheitsfall zuständig. Da für diese Personen in der Regel die Einbindung in das Versicherungssystem gelingt, finden sich unter den Bestandskunden der Sozialämter nahezu keine Nichtversicherten. Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, erklärte im Interview diesen Zusammenhang. Zu illegalisierten Migranten konnte er keine Aussagen treffen, da diese nicht zu seinem Zuständigkeitsbereich zählten.

Interviewerin: „Hat denn die Versicherungspflicht insofern was gebracht, dass es weniger Nichtversicherte gibt? Können Sie das einschätzen? [...]. Sind das genauso viele wie früher, weniger, werden das mehr?“

Experte 18: „Im Grunde genommen sind es weniger, allein durch das SGB II schon, weil da eben dann die Pflichtversicherung im Grunde mit einsetzt. [...] früher noch zu BSHG-Zeiten, [...] wenn die dann aber mal aus der Sozialhilfe wieder draußen waren, zeitweilig und dann keinen Krankenversicherungsschutz hatten, [...] dann war der Sozialhilfeträger halt dann dran und heute mit dem SGB II und da mit der Pflichtversicherung ist es leichter die Leute in einer Versicherung zu halten. [...]“ (Z. 1261ff.)

Experte 18: „[...] Ansonsten habe ich schon den Eindruck, dass die Leute, zu denen wir hier Kontakt haben und die auch einen Anspruch hätten, dass wir die auch in einen Krankenversicherungsschutz rein bekommen, da sehe ich erstmal kein Hindernis. [...]“ (Z. 1339ff.)

Während die Sozialämter durch die Gesetzesneuerungen seltener primärer Ansprechpartner für Nichtversicherte sind, tritt es in Jobcentern häufiger auf, dass Kunden bei Neuantragstellung über keine Krankenversicherung verfügen. Da die Jobcenter jedoch erst im Zuge der Sozialreformen entstanden sind, kann hier kein Vergleich zu früheren Zahlen erfolgen. Nach Aussagen von Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, werde außerdem keine eigene Statistik darüber geführt, wie viele Kunden bei Erstantragstellung nicht krankenversichert sind. Selbst wenn bei Antragstellung keine Versicherung vorliegt und es in einigen Fällen zu Verzögerungen bei einem Versicherungsabschluss kommen kann, so bleibt auf Dauer dennoch kein Sozialleistungsempfänger ohne Krankenversicherungsschutz. Die Bestandskunden der Jobcenter sind demnach alle krankenversichert. Die dortigen Mitarbeiter kommen jedoch nur mit Nichtversicherten in Kontakt, wenn diese sich im Rahmen einer Antragstellung an sie wenden. Problematisch sind demnach diejenigen, die die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Sozialleistungsbezug nicht erfüllen oder Personen, die theoretisch bestehende Ansprüche an das Sozialhilfesystem nicht geltend machen. Da diese Personen nicht in

(dauerhaftem) Kontakt mit den Behörden stehen, zählen sie nicht zu den Bestandskunden und werden damit auch nicht behördlich registriert. So ist nachvollziehbar, dass aus Sicht der Behörden die Anzahl der Nichtversicherten zurückging.

Expertin 21: „Grundsätzlich kann es passieren, dass Leute keine Krankenversicherung haben. Es beginnt meistens mit der Neuantragstellung, ist abhängig natürlich auch vom Personenkreis. [...] Es ist eine geringe Minderheit, die meisten kommen schon aus gesicherten Verhältnissen, das heißt sie hatten vorher ein Arbeitsverhältnis oder aus der Arbeitslosigkeit vom ALG I her, wo auch schon eine Pflichtversicherung bestand, [...] der große Kreis ist wirklich eine besondere Personengruppe, also die Drogenabhängigen oder die Obdachlosen, die dann durch eine Stelle [Hilfseinrichtung, Anm.d.Verf.] oder weil es einfach nicht mehr geht, zu uns kommen und den Neuantrag stellen.“ [...]

Interviewerin: „Haben Sie eine Ahnung, wie viele Leute es insgesamt gibt ohne Krankenversicherung, hier in Frankfurt oder auch deutschlandweit?“

Expertin 21: „Da kann ich Ihnen keine Auskunft geben. Tatsächlich ist es so, dass sobald sie hier bei uns in Bezug sind, versichert werden auf irgendeine Weise [...]“ [...]

Interviewerin: „[...] Wird das irgendwie gezählt?“

Expertin 21: „Nein.“ [...]

Expertin 21: „[...] Also, es ist tatsächlich so, dass die meisten Fälle gar nicht bei uns ankommen, die nicht versichert sind, sobald sie bei uns ankommen, werden sie versichert.“

Interviewerin: „Und dann wird aber auch nicht registriert, ok, so und so viele waren das jetzt im Quartal, die nicht versichert waren, auch wenn sie es dann später sind?! Um dann hochzurechnen, wie viele könnten das ungefähr sein, das macht keiner?“

Expertin 21: „Nein, das macht keiner. Wir können auch in unserem System abfragen, die Bestandskunden die wir haben, und da ist dann bei Krankenversicherung immer was eingetragen.“ (Z. 78ff.)

Neben der Häufigkeit von Nichtversicherung in ihrem Arbeitsumfeld wurden die Experten nach der Anzahl von Nichtversicherten in Frankfurt am Main und deutschlandweit befragt. Keiner der Experten konnte diese Frage beantworten. Dies wurde einheitlich in allen drei Expertengruppen damit begründet, dass exakte Zahlen zu Nichtversicherten im Allgemeinen nicht bekannt seien, da Nichtversicherte nicht (behördlich) registriert und daher nicht gezählt würden oder im Falle eines Kontaktes der Status der Nichtversicherung nicht statistisch erfasst würde, wie in obigem Zitat von Expertin 21 zum Ausdruck kommt. Somit muss mit einer Dunkelziffer von unbekannter Größe gerechnet werden. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, sah die Problematik darin, dass vor allem diejenigen Personengruppen nicht bei Behörden registriert werden, die besonders von Nichtversicherung betroffen sind. Eine realistische Zählung von Nichtversicherten durch behördliche Statistik sei daher nicht möglich.

Interviewerin: „Weißt du, [...] wie viele Nichtversicherte es insgesamt gibt, deutschlandweit?“

Expertin 3: „Nein, kann ich dir nicht sagen.“

Interviewerin: „Gar keine Zahl?“

Expertin 3: „Nein. Wer sollte die denn auch zählen?! [...] das würde ja voraussetzen, dass die Leute erfasst sind. Die werden ja nur erfasst, wenn sie zur Behörde gehen.“ (Z. 1829ff.)

Expertin 3: „Zum einen sind ja die, die keinen Anspruch haben, der Anteil steigt und [...] die, die aussteigen [...]. Und wenn die aussteigen, dann steigen die aus, dann gehen die nicht mehr zur Meldebehörde, ergo werden sie nicht gezählt, ergo verfälschen sie die Statistik nicht. [...]“ (Z. 1674ff.)

Auch die beiden befragten Experten der Behörden bestätigten, dass eine Zählung der Nichtversicherten problematisch ist, da nur diejenigen in Statistiken erfasst werden können, die sich von sich aus bei Behörden melden. So konnte auch Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, keine Zahl von Nichtversicherten benennen.

Interviewerin: „Haben Sie eine Zahl im Kopf, mal was gelesen zum Beispiel, wie viele nicht krankenversicherte Menschen es hier gibt in Deutschland oder auch in Frankfurt?“

Experte 18: „Nein, hab ich keine.“ [...]

Experte 18: „[...] Aber das ist eine Dunkelziffer, ich denke da kann man wahrscheinlich wirklich nur spekulieren, schätzen.“ [...]

Experte 18: „[...] Wir können ja nur Statistiken erfassen von Leuten, die bei uns dann anlanden.“ (Z. 1116ff.)

Aus Sicht der Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern liegt der Mangel an genauen Daten über Nichtversicherung darüber hinaus in dem fehlenden politischen und gesellschaftlichen Interesse begründet. Denn bestünde ein Interesse daran, fundierte Zahlen oder zumindest Schätzungen zur Anzahl der Nichtversicherten zu erheben, so könnten dafür auch Wege gefunden werden. Diese Ansicht kommt beispielhaft im Zitat der Expertinnen 20, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, zum Ausdruck.

Expertin 20-1: „Ich denke die Dunkelziffer ist arg hoch.“

Expertin 20-2: „Es wird nicht erfasst aus dem einfachen Grund, weil es gibt ja ein Gesetz, das gibt es ja laut Gesetz nicht und deshalb erfasst es auch keiner und es will auch niemand wissen. Außer Sie.“

Interviewerin: „Genau. Das Gefühl habe ich eben auch. Dass es auch politisch kein Thema ist.“

Expertin 20-3: „Absolut.“ (Z. 1326ff.)

Die Betroffenen selbst haben ihrerseits oft kein Interesse daran, von offiziellen Stellen registriert zu werden. Wie einige Experten vermuteten, komme das den politischen Instanzen jedoch gelegen, denn sie könnten auf diese Weise einer Konfrontation mit der Problematik aus dem Wege gehen. Denn ohne offizielle Zahlen, die die Misstände vor Augen führen, entsteht weniger Handlungsdruck. Expertin 14, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, machte in einer spitzen Formulierung deutlich, wie ihrer Ansicht nach der Schein aufrecht erhalten werden solle, dass durch die Einführung der Versicherungspflicht das Problem der Nichtversicherung gelöst werden konnte.

Expertin 14: „[...] Weil diese ganzen, [...] die Leute gibt es ja nicht, wir haben ja eine Pflichtversicherung und was bei uns Pflicht ist, ist Pflicht, also gibt es das nicht. Ich meine, das hast du ja selber erfahren. Was nicht sein darf, ist nicht.“ (Z. 270ff.)

Damit bleiben Nichtversicherte letztlich ungezählt. Wie vor diesem Hintergrund die offiziellen Daten zu Nichtversicherten zu sehen sind, wird in Kapitel 6.1 diskutiert.

5.8 Medizinische Versorgung ohne Krankenversicherung

Neben den Umständen zur Entstehung von Nichtversicherung wurde in den Interviews die Situation der medizinischen Versorgung Nichtversicherter thematisiert. Hierzu wurden die Patienten zu ihren Erkrankungen und Krankheitsverläufen befragt, welche Behandlungen erfolgten und wie sie die Versorgungssituation beurteilten. Die Experten gaben Auskunft über das Krankheitsspektrum der Nichtversicherten und deren Zugang zu medizinischer Versorgung, die allgemeine Versorgungsstruktur in Frankfurt am Main sowie Besonderheiten in der Versorgung von Patienten ohne Krankenversicherung im Vergleich zu regulär Versicherten. Schließlich wurden die Experten um eine Einschätzung der Versorgungssituation insgesamt gebeten. Die Ergebnisdarstellung in diesem Kapitel nimmt Bezug auf die Kapitel 5.3.5 und 5.3.6. Eine Kurzbeschreibung der medizinischen Hilfseinrichtungen und eine Beschreibung der allgemeinen Grundlagen zur Behandlungssituation von Patienten ohne Krankenversicherung finden sich in Kapitel 2.5. Auf dieser Basis wird in Kapitel 6 der zweite Teil der Fragestellung diskutiert, der sich mit den Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung beschäftigt.

5.8.1 Grundlegende Situation – am Beispiel Frankfurt am Main

Die medizinische Versorgung Nichtversicherter ist im Regelsystem der Versorgung nicht vorgesehen, weshalb es keine einheitlich organisierten Strukturen dafür gibt. Die in Frankfurt am Main vorhandene Versorgungsstruktur ist folglich dem lokalen Bedarf entwachsen und unterscheidet sich von anderen Städten. Es gibt einige überregionale Organisationen, die sich in mehreren Städten mit Hilfseinrichtungen in der Versorgung Nichtversicherter engagieren. Eine bundesweite oder gar staatlich geregelte Struktur für die medizinische Versorgung von Personen ohne Krankenversicherung existiert jedoch nicht. So gibt es Parallelen und Ähnlichkeiten zwischen einzelnen Städten, letztlich bietet aber jede Stadt für sich ein lokal einzigartiges Bild. Dieses ist unter anderem vom Engagement einzelner Personen geprägt sowie von regionalpolitischen Entscheidungen abhängig. Denn die bundesweit gültigen Regelungen lassen teilweise Spielraum in der Anwendung und werden dementsprechend unterschiedlich umgesetzt, was sich in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren, sprich Hilfseinrichtungen, Krankenhäusern, Behörden und Krankenkassen widerspiegelt. Auf einen Städtevergleich wird in dieser Studie verzichtet. Die auf Basis der Studienergebnisse beschriebene Versorgungsstruktur gilt deshalb nur für Frankfurt am Main.

Grundlegend muss in der medizinischen Versorgung zwischen einem nicht-regulären Hilfesystem und dem regulären Versorgungssystem unterschieden werden, hier auch als Regelsystem bezeichnet. Dieses besteht aus dem stationären Sektor, zu dem Krankenhäuser zählen, und dem ambulanten Sektor mit den niedergelassenen Ärzten. Das Hilfesystem setzt sich in Frankfurt am Main aus vier Einrichtungen zusammen, die eine niedrigschwellige medizinische Basisversorgung für gesellschaftliche Randgruppen anbieten, die sonst keinen oder erschwerten Zugang zum Versorgungssystem haben. Dies sind die Elisabeth-Straßenambulanz, die Malteser Migranten Medizin, die Internationale humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes und die Lazarus Wohnsitzlosenhilfe (siehe Kapitel 2.5.2). Über diese vier Hilfseinrichtungen haben Nichtversicherte in Frankfurt am Main kostenlosen Zugang zu medizinischer Versorgung. Eine Verbindung zwischen dem Hilfesystem und dem ambulanten Regelsystem besteht über die Ärztenetzwerke der Hilfseinrichtungen. Ist eine weitergehende Diagnostik

und/oder Therapie notwendig, können darüber in Einzelfällen Patienten an niedergelassene Fachärzte überwiesen werden. Ein direkter Zugang zum regulären Versorgungssystem ist für nichtversicherte Patienten nur eingeschränkt möglich. Ohne die Vermittlung über eine Hilfseinrichtung erfolgt eine Behandlung bei einem niedergelassenen Arzt dann, wenn ein eindeutiger Notfall vorliegt oder der aufgesuchte Arzt sich trotz fehlender Versicherung auch ohne medizinischen Notfall zur Behandlung bereit erklärt. In diesem Fall wird eine gesonderte Vereinbarung zur Kostenerstattung getroffen (s. u.). Eine Behandlung in einem Krankenhaus ist für Nichtversicherte nur in Notfällen möglich. Dann kann ein Patient entweder direkt das Krankenhaus aufsuchen oder von einer Hilfseinrichtung oder einem niedergelassenen Arzt eingewiesen werden. Behandlungen, die über das akut medizinisch Notwendige hinausgehen, werden ohne Krankenversicherung in der Regel jedoch nicht durchgeführt.

Vereinzelt nannten Experten sowie Patienten die Möglichkeit, sich durch die Verwendung von Versichertenkarten anderer Personen Zugang zu medizinischer Versorgung zu verschaffen. Auf diese Weise kann trotz fehlender eigener Krankenversicherung eine Behandlung wie für regulär Versicherte erfolgen. Die Verwendung fremder Versichertenkarten ist nicht rechtmäßig und kann als Missbrauch bestraft werden. Dennoch wird sie manchmal unter Freunden oder Bekannten praktiziert, indem Versichertenkarten „ausgeliehen“ werden, um nichtversicherten Bekannten den Arztbesuch zu ermöglichen. Den Angaben einzelner Experten zufolge, so Experte 10, Arzt im Amt für Gesundheit, existiert sogar eine Art Schwarzmarkt, auf dem gestohlene oder gefälschte Versichertenkarte weiterverkauft werden.

Interviewerin: „Gehen solche Leute [Nichtversicherte, Anm. d. Verf.] auch manchmal von sich aus einfach zu irgendeinem Arzt [...]?“

Experte 10: „Ja, mit einer gefälschten Krankenkassenkarte und da ist ein blühender Handel.“

Interviewerin: „Immer noch?! Ich dachte das wäre eher früher so gewesen.“

Experte 10: „Nein, [...] der Handel mit gefälschten Krankenkassenkarten ist immer noch ein Thema.“ (Z. 1125ff.)

Im Unterschied zur Behandlung regulär versicherter Patienten stellt sich bei der Versorgung von Patienten ohne Krankenversicherung für den behandelnden Arzt oder die behandelnde Einrichtung die Frage der Kostenerstattung, da die Abrechnung nicht wie

sonst üblich über eine Krankenkasse möglich ist. Ist eine Behandlung nicht akut notwendig, kann ein Arzt oder Krankenhaus die Behandlung ablehnen, bis der Patient die Kostenübernahme geklärt hat. Liegt ein Notfall vor, ist es in Deutschland nicht zulässig, einen Patienten abzuweisen, auch nicht wenn der Versicherungsstatus ungeklärt ist. Denn in Notfällen besteht für alle Ärzte eine gesetzliche Behandlungspflicht, deren Missachten als unterlassene Hilfeleistung strafbar ist. Nach erfolgter Behandlung ist es Aufgabe des Arztes oder der Einrichtung, einen zuständigen Kostenträger zu finden. Verfügt ein Patient über eigene finanzielle Mittel, kann vereinbart werden, dass er als Selbstzahler die Kosten übernimmt. Ist dies nicht gegeben, muss ein anderer Kostenträger gesucht werden. Seit Einführung der Versicherungspflicht und Abschaffung der Krankenhilfe ist der zuständige Kostenträger in der Regel eine Krankenkasse und nicht mehr das Sozialamt, so dass dieses Anträge auf Kostenerstattung mit dem Verweis auf die Krankenkassen und ggf. das Jobcenter ablehnen kann. Eine Zusage der Kostenübernahme durch das Sozialamt erfolgt seitdem nur noch in wenigen Fällen, für die diese Option weiterhin gegeben ist. Besteht Anspruch auf Sozialleistungen kann über einen entsprechenden Antrag ein Einstieg in eine Krankenversicherung erreicht werden. Besteht kein Sozialleistungsanspruch, muss direkt ein Versicherungsantrag bei der zuständigen Krankenkasse eingereicht werden. Werden die Anträge frühzeitig gestellt, d.h. vor oder mit Behandlungsbeginn, kann unter Umständen eine rückwirkende Absicherung erreicht werden, die die aktuelle Behandlung einschließt, so dass auch für die Behandelnden die Kostenübernahme gesichert ist. Ob diese Möglichkeit besteht, ist abhängig von der jeweils zuständigen Krankenkasse. Ist ein Patient der GKV zuzuordnen, ist bei Kooperation der Krankenkasse eine rückwirkende Kostenerstattung möglich, in der PKV entfällt diese Option (siehe Kapitel 5.5.6). Kann kein Kostenträger gefunden werden und ist der behandelte Patient nicht in der Lage, selbst die Rechnung zu begleichen, bleibt die Kostenerstattung aus und die Behandlungskosten müssen von der behandelnden Einrichtung bzw. dem behandelnden Arzt selbst getragen werden.

Hilfseinrichtungen sind darauf eingestellt, dass ihre Patienten weder über einen Krankenversicherungsschutz verfügen noch über finanzielle Mittel, um selbst für die Behandlungskosten aufzukommen. Die Versorgung wird demnach von den Einrichtungen getragen. In der Regel findet sich hier eine Mischfinanzierung (siehe Kapitel 2.5.2), die

sich von der im Regelsystem üblichen Finanzierung der Gesundheitsversorgung unterscheidet. Damit sind die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel begrenzt, was wiederum die Behandlungsmöglichkeiten einschränkt.

Die Hilfseinrichtungen nehmen die Rolle der Hausärzte im Regelsystem ein, doch ihre Finanzierung entspricht nicht der in Arztpraxen üblichen. Die ESA stellt dabei eine teilweise Ausnahme dar. Sie besitzt eine Kassenzulassung und kann wie eine Hausarztpraxis die Behandlungskosten bei der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, allerdings nur für krankenversicherte Patienten. Dies ist von Relevanz, da im Gegensatz zu den anderen Einrichtungen nicht alle Patienten der ESA Nichtversicherte sind, so dass ein Anteil des Budgets aus Zahlungen der Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung besteht. Daraus ergibt sich auch, dass für versicherte Patienten, die in der ESA betreut werden, aufgrund der gesicherten Finanzierung mehr Behandlungsmöglichkeiten offen stehen. Die Einnahmen aus den Erstattungen der Krankenkassen reichen jedoch bei Weitem nicht aus, um auch die Behandlung nichtversicherter Patienten mit abzudecken. Das erklärte Ziel der ESA ist daher die Einbindung ihrer nichtversicherten Patienten in das Regelsystem der Krankenversicherung. Zu diesem Zweck wird die enge Zusammenarbeit mit der sozialarbeiterischen Einrichtung CASA 21 genutzt, wo insbesondere komplizierte Fälle von Nichtversicherung von erfahrenen Sozialarbeitern intensiv bearbeitet werden können.

Auch die Internationale humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes zeigt bezüglich der Finanzierung eine Besonderheit, indem sie als feste Einrichtung innerhalb einer Behörde eine kontinuierlich gesicherte Finanzierung durch das Gesundheits- und Sozialamt hat. Eine Abrechnung der Behandlungskosten über Krankenkassen erfolgt dennoch nicht. Auch hier findet eine enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern statt, um nach Möglichkeit einen Versicherungsabschluss zu erreichen.

Die Arbeit der MMM beschränkt sich auf die medizinische Versorgung der Patienten und finanziert sich komplett aus Spendengeldern. Hierfür erfolgt eine Kooperation mit einem Frankfurter Krankenhaus, dessen Räumlichkeiten für die Sprechstunde genutzt werden. In Einzelfällen können über diese Zusammenarbeit auch ambulante Behandlungen sowie eine erweiterte Diagnostik im Krankenhaus veranlasst werden. Für die Klärung der Versicherungssituation wird an Beratungseinrichtungen vermittelt.

Für Nichtversicherte, die von Hilfseinrichtungen an Fachärzte überwiesen werden, müssen jeweils eigene Vereinbarungen zur Kostenübernahme getroffen werden. Das bedeutet, dass der behandelnde Arzt entweder auf eine Bezahlung verzichtet, die Hilfseinrichtung die Kosten trägt oder die Behandlung auf Privatrechnung an den Patienten oder gegen Barzahlung erfolgt, wobei die Kosten oft niedriger angesetzt werden, als bei einer regulären Abrechnung über die Krankenkasse. Mit Ärzten aus dem eigenen Netzwerk ist die Vorgehensweise zumeist abgesprochen und muss nicht in jedem Einzelfall neu verhandelt werden. Die Vereinbarung zu einer kostenlosen Behandlung oder auf Rechnung als Selbstzahler kann prinzipiell auch direkt zwischen Patient und Arzt getroffen werden. Für Betroffene, denen eine Eigenbeteiligung an den Kosten nicht möglich ist, ist jedoch die Vermittlung über eine Hilfseinrichtung von Vorteil. Experte 9, niedergelassener Arzt, erklärte das Vorgehen in seiner Praxis, die Teil des Ärztenetzwerkes der ESA und der MMM ist.

Interviewerin: „Die Patienten, die Sie behandeln von der ESA oder auch von den Maltesern, zu welchen Konditionen ist das? Ist das eine kostenlose Behandlung oder berechnen Sie einen erniedrigten Satz oder ist das je nach Einzelfall?“

Experte 9: „Bei den Maltesern [...] da steckt wohl Spendengeld und sowas dahinter, dass die nach der privaten Gebührenordnung mit dem einfachen Satz behandelt werden können, das machen wir auch und das klappt dann auch. Die Patienten aus der Elisabeth-Straßenambulanz die werden umsonst behandelt. Und es ist gar nicht so selten, dass die [...] einen Krankenschein nachreicht für das Sozialamt oder so und dann kann man das immer noch abrechnen. Aber grundsätzlich gehen wir davon aus, dass die Patienten aus der Straßenambulanz kein Geld haben und nichts bezahlen.“

Interviewerin: „Auch Sie haben mit denen dann nicht irgendwie Absprachen, dass Sie sagen: ‚Naja, wenn du kannst, dann zahlst du halt zehn Euro.‘?“

Experte 9: „Manchmal habe ich das Gefühl, das ist ja bei der Straßenambulanz auch ein wahnsinnig gemischtes Klientel, das sind [...] schon gestrandete Leute, aber die hätten für alles Mögliche Geld, das spürt man, die sehen nicht verhungert aus, auch nicht extrem schlecht gekleidet und die wohnen auch nicht unter der Brücke. Aus irgendeinem Grund haben sie aber keine Krankenversicherung oder sind bei der Frau Goetzens gelandet. Und dann frage ich die, was sie meinen, was ihnen das wert ist, was wir da jetzt gemacht hätten, so rum, ich sag nicht ‚das kostet so und so viel‘ und manchmal haben die das dann und zahlen dann irgendeinen kleinen Betrag wie ein Privatpatient, aber also, das ist nicht der Rede wert. Was ich eigentlich so ganz richtig finde, weil das ist ja nicht wertlos was wir da machen. Aber wenn es so eine soziale Tat sein soll für jemanden, der ‚null money‘ hat, dann ist das schon in Ordnung, das verändert nicht unser medizinisches Handeln.“ (Z. 95ff.)

Im Budget einer Arztpraxis ist kein Anteil für die kostenlose Behandlung Nichtversicherter enthalten. Es liegt daher in der Hand des jeweiligen Arztes, sich zu der Behandlung Nichtversicherter bereit zu erklären und die Behandlungskosten selbst zu tragen.

Der Erfahrung der Experten zufolge sind niedergelassene Ärzte durchaus dazu bereit, ab und zu eine kostenlose oder nicht kostendeckende Behandlung durchzuführen, sofern dies in der Menge nicht überhandnimmt und die Kosten begrenzt bleiben. Vor allem Ärzte nichtdeutscher Herkunft ermöglichen auf diese Weise ihren Landsleuten eine Versorgung, wie z. B. Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, berichtete.

Experte 1: „Ich denke es gehen viele auch noch zu niedergelassenen Ärzten von denen wir gar nichts wissen. Ich glaube, dass sowohl das Gesundheitsamt als auch wir gar nicht den Bedarf abdecken können und dass viele Patienten dann doch hören: ‚Du kannst zu dem Arzt gehen, der verlangt nicht so viel.‘ Oder: ‚Das ist auch ein Türke, der hat Verständnis für deine Situation.‘ Ich denke, da gibt es schon eine ganze Reihe von Kollegen, die im Grunde schon so wie die aus unserem Netzwerk entweder nichts verlangen, [...] geringe Gebühren verlangen oder eine Pauschale, [...] die dann vielleicht noch bezahlbar ist für die Patienten. [...]“ (Z. 998ff.)

Experte 13, Arzt im Amt für Gesundheit, erwähnte, dass dabei auch ethisch-humanitäre Gründe eine Rolle spielen, denen sich Ärzte aufgrund ihres Berufsethos verpflichtet sehen.

Experte 13: „Es sind sicherlich auch viele niedergelassene Ärzte, die das machen, das muss man klar sagen. Es ist dieser humanitäre, soziale Gedanke, der ist immer noch dabei. Ich kenne keinen Arzt, der jemanden rausschmeißen würde, weil er arm ist. Es darf sich halt nicht so häufen.“ (Z. 1158ff.)

Die Klärung der Versicherungsumstände wird dabei meist den Hilfseinrichtungen überlassen. Wie Experte 9, niedergelassener Arzt, angab, würden weder die Kenntnisse zur Sachlage noch die zur Verfügung stehende Arbeitszeit der Praxismitarbeiter dafür ausreichen, sich mit Eingliederungsversuchen zu befassen.

Experte 9: „Die Patienten ohne Versicherung, [...] die kommen eigentlich [...] nicht einfach so, sondern die kommen von solchen Institutionen wie Straßenambulanz oder [...] von den Maltesern und wenn solche Fragen sind, dann sind die eigentlich dort geklärt. Die Frau Goetzens weiß genau wen sie beim Sozialamt anruft, ich kenne die überhaupt nicht, ich wüsste gar nicht, was ich machen soll, ich müsste mich da erst rein arbeiten. Ich denke, [...] wenn es möglich ist, jemandem zu einer Krankenversicherung zu verhelfen, dann machen die das und da mische ich mich nicht ein.“

Interviewerin: „Also was da alles mit dranhängt, Antrag auf Krankenversicherung, Antrag auf ALG in dem Zusammenhang mit der Krankenversicherung, da haben Sie gar keine Ahnung wie das abläuft?“

Experte 9: „Überhaupt nichts mit zu tun, da hätte ich gar keine Zeit dazu.“ [...]

Experte 9: „[...] Aber das betrachte ich auch nicht als unsere Aufgabe.“

Interviewerin: „Also, Sie machen rein das medizinische.“

Experte 9: „Ja.“ (Z. 139ff.)

Für Behandlungen im Krankenhaus können derartige Vereinbarungen nicht getroffen werden, da ein anderes Abrechnungssystem zugrunde liegt. Jedoch können auch Krankenhäuser Patienten als Selbstzahler verbuchen und eine Privatrechnung direkt an den Patienten ausstellen, sofern kein Kostenträger existiert. Auch in der Finanzierung der Krankenhäuser sind keine Gelder für die Behandlung Nichtversicherter vorgesehen. Da stationäre Behandlungen im Krankenhaus in der Regel ungleich kostenintensiver sind als eine ambulante Versorgung in Hilfseinrichtungen oder Arztpraxen, ist die Bereitschaft zur Behandlung Nichtversicherter von Seiten der Krankenhäuser eingeschränkt. Dementsprechend berichteten die Experten aus den Hilfseinrichtungen, dass sich die Vermittlung eines nichtversicherten Patienten in ein Krankenhaus komplizierter gestalte als im ambulanten Versorgungsbereich. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, schilderte die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern.

Expertin 3: „[...] und dann bekommt man schon auch mal nicht so schöne Äußerungen: ‚Wissen Sie, wir haben jetzt schon drei Nichtversicherte hier liegen und keiner zahlt die Kosten.‘ [...] So ist natürlich die Notlage des Hauses und andere Kollegen, in der Regel dann die Basiskollegen [niedergelassene Ärzte, Anm.d.Verf.], die sagen: ‚Ist mir jetzt ganz egal, ob versichert oder nicht, wenn es ein Notfall ist, dann schick uns den.‘“

Interviewerin: „Das heißt, von der Bereitschaft her, einen Nichtversicherten zu behandeln, machst du einen Unterschied zwischen den niedergelassenen Kollegen und den Krankenhausärzten?“

Expertin 3: „Ja, [...] die Erfahrung ist, dass es schwieriger ist im Krankenhaus. [...] im niedergelassenen Bereich überlegst du natürlich auch dreimal, muss ich jetzt weiter nachgucken lassen, braucht das mehr Diagnostik [...]. Aber das ist so selektiv, dass du in der Regel auch Kollegen findest, die das machen.“ [...]

Expertin 3: „Im Krankenhaus ist immer ein größerer Rattenschwanz, [...] wenn du dahin schickst, hast du ja schon die Vermutung, es ist ein Akutes Abdomen, oder es ist eine Blutung [...], da kann eigentlich auch nicht nein gesagt werden [...]“ [...]

Expertin 3: „[...] ‚nicht zuständig‘ würde ja keiner sagen im Notfall [...]. Aber manchmal eben auch schon: [...] ‚wir können nicht jeden nehmen‘ [...]“ (Z. 1218ff.)

Ist eine stationäre Behandlung unbedingt notwendig, wird sie jedoch durchgeführt. Im Gegensatz zu den Ärzten aus dem Ärztenetzwerk sind die Mitarbeiter im Krankenhaus allerdings bestrebt, den Patienten in jedem Fall in eine Krankenversicherung einzugliedern und einen Kostenträger ausfindig zu machen, was allerdings nicht immer gelingt. Warum die Kostenerstattung in manchen Fällen ausbleibt und wo Probleme dabei auftreten, die Versicherungssituation zu klären, wird im nachfolgenden Kapitel erläutert.

5.8.2 Klärungsprozess und Eingliederungsversuche

Vor Beginn jeder medizinischen Behandlung wird im Allgemeinen die Vorlage der Versichertenkarte verlangt, es sei denn es handelt sich um einen Notfall. Hat ein Patient weder Versichertenkarte noch eine Krankenversicherung, so muss geklärt werden, warum und wer die Behandlungskosten übernimmt. Zunächst muss dazu der genaue Versicherungsstatus bekannt sein, ob die Person als Nichtzahler geführt wird oder bei keiner Krankenkasse gemeldet ist. Dann gilt es, die genauen Umstände herauszufinden, warum keine oder keine aktive Krankenversicherung besteht. Im nächsten Schritt kann die Klärung der Möglichkeiten erfolgen, die es gibt, um den Patienten in das Regelsystem der Krankenversicherung einzugliedern. Dafür muss in Erfahrung gebracht werden, ob und wo früher einmal eine Krankenversicherung bestand, warum diese verloren wurde, welchem Versicherungssystem die Person zuzuordnen ist (GKV oder PKV), ob ein Sozialleistungsanspruch besteht, welche Eingliederungsversuche bereits unternommen wurden, welcher Aufenthaltstitel bei Nichtdeutschen vorliegt etc. Danach können die vorbereitenden Schritte unternommen werden, um den Patienten in eine Krankenversicherung einzubinden. Konkret bedeutet dies, je nach den entsprechenden Umständen, notwendige Dokumente und Ausweise zu beschaffen, die Anmeldung beim Einwohnermeldeamt oder Meldung einer Postadresse für Personen ohne festen Wohnsitz, den Aufenthaltsstatus zu legalisieren, die Zuständigkeit von Leistungsträgern zu klären, Anträge an Krankenkasse, Jobcenter oder Sozialamt zu stellen und ähnliches. Abhängig von den Gründen des Nichtversichertseins im jeweiligen Einzelfall sind die Erfolgsaussichten unterschiedlich gut. So lassen sich am Ende des Klärungsprozesses die Nichtversicherten in zwei Gruppen aufteilen: Erstens diejenigen, die keine Chance auf eine Krankenversicherung haben, zweitens diejenigen, die zumindest theoretisch Chancen haben. Für erstere entfallen dementsprechend die Eingliederungsversuche. Doch auch wenn theoretisch die Möglichkeit auf den Abschluss einer Krankenversicherung besteht, kann dieses Ziel nicht immer erreicht werden. Die Experten aller drei Arbeitsbereiche teilten die Erfahrung, dass der Klärungsprozess und die nachfolgenden Eingliederungsversuche selten reibungslos verlaufen. So gelingt eine Einbindung ins Regelsystem nicht immer und nicht immer dauerhaft.

Für Hilfseinrichtungen und Krankenhäuser gestalten sich Klärungsprozess und Eingliederungsversuche unterschiedlich, bedingt durch die Art und Weise des Kontaktes zu den Patienten. Die grundlegenden Unterschiede liegen zum Ersten darin, dass Hilfseinrichtungen ambulante Einrichtungen sind, deren Angebot sich gezielt an Patienten wendet, die vom Regelsystem ausgegrenzt sind. Damit ist mit Beginn des Kontaktes zwischen Hilfseinrichtung und Patient klar, dass eine nicht-reguläre Krankenversicherungssituation zu erwarten ist. Insbesondere Einrichtungen, die nicht nur eine rein medizinische Versorgung anbieten, sondern auch eine sozialarbeiterische Betreuung, versuchen meist bereits mit dem Erstkontakt zum Betroffenen, die Weichen für den Klärungsprozess zu stellen. Da ein einmaliger Kontakt jedoch nicht dafür ausreicht, die Umstände zu klären und mögliche Lösungen zu finden, zielt das Hilfsangebot darauf ab, den Betroffenen dauerhaft an die Hilfseinrichtung zu binden, worin sich der zweite wesentliche Unterschied zu Krankenhäusern findet. So zeigt die Erfahrung der Experten, dass in vielen Fällen erst in einem langjährigen Kontakt ein stabiles Vertrauensverhältnis zwischen den Hilfesuchenden und den Mitarbeitern der Einrichtung aufgebaut werden kann, das Basis für eine bessere Mitarbeit ist. Somit erstrecken sich Klärungsprozess und Eingliederungsversuche oft über einen langen Zeitraum von Monaten bis Jahren und geraten nicht selten durch Kontaktabbrüche von Seiten der Patienten ins Stocken. Neben Desinteresse an einer Eingliederung ins Regelsystem spielen hierfür auch Frustration aufgrund von Rückschlägen, Überforderung und Angst eine Rolle, wie Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, anhand eines Beispielfalles vermutete. Manchmal aber sind die Beweggründe der Betroffenen, den Hilfeprozess abubrechen, nicht nachvollziehbar.

Interviewerin: „Und der Hilfeprozess bricht manchmal ab ohne sichtlichen Grund? [...]“
Experte 2: „[...] bei diesem einen, wo ich mit auf Zeil 3 [Adresse des Bürgeramtes in FFM, Anm.d.Verf.] war wegen des Ausweises, der am nächsten Tag wieder hätte hingehen sollen, da ist er nicht mehr aufgetaucht, weil er vielleicht wahrscheinlich sich an dem Punkt überfordert gefühlt hat und Angst gekriegt [...] und deswegen auch nicht mehr hierher kommt, weil er vielleicht dann denkt, er hätte etwas nicht erfüllt oder ich würde böse, ich weiß nicht, welche Phantasie die Leute haben [...]. Jedenfalls wollen sie sich dieser Situation dann nicht mehr stellen, vielleicht auch zuzugeben, [...] was ja vielleicht auch nicht so einfach ist, dass sie nicht in der Lage sind, da noch mal hinzugehen, weil sie Angst haben, weil da so viele Leute sind [...].“ (Z. 789ff.)

In Krankenhäusern wird bei Aufnahme des Patienten die Krankenversicherung erfasst. Da nicht wie in Hilfseinrichtungen von vorneherein davon ausgegangen werden muss, dass keine Versicherung besteht, sind die Mitarbeiter im Krankenhaus zunächst einmal auf die Richtigkeit der Angaben des Patienten angewiesen. Wie die Experten berichteten, kommt es vor, dass Patienten angeben, versichert zu sein, obwohl dem nicht so ist. Dies geschieht aus Gleichgültigkeit, Scham oder Angst. So scheuen sich manche davor, genaue Angaben zu ihren prekären Lebensumständen zu machen oder haben Angst vor den Behandlungskosten oder davor, nicht behandelt zu werden, wenn sie ihr Nichtversichertsein eingestehen. Alle Experten aus Krankenhäusern machten wiederholt derartige Erfahrungen, wie sie von Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, geschildert wurden.

Expertin 11: „[...] die trauen sich nicht oder denken dann vielleicht, sie werden nicht behandelt oder schlechter behandelt. Die wenigsten sagen: ‚Ich bin nicht krankenversichert.‘ Sondern die sagen ihre alte, wo sie irgendwann mal waren und wenn wir dann da die Mitteilung bekommen, dass sie nicht mehr krankenversichert sind, wann sie ausgeschieden sind, spreche ich schon mit den Krankenkassen, will dann auch mal erfahren, wer zuletzt die Beiträge bezahlt hat, ob es freiwillige Beiträge waren, ob es ein Arbeitgeber war, der abgemeldet hat, ob es die Arbeitsagentur war.“

Interviewerin: „Wenn die Leute dann ihre alte Karte vorlegen oder die Kasse nennen, ist es dann so, die wissen auch nicht, dass die nicht mehr gültig ist oder ist es ein Betrugsversuch ihrerseits oder teils, teils?“

Expertin 11: „Betrug ist es schon, aber ich würde denen in der Situation da keinen Betrug unterstellen, weil sie ja schon in einer Notfallsituation sind. [...]. Und da denken sie dann: ‚Ach, jetzt sage ich erstmal die Kasse und dann habe ich erstmal wieder Zeit.‘“ (Z. 862ff.)

Wie das folgende Zitat von Experte 19, Mitarbeiter einer Krankenhausverwaltung, zeigt, ist insbesondere bei ausländischen Patienten die Angst Beweggrund dafür, Falschangaben zu machen. Verständigungsschwierigkeiten aufgrund fehlender Deutschkenntnisse und die Unsicherheit darüber, ob sie für die Behandlung bezahlen müssen oder bestraft werden, wenn sie ihre illegalen Arbeitsverhältnisse offenlegen, verleiten sie dazu, ihr Nichtversichertsein verbergen zu wollen.

Experte 19: „[...] zum Beispiel [...] osteuropäische Leute [die] hier arbeiten. [...] leider ist es so, dass diese Menschen ausgenutzt werden und eben nicht angemeldet sind und wenn denen dann was passiert, [...] dann kommen sie ins Krankenhaus und sind nicht krankenversichert. Und diese Menschen haben halt auch Angst.“

Interviewerin: „Angst vorm Krankwerden oder Angst davor sich zu melden, irgendwie bekannt zu werden?“

Experte 19: „Ich denke Angst vor der ganzen Situation, weil die meisten haben auch starke Sprachschwierigkeiten und wenn man sich nicht verständigen kann und dazu auch noch krank ist und weiß, das kostet Geld was jetzt hier passiert und ich habe es nicht, um es zu bezahlen. Dadurch kommt es halt auch öfters vor, dass die Leute, ich nehme an aus ihrer Angst, falsche Angaben machen, so dass man dann denkt: ‚Ok, da ist alles in Ordnung.‘ [...] Und wenn dann einer sagt: ‚AOK-Kärtchen? Ja, verloren.‘ – dann glaubt man dem erstmal. [...]“ [...]

Experte 19: „[...] die Patienten kommen, werden hier aufgenommen, werden behandelt und verschwinden wieder und im Nachhinein kriegt man mit, dass die Angaben, die sie gemacht haben, eben falsch sind.“ (Z. 322ff.)

Genauso aber gibt es Patienten, die nicht an einer Klärung ihrer Versicherungssituation interessiert sind und denen es gleichgültig ist, welche Auswirkungen dies auf das Krankenhaus hat. So berichtete beispielsweise Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, von negativen Erfahrungen mit Nichtversicherten.

Expertin 8: „Es gibt durchaus Leute, denen ist das total egal. Es gibt Leute, die fangen erstmal an zu lügen, bevor du dann die Wahrheit aufgedeckt hast, weil sie genau wissen, sie sind nicht versichert. [...] Ganz oft, dass die sich wirklich in Lügen verfangen. [...]“ (Z. 865ff.)

Auch geschieht es immer wieder, dass nichtversicherte Patienten ohne Vorankündigung das Krankenhaus verlassen, noch bevor der Klärungsprozess abgeschlossen werden kann. Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, erklärte, dass dies häufig bei Personen in besonderen Lebensumständen, wie z. B. Wohnungslosigkeit, vorkomme. Diese Personengruppe begeben sich ohnehin nur ungern und in Ausnahmefällen in ärztliche Behandlung und so komme es bei ihnen häufiger zu einem Therapieabbruch. Damit verknüpft spielen häufig auch Suchterkrankungen eine Rolle. So kann das Verlangen nach ihrem Suchtmittel bei Abhängigen derart stark sein, dass sie ihrem Suchtdrang nachgeben und das Krankenhaus verlassen, sobald sie körperlich dazu in der Lage sind, auch wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen wurde.

Expertin 7: „[...] dieser Patientenkreis ist nicht derjenige, der beharrlich beim Hausarzt sitzt, weil es irgendwo zwick, während es manche ja machen, wo ich jetzt mal sage, das ist dann vielleicht auch Langeweile oder Aufmerksamkeit bekommen oder dann bin ich wenigstens unter Menschen oder da kümmert sich jemand um einen. Das ist sicherlich kein Beweggrund für diese Patientengruppe zum Arzt zu gehen, die gehen dann, wenn nichts anderes mehr geht. Die legen sich auch nicht aus Langeweile ins Krankenhaus. [...] in der Regel sind das eher die Patienten, sobald sie wieder krabbeln können, gegen ärztlichen Rat gehen. Hängt häufig mit der Suchtproblematik zusammen.“

Interviewerin: „Passiert das auch oft, dass Leute abhauen, wirklich flüchten, verschwinden?“

Expertin 7: „Ja, ja.“

Interviewerin: „Oder auch sagen: ‚Ich möchte jetzt aber gehen, ist mir egal, was ihr hier noch machen wollt, aber ich gehe.‘?“

Expertin 7: „Ja, gibt es.“ (Z. 986ff.)

Trotz einiger Beispiele kann den Betroffenen nicht generell unterstellt werden, den Klärungsprozess willentlich durch Falschaussagen oder Verweigerung von Auskünften zu behindern. Denn auch wenn von Seiten des Patienten Bereitschaft zur Mithilfe besteht, kann es sein, dass er bestimmte Informationen tatsächlich nicht geben kann. So wissen manche beispielsweise nicht, welche ihre letzte Krankenkasse war, vor allem wenn die Versicherung lange zurückliegt, mehrmals gewechselt wurde oder die frühere Krankenkasse nicht mehr existiert. Auch seit wann sie keine Krankenversicherung mehr haben oder ob sie eventuell noch als Nichtzahler Mitglied in einer Krankenkasse sind, können einige nicht beantworten. Für den Fall, dass vormalig Sozialleistungsbezug bestand, wissen manche nicht, ob sie noch an einem anderen Ort bei einem Sozialleistungsträger gemeldet sind und ähnliches. Ebenso kann es vorkommen, dass ein Patient bei Eintreffen im Krankenhaus keine Angaben machen kann, z.B. weil er bewusstlos ist oder nicht ausreichend orientiert und aussagefähig. Manchmal kann dann weder der Versicherungsstatus geklärt werden noch die Identität der Person, wenn diese keine Ausweisdokumente bei sich trägt und ohne Begleitperson im Krankenhaus eintrifft, die Auskunft geben könnte. Da es sich in diesen Fällen meist um einen Notfall handelt, wird dennoch eine Behandlung durchgeführt.

Zuweilen kommt es auch vor, dass ein Patient in dem Glauben steht, versichert zu sein und während eines Krankenhausaufenthaltes bemerkt wird, dass dem nicht so ist. In diesen Fällen liegt der Versicherungsverlust meist erst kurz zurück und erfolgte versehentlich, was eher bei Personen in geregelten Lebensverhältnissen vorkommt, die nicht zu den typischen Personenkreisen gehören, die von längerdauernder Nichtversicherung betroffen sind. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, nannte das Beispiel der Rentner, die nicht in eine Pflichtversicherung übergeleitet werden.

Interviewerin: „Ist es den Leuten bewusst, dass sie keine Krankenversicherung haben?“

Expertin 8: „Manchen nicht. Rentner zum Beispiel, also wenn so was passiert, die sind wirklich dann manchmal vom Donner gerührt.“

Interviewerin: „Die glauben dann das wäre automatisch geklärt?“

Expertin 8: „Das wäre alles in Ordnung und ,ich hab doch und jahrelang war ich doch nicht krank‘ und gehen vielleicht auch sogar mit ihrer Versicherungskarte, die sie noch haben irgendwo hin und lassen sich behandeln.“ (Z. 857ff.)

So wird das Fehlen der Krankenversicherung unter Umständen nicht sofort bei Aufnahme des Patienten bekannt, sondern erst während oder nach einer Behandlung, nämlich wenn der Patient bei Behandlungsbeginn nicht aussagefähig ist, nicht weiß, dass er keine gültige Krankenversicherung hat oder bewusst falsche Angaben macht.

Grundsätzlich wird der Klärungs- und Eingliederungsprozess in Zusammenarbeit von Sozialdienst und Krankenhausverwaltung begonnen, sobald ein Versicherungsproblem erkannt wird. Um die aktuelle Behandlung abzudecken, müssen allerdings die entsprechenden Anträge an die Krankenkasse, das zuständige Jobcenter oder das Sozialamt fristwährend mit Behandlungsbeginn vom Krankenhaus aus gestellt werden. Nur dann ist im Falle eines Vertragsabschlusses und/oder einer Bewilligung von Sozialleistungen eine rückwirkende Kostenerstattung an das behandelnde Krankenhaus möglich. Wird das Nichtversichertsein erst im Nachhinein bekannt und werden die Eingliederungsversuche dementsprechend später begonnen, wird die Zeit des stationären Aufenthaltes nicht rückwirkend in die Krankenversicherung einbezogen, selbst wenn es später zu einem Vertragsabschluss kommt. Für die Krankenhäuser ist deshalb eine rasche Klärung der Versicherungsumstände entscheidend.

Die Experten aus den Krankenhäusern beschrieben in den Interviews die übliche Vorgehensweise, wenn ein Versicherungsabschluss über einen Sozialleistungsbezug angestrebt wird. Dafür wurde in Absprache mit den Sozialleistungsträgern die Möglichkeit eingerichtet, vorsorgliche Anträge für Patienten zu stellen, die sich noch in stationärer Behandlung befinden und deshalb nicht persönlich bei der Behörde vorstellig werden können. Auf diese Weise kann noch während eines stationären Aufenthaltes der Prozess der Wiedereingliederung begonnen werden. Die Anträge werden allerdings erst dann wirksam, wenn die Patienten nach Entlassung persönlich bei der zuständigen Behörde vorstellig werden. Nicht selten kommt es vor, dass sie das nicht tun, die Anträge damit hinfällig werden, der Eingliederungsprozess abbricht und keine Kostenübernahme für erfolgte Behandlungen stattfindet. Expertin 11, Mitarbeiterin einer

Krankenhausverwaltung, schilderte die Vorgehensweise für den Fall, dass ein Versicherungsabschluss über einen SGB-II-Bezug möglich ist und wies dabei auf die Problematik hin, wenn der Patient nach Entlassung keine Mitarbeit zeigt.

Expertin 11: „Gehen wir mal vom klassischen ALG-II-Antrag aus. Da habe ich ein Kurzformular, das fülle ich aus, das ist nur Name, Adresse, Geburtsdatum und die letzte Krankenkasse, mit der Krankenversicherungsnummer, schreibe ich drauf und faxe das, da habe ich in Frankfurt einen Ansprechpartner, der das dann zur Fristwahrung auch registriert. [...]. Dann gebe ich ihm [dem Patienten, Anm.d.Verf.] auch die Unterlagen mit, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung und einem Sendebrief, dass ich es weggefaxt habe. Wenn er dann vorspricht, alle Anträge ausfüllt, dann wird er auch ab dem Tag arbeitslos gemeldet, wo er hier in der Klinik war und dann funktioniert das auch mit der Krankenkasse. Aber er muss hingehen. Also nur aufgrund meines Schreibens passiert gar nichts. Und wenn er dann aber weiterzieht oder wenn ihm dann doch einfällt, dass er das doch alles gar nicht will, oder sie, dann hat die Klinik ein massives Problem. [...]. Ich kann auch eine Anzeige zur Pflichtversicherung machen, aber letztendlich die Nachweise bringen und alle Formalitäten erledigen, das muss der Patient selbst.“ (Z. 910ff.)

Doch selbst wenn die Patienten beim Eingliederungsprozess mitwirken, gelingt ein Versicherungsabschluss nicht immer. Auch Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, praktizierte in ihrem Krankenhaus das von Expertin 11 geschilderte Vorgehen. Ihrer Erfahrung nach verhielten sich jedoch die Behörden nicht den Vereinbarungen entsprechend, so dass oft keine rückwirkende Versicherung erfolge, selbst wenn alle Anträge fristwahrend eingereicht werden und der Patient nach Entlassung bei der entsprechenden Behörde vorstellig wird.

Expertin 8: „[...] Erst ab Tag der persönlichen Vorsprache bin ich überhaupt versichert und bekomme auch Leistungen. [...] das ist ja Schwachsinn, wenn jetzt jemand ins Krankenhaus kommt und ist hier ein Notfall, den kann ich nicht erst noch wegschicken wenn mir auffällt, der ist ja gar nicht versichert und sagen: ‚Gehen Sie noch schnell zum Arbeitsamt und melden Sie sich arbeitslos, damit Sie die Leistungen ab heute bekommen.‘ Deswegen schicken wir unseren Antrag, das ist so abgesprochen seit 2005, aber es klappt leider nicht [...]. Dann hat ja der Patient die Mitwirkungspflicht sich dann hinterher da vorzustellen und zu sagen: ‚Ich war jetzt vom 1.6. bis 7.6. im Krankenhaus.‘ Und am 8.6. stellt er sich dann gleich dort vor, damit die Zeiten nicht verloren gehen. Normalerweise müssten die ihn dann auch ab dem Tag wo unser Fax rausgegangen ist, versichern, aber das klappt in 99,9 % der Fälle nicht, weil die immer noch der Meinung sind, Patient hat sich hier vorgestellt, die sind da so engstirnig [...].“ (Z. 395ff.)

Insgesamt betonten die Experten aus den Krankenhäusern mehrfach die Wichtigkeit der Mitwirkung der Patienten. Der Erfolg des Hilfeprozesses und letztlich auch die Chancen des Krankenhauses auf eine Erstattung der Behandlungskosten hängen demnach wesentlich von der Bereitschaft und der Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung

ab. Zwar sind die Mitarbeiter aus Krankenhausverwaltung und -sozialdienst, wie auch die Mitarbeiter aus Hilfseinrichtungen, für die Abläufe des Klärungs- und Eingliederungsprozesses sensibilisiert und können den Betroffenen viel Hilfestellung geben, doch letztlich bleiben alle Versuche ohne deren Mitwirkung erfolglos. Der hier von Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, angesprochene Aspekt, dass der Anreiz zur Mitwirkung sinkt, wenn trotz fehlender Versicherung eine Behandlung erfolgt, wird in Kapitel 5.8.6 nochmal aufgegriffen.

Expertin 8: „[...] Vor allem die Mitwirkungspflicht der Patienten spielt eine ganz große Rolle, [...] bzw. haben die meisten auch nicht das Interesse daran. Ihnen wird ja in dem Moment geholfen, Versorgung findet ja statt und nach mir die Sintflut, daran scheitert das halt auch. Wenn die Patienten dann ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, [...] haben wir als Krankenhaus schon schlechte Karten. [...]“ (Z. 106ff.)

Dabei sahen die Experten aus den Krankenhäusern bei einigen Patienten durchaus einen Willen zur Mitwirkung, um die im Krankenhaus begonnene Wiedereingliederung fortzuführen. Trotz aller Hilfestellung fühlen sich viele jedoch überfordert, die an sie gestellten Aufgaben nach Entlassung zu bewältigen. Ebenso verhindern oft die Lebensumstände der Patienten, dass sie tatsächlich eigenständig die notwendigen Schritte fortzuführen, wie Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, schilderte.

Expertin 7: „[...] Der mag gewillt sein irgendwas zu tun und sagt: ‚Ja, ja, ich gehe auch zum Amt.‘ Das glaube ich ihm in dem Moment auch, aber sobald der hier aus der Tür draußen ist, hat der ganz andere Ideen und Probleme und dann ist das Amt wieder weg und solange er kein Geld braucht und da geht es nur um den Versicherungsschutz, nein, da sind dann andere Sachen wichtiger und daran hängt es dann eher. Wenn man dann irgendwo anruft und fragt: ‚Hat der denn immer noch nicht?‘ Dann sagen die: ‚Ja, der hat zwei Termine nicht wahrgenommen, der ist nie gekommen.‘ [...]“ (Z. 836ff.)

Darüber hinaus stellt sich für Krankenhäuser die Schwierigkeit dar, dass, im Gegensatz zu Hilfseinrichtungen, meist nur ein kurzer, einmaliger Kontakt zu den Patienten besteht. Die kurze Aufenthaltsdauer reicht aber häufig nicht dazu aus, um alle Umstände zu klären und alle notwendigen Schritte für eine Wiedereingliederung in die Wege zu leiten. Schon allein die fixen Arbeitsabläufe, wie die Bearbeitungszeiten von Anfragen an Versicherungen und von Anträgen an Behörden, führten dazu, dass eine Klärung nicht in wenigen Tagen abgeschlossen werden könne, wie Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, angab.

Expertin 8: „[...] es ist nicht immer alles klärbar solange die Patienten hier sind [...]. Wir versuchen das dann schon, aber das ist auch alles eine Zeitfrage, weil diese Versicherungsgeschichten auszufragen, das dauert schon sehr, sehr lange. [...]“ (Z. 1113ff.)

Die Mitarbeiter der Krankenhäuser versuchen daher entweder auch nach Entlassung Kontakt zum Patienten aufrechtzuerhalten oder ihn an eine ambulante Hilfseinrichtung weiterzuvermitteln. So kann der Eingliederungsprozess mit Unterstützung der dortigen Mitarbeiter fortgeführt werden. Doch auch die Anbindung an eine Hilfseinrichtung garantiert nicht, dass die Eingliederung ins Regelsystem gelingt und so scheitern manche Versuche trotz aller Unterstützung und Bemühungen von Seiten des Krankenhauspersonals und der Hilfseinrichtungen.

Ob eine Eingliederung ins Regelsystem überhaupt gelingen kann und wie viel Zeit sie in Anspruch nimmt, hängt also maßgeblich von den jeweiligen Umständen und der Mitarbeit der Betroffenen ab. Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, erklärte, dass eine zügige Einbindung gelingen könne, sofern ausreichend Fähigkeit zur Mitwirkung und Eigeninitiative der Betroffenen vorhanden sei. Sei dies nicht gegeben, würden Versuche der Eingliederung jedoch nie Erfolg zeigen.

Interviewerin: „Wie lange dauert es so aus deiner Erfahrung bis ihr jemanden wieder zurückkriegt in eine Krankenversicherung oder auch Arbeitslosengeldbezug? [...]“

Experte 2: „Es gibt Leute, die kriegen wir nie zurück und es gibt Leute, da geht das innerhalb von einer Woche.“ [...]

Experte 2: „Weil die eben so fähig sind, dass sie alle Wege gehen und die motiviert sind und mitarbeiten. Also wenn diese Motivation da ist und die Fähigkeiten, diese Ämterbesuche zu machen, dann dauert das nicht sehr lange. [...]“ (Z. 801ff.)

Eine gewisse Latenz zwischen dem ersten konkreten Versuch einer Eingliederung ins Regelsystem, z. B. mittels ALG-II-Antrag, und dessen Bewilligung ist jedoch unumgänglich. Selbst wenn eine Person im Idealfall alle Dokumente zügig vorlegen kann und keine weiteren Hindernisse hinzukommen, müssen laut Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, inklusive Bearbeitungszeit der Anträge bei der Behörde zumindest zwei bis drei Wochen einberechnet werden. Ist außerdem auch der Neuabschluss einer Krankenversicherung notwendig, kann sich der Abschluss des Eingliederungsprozesses zusätzlich verzögern, aus Sicht von Expertin 21 jedoch nicht länger als einen Monat.

Interviewerin: „Wie lange dauert es dann, [...] im Schnitt, von der Kunde stellt einen Antrag hier auf ALG, bis dass alles komplett ist, dass er die Sozialleistungen bezieht und auch in einer Krankenkasse untergekommen ist?“

Expertin 21: „In der Regel mit Unterlagen nach ein, zwei Wochen und für die Bearbeitung dann auch noch mal zehn Arbeitstage. [...]“

Interviewerin: „Und die Klärung der Krankenversicherung, die Zuständigkeit der Krankenkasse, kann sich das auch noch länger ziehen als ein, zwei Wochen?“

Expertin 21: „Ich sage mal, auch nicht länger als ein Monat, sollte es nicht dauern. [...]“ (Z. 568ff.)

Die Erfahrungen von Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, widersprechen allerdings dieser Aussage. Denn auch wenn der Bezug von Sozialleistungen zeitnah gelinge, so könnten in manchen Fällen bis zum Abschluss einer Krankenversicherung mehrere Monate vergehen.

Expertin 3: „[...] dann hast du locker ein, zwei, drei, vier, fünf Monate Klärungsverlauf. Was nicht heißt, dass er in der Zeit nicht eventuell Hartz-IV-Bezug bekommen kann, aber damit ist er noch nicht krankenversichert. Das ist eben nicht vorgesehen, da ist eine regelhafte Lücke im System, für diese Zeit der Vakanz geht keiner in Vorleistung. Früher [...] bekamen die zumindest einen vorläufigen Krankenschein [...]. Also die Zeit der Vakanz ist nicht abgedeckt. Bis hin dazu, dass es eben dann Einzelne nie nachweisen, oder sich sehr schwer tun [...].“ (Z. 1507ff.)

Selbst wenn die Eingliederung ins Regelsystem schließlich gelingt, so ist es doch meist für Mitarbeiter des Hilfsnetzes, der behandelnden Krankenhäuser sowie für die Betroffenen selbst ein mühsamer Prozess mit hohem Arbeitsaufwand. Wie Expertin 3 im obigen Zitat hervorhebt, liegt das Problem des langwierigen Eingliederungsprozesses vor allem darin, dass für diese Zeit der Vakanz keine Regelung bezüglich der Übernahme der Behandlungskosten existiert. Auch wenn in manchen Fällen Personen ihre Krankenversicherung nur für kurze Zeit verlieren oder es bei anderen wiederholt zu einem temporären Versicherungsverlust kommt und sich Phasen des Versichertseins und Phasen der Nichtversicherung abwechseln, ergeben sich Lücken im Versicherungsverlauf. Diese Vakanzen müssen vom Hilfesystem überbrückt werden, da mit einer medizinischen Behandlung nicht immer solange abgewartet werden kann, bis alle Umstände geklärt sind. Solange der Klärungsprozess und der Prozess der Wiedereingliederung noch nicht abgeschlossen sind, bleiben also die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung auf das Hilfesystem begrenzt.

5.8.3 Gesundheitszustand und Behandlungsbedarf bei Nichtversicherten

Um den Bedarf an medizinischer Versorgung abschätzen zu können, wurden die Patienten nach ihren Erkrankungen und die Experten nach ihren Erfahrungen mit kranken Nichtversicherten befragt. Nicht alle Experten konnten zu diesem Punkt Auskunft geben, da sich manche in ihren Arbeitsbereichen nicht mit medizinischen Problemen befassen und deshalb keine oder nur am Rande Erfahrung mit dem Krankheitsspektrum Nichtversicherter haben, so z. B. die Mitarbeiter aus Sozialamt und Jobcenter. Desweiteren konnten nicht alle Experten die Behandlungsnotwendigkeit fachlich beurteilen, so z. B. Sozialarbeiter in Hilfseinrichtungen und manche der Mitarbeiter in Krankenhäusern. Soweit sie Einblick in medizinische Probleme von Nichtversicherten hatten, deckten sich ihre Aussagen mit denen der befragten Ärzte. Zwischen den Experten aus Hilfseinrichtungen und denen aus Krankenhäusern stimmten die Aussagen zum Krankheitsspektrum und Behandlungsbedarf im Wesentlichen überein.

Das Spektrum körperlicher Erkrankungen bei Nichtversicherten unterscheidet sich nicht wesentlich von dem der Allgemeinbevölkerung. Neben akuten Erkrankungen, die einer einmaligen Behandlung bedürfen, wie z. B. Infektionen, Schmerzen, Verletzungen etc., kommen auch chronische Erkrankungen vor, die dauerhaften Behandlungsbedarf nach sich ziehen. Darunter finden sich Erkrankungen des Bewegungsapparates, oft als altersbedingte Verschleißerscheinungen oder Zeichen einer körperlichen Überlastung infolge prekärer Arbeitsumstände (z. B. Schwarzarbeit auf der Baustelle), Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie erhöhter Blutdruck und Durchblutungsstörungen mit entsprechenden Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes sowie Erkrankungen der Leber, Bauchspeicheldrüse oder des Magen-Darm-Traktes, oft als Folge eines chronischen Alkoholmissbrauchs. Einen Unterschied stellen Erkrankungen dar, die speziell aus der Lebensweise Obdachloser resultieren, wie durch mangelnde Hygiene bedingte Infektionen und Hauterkrankungen, z. B. infizierte Hautwunden, Pilzkrankungen und Läusebefall oder Mangelerscheinungen durch unausgewogene Ernährung und eine ungesunde Lebensweise. Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, beschrieb die Situation der Wohnungslosen.

Expertin 7: „[...] weil sie sich nicht kümmern, also weil sie nicht behandelt werden, das heißt die Beine sind eben desolat, weil die hygienischen Verhältnisse nicht so sind und weil man eben vielleicht nicht so darauf achtet, dass man saubere Wäsche trägt und auch nicht in Einrichtungen lebt, wo man das dann tatsächlich könnte, selbst wenn man es wollte. Von daher sind einfach die Begleitumstände schwieriger. [...] Und man einfach weniger auf die Gesundheit achtet, man isst was zu essen da ist, und man achtet nicht auf eine ausgewogene, ballaststoffreiche Ernährung, sondern man isst eben drei Tage lang das Gleiche, wenn es sein muss, Hauptsache es ist was zu essen da.“ (Z. 968ff.)

Dagegen treten psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen bei Nichtversicherten vergleichsweise häufig auf, wie von nahezu allen befragten Experten aus allen drei Arbeitsbereichen hervorgehoben wurde. Diese Beobachtung teilten also auch die Experten aus den Behörden, obwohl sie darüber hinaus keine Aussagen zu Krankheitspektrum und gesundheitlicher Situation von Nichtversicherten treffen konnten. Die Auswertung der Patienteninterviews bestätigt die Häufung dieser Krankheitsgruppe unter Nichtversicherten. Passend hierzu bestätigte Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, das häufige Auftreten von Nichtversicherung unter Patienten der psychiatrischen Abteilung ihres Krankenhauses.

Interviewerin: „Wie ist denn das Krankheitspektrum der Nichtversicherten, deckt sich das mit dem der normalen Patienten oder gibt es bestimmte Krankheiten die häufiger auftauchen?“

Expertin 11: „Ja.“

Interviewerin: „Welche?“

Expertin 11: „In der Psychiatrie sind mehr Patienten nicht krankenversichert wie in anderen Abteilungen [...].“ (Z. 1341ff.)

Nicht alle der beobachteten psychischen Auffälligkeiten sind so stark ausgeprägt, dass sie behandelt werden müssen, aber dennoch in ausreichendem Maße vorhanden, um die Situation des Nichtversichertseins zu bestärken. Auch Suchterkrankungen treten in unterschiedlicher Ausprägung auf und beeinträchtigen in verschiedenem Maße Gesundheit und Lebensweise der Betroffenen. Expertin 17, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, sah den Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Nichtversichertsein in einer gegenseitigen negativen Verstärkung. So liefen ihrer Einschätzung nach psychisch Kranke und Suchtkranke durch ihre Erkrankung eher Gefahr, in die Situation des Nichtversichertseins zu geraten (siehe Kapitel 5.4.3). Durch das Nichtversichertsein aber verschlechtern sich gleichzeitig ihre Therapiemöglichkeiten. Das wiederum hat zur Folge, dass keine oder keine adäquate Behandlung stattfindet, sich ihre Erkrankung dadurch verschlimmert und sie letztlich in einer Art Teufelskreis durch das Nichtver-

sicherheitsein kränker werden als im Vergleich zu regulär versicherten Patienten mit der gleichen Grunderkrankung und adäquater Therapie.

Interviewerin: „[...] Ist die psychische Erkrankung auch anders ausgeprägt, weil die vielleicht nicht zum Arzt gehen konnten bis dahin, das irgendwie vernachlässigt haben? Spielt da dieses Nicht-Krankenversichertsein eine Rolle?“

Expertin 17: „Ja, ich würde sagen, das ist mit ein Faktor, dass sich die psychische Erkrankung verschlimmert. Jemand, der eine schwere Depression hat und die Depression aber nicht behandelt wird, der hat eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Depression nicht besser wird. Oder jemand mit einer bipolaren Störung, die Phasen werden immer intensiver, Depressionen werden schlimmer, die Abstände verkürzen sich. Jemand mit einer Psychose ist klar, wenn der jahrelang keine Medikamente nimmt oder auch nur ein halbes Jahr, die Psychose wird sich verschlimmern, weil ja dann hirnrorganisch dementsprechend zu viel Dopamin ausgeschüttet wird, wenn da nichts quasi wieder ins Lot gebracht wird. Auch die Suchtkranken, mit jedem Anfall stirbt ein gewisser Anteil an Nervenzellen ab und wenn die nicht versichert sind und nur zur Notfallbehandlung dann in die Klinik kommen, letztendlich verschlechtern sich die psychischen Erkrankungen. [...] die haben eigentlich viel schlechtere Chancen, psychisch stabiler zu werden. Stimmt, das ist ein Prognose-Faktor.“ (Z. 531ff.)

Erschwerend kommt bei psychisch Kranken und Suchtkranken hinzu, dass manche Grunderkrankungen mit einer fehlenden Krankheitseinsicht einhergehen, so dass die Betroffenen keinen Bedarf erkennen, sich ärztlich behandeln zu lassen. Patient 19 (siehe Kapitel 5.4.3) ist ein Beispiel hierfür. Er erwähnte im Interview, wie ihm zu Beginn seiner bipolaren affektiven Störung die Krankheitseinsicht fehlte und er insbesondere in den manischen Phasen keinen Behandlungsbedarf verspürte, da diese mit einem Stimmungshoch einhergehen. Aus diesem Grund werden insbesondere Personen mit schweren psychischen Erkrankungen vom Hilfesystem nicht erreicht, wie Expertin 17, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, aus ihrer Erfahrung mit der Personengruppe der psychiatrischen Patienten wusste.

Expertin 17: „[...] viele schwerst psychisch Kranke erreiche ich gar nicht. Das sind die Patienten, vor allem mit den Psychosen, die oft keine Krankheitseinsicht haben und gar nicht den Weg hierher finden. [...]“ (Z. 65ff.)

Allgemein beurteilten die Experten den Gesundheitszustand von Nichtversicherten als schlechter als bei regulär versicherten Patienten. Erklären lässt sich dies zum einen damit, dass Nichtversicherte den Arztbesuch meiden oder hinauszögern und sich eher spät in medizinische Behandlung begeben, meist erst wenn ein Notfall eingetreten ist, wie das Zitat von Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, zeigt. Dies

ist Folge dessen, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung für Patienten ohne Krankenversicherung erschwert ist, wie im nächsten Kapitel genauer erläutert wird.

Interviewerin: „Sind die Leute schwerer krank, die hier ankommen?“

Expertin 11: „Ja, sie sind schwerer krank, weil sie ja den Notfall quasi abwarten, weil sie wissen, dass sie nicht versichert sind und kein Geld haben und wenn es nicht so schlimm ist, werden sie auch unter Umständen wieder weggeschickt. [...]“ (Z. 1350ff.)

Andere Gründe wurden darin gesehen, dass Betroffene Hemmungen haben, Hilfe in Anspruch zu nehmen, da sie sich für ihre prekäre Lebenssituation schämen oder Angst vor hohen Behandlungskosten haben oder vor Strafen, wenn sie ihr Nichtversichertsein, Umstände wie unregelmäßige Arbeitsverhältnisse oder einen fehlenden Aufenthaltstitel offenlegen. So beobachtete beispielsweise Experte 9, niedergelassener Arzt, in seiner Arztpraxis, wie Nichtversicherte den Einrichtungen des Regelsystems mit Zurückhaltung und Scham begegnen und sah darin einen Grund, warum Arztbesuche hinausgezögert werden.

Experte 9: „[...] Ich denke, man schämt sich viel in so einem Leben und deswegen möchte man das eigentlich nicht unbedingt gerne so veröffentlichen, auch nicht beim Arzt. Es gibt viele Hemmungen dann irgendwo hinzugehen und zu sagen: ‚Hallo, ich brauche Hilfe, aber ich habe kein Geld, ich wohne unter der Brücke, ich stinke, ich habe mich seit einer Woche nicht mehr gewaschen oder Kleider gewechselt und so, aber ich brauche Hilfe.‘ Das stelle ich mir schon schwer vor, Riesenhürde. Ich spüre das oft, dass die Patienten sich schämen, auch dass sie überhaupt in diese Situation gekommen sind. [...]“ (Z. 438ff.)

In Bezug auf ausländische Patienten räumten die Experten der Angst mehr Bedeutung dabei ein, dass Arztbesuche so lange wie möglich vermieden werden. Experte 9, niedergelassener Arzt, beschrieb, wie die Angst, entdeckt zu werden oder an Behörden weitergeleitet zu werden, die Betroffenen davon abhält, frühzeitig Hilfe zu suchen.

Experte 9: „[...] bei den ausländischen Patienten, [...] da steht sowas wie so ein bisschen Angst so mehr im Vordergrund, erwischt zu werden oder, dass ich jetzt irgendwelche Institutionen einschalte, die sie dann abgreifen, nachdem ich sie behandelt habe oder so, das kommt ja bei den deutschen Patienten nicht so vor, da ist die Scham nicht so im Vordergrund. Wofür sollten die sich auch schämen, die haben ja eigentlich tolles geleistet, die haben sich bis hierher durchgeschlagen, illegal, das muss man erst mal nachmachen und haben hier vielleicht sogar eine Arbeit, das ist eine tolle Leistung, wenn man es mal so herum betrachtet, wofür sollen die sich schämen, schicken Geld nach Hause und dann haben sie sich halt jetzt verletzt oder so und dann ist eigentlich mehr die Angst [...] das Hindernis zum Arzt zu gehen. Die kommen auch zu spät, aber glaube ich aus anderen Gründen.“ (Z. 454ff.)

Zusätzlich dazu beobachteten die Experten vor allem bei langjährigen Nichtversicherten ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein, wodurch sie weniger Anlass sehen, einen Arzt aufzusuchen, solange keine offensichtliche Behandlungsnotwendigkeit besteht. Auffallend war eine Diskrepanz in der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und dem Gesundheitsbewusstsein zwischen Patienten, die erst vor kurzem ihre Krankenversicherung verloren und denjenigen, die schon längere Zeit nicht versichert waren. Bei Ersteren spielte die Angst davor, zu erkranken und nicht behandelt zu werden, eine größere Rolle, dementsprechend beunruhigte sie ihr Nichtversichertsein. Diejenigen, die schon seit Jahren keine Krankenversicherung hatten, beurteilten ihren Gesundheitszustand oft als weniger kritisch, nahmen daraus resultierende Einschränkungen als gegeben hin und maßen ihnen eher wenig Bedeutung bei. So schrieben die Experten insbesondere Langzeit-Nichtversicherten ein geringeres Gesundheitsbewusstsein zu. In der Regel betrifft dies Personen, die durch zusätzliche Schwierigkeiten und prekäre Lebensumstände belastet sind, wie z.B. langjährige Obdachlose. Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, schilderte ihre Beobachtungen aus dem Krankenhausumfeld, denen zufolge sich nichtversicherte Patienten aufgrund eines verminderten Gesundheitsbewusstseins erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien in Behandlung begeben.

Interviewerin: „Ich hatte oft den Eindruck, [...] solange das gut geht und die Leute nicht krank werden, denken sie nicht an Krankenversicherung. Ist das so?“

Expertin 7: „Ja, das heißt nicht unbedingt, dass die Leute nicht krank sind oder krank werden, sondern die sind ja häufig schon länger krank, aber sie begeben sich eben nicht in Behandlung. Wir haben ja viele, die chronische Erkrankungen haben, die Beine haben wo man sagt, das muss einem doch auffallen, dass einem da gerade das Bein, der Fuß schwarz wird, und das kommt ja nicht von jetzt auf gleich und die trotzdem nicht zum Arzt gehen, weil sie das nicht so wahrnehmen wie wir das wahrnehmen würden.“ (Z. 252ff.)

All dies führt letztlich dazu, dass bei Patienten ohne Krankenversicherung häufiger Erkrankungen in fortgeschrittenem Stadium auftreten und es zu schweren Krankheitsverläufen mit Komplikationen kommt, in Fällen, wo dies bei frühzeitigem Behandlungsbeginn mit uneingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten hätte vermieden werden können. Experte 9, niedergelassener Arzt, schilderte seine Eindrücke aus dem ambulanten Versorgungsbereich, wie sie auch von anderen Experten, sowohl aus dem stationären als auch dem ambulanten Versorgungsbereich, bestätigt wurden.

Interviewerin: „Das Krankheitsspektrum, das die Patienten mitbringen, die jetzt ohne Versicherung bei Ihnen behandelt werden, ist das in etwa das was die anderen Patienten auch haben oder ist es was anderes, ist es schwerwiegender?“

Experte 9: „Vielleicht ist das Spektrum ähnlich, aber die kommen alle zu spät. Also Phlegmone kommen nicht wenn es ein bisschen weh tut und pocht am Finger, sondern wenn sie so einen Arm dran haben wie ein Elefant und hoch rot mit Lymphangitis. Oder Frakturen, Wunden kommen nach mehreren Tagen, wenn man kaum noch was machen kann. Da ist die Hürde dann anscheinend doch sehr hoch.“ [...]

Experte 9: „[...] wenn die jetzt nicht von alters her in der Straßenambulanz sowieso schon immer mal versorgt worden sind, [...] die wissen ja gar nicht, wohin sie gehen sollen und dann kommen sie [...] vielleicht nicht zu spät, aber später, sehr spät, sehr schlecht für die Patienten.“ (Z. 414ff.)

Die Aussagen der Patienten bestätigten die Einschätzung der Experten. Einige gaben an, aufgrund ihres Nichtversichertseins Arztbesuche vermieden zu haben. Bei einigen führte das Fehlen der Krankenversicherung auf diese Weise zum Therapieabbruch oder verhinderte den Behandlungsbeginn. Unter den interviewten Patienten berichtete Patient 9 (siehe Kapitel 5.4.6), dass er sich in regelmäßiger Behandlung bei seinem damaligen Hausarzt befand, als er seine Krankenversicherung verlor. Er wurde deshalb trotz fortdauernden Behandlungsbedarfes nicht mehr in der Hausarztpraxis vorstellig und nahm auch die Medikamente nicht mehr ein, die er verordnet bekommen hatte.

Interviewerin: „Mit welchen Beschwerden kamen Sie dann hierher [ESA, Anm. d. Verf.]?“

Patient 9: „Das waren damals diese Beinbeschwerden, die Durchblutungsstörung.“

Interviewerin: „Wo sind Sie jetzt in Behandlung, kommen Sie nur hierher, haben Sie noch einen Hausarzt?“

Patient 9: „Ich komme jetzt nur hierher, weil ich mich ja gar nicht mehr zu meinem Hausarzt [...] traue. [...] ich habe denen immer die Versicherungskarte in die Hand gedrückt und weiß gar nicht, ob ich versichert war.“ [...]

Interviewerin: „Wann waren Sie bei dem das letzte Mal?“

Patient 9: „Gar nicht so lange her, im März dieses Jahr, bis ich gemerkt habe, dass ich nicht mehr versichert bin.“ (Z. 483ff.)

Patient 9: „[...] Irgendwann ist mir dann auch das Geld ausgegangen, ich konnte mir dann auch keine Medikamente mehr holen, wenn sie nicht versichert sind bzw. wenn sie kein Geld vom Jobcenter kriegen, das habe ich ja dann auch über einen Zeitraum von zwei Monaten bis jetzt nicht gekriegt und irgendwann geht das halt auch aus und dann haben sie gar kein Geld mehr, um Medikamente zu kaufen.“ (Z. 566ff.)

Die Expertenaussagen und Fallbeispiele zeigen also, dass bei Nichtversicherten durchaus auf verschiedenen Ebenen Behandlungsbedarf besteht. Inwieweit diesem mit den vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten entsprochen werden kann, wird im folgenden Kapitel thematisiert.

5.8.4 Versorgungssituation aus Patienten- und Expertensicht

Das Hilfesystem in Frankfurt bietet Nichtversicherten über vier Hilfseinrichtungen Zugang zu medizinischer Versorgung, die Aufnahme in das reguläre Versorgungssystem ist nur in Ausnahmefällen möglich (siehe Kapitel 5.8.1). Um herauszufinden, ob die Möglichkeiten an medizinischer Versorgung damit ausreichend sind oder Versorgungslücken entstehen, die für die Betroffenen von Nachteil sind, wurden die Patienten dazu befragt, ob sie sich gut versorgt fühlten, wie sie als Nichtversicherte in Hilfseinrichtungen und im Vergleich dazu in Einrichtungen des Regelsystems behandelt wurden und ob sie Vergleiche zu einer Behandlung als regulär Versicherte hatten. Für eine realistische Einschätzung muss auch die Sichtweise der Experten einbezogen werden, die die Versorgungssituation von Nichtversicherten objektiv beurteilen und einen Vergleich zu regulär versicherten Patienten und den medizinischen Standards ziehen können.

Viele der befragten Patienten gaben an, Erkrankungen zunächst selbst zu behandeln und sich über Bekannte Medikamente zu besorgen. Sie betonten, wegen Kleinigkeiten keinen Arzt aufzusuchen, sondern erst wenn dies unumgänglich sei. Auch die Experten bestätigten, dass sich Nichtversicherte eher zögerlich in Behandlung begeben, während regulär versicherte Personen eine geringere Hemmschwelle haben, einen Arzt aufzusuchen. Infolge stehen manche der Nichtversicherten über mehrere Jahre nicht in medizinischer Betreuung. Aus den Aussagen der Patienten 8 und 22 (siehe Kapitel 5.4.1 bzw. 5.4.3) wird dieses Verhaltensmuster deutlich. Patient 22 war Langzeit-Nichtversicherter und zählte zu den noch jungen und gesunden Wohnungslosen. Bei ihm war bisher keine dauerhaft behandlungsbedürftige Erkrankung bekannt. Bei Patient 8 trat erst zwei Jahren zuvor eine chronische Erkrankung auf, bis dahin sorgte auch er sich als junger und gesunder Wohnungsloser nicht um seine Gesundheit und suchte über mehrere Jahre fast nie einen Arzt auf.

Patient 8: „[...] wenn man versichert ist, ist man empfindlicher, dann weiß man, dass man versichert ist und wenn man nicht versichert ist, wenn man ein kleines Wehwehchen hat, dann geht man nicht gleich zum Arzt.“

Interviewerin: „Wie häufig gehen Sie jetzt zum Arzt?“

Patient 8: „Fast nie. Ich mag keine Ärzte normalerweise, ehrlich nicht.“ (Z. 237ff.)

Interviewerin: „Haben Sie denn irgendwelche Krankheiten? Wie oft waren Sie denn beim Arzt in letzter Zeit? Also, die Blutvergiftung vor zwei Jahren ...?“ [...]

Patient 22: „Das war das Einzige, weil sonst bin ich immer gesund, außer mir geht es dreckig, wenn ich Grippeerscheinungen habe oder was, dann gehe ich auch hierher [ESA, Anm.d.Verf.]. Das ist die einzige Station, wo ich so ohne Versicherung das durchkriege, die kennen mich auch schon jahrelang.“ [...]

Interviewerin: „[...] nicht irgendwie Tabletten, die Sie regelmäßig nehmen oder so?“

Patient 22: „Ich nehme keine Medikamente, nichts, ich bin ‚bumberl‘-gesund.“ [...]

Patient 22: „Ich gehe nicht gleich hierher wegen einer Kleinigkeit, wenn ich irgendwas habe, weil die Kleinigkeiten kann ich mir selber auch weg, da weiß ich schon meine Medizin, wie ich das mache. [...]“ (Z. 238ff.)

Ist die Selbstbehandlung nicht ausreichend und sehen sich die Betroffenen gezwungen, einen Arzt aufzusuchen, wenden sie sich zunächst meist an Hilfseinrichtungen. Denn wie Patient 22 in obigem Zitat angab, können sie nur dort davon ausgehen, als Nicht-versicherte behandelt zu werden. Die Patienten selbst beurteilten die dortige Versorgung als sehr positiv und fühlten sich gut versorgt, auch wenn viele keine Vergleichsmöglichkeiten hatten. Denn als Langzeit-Nichtversicherte wurden sie schon seit Jahren in Hilfseinrichtungen betreut oder hatten vor dem Verlust der Krankenversicherung keinen Behandlungsbedarf und konnten somit nicht beurteilen, ob eine Behandlung mit Krankenversicherung anders ablaufen würde. Dies war z. B. bei Patient 24 (siehe Kapitel 5.4.8) der Fall. Zwar verlor er erst vor kurzem seine Versicherung, doch trat seine Erkrankung erst während seines Nichtversichertseins auf.

Interviewerin: „Also fühlen Sie sich nicht benachteiligt?“

Patient 24: „Bis dato nicht, nein, kann man nicht sagen.“ [...]

Patient 24: „[...] hier bei den Maltesern, [...] kommt mir alles gut vor, kommt mir vor, als wenn ich ganz normal versorgt werde. Aber ich muss sagen, ich weiß es nicht, kann dazu nicht viel sagen, weil ich in der Vergangenheit auch nie viel bei Ärzten war, weil ich immer total gesund bin.“ (Z. 493ff.)

Patienten, die Vergleichsmöglichkeiten hatten, urteilten meist anders und nahmen die Einschränkungen bei den Behandlungsmöglichkeiten eher wahr. Bei Langzeit-Nichtversicherten fehlte dagegen nicht nur der direkte Vergleich, sondern schienen auch die Ansprüche an die medizinische Versorgung niedriger zu sein, so dass die Einschränkungen durch das Nichtversichertsein nicht als belastend angesehen wurden, wie Experte 6, Arzt in einer Hilfseinrichtung, beobachtete. Dies ist mit dem geringeren Gesundheitsbewusstsein bei Langzeit-Nichtversicherten vereinbar, wie im vorhergehenden Kapitel erwähnt.

Experte 6: „[...] Viele von denen legen gar keinen Wert auf eine volle medizinische Behandlung, die kommen nur für akute Sachen und dann ist es für die abgeschlossen, dann erscheinen die auch wochenlang nicht, wenn es denen besser geht. [...] ich glaube vielen ist es dann auch egal, ob sie versichert sind oder nicht, die erwarten auch nicht, dass da eine volle medizinische Behandlung durchgeführt wird.“ [...]

Experte 6: „[...] die wissen auch, dass wir bestimmte Sachen bei denen nicht machen. Das wird auch offen ausgesprochen, dass wir sagen: ‚Sie sind nicht versichert, das und das können wir nicht machen bei Ihnen.‘ [...]“ (Z. 508ff.)

Darüber hinaus legten viele der Patienten Wert auf einen verständnisvollen Umgang bezüglich ihrer besonderen Lebenslage, was in Institutionen des Regelsystems oft nicht zu finden war. Dies war für einige ausschlaggebend, weshalb sie sich in Hilfseinrichtungen gut betreut fühlten, wie es beispielsweise in den Aussagen von Patient 19 (siehe Kapitel 5.4.3) zum Ausdruck kommt. Patient 19 war zum Zeitpunkt des Interviews bereits wieder krankenversichert, hatte sich aber dennoch keinen Hausarzt gesucht. Grund hierfür war nach seinen Angaben neben einer fachlich kompetenten Versorgung in der Hilfseinrichtung der von so vielen betonte menschliche Umgang der Mitarbeiter mit den Patienten, so dass er sich verstanden und ernst genommen fühlte.

Patient 19: „Das ist top. [...] man wird wirklich hier ernst genommen und man hat wirklich nicht nur das Gefühl sondern es ist so, dass man Zeit für jemanden hat, was bei anderen Ärzten nicht der Fall ist, schnell, schnell, schnell. Aber das ist hier top, das ist nicht nur weil ich privat versichert bin, das geht den anderen ja auch so.“ (Z. 351ff.)

Im Gegensatz dazu begegneten die Patienten den Einrichtungen des Regelsystems gegenüber mit Vorbehalten. Dies zeigt auch obiges Beispiel von Patient 19. Darin wird deutlich, dass nicht nur die fehlende Krankenversicherung ein Hindernis für den Zugang zum Regelsystem darstellt, sondern auch die außerordentlichen Lebensumstände. Denn gerade für Nichtversicherte, die mit besonderen sozialen Schwierigkeiten belastet sind, ist eine nicht verurteilende Umgangsweise wichtig. Die Mitarbeiter in den Hilfseinrichtungen sind dafür sensibilisiert, in Einrichtungen des Regelsystems fühlen sich die Betroffenen dagegen oft nicht verstanden oder abschätzig behandelt. So fühlten sich beispielsweise langjährige Obdachlose stigmatisiert und hatten das Gefühl aufgrund ihres Erscheinungsbildes und ihrer Lebensweise in einer Arztpraxis nicht akzeptiert und verstanden zu werden. Patient 18 (siehe Kapitel 5.4.3) erklärte wie er deshalb als Obdachloser Hemmungen hatte, einen Hausarzt aufzusuchen.

Patient 18: „Früher hatte ich schon einen Hausarzt. Aber ich kann mich nicht erinnern, wann ich das letzte Mal dort war. [...] vor ein paar Monaten, wegen der Unterbringung in der Notunterkunft, da hab ich die Tuberkulose-Vorsorgeuntersuchung bekommen. Aber ansonsten bin ich schon jahrelang nicht mehr richtig untersucht worden.“

Interviewerin: „Haben sich die Behandlungsmöglichkeiten für Sie geändert, seit Sie keine Krankenversicherung mehr haben? [...]“

Patient 18: „Ja, also die Hemmschwelle ist größer zu einem normalen Arzt zu gehen, allgemein mich unter normale Leute zu begeben. Das ist hier [ESA, Anm.d.Verf.] nicht so. Bei einem normalen Arzt könnte ich das nicht so frei erzählen, dass ich wohnungslos bin und so weiter. Deshalb will ich auch weiterhin hierherkommen, auch wenn ich eine Krankenversicherung habe.“ (Z. 162ff.)

Trotz mancher Einschränkungen in den Behandlungsmöglichkeiten fiel die Meinung der Patienten zu den Hilfseinrichtungen einheitlich positiv aus. Doch fügten einige auf Nachfrage hinzu, dass das gute Angebot und das Engagement der Mitarbeiter nicht ausreichen können, um all diejenigen zu betreuen, die aus dem Regelsystem ausgeschlossen sind. Viele der Patienten sahen das Grundproblem darin, dass der Staat seiner sozialen Verantwortung nicht mehr nachkomme. Dadurch werde das Hilfsnetz unersetzlich, denn gäbe es die Hilfseinrichtungen nicht, wäre die Lage, nicht nur in Bezug auf die medizinische Versorgung, für viele Menschen noch aussichtsloser. Patient 9 (siehe Kapitel 5.4.6) brachte diese Sichtweise beispielhaft zum Ausdruck.

Interviewerin: „Also so Hilfseinrichtungen wie die Caritas oder andere, die es gibt, reicht nicht aus um das aufzufangen?“

Patient 9: „Alleine können die das sicherlich nicht schaffen, das ist ganz klar. [...] Wenn ich heute mit offenen Augen durch die Stadt gehe, [...] diese Armut, die man da sieht, also nicht die Menschen, die jetzt unbedingt arbeitslos sind, die auch arbeiten, die aber ihr ganzes Geld was die verdienen im Monat für Miete brauchen. Man braucht zum Leben noch ein bisschen was anderes und das funktioniert nicht mehr in Deutschland. Und wenn solche Leute dann auch noch ihren Arbeitsplatz verlieren, dann ist es ganz aus, denn von 364 Euro, die es mittlerweile sind, da kommen sie wirklich nicht weit. [...]. Wenn es die Caritas nicht geben würde und ähnliche Einrichtungen, es würde katastrophal aussehen in Deutschland.“ (Z. 702ff.)

Auch andere Patienten, so z. B. Patient 21 (siehe Kapitel 5.4.2), teilten diese Meinung und fügten hinzu, dass es nicht Aufgabe der Hilfseinrichtungen sein sollte, die Lücken des Regelsystems auszugleichen, wo stattdessen staatliche Hilfe greifen sollte.

Interviewerin: „[...] Die Frage ist, können die das ausgleichen was ...?“

Patient 21: „Das sollen sie gar nicht, dafür sind sie nicht gemacht, bin ich der Meinung. Die sind nicht dafür da, um die staatliche Misere auszugleichen oder Missstände im Staat auszugleichen. [...]“ (Z. 942ff.)

In manchen Situationen müssen sich Nichtversicherte direkt an das Regelsystem der medizinischen Versorgung wenden und ein Krankenhaus aufsuchen. Dies gilt für manche Notfälle und für Zeiten, in denen keine medizinische Hilfseinrichtung geöffnet hat, wie an Abenden und Wochenenden der Fall. Ist eine Behandlung unaufschiebbar sind Krankenhäuser verpflichtet Nichtversicherte zu behandeln (siehe Kapitel 5.8.1). Dementsprechend wurde keiner der Patienten abgewiesen, wenn er aufgrund eines Notfalls direkt ein Krankenhaus aufsuchte. Dennoch fanden sich teils Unterschiede in der Behandlung im Vergleich zu regulär versicherten Patienten.

Patient 22 (siehe Kapitel 5.4.3) ging aufgrund einer Blutvergiftung an einem Wochenende direkt in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Er informierte die behandelnde Ärztin über seine Lebenssituation als Obdachloser und vereinbarte für die Behandlung eine Barzahlung nach seinen finanziellen Möglichkeiten. Insgesamt fühlte er sich damit adäquat und freundlich behandelt, auch wenn der finanzielle Eigenbeitrag für ihn ein großes Opfer bedeutete und er rasch wieder entlassen wurde. Ein regulär versicherter Patient wäre möglicherweise für eine stationäre Behandlung aufgenommen worden.

Patient 22: „[...] wie ich die Blutvergiftung gehabt habe vor zwei, drei Jahren und dann bin ich ins [...] [Name des Krankenhauses anonym, Anm. d. Verf.] gegangen. Und da habe ich es gerade mit Ach und Krach mit fünfzig Euro zahlen können.“ [...]

Patient 22: „[...] weil ich hab gesagt: ‚Ich hab nicht mehr Kohle.‘ Und [...] die mich behandelt hat, hat dann gesagt: ‚Ok, das passt schon.‘ Aber die hat gesagt, die kennt die Doktorin auch hier [ESA, Anm. d. Verf.] [...]“ [...]

Interviewerin: „Und dann sind Sie sofort ins Krankenhaus, also gar nicht hierher [ESA, Anm. d. Verf.] [...]?“

Patient 22: „Ja, das war übers Wochenende, weil da war ja hier nicht offen. [...]“

Interviewerin: „Und wie lange waren Sie dann im Krankenhaus?“

Patient 22: „Nur einen Tag, ich habe nur das behandeln und aufschneiden lassen und den Dreck rausholen und dann habe ich Antibiotika verschrieben gekriegt, so habe ich mich dann durchgekämpft.“ [...]

Interviewerin: „Und da im Krankenhaus, wie haben Sie sich da gefühlt, wurde da ein Unterschied gemacht, weil Sie keine Versicherung hatten?“

Patient 22: „Nein, eigentlich nicht, die haben nicht gemeckert. Weil ich habe eh gesagt, ich bin ofW und das und ich habe keine Kohle und so. Die haben mich aber trotzdem gleich behandelt, die sind freundlich gewesen, die Oberärztin war ok.“ (Z. 225ff.)

Kann eine Erkrankung nicht ambulant versorgt werden, sondern ist eine stationäre Behandlung im Krankenhaus notwendig, fallen jedoch deutlich höhere Kosten an, die von den Betroffenen nicht mehr selbst getragen werden können. Hier zeigen sich daher mehr Einschränkungen in der Behandlung. Einige Patienten gaben an, trotz des

fehlenden Krankenversicherungsschutzes gut behandelt worden zu sein und hatten nicht den Eindruck, dass ihnen wesentliche Bestandteile der Therapie vorenthalten wurden. So berichtete Patient 2 (siehe Kapitel 5.4.4), wie er nach einem Raubüberfall mit Körperverletzung notfallmäßig in ein Krankenhaus eingeliefert wurde, wo er sogar einige Zeit auf der Intensivstation lag. Er sprach von Glück, dass das Klinikpersonal in seinem Fall nicht nach ökonomischen Aspekten über die Therapie entschied, sondern ihn gut und freundlich behandelte, obwohl die Kostenübernahme unklar war.

Patient 2: „[...] [Name des Krankenhauses anonym, Anm.d.Verf.] hat es behandelt [...]. Das war ein grandioses Krankenhaus, gute Medizinerinnen und [...] die waren alle [...] freundlich und guten Sinn für Humor. Die waren eine große Hilfe, ich war da auch lang. Ich war nicht versichert, das war geschenkt.“ (Z. 221ff.)

Patient 2: „Ja, ich hatte Glück gehabt. Ich war erstes in ein richtiges Krankenhaus behandelt, [...] das ein Interesse hatte in der Aufgabe, die waren Doktors, nicht nur Kassenwärter. [...]“ (Z. 603ff.)

Hingegen erzählte Patient 8 (siehe Kapitel 5.4.1), der wegen Herzrhythmusstörungen ins Krankenhaus eingeliefert wurde, wie wegen des fehlenden Versicherungsschutzes eine kürzere Behandlung erfolgte und auf eine zügige Entlassung gedrängt wurde. Da er später die gleiche Behandlung erneut benötigte, nun jedoch krankenversichert war, konnte er den Unterschied in der Behandlung feststellen.

Interviewerin: „Sie haben den Rettungswagen gerufen?“

Patient 8: „Musste ich, und da war ich nicht versichert.“ [...]

Patient 8: „[...] die haben mich einen Tag behandelt und am nächsten Tag haben die mich vor die Tür gesetzt.“

Interviewerin: „Warum so schnell?“

Patient 8: „Weil ich nicht versichert war. Und jetzt habe ich dasselbe gehabt, war lange im Krankenhaus, da war ich fünf Tage und jetzt muss ich immer noch meine Spritzen spritzen [...]. Damals musste ich gar nichts machen, weil die mich wirklich vor die Tür gestellt haben, weil ich nicht versichert war.“ [...]

Interviewerin: „Also hat sich die Therapie geändert von damals, als Sie nicht versichert waren zu jetzt?“

Patient 8: „Das ist ein Unterschied, aber ein gewaltiger Unterschied, ehrlich [...].“ (Z. 188ff.)

Ebenso berichtete Patient 19 (siehe Kapitel 5.4.3), dass er zügig aus dem Krankenhaus entlassen wurde, da keine Krankenversicherung vorlag. Die Behandlung an sich war seiner Ansicht nach jedoch ausreichend gewesen, so dass er sich nicht schlecht oder nachteilig behandelt fühlte. Er führte dies darauf zurück, dass das Nichtversichertsein

für Krankenhausärzte in der Behandlung nicht im Vordergrund stehe, da die Kostenklärung nicht in ihren Aufgabenbereich falle.

Interviewerin: „Aber auch damals im Krankenhaus [...] wurden Sie da auch [...] gut behandelt [...]? Oder haben Sie da das Gefühl gehabt, die geben Ihnen bestimmte Sachen nicht, weil Sie keine Versicherung hatten? [...]“

Patient 19: „Nein, die haben mich relativ bald rausgeschmissen, weil ich keine hatte. Aber so, die Behandlung, kann ich nicht sagen, dass da irgendwie eine Verschlechterung eingetreten ist, weil ich keine Krankenversicherung hatte. Im Prinzip interessiert das den Arzt auch gar nicht im Krankenhaus. Der kriegt seine Flocken am Monatsende, was interessiert den die Krankenversicherung. Da gibt's so eine Tante, die ist irgendwo da, da muss man hinkommen. Die kommt zu einem, um das zu regeln [...].“ (Z. 481ff.)

Passend zu den Schilderungen der Patienten beobachteten auch die Experten aus den Hilfseinrichtungen, dass nichtversicherte Patienten eher frühzeitig aus stationären Behandlungen entlassen werden oder lediglich in der Notaufnahme versorgt werden, statt sie stationär aufzunehmen, um die Kosten der Behandlung so begrenzt wie möglich zu halten. Genauso erwähnten jedoch einige Experten, sowohl aus Hilfseinrichtungen als auch aus Krankenhäusern, dass manche Patienten selbst auf eine zügige Entlassung drängten, teils gegen ärztlichen Rat, oder das Krankenhaus unangekündigt verließen, wie schon in Kapitel 5.8.2 erläutert. Experte 6, Arzt in einer Hilfseinrichtung, beschrieb anhand eines Beispiels, wie ein nichtversicherter Patient trotz eines schlechten Allgemeinzustandes lediglich in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt wurde. Dem Patienten wurde vom Klinikpersonal mitgeteilt, dass die Behandlung so ausreichend sei und er zunächst seine Versicherungssituation klären müsse. In den schriftlichen Unterlagen wurde jedoch vermerkt, dass der Patient eine stationäre Aufnahme ablehnte.

Experte 6: „[...] wir haben jetzt einen Patienten gehabt, der wurde vom Krankenhaus ‚auf eigenen Wunsch‘ hieß es entlassen, aber das war gar kein eigener Wunsch. Nur der war nicht versichert, und das haben sie in dem Brief so geschrieben ‚ihm geht es besser und auf eigenen Wunsch wird der Patient entlassen‘ und der ist dann am selben Abend hat der sich in [...] [Name des Krankenhauses anonym, Anm. d. Verf.] vorgestellt, weil es ihm schlechter ging, dort ist er aber auch nicht aufgenommen worden. Dort haben sie das Pleuraexsudat abpunktiert, eineinhalb Liter, und dann wieder entlassen. Und dann war er am nächsten Tag hier, auch in einem ganz schlechten Zustand.“ [...]

Experte 6: „Es wurde ihm gesagt: ‚Das ist jetzt soweit gemacht und Sie müssen jetzt Ihre Krankenversicherung klären.‘“ [...]

Experte 6: „Und in dem Brief stand halt: ‚Auf eigenen Wunsch wurde er entlassen.‘ Und uns hat er gesagt: ‚Nein, die haben gesagt, das sei soweit jetzt abgeschlossen.‘“ (Z. 607ff.)

Abgesehen von den Fällen, wo lediglich eine Akutbehandlung in der Notaufnahme erfolgt, räumte Experte 6 jedoch ein, dass Behandlungen adäquat durchgeführt würden, wenn es denn zu einer stationären Aufnahme komme.

Interviewerin: „Bekommen die alles was sie medizinisch brauchen?“

Experte 6: „Das was wir so einweisen zur stationären Behandlung, die sind alle ordentlich behandelt und haben auch entsprechende Berichte mit, wo man sagen kann, da ist alles gemacht worden, was man machen kann.“

Interviewerin: „Obwohl sie keine Versicherung haben?“

Experte 6: „Ja. Einmal wenn sie drin sind, dann werden sie schon durchtherapiert.“ (Z. 648ff.)

Dies entspricht auch den Aussagen der Experten aus den Krankenhäusern. So werden lebensnotwendige Behandlungen im Krankenhaus auch bei Nichtversicherten durchgeführt, eine über das Akute hinausgehende Therapie ist dagegen nur eingeschränkt möglich. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, nannte als Beispiel einen Patienten mit Herzinfarkt. Demnach erfolgt auch bei einem Nichtversicherten in diesem Fall eine Herzkatheteruntersuchung mit allen im Anschluss zwingend notwendigen Maßnahmen. Detailliertere Diagnostik und weiterführende Behandlungen, die nicht mehr akut lebensnotwendig sind, werden dagegen bei Nichtversicherten nicht durchgeführt.

Expertin 8: „[...] zum Beispiel also der Patient kommt als Notfallversorgung hierher und hat was am Herzen und es ist für morgen ein Stent angedacht oder so, also irgendwas was akut gemacht werden muss, dann wird das gemacht, ob ich jetzt sage der Mann ist nicht versichert oder nicht [...]. Sachen, die man abwenden kann, was weiß ich, noch mal ein zweites Labor oder irgendwie noch mal anders, da wird das große Bild abgecheckt, aber es wird nicht im Kleingedruckten gebohrt.“ (Z. 1030ff.)

Expertin 8 ergänzte an anderer Stelle, dass versucht werde, stationäre Behandlungen so kurz wie möglich zu halten und bestätigte damit die Aussagen der Patienten und Experten aus den Hilfseinrichtungen, wie sie in obigen Zitaten festgehalten wurden.

Interviewerin: „Wird denn jetzt ein Unterschied gemacht zwischen Patienten, die eine Versicherung haben und die keine Versicherung haben in der Behandlung?“

Expertin 8: „[...] worauf wir auch angehalten sind, dass wir schon versuchen, den Krankenhausaufenthalt so kurz wie möglich zu halten, um einfach die Kosten nicht zu sprengen. Aber ich denke, dass die genauso eine Erstversorgung erhalten wie jeder andere auch. [...]“ (Z. 1009ff.)

Trotz der Einschränkungen, zu denen sich Krankenhäuser gezwungen sehen, werden Notfallpatienten also zunächst einmal gleich behandelt, egal ob versichert oder nicht, was mehrfach von den befragten Mitarbeitern aus dem Arbeitsbereich Krankenhaus bekräftigt wurde. Liegt dagegen kein akuter Behandlungsbedarf vor, so gaben die Experten zu, dass Unterschiede zwischen regulär Versicherten und Nichtversicherten gemacht werden müssen. Demzufolge wird bei Patienten ohne Krankenversicherung stärker abgewogen, ob eine Behandlung stattfinden kann und muss, auch wenn diese ohne Zweifel medizinisch indiziert ist. Wie Expertin 7, Mitarbeiterin eines Krankenhaussozialdienstes, erklärte, kommt es in diesen Fällen durchaus vor, dass Patienten abgewiesen werden, mit dem Hinweis, zunächst die Versicherungssituation zu regeln. Ist aber absehbar, dass die Einbindung in eine Krankenversicherung nicht gelingt und ist gleichzeitig eine Therapie unbedingt notwendig, wird diese zwar durchgeführt, jedoch muss zwischen verschiedenen Therapieoptionen die kostengünstigere gewählt werden. Hier kann also nicht mehr von einer Gleichbehandlung und Versorgung nach medizinischen Standards gesprochen werden.

Expertin 7: „Also man muss sicherlich unterscheiden, wenn jetzt einer kommt und hat keinen Krankenversicherungsschutz und da steht jetzt: ‚Der hat Schmerzen in der Hüfte.‘ Und man würde einem anderen sagen: ‚Ok, lassen Sie sich eine Hüftprothese einbauen.‘ Das würde man jetzt vielleicht bei ihm nicht sofort sagen, sondern sagen: ‚ Klären Sie erstmal wie Sie versichert sind und dann kommen Sie wieder.‘ Aber alles andere was akut notwendig ist, behaupte ich, wird gemacht.“ [...]

Expertin 7: „[...] Aber ansonsten wird jeder gleich behandelt, da gibt es keinen Unterschied. Wie gesagt, ein Unterschied sicherlich bei dem, was jetzt nicht sofort und auf der Stelle notwendig ist. Wir hatten letztens eine Dame aus Bulgarien, bei der eine Krebserkrankung festgestellt wurde, die ist hier akut behandelt worden, aber die kriegt hier keine Chemo, das nicht. Aber wenn die jetzt nicht ins Heimatland zurückgeht, die wird sich nicht behandeln lassen, die wird irgendwann hier wieder auftauchen und wird schlechter sein und dann wird die logischerweise auch wieder behandelt, auch wenn wir wissen sie hat keinen Krankenversicherungsschutz. [...] aber da wird natürlich jetzt keine teure Behandlung angefangen, die nicht gedeckt ist, das sicherlich nicht.“ (Z. 887ff.)

So hoben die Experten aus den Krankenhäusern wiederholt die ausbleibende Kosten-erstattung als zentrales Problem hervor und wiesen darauf hin, dass eine zu häufige Aufnahme von Nichtversicherten die ohnehin knapp kalkulierten finanziellen Mittel der Krankenhäuser überlaste. Dennoch werde letztlich immer nach medizinischen Kriterien über eine Behandlung entschieden, wie z.B. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, betonte. So werden die behandelnden Ärzte zwar von Sozial-

dienst und Verwaltungsmitarbeitern auf die fehlende Versicherung hingewiesen und gebeten, die Therapieoptionen abzuwägen. Doch sei letztlich immer die Entscheidung des Arztes vorrangig und so werde kein Arzt unter Druck gesetzt, Patienten nicht zu behandeln oder vorzeitig zu entlassen, wenn dies nicht medizinisch vertretbar sei.

Expertin 8: „[...] das ist Ermessenssache des Arztes. Wir schicken als Verwaltungskraft niemals jemanden weg, das muss der Arzt entscheiden. Wir halten Rücksprache mit dem Arzt, klar, und sagen: ‚Der ist nicht versichert, was können wir tun, ist das dringend notwendig, dass der jetzt behandelt werden muss?‘ Und dann spricht der Arzt mit dem Patienten und wir sprechen auch mit dem, was dann so an Prozedere vom Ablauf gemacht werden müsste. Dann sagt der Arzt: ‚Nach Krankheitsbild muss er halt bleiben, ist egal was jetzt passiert, der wird jetzt behandelt.‘ Oder er sagt: ‚Ok, wir können noch drei Tage warten, dann kommen Sie bitte nochmal wieder.‘“ (Z. 1058ff.)

Aus Sicht der Krankenhäuser scheint diese Vorgehensweise durchaus nachvollziehbar und praktikabel. Aus Sicht der Hilfseinrichtungen wurde jedoch Kritik daran geäußert. Denn sie führt dazu, dass zwar Notfälle ausreichend versorgt werden, andere Patienten aber nicht adäquat behandelt werden. Lehnt ein Krankenhaus einen Nichtversicherten ab, übersteigt die notwendige Behandlung oft die Möglichkeiten des ambulanten Hilfsnetzes, so muss entweder abgewartet werden, bis ein Notfall eintritt, oder es muss die schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes hingenommen werden. Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, beschrieb anhand eines Beispiels, wie die Behandlung eines Nichtversicherten letztlich nicht zufriedenstellend erfolgen kann, wenn kein Notfall vorliegt und eine medizinische Behandlung im Regelsystem aufgrund zu hoher Kosten abgelehnt wird.

Expertin 3: „[...] Also zum Beispiel den Fall den ich sagte, [...] der mit seiner Pseudarthrose. Da hat der niedergelassene Kollege festgestellt, das ist eine Pseudarthrose, das ist ein größeres Ding, [...] da müsste man operieren und Metall entfernen und vielleicht noch Knochentransplantation, [...] der hatte die Kliniken schon durch [...] aber keiner hat die Ressourcen, die finanziellen Ressourcen, um zu sagen, wir helfen jetzt, dass das in Ruhe heilen kann. Wäre ein Versicherungsschutz dagewesen, wäre er sicher sofort aufgenommen worden. Und es war nicht so notfallmäßig, dass er nicht mehr gehfähig war. Dann wäre es ja auch keine Frage gewesen. [...] Ja, weil keiner bei diesem Rattenschwanz an Kosten einfach so sagt, das machen wir jetzt aus humanitären Gründen, da gibt es nichts. Aber der Mann wird sicher ein Krüppel werden.“ (Z. 1257ff.)

Experte 6, Arzt in einer Hilfseinrichtung, verdeutlichte anhand eines Beispiels, wie die schlechte Gesundheitsversorgung Nichtversicherter oft das Ergebnis eines Zusammenspiels mehrerer Aspekte ist. Zum einen konnten bei dem Patienten die notwendige

Diagnostik und Therapie aufgrund der fehlenden Krankenversicherung nicht durchgeführt werden. Zum anderen brachte er nicht genügend Eigeninitiative und -interesse für die Behandlung auf, geschweige denn dafür, sich um derartige Belange wie einen Versicherungsabschluss zu kümmern. So stellte er sich noch nicht einmal regelmäßig zur Weiterbehandlung in der Hilfseinrichtung vor. Denn als langjähriger Wohnungsloser mit zusätzlicher Alkoholabhängigkeit fehlte es ihm an Gesundheitsbewusstsein und an Einsichtsfähigkeit, dass eine Behandlung dringend notwendig war. Experte 6 zweifelte also daran, dass er die Behandlungsmöglichkeiten wahrnehmen würde, selbst wenn es gelänge, ihn in eine Krankenversicherung einzubinden.

Experte 6: „[...] ich hatte heute einen Patienten gehabt, der hat AVK offenbar, einen Ulkus an seinem linken Knöchel medial, der heilt nicht zu, ist immer voller Maden, aber er ist auch ein Alkoholiker, der sich auch nicht darum kümmert. Aber man müsste [...], dass man die Grundsituation klärt, inwieweit eine arterielle Durchblutungsstörung vorliegt, Hinweise sind da, aber das können wir nicht machen, weil er nicht versichert ist. Andererseits, ich bezweifle, dass er dort hingehen würde, wenn man ihn überweist und sagt, er muss jetzt eine Sonographie machen und evtl. eine Angiographie machen, ob er das machen lässt. Das läuft darauf hinaus, dass irgendwann halt der Unterschenkel amputiert werden muss, wenn das so weitergeht. Also das sind zwei Sachen, wir können es gar nicht machen, weil er nicht versichert ist, und das ist ja nichts Akutes, wo man dann sagen kann, das muss jetzt sofort gemacht werden. Und die zweite Sache ist, ob er überhaupt hingehet, der kommt nicht mal hier regelmäßig her, obwohl ihm gesagt worden ist, dass er jeden Tag kommen soll, damit die Wunde behandelt werden kann, aber er kommt immer sporadisch. Da haben wir heute auch wieder eine Handvoll Maden da raus geholt.“ (Z. 715ff.)

Nach Meinung der Experten aus den versorgenden Einrichtungen sind Nichtversicherte letztlich im Vergleich zu regulär versicherten Patienten medizinisch schlechter versorgt. Denn trotz aller Bemühungen ist es mit den bereitstehenden Mitteln nicht möglich, eine adäquate medizinische Versorgung für all diejenigen zu leisten, die aus dem Regelsystem ausgeschlossen sind. Dementsprechend deutlich brachten Experte 1 und Expertin 3, beides Ärzte in einer Hilfseinrichtung, die für Patienten und medizinisches Personal unbefriedigende Versorgungssituation zum Ausdruck.

Interviewerin: „Das was angeboten werden kann in Frankfurt an medizinischer Behandlung für Nichtversicherte, kann damit eine adäquate Behandlung gewährleistet werden für Patienten? [...]“

Experte 1: „Von einer adäquaten Behandlung kann wirklich nicht die Rede sein. Das ist das Stopfen von Löchern, Nothilfe in Situationen wo einfach was getan werden muss, aber es ist einfach keine reguläre Versorgung. [...] das ist schon ein krasser Missstand, dass Menschen, die denken, dass sie krank sind, eben lange warten, weil sie nicht

wissen, wo sie hingehen sollen, dass bestimmte Untersuchungen, dass wir da auch eine bestimmte Schwelle einbauen müssen aus finanziellen Gründen, wir können also nicht so wie bei Versicherten, großzügig mit aller zur Verfügung stehenden Diagnostik umgehen. [...]. Also das ist dann auch schon so eine grenzwertige Sache, ob das medizinisch noch vertretbar ist, aber da spielen dann finanzielle Erwägungen schon auch eine Rolle. Von daher kann von einer optimalen Versorgung nicht die Rede sein, sondern das ist schon eingeschränkt auf das Allernotwendigste.“ (Z. 1290ff.)

Interviewerin: „[...] Kann man das auffangen, [...] was durchs Raster fällt [...]? Also, die Arbeit die ihr macht, die Malteser, das Gesundheitsamt und im Notfall auch mal Krankenhaus und Niedergelassene. Reicht das aus, um die Lücken zu füllen?“

Expertin 3: „Es reicht nicht aus, um eine befriedigende oder suffiziente oder angemessene Behandlung anzubieten, würde ich sagen. Ich glaube schon, [...] dass genügend Stellen für die Kranken da sind. [...] Aber wir kommen halt zu oft oder zu viel an den Punkt, dass etwas eigentlich indiziert wäre [...]. Wir haben keinen Ausweg in der Versorgung, [...] das heißt du gewinnst einen Grad der Sättigung, du bist beschäftigt mit Leuten, die wieder und wieder auf Dauer kommen werden, aber jedes Mal kränker, weil du ja viel zu wenig machen kannst. Und das ist frustrierend, das ist unbefriedigend und führt sicherlich auch, wie heißt das beflügelte Wort ‚zum sozialverträglichen Frühableben‘, also manche sehen wir ja auch nicht wieder, da weiß ich auch nicht was draus wird.“ (Z. 1981ff.)

Trotz eines gut ausgebauten Hilfesystems mit der Möglichkeit, Einzelfälle und Notfälle in das Regelsystem der medizinischen Versorgung zu vermitteln, muss die Versorgungssituation von Nichtversicherten insgesamt kritisch betrachtet werden. Denn ein Hilfsnetz kann zwar Vakanz überbrücken und dadurch die Nichtversicherung in begrenztem Maße kompensieren, doch kann es keinen vollwertigen Ersatz der Regelversorgung bieten. Limitierender Faktor sind letztlich die hohen Kosten in der medizinischen Versorgung. Ohne Eingliederung in die Regelversorgung mittels Krankenversicherung ist daher eine adäquate medizinische Versorgung nicht möglich.

5.8.5 Problembewusstsein bei nichtversicherten Patienten

Experte 13: „[...] Die Wichtigkeit, eine Krankenversicherung zu haben, ist einfach nicht allen Leuten bewusst. [...]“ (Z. 273f.)

Diese Aussage von Experte 13, Arzt im Amt für Gesundheit, bringt einen wichtigen Aspekt zum Ausdruck. Neben den bis hierhin erläuterten Hindernissen für die Eingliederung ins Regelsystem, mit denen sich Nichtversicherte konfrontiert sehen, spielt das Problembewusstsein für das eigene Nichtversichertsein eine wichtige Rolle für dessen Entstehen.

Verschiedene Patienten erwähnten, keine Notwendigkeit für eine Krankenversicherung zu sehen, solange sie gesund seien. Zwar wissen viele um ihr Nichtversichertsein, doch räumen sie ihm solange keine Priorität ein, bis ein Krankheitsfall eine medizinische Behandlung notwendig macht. Erst dann sind sie gezwungen, sich mit ihrer Versicherungssituation auseinanderzusetzen. Bis dahin kann das Fehlen der Versicherung verdrängt, vergessen und übersehen werden. Daran änderte auch die Einführung der Versicherungspflicht nichts. Wie Patienten und Experten bestätigten, hatten viele aus dem typischen Personenkreis der Nichtversicherten nicht davon erfahren oder sich nicht angesprochen gefühlt, so dass ihnen nicht bewusst war, dass sie gesetzlich verpflichtet waren, sich krankenzuversichern. Die Aussagen von Expertin 4, Sozialarbeiterin in einer Hilfseinrichtung, fassen diese Beobachtungen der Experten zusammen.

Interviewerin: „[...] Ist den Leuten denn bewusst, dass es eine allgemeine Versicherungspflicht gibt?“

Expertin 4: „Nein.“ [...]

Interviewerin: „Also, die haben die Gesetzesänderung oft nicht mitbekommen?“

Expertin 4: „Garantiert nicht. Also, unser Personenkreis nicht.“

Interviewerin: „Und ist ihnen bewusst, dass sie keine Krankenversicherung haben?“

Expertin 4: „Ja, natürlich, das merken die. [...] Auch die Wohnungslosen, die rumziehen, ja, die wissen: ‚Muss ich jetzt zum Sozialamt gehen?‘ Und dann: ‚Nein, den Sozialamtsschein gibt es nicht mehr.‘ – ‚Ach so.‘ Also, die wissen schon, [...] dass sie eben nicht krankensichert sind und dann irgendwas machen müssen.“

Interviewerin: „Nehmen die das dann auch als Problem wahr, also dass sie sagen: ‚Ich müsste mich da jetzt eigentlich kümmern?‘“

Expertin 4: „Nur wenn sie krank sind. Ich hatte es hier auch schon: ‚Ich bin doch nicht krank, ich brauch das nicht.‘ – ‚Ja, aber sie brauchen nur mal einen Unfall zu haben.‘ – ‚Mir passiert schon nichts.‘ So, also das Bewusstsein ist gar nicht da. Wenn sie krank sind, dann natürlich, dann haben sie Druck, das ist klar. Weil dann gehen sie ja zur Ambulanz und die sagen dann: ‚Jetzt müssen wir aber stationär und so.‘ Ja, dann schon.“

Interviewerin: „Das heißt, bis dass sie krank sind, würden sie sich auch von sich aus nicht kümmern?“

Expertin 4: „Nein.“

Interviewerin: „Weil einfach kein Bedarf besteht?!“

Expertin 4: „Ja, genau.“ (Z. 654ff.)

Diesen Beobachtungen entsprechend gab auch Patient 22 (siehe Kapitel 5.4.3) an, von der Gesetzesänderung nicht erfahren zu haben und reagierte erstaunt darauf, dass auch Obdachlose dazu verpflichtet sein sollten, sich krankenzuversichern.

Interviewerin: „[...] 2007 gab es eine Gesundheitsreform in Deutschland“

Patient 22: „Da hab ich keine Ahnung.“

Interviewerin: „Also da haben Sie nichts mitbekommen davon?“

Patient 22: „Nein.“

Interviewerin: „[...] da wurde beschlossen, dass alle Menschen, die hier leben in Deutschland, sich krankenversichern müssen. Das hat Sie nicht betroffen [...]?“

Patient 22: „Nein, warum soll ich mich versichern lassen? Also, ich habe nichts mitgekriegt. Ist Pflicht jetzt, oder wie? Auch die, die auf der Straße leben?“ (Z. 211ff.)

Die Frage, ob er eine Krankenversicherung prinzipiell als wichtig erachte, bejahte er im Allgemeinen. Doch sah er seine eigene Situation gleichzeitig außen vor und begründete dies damit, dass er lange Jahre ohne Krankenversicherung ausgekommen war.

Interviewerin: „[...] Ist es ein Problem, dass es Leute ohne Versicherung gibt [...]?“

Patient 22: „Also ich bin die ganzen Jahre jetzt ohne Versicherung und so durchgekommen. Ich meine, ich habe mich auch bei der Arbeit nie riesig verletzt oder so. Aber ich sag schon, es ist schon gut, wenn man eine hat.“

Interviewerin: „Wäre schon besser?“

Patient 22: „Ja, logisch. [...] das ist schon gut, wenn man versichert ist. Aber ich bin schon so lange draußen, ich war die ganzen Jahre nicht versichert und so. [...]. Für mich ist es halt dann was Neues, wenn ich jetzt sage: ‚Ich habe Papiere und ich bin versichert.‘ Weißt du, das ist dann auch wieder eine Umstellung.“ (Z. 336ff.)

Die Reaktion von Patient 22 zeigt, dass Personen in außerordentlichen Lebensumständen, wie z. B. Obdachlose, die sich von der Gesellschaft und dem staatlichen Regelsystem ausgeschlossen fühlen, auch neuen gesetzlichen Auflagen keine Beachtung schenken. So lässt sich bei vielen ein allgemeines Desinteresse und eine negative Haltung gegenüber politischen Entscheidungen und dem Staat beobachten, wie schon in Kapitel 5.5.1 ausgeführt. Dementsprechend verneinten viele der Patienten die Frage, ob sie von der Einführung der Versicherungspflicht erfahren hatten. Manche wussten nicht, dass es eine Versicherungspflicht gab oder dachten, es würde sie nicht betreffen. Andere erfuhren erst von den Mitarbeitern einer Hilfseinrichtung oder Behörden davon. Andere wiederum hörten zwar davon, doch brachte die Gesetzeseinführung für sie keine unmittelbaren Konsequenzen, da sie aus verschiedensten Gründen nicht in der Lage waren, die Anforderungen umzusetzen und eine Versicherung abzuschließen.

Die Frage, ob eine Krankenversicherung wichtig sei und prinzipiell alle Menschen in Deutschland eine Krankenversicherung haben sollten, wurde dagegen von den meisten Patienten bejaht. So wurde das politische Ziel, allen in Deutschland lebenden Personen Zugang zu einer Krankenversicherung und zu medizinischer Versorgung zu verschaffen, befürwortet. Demnach kritisierten die Betroffenen nicht die Gesetzeseinführung an

sich, sondern vielmehr die Gestaltung des Gesetzes und die Hürden, die eine Umsetzung verhindern. So nannte Patient 24 (siehe Kapitel 5.4.8) die Beitragsrückstände als Kritikpunkt. Die Wichtigkeit einer Krankenversicherung stand für ihn außer Frage, doch war er aufgrund seiner prekären finanziellen Situation dazu gezwungen, gegen die gesetzlichen Vorgaben der Versicherungspflicht zu verstoßen.

Patient 24: „Ich finde das mit der Krankenversicherung eine unheimlich wichtige Angelegenheit. Selbstverständlich sollte jeder [...] Zugang zu ärztlicher Hilfe haben, nur das Problem ist mit diesen Beitragsrückzahlungen. Wenn man in die Situation gekommen ist wie ich, dass man die einfach nicht leisten kann und die sich dann auch noch anhäufen ohne Ende, ja was soll ich denn tun? Da bin ich gezwungen irgendwie hier in so einem gesetzeslosen Raum mich zu bewegen und irgendwie zu hoffen, dass nichts passiert.“ (Z. 246ff.)

Auch wenn die Kritik der Betroffenen am Regelsystem und die strukturellen Hindernisse, wie sie in Kapitel 5.5 dargelegt wurden, nicht außer Acht zu lassen sind, zeigt das folgende Zitat von Patient 20 (siehe Kapitel 5.4.1), dass auch das Verhalten der Betroffenen eine wesentliche Rolle in der Problematik der Nichtversicherung spielt. Als ehemals Nichtversicherter und langjähriger Wohnsitzloser engagierte er sich in einer Hilfseinrichtung mit ehrenamtlicher Arbeit und bot Unterstützung für andere Wohnsitzlose an. Er kannte damit sowohl die Sichtweise des Hilfesuchenden als auch die Sichtweise derer, die Hilfe anbieten. Somit konnte er die Erfahrungen der Experten bestätigen, dass manche der Betroffenen die vorhandenen Hilfsangebote nicht wahrnehmen. Somit trugen sie seiner Ansicht nach teilweise selbst zu ihren prekären Lebensumständen und auch ihrem Nichtversichertsein bei.

Interviewerin: „Ist es ihrer Meinung nach ein Problem, dass es Leute gibt, die keine Krankenversicherung haben, also [...] müsste man irgendwie was ändern?“

Patient 20: „Wie wollen Sie das machen? Schauen Sie mal, ich kenne auch so ein paar Fälle, die machen schon seit Jahrzehnten Platte. [...] Ich habe es selber schon erlebt bei anderen, wie ich noch Platte gemacht habe, [...] da kamen öfters mal Leute vorbei, hatten irgendwas zu essen. Das waren so die Cafés aus der Umgebung, die was übrig hatten. Ich drückte einem so eine Tüte mit belegten Brötchen in die Hand, [...] und er geht weiter und wühlt in der nächsten Tonne rum nach was Essbarem. Das ist ja nun mehr ein psychologisches Problem und 100%-ig lösen werden Sie so was nie. Genauso wie Obdachlose oder ständig Arbeitslose. [...]“ [...]

Patient 20: „[...] Ich kenne es doch auch mit diesen, ich mache doch auch Bewerbungsschreiben für andere Leute, Lebensläufe und so was, da kommt einer: ‚Hier, ich muss da ...‘ Da sage ich: ‚Dann kommste morgen früh mal bei mir vorbei [...] ich bin ab neun Uhr da bis um drei.‘ Ja, wer zwischen neun und drei nicht auftaucht, wer ist das?! Eben der, der es ganz eilig hat und da komme ich mir dann immer veralbert vor, fühle ich mich

immer verarscht. Und das kennt jeder Sozialarbeiter, dieses Problem. Die schwingen große Sprüche, aber dann sind sie nicht da oder die kommen mit faulen Ausreden, das hatte ich auch schon. [...]. Wie man das Problem lösen will, weiß ich auch nicht, man kann die ja nicht einfangen und einsperren.“

Interviewerin: „Das heißt also, das Problem liegt schon auch bei den Leuten, sagen Sie?“

Patient 20: „Ja, selbstverständlich und das ist ja so, man kann ja nicht einfach einen in die geschlossene Psychiatrie überweisen bloß weil der keine Krankenversicherung hat.“ (Z. 598 ff.)

Das mangelnde Problembewusstsein der Betroffenen und Verhaltensweisen, die eine Eingliederung ins Regelsystem verhindern, nehmen demnach in der Problematik der Nichtversicherung einen bedeutsamen Stellenwert ein. Inwieweit es deshalb berechtigt ist, den Betroffenen Eigenverantwortung an ihrem Nichtversichertsein zuzuschreiben, wird in Kapitel 6.2 diskutiert.

5.8.6 Probleme in der Versorgungspraxis aus Expertensicht

Prinzipiell wurde eine gesetzliche Regelung mit dem Ziel einer bevölkerungsabdeckenden Absicherung mittels Krankenversicherung sowohl von den Experten als auch den Patienten befürwortet, da – wie gezeigt wurde – nur mit Krankenversicherungsschutz eine problemlose medizinische Versorgung möglich ist. Aus Sicht der Experten aus den versorgenden Einrichtungen brachten die Gesetzesänderungen rund um die Krankenversicherung jedoch nicht den gewünschten Effekt einer Vollversicherung der Bevölkerung und produzierten darüber hinaus nachteilige Nebeneffekte für die Patienten und die versorgenden Einrichtungen. Dementsprechend fiel das allgemeine Urteil der Experten zu den Auswirkungen und Erfolgen der Versicherungspflicht geteilt aus.

Ein für die versorgenden Einrichtungen bedeutender Aspekt basiert darauf, dass Ärzte und Krankenhäuser eine sowohl gesetzliche als auch ethische Behandlungspflicht haben (siehe Kapitel 2.5.1). Einen Patienten im medizinischen Notfall abzuweisen ist als unterlassene Hilfeleistung gesetzeswidrig, unabhängig davon, ob dieser eine Krankenversicherung vorweisen kann oder nicht. Zudem verbietet es die ethische und humanitäre Verpflichtung der Ärzte und des medizinischen Personals, Kranke abzuweisen, wenn dadurch ein Schaden für deren Gesundheit entsteht, auch wenn noch kein Notfall vorliegt. Dies ist auch den meisten Nichtversicherten bewusst, wie das folgende

Zitat von Patient 20 (siehe Kapitel 5.4.1) veranschaulicht. Er war aufgrund seiner Lebensumstände nicht in der Lage, eine Versicherung abzuschließen. Gleichzeitig war ihm bewusst, dass er im Notfall auch ohne Krankenversicherung versorgt werden würde, so dass ihn sein Nichtversichertsein nicht allzu sehr beunruhigte.

Interviewerin: „Hat Sie das in dem Moment dann betroffen, so dass Sie gesagt haben, da muss ich mich jetzt mal kümmern? Hat Sie das beeinflusst diese Gesetzesänderung?“

Patient 20: „Eigentlich nicht, nein. Ich habe mir immer gesagt, es ist noch nicht so weit, dass man hier über die Kranken einfach drüber hinweg steigt. Gut, es gibt Ärzte, die fragen erstmal: ‚Was? Keine Karte? Weg!‘ Aber im Notfall ich würde den fertig machen, der wäre seine Approbation los, das weiß ich wie das geht. [...]“ (Z. 380ff.)

Die Experten realisierten diese Verhaltensweise der Nichtversicherten, sich darauf zu verlassen, auch ohne Versicherung behandelt zu werden. Das Zitat von Expertin 21, Mitarbeiterin im Jobcenter, zeigt jedoch, dass sie im Allgemeinen nicht davon ausgehen, dass dahinter eine bewusste Entscheidung für das Nichtversichertsein liegt. Somit verurteilten sie die Betroffenen nicht für ihr Verhalten, auch wenn erkannt wurde, dass dadurch eine Klärung der Versicherungssituation hinausgezögert wird.

Expertin 21: „[...] ich denke, es wird schon gesagt ‚im Moment ist es nicht so wichtig‘, weil auch sicher in den Köpfen das Denken ist ‚eine Notfallversorgung kriege ich immer irgendwie‘ [...]. Es kann nicht passieren, dass in so einem modernen Staat wie hier, jemand, der einen Blinddarmdurchbruch hat, ins Krankenhaus geht und rausgeschmissen wird. [...]. Vor dem Hintergrund [...] ich sehe eher da, dass meine Ehefrau und meine Kinder eventuell was zu essen auf dem Tisch haben abends, als mich jetzt um die Krankenversicherung zu kümmern [...]“ (Z. 166ff.)

Ein weiterer Problempunkt ist, dass den medizinischen Einrichtungen mit den Gesetzesänderungen zusätzliche Aufgaben übertragen wurden, nämlich die Versicherungssituation zu klären und Eingliederungsversuche zu betreuen, während sich ihre Arbeit zuvor auf die medizinische Versorgung konzentrieren konnte. Wie Expertin 11, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, erklärte, geraten sie damit an ihre Grenzen, da ihnen in manchen Punkten zu wenig Mittel zur Verfügung stehen und sie zu wenig Unterstützung von den Institutionen des Regelsystems erhalten.

Interviewerin: „Können Sie, kann dieses Netzwerk das existiert, das auffangen [...] oder kommen Sie an Ihre Grenzen und sagen, so kann es nicht weitergehen [...]?“

Expertin 11: „Ich denke, die Kliniken sind an den Grenzen. [...]. Denn es gibt wirklich nur noch ein letztes Glied in der Kette und das sind die Kliniken und dann ist Schluss. Die Sozialämter sagen: ‚Wir haben eine Pflichtversicherung, Sozialamt gibt es nicht mehr,

wir sind außen vor. Kümmern Sie sich.' Im Gesetz steht auch, [...] der Nothelfer [muss] die Bedürftigkeit nachweisen, alleine überlegen Sie sich das schon mal. Sie erbringen eine Leistung hier im Gesundheitswesen und müssen aber dann gleichzeitig auch beweisen, dass der kein Geld hat, um das zu bezahlen.“ [...]

Expertin 11: „Aber die Kliniken, so ich als Verwaltungsangestellte habe ja so gut wie gar keine Rechte. Ich habe noch nicht mal das Recht, von einem Patienten den Ausweis zu verlangen. [...] Wir haben also sehr wenig Rechte, aber sehr viele Pflichten. Und die Kliniken sind alleine gelassen worden mit der Problematik.“ (Z. 1459ff.)

Neben dem zusätzlichen Arbeitsaufwand durch die Übertragung von Klärungs- und Eingliederungsprozess in ihren Aufgabenbereich beklagten die Experten insbesondere das damit verbundene finanzielle Risiko. Denn sind die Versuche der Eingliederung ins Regelsystem nicht erfolgreich, können daraus besonders für Krankenhäuser immense Kosten entstehen, die die ohnehin knappe finanzielle Lage zusätzlich belasten. Die eigentlichen Leistungsträger hingegen, in der Regel Krankenkassen, Jobcenter oder Sozialämter, können zunächst auf einer Klärung der Zuständigkeiten beharren, bevor sie Verantwortung übernehmen und auch finanziell für die von den versorgenden Einrichtungen erbrachten Leistungen aufkommen. Da dies eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, entstehen Versorgungslücken, in denen die medizinische Versorgung nicht über das Regelsystem abgesichert ist. Kann aber eine medizinische Behandlung nicht aufgeschoben werden, werden diese Vakanzen von den versorgenden Einrichtungen überbrückt. Dabei sehen sich Hilfseinrichtungen und Krankenhäuser vom Regelsystem alleine gelassen mit den Problemen, die bei der Einbindung ins Regelsystem auftreten können und der Aufgabe, die Versorgungslücken zu kompensieren, wie Expertin 8 und Experte 19, beides Mitarbeiter einer Krankenhausverwaltung, auf den Punkt brachten.

Expertin 8: „Wir sind verpflichtet zu behandeln, aber darauf zu hoffen, dass wir Geld bekommen, nein.“ (Z. 590f.)

Experte 19: „[...] Es fühlt sich keiner dafür zuständig, die Krankenhäuser werden damit allein gelassen. [...] wenn das Sozialamt sagt: ‚Wir kennen den Patienten nicht und deshalb bezahlen wir nicht.‘ – dann ist das so.“ (Z. 449ff.)

Während die Mitarbeiter aus Krankenhäusern und Hilfseinrichtungen häufiger die Erfahrung machten, dass eine Kostenerstattung im Nachhinein ausbleibt oder zumindest schwierig zu erwirken ist, wurde das Problem aus Sicht der Mitarbeiter der Behörden als weniger dringlich eingeschätzt. So war Experte 18, Mitarbeiter im Sozialamt, der Meinung, dass nur in wenigen Ausnahmefällen eine Kostenerstattung ausbleibe.

Sofern sich die Krankenhäuser an die Vorgaben hielten, auch tatsächlich nur zwingende Notfallbehandlungen durchzuführen und die Anträge wie vorgesehen einreichen, wäre es fast immer möglich, einen Kostenträger zu finden.

Interviewerin: „Wie ist es denn mit Notfällen? Hat jeder Mensch im Grunde Anspruch auf eine Notfallbehandlung und das Krankenhaus dann auch die Möglichkeit, die Kosten erstattet zu bekommen oder funktioniert das nicht in allen Fällen?“

Experte 18: „Prinzipiell muss jedes Krankenhaus eine Notbehandlung versorgen. Die können niemanden abweisen, da würden sie gesetzeswidrig handeln. Dann muss das Krankenhaus natürlich schauen und prüfen wie der Versicherungsschutz ist. [...] wenn er Deutscher ist, dann dürfte es überhaupt kein Problem sein. Wenn ich sehe, der ist unter 65, der hätte formalen SGB-II-Anspruch, dann würde ich sofort einen SGB-II-Antrag zum örtlichen Jobcenter abschicken, um fristwährend dann auch den Krankenversicherungsschutz geltend zu machen [...]. Versäumen allerdings leider auch die Krankenhäuser oft genug. Aus Unkenntnis? Ich weiß es nicht. Würde ich feststellen, der ist Deutscher und über 65 Jahre, dann würde ich mich sofort an das Sozialamt hier in Frankfurt wenden. Ist er ein Ausländer, würde ich mich auch erstmal an das Sozialamt wenden, hier an die Auswärtigen Dienste und prüfen lassen, wer kommt letztendlich für die Krankenversicherungskosten auf. Ich denke, eigentlich gibt es nur ganz wenige Ausnahmefälle, wo dann ein Krankenhaus auf solchen Kosten sitzen bleiben könnte und zwar dann, [...] wenn da eine stationäre Versorgung über einen Rahmen hinaus gewährt wird, die eigentlich nicht notwendig wäre, und das nicht vorher mit dem Sozialamt oder einem eventuellen Sozialleistungsträger abgestimmt wird, dann bleiben die ggf. auf den Kosten sitzen. Oder bei Personen, mit denen es kein staatsübergreifendes Abkommen gibt. Es gibt mit Sicherheit Personen, die aus Afrika kommen oder ähnlichen Ländern, da kann es dann schon zu Problemen kommen, das muss dann genau geprüft werden.“ (Z. 578ff.)

Die Sichtweise der Experten aus den Behörden steht damit im Widerspruch zu den Erfahrungen der Mitarbeiter aus den versorgenden Einrichtungen. Während Experte 18 eine ausbleibende Kostenerstattung eher als Verschulden der jeweiligen Einrichtung sah, wenn diese die Bestimmungen nicht nach Vorgabe umsetzt, sind die Probleme nach Ansicht der Mitarbeiter aus Krankenhäusern und Hilfseinrichtungen eher durch strukturelle Hindernisse bedingt. Außerdem verdeutlichen die Aussagen von Experte 18 die grundlegend konträre Arbeitsweise von medizinischen Einrichtungen und Behörden. So muss im Krankheitsfall meist zeitnahe, wenn nicht sofortige Hilfe geleistet werden, so dass nicht, wie von den Behörden empfohlen, vorab eine Klärung der Kostenerstattung erfolgen kann. Ist eine Behandlung schon erfolgt, ziehen sich die anderen Akteure jedoch aus der Verantwortung zurück und sehen die Hilfeleistenden in der Aufgabe, die Versicherungsumstände zu klären und die Notwendigkeit der Behandlung zu rechtfertigen.

Die Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern vermuteten, dass den Behörden und verantwortlichen politischen Instanzen durchaus bekannt ist, dass die theoretischen Regelungen in der Praxis nicht immer umsetzbar sind und Probleme bei den Eingliederungsversuchen zu Nachteilen für die versorgenden Einrichtungen führen. So entstand der Eindruck, dass darauf vertraut wird, dass Ärzte und Krankenhäuser sich ihrem Berufsethos verpflichtet fühlen und notwendige Behandlungen durchführen, auch wenn ihnen bewusst ist, dass die Kosten dafür nicht erstattet werden. So vermuteten die Experten aus dem Hilfesystem, dass manche Missstände von den Institutionen des Regelsystems und den politischen Instanzen bewusst in Kauf genommen werden, was in den Aussagen der Expertinnen 20 und 7, Mitarbeiterinnen eines Krankenhaussozialdienstes, zum Ausdruck kommt.

Expertin 20: „[...] Das ist halt, ich sag jetzt mal, unser ‚Nachteil‘, weil wir auf jeden Fall eine Behandlungspflicht haben. Nachteil insofern, dass der Gesetzgeber zwar vordergründig sagt: ‚Es gibt eine Versicherungspflicht, da sind die Strukturen, die existieren, dass ihr euer Geld bekommt für die Leistung, die ihr erbringt.‘ Aber in Wahrheit ist es so, man setzt darauf, die Krankenhäuser können keinen Patienten abweisen. [...] Das nimmt glaube ich einfach die Gesellschaft oder das nimmt das System in Kauf [...]. Weil man müsste sich ja jederzeit im Prozess gegenüberstehen: ‚Ist nicht behandelt worden, obwohl es medizinisch notwendig war.‘ Das wird sich kein Mensch trauen zu sagen: ‚Ich kann Sie nicht behandeln, weil Sie keine Krankenversicherung haben.‘“ (Z. 1395ff.)

Expertin 7: „Ich würde jetzt mal behaupten, dass das den Behörden sicherlich bekannt ist, dass das nicht immer so unproblematisch geht. Aber ich glaube nicht, dass die das stört. Das stört die, die tatsächlich dann damit umgehen müssen und das sind die Krankenhäuser und das sind die Ärzte, bei denen dann die Leute stehen. [...]“ [...]

Expertin 7: „Wir müssen behandeln, wir müssen die aufnehmen.“ [...]

Expertin 7: „[...] Und ich denke, dass ist vielen auch klar und das ist besonders den Ämtern klar und von daher sehen die überhaupt keine Notwendigkeit, da irgendwie tätig zu werden. Die wissen, wenn der nicht kommt und seine Sache klärt, geht aber zwei Tage später wieder ins Krankenhaus, dann wird er auch wieder behandelt. Da ist kein Druck da, der Druck ist bei uns. Ganz eindeutig.“ (Z. 1085ff.)

Obwohl niemand den Sinn der Behandlungspflicht für Notfälle in Frage stellte, kritisierten die Experten aus dem Hilfesystem und den Krankenhäusern, dass durch die Kombination der Behandlungspflicht mit den Gesetzesänderungen eine Übertragung von Problemen auf die Hilfeleistenden stattgefunden hat, während sich die anderen Akteure aus ihrer Verantwortung zurückziehen können. Darin erkannten einige der Experten einen der zentralen Aspekte des Problemfeldes.

Als weiterer, genauso wichtiger Aspekt wurde das fehlende Problembewusstsein der Nichtversicherten genannt, das wiederum durch die Behandlungspflicht und die bestehenden Hilfsstrukturen bekräftigt wird. Denn machen Nichtversicherte die Erfahrung, dass sie auch ohne Krankenversicherung medizinisch versorgt werden, empfinden sie weniger Notwendigkeit ihr Nichtversichertsein zu beenden. Dies wurde im vorherigen Kapitel 5.8.5 dargelegt und im eingangs aufgeführten Zitat durch Patient 20 bestätigt. Auch Experte 2, Sozialarbeiter in einer Hilfseinrichtung, beschrieb diesen Effekt der Hilfsangebote auf die Betroffenen.

Interviewerin: „Nehmen die Leute das als Problem wahr? Sagen die: ‚Ich bin nicht krankenversichert, das muss sich ändern [...]‘ Oder sind da viele auch eher gleichgültig?“
Experte 2: „Die jetzt eigentlich davon ausgingen, dass sie versichert sind, für die ist es dann schon ein Problem. Aber die, die jetzt nicht versichert sind, wie diese Beispiele, die gehen dann halt hierher und nutzen die Einrichtung der ESA [...], wenn es das jetzt nicht gäbe und sie dann gar keinen Zugang zu irgendwas hätten, dann hätten sie damit schon eher ein Problem, aber da jetzt diese Möglichkeit besteht, haben die erstmal gar kein Problembewusstsein: ‚Ja, warum, es gibt doch, hier kriege ich es doch.‘“ (Z. 735ff.)

Ebenso erkannten die Experten, dass dadurch nicht nur die Betroffenen, sondern gleichzeitig auch die politischen Instanzen, von allzu großem Handlungsdruck befreit werden und damit in gewisser Weise das lückenhafte Regelsystem stabilisiert wird. So sahen sich insbesondere die Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen in dem Konflikt, dass die Hilfsangebote zwar einerseits dringend notwendig sind und auch ihren Zweck erfüllen, indem sie Betroffenen in Notlagen helfen, gleichzeitig jedoch systemstabilisierend wirken und damit auch die Mängel im Regelsystem erhalten. Denn je besser ausgebaut ein Hilfesystem ist, desto weniger Druck wird sowohl auf die Betroffenen als auch die politischen Instanzen ausgeübt, die Ursachen zu beheben, die das Hilfesystem überhaupt erst notwendig machen. Experte 13, Arzt im Amt für Gesundheit, fand sich deshalb zuweilen mit seinem Hilfsangebot in der Kritik. Wie er darlegte, akzeptierte er die Argumentation, verteidigte aber dennoch die Wichtigkeit der Hilfsmaßnahmen.

Experte 13: „Es gibt bei den Diskussionen [...] tatsächlich den Standpunkt, dass man sagt: ‚Es ist falsch, dass ihr es macht, weil ihr nehmt Druck aus dem System. Wenn man den Druck lassen würde, dann würde die Politik irgendwie handeln müssen. Und so puffert ihr das alles ab und es ist alles wunderbar.‘ [...]. Aber wir machen es trotzdem und ich finde das richtig. Ich akzeptiere die Argumente, dass es vielleicht falsch ist, ich akzeptiere die Argumente, dass wir dadurch Dampf aus dem System rausnehmen, ich akzeptiere die Argumente, dass wir dadurch eine Veränderung der Politik vielleicht verzögern oder gar unmöglich machen und ich akzeptiere auch, dass man sagt: ‚Ihr lasst

euch ausnutzen und es kommen immer mehr.' Aber auf der anderen Seite, ich möchte den Kindern die Segnung der modernen Medizin, die möchte ich daran teilhaben lassen. [...]“ (Z. 1310ff.)

Vor dem Hintergrund der bis hierhin ausgeführten Kritikpunkte, bemängelten die Experten aus dem Hilfesystem das fehlende Interesse der anderen Akteure und der politischen Entscheidungsträger sowohl an den Betroffenen selbst als auch an den Hilfeleistenden. Denn indem sie lediglich auf die geltende Gesetzeslage verweisen, anstatt sich selbst ein Bild von der Situation der Betroffenen zu machen, ignorieren sie nach Ansicht vieler Experten die Probleme, die für die Hilfeleistenden bei den Versuchen der praktischen Umsetzung auftreten. Expertin 8, Mitarbeiterin einer Krankenhausverwaltung, brachte das mit folgendem Zitat zum Ausdruck.

Expertin 8: „Wir haben uns schon lange gewünscht, dass es Menschen gibt, auch beim Sozialamt, die vor Ort sich ihre Klientel mal anschauen, weil was die verlangen, ist teilweise gar nicht möglich. Wenn ich den Verwahrlosten, weil der persönlich auch vorsprechen soll zum Beispiel bei der Krankenkasse, die wollen den da gar nicht sehen. Der wird wahrscheinlich an der Pforte schon abgefangen und mit dem Ordnungsdienst auf die Straße begleitet. [...]. Und auch das Sozialamt [...]. Wir haben ganz oft darum gebeten: ‚Gucken Sie sich die Leute mal an.‘ [...]. Das Elend, das ist abzusehen, wovon soll der leben, das sieht man dem an, dass der vom Müll lebt. Die sehen nur das Papier und das ist eigentlich das Tragische. Ich glaube die würden sehr viel öfter mal ein Auge zudrücken oder auch gerade die Politiker, die gehen gar nicht mit offenen Augen durch die Welt, das wird immer alles nur versteckt und verlagert. [...]“ (Z. 1196ff.)

Dementsprechend wurde die derzeitige Situation einhellig als nicht zufriedenstellend beurteilt und die Frage nach dem Handlungsbedarf bejaht. So waren sich die Experten aus dem Hilfesystem einig, dass eine Lösung darin bestehen müsste, die Betroffenen in die reguläre Versorgungsstruktur zu integrieren, wie unter anderem Experte 1, Arzt in einer Hilfseinrichtung, betonte.

Interviewerin: „Das heißt, es ist auf jeden Fall Handlungsbedarf da [...]?“

Experte 1: „Auf alle Fälle, die müssen unbedingt in das reguläre Gesundheitssystem integriert werden in irgendeiner Form. [...]“ (Z. 1357ff.)

Expertin 3, Ärztin in einer Hilfseinrichtung, ergänzte die Forderung nach einer langfristig tragfähigen Lösung mit dem Hinweis, dass die medizinische Versorgung Nichtversicherter, wie sie aktuell unternommen wird, vergleichsweise teuer ist und vermeidbare Kosten verursacht. Zwar werden diese Kosten im Zweifel von den Hilfseinrichtungen und den Krankenhäusern getragen, so dass sie nicht dem regulären Gesundheits-

system zu Lasten fallen, doch stellt dies keine stabile Dauerlösung dar. Statt die Betroffenen zu zwingen, den Notfall abzuwarten, dessen Versorgung dann unter Umständen mit höheren Kosten verbunden ist, wäre es sinnvoller, ihnen Zugang zu einer ambulanten Grundversorgung zu ermöglichen. Um diese nicht allein den Hilfseinrichtungen aufzubürden, wäre jedoch eine regelhafte finanzielle Unterstützung derjenigen Einrichtungen nötig, die die medizinische Versorgung von Nichtversicherten leisten.

Expertin 3: „[...] wenn du es in der Logik durchdenkst, es kostet die Gesellschaft unterm Strich ja viel mehr, ständig Notfallbehandlungen zu machen, das ist ja auch unsere Argumentation, warum es solche Projekte niedrigschwellig geben muss, mit Regelfinanzierung, aber ... Wir puffern ja eine Menge ab, was sonst ständig als Notfall in den Kliniken landete, also unterm Strich arbeiten wir eigentlich billiger. Aber für diese Menschen, wenn du den schwerst alkoholkranken Polen, der da alle zwei Nächte krampfend von der Rettungswache in eine Ambulanz gefahren wird, jetzt karriere ich wirklich, aber es gibt ja solche Fälle, oder sich dann und wann das Bein bricht oder dann auf den Kopf fällt und dann noch ein CT braucht, das ist schon viel was da investiert wird, wider Willen. Dann sollte man doch besser gucken, gibt es ein Maß an Grundversorgung für diesen Personenkreis, was hilfreich ist.“ (Z. 2005ff.)

So lehnte es Expertin 3 nicht grundsätzlich ab, dass Einrichtungen des Hilfesystems als primäre Ansprechpartner für Nichtversicherte fungieren und die Verantwortung für deren medizinische Versorgung übernehmen. Doch kann dies dauerhaft nur funktionieren, wenn sie in ihrer Arbeit besser unterstützt werden. So könnte die Versorgung Nichtversicherter beispielsweise in einer Kooperation zwischen Krankenkassen und Hilfseinrichtungen bewerkstelligt werden, wie sie im Interview anmerkte. Um dies zu erreichen wäre jedoch wiederum das Interesse der politischen Instanzen und anderen Akteure Voraussetzung, einschließlich einer Kommunikationsbereitschaft und Bereitschaft, gemeinsam an einer Verbesserung der Situation zu arbeiten, die sie aktuell nicht gegeben sah.

Expertin 3: „[...] weil strukturell ginge es ja schon. Es wäre durchaus reizvoll, dass gesetzliche Krankenkassen solche Ambulanzen als Gesprächspartner nehmen und sagen: ‚Ok, wir bieten an, so und so, ihr seid eben auch Versorgungszentrum für ...‘ Da muss man dann natürlich im größeren Rahmen kommen.“ (Z. 1059ff.)

In Anbetracht der Komplexität der Problematik mit ihrer Vielfalt an Teilaspekten kann letztlich keine simple Lösung gefunden werden. So fiel es auch vielen Experten schwer, die Frage nach Lösungsvorschlägen zu beantworten. Die Lösungsansätze, die genannt wurden, zielten meist darauf ab, die Hürden für den Wiedereinstieg ins Regelsystem

für diejenigen zu reduzieren, die mit den derzeitigen Anforderungen überfordert sind und Migranten weniger auszugrenzen, um ihnen die Möglichkeit zu geben, sich eine stabile Lebensgrundlage hierzulande zu schaffen. Experte 9, niedergelassener Arzt, fasste treffend zusammen, wie tiefgreifend die Ursachen der Nichtversicherung sind und wie diffizil daher die Lösungsfindung ist.

Interviewerin: „[...] was müsste sich ändern, damit es die tatsächlich nicht mehr gibt?“

Experte 9: „Ach, ich glaube, das kann man nicht ändern. [...] wenn Sie zum Beispiel hundert Leute, die unter der Brücke leben, wenn Sie denen hundert Wohnungen hinstellen, dann ist das Problem nicht gelöst, weil die da nicht reingehen. Das hat alles andere Gründe, andere Zusammenhänge, die ich auch nicht wirklich verstehe. Also, wenn mir jemand ein Häuschen hinstellen würde, dann würde ich reingehen, statt unter der Brücke zu wohnen, aber die eben nicht. Und deswegen denke ich, man muss alles tun, um alle Angebote so niedrigschwellig wie möglich zu halten, aber das Problem lösen wird man nicht, weil es wird immer solche Menschen geben, so verlorene, einsame Gestalten, die halt mit dem Leben nicht zurechtkommen, mit dem Leben wie es in unserer Gesellschaft verlangt wird. Deswegen glaube ich, große Änderungen, politische, fallen mir nicht ein. Weil politisch ist eigentlich das so korrekt. [...]“ [...]

Experte 9: „[...] Tja, was kann man machen?! Solange diese extremen sozialen Unterschiede auf dem Erdball sind, kann man gar nichts machen. So wie jetzt die aus Nordafrika in Italien landen [...]. Wenn ich ein Nordafrikaner wäre, würde ich wahrscheinlich auch probieren irgendwie nach Italien zu kommen [...].“ (Z. 577ff.)

Auch wenn sich die Experten einig waren, dass so gut wie möglich versucht werden sollte, alle in Deutschland lebenden Personen in die regelhafte Versorgungsstruktur einzubinden, so wurde doch angemerkt, dass eine vollständige Lösung des Problems unwahrscheinlich ist. Denn auch wenn die Gesetzesgrundlage noch so gut ist, so lange Eigenleistung von den Bürgern verlangt wird, wird es immer Personen geben, die nicht gewillt oder nicht imstande sind, die Anforderungen zu erfüllen.

6 Diskussion des Problemkomplexes Nichtversicherung

In diesem Kapitel werden die Studienergebnisse zueinander in Beziehung gesetzt und in den theoretischen Kontext eingeordnet, um so den Problemkomplex der Nichtversicherung im Gesamten zu diskutieren und schließlich die Forschungsfrage zu beantworten. Einleitend wird eine Einschätzung zur Größenordnung von Nichtversicherung gegeben. Danach werden die Ursachen für das Zustandekommen von Nichtversicherung und die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Betroffenen im Allgemeinen und die Versorgungssituation in Frankfurt am Main im Besonderen diskutiert. Ein eigenes Unterkapitel beleuchtet die unterschiedlichen Sichtweisen der Akteure im Problemfeld. Schließlich wird die Aktualität der Studienergebnisse überprüft, bevor der Handlungsbedarf hinterfragt wird und einige Lösungsansätze angebracht werden. Abschließend wird die Aussagekraft der Studienergebnisse beurteilt, wobei in einer Manöverkritik auch Lücken und Schwachpunkte der Studie Betrachtung finden.

6.1 Größenordnung der Problematik der Nichtversicherung

Im Rahmen dieser Studie erfolgte keine quantitative Erfassung der Gruppe der Nichtversicherten. Die 25 Patientenfälle haben exemplarischen Charakter und stellen letztlich Einzelfälle dar; so lässt deren Analyse keinerlei quantitative Aussage zu. Um dennoch eine Einschätzung zur Größenordnung der Problematik der Nichtversicherung treffen zu können, müssen die Studienergebnisse als Gesamtheit betrachtet werden. Darunter sind neben den Ergebnissen aus der Interviewanalyse der Patienteninterviews und den Erfahrungen der Experten aus ihrem Arbeitsfeld auch die verfügbaren Zahlenangaben aus einrichtungsinternen Statistiken über Patienten zu verstehen sowie Schätzungen zu den einzelnen Personengruppen unter den Nichtversicherten, wie sie von verschiedenen Organisationen vorliegen (siehe Kapitel 2.3 und 2.5.2). Exakte Mengenangaben sind auf Basis dieser Informationen nicht möglich. Die vergleichenden Aussagen, die sich in den folgenden Ausführungen z. B. in Bezug auf die Ergebnisse des Mikrozensus finden, sind demnach nicht im Sinne einer statistischen Auswertung des empirischen Materials zu verstehen.

Vergleicht man die Studienergebnisse zur Entwicklung der Anzahl der Nichtversicherten (siehe Kapitel 5.7) mit den Daten des Statistischen Bundesamtes (siehe Kapitel 2.3), fällt eine Diskrepanz in der Beurteilung der Situation auf. Den Studienergebnissen zufolge kann ein eindeutiger Rückgang der Nichtversicherten nach Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2007, wie er in den Zahlen des Mikrozensus dokumentiert wird, nicht bestätigt werden. Vielmehr stehen die steigenden Patientenzahlen in medizinischen Hilfseinrichtungen im Widerspruch dazu. Auch in den Krankenhäusern kann kein eindeutiger Rückgang der nichtversicherten Patienten festgestellt werden, auch wenn die Einschätzungen der Experten hierzu uneinheitlich ausfallen. Einzig die Sozialbehörden verzeichnen unzweifelhaft weniger Nichtversicherte als zuvor. Damit lassen sich zwei gegensätzliche Positionen ausmachen. Für die Behörden zeigt sich Nichtversicherung als eine rückläufige Erscheinung, die versorgenden Einrichtungen hingegen stellen eine gleichbleibende oder wachsende Anzahl von Nichtversicherten unter den Hilfesuchenden fest. Damit decken sich die Beobachtungen aus den Behörden mit dem Ergebnis des Mikrozensus, während die Erfahrungen aus den versorgenden Einrichtungen diesem widersprechen.

Diese konträren Beobachtungen lassen sich damit erklären, dass die Datenerhebung in den Behörden eine ähnliche Lücke aufweist wie der Mikrozensus. Dies wurde von den befragten Experten aller drei Arbeitsbereiche eingeräumt (siehe Kapitel 5.7) und ist den Vorbemerkungen im Mikrozensus zu entnehmen (siehe Kapitel 2.3). Denn in den statistischen Erhebungen werden lediglich diejenigen Personen erfasst, die behördlich registriert sind. So berücksichtigt der Mikrozensus nur Personen, die beim Bürgeramt einen Wohnsitz gemeldet haben, Jobcenter und Sozialämter führen Statistiken nur über diejenigen Personen, die als sog. Bestandskunden in irgendeiner Form des Leistungsbezugs stehen. Wie die Studienergebnisse zeigen, werden diese Voraussetzungen allerdings gerade von den Nichtversicherten nicht immer erfüllt, so dass sie bei derartig angelegten Zählungen durchs Raster fallen.

So ist es aufgrund der Erhebungsmethode weder den Sozialbehörden noch dem Mikrozensus möglich, die Gruppe der Nichtversicherten vollständig zu erfassen und alle Untergruppen abzubilden. Doch auch die Hilfseinrichtungen und Krankenhäuser

erfassen nur einen Teil der Nichtversicherten. Denn der Kontakt kommt in der Regel erst dann zustande, wenn die Betroffenen Unterstützung in Hilfseinrichtungen suchen oder sich in medizinische Behandlung begeben. Solange sie keine fremde Hilfe benötigen oder diese im privaten Umfeld erhalten, werden Nichtversicherte auch in Hilfseinrichtungen und medizinischen Institutionen nicht registriert. Somit können auch die Statistiken über die Patientenzahlen in den Hilfseinrichtungen nicht als Grundlage für Berechnungen zur Anzahl der Nichtversicherten herangezogen werden, sondern lassen letztlich nur Schätzungen zu und bilden eine Tendenz zur Entwicklung der Größenordnung ab. So zeigen die Patientenzahlen aus den Einrichtungen zwar, dass jährlich allein in Frankfurt einige tausend nichtversicherte Patienten behandelt werden. Doch muss dabei bedacht werden, dass einerseits nicht alle Nichtversicherten in den Einrichtungen erfasst werden, andererseits nicht alle Nichtversicherten auch jedes Jahr in Behandlung sind, selbst wenn sie einmal bei einer Hilfseinrichtung angebunden waren. Damit wird nachvollziehbar, wie schwierig sich die zahlenmäßige Erfassung der Nichtversicherten gestaltet und warum die befragten Experten selbst für die Stadt Frankfurt am Main keine konkreten Zahlenangaben machen konnten.

Dementsprechend kann aus den Studienergebnissen der Schluss gezogen werden, dass sich einerseits kein eindeutiger Rückgang von Personen ohne Krankenversicherung beobachten lässt und es andererseits eine bedeutende Dunkelziffer geben muss. Auch wenn die genaue Anzahl der Nichtversicherten letztlich unbekannt bleibt, ist davon auszugehen, dass sie in jedem Fall über der im Mikrozensus genannten Zahl von 137 000 für das Jahr 2011 liegt. Bedeutsam ist jedoch letztlich weniger, wie hoch die exakte Anzahl der Personen ist, die ohne Krankenversicherung in Deutschland leben. Auch wenn tatsächlich nur ein geringer Anteil der Gesamtbevölkerung von etwa 1 % oder weniger direkt von Nichtversicherung betroffen ist, kann das Thema nicht gänzlich ausgeblendet werden. Denn die Auswirkungen für die betroffenen Einzelpersonen sind oft drastisch und summieren sich für die Hilfeleistenden; ein Aspekt, der an späterer Stelle genauer erläutert wird. Damit kann im Ergebnis festgestellt werden, dass nach wie vor eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an Personen über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt.

6.2 Nichtversicherung als Resultat einer multifaktoriellen Entstehung

In den Falldarstellungen in Kapitel 5 wurde deutlich, dass Nichtversicherung nicht am Ende einer linearen Kausalkette steht, sondern das Ergebnis vielschichtiger Zusammenhänge ist und meist aus dem Zusammenwirken mehrerer Faktoren resultiert. Diese multifaktorielle Entstehung stellt einen zentralen Aspekt der Nichtversicherung dar und begründet die Komplexität des Themenfeldes. In diesem Abschnitt werden die übergeordneten Entstehungsmechanismen von Nichtversicherung analysiert, die sich in den Studienergebnissen identifizieren lassen.

6.2.1 Heterogenität der Personengruppe der Nichtversicherten

Entgegen der anfänglichen Vorstellung stellte sich im Laufe der Studie heraus, dass es sich bei denjenigen Personen, die aus dem regelhaften System der medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind, um eine sehr heterogene Personengruppe handelt. Die Annahme, dass eine unzureichende medizinische Versorgung und fehlende Absicherung im Krankheitsfall vor allem ein Problem der illegalisierten Migranten ist, erwies sich schon während der vorbereitenden Recherche als falsch. So finden sich unter den Nichtversicherten deutsche Staatsbürger ebenso wie Migranten verschiedenster Herkunft, aus Entwicklungsländern und Schwellenländern genauso wie aus wirtschaftlich und politisch stabilen Staaten, darin alle Altersgruppen, von jungen Erwachsenen bis Personen im Rentenalter, Angehörige aller Bildungsschichten, von Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung bis hin zu Hochschulabsolventen, Arbeitslose und Berufstätige, Personen mit ehemals stabilen Lebensverhältnissen mit Familie und gutem sozialen Netz ebenso wie sozial isolierte Einzelgänger.

Der Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2012b) liefert als einzige quantitative Erhebung wichtige Informationen über nichtversicherte Personen, lässt jedoch nur begrenzt Rückschlüsse über die Entstehungsmechanismen von Nichtversicherung zu. Wie bereits erwähnt, muss die Erhebung des Mikrozensus zudem als unvollständig kritisiert werden, da sie lediglich einen Ausschnitt aus der Gruppe der Nichtversicherten erfasst.

Dennoch erscheint eine kurze Gegenüberstellung zwischen den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes und den Studienergebnissen interessant.

Vergleicht man die Ergebnisse, so decken sich die Beobachtungen, dass vor allem Arbeitslose, Geringverdiener und beruflich Selbständige von Nichtversicherung betroffen sind. Eine Korrelation zwischen der beruflichen Situation und Nichtversicherung lässt sich also in beiden Untersuchungen bestätigen. Zusätzlich erschwerende Lebensumstände wie Wohnungslosigkeit/-not, Sucht und psychische Erkrankungen finden jedoch in der Erhebung des Statistischen Bundesamtes keine Abbildung. Auch der Zusammenhang zwischen deutscher bzw. nichtdeutscher Staatsbürgerschaft und dem Nichtversichertsein kommt im Vergleich in den Ergebnissen des Mikrozensus nicht ausreichend zum Ausdruck. So erscheinen nichtversicherte Migranten im Mikrozensus unterrepräsentiert, wenn man den dort erhobenen Anteil mit den Beobachtungen aus dem Forschungsfeld und Schätzungen anderer Institutionen vergleicht. So ist zwar laut Mikrozensus der Anteil der Nichtversicherten unter den Migranten höher als unter den deutschen Staatsbürgern, nämlich 0,7 % im Gegensatz zu 0,1 %, doch machen Deutsche 61 % der Nichtversicherten aus (siehe Kapitel 2.3). Den Erfahrungen der Hilfseinrichtungen zufolge stellen dagegen nichtdeutsche Staatsbürger den größeren Anteil unter den Nichtversicherten (siehe Kapitel 2.5.2). Diese Diskrepanz ist dadurch erklärt, dass sich manche Gruppen von Migranten der behördlichen Registrierung entziehen und deshalb nicht im Mikrozensus erscheinen. Dazu gehören die Illegalisierten und diejenigen, die aufgrund prekärer Lebens- und Arbeitsverhältnisse keinen Wohnsitz anmelden. In Bezug auf das Auftreten von Nichtversicherung in den verschiedenen Altersgruppen und unter den beiden Geschlechtern lassen die Studienergebnisse keinen Vergleich mit dem Mikrozensus zu. Da diese Merkmale in der vorliegenden Studie zu wenig berücksichtigt wurden und deshalb nicht genügend Informationen über Alters- und Geschlechterverteilung erhoben wurden, können darüber keine sinnvollen Aussagen getroffen werden.

In der Heterogenität der Gruppe der Nichtversicherten spiegelt sich die Komplexität des Themas wider. Sie stellt einen bedeutenden Aspekt innerhalb des Problemfeldes dar, denn sie ist Ausdruck dessen, dass der Verlust der Krankenversicherung und das Verweilen im Status des Nichtversichertseins das Resultat aus dem Zusammenwirken

verschiedener Faktoren sind und deutet damit auf die multifaktorielle Entstehung der Nichtversicherung hin. Will man Aussagen über das Zustandekommen von Nichtversicherung treffen, darf der Versicherungsstatus daher nicht als isoliertes Merkmal betrachtet werden. Vielmehr muss die Versicherungssituation in Zusammenhang mit anderen zentralen Lebensbereichen gesetzt werden, wie der beruflichen Situation, der Wohnsituation, der Herkunft, privaten und familiären Konflikten und gesundheitlichen Problemen. Dabei ergeben sich zahlreiche Überschneidungen. So wurden auch in der Darstellung der verschiedenen Grundsituationen in Kapitel 5.4 einige der Patienten in mehreren Unterkapiteln als Fallbeispiele genannt, jeweils unter Betonung eines anderen Gesichtspunktes ihres Nichtversichertseins. Doch trotz der Vielzahl und der Verschiedenheit der Einflussfaktoren lassen sich auch innerhalb der heterogenen Personengruppe gemeinsame Entstehungsmechanismen ausmachen.

6.2.2 Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Strukturen in Fällen von Nichtversicherung

Innerhalb der Bandbreite an Lebensumständen, unter denen es zum Verlust der Krankenversicherung kommen kann, und der Vielzahl der Faktoren, die bei der Entstehung von Nichtversicherung beteiligt sind, lassen sich Gemeinsamkeiten und wiederkehrende Strukturen in den Fällen von Nichtversicherung erkennen.

Ein gemeinsames Element zeigt sich in den Umständen des Versicherungsverlustes. So erfolgt dieser häufig im Zusammenhang mit Schnittstellen im Lebenslauf, wenn sie mit einer Änderung des Versicherungsstatus verbunden sind. Solche Schnittstellen ergeben sich beispielsweise durch Veränderungen im Berufsleben: der Eintritt in die Arbeitslosigkeit, der Wechsel in die berufliche Selbständigkeit, die Aufnahme einer nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit, der Rentenbeginn. Aber auch ein Auslandsaufenthalt oder Haftaufenthalt oder im Fall von Migranten die Einreise nach Deutschland und ggf. die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit hierzulande bilden derartige Schnittstellen, die Änderungen im Versicherungsverlauf nach sich ziehen. Ebenso entsteht durch das Erreichen der maximalen Semesterzahl in der studentischen Krankenversicherung ein solcher Einschnitt oder wenn die Bedingungen für eine Mitversicherung in der

Familienversicherung der GKV nicht mehr erfüllt werden, z. B. durch eine Scheidung vom Ehepartner, das Erreichen der Altersgrenze bei Kindern oder die Aufnahme einer (anderen) beruflichen Tätigkeit. Entscheidend ist an dieser Stelle, ob der jeweiligen Person ein Wechsel im Versicherungsstatus gelingt, der den Erhalt der Krankenversicherung gewährleistet. Reagiert die betroffene Person allerdings nicht den rechtlichen Vorgaben entsprechend auf die Änderung im Versicherungsstatus und wird diese ignoriert oder der Zeitpunkt eines Versicherungswechsels versäumt – bewusst oder unbewusst – entsteht eine Lücke im Versicherungsverlauf.

Eine Sonderrolle nehmen Selbstzahler in der Versicherung ein. Bei ihnen kann ein Versicherungsverlust auch ohne derartige Schnittstellen eintreten. Denn nur wenn die Versicherungsbeiträge nicht automatisch abgeführt werden, ist es dem Versicherten möglich, die Zahlung der Beiträge in einem laufenden Versicherungsverhältnis zu unterlassen und damit aus der Versicherung auszuscheiden bzw. in den Status des Nichtzahlers zu gelangen. Dies ist beispielsweise bei beruflich Selbständigen gegeben, die nach einem beruflichen Misserfolg in finanzielle Schwierigkeiten geraten und deshalb die Beitragszahlungen einstellen.

Dass es überhaupt zum Verlust der Krankenversicherung kommen kann, ist den Strukturen des Regelsystems und den gesetzlichen Vorgaben zu Krankenversicherung, Sozialleistungen und aufenthaltsrechtlichen Regelungen geschuldet (siehe Kapitel 5.5). Hinsichtlich der Versicherungssituation bieten diese Rahmenbedingungen Lücken und strukturelle Hindernisse, an denen ein Versicherungsverlust auftreten und ein Neuabschluss behindert werden kann. Die strukturellen Vorgaben alleine begründen jedoch noch nicht das Vorkommen von Nichtversicherung. Denn auch wenn durch sie die Möglichkeit dazu gegeben ist, führen sie nicht notgedrungen ins Nichtversichertsein, denn schließlich kommt es an Schnittstellen im Lebenslauf und bei Selbstzahlern in der Krankenversicherung nicht immer zum Verlust der Krankenversicherung. Damit bleibt allerdings zu klären, warum manche Arbeitslosen, beruflich Selbständigen, Rentner, Migranten usw. nicht krankenversichert sind, andere wiederum schon.

Eine zentrale Beobachtung aus den Studienergebnissen ist an dieser Stelle, dass Nichtversicherung hauptsächlich dann eintritt, wenn zusätzliche Einflussfaktoren vorliegen. So tritt der Verlust der Krankenversicherung in Zusammenhang mit außerordentlichen und möglicherweise unerwarteten Lebensereignissen auf, die eine Veränderung der Lebensumstände nach sich ziehen und/oder wenn die Betroffenen mit besonderen Schwierigkeiten belastet sind. Diese können in Form von akuten Lebenskrisen auftreten, verursacht durch einschneidende Ereignisse im privaten Lebensbereich, wie die Trennung vom Partner, der Verlust der Wohnung, finanzielle Schwierigkeiten, eine plötzliche Erkrankung oder ein Krankheitsfall in der Familie. Sie können sich aber auch aus dauerhaft problematischen Lebensumständen ergeben, z. B. wenn akute Krisen nicht bewältigt werden und zu einem Dauerzustand werden. Gemeint sind damit ein Leben in Obdachlosigkeit und Mittellosigkeit oder chronische Erkrankungen wie eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung. Ist eine Person mit zusätzlichen Problemen belastet, hat sie eher Schwierigkeiten damit, Alltagsangelegenheiten (Beantworten von Post, Bezahlen von Rechnungen, Kontaktaufnahme mit Krankenkasse und Behörden etc.) zu regeln und Situationen, wie den drohenden Verlust der Krankenversicherung zu bewältigen. Kommt es zeitgleich mit problematischen Lebensumständen zu einem Wechsel des Versicherungsstatus, kann dieser folglich schneller zu einer Überforderung werden. Die strukturellen Vorgaben werden dann zu Hindernissen, die schließlich zum Versicherungsverlust führen, während sie das für andere Personen oder dieselbe Person in einem anderen Moment nicht wären.

Führen Lebenskrisen und zusätzliche Schwierigkeiten zu einer akuten oder dauerhaften Belastungssituation, kann als weiteres gemeinsames und zentrales Element der Nichtversicherung eine Verschiebung der Prioritäten beobachtet werden. Stehen existenzielle Sorgen im Vordergrund, wird dem Erhalt der Krankenversicherung keine Priorität eingeräumt. Kommt es beispielsweise durch den Verlust des Arbeitsplatzes oder einen beruflichen Misserfolg zu einer finanziellen Notlage und droht infolgedessen eine Wohnungsräumung und anschließend Obdachlosigkeit, werden Betroffene in erster Linie versuchen, soweit möglich ihre Lebensgrundlage zu erhalten. Die Sorge, die unmittelbar überlebensnotwendigen Bedürfnisse nicht sichern zu können, stellt eine weitaus größere Bedrohung dar, als der Verlust der Krankenversicherung. Absicherun-

gen für die Zukunft, wie sie neben der Krankenversicherung auch die Altersvorsorge darstellt, sind dann am ehesten entbehrlich, denn ihr Fehlen zieht in der Regel keine unmittelbaren Konsequenzen nach sich. Erst im Krankheitsfall werden die Auswirkungen des Nichtversichertseins spürbar, so dass oft auch erst dann der Wiedereintritt in eine Versicherung versucht wird. Solange aber kein Bedarf an medizinischer Versorgung besteht oder dieser nicht gesehen wird, wird in Krisensituationen der Verlust der Krankenversicherung geduldet, manchmal noch nicht einmal wahrgenommen oder sogar als positiv gesehen, da durch ihn eine finanzielle Entlastung entsteht.

Der Verlust der Krankenversicherung und das Verweilen im Status des Nichtversichertseins ergeben sich somit letztlich aus einem Zusammenspiel von Einflussfaktoren, die in zwei übergeordnete Kategorien eingeteilt werden können: Die strukturellen Bedingungen können dabei als externe Faktoren, die individuellen Verhaltensweisen der jeweiligen Person als interne Faktoren bezeichnet werden. Durch die externen Faktoren, die durch allgemeingültige äußere Strukturen vorgegeben sind und nicht von den Betroffenen beeinflusst werden können, ergeben sich Lücken im Regelsystem der Krankenversicherung, die besonders an Schnittstellen im Lebenslauf das Risiko bergen, aus dem System ausgeschlossen zu werden. Die internen Faktoren sind abhängig von den jeweiligen betroffenen Einzelpersonen. Sie ergeben sich aus deren individueller Denk- und Verhaltensweise und der aktuellen Lebenssituation und äußern sich darin, wie die Betroffenen mit der Situation, den Änderungen im Versicherungsverlauf und den strukturellen Rahmenbedingungen umgehen. Dabei lässt sich kein für alle Nichtversicherten zutreffendes Denk- oder Verhaltensmuster identifizieren, das als Ursache ihres Nichtversichertseins benannt werden könnte. So gibt es auf der einen Seite Personen, die ihrem Nichtversichertsein eher gleichgültig begegnen, es nicht als problematisch betrachten und keine Motivation zeigen, etwas daran zu ändern. Genauso gibt es Personen, deren Bemühungen (im Rahmen ihrer jeweiligen Möglichkeiten) gescheitert sind und die infolge eher resigniert ihr Nichtversichertsein hinnehmen oder verdrängen. Auf der anderen Seite gibt es auch Nichtversicherte, die hohes Eigenengagement dabei zeigen, sich wieder ins Regelsystem der Krankenversicherung einzugliedern, da sie eine Krankenversicherung für unabdingbar halten.

Sowohl externe als auch interne Faktoren können Ursprung einer Kausalkette sein, die im Nichtversichertsein endet. Dies lässt sich am Beispiel des Arbeitsplatzverlustes veranschaulichen. Mit dem Ausscheiden aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis ergibt sich eine Schnittstelle im Versicherungsverlauf, an der es zum Verlust der Krankenversicherung kommen kann, wie ausführlich in Kapitel 5.4.1 dargelegt wurde. Der Verlust des Arbeitsplatzes kann dabei wiederum sowohl die Folge einer psychischen Erkrankung sein als auch die Ursache dafür. Verliert ein psychisch Kranker aufgrund seines Verhaltens seinen Arbeitsplatz und beantragt im Anschluss kein Arbeitslosengeld, da er krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, einen Antrag korrekt zu stellen, obwohl Sozialleistungsansprüche bestehen, so ist ein interner Faktor Ausgangspunkt. Verliert eine Person ohne eigenes Verschulden den Arbeitsplatz, beantragt kein Arbeitslosengeld, da keine Ansprüche vorliegen, ist aber finanziell nicht in der Lage, eine Krankenversicherung als Selbstzahler zu tragen, entwickelt aufgrund der Situation eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung (z.B. Depression oder Alkoholabhängigkeit) und ist in deren Rahmen noch weniger zur Bewältigung der Situation in der Lage, so steht ein externer Faktor am Beginn der Kausalkette. Eine klare Trennung der Abfolge der einzelnen Schritte und eine eindeutige Identifizierung des Ausgangsfaktors im Kausalmechanismus gestalten sich bei den realen Fällen allerdings schwierig, da die beteiligten Faktoren ineinandergreifen, zeitgleich auftreten und sich gegenseitig beeinflussen. Welcher der ausschlaggebende Faktor ist und ob es diesen überhaupt gibt, kann deshalb oft nicht mit Sicherheit festgestellt werden. So kann auch für keinen der externen oder internen Faktoren behauptet werden, dass er alleine und unabwendbar zu Nichtversicherung führen würde.

Letztlich sprechen die Studienergebnisse dafür, dass die Ursache der Nichtversicherung in der Kombination der verschiedenen Faktoren und ihrer Wechselwirkung aufeinander zu sehen ist. Somit entsteht Nichtversicherung letztlich immer multifaktoriell und kann nicht als isoliertes Problem betrachtet werden, sondern muss im Zusammenhang mit anderen Lebensbereichen gesehen werden. Denn meist ist Nichtversicherung nicht die Folge eines einzelnen Konfliktes, sondern entsteht aus einer problematischen Lebenssituation heraus, in der sich verschiedene Problemfelder vermischen.

6.2.3 Überforderung durch die Anforderungen des Regelsystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten

Die Teilhabe am Regelsystem der Krankenversicherung und der Sozialleistungen fordert von jeder Einzelperson eine gewisse Mitwirkung und Fähigkeit zu eigenständigem Handeln. Diese Forderung ist nicht grundsätzlich abzulehnen und es ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Bevölkerung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Doch demonstrieren die Studienergebnisse, dass das individuelle Potential sehr unterschiedlich ist und so gibt es Personen, die nicht dazu in der Lage sind, im Falle eines Einschnittes im Krankenversicherungsverlauf eine Lösung zu finden. Insbesondere Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten kristallisieren sich hier als problematische Personengruppe heraus. Sie können oftmals nicht die gleichen Anforderungen erfüllen, wie ein Durchschnittsbürger oder Personen in stabilen Lebensverhältnissen, oder haben erhebliche Schwierigkeiten damit (siehe Kapitel 5.4.2, 5.4.3). Betrachtet man, woran sie im Einzelnen scheitern, so sind es häufig Kleinigkeiten, wie die Beantragung eines Ausweisdokumentes, das Öffnen der Post, das Ausfüllen von Anträgen, der Gang zur Behörde u. ä. Dinge also, die für die meisten Personen keine Schwierigkeiten darstellen. Für Personen, deren Verhaltens- und Denkweise durch eine psychische Erkrankung, Suchterkrankung oder langjährige Wohnungslosigkeit beeinflusst sind, können allerdings schon diese für andere Bürger nur kleinen Hürden zu Hindernissen werden, die sie nicht imstande sind, zu überwinden.

Weiterhin kann allein der Kontakt zu Behörden und öffentlichen Einrichtungen ein Hindernis darstellen. Denn wie die Erfahrung der Experten aus den Hilfseinrichtungen zeigt, sind Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten schwer zugänglich, nehmen oft zögerlicher Hilfe an und öffnen sich selbst den Mitarbeitern in niedrighschwelligten Einrichtungen nur langsam. Folglich gestaltet sich der Umgang mit staatlichen Einrichtungen und Krankenkassen noch schwieriger. Doch wenn staatliche Leistungen und Versicherungsleistungen in Anspruch genommen werden sollen, ist ein direkter Kontakt unumgänglich. Wer Sozialleistungen beantragen möchte, muss persönlich bei der entsprechenden Behörde vorstellig werden, sein Anliegen vorbringen, meist mehrere Folgetermine wahrnehmen und dabei möglicherweise mehrere

Stunden Wartezeit in Kauf nehmen. Auch für einen Versicherungsantrag muss der Antragsteller persönlich Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen. Wie sowohl Patienten als auch Experten aus eigener Erfahrung berichten konnten, werden Antragsteller und Leistungsempfänger dabei nicht immer freundlich und hilfsbereit, sondern teils abwertend, unhöflich und gestresst von den Mitarbeitern in den Sozialbehörden und Krankenkassen empfangen und behandelt (siehe auch Kapitel 6.4.1). Gerade Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, die ohnehin Probleme haben, nach den Vorgaben der Gesellschaft zu „funktionieren“, als sozial isolierte Einzelgänger leben und gegebenenfalls wenig Selbstbewusstsein, Durchsetzungsvermögen und Durchhaltevermögen besitzen, lassen sich davon abschrecken und meiden folglich den Kontakt zu öffentlichen Einrichtungen und verzichten auf ihre Ansprüche an das staatliche Hilfesystem und das Versicherungssystem.

Erschwerend kommt hinzu, wenn sich Betroffene nicht der Notwendigkeit einer Krankenversicherung bewusst sind, so dass keine Motivation vorhanden ist, sich um den Versicherungsabschluss zu kümmern. Dies ist in Zusammenhang mit der Verlagerung der Prioritäten zu sehen, wie sie im vorherigen Kapitel beschrieben wurde. Dabei entsteht der Konflikt der Prioritäten hier nicht mehr aus einer akuten Notlage heraus. Vielmehr kann von einer dauerhaften Verschiebung der Prioritäten hin zu existenziellen Bedürfnissen gesprochen werden, wobei hier als eigene Komponente eine krankheitsbedingte Verlagerung hinzukommt. Denn in diesen Fällen führt die zugrundeliegende Erkrankung zu Veränderungen in der Wahrnehmung und Lebensführung und dazu, dass andere Lebensbereiche vernachlässigt werden.

Nach Meinung einiger der interviewten Experten hatten die gesetzlichen Änderungen im Sozial- und Gesundheitswesen der letzten Jahre vor allem Einfluss auf die Betreuung und Versorgung von finanziell schlecht gestellten Bürgern und unerwünschten Randgruppen in der Gesellschaft. Somit hat sich als Folge der Reformen insbesondere auch die Situation für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten verschlechtert. Denn einerseits wurden durch die Forderung nach mehr Mitwirkung von Seiten der Leistungsempfänger der Einstieg in das Hilfesystem der Sozialleistungen sowie der Erhalt des Leistungsbezugs für hilfebedürftige Personen im Allgemeinen erschwert.

Andererseits wurde die Versorgung für diejenigen, denen die Eingliederung nicht gelingt, komplexer, seitdem die punktuelle Absicherung über die Krankenhilfe des Sozialamtes entfällt. Im Hinblick auf den Sozialleistungsbezug entstanden für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten gerade dadurch neue Hürden, dass sie wie alle Personen primär dem SGB II zugeordnet werden, sofern sie sich im erwerbsfähigen Alter befinden. Problematisch ist dies, da der ALG-II-Bezug im Gegensatz zu SGB-XII-Leistungen an mehr Bedingungen geknüpft ist, wozu neben dem eigenständigen Abschluss einer Krankenversicherung die Mitwirkungspflicht bei Antragstellung und unter Leistungsbezug gehört. Zudem ist das Personal in den Jobcentern im Gegensatz zu den Sozialämtern nicht speziell für den Umgang mit dieser Personengruppe geschult ist. Als Folge scheitern Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten oftmals schon am Beginn des Eingliederungsprozesses, da die Anforderungen des Regelsystems für sie eine Überforderung darstellen.

Als Folge der sozialpolitischen Entwicklungen der letzten Jahre entsteht der Eindruck, dass von politischer Seite von den Bürgern erwartet wird, ein geregeltes Leben mit geordneten Verhältnissen zu führen, um sich in das Regelsystem einordnen zu können. Dazu zählen ein geregeltes Arbeitsverhältnis, ein fester Wohnsitz, eine stabile finanzielle Grundlage, eine Altersvorsorge und ein stabiles soziales Netz, auf das in Notlagen zurückgegriffen werden kann. Sozial schwache Personengruppen und insbesondere Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten scheinen in diesem System nicht vorgesehen zu sein und nehmen gesellschaftlich eine Außenseiterrolle ein. Nicht nur wird ihrer abweichenden Lebensweise wenig Verständnis entgegengebracht, darüber hinaus wird ihnen durch die Systemstrukturen und das Verhalten der Akteure aus den Institutionen des Regelsystems, das Gefühl vermittelt, unerwünscht zu sein und mit ihrem Problem des Nichtversichertseins alleine gelassen zu werden. Obwohl sie aufgrund ihrer Lebensumstände besonders hilfebedürftig sind, sind sie mehr als andere Personen gefährdet, aus dem Regelsystem ausgegrenzt zu werden und ihnen zustehende Ansprüche an das Sozialleistungs- und Versicherungssystem nicht geltend zu machen, da sie nicht in gefordertem Maße zu eigenverantwortlichem und selbständigem Handeln in der Lage sind.

6.2.4 Eigenverantwortung der Nichtversicherten versus strukturelle Lücken im Regelsystem

Das Gesetz zur Versicherungspflicht schreibt für alle in Deutschland lebenden Personen einen bestehenden Krankenversicherungsschutz vor und verpflichtet die Krankenkassen dazu, die ihnen zugeordneten Personen in eine Versicherung aufzunehmen. Diejenigen, die aufgrund finanzieller Schwierigkeiten nicht aus eigener Kraft dazu in der Lage sind, können durch das staatliche Hilfesystem über Sozialleistungen Unterstützung erhalten. Zumindest für deutsche Staatsbürger gilt damit in der Theorie, dass die aktuelle Gesetzeslage für alle nicht nur eine Verpflichtung zur Krankenversicherung ausspricht, sondern auch deren Umsetzung ermöglicht. Auch nichtdeutsche Staatsbürger, die sich in Deutschland aufhalten, dauerhaft oder vorübergehend, sind vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, eine Absicherung im Krankheitsfall vorzuweisen. Im Gegensatz zu deutschen Staatsbürgern besteht für sie jedoch nur begrenzt Zugang zum staatlichen Hilfesystem, sollte ein Versicherungsabschluss aus eigenen Mitteln nicht möglich sein. Doch trotz der gesetzlichen Verpflichtung und der Unterstützungsmöglichkeiten können die bestehenden Regelungen Nichtversicherung nicht verhindern.

Eine automatische Aufnahme in eine Krankenversicherung findet in Deutschland nicht statt. Stattdessen wird von sowohl Deutschen als auch Ausländern eigenverantwortliches Handeln verlangt und erwartet, dass sie der gesetzlichen Verpflichtung Folge leisten. Doch ob dies alle tatsächlich auch tun, wird nicht generell kontrolliert. So wird zwar in manchen Zusammenhängen der Nachweis einer Krankenversicherung verlangt, z.B. als Voraussetzung für die Erteilung eines Visums, die Immatrikulation an einer Hochschule oder wenn die Aufnahme in eine Pflichtversicherung erfolgt, beispielsweise bei der Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses als Angestellter. Hier bilden gesetzliche Automatismen eine Art Kontrollinstanz. Fehlt diese jedoch, ergibt sich ein gewisser Spielraum, die gesetzliche Verpflichtung zu umgehen – beabsichtigt oder unbeabsichtigt. Somit ist die Frage berechtigt, inwiefern den Nichtversicherten Eigenverantwortung an ihrer Situation zukommt.

Eine wichtige Beobachtung ist in diesem Zusammenhang, dass sowohl externe als auch interne Faktoren zwar das Auftreten von Nichtversicherung begünstigen, aber keine absoluten Hindernisse darstellen, sondern auch überwunden werden können. Da, wie in Kapitel 6.2.2 gezeigt, nicht ausschließlich externe Faktoren für das Zustandekommen von Nichtversicherung verantwortlich sind, sondern vielmehr das Zusammenspiel von internen und externen Faktoren, kann man daraus folgern, dass den Betroffenen durchaus eine gewisse Eigenbeteiligung zukommt. Doch inwieweit ihnen Eigenverschulden vorgeworfen werden kann, muss differenziert betrachtet werden.

Es wurde gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen den Lebensumständen der Betroffenen und ihrem Nichtversichertsein besteht (siehe Kapitel 6.2.2). Nun kann angeführt werden, jedem ist freigestellt, seine Lebensweise selbst zu wählen. Tatsächlich mag es durchaus Obdachlose geben, die das Leben auf der Straße einem festen Wohnsitz vorziehen und Arbeitslose, die ein festes und dauerhaftes Arbeitsverhältnis ablehnen. Jedoch muss in Betracht gezogen werden, dass der Großteil der betroffenen Personen nicht aus einer bewussten und freien Entscheidung heraus in prekäre Lebensumstände wie Arbeits- oder Wohnungslosigkeit oder in eine finanzielle Notlage gelangt, sondern vielmehr durch unglückliche Umstände, meist im Rahmen eines sozialen Absturzes. Wie auch die Beobachtungen aus der Betreuung von Obdachlosen zeigen, führen die meisten bis zu einem gewissen Zeitpunkt ein geregeltes Leben und werden durch eine Lebenskrise aus ihren stabilen Lebensverhältnissen gerissen. Viele mögen sich im Nachhinein (notgedrungen) mit einem Leben in der Wohnungslosigkeit arrangieren, von einer Wahl aus freien Stücken kann jedoch in den seltensten Fällen ausgegangen werden. Entsteht eine problematische Lebenssituation infolge einer Erkrankung, wie bei einigen psychisch Kranken und Suchtkranken der Fall, kann noch weniger von einer freien Entscheidung gesprochen werden, da das Verhalten der Betroffenen im Rahmen ihrer Grunderkrankung einzuordnen ist. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Interviewauswertung zeigt, dass in unerwartet vielen Patientenfällen psychische Auffälligkeiten und Suchtverhalten eine Rolle beim Zustandekommen von Nichtversicherung spielen (siehe Kapitel 5.4.3). Selbst wenn sich aus dieser Analyse keine konkreten Angaben über Häufigkeiten treffen lassen, so bestätigen sie doch die Erfahrungen der Experten aus dem Forschungsfeld, nämlich

dass Suchterkrankungen und psychische Probleme einen häufigen Einflussfaktor bei der Entstehung von Nichtversicherung darstellen.

Gerade bei Migranten nehmen die jeweiligen Lebensumstände eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Nichtversicherung ein. Wer ohne legalen Aufenthaltstitel in Deutschland lebt, hat weder Zugang zum Versicherungssystem noch zum regulären Arbeitsmarkt. Die einzige Lösung besteht darin, den Aufenthalt zu legalisieren, was jedoch nicht für alle realisierbar ist. Für Arbeitsmigranten aus neuen EU-Beitrittsländern grenzen zudem die rechtlichen Vorgaben die Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt stark ein, so dass für manche nur der Schwarzmarkt, die Scheinselbständigkeit und der Niedriglohnsektor bleiben, um das notwendige Geld zum Überleben zu verdienen. Bestehen weder Aussichten auf einen besseren Job mit ausreichend Einkommen und geregelten Arbeitsverhältnissen noch Ansprüche auf Sozialleistungen, bleiben den Betroffenen wenige Optionen, ihre Lebenssituation zu ändern. Sicherlich kann behauptet werden, kein Mensch ist dazu gezwungen, sich in eine derartige Situation zu begeben, illegal in einem anderen Land zu leben oder als schlecht bezahlte Arbeitskraft in unsicheren Arbeitsverhältnissen zu arbeiten. Doch obwohl die strukturellen Vorgaben manche Migranten in prekäre Arbeits- und Lebensbedingungen und in die Nichtversicherung drängen, stellt für viele die Rückkehr in ihre Heimatländer keine Alternative dar, da die dortigen Verhältnisse noch schlechter sind, so dass sie die Einschränkungen hierzulande in Kauf nehmen.

Handelt es sich bei Nichtversicherten um Personen, die Ansprüche an das staatliche Hilfesystem haben und darüber die Möglichkeit auf eine Krankenversicherung, so kann als weiteres Argument angebracht werden, dass sie selbst schuld sind, wenn sie diese nicht verwirklichen. In der Tat stellt der Sozialstaat mit verschiedenen Sozialleistungen für unterschiedliche Lebenslagen und zugrundeliegende Problematiken weitreichende Hilfen zur Verfügung. Darüber hinaus existiert ein gut ausgebautes Hilfsnetz von sozialen Einrichtungen und Beratungsstellen, das Personen in schwierigen Lebenslagen in Anspruch nehmen können. Tatsächlich zeigen die Studienergebnisse, dass eine Diskrepanz besteht zwischen den theoretischen Ansprüchen an das staatliche Hilfesystem und das Krankenversicherungssystem und den Ansprüchen, die praktisch

umgesetzt werden. In Kapitel 5 (v. a. Kapitel 5.4.1) wurde in verschiedenen Beispielen veranschaulicht, warum Betroffene ihnen zustehende Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Betroffenen entweder nicht um ihre Hilfsansprüche, die Hilfsangebote oder ihr Nichtversichertsein wissen, aus verschiedenen Gründen keine Hilfe annehmen wollen oder dies nicht können. So gibt es durchaus Personen, denen ihr Nichtversichertsein nicht bewusst ist. Die Erfahrungen aus dem Forschungsfeld zeigen jedoch, dass häufiger der Versicherungsverlust zwar bemerkt wird, aber unbeachtet bleibt und das Nichtversichertsein ignoriert oder verdrängt wird. Ebenso wurde demonstriert, dass es Betroffene gibt, die trotz ihrer prekären Lebenssituation und der fehlenden Absicherung für den Krankheitsfall staatliche Hilfe ablehnen. Zu einem wohl größeren Anteil entsteht die Diskrepanz jedoch daraus, dass die theoretischen Ansprüche trotz bereits erfolgter Versuche nicht umsetzbar sind. So fanden sich sowohl unter den befragten Patienten als auch in den Berichten der Experten mehrere Fallbeispiele, in denen die Wiedereinstiegsversuche trotz ausreichender Eigeninitiative eines Nichtversicherten und Unterstützung von Fachpersonal aus Hilfseinrichtungen scheiterten. Die zentrale Frage, die sich damit stellt ist, ob die Anforderungen des Regelsystems zu hoch sind und sich aus den Systemstrukturen zu große Hürden ergeben oder ob diese eher durch Verschulden der Betroffenen nicht überwunden werden.

In der Gesamtbetrachtung der Studienergebnisse kann behauptet werden, dass die Anforderungen des Regelsystems und die strukturellen Hürden unter gewissen Umständen und für bestimmte Personengruppen tatsächlich zu hoch sind und eine Überforderung darstellen können. Dies trifft in akut belastenden und außergewöhnlichen Lebenssituationen zu und für Personen, die sich in dauerhaft problematischen Lebenslagen befinden und/oder aufgrund besonderer sozialer Schwierigkeiten nicht die notwendigen Fähigkeiten zur Mitwirkung besitzen. Auch wenn dies in manchen Fällen zutreffend sein mag, kann den Betroffenen daher nicht allgemein unterstellt werden, vorsätzlich gegen die geltenden Bestimmungen zu verstoßen. Eher geschieht dies aus einer Notlage oder Überforderung heraus, als aus einer freien Entscheidung gegen eine Krankenversicherung.

Wie viel Eigenverantwortung am Nichtversichertsein den Betroffenen damit letztlich zukommt, ist abhängig vom Einzelfall und kann nicht pauschal beantwortet werden. Wie gezeigt wurde, ist Nichtversicherung das Resultat aus dem Zusammenwirken von externen und internen Faktoren und so liegt die Verantwortung dafür weder alleine in den durch das Regelsystem vorgegebenen Strukturen noch in den individuellen Denk- und Verhaltensweisen der Betroffenen. Eine gewisse Eigenbeteiligung liegt demnach durchaus vor, kann jedoch nicht als alleinige Ursache von Nichtversicherung betrachtet werden. Zwar ist das politische Ziel, das mit der Einführung der Versicherungspflicht erreicht werden sollte, nämlich alle Personen in das reguläre Krankenversicherungssystem einzubinden, zu befürworten. Solange das Regelsystem jedoch Lücken belässt, an denen Nichtversicherung entstehen kann und eigenverantwortliches Handeln von den Bürgern verlangt wird, kann eine Vollversicherung aller in Deutschland lebenden Personen nicht erreicht werden. Denn manche Personen sind nicht dazu in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen, andere nutzen den Spielraum, um sich – bewusst oder unbewusst – gegen die Erfüllung der Pflichten zu entscheiden.

6.3 Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung

Der zweite Teil der Fragestellung wendet sich den Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung zu. Auf Grundlage der Studienergebnisse, wie sie in Kapitel 5.8 dargestellt wurden, wird in diesem Abschnitt diskutiert, welche Konflikte sich in der Versorgung von Patienten ohne Krankenversicherung ergeben und wie die Behandlungsmöglichkeiten zu bewerten sind.

6.3.1 Konflikte in der Versorgung nichtversicherter Patienten

Aus Sicht der Nichtversicherten wird die fehlende Krankenversicherung erst in dem Moment zum Problem, in dem sie zu Patienten werden (siehe Kapitel 5.8.5). Denn solange jemand gesund ist und keine medizinische Behandlung benötigt, gelingt es, das Nichtversichertsein aus dem Bewusstsein zu verdrängen. Doch im Krankheitsfall werden die Auswirkungen direkt spürbar, so dass die Betroffenen gezwungen sind, sich

mit ihrer Versicherungssituation auseinander zu setzen. Bis dahin tritt die Krankenversicherung meist im Zuge der Verschiebung von Prioritäten in Anbetracht existenzieller Sorgen im Rahmen problematischer Lebensumstände in den Hintergrund. Wie die Studienergebnisse zeigen, vertrauen zudem manche der Betroffenen darauf, auch ohne Krankenversicherung behandelt zu werden – womit sie in begrenztem Maße sogar richtig liegen, wie Kapitel 6.3.2 zeigen wird.

Für die medizinische Versorgung und den Hilfeprozess ist es problematisch, dass dadurch der Klärungs- und Eingliederungsprozess erst bedarfsorientiert und zeitgleich mit dem Beginn der medizinischen Behandlung in Gang gesetzt werden (siehe Kapitel 5.8.2). Denn solange die Kostenerstattung für die Behandlung nicht gesichert ist, sind die Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt. Dies führt dazu, dass zwar lebensnotwendige Behandlungen durchgeführt werden, eine Versorgung, wenn sie nicht akut notwendig ist, jedoch abgelehnt werden kann (siehe Kapitel 6.3.2).

Der Klärungs- und Eingliederungsprozess birgt weiteres Konfliktpotential zwischen den beteiligten Akteuren. Einerseits ist für dessen Erfolg die Mitarbeit der Nichtversicherten unabdingbar. Doch wie bereits dargelegt wurde, sind nicht alle Betroffenen dazu in der Lage, erkennen die Notwendigkeit dafür nicht oder wirken aus anderen Gründen nicht ausreichend mit (siehe Kapitel 5.8.2, 6.2.3 und 6.2.4). Andererseits bedarf es an dieser Stelle der Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Einrichtungen und den zuständigen Institutionen, die als Kostenträger in Frage kommen. Die Arbeitsweise von medizinischen Einrichtungen ist jedoch grundsätzlich sehr unterschiedlich zu der von Ämtern oder Krankenkassen. Die Klärung von Zuständigkeiten und Bearbeitung von Anträgen bei den Leistungsträgern ist langwierig, medizinische Hilfe ist dagegen meist sofort notwendig und muss möglichst unkompliziert erfolgen. Selbst wenn der Hilfeprozess frühzeitig eingeleitet wird und eine gute Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren gegeben ist, kann es Wochen bis Monate dauern, bis der Abschluss einer Krankenversicherung gelingt. Dies ist schon allein der allgemeinen Komplexität des Eingliederungsprozesses geschuldet, die sich durch die einzelnen Arbeitsschritte bedingt. Außerdem bergen die Arbeitsstrukturen in Behörden und Krankenkassen so manche bürokratische Hürde (siehe Kapitel 5.5.1 bis 5.5.3). Über diese vorgegebenen

Strukturen hinaus fehlt jedoch auch eine regelhafte lösungsorientierte Zusammenarbeit zwischen hilfeleistenden Einrichtungen auf der einen und Leistungsträgern auf der anderen Seite (siehe Kapitel 5.5.3 und 5.8.6). So sehen sich die Mitarbeiter aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern immer wieder mit fehlender Kooperations- und Kommunikationsbereitschaft von Seiten der Behörden und Krankenkassen konfrontiert, was allgemein den Hilfeprozess beeinträchtigt und ihn unabhängig von der Mitwirkungsfähigkeit der Betroffenen verlangsamt. Durch einen zielgerichteten Informationsaustausch könnte dagegen trotz aller bürokratischen Hürden eine zügigere Einbindung ins Regelsystem erreicht werden. Darüber hinaus signalisieren die Leistungsträger ein Desinteresse an bestimmten Kunden und als Folge daraus die Tendenz, die Zuständigkeit für sie abzuweisen (siehe Kapitel 6.4.1). Dies äußert sich in einem ablehnenden Verhalten den Betroffenen und den Hilfeleistenden gegenüber, was sich wiederum negativ auf die Kooperationswilligkeit und -fähigkeit der Betroffenen niederschlägt. Zudem zieht dieses Verhalten der Leistungsträger Zuständigkeitskonflikte zwischen den Institutionen des Regelsystems nach sich (siehe Kapitel 5.5.5). Auch wenn die Kooperationsbereitschaft der einzelnen Akteure in Abhängigkeit von ihren jeweiligen Aufgaben betrachtet werden muss und ein pauschales Urteil auch einzelnen engagierten Mitarbeitern in Behörden und Krankenkassen nicht gerecht wird, so findet folgender allgemeiner Kritikpunkt der Experten aus Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern dennoch seine Berechtigung: eine schwierige Zusammenarbeit und ablehnende Haltung der Leistungsträger kann vor allem dann beobachtet werden, wenn es um die Klärung der Zuständigkeiten in komplizierten Fällen geht und es sich um für die Leistungsträger unattraktive Kunden handelt.

Letztlich hat dies zur Folge, dass die theoretisch vorhandenen Ansprüche an die Regelsysteme von Sozialleistungen und Krankenversicherung nicht immer oder nur verzögert umgesetzt werden können. Für die versorgenden Einrichtungen besteht somit keine Garantie, dass der Eingliederungsprozess gelingt und damit auch die (rückwirkende) Kostenübernahme durch einen Leistungsträger erreicht werden kann, selbst wenn dies theoretisch möglich sein sollte (siehe Kapitel 5.8.2). Auf diese Weise entstehen Vakanzen in der medizinischen Versorgung.

Da eine medizinische Behandlung oftmals nicht so lange verschoben werden kann, bis alle Umstände geklärt sind, geraten die Hilfeleistenden in Zugzwang, auch ohne Versicherungsschutz zu behandeln. Wie die Expertenaussagen in Kapitel 5.8.6 belegen, wird erwartet, dass Ärzte aus ihrer ethischen Verpflichtung heraus dazu bereit sind, Patienten im Zweifel kostenlos zu behandeln; denn es widerspricht dem Berufsethos, Kranken eine medizinische Versorgung zu verweigern. Neben der ethischen Verantwortung unterliegen Ärzte und medizinische Einrichtungen auch einer rechtlichen Verpflichtung, die ihnen verbietet, lebensnotwendige Behandlungen abzulehnen, wenn sie sich nicht der unterlassenen Hilfeleistung strafbar machen wollen (siehe Kapitel 2.5.1). Die Studienergebnisse zeigen, dass Hilfseinrichtungen sowie auch einige Ärzte und in Einzelfällen sogar Krankenhäuser durchaus im Sinne der Patienten und ihrer ethischen Verantwortung folgend auf die Bezahlung ihrer Behandlung ganz oder teilweise verzichten, wenn eine medizinisch notwendige Behandlung sonst nicht möglich wäre, selbst wenn dabei nicht immer ein akut lebensbedrohlicher Notfall vorliegt und somit auch kein rechtlicher Verstoß erfolgen würde.

Es muss zugegeben werden, dass die Nichtversicherten selbst durchaus in gewisser Weise davon profitieren, dass sie in jedem Fall eine Basisversorgung über das Hilfsnetz erhalten und als Folge der doppelten Verpflichtung zur Behandlung darauf vertrauen können, im Notfall auch ohne Krankenversicherung medizinisch versorgt zu werden. Zwar wird das folgende Kapitel zeigen, dass diese schlechter als bei versicherten Patienten ausfällt, doch erwarten manche der Betroffenen auch keine komplette medizinische Versorgung nach den gängigen Standards, sondern sind durchaus mit einer Basisversorgung in den ihnen vertrauten niedrigschwelligen Hilfseinrichtungen zufrieden (siehe Kapitel 5.8.4). Machen Nichtversicherte die Erfahrung, dass sie auch ohne Krankenversicherung medizinisch versorgt werden und im Notfall sogar Zugang zum medizinischen Regelsystem erhalten, sehen sie sich nicht gezwungen, die Unannehmlichkeiten auf sich zu nehmen, die ein Versicherungsabschluss möglicherweise für sie bedeuten würde. Letztlich entwickeln sie dadurch weniger Problembewusstsein für ihr Nichtversichertsein, was wiederum zu Konflikten für das Hilfsnetz führen kann, wie bereits zu Beginn des Unterkapitels erläutert wurde. Ohne die Bedürftigkeit der Betroffenen anzweifeln zu wollen, haben dadurch die niedrigschwelligen und kosten-

losen Hilfsangebote der Hilfseinrichtungen und die Verpflichtung zur Notfallbehandlung aller medizinischen Einrichtungen den Nebeneffekt, dass sie die prekären Lebensumstände und das mangelnde Problembewusstsein der Betroffenen und damit indirekt auch ihr Nichtversichertsein stabilisieren, da den Betroffenen der Druck genommen wird, etwas zu ändern, solange sie ihre Grundbedürfnisse gesichert wissen. Gleichzeitig ergibt sich dadurch auch für die Akteure des Regelsystems und die politischen Instanzen keine Dringlichkeit, sich mit der Problematik der Nichtversicherung zu befassen, solange sie die Betroffenen versorgt wissen und zumindest akute und offensichtliche Notlagen vermieden werden (siehe Kapitel 5.8.6). So erfreulich ein gut ausgebautes Hilfesystem vom ethischen Gesichtspunkt aus betrachtet sein mag, muss es dennoch in seiner Funktion im Entstehungsprozess von Nichtversicherung hinterfragt werden. Zwar kann nicht behauptet werden, dass es die Entstehung von Nichtversicherung fördert. Auch kann die Notwendigkeit eines Hilfesystems nicht bestritten werden, da sonst in vielen Fällen, teils auch in akuten Notlagen, keinerlei Versorgung erfolgen würde. Doch lassen die Studienergebnisse den Schluss zu, dass es auf die betroffenen Nichtversicherten und die Institutionen des Regelsystems sowie die politischen Entscheidungsträger den Druck vermindert, eine schnellere und dauerhafte Einbindung der Nichtversicherten ins Regelsystem zu ermöglichen. Demnach muss eingeräumt werden, dass ein gut ausgebautes Hilfesystem in gewissem Maße die Missverhältnisse stabilisiert, indem es die Lücken des Regelsystems kompensiert.

In Zeiten, in denen der Einfluss der Wirtschaft auf die Medizin zunimmt, zeichnet sich ab, dass Ärzte nicht mehr nur aus rein medizinischen Gründen über Diagnostik und Therapien entscheiden können, sondern ihr Handeln zunehmend von den Vorgaben der Kostenträgern und der Klinikleitung beeinflusst wird. Diese zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist nicht mehr abzustreiten und wird als Resultat der von der Politik in den letzten Jahren vorgenommenen Umstrukturierungen gesehen, wie Maio (2014) mit seinen Ausführungen in „Geschäftsmodell Gesundheit“ nachvollziehbar macht. Wie erst kürzlich auf dem 119. Deutschen Ärztetag im Mai 2016 betont wurde, wird dies in der Ärzteschaft alles andere als befürwortet (Maybaum, 2016). Die Tatsache, dass die Medizinethik wieder in den Mittelpunkt gerückt wird, verdeutlicht die Brisanz dieser Entwicklung. Problematisch ist der zunehmende Einfluss finanzieller

Überlegungen auf das medizinische Handeln unter anderem auch deshalb, da dadurch für die Hilfeleistenden ökonomische Konflikte entstehen, die in der Medizin keine Rolle spielen oder zumindest nicht im Vordergrund stehen sollten, leider jedoch Teil der täglichen Arbeit geworden sind – wie ich aus eigener Erfahrung als praktizierende Ärztin bestätigen muss. Denn sie stehen den ethischen Anforderungen gegenüber, denen Ärzte und Mitarbeiter im medizinischen Arbeitsbereich gerecht werden sollen und wollen (Maio, 2014, S. 49–51 und S. 146ff.). Nachdem dies bereits die Versorgung regelhaft versicherter Patienten betrifft, da diese oftmals nicht kostendeckend erfolgen kann, ist unschwer nachvollziehbar, dass die Auswirkungen in der Behandlung Nichtversicherter noch deutlicher zu spüren sind, da hier überhaupt keine regelhafte Finanzierung existiert. Folglich muss die kostenlose Behandlung von Patienten in Anbetracht des steigenden wirtschaftlichen Drucks im Gesundheitswesen auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben.

6.3.2 Schlechtere Gesundheitsversorgung als Folge von Nichtversicherung

Mit den verschiedenen Hilfseinrichtungen, die eine medizinische Versorgung mit niedrigschwelligem Zugang und der Möglichkeit der anonymen Behandlung anbieten, hat Frankfurt am Main ein gut ausgebautes Hilfesystem an medizinischer Versorgung für Nichtversicherte und andere Randgruppen, denen der Zugang zum Regelsystem erschwert oder verwehrt ist. Alle vier medizinischen Hilfseinrichtungen, das sind die Elisabeth-Straßenambulanz, die Malteser Migranten Medizin, die Internationale humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes und die Lazarus Wohnsitzlosenhilfe (siehe Kapitel 2.5.2), bestehen schon seit mehreren Jahren, haben sich bewährt, einen guten Bekanntheitsgrad unter den Betroffenen erreicht und verzeichnen alle mit jedem Jahr einen Zuwachs an Patienten. Aus Sicht der Patienten ersetzen die Hilfseinrichtungen die hausärztliche Versorgung bei niedergelassenen Ärzten. Doch muss die Frage gestellt werden, ob mit diesem Angebot eine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann und wie die Möglichkeiten einer Weiterversorgung im Regelsystem zu bewerten sind, falls das Hilfesystem an seine Grenzen gelangt.

Die Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten bleiben auch bei einem gut ausgebauten Hilfsnetz auf eine Grundversorgung beschränkt (siehe Kapitel 5.8.4). Einerseits ist für eine darüber hinausgehende Versorgung die notwendige Ausstattung nicht vorhanden, andererseits ist dies meist zu kostenintensiv. Trotz der Möglichkeiten, eine weiterführende Behandlung im Ärztenetzwerk der Hilfseinrichtungen und in Ausnahmefällen in Krankenhäusern durchzuführen, ist eine Versorgung, die der von regulär versicherten Patienten entspricht, nicht möglich. Vor allem bei der stationären Versorgung im Krankenhaus stellen die hohen Behandlungskosten den limitierenden Faktor dar, da sie dort in der Regel höher liegen als im niedergelassenen Versorgungsbereich und sich rasch auf mehrere tausend Euro belaufen können.

Sucht ein Nichtversicherter medizinische Hilfe auf, stellt sich daher für die Hilfeleistenden zunächst die Frage, wie akut eine Behandlung notwendig ist und ob eine vorherige Einbindung ins Regelsystem erreicht werden kann, um keine Einschränkungen bei den Behandlungsmöglichkeiten hinnehmen zu müssen. Handelt es sich um einen Notfall, so werden Versicherte und Nichtversicherte gleichermaßen versorgt, wie von den befragten Experten zugesichert wurde. Jedoch wurde auch eingeräumt, dass nicht akut notwendige Behandlungen abgelehnt oder aufgeschoben werden, bis ein Versicherungsabschluss erfolgt ist (siehe Kapitel 5.8.4). Ist eine Behandlung zwingend notwendig und bleibt der Versicherungsstatus ungeklärt, so muss oft die kostengünstigste Therapieoption gewählt werden, die unter Umständen nicht den gängigen medizinischen Standards entspricht.

In den Studienergebnissen wird deutlich, dass in der Versorgung von Nichtversicherten ein stärkeres Abwiegen darüber erfolgt, ob eine Behandlung stattfinden kann und muss und welche Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten im Einzelfall gewählt werden. Dies führt in manchen Fällen dazu, dass Patienten ohne Krankenversicherung trotz bestehenden, aber nicht akut notwendigen Behandlungsbedarfs abgewiesen werden. Wie akut eine Situation ist, ist dabei letztlich ärztliche Ermessenssache und kann im Einzelfall schwer zu beurteilen sein. Wird eine Behandlung aufgeschoben, wird damit riskiert, dass kritische Erkrankungen übersehen werden oder harmlos beginnende Erkrankungen sich zunehmend verschlechtern, bis sie schließlich zum Notfall werden

und dann mit schwerem Krankheitsverlauf wesentlich mehr Kosten verursachen, als es nach rechtzeitig begonnener Behandlung der Falle wäre – ein Problempunkt, der aus Studien über die Versorgung Illegalisierter bekannt ist (Borde, David & Papies-Winkler, 2009; Krieger, Ludwig, Schupp & Will, 2006, S. 97ff.). Damit wird ersichtlich, wie problematisch sich unter diesen Umständen die Behandlung chronischer Krankheiten gestaltet. Denn um akute Verschlechterungen und Folgeerkrankungen zu vermeiden, ist eine kontinuierliche Therapie unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle notwendig. Eine zwingende gesetzliche Behandlungspflicht besteht jedoch nur für Akutereignisse und auch die Kostenträger berufen sich oft darauf, nur die Kosten für akute Erkrankungen und Notfälle erstatten zu müssen; so auch im Fall der Nichtzahler, die als Versicherungsmitglieder lediglich Anspruch auf eine Notfallversorgung haben (siehe Kapitel 5.5.8). Nur die akuten Komplikationen einer chronischen Grunderkrankung zu behandeln widerspricht allerdings nicht nur dem Berufsethos der Ärzte, sondern ist letztlich auch wirtschaftlich gesehen nicht sinnvoll. Denn meist ist es wesentlich kostenintensiver, Notfälle zu behandeln, als eine sorgfältige Dauertherapie durchzuführen, mit der die Komplikationsrate im Krankheitsverlauf vermindert werden kann. Wie die Studienergebnisse zeigen, treten bei nichtversicherten Patienten sowohl akute als auch chronische Krankheiten auf (siehe Kapitel 5.2 und 5.8.3). Ein lediglich auf eine Akutversorgung ausgerichtetes System kann dieser Realität nicht gerecht werden.

Die mangelhafte Versorgungssituation führt schließlich auch zu einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand bei Nichtversicherten. Denn durch den erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung nehmen Nichtversicherte medizinische Hilfe später in Anspruch. Wird schließlich eine Behandlung eingeleitet, sind die Behandlungsmöglichkeiten begrenzt. Zwar deckt sich das Krankheitsspektrum von Nichtversicherten im Wesentlichen mit dem der regulär versicherten Patienten in der hausärztlichen Versorgung (siehe Kapitel 5.8.3). Doch zeigen sich die Krankheiten als Folge einer unzureichenden Therapie oft schwerwiegender ausgeprägt und es treten eher chronifizierte Beschwerden auf. Somit kann die Aussage getroffen werden, dass Nichtversichertsein den Gesundheitszustand der Betroffenen negativ beeinflusst.

Die Krankenversicherung fungiert als Schlüssel, der den Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne Einschränkungen ermöglicht. Fehlt sie, reduziert das die Behandlungsmöglichkeiten wesentlich, was sich nur in begrenztem Maße kompensieren lässt. Limitierender Faktor sind dabei letztlich die hohen Kosten in der medizinischen Versorgung. Ohne Eingliederung in die Regelversorgung mittels Krankenversicherung ist eine dauerhafte und adäquate medizinische Versorgung nach gängigen medizinischen Standards daher nicht möglich. Zwar können Zeiten der Vakanz, also begrenzte Zeitabschnitte von Nichtversicherung, überbrückt werden, doch einen vollwertigen Ersatz der Regelversorgung kann auch ein gut funktionierendes Hilfesystem nicht gewährleisten. Letztlich muss damit aus den Studienergebnissen die Schlussfolgerung gezogen werden, dass Nichtversichertsein zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung verglichen mit regulär versicherten Patienten führt.

6.4 Unterschiedliche Sichtweisen der beteiligten Akteure im Konfliktfeld Nichtversicherung

In den Experteninterviews zeigte sich, dass die Situation der Nichtversicherten nicht von allen Akteuren gleich beurteilt wird und die Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden kann. Da manche der beobachteten Konflikte hierauf zurückzuführen sind, erscheint dieser Aspekt für das Verständnis der Gesamtproblematik wichtig und findet deshalb in einem eigenen Kapitel Berücksichtigung. Neben persönlichen Ansichten, die in die Beurteilung mit einfließen, kommt dem Arbeitsbereich der Experten und ihrer darin ausgeübten Funktion als Arzt, Sozialarbeiter, Sachbearbeiter etc. eine wichtige Bedeutung dabei zu, aus welchem Blickwinkel sie die Situation der Nichtversicherten betrachten und welche Rolle sie im Gesamtzusammenhang des Problemfeldes Nichtversicherung einnehmen. Unterschieden werden die Arbeitsbereiche der Akteure, wie sie in Kapitel 5.3.1 unterteilt wurden: Hilfseinrichtungen, Krankenhäuser und Behörden.

6.4.1 Gegensätzliche Perspektiven auf das Problemfeld: Hilfeleistende im Hilfsnetz versus Kostenträger im Regelsystem

Im Zentrum stehen die Nichtversicherten als Patienten, die medizinischer Hilfe bedürfen. Ausgehend davon lassen sich zwei große Pole ausmachen, an denen die übrigen Akteure entgegengesetzte Positionen einnehmen. Auf der einen Seite stehen die Hilfeleistenden, die den Nichtversicherten eine medizinische Versorgung zukommen lassen, auf der anderen die Kostenträger, die als Institutionen des Regelsystems diese medizinische Behandlung finanzieren. Zu den Kostenträgern zählen Behörden und Ämter, die beispielsweise über Sozialleistungen die Beiträge einer Krankenversicherung tragen oder im Fall des Sozialamtes in Ausnahmefällen die Kosten einer einzelnen medizinischen Behandlung. Weiterhin gehören dazu die Krankenkassen, die die Kosten für die medizinische Versorgung der krankenversicherten Personen tragen. Zwar sollen Behörden und Krankenkassen nicht allein auf ihre Funktion als Geldgeber reduziert werden, da sie durchaus auch andere Leistungen anbieten. In Bezug auf das hier erörterte Problem ist jedoch insbesondere ihre Aufgabe als Kostenträger relevant.

Grundlegend können die verschiedenen Positionen folgendermaßen charakterisiert werden: Für die Hilfeleistenden steht die medizinische Versorgung im Fokus, die sie ohne Krankenversicherung nicht oder nur zum Teil gewährleisten können. Ihre Perspektive ist geprägt von dem direkten Kontakt mit Nichtversicherten als Patienten und ihrem Auftrag, Hilfe zu leisten. Ihre Arbeit findet im Konflikt zwischen ethischer Verantwortung und wirtschaftlichem Druck statt, der eine Begrenzung der Hilfsmöglichkeiten nach sich zieht. Die Kostenträger haben mit der Praxis der medizinischen Versorgung in der Regel keine Berührungspunkte. Für sie steht die Frage im Mittelpunkt, wer die Behandlungskosten übernimmt und ob dazu sie oder ein anderer Leistungsträger für die jeweilige Person zuständig ist. Nichtversicherte treten für sie nicht als Patienten auf, sondern als Kunden, denen gewisse Leistungen zustehen, die je nach Situation zuvor überprüft werden müssen. Ethische Konflikte spielen in ihrem Arbeitsfeld weniger eine Rolle.

Unter den Hilfeleistenden muss desweiteren zwischen Akteuren unterschieden werden, deren Arbeitsfeld Teil des Regelsystems ist und denjenigen, die außerhalb des Regelsystems in einem Hilfsnetz der medizinischen Versorgung tätig sind. So nehmen Hilfseinrichtungen eine andere Rolle ein als Krankenhäuser und reguläre Arztpraxen, die Teil des Regelsystems der medizinischen Versorgung sind (siehe Kapitel 5.8.1).

Für Krankenhäuser stellt die Versorgung Nichtversicherter eine Ausnahme dar, die je nach Ausmaß der notwendigen Behandlung kleinere oder größere finanzielle Schwierigkeiten aufwirft. Da stationäre Aufenthalte im Krankenhaus in der Regel wesentlich kostenintensiver sind als eine ambulante medizinische Versorgung, stellt das Fehlen der Krankenversicherung und die deshalb ausbleibende Erstattung der Behandlungskosten für Krankenhäuser ein größeres Problem dar. Sie stehen dadurch noch mehr im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag und Kostendruck. Daher sind Behandlungen im Krankenhaus für Nichtversicherte nur möglich, wenn es sich um einen Notfall handelt. Auch für Arztpraxen stellen nichtversicherte Patienten die Ausnahme dar, sie können dort jedoch meist mit weniger Kosten und Aufwand behandelt werden. Doch auch hier beschränkt sich die Behandlung auf Notfälle und Einzelfälle. Werden nichtversicherte Patienten von Einrichtungen des Regelsystems der medizinischen Versorgung abgewiesen oder kann die Behandlung dort nicht vollständig abgeschlossen werden, muss die Versorgung vom Hilfsnetz übernommen werden.

Hilfseinrichtungen ersetzen für Nichtversicherte oftmals den Hausarzt und bilden unter den Versorgungseinrichtungen die letzte Hilfeinstanz, an die sie sich als Patienten wenden können, wenn sie an anderen Stellen abgewiesen werden. Hilfseinrichtungen sind sozusagen auf die Versorgung außerhalb des Regelsystems spezialisiert und haben von vornherein alternative Finanzierungsmodelle, jedoch sind ihre Versorgungsmöglichkeiten auf eine Basisversorgung begrenzt. Die fehlende Kostenerstattung bzw. nicht kostendeckende Behandlung ihrer Patienten stellt für sie keine Ausnahme dar, sondern die Regel. Auch sie sehen sich dem Konflikt ausgesetzt, dass eine adäquate medizinische Versorgung aus Kostengründen nicht durchgeführt werden kann. Im Gegensatz zu Krankenhäusern betrifft dies allerdings nicht nur medizinische Notfälle, sondern ist vielmehr ein dauerhaftes Problem im Arbeitsfeld der Hilfseinrichtungen.

Überschreiten Behandlungen das finanzielle Budget oder gehen über eine Basisversorgung hinaus und können deshalb nicht in der Einrichtung selbst durchgeführt werden und ist die Vermittlung in eine andere medizinische Einrichtung nicht realisierbar, bleibt eine Behandlung letztlich aus.

Institutionen, die auf der Seite der Kostenträger stehen, haben mit der konkreten medizinischen Versorgung Nichtversicherter nichts zu tun und daher auch keine Berührungspunkte mit den praktischen Problemen, mit denen sich Hilfeleistende konfrontiert sehen. Ihre Aufgabe ist es stattdessen, für die Finanzierung der medizinischen Versorgung aufzukommen, direkt oder indirekt. Als staatliche Behörden entscheiden Jobcenter und Sozialamt darüber, ob Sozialleistungen genehmigt werden, die Krankenkassen entscheiden, ob der Antrag auf eine Krankenversicherung angenommen wird. Da die Bewilligung von Leistungen für sie mit Kosten verbunden ist und Nichtversicherte für sie nicht als attraktive Kunden gelten, legen sie Wert darauf, zunächst die Zuständigkeit zu prüfen und Leistungs- bzw. Versicherungsanträge ggf. abzulehnen (siehe Kapitel 5.5.5). Denn gerade unattraktive Kunden werden von den Leistungsträgern als finanzielle Belastung gesehen. Durch diese Funktion im Klärungs- und Eingliederungsprozess sind sie entscheidend daran beteiligt, ob die Eingliederung ins Regelsystem gelingt und ob eine medizinische Versorgung ermöglicht wird. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei, dass den Kostenträgern im Gegensatz zu den Hilfeleistenden kein Nachteil aus einer längeren Bearbeitungszeit entsteht oder daraus, wenn die Einbindung ins Regelsystem überhaupt nicht gelingt. Unter Umständen kann dies für sie sogar von Vorteil sein. Denn wird keine Krankenversicherung abgeschlossen, müssen sie auch die Versicherungskosten bzw. die Behandlungskosten nicht übernehmen. Ihnen bleiben also Kosten erspart – allerdings wiederum zu Lasten der Hilfeleistenden und Hilfebedürftigen.

Desweiteren wird die Sichtweise der Experten durch die Art und Weise ihres Kontaktes mit den Nichtversicherten geprägt. In Hilfseinrichtungen besteht durch ihre Struktur und Arbeitsweise bedingt meist ein engerer und über längeren Zeitraum andauernder Kontakt zu den Patienten. Dadurch kann ein Vertrauensverhältnis zwischen den Mitarbeitern der Hilfseinrichtungen und den Nichtversicherten entstehen, was eine

bessere Zusammenarbeit möglich macht, im Idealfall mit dem gemeinsamen Ziel, die Einbindung ins Regelsystem zu erreichen. Für die Mitarbeiter der Hilfseinrichtungen ergibt sich durch den intensiven Kontakt und Austausch zudem ein besserer Einblick in die Lebensumstände der Nichtversicherten und die zusätzlichen Schwierigkeiten, die das Fehlen der Krankenversicherung bedingen, weshalb sie letztlich auch mehr Verständnis für ihr Verhalten entwickeln. Durch den kontinuierlichen Kontakt zu den Betroffenen sind die Experten aus den Hilfseinrichtungen diejenigen unter den drei Expertengruppen, die sich am meisten in die Nichtversicherten hineinversetzen können und daher auch teilweise für sie Partei ergreifen.

Während eines Krankenhausaufenthaltes lässt sich meist kein derartiges Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Krankenhauspersonal aufbauen, auch wenn zur Klärung der Versicherungssituation persönliche Gespräche zwischen ihnen stattfinden. Die stationären Aufenthalte sind jedoch meist zu kurz und bieten nicht den notwendigen Rahmen, um eine vertrauensvolle Grundlage zu schaffen. Da es sich um eine öffentliche Einrichtung handelt, begegnen Nichtversicherte den dortigen Mitarbeitern nicht mit der gleichen Offenheit wie in Hilfseinrichtungen mit niedrigschwelligem Zugang. Außerdem muss das Krankenhauspersonal die Klärung der Versicherungssituation mehr forcieren als Hilfseinrichtungen dies tun, was jedoch dazu führt, dass sich manche der Betroffenen bedrängt fühlen und dies eher kontraproduktiv auf den Eingliederungsprozess wirkt.

Zwischen Institutionen auf Seiten der Kostenträger und Nichtversicherten besteht dagegen eine deutlich größere Distanz. Zwar ist auch hier ein persönlicher Kontakt Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen. Doch ist dieser meist punktuell und zielt nicht darauf ab, ein Vertrauensverhältnis entstehen zu lassen. Die Schwierigkeiten im Umgang zwischen Nichtversicherten und Behörden und Krankenkassen und die daraus resultierende Hemmschwelle und Abneigung öffentlichen Institutionen gegenüber wurde bereits in Kapitel 6.2.3 ausführlich beschrieben.

6.4.2 Negative Auswirkungen auf die einzelnen Akteure

Vor dem Hintergrund der verschiedenen Konflikte im Problemfeld und der teils konträren Positionen, die die beteiligten Akteure darin einnehmen, stellen sich die Folgen der Nichtversicherung jeweils etwas unterschiedlich dar. Im Hinblick auf die praktische Bedeutung von Nichtversicherung ist in diesem Zusammenhang die Frage interessant, inwiefern die einzelnen Akteure von negativen Auswirkungen der Nichtversicherung betroffen sind und deshalb als Leidtragende zu betrachten sind.

Zum einen zeigen die Studienergebnisse, dass die Hilfeleistenden von den negativen Folgen der Nichtversicherung betroffen sind und durch die gesetzlichen Umstrukturierungen eine Übertragung der Konflikte auf sie stattfand. Durch die sowohl ethische als auch gesetzliche Behandlungspflicht kommt ihnen die Verantwortung zu, Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zu behandeln (siehe Kapitel 6.3.1). Dadurch übernehmen sie in Zeiten der Vakanz die medizinische Versorgung, als Überbrückung bis zum Versicherungsabschluss oder auch dauerhaft, falls dieser nicht erreicht wird. Dabei muss hervorgehoben werden, dass die versorgenden Einrichtungen durch die Gesetzesreformen der letzten Jahre, die im Rahmen dieser Arbeit erläutert wurden (siehe Kapitel 5.5.1 bis 5.5.3 und 5.8.2), nun in der Betreuung Nichtversicherter weniger als früher auf staatliche Unterstützung zurückgreifen können. Insbesondere dadurch, dass die Möglichkeit der punktuellen Absicherung im Krankheitsfall mit Kostenerstattung über den Krankenschein des Sozialamtes entfällt, wurden der Klärungs- und Eingliederungsprozess in den Aufgabenbereich der behandelnden Einrichtung übertragen. Da dieser mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden ist, stellt dies eine zusätzliche Belastung für die Hilfeleistenden dar. Somit wird von ihnen nun nicht nur erwartet, dass sie konkrete medizinische Hilfe leisten, sondern gleichzeitig müssen sie sich selbst darum kümmern, nach erfolgter Behandlung den zuständigen Kostenträger ausfindig zu machen und sollen damit veranlassen, dass der Patient ins Regelsystem der medizinischen Versorgung eingebunden wird. Je nachdem, wie gut die Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren funktioniert, ob Zuständigkeitskonflikte den Eingliederungsprozess behindern und ob die Betroffenen selbst die Unterstützungsangebote wahrnehmen und mitwirken und überhaupt Leistungsan-

spruch an das Regelsystem haben, kann dies durchaus problematisch bis unmöglich werden. Gelingt die Einbindung ins Regelsystem nicht und bleibt die Kostenfrage ungeklärt, müssen die versorgenden Einrichtungen selbst für die Behandlung aufkommen, wenn diese aus medizinischen Gründen nicht aufgeschoben werden kann. Diejenigen, die sich um die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung kümmern, werden damit oft zu Lückenbüßern, die Personen auffangen, die durch die Lücken des Regelsystems fallen und von anderen abgewiesen werden. Gerade in Bezug auf Personen, die nur schwer in die Regelsysteme der Sozialleistungen und Krankenversicherung zu integrieren sind und sich häufig dem Hilfesystem entziehen, kann von einer Übertragung der Konflikte im Problemfeld Nichtversicherung gesprochen werden. Denn insbesondere für sie bilden Hilfseinrichtungen oft die letzte Hilfeinstanz, da sich sonst niemand für sie zuständig fühlt und sich alle anderen Akteure aus der Verantwortung zurückziehen. Deutlich wird das vor allem an den Personengruppen der Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten (siehe Kapitel 6.2.3) und bei sozial schwachen Migranten (siehe Kapitel 5.5.10, 5.5.12), die einen zunehmenden Anteil unter den Hilfesuchenden ausmachen. Somit gehen Hilfseinrichtungen als Leidtragende aus der Problematik der Nichtversicherung hervor.

Nicht zuletzt müssen auch die Nichtversicherten selbst als Leidtragende betrachtet werden. Denn auch wenn in Deutschland die medizinische Versorgung im Notfall auch ohne Krankenversicherung stattfindet, so sind Nichtversicherte insgesamt dennoch schlechter medizinisch versorgt als regulär versicherte Patienten (siehe Kapitel 6.3.2). Zwar wird immer wieder das Argument eingeworfen, dass es ausreichend Hilfsangebote – staatliche wie nichtstaatliche – gibt, um eine Krankenversicherung abzuschließen, so dass es niemanden mehr ohne Krankenversicherung geben müsste. Doch wie in Kapitel 6.2.4 gezeigt wurde, liegt die Tatsache, dass die theoretischen Möglichkeiten nicht immer umsetzbar sind, nicht allein und nicht immer in einem Verschulden der Betroffenen, wenn sie Unterstützungsangebote nicht wahrnehmen. Auch hier müssen insbesondere die sozial schwachen Personengruppen unter den Nichtversicherten hervorgehoben werden, da sie besonders gefährdet sind, auch langfristig keinen Einstieg ins Regelsystem zu finden. Denn Teil der Gesellschaft zu sein, setzt die Bereitschaft voraus, sich an gewisse Konventionen und soziale Regeln zu halten und

auch am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können, d.h. beispielsweise die finanziellen Möglichkeiten dafür zu besitzen. Diejenigen, die aufgrund ihres Lebensstils und ihrer Denkweise nicht in die Gesellschaft integrierbar sind oder auch nur aufgrund akut schwieriger Lebensumstände die Anforderungen des Regelsystems nicht erfüllen können, bleiben außen vor (siehe Kapitel 6.2.2 und 6.2.3).

Die Beobachtungen im Rahmen dieser Studie, dass Nichtversicherten eine schlechtere Gesundheitsversorgung zukommt und dadurch ihr Gesundheitszustand im Vergleich zu regulär versicherten Patienten schlechter ist, decken sich mit den Ergebnissen verschiedener sozialpolitischer Studien und Betrachtungen über soziale und gesundheitliche Ungleichheiten in der Patientenversorgung (Mielck, 2011; Richter & Hurrelmann, 2009). So schreibt Mielck: „In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status“ (2011, S. 81). Zwar wird dies nicht immer in einen Zusammenhang mit dem Versicherungsstatus gestellt. Wie die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, sind jedoch gerade sozial schwache Personen von Nichtversicherung betroffen, so dass die Aussage auch auf die hier betrachtete Personengruppe der nichtversicherten Patienten anwendbar ist.

Die Kostenträger sind dagegen von der Problematik nur indirekt betroffen. Gelingt es nicht, die Nichtversicherten ins Regelsystem zu integrieren, bleiben sie von den Auswirkungen unberührt. Sie treten erst dann als Leistungsträger ein, wenn das Nichtversichertsein beendet wird. Ob und inwiefern es für sie tatsächlich Nachteile bringt, die vermeintlich unattraktiven Klienten in den Sozialleistungsbezug bzw. eine Krankenversicherung aufzunehmen, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Jedoch wird im folgenden Kapitel gezeigt, dass die Krankenkassen durch die Einführung der Versicherungspflicht und der obligatorischen Anschlussversicherung finanzielle Verluste von mehreren Milliarden Euro zu verzeichnen haben. Diese ergeben sich aus Beitragsrückständen von zahlungsunfähigen Versicherungsmitgliedern, denen dadurch allerdings auch kein voller Leistungsanspruch zusteht. Als negative Folge für die Krankenkassen (nicht jedoch für die Sozialleistungsträger) lässt sich demnach eine finanzielle Lücke durch ausstehende Beitragszahlungen festhalten.

6.5 Aktualität der Thematik

Da zwischen der Erhebung des empirischen Materials und der Fertigstellung der Dissertation etwa fünf Jahre liegen, darf und muss nach der Aktualität der Thematik gefragt werden. Wie bereits erwähnt, fanden in diesem Zeitraum gesetzliche Änderungen statt, die das hier bearbeitete Thema betreffen. In diesem Kapitel wird hinterfragt, welche Auswirkungen diese Gesetzesänderungen in Bezug auf die Studienergebnisse haben, inwiefern sich dadurch die Situation der Nichtversicherten und der betroffenen Akteure im Problemfeld geändert hat und ob manche Problempunkte gelöst werden konnten. Desweiteren werden aktuelle Themen aufgegriffen, die in Bezug zu den Studienergebnissen stehen; dies sind die Debatte um die Kostensteigerung der Gesundheitsversorgung und die internationalen Migrationsbewegungen der letzten Jahre, von denen Deutschland betroffen ist.

Eine erneute kurze Recherche vor Abschluss der Dissertationsschrift, darunter auch Gespräche mit einigen der zentralen Kontaktpersonen im Themenfeld, ergab, dass sich trotz der Neuerungen in den Rahmenbedingungen an der grundlegenden Problematik der Nichtversicherung keine wesentlichen Änderungen vollzogen haben. Die stetig wachsende Nachfrage an Hilfseinrichtungen zeigt, dass unverändert Menschen aus der regulären medizinischen Versorgung ausgeschlossen sind; dies geht aus den Jahresberichten der jeweiligen Einrichtungen hervor (siehe Kapitel 2.5.2). Auch wenn sich dies nicht in behördlichen Statistiken abbildet, so beweisen doch die Erfahrungen aus dem Hilfesystem, dass Nichtversicherung weiterhin ein reales Problem ist und noch keine eindeutig rückläufige Tendenz an nichtversicherten Personen zu verzeichnen ist.

Dennoch kann festgehalten werden, dass die Gesetzesänderungen zwischen 2011 und 2015 in manchen Aspekten Verbesserungen brachten. So bleibt auch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung aus dem Jahr 2013 grundsätzlich zu befürworten (siehe Kapitel 2.4.1). Es zeigt, dass eine der Ursachen von Nichtversicherung erkannt wurde und stellt einen Versuch dar, diese zu beheben. Denn seit Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2007 waren für viele die hohen und sich kontinuierlich weiter summierenden Beitragsrückstände

ein Hindernis für den Einstieg in eine Krankenversicherung. Durch einen Schuldenerlass im Fall eines Versicherungsabschlusses wurde dieser erleichtert. Zudem reduzieren die im Gesetz enthaltene Absenkung der Säumniszuschläge in der GKV und der Notlagentarif in der PKV die Verschuldung für Personen in vorübergehenden finanziellen Schwierigkeiten, auch wenn sie dadurch nicht komplett aufgehoben wird.

Manche Einzelfälle konnten durch die Gesetzeseinführung in der Zwischenzeit gelöst werden. Allerdings konnten die Regelungen das Vorkommen von Nichtversicherung nicht gänzlich verhindern und so gibt es auch einige Kritikpunkte am Beitragsschuldengesetz. Wie der tabellarischen Übersicht in Kapitel 2.4.1 zu entnehmen ist, war der Schuldenerlass nicht auf alle Nichtversicherten und Nichtzahler anwendbar und betraf je nach den genauen Versicherungsumständen auch nur einen Teil der Beitragsschulden. Darüber hinaus war der Schuldenerlass zeitlich befristet. So musste ein Versicherungsabschluss innerhalb einer engen Frist zwischen 1. August und 31. Dezember 2013 erfolgen, um von dem Gesetz zu profitieren. Für einen begrenzten Zeitraum wurden demnach die Hürden für einen Wiedereinstieg in das Versicherungssystem unbestreitbar herabgesetzt. Wem der Versicherungsabschluss aber dennoch nicht gelang oder wer sich aus irgendwelchen Gründen nicht rechtzeitig darum kümmerte, ist nach Ablauf der Frist mit den gleichen Hindernissen konfrontiert wie zuvor. Auch diejenigen, die den Schuldenerlass für einen Wiedereinstieg nutzen konnten, aber später aufgrund finanzieller Schwierigkeiten Beiträge nicht leisten können, verschulden sich erneut. Dementsprechend zeigt sich seit 2014 die gleiche Problematik wie vor der Gesetzeseinführung, auch wenn zwischenzeitlich eine Verbesserung für die Betroffenen bestand. Zwar wirkt das Beitragsschuldengesetz durch die Reduktion der Säumniszuschläge und den Notlagentarif einer zukünftigen Verschuldung in gewissem Maße entgegen, doch vor allem für Nichtversicherte und Nichtzahler mit anhaltend finanziellen Schwierigkeiten wird dadurch keine ausreichende und langfristige Verbesserung erzielt.

Die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke an die Bundesregierung und deren Antwort darauf zeigen, dass dieses Problem auch auf politischer Ebene erkannt wurde und zu Kontroverse führt (Deutscher Bundestag, 2014a, 2014b). Während die Fraktion Die Linke den Erfolg des Beitragsschuldengesetzes als „mäßig“ bezeichnet (2014b, S. 2),

zieht die Bundesregierung eine positive Bilanz, wenngleich eingeräumt wird, dass das Problem der Nichtversicherung noch nicht vollständig gelöst werden konnte und die weitere Entwicklung aufmerksam beobachtet werde (2014a, S. 4). Die Linke kritisiert insbesondere, dass es „bei speziellen sozial benachteiligten Gruppen nach wie vor Probleme beim Krankenversicherungsschutz [gibt]“ (2014b, S. 2) und Regelungen fehlen, die eine Verbesserung der Situation über den 31. Dezember 2013 hinaus garantieren. So hat nach Ansicht der Verfasser der Kleinen Anfrage an die Bundesregierung „das Gesetz [...] – von den niedrigeren Säumniszuschlägen abgesehen – keine Auswirkungen auf zukünftige Beitragsschulden von nicht zahlungsfähigen Mitgliedern“ (S. 2). Unter den problematischen Personengruppen werden auch die in dieser Arbeit benannten Personengruppen aufgeführt: Wohnungslose, Personen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität, geringverdienende Selbständige, Personen, die aus SGB-II-Ansprüchen ausscheiden oder diese nicht verwirklichen und EU-Bürger der neuen Beitrittsländer. Die Bundesregierung betont in ihrer Antwort, dass viele Personen vom Erlass bzw. der Verringerung der Beitragsschulden profitieren konnten (in der GKV rund 55 000 Personen) und die Zahl der Nichtversicherten durch die Gesetzesänderung deutlich verringert werden konnte. So traten nach Angaben der Bundesregierung 24 475 Personen während der Frist des Beitragsschuldengesetzes von 1. August bis 31. Dezember 2013 aus der Nichtversicherung in eine gesetzliche Krankenversicherung ein, 4 500 zuvor nicht krankenversicherte Personen schlossen eine PKV ab (2014a, S. 3–4). Vergleicht man die genannten Zahlen mit denjenigen, die der Mikrozensus benennt, so lässt sich dennoch unschwer erkennen, dass bei weitem nicht alle Nichtversicherten der Aufforderung zum Versicherungsabschluss nachkamen – ganz abgesehen davon, dass die im Mikrozensus 2011 angegebene Zahl von 137 000 Nichtversicherten aufgrund der hohen Dunkelziffer als zu niedrig bewertet werden muss (siehe Kapitel 2.3 und 6.1).

Auch die Einführung der obligatorischen Anschlussversicherung in der GKV im Rahmen des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung ist in Teilen als Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen zu sehen. Durch diese Regelung kann der Versicherungsverlust an Schnittstellen im Lebenslauf verhindert werden, an denen zuvor durch eine strukturelle Lücke der Eintritt in die Nichtversicherung möglich war. Sicherlich konnten manche Personen von

der automatischen Weiterversicherung profitieren. Gleichzeitig aber entsteht durch diese Maßnahme eine neue Problematik. So zeigen die Erfahrungen der Experten aus den Hilfseinrichtungen, insbesondere der ESA, dass sich neben den Nichtversicherten nun eine zunehmende Anzahl an Nichtzahlern findet, deren medizinische Versorgung als genauso problematisch zu betrachten ist (siehe Kapitel 5.5.8). Denn während Personen an Schnittstellen im Versicherungsverlauf nun nicht mehr in die Nichtversicherung eintreten, werden sie durch die obligatorische Anschlussversicherung stattdessen zu Nichtzahlern, wenn sie aufgrund problematischer Lebensumstände und/oder finanzieller Schwierigkeiten die Beitragszahlungen unterlassen. Da sie dadurch zwar nicht aus der Krankenversicherung ausscheiden, aber trotzdem den vollen Versicherungsschutz verlieren, müssen sie letztlich genauso auf die Angebote des Hilfsnetzes zurückgreifen. Demnach hat sich das Phänomen der Nichtzahler durch die obligatorische Anschlussversicherung verstärkt und muss als negativer Nebeneffekt der Gesetzesänderung betrachtet werden.

Die Beobachtung aus den Hilfseinrichtungen wurde jüngst von offizieller Seite bestätigt. Wie die Rheinische Post im Juli 2016 berichtete, geht aus einer Pressemeldung des GKV-Spitzenverbandes hervor, dass sowohl die Gesamtzahl der säumigen Versicherten als auch die Beitragsschulden der bisherigen Nichtzahler von Jahr zu Jahr ansteigen. Dadurch haben sich „bei den gesetzlichen Krankenkassen [...] Beitragsrückstände von 4,48 Milliarden Euro angehäuft“ (RP Online, 2016). Der Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes zufolge werde sich das Problem der Nichtzahler „ohne weitere Maßnahmen“ weiter verschärfen, denn es gebe „keine Lösung für jemanden, der nicht zahlen kann“, wie die Rheinische Post schreibt (RP Online, 2016). Wie hoch die Zahl der Versicherten mit Beitragsschulden ist, die demnach lediglich Anspruch auf eine Notfallversorgung haben, wird dabei nicht konkretisiert, da angeblich keine Zahlen der GKV verfügbar sind (2014a, S. 13). Der PKV-Verband berichtete laut Bundesregierung von einem Rückgang der Beitragsschuldner in der PKV von 149 000 vor Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes auf 113 000 zum 31. Dezember 2013. Im Juni 2014 waren noch 100 700 PKV-Versicherte aufgrund finanzieller Schwierigkeiten im Notlagentarif versichert (2014a, S. 14).

Das Auslaufen der eingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit in den Jahren 2011 und 2014 für Bürger der EU-Beitrittsländer von 2004 und 2007 stellt eindeutig eine positive Entwicklung dar (siehe Kapitel 2.4.3). Denn es zeigt sich, dass sich die Arbeitsmigration durch die Beschränkungen im Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt keineswegs eingrenzen lässt. Vielmehr bewirken sie, dass die Arbeitsmigranten stattdessen vermehrt illegale und ungeregelte Arbeitsverhältnisse abseits des regulären Arbeitsmarktes eingehen (Dälken, 2012). Durch das Verhindern von Angestelltenverhältnissen sind die betroffenen Migranten selbstverantwortlich für den Abschluss einer Krankenversicherung, der häufig nicht erfolgt. Ob aus Unkenntnis der gesetzlichen Regelungen, aus finanziellen Schwierigkeiten, sonstigen Problemlagen oder mangelndem Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Krankenversicherung, fördert die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit dadurch die Nichtversicherung unter Arbeitsmigranten (siehe Kapitel 5.4.11 und 5.5.10). Leider zeigt sich, dass die Bundesregierung in diesem Punkt keine bzw. nur eine teilweise Kursänderung eingeschlagen hat und weiterhin von der Regelung einer Einschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit Gebrauch macht. So galt auch für die Bürger des im Jahr 2013 zur EU beigetretenen Landes Kroatien zunächst nicht die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit. Im Gegensatz zu den früheren EU-Beitrittsländern wurde die Einschränkung jedoch bereits nach nur zwei Jahren aufgehoben und nicht auf das Maximum von sieben Jahren verlängert.

Darüber hinaus zeigt sich die Aktualität des Themas Nichtversicherung in seinem Bezug zu generellen Entwicklungen im Gesundheitswesen. In den gesundheitspolitischen Debatten ist in den letzten Jahren zunehmend die Kostensteigerung in der Gesundheitsversorgung in den Fokus gerückt und damit verbunden die Frage, wie die wirtschaftlich defizitäre Situation entspannt werden kann, die sich aus der derzeitigen Unterfinanzierung vieler Krankenhäuser ergibt (Osterloh, 2016; Flintrop, 2013). Die Suche nach einer tragfähigen Lösung für die Finanzierung des Gesundheitswesens spiegelt sich auch in der jüngsten Gesundheitsreform wider (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). So enthält das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das zum 1. Januar 2016 in Kraft trat, unter anderem Neuerungen, die die Krankenhausfinanzierung verbessern sollen. Zwar tauchen Nichtversicherte in diesen Diskussionen wenn überhaupt nur am Rande auf, doch sind auch sie von der Restriktion der finanziellen

Ressourcen betroffen. Denn wie deutlich gemacht wurde, stellt der Kostenfaktor bei der medizinischen Versorgung von Nichtversicherten eines der Hauptprobleme dar (siehe Kapitel 6.3.1 und 6.3.2). In diesem Zusammenhang hinterlässt auch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens ihre Spuren (siehe Kapitel 6.3.1). Da für die Versorgung von nichtversicherten Patienten keine regelhafte Finanzierung vorgesehen ist, wirkt sich der unbestreitbare Kostendruck in der Gesundheitsversorgung noch drastischer auf Patienten ohne Krankenversicherung aus als auf regulär versicherte Patienten. Insbesondere die konstant unterfinanzierten Krankenhäuser unterliegen dem Dauerkonflikt aus humanitärem Anspruch und dem Zwang zur Wirtschaftlichkeit. Doch auch die Krankenkassen stehen bei stetig steigenden Gesundheitsausgaben unter Kostendruck und in Konkurrenz um attraktive Kunden. Da erwartet wird, dass Nichtversicherte nach einer Wiedereingliederung ins Versicherungssystem als „teure“ Patienten zusätzliche Kosten verursachen und möglicherweise mit einem Ausfall an Beitragszahlungen zu rechnen ist, werden Nichtversicherte zu unattraktiven Patienten und Kunden im Gesundheitssystem. Eine Entwicklung, die wiederum in einem drastischen Widerspruch zu den ethischen Grundsätzen in der medizinischen Versorgung steht (siehe Kapitel 2.5.1), denen zufolge eine Gleichbehandlung aller Patienten die Maxime ist, ungeachtet ihrer sozialen und finanziellen Stellung. Während vielfach diskutiert wird, ob das aktuelle duale Versicherungssystem mit seiner Unterteilung der Patienten in privat und gesetzlich Versicherte eine ungerechte Zweiklassen-Medizin hervorruft (Lüngen, M Passon & Lauterbach, 2011), kann nach Betrachtung der Studienergebnisse behauptet werden, dass in der Versorgung von Nichtversicherten sogar von einer Drei-Klassen-Medizin gesprochen werden muss. Denn sie stehen an letzter Stelle hinter privat und gesetzlich versicherten Personen und können keinen Anspruch auf eine medizinische Versorgung nach gängigen Standards erheben. In einem gewinnorientierten System zählt die Personengruppe der Nichtversicherten letztlich zu den Verlierern.

Vor diesem Hintergrund ist auch der Berührungspunkt zwischen Nichtversicherung und Migration zu betrachten. Die fortbestehenden und tendenziell zunehmenden wirtschaftlichen Ungleichheiten zwischen Deutschland und ärmeren inner- und außereuropäischen Staaten einerseits sowie wiederkehrende Krisensituationen bis hin zu

Kriegen in politisch instabilen Regionen außerhalb Europas andererseits, verursachen einen hohen Migrationsdruck, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Migration nach Deutschland aus den betroffenen Ländern anhalten wird. Die komplexe Diskussion über die internationale Migration, die Flüchtlingsproblematik und die Ermöglichung bzw. Begrenzung der Einwanderung nach Deutschland soll hier nicht weiter vertieft werden. Dennoch muss vor dem Hintergrund der Studienergebnisse auf den Zusammenhang zwischen Migration und Nichtversicherung hingewiesen werden. Gelingt es nicht, die Migranten in den regulären Arbeitsmarkt und die Regelsysteme der Krankenversicherung und medizinischen Versorgung einzugliedern, droht langfristig ein weiterer Anstieg von Hilfesuchenden im Hilfesystem der medizinischen Versorgung. Ohne staatliche Unterstützung und regelhafte Finanzierung können die Versorgungslücken bei einer weiteren Größenzunahme dieser Personengruppe nicht mehr vom Hilfesystem kompensiert werden.

6.6 Handlungsbedarf und Lösungsansätze

In diesem Kapitel wird als Resümee aus den Studienergebnissen erläutert, inwiefern Handlungsbedarf bezüglich der Problematik der Nichtversicherung gesehen wird. In Verbindung damit werden einige Lösungsansätze vorgestellt, die in Anlehnung an die Aussagen der Interviewpartner entstanden sind.

Grundsätzlich kann die gesetzliche Versicherungspflicht und das damit angestrebte Ziel, die Gesamtbevölkerung in einen Krankenversicherungsschutz einzubinden, befürwortet werden. Ebenso können durchaus positive Auswirkungen der Gesetzesneuerungen und Verbesserungen in den strukturellen Rahmenbedingungen registriert werden, die nun in manchen Fällen eine Einbindung ins Regelsystem ermöglichen, wo dies früher nicht der Fall war. Die Studienergebnisse zeigen jedoch, dass in Umsetzung und Anwendung der Gesetze Probleme auftreten, gesetzliche Lücken den Verlust der Krankenversicherung weiterhin zulassen und strukturelle Hürden den Einstieg ins Regelsystem behindern. Selbst wenn man die Frage nach der Verantwortung für das Entstehen von Nichtversicherung unbeantwortet lässt, bleibt die Tatsache, dass es weiterhin Personen ohne Krankenversicherung in Deutschland gibt. Zwar handelt es

sich prozentual gesehen um einen sehr kleinen Bevölkerungsanteil, dennoch kann dies nicht gänzlich ignoriert werden. Denn eine medizinische Versorgung ist für Nichtversicherte zwar möglich, als Basisversorgung über das Hilfsnetz und in Ausnahmen eine weiterführende Versorgung unter Anschluss an das Regelsystem, jedoch oft zeitverzögert und in reduziertem Ausmaß. Damit geht die fehlende Krankenversicherung nicht nur zu Lasten der betroffenen Patienten, sondern ist auch problematisch für diejenigen, die sich um deren medizinische Versorgung kümmern. Der Staat und die Kostenträger sind dabei weniger von den negativen Auswirkungen betroffen.

Bei der Überlegung, ob Handlungsbedarf besteht, muss somit die Frage gestellt werden, ob das Auftreten von Nichtversicherung trotz der gesetzlich eindeutigen Zielsetzung einer Vollversicherung der Bevölkerung toleriert werden soll und ob es akzeptabel ist, wenn in einem reichen Industrieland und Sozialstaat wie Deutschland Teile der Bevölkerung keinen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung erhalten. Wird dies verneint, ist ein Handlungsbedarf unbestreitbar.

Nichtversicherung ist multifaktoriell bedingt und dementsprechend ein vielschichtiger Problemkomplex, für den es keine simple Lösung gibt. Da Nichtversicherung zudem selten als isoliertes Problem auftritt, müssen bei der Lösungsfindung auch andere Lebensbereiche berücksichtigt werden, wie beispielsweise die Arbeits- und Wohnsituation oder sozialen Verhältnisse der betroffenen Personen oder auch zugrundeliegende Erkrankungen. Innerhalb der großen Bandbreite an Lebenssituationen und Konstellationen, die zum Verlust der Krankenversicherung führen können, kristallisieren sich zwei Personengruppen als besonders gefährdet heraus: Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, sprich Wohnungslose und Menschen in Wohnungsnot, psychisch Kranke und Suchtkranke, sowie Migranten. In Bezug auf mögliche Lösungsansätze müssen sie deshalb gesondert betrachtet werden.

Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten fällt es aufgrund ihrer Lebensumstände nicht nur schwer, sich in die Gesellschaft im Allgemeinen zu integrieren, sondern auch, sich in das Sozialleistungssystem und das Regelsystem der Krankenversicherung einzugliedern. Denn die Anforderungen, die für alle gelten und vom Großteil

der Antragsteller erfüllt werden können, stellen für sie eine Überforderung dar. Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten machen folglich bestehende Ansprüche an das Sozialleistungs- oder Krankenversicherungssystem besonders häufig nicht geltend. Um die Ausgrenzung dieser Personengruppe zu verringern, müssten die Hürden für den Einstieg in die Regelsysteme niedriger gehalten werden. Eine Lösung könnte demnach in Sonderregelungen für Personengruppen bestehen, bei denen eine Eingliederung unter normalen Bedingungen nicht gelingt. Dabei müssten die Anforderungen noch nicht einmal für alle Personen erleichtert werden und die Sozialpolitik müsste ihren Grundsatz des „Fördern und Fordern“ nicht aufgeben, sondern lediglich Ausnahmen für besondere Fälle zulassen. Denn Ausnahmeregelungen würden den Mitarbeitern der zuständigen Behörden und Krankenkassen mehr Flexibilität im Umgang mit den Betroffenen und bei der Bearbeitung ihrer Anträge ermöglichen. Auch eine intensivere Unterstützung der Antragsteller von Seiten der PAPs und Fallmanager bei den einzelnen Arbeitsschritten des Eingliederungsprozesses und eine schnellere und unkompliziertere Überführung aus dem SGB II in Leistungen des SGB XII für Personen, bei denen aufgrund ihrer besonderen sozialen Schwierigkeiten absehbar ist, dass eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt nicht gelingen kann, könnte zu einer sichereren und dauerhafteren Einbindung ins Regelsystem beitragen. Denn wie die Studienergebnisse zeigen, bergen vor allem die Auflagen des Jobcenters für den Bezug von ALG II Hürden, die eine Eingliederung verhindern, während dies bei einem Bezug von Grundsicherungsleistungen nach SGB XII über das Sozialamt weniger der Fall ist.

Für Migranten wäre vorrangig ein besserer Zugang zum regulären Arbeitsmarkt notwendig, unter gleichzeitiger Verhinderung von unregelmäßigen Arbeitsverhältnissen wie Schwarzarbeit. Denn die Studienergebnisse zeigen, dass Nichtversicherung bei Migranten häufig gekoppelt mit prekären und/oder illegalen Arbeitsverhältnissen auftritt oder weil sie trotz Arbeitslosigkeit keine Ansprüche auf staatliche Unterstützung haben. Bessere Chancen auf dem Arbeitsmarkt, ein Zugang zu Jobs in Angestelltenverhältnissen und ein ausreichendes Einkommen können hier Abhilfe schaffen. Folglich sollten systematische Hindernisse wie die eingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit für neue EU-Beitrittsländer in Zukunft vermieden werden. Denn die Erfahrung zeigt, dass

derartige Auflagen die Menschen nicht davon abhalten, ihr Heimatland zu verlassen, wenn der Migrationsdruck groß genug ist.

Für Migranten in aufenthaltsrechtlicher Illegalität stellt sich eine Lösungsfindung wesentlich komplizierter dar. Solange ihnen durch politische Entscheidungen nicht mehr Möglichkeiten eingeräumt werden, ihren Aufenthalt ohne wesentliche Einschränkungen in ihrer Lebensqualität zu legalisieren, bleibt illegalisierten Migranten der Zugang zu den Regelsystemen der Sozialleistungen und der Krankenversicherung verwehrt. Dennoch könnte ihre Situation zumindest dadurch verbessert werden, indem die Umsetzung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift gewährleistet wird, so wie es die Regelung in der Theorie vorsieht. Dies würde ihnen zumindest den Zugang zu einer Basisversorgung im medizinischen Regelsystem ermöglichen.

Unabhängig von den eben hervorgehobenen Personengruppen sollte im Allgemeinen der Wiedereinstieg in eine Krankenversicherung erleichtert werden. Denn von Seiten der Krankenkassen zeigt sich oftmals zu wenig Bereitschaft zur Lösungsfindung und Akzeptanz insbesondere gegenüber unattraktiven Kunden. So werden die gesetzlichen Schlupflöcher dazu genutzt, Nichtversicherte abzuweisen, womit letztlich versucht wird, sich um die Verpflichtung zur Aufnahme zu winden, die aus dem Kontrahierungszwang folgt. Weiterhin wäre es wichtig, den Versicherungsabschluss nicht mit einer „Bestrafung“ in Form von Beitragsschulden zu verbinden, um auch finanziell schwach gestellten Personen einen Versicherungsabschluss zu ermöglichen. Dazu müssten die Beitragsrückstände gänzlich abgeschafft werden und nicht nur befristet ausgesetzt bzw. reduziert werden, wie es im Beitragsschuldengesetz vorgesehen ist.

Daneben gibt es eine Reihe allgemeiner Ansätze, die Verbesserungen herbeiführen könnten, allen voran eine intensivere Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure mit der gemeinsamen Zielsetzung der Integration von Nichtversicherten in das Regelsystem. Durch verbesserte Kommunikation zwischen Behörden, Krankenkassen, Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern könnten manche strukturellen und bürokratischen Hürden beseitigt werden und so der Eingliederungsprozess verbessert werden. Eine direkte Kontaktaufnahme zwischen Behörden und Krankenkassen und den Kostenträgern mit den betreuenden Einrichtungen könnte unter anderem den Informations-

verlust an Schnittstellen vermeiden, wodurch eine Komplettierung von Anträgen insbesondere bei komplexen Fällen schneller und sicherer erfolgen würde. Dazu müssten auch Barrieren im Kontakt zwischen den betreuenden Sozialarbeitern und den zuständigen Mitarbeitern bei Leistungsträgern beseitigt werden, um die Unterstützung durch Mitarbeiter derjenigen Einrichtungen zuzulassen, die in direktem Kontakt zu den Betroffenen stehen. Konkret bedeutet dies, den Mitarbeitern der betreuenden Einrichtung eine Art Mitspracherecht bei der Abwicklung von bürokratischen Vorgängen einzuräumen, wie es im Fall von gerichtlich eingesetzten Betreuern der Fall ist, so dass ihnen von Seiten der Kostenträger Informationen über die betreffende Person mitgeteilt werden können, die nach aktuellem Recht unter den Datenschutz fallen. Dabei geht es nicht darum, den Betroffenen ihre Eigenständigkeit absprechen zu wollen, sondern sie mit ihrem Einverständnis punktuell bei gewissen Vorgängen zu unterstützen, wenn sich abzeichnet, dass Probleme im Eingliederungsprozess auftreten, die sie alleine nicht lösen können. Im Hinblick auf die Studienergebnisse stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob es in jedem Fall sinnvoll ist, den Abschluss einer Versicherung zur alleinigen Aufgabe des Leistungsempfängers, sprich der Nichtversicherten zu machen. Wenn sich derartig deutlich Schwierigkeiten abzeichnen, ob nun wegen eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit der Betroffenen oder strukturellen Hindernissen, könnte es den Versicherungsabschluss beschleunigen, wenn dieser von den Leistungsträgern direkt durchgeführt werden kann.

Einige Experten vertraten die Meinung, dass das Problem der Nichtversicherung mit den aktuell bestehenden gesetzlichen Regelungen nie vollständig gelöst werden kann. Solange eigenverantwortliches Handeln gefordert wird und damit auch ein gewisser Freiraum besteht, keine Versicherung abzuschließen, wird es demnach immer Nichtversicherte geben. Betrachtet man die Fallbeispiele in dieser Studie, so hat dieser Einwand durchaus seine Berechtigung. Denn es wird immer Personen geben, die nicht die notwendigen Fähigkeiten besitzen, um nach den Vorgaben des Regelsystems zu funktionieren, oder sich nicht einfügen wollen. Sicherlich wären einige Nachjustierungen in den gesetzlichen Rahmenbedingungen möglich, so dass zumindest in einigen Fällen Nichtversicherung verhindert werden könnte. Einzelne Lücken im System scheinen dennoch unvermeidbar. Eine Lösung hierfür könnte in der Bereitstellung einer

steuerfinanzierten Grundversorgung für alle in Deutschland lebenden Personen liegen oder in einer quasi automatischen Einbindung in eine Versicherung, unabhängig von den genauen Lebensumständen und auch unabhängig vom Aufenthaltstitel. Dadurch bekämen alle Personen Zugang zumindest zu einer medizinischen Basisversorgung während für die versorgenden Einrichtungen die finanzielle Absicherung der Behandlung gewährleistet wäre. Wie die gesundheitspolitischen Diskussionen um alternative Krankenversicherungsmodelle in den letzten Jahren zeigen, gibt es jedoch große Widerstände gegen eine Abschaffung des dualen Versicherungssystems.

Lässt sich das Auftreten von Nichtversicherung letztlich nicht vollständig verhindern, so muss die Frage diskutiert werden, wer sich um diejenigen Personen kümmert, die – gewollt oder ungewollt – nicht nach den Vorgaben des Systems funktionieren und sich nicht in das Versicherungssystem integrieren lassen: Sollen sie sich selbst überlassen werden, soll ihre Versorgung durch ein Hilfesystem stattfinden oder soll der Staat Verantwortung übernehmen und nach Lösungen suchen.

Wie in den Studienergebnissen dargelegt wurde, findet die medizinische Versorgung von Patienten ohne Krankenversicherung zum Großteil in einem Hilfesystem statt. In manchen Fällen dient dies nur zur Überbrückung von Zeiten der Nichtversicherung, in anderen Fällen gelingt die Einbindung ins Regelsystem nicht, so dass die Betreuung über längeren Zeitraum bzw. dauerhaft vom Hilfesystem übernommen wird. Doch sowohl die Kapazitäten des Hilfesystems als auch die Versorgungsmöglichkeiten sind begrenzt. Mehr als eine Basisversorgung kann bei fehlendem Versicherungsschutz nicht geleistet werden. Deshalb stellt für die Akteure im Hilfesystem die Einbindung ins Regelsystem das vorrangige Ziel dar, da auf Dauer nur damit eine adäquate medizinische Versorgung möglich ist. Dabei wäre eine Überbrückung von Vakanzen durch ein paralleles Hilfesystem durchaus denkbar. Doch sollte dies besser durch das Regelsystem unterstützt werden, sowohl finanziell durch eine regelhafte Finanzierung als auch in der inhaltlichen Arbeit, um den Eingliederungsprozess zu optimieren. Unabdingbar für eine problemorientierte Kooperation wäre allerdings eine gemeinsame Zielsetzung aller Akteure, sprich Krankenkassen, Sozialhilfeträgern, Hilfseinrichtungen und Krankenhäusern, die als Ziel die Einbindung der Nichtversicherten ins

Regelsystem verfolgt. Nicht zuletzt stehen auch die Politik und die staatlichen Institutionen in der Verantwortung, sich um eine entsprechende Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu kümmern und die Einbindung Nichtversicherter ins Regelsystem zu ermöglichen. Trotz des gesetzlich formulierten Zieles der Vollversicherung aller Bürger, scheinen in der Realität die zwei Pole der Hilfeleistenden auf der einen und der Kostenträger auf der anderen Seite zu oft gegensätzliche Interessen zu verfolgen.

Durch eine Zusammenarbeit und einheitliche Zielsetzung von Hilfeleistenden und Kostenträgern würde auch der Konflikt aufgelöst, in dem sich die Akteure des Hilfsnetzes wiederfinden. Denn so wichtig die Hilfsangebote für die Betroffenen in Notlagen sind, können sie doch die Ursache des Problems nicht lösen, sondern stellen nur eine Behelfsmaßnahme für Situationen dar, in denen sich die Akteure des Regelsystems aus der Verantwortung zurückziehen. Gleichzeitig stabilisiert das Hilfesystem damit das bestehende lückenhafte System. Denn einerseits sind die Betroffenen durch ein gut funktionierendes Hilfsnetz weniger gezwungen, den Einstieg ins Regelsystem zu versuchen, andererseits sinkt der Druck an das Regelsystem, Verantwortung zu übernehmen. Während das Hilfesystem mit der großen Nachfrage von Nichtversicherten an seine Grenzen gelangt, ergibt sich so für die Akteure des Regelsystems und die politischen Instanzen keine Dringlichkeit, an der aktuellen Situation etwas zu ändern. Eine Lösungsfindung ist ohne eine Bewusstseinsbildung für die Problematik der Nichtversicherten auf Seiten der Politik jedoch letztlich nicht möglich.

6.7 Aussagekraft der Studienergebnisse

In diesem letzten Abschnitt wird die Aussagekraft der Studienergebnisse hinterfragt, indem auf den Geltungsbereich der Ergebnisse und ihre Bedeutung für den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn eingegangen wird. In Verbindung damit wird ein kurzer Ausblick auf offene Fragen im Forschungsfeld und weiteren Forschungsbedarf gegeben. Abschließend werden in einer Manöverkritik die Schwachpunkte in Methodik und Vorgehensweise dargelegt.

6.7.1 Geltungsbereich der Studienergebnisse und offene Fragen im Forschungsfeld

Ganz allgemein ist die Aussagekraft einer Studie von dem Forschungskonzept abhängig, das ihr zugrundliegt. Die vorliegende Dissertation basiert auf einer qualitativen Vorgehensweise, so dass eine quantitative Bewertung der Problematik anhand der vorliegenden Studienergebnisse nicht möglich ist. Somit lässt sich aus der Interviewanalyse und den Zahlenangaben der Experten keine valide Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Nichtversicherten anstellen. Auch eine Einschätzung zur Tendenz der Größenordnung der Problematik ist nur zulässig, wenn, wie in Kapitel 6.1 beschrieben, zusätzlich zu den Interviews darüber hinausgehende Information und Literatur herangezogen wird. Folglich muss auch bewusst sein, dass aus den Studienergebnissen keine statistischen Aussagen über die Häufigkeit einzelner Fälle von Nichtversicherung abgeleitet werden können. Obwohl es den Anschein hat, dass sich bestimmte Einflussfaktoren besonders ungünstig auswirken und es naheliegend scheint, dass es eher zu Nichtversicherung kommt, wenn mehrere Faktoren kombiniert auftreten, lassen sich keine Aussagen über eine Wahrscheinlichkeit in statistischem Sinne treffen. Deshalb lässt sich weder behaupten, je mehr Faktoren aufeinander treffen, desto eher tritt Nichtversicherung ein, noch kann beurteilt werden, ob bestimmte Kausalmechanismen oder Kombinationen aus Faktoren mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu Nichtversicherung führen als andere.

Dies schließt jedoch nicht die prinzipielle Möglichkeit aus, eine quantitative Studie über Nichtversicherte durchzuführen, mit der die Erkenntnisse über Nichtversicherung und die einzelnen Kausalmechanismen erweitert und eben diese Fragen beantwortet werden könnten. Auch eine genauere Erfassung der Größenordnung wäre damit möglich, denn wie bereits erwähnt, bleibt die Frage nach der Anzahl der Nichtversicherten offen. Da es sich bei Nichtversicherten um eine inhomogene, schwer erfassbare Personengruppe mit hoher Dunkelziffer handelt, ist eine Zählung der Betroffenen nicht realistisch. Doch sollte zumindest eine bessere Annäherung an die tatsächliche Größenordnung angestrebt werden, wozu neben behördlichen Statistiken und Daten der Krankenkassen auch Zahlenmaterial aus dem Hilfsnetz einbezogen werden müsste.

Auch wenn das Ergebnis letztlich nur eine Schätzung sein kann – ähnlich wie bei den Größenangaben zu den Untergruppen, wie sie in Kapitel 2.3 aufgeführt wurden – würden damit wichtige Informationen gewonnen.

Nachdem diese Studie in Frankfurt am Main durchgeführt wurde, beschreibt sie die lokalen Gegebenheiten der Versorgungssituation Nichtversicherter. Da andernorts die Anwendung der gesetzlichen Vorgaben variieren kann und lokale Regelungen zwischen den beteiligten Akteuren die Situation beeinflussen können, kann keine überregionale Gültigkeit der Ergebnisse beansprucht werden. Desweiteren basieren die Studienergebnisse auf den Lebensumständen betroffener Personen, die in Frankfurt am Main und der näheren Umgebung leben, sowie auf den Aussagen der Experten, deren Erfahrungen aus dem Umfeld dieser Stadt stammen. Obwohl einige der Beispielfälle so oder ähnlich sicherlich auch in anderen Städten Deutschlands zu finden sind, beeinflussen die lokalen Rahmenbedingungen die Ausprägung der Problematik der Nichtversicherung. Dies bedeutet keinesfalls, dass Nichtversicherung einzig in Frankfurt auftritt. Zum einen belegen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass es sich um ein bundesweites Phänomen handelt, zum anderen wird dies durch die Erfahrungen der Experten bestätigt, die auf Berichten von Kollegen aus anderen Städten beruhen. Dennoch muss aus den angeführten Gründen darauf hingewiesen werden, dass sich der Geltungsbereich der Studienergebnisse auf Frankfurt am Main beschränkt.

Nachdem sich das Problemfeld seit Erhebung des empirischen Materials im Jahr 2011 verändert hat, wäre eine Folgestudie wünschenswert, die die Auswirkungen der aktuellen Entwicklungen und Gesetzesänderungen untersucht und überprüft, inwiefern die hier vorliegenden Studienergebnisse weiter gültig sind und in welchen Punkten sich die Situation verändert hat. Interessant wäre an dieser Stelle auch eine Art Nachbeobachtung derjenigen Fälle, die in den Interviews erfasst wurden: Welche Patienten konnten in eine Krankenversicherung eingegliedert werden und wie gelang es? Bei welchen Patienten kam es zu einem erneuten Verlust der Krankenversicherung und warum? Sind manche der interviewten Patienten bereits verstorben, unter welchen Umständen und besteht ein Zusammenhang mit ihrem Versicherungsstatus?

Vor dem Hintergrund der veränderten Rahmenbedingungen, bleiben offene Fragen insbesondere zur Gruppe der Nichtzahler, die als neues Phänomen als Folge der Gesetzesänderungen entstanden ist. Selbst von Seiten der Krankenkassen gibt es nur unvollständige Zahlen zu Versicherten mit Beitragsschulden. Da ihnen kein voller Leistungsanspruch zusteht wurden sie im Rahmen dieser Studie zu den Nichtversicherten gezählt, jedoch unterscheidet sich ihr Status dahingehend, dass ihnen rein rechtlich eine Notfallversorgung über ihre Krankenkasse zusteht. Wie sich ihre medizinische Versorgung außerhalb der Hilfseinrichtungen gestaltet, ist jedoch wenig bekannt. So stellt sich die Frage, wie viele Personen von dieser Situation betroffen sind, inwiefern sie Zugang zum Regelsystem der Versorgung erhalten, ob die ihnen zustehende Notfallversorgung umgesetzt wird, wo Probleme auftreten, wie die Aussichten auf einen vollständigen Leistungsanspruch sind, zu welchem Anteil es den Betroffenen gelingt, die Beitragsschulden zu begleichen etc.

Dem Studienkonzept geschuldet fanden vergleichsweise wenige Interviews mit Experten statt, die die Sichtweise der Kostenträger direkt wiedergeben konnten. Von Seiten der Krankenkassen konnte überhaupt kein Interviewpartner gewonnen werden. Um die Problematik nicht zu einseitig aus Sicht der Patienten und Hilfeleistenden zu beleuchten, müssten daher die verschiedenen Perspektiven auf das Problemfeld mit einer Gegendarstellung aus Sicht der Leistungsträger vervollständigt werden. Auch hier findet sich ein Anknüpfungspunkt für weiterführende Untersuchungen.

Desweiteren muss die Erarbeitung ausführlicher Lösungsmöglichkeiten nachfolgenden Forschungsarbeiten überlassen werden. So konnten in der vorliegenden Studie lediglich Lösungsansätze erarbeitet werden; um Nichtversicherung in Zukunft tatsächlich zu vermeiden, wäre jedoch eine tiefgreifende Diskussion über Lösungsvorschläge notwendig. Hierzu müssten nicht nur die hier dargestellten Kausalmechanismen im Detail betrachtet werden, sondern auch die strukturellen Hindernisse aus juristischer Sicht begutachtet werden, um konkrete Änderungen vorschlagen zu können. Dies kann die vorliegende Dissertation nicht leisten, jedoch können die hier gewonnen Studienergebnisse dafür als Arbeitsgrundlage dienen.

6.7.2 Manöverkritik

Alle Studienphasen waren gewollt von Selbstreflexion begleitet, die als Teil des Forschungsprozesses betrachtet wird und dazu diente, die Herangehensweise regelmäßig zu hinterfragen, die einzelnen Arbeitsschritte zu überprüfen und dadurch auch Schwachstellen der Arbeit zu erkennen. Vor allem der Beginn der Untersuchung war von der eigenen Unerfahrenheit sowohl auf dem Forschungsgebiet als auch in der Kenntnis und Anwendung der Forschungsmethode geprägt. So war das theoretische Wissen zu den strukturellen Rahmenbedingungen und Gesetzesvorgaben anfangs noch sehr lückenhaft und es bestanden noch Unsicherheiten in der Interviewtechnik und der praktischen Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse. Dies konnte jedoch nach und nach durch Übung im Verlauf der Interviewphase, gezielte Recherche und Lektüre ausgeglichen werden, wonach die für die Durchführung dieser Forschungsarbeit notwendige Kompetenz erreicht werden konnte.

Eine zusätzliche Schwachstelle der Dissertation wird in den begrenzten zeitlichen Ressourcen gesehen, die in erster Linie daraus resultieren, dass die Dissertation nicht in Vollzeit durchgeführt werden konnte, sondern fast durchgehend im Licht einer Nebentätigkeit stand. Dadurch bedingt sich auch die relativ große Zeitspanne zwischen der Interviewphase, der Auswertung des Materials und der Anfertigung der Dissertationsschrift. Ein deutlich zügigerer Abschluss der Studie wurde durchaus angestrebt und wäre auch wünschenswert gewesen – nicht zuletzt, da in einem aktuellen und sich verändernden Forschungsfeld, wie dem hier bearbeiteten, das empirische Material zu veralten droht. Durch das Überprüfen der Aktualität der Thematik und das Einbeziehen der aktuellen Entwicklungen im Problemfeld der Nichtversicherung konnte dennoch sichergestellt werden, dass das erhobene Material und damit auch die Studienergebnisse nach wie vor Relevanz besitzen.

An der konkreten Vorgehensweise kann kritisiert werden, dass mit der qualitativen Materialerhebung in Form von Interviews und der Annäherung an das Forschungsfeld über Hilfseinrichtungen nicht alle Fälle von Nichtversicherung erfasst werden konnten. Denn nicht alle Nichtversicherten geraten sofort in Notsituationen, die sie zwingen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mit der verfolgten Vorgehensweise bei der Auswahl der

Interviewpartner für die Patienteninterviews konnten nur diejenigen berücksichtigt werden, die in Kontakt mit Hilfseinrichtungen standen und das zumeist entweder da sie in Wohnungsnot geraten oder krank geworden waren. Aus den Aussagen von Gesprächs- und Interviewpartnern lässt sich jedoch ableiten, dass es auch Nichtversicherte gibt, die unauffällig als Teil der Gesellschaft leben. Denn solange sie noch keine fremde Hilfe in Anspruch nehmen müssen, werden sie auch in Hilfseinrichtungen nicht erfasst. Zudem muss eingeräumt werden, dass auch über die vier ausgewählten medizinischen Hilfseinrichtungen hinaus Hilfe für Nichtversicherte geleistet wird. So werden auch in einzelnen Arztpraxen, die nicht Teil des Ärztenetzwerkes von Hilfseinrichtungen sind, Nichtversicherte versorgt. Darüber hinaus wiesen manche der Experten darauf hin, dass beispielsweise die Gruppe derjenigen Suchtkranken, die illegale bzw. harte Drogen konsumieren, in Frankfurt am Main in einem separaten Hilfesystem betreut wird. In den in Kapitel 2.5.2 genannten medizinischen Hilfseinrichtungen werden demnach nur diejenigen Suchtkranken erfasst, die von legalen Drogen, wie Alkohol und Nikotin, abhängig sind und teilweise auch solche, die weiche Drogen, wie Cannabis, konsumieren.

Da mit dieser Studie allerdings kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird, kann diese Schwachstelle in der Vorgehensweise akzeptiert werden. Denn insgesamt ist die Auswahl der Interviewpartner – an Patienten ebenso wie an Experten – sehr zufriedenstellend, da die Heterogenität der Gruppe und die multiplen Faktoren des Problemkomplexes gut abgebildet werden konnten. Eine zentrale Aussage dieser Studie besteht außerdem darin, dass das Nichtversichertsein eben erst im Krankheitsfall zum Problem wird, also dann, wenn ein Betroffener zum Patienten wird, die Konfrontation mit dem Nichtversichertsein nicht mehr aufgeschoben werden kann und Hilfseinrichtungen aufgesucht werden, um medizinische Hilfe und Unterstützung beim Eingliederungsprozess zu bekommen. Aus diesem Grund wurde für den Titel der Dissertation auch die Bezeichnung „Patienten“ ohne Krankenversicherung gewählt. Selbst wenn also manche Fälle von Nichtversicherung mit dieser Studie nicht erfasst werden konnten, waren die medizinischen Hilfseinrichtungen im Sinne der gewählten Fragestellung geeigneter Ausgangspunkt für die Suche nach Interviewpartnern.

Desweiteren kann der Aufbau des Ergebnisteils bzw. die Strukturierung der Ergebnisdarstellung kritisiert werden, da sie unvermeidbar zu einigen Redundanzen führt. Eine passende Darstellungsform zu finden war in Anbetracht der Komplexität des Themenfeldes nicht einfach. Die gewählte Darstellung, mit der Unterteilung in Grundsituationen von Nichtversicherung auf der einen und die strukturellen Hindernisse auf der anderen Seite, erwies sich als wichtig für das Gesamtverständnis der Problematik. Sie erlaubt eine Trennung der beiden Komponenten der Problematik und gibt einen guten Überblick über die einzelnen Einflussfaktoren. Schon anhand der Kapitelüberschriften ist es damit möglich, die zentralen Aspekte der Entstehungsmechanismen von Nichtversicherung zu erfassen. Durch die vielen Überschneidungen in den Kausalmechanismen und die wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Einflussfaktoren untereinander, können diese jedoch nicht komplett isoliert voneinander betrachtet werden. Um gleichzeitig eine klare Untergliederung der einzelnen Faktoren beizubehalten und ihre Beziehung zueinander nachvollziehbar zu machen, musste ein Kompromiss gefunden werden. Dieser wurde letztlich darin gesehen, dass manche Aspekte in verschiedenen Zusammenhängen erwähnt werden. Damit bleibt jedes Unterkapitel für sich verständlich, gleichzeitig hat dies aber auch zur Folge, dass sich manche Erläuterungen im Lauf des Ergebnisteils wiederholen. Dennoch wurde die gewählte Ergebnisdarstellung als die beste Lösung für das Darstellungsproblem erachtet. Denn sie ermöglicht es, sowohl Klarheit darüber zu gewinnen, welche Faktoren im Einzelnen am Entstehungsprozess der Nichtversicherung beteiligt sind, als auch die Zusammenhänge der verschiedenen Einflussfaktoren zu verstehen.

Inhaltliche Kritik kann an der vorliegenden Studie dahingehend geäußert werden, dass durch die gewählte Methodik und Herangehensweise eine Vorauslese der Interviewpartner stattfand, die die Sichtweise auf die Problematik beeinflusst. So hatte die enge Zusammenarbeit mit der Elisabeth-Straßenambulanz zugegebenermaßen großen Einfluss auf den Verlauf der Studie und die Bewertung des Problemfeldes. Diese erwies sich jedoch gleichzeitig auch als notwendig und nützlich, um die Untersuchung überhaupt durchführen zu können. Denn ohne eine zentrale Kontaktperson und Kooperation mit einer etablierten Einrichtung, wären der Zugang zum Forschungsfeld und die Vermittlung weiterer Kontakte, sowohl an Patienten als auch an andere

Akteure, gar nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten zu bewältigen gewesen. Die Einbeziehung anderer Hilfseinrichtungen, die Breite in der Auswahl der Gesprächspartner für die Experteninterviews sowie die zusätzliche Recherche im Forschungsfeld konnten eine für die Bedeutung der Studienergebnisse problematische Einschränkung des Blickwinkels jedoch verhindern. Letztlich stellt allerdings auch die Auswahl der Experten lediglich einen Ausschnitt aus der Menge der beteiligten Akteure dar, der weder anteilig die Gesamtheit widerspiegelt noch die komplette Bandbreite an Experten abbildet. So kann auch zu Recht kritisiert werden, dass keine Gegendarstellung des Problemkomplexes von Seiten der Krankenkassen erfolgt ist und die Sichtweise der Behörden mit nur zwei Interviewpartnern vergleichsweise wenig repräsentiert wird. Dies ist zum einen der Herangehensweise an das Forschungsfeld geschuldet, zum anderen resultiert diese Lücke in der Datenerhebung daraus, dass Gesprächspartner in Krankenkassen und Behörden schlechter zugänglich waren und über den bestehenden Pool der Experten trotz angemessener Bemühungen keine entsprechenden Kontaktpersonen erreicht werden konnten. Die Tatsache, dass dies erfolglos versucht wurde und sich keiner der angefragten Mitarbeiter einer Krankenkasse zu einem Interview bereit erklärte, da sich niemand für das Thema zuständig fühlte, ist jedoch schon für sich aufschlussreich. Letztlich muss dennoch eingeräumt werden, dass die Dissertation als Folge des Studienkonzeptes insgesamt von der Sichtweise der Betroffenen und der versorgenden Einrichtungen geprägt ist.

7 Schlusswort

In einem wohlhabenden Land wie Deutschland sollte sowohl aus sozialstaatlicher wie aus menschenrechtlicher Sicht der Anspruch verfolgt werden, allen Menschen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung zu ermöglichen. In einem Gesundheitssystem, in dem die fortschreitende Ökonomisierung das ärztliche Handeln mehr und mehr beeinflusst und der Kostendruck die Behandlungsmöglichkeiten zunehmend begrenzt, ist jedoch vor allem die Versorgung der sozial und finanziell schwach gestellten Personen gefährdet. Denn in einem leistungs- und erfolgsorientierten System werden diejenigen zu Verlierern, die sich nicht den Erwartungen anpassen können. Sie werden nicht nur gesellschaftlich zu Außenseitern, sondern verlieren oftmals auch den Anschluss an das staatliche Unterstützungssystem.

Auch wenn es sich zahlenmäßig um keine große Personengruppe handelt und Nichtversicherung ein Nischenthema darstellt, zeigt sich, dass die Grundproblematik in einem übergeordneten Kontext eingebettet liegt. Denn letztlich dreht es sich im Problemkomplex der Nichtversicherung um Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen. So war der Forschungsprozess auch mit einem tiefgehenden persönlichen Lernprozess verbunden, der mich und meine Tätigkeit als praktizierende Ärztin nachhaltig beeinflusst hat. Selbst wenn mir die Situation der Nichtversicherung an meiner aktuellen Arbeitsstelle in einem Krankenhaus nur selten begegnet, die Frage nach Missständen in der medizinischen Versorgung ist auch hier im Arbeitsalltag präsent. Denn leider ist der Konflikt, der zwischen den stärker werdenden wirtschaftlichen Interessen im Krankenhausbetrieb und den ethischen Ansprüchen im ärztlichen Handeln entsteht, auch in der alltäglichen Patientenversorgung bei regulär versicherten Patienten spürbar. Sicherlich haben mich die intensive Beschäftigung mit dem Thema Nichtversicherte, der Einblick in die Arbeit der Hilfseinrichtungen und der Kontakt mit gesellschaftlichen Außenseitern in meiner Sichtweise geprägt. Doch genau dafür bin ich dankbar und möchte die Erfahrungen aus dem Forschungsfeld nicht missen, denn sie lassen mich kritischer auf die aktuellen Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem blicken und meinen Arztberuf reflektierter ausüben.

Während der Arbeit an dieser Studie wurde es demnach nicht nur zu einem Forschungsanliegen, sondern auch zu einem persönlichen Anliegen, anhand von exemplarischen Fällen gestützt von Expertenaussagen, zu beweisen, dass es weiterhin Nichtversicherte gibt und damit das Problembewusstsein für das Thema wiederzu-erwecken. Denn von Seiten der Betroffenen, sowohl der interviewten Patienten als auch der Experten, die als Fachkräfte in ihrer täglichen Arbeit mit der Problematik der Menschen ohne Krankenversicherung konfrontiert sind, wurde mir während der Studie stets die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Verbesserung der Situation signalisiert. So hoffe ich, dass es mir gelungen ist, mit der Problemanalyse zur Nichtversicherung die praktische Relevanz des Themas nahezubringen, eine Informationsgrundlage für weitergehende Untersuchungen und Diskussionen zu schaffen und damit einen Beitrag zur Lösungsfindung zu leisten.

8 Literaturverzeichnis

- Borde, T., David, M., & Papies-Winkler, I. (Hrsg.). (2009). *Lebenslage und gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bundesagentur für Arbeit – Statistik. (2016, 26. April). Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf [Datensatz]. Abgerufen am 9. Mai, 2016, von http://statistik.arbeitsagentur.de/nn_217700/Statischer-Content/Rubriken/Arbeitslose-und-gemeldetes-Stellenangebot/Arbeitslose/Arbeitslosigkeit-in-Deutschland-seit-1950-Monats-Jahreszahlen.html
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), & Bundesministerium des Innern (BMI). (2016). *Migrationsbericht 2014*. Berlin: Bundesministerium des Innern.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2016). *Migrationsbericht 2014 – Zentrale Ergebnisse*. Abgerufen am 20. Januar, 2016, von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2014-zentrale-ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2008). *Statistikbericht 2007* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2009). *Statistikbericht 2008* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2010a). *Positionspapier. Auswirkungen zunehmender Kostenbeteiligung und Eigenverantwortung auf die Gesundheitsversorgung wohnungsloser und armer Patienten*. Bielefeld: BAG Wohnungslosenhilfe e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2010b). *Statistikbericht 2009* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html

- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2011a). *Positionspapier. Wohnungsnotfalldefinition der BAG Wohnungslosenhilfe e.V.* Bielefeld: BAG Wohnungslosenhilfe e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2011b). *Statistikbericht 2010 – Auswertungstabellen* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2011c). *Statistikbericht 2010* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2012a). *Pressemitteilung vom 09.08.2012. Bundesregierung lehnt Wohnungsnotfallstatistik ab* (Pressemitteilung). Abgerufen am 20. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/261.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2012b). *Statistikbericht 2011* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2012c). *Statistikbericht 2011 – Auswertungstabellen* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2013a). *Positionspapier. Hilfen für Migrantinnen und Migranten in Wohnungsnot und sozialen Schwierigkeiten.* Bielefeld: BAG Wohnungslosenhilfe e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2013b). *Pressemitteilung vom 01.08.2013. Zahl der Wohnungslosen in Deutschland weiter gestiegen* (Pressemitteilung). Abgerufen am 20. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/261.html
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2013c). *Statistikbericht 2012 – Auswertungstabellen* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von

http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2013d). *Statistikbericht 2012* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/statistikberichte_1.html

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2014). *Statistikbericht 2013 – Auswertungstabellen* (Statistikbericht). Abgerufen am 25. Januar, 2016, von http://www.bagw.de/de/themen/statistik_und_dokumentation/statistikberichte/

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2015). *Pressemitteilung vom 05.10.2015. Zahl der Wohnungslosen in Deutschland auf neuem Höchststand* (Pressemitteilung). Abgerufen am 20. Januar, 2016, von <http://www.bagw.de/de/presse/index~81.html>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). *Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2015a). *Ratgeber zur Rente*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2015b). *Grundsicherung für Arbeitsuchende. Sozialgesetzbuch SGB II. Fragen und Antworten*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2015c). *Soziale Sicherung im Überblick 2015*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesministerium für Gesundheit. (2008). *Pressemitteilung vom 07.02.2008. Gesetzliche Neuregelung zum Krankenversicherungsschutz war nötig, ist erfolgreich und schafft mehr soziale Gerechtigkeit* (Pressemitteilung). Abgerufen am 27. Januar, 2016, von <http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2008-01/neuregelung-zum-krankenversicherungsschutz.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2013a). *Pressemitteilung vom 30. Juli 2013. Nr. 59. Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der*

Krankenversicherung tritt am 1. August in Kraft (Pressemitteilung). Abgerufen am 27. Januar, 2016, von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_03/130730_PM_59_Gesetz_zur_Beseitigung_soz__UEberforderung_bei_Beitragsschulden_in_der_KV_tritt_am_1_August_in__Kraft.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2013b). *Pressemitteilung vom 18. September 2013. Nr. 67. Einheitliche Regeln für den Erlass von Beitragsschulden* (Pressemitteilung). Abgerufen am 27. Januar, 2016, von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2013/2013_03/130918__Genehmigung_Grundsaeetze_GKV-SV_Beitragsschulden.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2015). *Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung* (11. Aufl.). Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit. (2016, 4. Januar). *Krankenhausstrukturgesetz – KHSG* [Pressemeldung]. Abgerufen am 6. Juni, 2016, von <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz/khsg.html>

Bundesärztekammer. (2006, Mai). *Deklaration von Genf*. Abgerufen am 12. Februar, 2016, von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Genf.pdf

Bundesärztekammer. (2015). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –. Abgerufen am 12. Februar, 2016, von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf

Caritasverband Frankfurt e. V. (2009). *Jahresbericht 2008. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e. V.

Caritasverband Frankfurt e. V. (2010). *Jahresbericht 2009. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e. V.

Caritasverband Frankfurt e. V. (2011). *Jahresbericht 2010. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e. V.

Caritasverband Frankfurt e. V. (2012). *Jahresbericht 2011. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e. V.

- Caritasverband Frankfurt e.V. (2013). *Jahresbericht 2012. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e.V.
- Caritasverband Frankfurt e.V. (2014). *Jahresbericht 2013. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e.V.
- Caritasverband Frankfurt e.V. (2015). *Jahresbericht 2014. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e.V.
- Caritasverband Frankfurt e.V. (2016). *Jahresbericht 2015. Elisabeth-Straßenambulanz*. Frankfurt am Main: Caritasverband Frankfurt e.V.
- Clandestino Forschungsprojekt. (2009). *Irreguläre Migration In Deutschland. Das Zählen des Unzählbaren: Daten und Trends in Europa*. (Kurzdossier – Deutschland). Abgerufen am 20. Januar, 2016, von <http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/11/germany-policy-brief-august-09-in-german1.pdf>
- Classen, G. (2012). *Rechtsmittel gegen Ablehnung von ALG II für Unionsbürger – deutscher Vorbehalt gegen das EFA wirkungslos*. Abgerufen am 16. Juli, 2016, von http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/EFA_Vorbehalt_Kommentar.pdf
- Classen, G. (2013a). *Leitfaden ALG II und Sozialhilfe für Ausländer*. Abgerufen am 7. Februar, 2016, von <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/SGB-II-XII-Leitfaden.pdf>
- Classen, G. (2013b). *Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG*. Abgerufen am 7. Februar, 2016, von http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyblLG.pdf
- Cyrus, N. (2008). *Country report Germany: Undocumented Migration. Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe* (Country report prepared for the research project CLANDESTINO). Abgerufen am 20. Januar, 2016, von http://clandestino.eliamep.gr/wp-content/uploads/2009/10/clandestino_report_germany_final_2.pdf
- Der Paritätische Gesamtverband. (2013). *Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthalts- und sozialrechtlichen Situation von Unionsbürgern und ihren Familienangehörigen*. Abgerufen am 7. Februar, 2016, von http://www.migration.paritaet.org/index.php?elD=tx_nawsecuredl&u=0&g=

0&t=1466436170&hash=574996ea0bf28694bcb946a303f396a05629d3f8&file=/fileadmin/SUBDOMAINS/migration/Dokumente/Broschueren/broschuere_A4_unionsbuerger_aufgabe2_web.pdf

Der Paritätische Gesamtverband. (2014). *Schutzlos oder gleichgestellt? Der Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und ihre Familienangehörigen*. Abgerufen am 7. Februar, 2016, von <http://www.migration.paritaet.org/start/publikationen/>

Der Paritätische Gesamtverband. (2015a). *Die Strategie des Trüffelschweins. Hartz-IV für arbeitssuchende und nicht erwerbstätige Unionsbürger/-innen*. Abgerufen am 7. Februar, 2016, von http://www.migration.paritaet.org/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1466435973&hash=811e71385cd2a7d10fb5b720da488e86f288d00e&file=/fileadmin/SUBDOMAINS/migration/Bilder/Migration/Arbeitshilfe_SGB_II_und_UnionsbuergerInnen_zum_Alimanovic_Urteil.pdf

Der Paritätische Gesamtverband. (2015b). *Arbeitshilfe zum Leistungsausschluss im SGB II von Unionsbürger/-innen anlässlich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes*. Abgerufen am 7. Februar, 2016, von http://www.migration.paritaet.org/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1466436070&hash=0b37caef2b00d2546a19eeac88e92844084ab36e&file=/fileadmin/SUBDOMAINS/migration/Dokumente/Broschueren/Arbeitshilfe_Unionsbuerger_innen_und_SGB_II_Leistungsausschluss_nach_den_BSG_Urteilen_vom_03.12.15.pdf

Deutscher Bundestag. (2012, 21. März). Drucksache 17/9036 – Antrag der Fraktion BÜNDIS 90/DIE GRÜNEN neuen Vorbehalt zum Europäischen Fürsorgeabkommen zurückzunehmen. Abgerufen am 5. Juni, 2016, von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/090/1709036.pdf>

Deutscher Bundestag. (2014a, 23. Oktober). Drucksache 18/2969 – Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/2734. Menschen ohne Krankenversicherung und das Beitragsschuldengesetz. Abgerufen am 5. Juni, 2016, von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/029/1802969.pdf>

Deutscher Bundestag. (2014b, 01. Oktober). Drucksache 18/2734 – Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag. Menschen ohne Krankenversicherung und

- das Beitragsschuldengesetz. Abgerufen am 5. Juni, 2016, von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/027/1802734.pdf>
- Deutscher Caritasverband e.V. (2012). *Orientierungshilfe für die Beraterinnen und Berater im Deutschen Caritasverband und seinen Fachverbänden zum Krankenversicherungsschutz für Personen ohne ausreichende Absicherung im Krankheitsfall*. Abgerufen am 8. Februar, 2016, von <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/gesundheit/orientierung-in-sachen-krankenversicheru>
- Deutscher Caritasverband e.V. (2015). *Europäische Union. Freizügigkeit der Unionsbürger/innen – Zugang zu Transferleistungen (Arbeitshilfe)*. Abgerufen am 8. Februar, 2016, von <https://www.caritas.de/glossare/freizuegigkeit-fuer-eu-buerger>
- Deutscher Caritasverband e.V., & Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2012). *Aufenthaltsrechtliche Illegalität. Beratungshandbuch 2013* (3. Aufl.). Abgerufen am 14. Januar, 2016, von <https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/migration/beratung-fuer-menschen-ohne-legalen-aufe>
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (2013). *Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland – Handreichung zu den rechtlichen Grundlagen*. Abgerufen am 8. Februar, 2016, von <https://www.drk-wb.de/download-na.php?dokid=23582>
- Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. (2014). *Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland: Freizügigkeitsrecht und Anspruch auf Sozialleistungen. Eine Handreichung für die Beratung* (2. Aufl.). Abgerufen am 14. Januar, 2016, von <http://www.diakonie.de/06-2014-unionsbuergerinnen-und-unionbuerger-in-deutschland-15744.html>
- Dälken, M. (2012). *Grenzenlos faire Mobilität? Zur Situation von mobilen Beschäftigten aus den mittel- und osteuropäischen Staaten* (Projekt Faire Mobilität des DGB-Bundesvorstandes). Abgerufen am 22. Januar, 2016, von <http://www.faire-mobilitaet.de/ueber-uns/+++co++317ebf34-efb6-11e1-93f0-00188b4dc422>
- Eckhardt, B. (2016). *Die geplante "kalte Ausweisung" armer EU-BürgerInnen* (Sozialrecht Justament. Nr. 18. Mai 2016). Abgerufen am 20. Juli, 2016, von

<http://sozialrecht-justament.de/data/documents/Sozialrecht-justament-3-2016.pdf>

- Flintrop, J. (2013, 29. November). Jedes zweite Haus macht Verlust. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(48), B 2019.
- Flintrop, J., & Rieser, S. (2013, 22. März). Hilfe für Säumige per Gesetz. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(12), B 482.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (o.D.). Bevölkerung nach Art des Versicherungsverhältnisses in der Krankenversicherung in 1 000 [Datensatz]. Abgerufen am 20. Januar, 2016, von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=79212647&nummer=468&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=76735121
- Gillich, S., & Keicher, R. (Hrsg.). (2011). *Bürger oder Bettler. Soziale Rechte von Menschen in Wohnungsnot im Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Greß, S., Walenzik, A., & Wasem, J. (2005). *Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme und Lösungsmöglichkeiten* (Diskussionsbeitrag Nr. 147. Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen). Abgerufen am 1. April, 2011, von http://www.stefan-gress.eu/mediapool/40/403223/data/Diskussionspapier_147.pdf
- Greß, S., Walenzik, A., & Wasem, J. (2009). Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz. *Sozialer Fortschritt*, 58(7), 147-154.
- Hanganu, E., Humpert, S., & Kohls, M. (2014). *Zuwanderung aus den neuen EU-Mitgliedstaaten Bulgarien und Rumänien. Forschungsbericht 24*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Huschke, S. (2013). *Kranksein in der Illegalität. Undokumentierte Lateinamerikaner/-innen in Berlin. Eine medizinethnologische Studie*. Bielefeld: Transcript Verlag.

- Krieger, W., Ludwig, M., Schupp, P., & Will, A. (2006). *Lebenslage „illegal“*. Menschen ohne Aufenthaltsstatus in Frankfurt am Main. Karlsruhe: Von Loeper Literaturverlag.
- Kunstmann, W. (2012). Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. *wohnungslos* 1/12, 54(1), 6-11.
- Kühne, A. (2014). *Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus* (Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg). Abgerufen am 13. Mai, 2016, von <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2014/7005/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2013a). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 01 / September 2013*. Abgerufen am 7. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2013b). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 02 / Dezember 2013*. Abgerufen am 7. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2014a). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 03 / Juni 2014*. Abgerufen am 7. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2014b). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 04 / Dezember 2014*. Abgerufen am 7. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2015a). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 05 / Juni 2015*. Abgerufen am 7. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2015b). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 06 / Dezember 2015*. Abgerufen am 7. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lazarus Wohnsitzlosenhilfe e. V. (2016). *Informationsblatt des Fördervereins. Nr. 07 / Juni 2016*. Abgerufen am 17. Juli, 2016, von <http://www.lazarus-frankfurt.de/>
- Lüngen, M., Passon, A. M., & Lauterbach, K. (2011). Nachweise der Zweiklassenmedizin in Deutschland. In S. Schieren (Hrsg.), *Gesundheitspolitik. Hintergründe, Probleme und Perspektiven* (S. 11-29). Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.
- Maio, G. (2014). *Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin: Suhrkamp.

- Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt (2008). *Erfahrungsbericht 2007. Malteser Migranten Medizin Frankfurt*. Frankfurt am Main: Malteser Hilfsdienst e.V.
- Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt. (2009). *Jahresbericht 2008. Malteser Migranten Medizin Frankfurt*. Frankfurt am Main: Malteser Hilfsdienst e.V.
- Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt. (2010). *Jahresbericht 2009. Malteser Migranten Medizin Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Malteser Hilfsdienst e.V.
- Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt. (2011). *Jahresbericht 2010. Malteser Migranten Medizin Frankfurt am Main*. Frankfurt am Main: Malteser Hilfsdienst e.V.
- Maybaum, T. (2016, 6. Juni). Ökonomisches Denken darf nicht im Vordergrund stehen. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(22-23), B 906-908.
- Mehlhorn, C. (2012). *Problemfeld Krankenversicherung – Ein Leitfaden für Berater/innen und Betroffene* (5. Aufl.). Martinroda: KBW Fachbuchservice und Fachbuchverlag GbR.
- Mielck, A. (2011). Gesundheitspolitik und soziale Ungleichheit. In S. Schieren (Hrsg.), *Gesundheitspolitik. Hintergründe, Probleme und Perspektiven* (S. 81-105). Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.
- Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. (2014). *Noch nicht krankenversichert? Was tun?*. Abgerufen am 12. Januar, 2016, von https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/Noch_nicht_krankenversichert_2014.pdf
- Mylius, M., Bornschlegl, W., & Frewer, A. (Hrsg.). (2011). *Medizin für „Menschen ohne Papiere“: Menschenrechte und Ethik in der Praxis des Gesundheitssystems*. Göttingen: V&R unipress.
- Osterloh, F. (2016, 24. Juni). Leichte Entspannung im Jahr 2014. *Deutsches Ärzteblatt*, 113(25), B 1001.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (3. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- RP Online. (2016, 04. Juli). 4,48 Milliarden Euro Rückstände. Immer mehr säumige Kassenpatienten [Pressemeldung]. Abgerufen am 16. Juli, 2016, von

<http://www.rp-online.de/wirtschaft/unternehmen/gesetzliche-krankenkassen-beitragsrueckstaende-von-448-milliarden-euro-aid-1.6090667>

- Schade, M., Heudorf, U., & Tiarks-Jungk, P. (2015). Die Humanitäre Sprechstunde in Frankfurt am Main: Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Herkunftsland. *Gesundheitswesen* 2015, 77(7), 466-474. doi:10.1055/s-0035-1550026
- Schröder, H. (Hrsg.). (2008). *Ist soziale Integration noch möglich? Die Wohnungslosenhilfe in Zeiten gesellschaftlicher Spaltung. Heft 60 – Reihe Materialien zur Wohnungslosenhilfe*. Bielefeld: BAG W-Verlag, Verlag der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
- Statistisches Bundesamt. (2008). *Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung – Ergebnisse des Mikrozensus 2007* (Fachserie 13 Reihe 1.1). Abgerufen am 9. Mai, 2012, von https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DEHeft_heft_00013751
- Statistisches Bundesamt. (2008). *Pressemitteilung vom 11. Dezember 2008 – 477/08. Männer häufiger ohne Krankenversicherungsschutz*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2012a). *Pressemitteilung vom 20. August 2012 – 285/12. Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz* (Pressemitteilung). Abgerufen am 7. Februar, 2014, von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2012/08/PD12_285_122pdf.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2012b). *Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung – Ergebnisse des Mikrozensus 2011* (Fachserie 13 Reihe 1.1). Abgerufen am 22. November, 2013, von https://www.destatis.de/GPStatistik/receive/DEHeft_heft_00018567
- Statistisches Bundesamt. (2012c). *Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung – Ergebnisse des Mikrozensus 2011 – Zusatztabelle* (Fachserie 13 Reihe 1.1). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steiger, I. (2010). *Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem* (Dissertation. Medizinische Fakultät

- Charité – Universitätsmedizin Berlin). Abgerufen am 10. Mai, 2011, von http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000015415
- Sueddeutsche.de. (2008, 8. April). Wieder krankenversichert – und ruiniert. *Süddeutsche Zeitung*. Abgerufen am 9. September, 2010, von <http://www.sueddeutsche.de/geld/versicherungspflicht-wieder-krankenversichert-und-ruiniert-1.220517>
- Tagesschau.de. (2016, 28. April). Nahles will neue Regeln für EU-Bürger. Nothilfe statt Sozialleistungen [Pressemeldung]. Abgerufen am 28. Mai, 2016, von <https://www.tagesschau.de/inland/nahles-eu-auslaender-101.html>
- Trabert, G. (1995). *Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation*. Bielefeld: VSH Verlag Soziale Hilfe.
- Vogel, D. (2015). *Update report Germany: Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014), Database on Irregular Migration*. (Update report). Abgerufen am 20. Januar, 2016, von http://irregular-migration.net/fileadmin/irregular-migration/dateien/4.Background_Information/4.5.Update_Reports/Vogel_2015_Update_report_Germany_2014_fin-.pdf
- Wichert, B. (2013). *Krankenversicherung 2013. Zahlen, Daten, Fakten. Haufe Kompass* (3. Aufl.). Freiburg: Haufe-Lexware.
- Wichert, B. (2015). *Krankenversicherung 2015. Zahlen, Daten, Fakten. Haufe Kompass* (5. Aufl.). Freiburg: Haufe-Lexware.

9 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
ALG I	Arbeitslosengeld I
ALG II	Arbeitslosengeld II
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
ARGE	Arbeitsgemeinschaft SGB II
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz = Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet
AVV = AVwV	Allgemeine Verwaltungsvorschrift = Allgemeine Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 27. Juli 2009
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVFG	Bundesvertriebenengesetz = Gesetz über die Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge
CASA 21	Sozialarbeiterische Einrichtung des Caritasverbandes Frankfurt
EFA	Europäisches Fürsorgeabkommen
EHIC	European Health Insurance Card = Europäische Krankenversicherungskarte

ESA	Elisabeth-Straßenambulanz des Caritasverbandes
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FFM	Frankfurt am Main
FreizügG/EU	Freizügigkeitsgesetz/EU = Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz = Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz = Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
Hartz IV	Andere Bezeichnung für Arbeitslosengeld II
Hartz I-IV	Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt
i. V. m.	in Verbindung mit
JVA	Justizvollzugsanstalt
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz = Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
KK	Krankenkasse
KV	Krankenversicherung
KVBeitrSchG	Beitragsschuldengesetz = Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankversicherung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
Lj.	Lebensjahr
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MMM	Malteser Migranten Medizin
ofW	Ohne festen Wohnsitz
PAP	Persönlicher Ansprechpartner (im Jobcenter)
PKV	Private Krankenversicherung
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende

SGB IV	Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder und Jugendhilfe
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz = Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen
VO	Verordnung
VVG	Versicherungsvertragsgesetz = Gesetz über den Versicherungsvertrag
ZuWG	Zuwanderungsgesetz = Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern

10 Anhang

10.1 Einwilligungserklärung der Patienten

Fachbereich der Medizin der
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Institut für Medizinische Soziologie

Studie zu Menschen ohne Krankenversicherung in Frankfurt am Main
im Rahmen einer Doktorarbeit
Betreuer der Promotion: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Doktorandin: Eva Schweiger

Einwilligungserklärung des Patienten im Rahmen der Studie zu Menschen ohne Krankenversicherung in Frankfurt am Main

Ich, _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass Frau Eva Schweiger zu Studienzwecken im Rahmen der medizinischen Doktorarbeit zum Thema Menschen ohne Krankenversicherung bei der ärztlichen Behandlung anwesend ist und Einsicht in meine Patientenakte, Untersuchungsergebnisse und Krankengeschichte bekommt.
Ich entbinde hiermit die behandelnden Ärzte und mich betreuenden Sozialarbeiter gegenüber Frau Schweiger von der Schweigepflicht.

Ich wurde über den Zweck und Inhalt der Studie aufgeklärt und bin damit einverstanden, Frau Schweiger ein Interview zu geben, dessen Inhalt von ihr in der Doktorarbeit ausgewertet wird.

Ich wurde darüber informiert, dass das Interview anonymisiert und transkribiert (in Text umgeschrieben) wird und meine persönlichen Daten von Frau Schweiger nicht an Dritte weitergegeben werden.

Mir wurde erklärt, dass meine Einwilligung freiwillig ist, mir durch Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile entstehen und ich die Einwilligung jederzeit widerrufen und die Löschung meiner Daten verlangen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

10.2 Interviewleitfaden für Patienteninterviews

Interviewleitfaden für retrospektive Betroffeneninterviews mit Patienten ehemals ohne Krankenversicherung, aktuell mit Krankenversicherung

Allgemeines:

- Wie alt sind Sie?
- Wo wohnen Sie jetzt, seit wann in Frankfurt?

An Deutsche:

- Woher kommen Sie ursprünglich, aus welcher Stadt?
- Haben Sie eine Zeit lang im Ausland gelebt? Wo und wie lange? Aus welchen Gründen, privat, beruflich?
- Haben Sie gültige Ausweispapiere?

An Ausländer:

- Woher kommen Sie ursprünglich, aus welchem Land, welche Nationalität haben Sie?
- Haben Sie gültige Papiere, einen geklärten Aufenthaltsstatus, welchen?
- Seit wann sind Sie in Deutschland, seit wann in Frankfurt? Mit Unterbrechungen, wann, wohin, wie lange?
- Was war der Grund, weshalb Sie nach Deutschland gekommen sind?
- Wollen Sie in Deutschland bleiben oder zurück in Ihr Heimatland gehen?

Fragen zu Lebensumständen:

- Von was leben Sie?
- Was arbeiten Sie, welche Art von Arbeitsverhältnis? In Schwarzarbeit oder mit Arbeitsvertrag? Sind Sie arbeitslos oder arbeitssuchend? In Rente? Seit wann?
- Bekommen Sie ALG, Hartz IV, Sozialhilfe, Rente vom Staat?
- Welchen Beruf haben Sie gelernt? Was haben Sie früher gearbeitet?
- Haben Sie eine Wohnung oder sind Sie wohnungslos? Haben Sie eine andere Art von Unterkunft? Mit wem, mit wie vielen Leuten teilen Sie die Wohnung? Haben Sie eine Zeit lang auf der Straße gelebt?
- Leben Sie alleine, verheiratet, haben Sie einen Lebenspartner, Familie, Kinder?
- Haben Sie Menschen um sich, die Sie unterstützen, jemanden, den Sie um Hilfe bitten können, der Ihnen zur Seite steht in schwierigen Fragen oder z. B. bei Behördengängen o. ä? Haben Sie ein soziales Netzwerk?

Fragen zur Krankenversicherung:

- Wie sind Sie jetzt krankenversichert, welche Versicherung, GKV oder PKV? Wer zahlt die Beiträge?
- Seit wann sind Sie (wieder) krankenversichert?
- Wie lange hatten Sie davor keine Krankenversicherung?
- Waren Sie früher einmal krankenversichert, bevor Sie eine Zeit lang keine Versicherung hatten? Wie, privat oder gesetzlich?
- Was sind die Gründe dafür, dass Sie keine KV hatten, wie kam es dazu?
- Haben Sie Versuche unternommen, sich (wieder) zu versichern?
 - Wenn ja, wann und warum war das nicht erfolgreich?
 - Wenn nein, warum nicht? Was waren Hindernisse?
 - Wie hat es dann letztlich geklappt? Wer hat Ihnen geholfen?
- Wissen Sie, ob Sie evtl. Anspruch auf eine Krankenversicherung gehabt hätten (im Rahmen von Sozialhilfe, ALG, Hartz IV, über Arbeitgeber)?
- Was sind Barrieren, Hindernisse, Schwierigkeiten, um eine KV zu bekommen?
- Wissen Sie, dass es seit der Gesundheitsreform 2007 eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Menschen in Deutschland gibt? (für die GKV seit 1.4.2007, für die PKV seit 1.1.2009)
- Hat die Änderung der gesetzlichen Regelung Ihre Situation als Nichtversicherter beeinflusst?

An Ausländer:

- Hatten/Haben Sie in ihrem Heimatland eine KV? Ist diese in Deutschland gültig?
- Sind Sie in ihrem Heimatland in ärztlicher Behandlung, haben Sie dort einen Arzt und wie häufig gehen Sie dorthin?

Fragen zum Gesundheitszustand:

- An welchen gesundheitlichen Beschwerden leiden Sie, welche Krankheiten haben Sie?
- Seit wann haben Sie diese Krankheit(en), wann wurde das diagnostiziert, von wem?
- Sind die Beschwerden akut oder chronisch?
- Seit wann sind Sie deshalb in Behandlung und wo?
- Wie werden Sie behandelt, welche Therapie bekommen Sie?
- Wer zahlt die Behandlung?
- Wie war die Behandlung während Sie keine KV hatten: Wo, welche Therapie, andere Therapie, wer hat gezahlt? War die Therapie ausreichend, die Sie bekommen haben?
- Welche Unterschiede haben Sie erlebt in der Behandlung als Sie keine KV hatten und jetzt da Sie wieder eine KV haben?

- Ergaben sich aus der Tatsache, dass Sie keine KV hatten besondere Probleme, besonders in Bezug auf Ihren Gesundheitszustand, die Sie mit KV nicht haben oder gehabt hätten?
- Wie schätzen Sie Ihren eigenen aktuellen Gesundheitszustand ein?
- Hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert, im Vergleich, als Sie keine KV hatten, früher und jetzt, wo Sie wieder eine haben?

Fragen zur medizinischen Behandlung:

- Welche Angebote der medizinischen Behandlung für Nichtversicherte in FFM kennen Sie?
- Welche Angebote und Behandlungsmöglichkeiten nutzen Sie? In welchen Institutionen wurden Sie als Patient ohne KV behandelt und wo sind Sie aktuell in Behandlung?
- Haben sich die Behandlungsmöglichkeiten für Sie geändert, seit Sie wieder eine KV haben? Haben Sie den Arzt gewechselt? Bekommen Sie jetzt eine andere Therapie?
- Haben Sie einen Hausarzt?
- Wie häufig gehen Sie zum Arzt? Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt?
- Wie haben Sie von den Einrichtungen, in denen Behandlung angeboten wird erfahren?
- Ist das Angebot an medizinischer Versorgung für Nichtversicherte Ihrer Meinung nach ausreichend?
- Fühlen Sie sich gut betreut, gut medizinisch versorgt? Gibt es bestimmte Dinge, Untersuchungen, Medikamente etc., die Sie nicht bekommen, weil Sie nicht versichert sind bzw. nicht bekommen haben als Sie keine KV hatten?
- Was sind gravierende Probleme in der Behandlung für Nichtversicherte?

Fragen zum Handlungsbedarf:

- Finden Sie, dass es ein Problem ist, dass es Menschen ohne KV gibt oder nicht?
- Sehen Sie Handlungsbedarf oder nicht unbedingt? Warum ja oder warum nein?
- Was müsste verändert werden, wo sind Probleme in Bezug auf die Situation von Menschen ohne Krankenversicherung?
- Fallen Ihnen Lösungsvorschläge für das Problem ein? Wer sollte etwas verändern, auf welcher Ebene muss sich was tun und was?

Rückmeldung:

- War das Interview ok so? Haben Sie sich wohl gefühlt oder war es unangenehm?
- Gab es Fragen, die Sie für nicht sinnvoll halten, die ich weg lassen sollte?
- Gibt es wichtige Fragen, die ich nicht gestellt habe?

10.3 Interviewleitfaden für Experteninterviews

Interviewleitfaden für Experteninterviews mit Experten aus verschiedenen Arbeitsbereichen

Einrichtung und Arbeitsfeld:

- Seit wann arbeiten Sie in dieser Einrichtung?
- Wie ist diese Einrichtung organisiert, welche Mitarbeiter gibt es, welche Berufsgruppen sind vertreten?
- Welche Art von Hilfe, Betreuung, Behandlung wird hier angeboten?
- Wie wird sie finanziert?

Zielgruppe, Erfahrungen mit Nichtversicherten:

- Was ist die Zielgruppe dieser Einrichtung, an wen richtet sich das Angebot?
- Wie entsteht Kontakt zur Zielgruppe?
- Entspricht die tatsächliche Klientel, die Nutzergruppe der ursprünglichen Zielgruppe?
- Wie setzt sich die Nutzergruppe zusammen, die Patienten/Personen, die hier behandelt/betreut werden? Kann man eine Einteilung in Untergruppen machen?
- Welchen Anteil stellen Menschen ohne Krankenversicherung dar? Unterscheidung in dauerhaft Nichtversicherte und zeitweise Nichtversicherte?
- Wie hat sich der Anteil in den letzten Jahren verändert?
- Hat sich die Zusammensetzung der Gruppe der Nichtversicherten verändert?
- Was sind Gründe, dass Menschen keine KV haben, was sind Wege ins Nichtversichertsein?
- Was sind Gründe, dass sie in dem Status des Nichtversichertseins bleiben, was sind Hindernisse bei der (Wieder-)Eingliederung ins Regelsystem?
- Welche Faktoren spielen eine Rolle: Mann/Frau, Alter, soziale Schicht, Lebensumstände (Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg), soziales Netz, Scham, Krankheit?

Rahmenbedingungen, Regelungen zur Krankenversicherung:

- Wie sind Chancen, Aussichten, Möglichkeiten, dass ein Patient wieder eine KV bekommt? Bei welchen Konstellationen gibt es Aussicht, bei welchen nicht?
- Gibt es Versuche der (Wieder-)Eingliederung in die Regelversorgung?
- Wie sehen diese aus? Wer kümmert sich? Wer kümmert sich zu wenig? Gibt es Eigeninitiative der Patienten?

- Sind die Versuche erfolgreich?
 - Wenn ja, in welchen Fällen? Welcher Aufwand ist notwendig, welche Art von Unterstützung, Hilfestellung, wie viel Zeit vergeht, bis es klappt?
 - Wenn nein, warum nicht? Was sind Hindernisse?
- Welche Auswirkungen hat die EU-Ost-Erweiterung auf die Nutzergruppe und die Problematik der Nichtversicherten?
- Welche Veränderungen gibt es für die „Illegalen“, Menschen ohne Papiere? Hat die AVV 2009 etwas verändert? Wie ist die Umsetzung in der Praxis?
- Welche Bedeutung hat die Versicherungspflicht für hier lebende Ausländer?
- Hat die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht seit 2007 bzw. 2009 die Lage der Nichtversicherten verändert? In welcher Hinsicht?
- Gab es seit der Einführung der Versicherungspflicht einen Rückgang an Patienten ohne KV?
- Hat sich in dem Zusammenhang die Zusammensetzung der Gruppe der Nichtversicherten geändert?
- Seit wann haben die Nichtversicherten keine KV? Schon seit vor Versicherungspflicht?
- Ist den Patienten bewusst, dass eine allgemeine Versicherungspflicht besteht?
- Ist den Patienten bewusst, dass sie keine KV haben?
- Sehen die Patienten selbst es als Problem, dass sie keine KV haben oder wird die Situation nicht als problematisch empfunden?
- In welchen Situationen, unter welchen Umständen verlieren Menschen ihre KV (nach Einführung der Versicherungspflicht)? Wann ist ein lückenloser Versicherungsschutz nicht gewährt, wo fehlen Übergangsregelungen?
- Was passiert, wenn jemand seine monatlichen KV-Beiträge nicht zahlt oder das Jobcenter oder Sozialamt die Beitragszahlungen stoppt (z. B. da die Mitwirkungspflicht nicht erfüllt wird)?
- Werden die Personen dann aus der KV gekündigt oder bleiben sie KK-Mitglied bei ruhendem Leistungsanspruch? Gibt es da Unterschiede zwischen GKV und PKV?
- Gibt es Personen, die trotz Bezug von Leistungen wie ALG, Sozialhilfe, Rente keine KV haben? Warum?
- Wie ist der Ablauf bei Beantragung von Bezügen (ALG, Sozialhilfe)? Welche Bedeutung hat die Trennung des Antrags auf KV vom Antrag auf ALG, Sozialhilfe? Welche Probleme entstehen dadurch, dass der Antragsteller selbst die zuständige KK suchen muss?
- Wie ist der Umgang mit Beitragsrückständen bei den Krankenkassen?
- Wie ist die Handhabung bei Patienten, die nur einen Notfallschein zur Behandlung haben?
- Wie viele Menschen ohne KV gibt es in Deutschland? Offiziell, eigene Schätzung, Dunkelziffer?

Zusammenarbeit mit anderen Institutionen:

- Besteht Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Institutionen? Welcher Art? Welche Absprachen werden getroffen? (Einrichtungen freier Träger, Krankenhäuser, einzelne Ärzte bzw. Arztpraxen, Krankenkassen, Behörden (Sozialamt, Jobcenter, Ausländerbehörde))
- Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit? Welche Probleme gibt es, liegt es an einzelnen Personen oder am System, an der Organisationsstruktur?
- Wie ist die Bereitschaft der Ärzte, Patienten ohne KV zu behandeln? Gibt es Unterschiede bei Niedergelassenen und Krankenhausärzten?
- Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Behörden und staatlichen Einrichtungen?
- Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Krankenkassen (GKV, PKV)? Welche Interessen haben die Krankenkassen?
- Welche Rolle spielen die Krankenkassen beim Problem der Nichtversicherten? Kommen die KK ihrem Anteil der Versicherungspflicht nach? Gibt es Unterschiede bei GKV und PKV?

Gesundheitszustand der Nichtversicherten, Versorgungsbedarf:

- Welches Krankheitsspektrum zeigt sich? Wie ist der Schweregrad der Erkrankungen?
- Gibt es Krankheiten die gehäuft auftreten im Vergleich zur Normalbevölkerung?
- Wie beurteilen Sie den Gesundheitszustand, das Gesundheitsbewusstsein und die Krankheitseinsicht bei Nichtversicherten? Im Vergleich zu Patienten mit Krankenversicherung?
- Wie beeinflussen der Gesundheitszustand und die Vorerkrankungen die Aussichten und Möglichkeiten eine KV zu bekommen? Ist Krankheit ein Hindernis?

Medizinische Versorgung:

- Welche Versorgungsangebote im medizinischen Bereich gibt es in FFM für Nichtversicherte?
- Wer trägt die Versorgung, wer kümmert sich, welche Art von Einrichtungen? Wie wird die medizinische Versorgung finanziert?
- Wie ist die Qualität der medizinischen Behandlung? Entspricht die Versorgung für Nichtversicherte derjenigen für Patienten mit KV? In welchen Punkten gibt es Unterschiede?
- Ist eine adäquate Behandlung trotz fehlender KV möglich, wird sie geleistet? In welchen Punkten werden Nichtversicherte benachteiligt, welche Behandlungen sind nicht möglich?
- Ist die Versorgung die angeboten werden kann ausreichend? Wo sind Mängel, was funktioniert gut? Woran liegt es, wenn keine bessere Versorgung angeboten werden kann?
- Welche besonderen Probleme im Bereich der medizinischen Behandlung ergeben sich aus der Tatsache, dass Patienten keine KV haben?

- Zu welchem Zeitpunkt bei Aufsuchen eines Arztes/Krankenhauses fällt auf, dass ein Patient keine KV hat? An der Anmeldung, im Krankenhaus noch vor Aufnahme oder nach Aufnahme?
- Werden Patienten abgewiesen weil sie keine KV haben?

Handlungsbedarf, Lösungsvorschläge:

- Gibt es Fortschritte oder Rückschritte in den letzten Jahren in Bezug auf die Situation der Menschen ohne Krankenversicherung?
- Wird das Problem der Nichtversicherten wahrgenommen von Politikern, Behörden, Hilfsorganisationen, der Öffentlichkeit?
- Sehen Sie Handlungsbedarf in Bezug auf die Situation der Nichtversicherten? In welchen Punkten, auf welcher Ebene? (Staat, Behörden, Städte, lokale Initiativen, Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte, Sozialarbeiter, Patienten)
- Welche Lösungsvorschläge haben Sie?

Feedback:

- Habe ich wichtige Aspekte in der Problematik vergessen, sind alle wichtigen Punkte genannt?

10.4 Extraktionstabellen für Patienteninterviews

Extraktionstabelle 1. Kategorie: Krankenversicherung

Zeitpunkt/ Zeitraum	Versicherungs- status	Krankenkasse und Versicherungsart	Bewusstsein, Wissen über Sachlage	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 2. Kategorie: Gründe für Verlust der Krankenversicherung

Zeitpunkt/ Zeitraum	Gründe für Verlust der KV	Umstände bei Verlust, Zusammenhänge	Selbstein- schätzung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 3. Kategorie: Hindernisse für erneute Krankenversicherung

Zeitpunkt/ Zeitraum	Hinder- nisse	Umstände für Hindernisse, Zusammenhänge	Selbstein- schätzung	Verhalten der beteiligten Akteure	Ursa- chen	Wirkun- gen	Quelle

Extraktionstabelle 4. Kategorie: Erfolgsaussichten auf Krankenversicherung

Zeitpunkt/ Zeitraum	Erfolgs- aussichten	Umstände für Erfolg	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 5. Kategorie: Motivation für Eintreten in Krankenversicherung

Zeitpunkt/ Zeitraum	Motivation	Bewusstsein, Wissen über Sachlage	Eigeninitiative und Hilfestellung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 6. Kategorie: Lebensumstände

Zeitpunkt/ Zeitraum	Lebens- umstände	Genauere Angaben zur Situation	Selbst- einschätzung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 7. Kategorie: Arbeitssituation

Zeitpunkt/ Zeitraum	Arbeits- situation	Umstände der Arbeitssituation	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 8. Kategorie: Sozialleistungen

Zeitpunkt/ Zeitraum	Sozial- leistungen	Anspruch auf Sozial- leistungen	Umstände, Zusammen- hänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 9. Kategorie: Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsrecht

Zeitpunkt/ Zeitraum	Aufenthalts- status	Nationalität	Aufenthalt in Deutschland	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 10. Kategorie: Gesundheitszustand

Zeitpunkt/ Zeitraum	Diagnosen	Gesundheits- zustand	Bewusstsein über Gesund- heitszustand	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 11. Kategorie: medizinische Versorgung

Zeitpunkt/ Zeitraum	Art der medizinischen Versorgung	Möglichkeiten und Grenzen	Ort, Einrichtung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 12. Kategorie: Anbindung an Einrichtungen

Zeitpunkt/ Zeitraum	Anbindung an Einrichtung	Art der Einrichtung	Art der Hilfestellung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

10.5 Extraktionstabellen für Experteninterviews

Extraktionstabelle 1. Kategorie: Arbeitsfeld – allgemein

Zeitraum	Beruf und Position	Organisationsstruktur der Einrichtung	Angebot der Einrichtung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 2. Kategorie: Arbeitsfeld – Zielgruppe

Zeitraum	Zielgruppe allgemein	Anteil der Nichtversicherten	Veränderungen	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 3. Kategorie: Vernetzung mit anderen Akteuren

Zeitraum	Art der Kooperation	mit welchen Akteuren	Auswirkung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 4. Kategorie: Nichtversicherte

Zeitraum	Gründe für Nichtversicherung	weitere Einflussfaktoren	Aussicht auf KV	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 5. Kategorie: Rahmenbedingungen für KV/fehlende KV

Zeitraum	Gesetze, Regelungen	Betroffene Personen	Auswirkung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 6. Kategorie: Gesundheitszustand der Nichtversicherten

Zeitraum	Gesundheitszustand, Krankheitspektrum	Vergleich mit „normalen“ Patienten	Zusammenhang mit fehlender KV	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 7. Kategorie: Möglichkeiten der medizinischen Versorgung

Zeitraum	wo, welcher Art	Vergleich mit „normalen“ Patienten“	Bewertung des Bedarfs	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 8. Kategorie: Bewertung des Problemfeldes

Zeitraum	Größenordnung	praktische Probleme	Betroffene	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 9. Kategorie: Lösungsvorschläge

Zeitraum	Handlungsbedarf	konkrete Lösungsvorschläge	Aussicht auf Veränderung	Ursachen	Wirkungen	Quelle

Extraktionstabelle 10. Kategorie: Zusatzinformationen, spezielles Wissen

Zeitraum	Thema	Zusatzinformation	Quelle

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Eva Maria Schweiger
Geburtsdatum, -ort 17.12.1981, Würzburg
Staatsangehörigkeit deutsch
Familienstand ledig

Studium und Berufstätigkeit

Seit 10/16 Assistenzärztin in Weiterbildung zur Internistin
am Klinikum Fürth
01/13 – 09/16 Assistenzärztin in Weiterbildung zur Internistin
am Krankenhaus Rothenburg ob der Tauber
Seit 09/10 Promotion im Fachbereich Medizin am Institut für Arbeits-,
Sozial- und Umweltmedizin der Johann Wolfgang Goethe-
Universität Frankfurt
11/03 – 09/10 Stipendiatin der Studienstiftung des deutschen Volkes
10/03 – 06/10 Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-
Universität Frankfurt am Main
– Abschluss mit Staatsexamen

Orientierungsjahr

09/02 – 08/03 Freiwilliges Soziales Jahr in Kindergarten und Poliklinik der
Fundación Cristo Vive in Renca, Santiago de Chile

Schulbildung

09/00 – 06/02 Gymnasium Carolinum Ansbach (12.–13. Klasse)
– Abschluss mit allgemeiner Hochschulreife
09/99 – 08/00 Sylvan Hills High School Sherwood, Arkansas, USA;
im Rahmen eines Auslandsschuljahres (12. Klasse)
09/98 – 08/99 Gymnasium Carolinum Ansbach, musischer Zweig (11. Klasse)
09/92 – 08/98 Gymnasium Feuchtwangen, neusprachlicher Zweig
(5.–10. Klasse)
09/88 – 08/92 Grundschule Feuchtwangen (1.–4. Klasse)

Erlangen, 23.01.2018

(Unterschrift)

Schriftliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

Patienten ohne Krankenversicherung. Gründe für das Entstehen von Nichtversicherung und Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung betroffener Patienten in Frankfurt am Main

in dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin unter Betreuung und Anleitung von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)