



Hamburger Geschichten

Über die Schwierigkeiten wohnungs-
loser Menschen, medizinische Angebote
in Anspruch zu nehmen

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de



Diakonie 



ALG II

Arbeitslosengeld II oder HARTZ IV. Monatliche Grundsicherung für Arbeitssuchende. Für eine Einzelperson oder einen Haushaltsvorstand beträgt das monatliche Einkommen 347 Euro pro Monat (Stand: Juli 2007), zzgl. Mietkosten und Heizung. Menschen im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 67 Jahren, die länger als ein Jahr arbeitslos sind und mehr als drei Stunden pro Tag arbeiten können, werden in der Regel als ALG II-Empfängerinnen und -Empfänger eingestuft.

ARGE

Arbeitsgemeinschaft oder Jobcenter (in Hamburg: team.arbeit.hamburg). Zusammenschluss aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitsagenturen und Sozialämter. Zuständig u. a. für die Bewilligung und Auszahlung von ALG II sowie der Vermittlung von Arbeitssuchenden.

GMG

Gesundheitsmodernisierungsgesetz. Trat 2004 in Kraft. Ziel war es, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu stärken, um die Kosten im Gesundheitssystem zu reduzieren. Herausragende Inhalte des GMG sind die Lotsenfunktion des Hausarztes, der Versicherungsschutz für alle Menschen unabhängig von ihrem Erwerbsstatus, die Einführung von 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal sowie 10 Euro Zuzahlung pro Aufenthaltstag im Krankenhaus und die Medikamentenzuzahlung.

MDK

Medizinischer Dienst der Krankenkassen. Überprüft im Auftrag der Krankenkassen unter anderem die Pflegebedürftigkeit von Patienten und ihren Anspruch auf Behandlungspflege (= ambulante Pflege oder Nachsorge in der eigenen Häuslichkeit durch einen ambulanten Pflegedienst).

SGB I – XII

Sozialgesetzbuch I – XII. Regeln verschiedene Sozialrechtsbereiche:

SGB I – Allgemeiner Teil

SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende (= u. a. HARTZ IV)

SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung (= u. a. Leistungen der Krankenkassen)

SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe (= u. a. Hilfen zur Erziehung)

SGB X – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz

Für die Gesundheitsversorgung Wohnungsloser sind insbesondere die Sozialgesetzbücher II und V relevant.



Vorwort

Mehr Gesundheit für Wohnungslose

Der Regionale Knoten Hamburg setzt sich für eine verbesserte medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen ein

„Ich kann ja noch nicht einmal nachweisen, dass ich nichts habe!“ Diese verzweifelte Klage eines wohnungslosen Menschen angesichts der vielen Unterlagen, die er für seinen Antrag auf Arbeitslosengeld II (ALG II) und Krankenversicherung braucht, verdeutlicht die Notlage, in der sich Menschen ohne eigenes Zuhause befinden. Wer keinen Personalausweis und keine gültige Meldeadresse vorweisen kann, bekommt weder Geld noch Karte. Zwar sollen seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahre 2004 alle Menschen unab-

hängig von ihrem Erwerbsstatus krankenversichert sein. In der Praxis aber hat sich die Gesundheitsversorgung sozial benachteiligter Menschen dadurch nur unwesentlich gebessert: Wohnungslose Menschen scheitern häufig bereits am Antragsverfahren der Arbeitsagentur. Gelingt es ihnen dennoch, ihren Rechtsanspruch auf Arbeitslosengeld und Versicherungsschutz durchzusetzen, ist das Gesundheitssystem nur unzureichend auf ihre Bedürfnisse und besondere Lebenslage vorbereitet: Sie werden zu schnell und zu früh aus dem Krankenhaus ent-



lassen, aus Unkenntnis von niedergelassenen Ärzten abgewiesen, Rezepte können nicht bezahlt, die Praxisgebühr nicht entrichtet werden.

Der Regionale Knoten „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“ will diesen Missstand sichtbar machen und verändern. Dazu ist eine institutions- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit notwendig: Unter der Federführung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) treffen sich seit Ende 2005 Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Hamburger Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und Gesundheitsförderung, um die bestehenden Versorgungslücken im Gesundheitssystem aufzudecken und zu beheben. Als Teil des Bundesprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Bundes- und den Landesvereinigungen für Gesundheit, von Krankenkassen und

Ärzten, Wohlfahrtsverbänden und weiteren Partnerorganisationen getragen wird, hat sich der Regionale Knoten Hamburg zur Aufgabe gemacht, die gesundheitliche Situation wohnungsloser Menschen zu verbessern.

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Sie daher für die Situation dieser Menschen sensibilisieren: Sie finden darin berührende Schicksale von Menschen, die auf Grund ihrer sozialen Notlage an der Komplexität des Gesundheitssystems scheitern. Die Niederlagen im Kampf um die benötigte medizinisch-pflegerische Hilfe reichen von der fehlenden Versicherungskarte bis zur abgelehnten Kostenübernahme für orthopädisch notwendige Schuhe. Am Ende bleiben Frauen und Männer zurück, die mit einem zu kurzen Bein oder unbehandeltem Leistenbruch in Hamburg unterwegs sind oder in die Psychiatrie eingewiesen werden, da ihnen die dringend erforderliche ambulante Pfl-

ge in der Wohnunterkunft verwehrt wird. Besonders bewegend ist das Beispiel von Herrn T., 26 Jahre alt, der noch über genügend Selbsthilfekräfte verfügt, um selbstbewusst bei der ARGE vorzusprechen. Nachdem er unter Mühen Passbilder und Identitätsausweis besorgt hat, wird er mit dem Hinweis auf weitere fehlende Unterlagen – unter anderem Kontoauszüge, Sozialversicherungs- und Krankenversicherungsnachweis - wieder fortgeschickt. Erst mehrmalige Interventionen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter veranlassen die ARGE, eine Teilzahlung per Scheck zu bewilligen – den wiederum die Post nicht einlöst. Der Personalausweis fehlt.

Die Einzelschicksale haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Hamburger Angebote und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wie die medizinische Sprechstunde im Pik As und die Tagesaufenthaltsstätte TAS Bundesstraße, der Kernenate Tagestreff, der Sozialdienst im Pik As, die Krankenstube und das Malteser Nordlicht von Oktober 2006 bis März 2007 zusammengetragen, um die Lücken im Gesundheits- und Sozialsystem aufzuzeigen.

Mit den Porträts möchten wir Sie als Leserin und Leser, Mitarbeiterin oder Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaft (ARGE), der Gesetzlichen Krankenversi-

cherung, als Ärztin oder Arzt im Krankenhaus oder in der Praxis für einen noch sensibleren Umgang mit wohnungslosen Menschen gewinnen. Wir wünschen uns, dass Sie noch genauer hinschauen, mit wem Sie es zu tun haben und was Ihr Gegenüber aus eigener Kraft leisten kann. Aus ethischen, humanen und nicht zuletzt finanziellen Gründen muss die schnelle und unkomplizierte Hilfe immer im Vordergrund stehen. Mit der Reform der Kranken- und Arbeitslosenversicherung beabsichtigte der Gesetzgeber vor allem eines: allen Menschen die gleichen Rechte zuzusichern und ihre Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu stärken. Dieses Anliegen möchten wir mit Ihnen gemeinsam auch für wohnungslose Menschen umsetzen.

Petra Hofrichter

*Koordinatorin des Regionalen Knotens
„Wohnungslosigkeit und Gesundheit“*

Herausgeberinnen und Herausgeber der Broschüre sind folgende Mitglieder des Regionalen Knotens:

Caritasverband Hamburg e.V.
Diakonisches Werk Hamburg
f & w fördern und wohnen AöR
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Kernenate Tagestreff für wohnungslose Frauen
MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH - Malteser Nordlicht
Stadtmission Hamburg

Zusätzliche Barrieren

Wohnungslose Patienten zwischen Hartz IV und Gesundheitsmodernisierungsgesetz

Gleiche Gesundheitsleistungen und Versicherungsschutz für alle: Mit dieser Neuausrichtung des Gesundheitswesens und dem neu geschaffenen Sozialgesetzbuch II - Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) müssen sich auch wohnungslose Männer und Frauen in der neuen Wettbewerbswelt zurechtfinden. Seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) und der Hartz-IV-Gesetzgebung 2004 sind sie als prinzipiell erwerbsfähige Arbeitslose über die Arbeitsgemeinschaft (ARGE) pflichtversichert und anderen Krankenkassenmitgliedern gleichgestellt. Wie jede und jeder andere Versicherte auch erhalten Hartz-IV-Empfänger eine Chipkarte und haben Anspruch auf alle medizinisch-pflegerischen Leistungen ihrer frei gewählten Krankenkasse. Ihre Krankenkassenbeiträge entrichtet die ARGE.

Allerdings: Gleiche Rechte bedeuten auch gleiche Pflichten. Genau wie Angestellte oder Freiberufler müssen nun auch Wohnungslose pro Quartal zehn Euro Praxisgebühr bezahlen und Zuzahlungen zu Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenhausaufenthalten leisten. Grundlage ist ihr monatliches Einkommen in Höhe von 345 Euro Arbeitslosengeld II. Beide Anforderungen grenzen wohnungslo-

se Menschen aus dem Gesundheitssystem aus: Die Praxisgebühr erschwert ihnen den Zugang, die Zuzahlungen die kontinuierliche Behandlung.

Dabei benötigen gerade sie besondere Unterstützung. Ärmere Menschen tragen im Durchschnitt ein höheres Krankheitsrisiko. Insbesondere Wohnungslose leiden unter einer Vielzahl von psychischen und physischen Erkrankungen. Sie haben einen überdurchschnittlich hohen medizinischen und psychiatrischen Behandlungsbedarf, verfügen über ein sehr geringes Einkommen und sind daher meist nicht in der Lage, individuelle Leistungen der Prävention oder Versorgung in Anspruch zu nehmen und zusätzlich zu finanzieren. Ein Charakteristikum von Wohnungslosigkeit ist, dass fast immer das persönliche, soziale Netzwerk fehlt. Wohnungslose können nicht auf Verwandte, Freunde oder Bekannte zurückgreifen, die ihnen in ihrer Notlage helfend zur Seite stehen.

Häufig auftretende Schwierigkeiten sind:

- Die Antragsbearbeitungszeit bei den gesetzlichen Krankenkassen dauert durchschnittlich vier bis acht Wochen. In dieser Zeit können sich wohnungslose Männer und



Frauen nur unter großen Schwierigkeiten in ärztliche Behandlung begeben.

- Unter den Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit geht die Krankenversicherungskarte häufig verloren, wodurch die Krankenbehandlung erschwert wird und dem Wohnungslosen zusätzliche Kosten entstehen.
- Übernahme vor 2004 das Sozialamt als Krankenhilfeträger die Kosten für die medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen, so fallen sie heute als gesetzlich Versicherte in die kassenärztlichen Budgetvorgaben ihres behandelnden Arztes. Dieser Personenkreis aber benötigt auf Grund seiner Mehrfacherkrankungen häufig aufwändige Diagnosen und Therapien, die das Budget belasten.
- Grundsätzlich setzen die Reformen im Gesundheits- und Sozialwesen ein hohes Maß an wirtschaftlichem Denken, rationalem Han-

deln, Informiertheit und Motivation bei den Betroffenen voraus - Eigenschaften, die bei wohnungslosen Menschen auf Grund ihrer Sozialisation und Lebenssituation nicht oder wenig vorhanden sind.

Fazit: Indem das GMG die Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen ausgeweitet, den Leistungskatalog eingeschränkt und die generellen Befreiungsmöglichkeiten für Menschen am Existenzminimum gestrichen hat, hat sich die gesundheitliche Situation von wohnungslosen, psychisch kranken und sozial isoliert lebenden Menschen eher verschlechtert als verbessert. Mit einem Schlag wurden sie aus dem Schutzraum des Bundessozialhilfegesetzes in die Wettbewerbswelt der Gesundheitswirtschaft geworfen: Viele von ihnen halten dem Druck nicht stand und werden zwischen ARGE, Krankenkasse, Arzt und Apotheke aufgerieben.

Häufig nicht zuständig

Wer Arbeitslosengeld II (ALG II) bezieht ist automatisch krankenversichert – allerdings nur, wenn die Krankenkassen uneingeschränkt kooperieren

Versichert zu sein nützt manchmal nichts: Zwar wissen fast alle wohnungslosen Patienten, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, dass sie bei einer Krankenkasse versichert sind. Das aber reicht häufig nicht, um auch wirklich Leistungen der Krankenversicherung zu erhalten.

Kein Schuh für das zu kurze Bein

Herr G. bezog ALG II und war damit Mitglied einer Krankenkasse. Wegen einer deutlichen Beinlängendifferenz benötigte er seit vielen Jahren eine Schuherhöhung, die von einem Orthopädieschuhmachermeister hergestellt wird. Sobald das Rezept vom Arzt vorliegt, übernimmt die Krankenkasse, nach Prüfung der Indikation, die Kosten.

Da die Schuhe von Herrn G. aufgetragen waren (er ist wohnungslos und viel auf den Beinen), erhielt er Anfang Januar das notwendige Rezept, das er umgehend beim Schuhmacher abgab. Der wiederum reichte es bei der Kasse ein. Zu diesem Zeitpunkt war die Bewilligung des ALG II seit zwei Wochen abgelaufen: Die Kranken-

kasse lehnte die Kostenübernahme für die Schuherhöhung mit dem Argument ab, dass der Patient nicht mehr Mitglied der Kasse sei.

Die behandelnde Ärztin der Wohnungloseneinrichtung machte die Kassen-Sachbearbeiterin telefonisch darauf aufmerksam, dass sich der Patient noch im vierwöchigen, nachgehenden Versicherungsschutz befinde. Dieser Hinweis fand kein Gehör. Im Gegenteil: Die Kassenangestellte forderte vielmehr, dass sich der Patient als ALG II- oder Sozialgeldempfänger bei einer anderen Kasse weiterversichern müsse und ihre Kasse daher nicht mehr zuständig sei.



Erst nachdem die Angestellte mehrmals und nachdrücklich auf die Tatsache hingewiesen wurde, dass Herr G. weder Sozial- noch Arbeitslosengeld II beziehe noch eine neue Krankenkasse habe, seine alte Kasse wohl aber nachgehenden Versicherungsschutz leisten müsse, lenkte sie ein, verlangte aber, dass der Patient „halt mal persönlich vorbeikommen“ solle.

Für den Patienten war diese Schwelle zu hoch. Er traute sich nicht, zur Kasse zu gehen. Die übernahm die Kosten für die Schuherhöhung nicht. Der Patient (immer noch viel auf den Beinen) ist weiterhin mit Beinlängendifferenz ohne Schuherhöhung unterwegs.

Nachgehender Versicherungsschutz

Um kurzzeitige Lücken im Versicherungsschutz zu überbrücken, gewährt das Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Versicherungspflichtigen, deren Mitgliedschaft bei der Krankenkasse endet – etwa durch Verlust des Arbeitsplatzes – über das Ende des Versicherungsverhältnisses hinaus für längstens einen Monat Anspruch auf Leistungen (§ 19 Abs. 2 SGB V). Dieser Anspruch besteht, solange innerhalb der vier Wochen kein neues Versicherungsverhältnis begründet wird.

Lebensgefährliche Bürokratie

Herr H., 1965 geboren, ist ledig und lebt seit längerer Zeit wohnungslos in Hamburg. Seit mehr als zwanzig Jahren ist er drogenabhängig, seine Kontakte beschränken sich fast ausschließlich auf Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe sowie auf suchtkranke und wohnungslose Menschen.

Mit kurzen Unterbrechungen ist Herr H. seit fünfzehn Jahren wohnungslos. Eine Drogenberatungsstelle vermittelte ihn an eine Einrichtung der Suchtkrankenhilfe. Bei der Aufnahme teilte Herr H. mit, dass er Leistungen der ARGE beziehe und krankenversichert sei. Er konnte sogar seine Krankenversicherungsnummer mitteilen, hatte aber die Versichertenkarte verloren. Einen Tag später musste Herr H. als Notfall ins Krankenhaus eingewiesen werden. Da er keine Versichertenkarte und damit keinen Kostenträger für weitere Behandlungen vorweisen konnte, wurde er nach seiner gesundheitlichen Sta-

bilisierung wieder aus dem Krankenhaus entlassen.

Die Krankenkasse teilte mit, dass Herr H. seit mehr als acht Monaten nicht mehr krankenversichert sei. Herr H. widersprach: Er habe weder die Krankenversicherung gekündigt noch habe er eine Kündigung erhalten. Nachfragen bei der ARGE ergaben, dass die Beiträge fortlaufend gezahlt wurden und Herr H. somit krankenversichert sei. Die Krankenkasse wurde daraufhin aufgefordert, eine Versichertenkarte auszustellen sowie vorab den Versicherungsstatus per Fax oder e-Mail zu bestätigen. Die Kasse teilte stattdessen mit, dass man den Vorgang zunächst überprüfen wolle und sich dann melden werde.

Seit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus ging es Herrn H. zunehmend schlechter. Fieber und Schmerzen veranlassten ihn immer wieder, die ärztlichen Sprechstunden der Suchthilfeangebote aufzusuchen. Ihm wurden mehrfach Krankenhausbehandlungen angeboten, die er jedoch ablehnte, da er erst seine Krankenversicherung klären wollte. Auch ein Wechsel zu einer anderen Krankenkasse kam für ihn nicht in Betracht.

Trotz mehrmaliger Nachfragen bei der Krankenkasse verzögerte sich die Bearbeitung weiterhin. Nach acht Wochen Aufenthalt verließ Herr H. die Suchtkrankeneinrichtung – ohne Versichertenkarte.

Versichert ja oder nein? Hamburger ARGE Hotline hilft

Unter der Telefonnummer **040/ 286 65-250** geben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ARGE Kaiser-Wilhelm-Straße bei Unsicherheit Auskunft über den Versicherungsstatus von Sozial- und Arbeitslosengeld II-Empfängerinnen und -Empfängern.

i



Versicherungsschutz für (fast) alle

Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V ist jeder Mensch, der Leistungen nach SGB II erhält, über die Bundesagentur für Arbeit Mitglied einer frei gewählten, gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beiträge entrichtet die ARGE. Theoretisch dürfte es demnach keine Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfänger geben, die nicht krankenversichert sind. In der Praxis aber erlischt der Versicherungsschutz schnell, beispielsweise wenn die Betroffenen ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen. Oder er tritt erst gar nicht in Kraft, etwa, wenn die ARGE ihre Klienten zu spät anmeldet. In der Praxis entsteht damit eine Lücke im Versicherungsschutz, die es laut Gesetz eigentlich nicht geben dürfte.



Einrichtungen in Vorleistung

Herr G., 1956 geboren, hält sich seit acht Jahren mit Unterbrechungen in Hamburg auf. Er ist seit siebzehn Jahren drogenabhängig, seine Wohnung hat er wegen zu hoher Mietschulden verloren. Zu seinen Angehörigen in Italien hat er kaum Kontakt, auch seine ehemalige Partnerin und Mutter seiner beiden Kinder sieht er selten.

Das Krankenhaus, das ihn nach einem Zusammenbruch als Notfall behandelte, vermittelte ihn in eine Einrichtung der Suchtkrankenhilfe. Im Krankenhaus hatte man – vermutlich in Folge seines langjährigen Drogenkonsums –

schwerwiegende körperliche Erkrankungen festgestellt. Nach der Entlassung sollte Herr G. Medikamente einnehmen und sich weiter ambulant behandeln lassen. Da er jedoch nicht krankenversichert war, konnte er weder zum Arzt gehen noch Rezepte erhalten. Zudem verfügte Herr G. über kein Einkommen: Er hatte keinen Antrag auf ALG II bei der ARGE gestellt, da ihm die Freizügigkeitsbescheinigung der Ausländerbehörde für den Antrag fehlte.

Nach seiner Aufnahme in die Einrichtung wurde Herr G. darin bestärkt, sich beim Einwohnermeldeamt anzumelden, die Freizügigkeits-

bescheinigung abzuholen und den Antrag auf ALG II zu stellen. Über die ARGE wurde Herr G. bei einer Krankenkasse angemeldet, brauchte jedoch während der Bearbeitungszeit von

ARGE und Krankenkasse seine verordneten Medikamente. Außerdem wurde ein Arztbesuch notwendig. Alle entstehenden Kosten streckte die Einrichtung der Wohnungslosenhilfe vor.

Im Schnellverfahren krankenversichert

Wohnungslose Patienten können aus dem Krankenhaus heraus einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB II stellen. Wichtig dabei ist, dass der Sozialdienst die zuständige ARGE telefonisch vorab informiert. Der Antrag muss die Unterschrift der Antragstellerin bzw. des Antragstellers oder einer gesetzlichen Vertretung aufweisen. Ein persönliches Erscheinen ist zunächst nicht erforderlich, eine Erreichbarkeitsadresse oder eine telefonische Erreichbarkeit über den Sozialdienst sollte aber in jedem Fall angegeben werden, damit eventuelle Fragen geklärt oder notwendige Unterlagen von der Antragstelle angefordert werden können.

Sobald der Antrag auf Krankenversicherung bei der ARGE eingeht, gilt er als gestellt, zugleich beginnt der Krankenversicherungsschutz, wobei der Antrag nicht bei der zuständigen ARGE gestellt werden muss (§ 16 Abs. 2 SGB I - Allgemeiner Teil). Wichtig ist, unverzüglich eine schriftliche ärztliche Prognose über die Dauer des voraussichtlichen Krankenhausaufenthaltes einzureichen. Parallel dazu muss der oder die Betroffene einen Antrag auf Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse der eigenen Wahl – möglichst mit Sitz in Hamburg – stellen. Diesen Antrag auf Mitgliedschaft muss die Krankenkasse bestätigen.

Falls weitere Papiere fehlen, sind diese innerhalb bestimmter Fristen nachzureichen. Die wichtigste Unterlage ist der Personalausweis, mindestens aber der Identitätsnachweis. Kann dieser nicht vorgelegt werden oder der wohnungslose Mensch nicht zumindest nachweisen, dass er sich um das Dokument bemüht, wird die Kostenübernahme für die medizinische Leistung wegen fehlender Mitwirkung abgelehnt.

Kein Geld ohne Ausweis, kein Ausweis ohne Geld

Selbst wer sich um notwendige Unterlagen noch selbst kümmern kann: Leicht ist das nicht

Die Liste der ARGE umfasst zwanzig Positionen: Um ALG II beantragen zu können, müssen manche Kunden so schwierige Unterlagen beibringen wie den „Nachweis einer Bank, dass eine Kontoeröffnung abgelehnt wird“ oder die „Abmeldebestätigung der letzten Meldeanschrift“. Meist kostet die Beschaffung der Unterlagen Geld, beispielsweise der neue Personalausweis. Den könnte man bezahlen, hätte man das Geld, das wiederum nach Vorlage des Personalausweises bewilligt wird. Ein Teufelskreis à la Hauptmann von Köpenick, der zermürbt und ohnmächtig macht.

„Ich kann ja noch nicht einmal nachweisen, dass ich nichts habe!“

Herr T., 26 Jahre, ist arbeitslos, seit Mitte 2006 zwangsgeräumt und lebt von seiner Frau getrennt. Ihr Aufenthalt ist ihm nicht genau bekannt. Ihre Geburtsdaten kann er nicht benennen. Aus Angst vor der bevorstehenden Zwangsräumung verließ er überstürzt die Wohnung, ohne seine Personalpapiere zu sichern. Er kümmerte sich um nichts mehr, tauchte in der Wohnungslosenszene unter. Seinen Lebensunterhalt erbettelte er sich auf der Straße, lebte von Kumpeln und war als Tagelöhner auf dem Hamburger Dom beschäftigt.

Anfang Dezember suchte er eine Übernachtungsstätte für wohnungslose Menschen auf. Noch am selben Tag sprach er in der nahe gelegenen ARGE vor, um ALG II zu beantragen. Das ging nicht. Für ihn sei die ARGE an seinem zuletzt gemeldeten Wohnsitz zuständig. Da er wusste, dass man ohne persönliche Papiere keine Anträge stellen kann, bettelte er sich Geld für Passbilder und die Kosten für die Identitätsbescheinigung zusammen. Den Identitätsnachweis besorgte er sich am Nachmittag.

Kundennummer: _____ Datum : _____

Name, Vorname: _____

• spätesten Termin für die Vorlage der Unterlagen: _____

- gültiger Personalausweis oder Reisepass
- Abmeldebestätigung der letzten Meldeanschrift
- Mitgliedsbescheinigung einer Krankenversicherung über die Aufnahme bzw. über das Bestehen des Versicherungsschutzes bei künftigem Leistungsanspruch auf Arbeitslosengeld II (SGB II) oder Vorlage einer gültigen Versicherten-Chipkarte
- Sozialversicherungsausweis mit Lichtbild // Deutsche Rentenversicherung; Poststraße
- Bescheinigung der Agentur für Arbeit über Anspruch bzw. Nichtanspruch auf Leistungen Arbeitslosengeld I (SGB III) // Agentur für Arbeit, Kurt-Schumacher-Allee 16
- Verdienstbescheinigung / Arbeitsvertrag / Kündigungsschreiben des Arbeitgebers
- Haftentlassungsbescheinigung
- Bescheid über Kindergeld und ggf. Kindergeldzuschlag
- Scheidungsurteil, Unterhaltsurteil, Unterhaltsbeschluss, Unterhaltsvergleich
- Attest über die Arbeitsunfähigkeit
- Tabellarischer Lebenslauf
- Sparbücher, Kontoauszüge der letzten 3 Monate oder
- Nachweis einer Bank, dass eine Kontoeröffnung (Konto auf Guthabenbasis) abgelehnt wird
- zuverlässige Postanschrift in der Freien und Hansestadt Hamburg / Postleitzahl
- Erreichbarkeit“
- M... ..

Ausschnitt aus dem Laufzettel der ARGE für Arbeitssuchende

Gleich am nächsten Tag sprach er bei der zuständigen ARGE vor. Die teilte ihm mit, dass er sich einen vorläufigen Pass besorgen solle sowie einen Nachweis des Familiengerichts, dass er tatsächlich von seiner Frau getrennt lebe. Darüber hinaus benötige er eine verlässliche Postadresse, Kontoauszüge oder einen schriftlichen Nachweis, wovon er bisher gelebt habe. Ebenso wurden ein Sozialversicherungsausweis, Lebenslauf und Nachweis der Krankenversicherung verlangt. Einen Antrag auf ALG II erhielt er nicht, wohl aber die Aufforderung, die gewünschten Papiere zum nächsten Gespräch in drei Tagen vorzulegen.

Mit diesem Ansinnen fühlte sich Herr T. sichtbar überfordert. Er wurde immer lethargischer, verstand offensichtlich die Zusammenhänge nicht mehr. Er erklärte, dass er neben all den

zu erledigenden Aufgaben nicht mehr wisse, was richtig sei und was nicht. Er wolle nur noch seine Ruhe haben und sich „zudröhnen“. Er hörte wieder Stimmen.

Nach mehrmaligen Interventionen bei der ARGE konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Unterkunft erreichen, dass Herr T. eine ALG II - Teilzahlung per Scheck erhielt. Als er diese bei der Post einlösen wollte, wurde sein Identitätsnachweis nicht anerkannt. Er solle einen Personalausweis vorlegen. Wieder bettelte er Geld zusammen, um die Gebühren für den Personalausweis bezahlen zu können. Ein Förderverein löste die Medikamente, die ein Psychiater verordnete, auf Privatrezept ein. Dieser Zustand wurde im Januar 2007 durch ALG II-Zahlungen beendet.

Familienversicherter ohne Familie

Der Umgang mit komplizierten Einzelschicksalen fordert alle Beteiligten heraus

Häufig ist die Realität komplexer als die Sozialgesetzbücher sie abbilden können. Dann ist Kreativität und guter Wille auf allen Seiten gefragt: Etwa, wenn ein junger Mensch familienversichert sein müsste, es diese Familie de facto aber nicht gibt.

Ohne Mutter keine Versicherung

Herr Sch., 21 Jahre alt, Hauptschulabschluss, ohne Lehre, ohne Arbeit, erhielt bis zu seinem 18. Lebensjahr unterschiedliche Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Nachdem er achtzehn Jahre alt geworden war, wollte er nicht weiter öffentlich betreut werden, sondern kehrte in den mütterlichen Haushalt zurück. Zu seinem leiblichen Vater hat er keinen Kontakt.

Nach Auseinandersetzungen mit der Mutter verließ er deren Wohnung und kam bei verschiedenen „Kumpels“ im Stadtgebiet unter oder „machte Platte“. Im Dezember 2006 wurde er in der Übernachtungsstätte aufgenommen. Von hier aus stellte er erstmalig einen Antrag auf Arbeitslosengeld II. Aufgrund seines Alters wurde er als familienversichert eingetragen.

Bei seinem ersten Arztbesuch sollte er eine Krankenversicherungskarte vorlegen, die er je-

doch nicht besaß. Telefonische Anfragen bei der zuständigen AOK ergaben, dass kein Antrag auf Familienversicherung gestellt wurde und diese somit auch nicht bestand. Die Mutter sei des Öfteren von der AOK angeschrieben worden, um den Versicherungsschutz des Sohnes zu klären. Sie habe aber nie reagiert.

Herr Sch., der seit zwei Jahren keinen Kontakt zur Mutter hatte, kannte ihre neue Anschrift nicht: Drei Wochen vergingen, bis die Anschrift der Mutter ermittelt werden konnte, da der Datenschutz telefonische Auskünfte untersagt. Erst nach massiver Intervention des Sozialdienstes war die Mutter bereit, den Antrag auf Familienversicherung zu unterschreiben. Bis zu diesem Zeitpunkt war Herr Sch. nicht krankenversichert. Sein Antrag auf ALG II konnte nicht vollständig bearbeitet werden. Er verfügte über keinerlei finanzielle Mittel.



Von der Mitwirkungspflicht bis zum Amtsermittlungsgrundsatz von Krankenkasse und ARGE

Im vorliegenden Fall treffen mehrere Paragraphen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher aufeinander: Nach § 60 Sozialgesetzbuch I - Allgemeiner Teil (SGB I) hat der zu Versichernde bzw. der Versicherte eine Mitwirkungspflicht. Er muss sich selbstständig darum kümmern, dass seine Mutter den Antrag für die Familienversicherung unterschreibt. Dies ist aber nicht möglich, da der Patient aus einer zerrütteten Familie kommt, weder Kontakt zur Mutter hat noch weiß, wo sie wohnt. Die Grenzen der Mitwirkungspflicht werden immer dann erreicht, wenn der Leistungsträger die geforderten Erkenntnisse durch einen geringeren Aufwand beschaffen kann als der zu Versichernde (§ 65 Abs. 1 SGB I).

Nach § 20 Sozialgesetzbuch X - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) gilt der so genannte Amtsermittlungsgrundsatz: Sowohl Krankenkasse als auch ARGE müssen aktiv werden. Das ist in diesem Fall schwierig, da die Mutter nicht reagiert. Nun ist zwar bei der gesetzlichen Krankenversicherung die Familienversicherung vorrangig (und für die ARGE auch Kosten sparend). In diesem Fall aber müsste man davon ausgehen, dass keine Familienversicherung besteht, da sie nicht zustande kommt und der Patient daher als eigenständiges Mitglied versichert werden muss (§ 5 SGB X Abs. 1.1 Nr. 2a).

Auch Ärzte manchmal ratlos

Ob Praxisgebühr oder Überweisungsschein: Aus Unkenntnis der Rechtslage weisen Ärzte wohnungslose Menschen häufig ab

An der Praxisgebühr dürfte es eigentlich nicht scheitern. Die muss zwar jeder bezahlen, wer es aber nicht kann, den kann die Ärztin oder der Arzt über einen besonderen Schlüssel der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Auch Weiterüberweisungen sollten kein Problem sein. Das aber ist nicht allen bekannt.

Zwischen Haus- und Facharzt verloren gegangen

Herr R. hatte einen Leistenbruch, der ihm Beschwerden bereitete und operiert werden sollte. Er stellte sich zunächst ambulant in einer chirurgischen Praxis vor. Sein Hausarzt stellte ihm eine Überweisung aus, so musste er beim Facharzt keine Praxisgebühr zahlen.

Der Chirurg hielt weitere Untersuchungen bei einem anderen Facharzt für nötig, bevor der Patient operiert werden könnte. Er forderte Herrn R. auf, sich hierfür eine Überweisung bei seinem Hausarzt zu holen. Herr R. war irritiert und fragte, ob der Arzt nicht die Überweisung ausstellen könne.

Der Facharzt verneinte. Er ist der Meinung, dass nur die Praxis, in der auch die Praxisgebühr bezahlt worden sei, Überweisungen ausstellen darf.

Herrn R. war bereits der Besuch beim Chirurgen schwer gefallen, den Umweg über die Hausarztpraxis schaffte er nicht. Er läuft weiter mit dem nicht operierten Bruch herum.

Praxisgebühr fehlt? KV-Schlüssel 80047 hilft

Kann ein Patient oder eine Patientin die Praxisgebühr nicht bezahlen, kann der Arzt bzw. die Ärztin die Behandlung über die EBM-Sonderabrechnungsnummer 80047 abrechnen. Sie macht sichtbar, dass eine Mahnung oder Zahlungsaufforderung nicht zustellbar ist. In Fällen, die durch diese Nummer gekennzeichnet sind, werden die zehn Euro Praxisgebühr bei der Honorarabrechnung nicht abgezogen.

i



Jede Ärztin und jeder Arzt darf überweisen

Legt eine Patientin oder ein Patient zur Behandlung in einer Praxis einen gültigen Überweisungsschein vor, ist dieser Nachweis zur Weiterbehandlung ausreichend. Es ist nicht notwendig, zusätzlich die Versichertenchipkarte einzulesen. Auch eine Weiterüberweisung ist bei Vorlage einer Überweisung möglich – allerdings nur im Rahmen des Überweisungsauftrages.

Überweisen darf

- der Hausarzt zum Facharzt
- der Hausarzt zum Hausarzt
- der Hausarzt zum psychologischen Psychotherapeuten
- der Facharzt zum Facharzt

Alle diese Möglichkeiten gelten auch dann, wenn die überweisende Ärztin, der überweisende Arzt nur eine Überweisung vorliegen hat: Sie können den Patienten sowohl zur Fachärztin als auch parallel zu einem psychologischen Psychotherapeuten schicken (aus: KVH Journal der KV Hamburg Ausgabe 1/07)

Keine Zeit für Erholung

Das Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Krankenhäusern setzt eine Wohnung voraus, in der man sich bis zur Wiederaufnahme ausruhen kann

Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zwingt Krankenhäuser zu wirtschaftlicherem Handeln. Durch die Einführung von Fallpauschalen, die die Behandlungsdauer und -intensität je nach Krankheitsbild exakt definieren, wird jeder zusätzlich im Krankenhaus verbrachte Tag zum Kostenfaktor. Wohnungslose Menschen, die nicht in einem eigenen Zuhause auf die Wiederaufnahme warten können, stehen das Procedere aus Aufnahme, Entlassung und Wiederaufnahme meist nicht durch.

Verloren in den Mühlen der Gesundheitswirtschaft

Herr M. wurde mit einer Magenblutung ins Krankenhaus eingeliefert und behandelt. Seit langem litt er an Krampfadern, die operativ behandelt werden müssten. Außerdem ist der Patient alkoholabhängig und hat Angst vor der Krankenhausbehandlung. Dieses Mal aber fühlte er sich in der Klinik wohl: Sein Magenleiden wurde behandelt, parallel unterzog er sich einer Alkoholentgiftung.

Herr M. äußerte den Wunsch, nun, da er bereits im Krankenhaus sei, könne er doch gleich auch die Krampfadern operieren lassen. Die Klinik war dazu grundsätzlich bereit, wollte die Ope-

ration aber nur bei erneuter stationärer Aufnahme durchführen. Hintergrund sind die seit 2006 bundesweit geltenden Fallpauschalen, die für stationäre Behandlungen einschließlich Aufnahme und Diagnose feste Entgelte vorsehen. Danach erzielte eine Weiterbehandlung des Patienten während seines Aufenthaltes ein geringeres Entgelt als bei seiner Wiederaufnahme.

Herr M. wurde mit der Möglichkeit entlassen, in einigen Tagen wieder aufgenommen zu werden. Er kehrte auf die Straße zurück, begann wieder zu trinken und ließ sich nicht erneut aufnehmen. Seine Krampfadern hat er weiterhin.



DRG – Krankheit als Wirtschaftsfaktor

In der Vergangenheit rechneten Krankenhäuser nach Tagessätzen ab: Jeder Tag, den ein Patient im Krankenhaus verbrachte, wurde vergütet. Seit 2006 werden alle Kliniken, mit Ausnahme der psychiatrischen Abteilungen, nach den so genannten Diagnosis Related Groups (DRG) vergütet. Sie definieren für verschiedene Krankheitsbilder eine durchschnittliche Behandlungsdauer und -intensität, für die die Krankenkassen eine festgelegte Summe entrichten. Werden während eines Aufenthaltes beim Patienten weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostiziert, erhöht sich zwar die Fallpauschale, erreicht aber nicht das Entgelt, das durch Entlassung und Wiederaufnahme erzielt werden könnte.



Ohne Haus keine Pflege

Wer ambulant versorgt werden will, muss zunächst eine eigene Küche und Dusche vorweisen

Ein Zuhause, das ist laut Definition einiger Krankenkassen nicht das schützende Dach über dem Kopf, sondern ein „Haushalt mit eigener Küche und Dusche“. Wohnunterkünfte für wohnungslose Menschen bieten demnach keine „eigene Häuslichkeit“. Da diese aber Voraussetzung für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen ist, bleiben einige Bewohnerinnen und Bewohner in Unterkünften unversorgt.

Psychiatrie statt Wohnunterkunft

Frau I. litt unter einer Psychose und wurde gesetzlich betreut. Sie war wohnungslos, lebte aber in einer Notunterkunft für Frauen. Da sie schon mehrmals polizeilich aufgefallen war, war es nur eine Frage der Zeit, bis es wieder richtig „knallte“. Gemeinsam mit der Sozialarbeiterin und der Ärztin der Aufenthaltsstätte entschied sich Frau I., probeweise Psychopharmaka einzunehmen. Da sie unter extremen Stimmungsschwankungen litt, konnte sie die regelmäßige Einnahme jedoch nicht garantieren. Die Ärztin wollte daraufhin einen Ambulanten Pflegedienst beauftragen, der Frau I. das Medikament einmal täglich unter Aufsicht verabreichen sollte. Bei Psychosen ist eine strenge Regulierung und Kontrolle oft sehr hilfreich.

Der Antrag wurde abgelehnt. Begründung: Frau I. wohne in einer Einrichtung, in der sie über keine eigene Küche und Dusche verfüge. Eine Pflegeverordnung könne aber nur in einer eigenen Wohnung, nicht in einer Unterkunft bewilligt werden. Damit wurde die Notunterkunft einem Altersheim gleichgestellt, in dem die Medikamentengabe zum Aufgabenfeld des Personals gehört.

Kurze Zeit später wurde Frau I. zwangsweise in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen, da sich ihr Zustand stark verschlechtert hatte.

Häusliche Pflege: Eine Ermessensfrage

Die Gabe von Medikamenten durch einen ambulanten Pflegedienst ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V. Der behandelnde Arzt stellt hierfür eine Verordnung auf einem Vordruck aus. Die Krankenkasse leitet die Pflegeverordnung an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiter, der die Notwendigkeit der medizinisch-pflegerischen Leistung überprüft und die Kostenübernahme befürwortet oder ablehnt.

Einige Krankenkassen setzen eine so genannte Häuslichkeit voraus, in der der Versorgungsbedürftige leben muss. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 hatte im § 37 SGB V bereits eine Erweiterung der häuslichen Pflege in stationären Einrichtungen vorgesehen. Darüber hinaus legten die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem Rundschreiben vom 26. November 2003 fest, dass häusliche Pflege nach § 37 SGB V für wohnungslose Menschen in „Männerwohnheimen“ oder „Frauenhäusern“ möglich sei, wenn der zu Pflegenden sich „nur vorübergehend, d.h. im Allgemeinen nicht länger als sechs Wochen“ in einer solchen Einrichtung aufhält.

Diese Regelung wird in den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich strikt angewendet. Es gibt Kassen, die häusliche Pflege in Wohnungslosenunterkünften genehmigen, andere lehnen diese immer ab.

Das neue Wettbewerbsstärkungsgesetz fügt in den § 37 SGB V als mögliche Orte, an denen Pflege erbracht werden kann, nach dem Wort „Haushalt“ den Begriff „oder sonst einem geeigneten Ort“ ein. Es formuliert gleichzeitig, dass der gemeinsame Bundesausschuss festlegen muss, in welchen Fällen Pflege außerhalb des Haushalts oder der Familie erbracht werden kann. Darauf weist auch ein gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 9. März 2007 hin.

Bis auf weiteres aber bleibt die Bewilligung der häuslichen Pflege in einer Übergangswohnrichtung der Wohnungslosenhilfe eine Einzelentscheidung der Krankenkasse.

Rezept im Strumpf

Wer als chronisch kranker Mensch von der Rezeptgebühr befreit werden will, muss Quittungen sammeln. Für wohnungslose Menschen ein meist unmögliches Unterfangen

Sozial- und Arbeitslosengeld II-Empfängerinnen und -Empfänger müssen wie alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung 2 Prozent ihres Jahreseinkommens zu Medikamenten dazuzahlen. Bei einem Monatseinkommen im Januar 2007 von 345 Euro Regelsatz* sind das 4.140 Euro pro Jahr und somit rund 82 Euro. Für chronisch kranke Menschen reduziert sich der Anteil auf 1 Prozent. Voraussetzung: Sie weisen nach, dass sie chronisch krank sind und bereits 41,40 Euro Rezeptgebühren bezahlt haben.

1,40 Euro fehlten

Herr T. wurde wegen einer Lungenentzündung im Krankenhaus behandelt und bekam nach der Entlassung die Rechnung über zehn Euro Zuzahlung pro Krankenhaustag zugeschickt. Da er ALG II bezieht, konnte er die insgesamt achtzig Euro nicht bezahlen. Allerdings hatte er Quittungen über bereits geleistete Rezeptgebühren gesammelt, die sich zu insgesamt 42,50 Euro addierten. Herr T. ist chronisch krank und seit Jahren in der medizinischen Sprechstunde in Behandlung. Er muss somit 1 Prozent seines Jahresbruttoeinkommens für Zuzahlungen aufwenden: 41,40 Euro. Der Ablauf für einen Antrag auf Befreiung von weiteren Zuzahlungen war Herrn T. nicht bekannt, auch konnte er ihn wegen einer psychischen Erkrankung nicht selbst stellen, da das nicht ganz unkompliziert ist.

Nachdem Herr T. gemeinsam mit seiner Ärztin den Antrag und den Nachweis über die chronische Erkrankung – die so genannte Chronikerbescheinigung – ausgefüllt hatte, wurden die Quittungen kopiert, weil man die Originale schicken muss. Da es auch mal passieren kann, dass sie verloren gehen, helfen die Kopien weiter. Zusammen mit dem ARGE-Bewilligungsbescheid schickte Herr T. die Unterlagen an die Kasse. Dabei hatte er aus Versehen eine Quittung „Nachtzuschlag“ in Höhe von 2,50 Euro hinzugerechnet. Die aber gilt nicht als Zuzahlung. Also hat der Patient nur 40 Euro geleistet. Um jedoch von den Zuzahlungen befreit werden zu können, hätte er 41,40 Euro zahlen müssen.

weiter auf S. 26



Keine grundsätzliche Befreiung

i

Mit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes entfallen die bislang für Einkommensschwache vorhandenen Zuzahlungsbefreiungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel. Danach zahlen auch wohnungslose Versicherte

- 10 Prozent des Medikamentenpreises, mindestens 5, höchstens 10 Euro
- 10 Euro pro Tag im Krankenhaus
- 10 Prozent der Kosten für Heilmittel und häusliche Krankenpflege sowie 10 Euro je Verordnung

Allerdings bestehen auch im novellierten SGB V Befreiungsmöglichkeiten. Diese greifen jedoch erst, wenn zuvor mindestens 2 Prozent, bei chronisch Kranken 1 Prozent des Jahresbruttoeinkommens an Zuzahlungen entrichtet worden sind. Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer seinen Arzt mindestens einmal im Quartal mit den gleichen Beschwerden aufsucht und diese Besuche über ein Jahr lang nachweisen kann. Darüber hinaus muss der Patient entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe 2 oder 3 sein oder einen Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent vorweisen können.

Die Lebensbedingungen der Wohnungslosigkeit machen es fast unmöglich, regelmäßig Belege über bereits geleistete Zuzahlungen zu sammeln und gemeinsam mit dem Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen.

* Seit Juli 2007 hat sich der Regelsatz auf 347 Euro erhöht.

Die Kasse schickte die Originale mit Anschreiben zurück. Nun musste der Patient also noch 1,40 Euro zahlen. Die Kasse hat keinen Bargeldverkehr, man kann das Geld nicht einfach vorbeibringen. Auf die Frage, wie das Geld möglichst zügig zur Kasse gelangen könne, schlug der Kassenmitarbeiter folgendes Vorgehen vor:

1. Der Patient muss die Quittungen gemeinsam mit dem Anschreiben zurück zur Kasse schicken
2. Die Kasse bearbeitet den Antrag innerhalb von zwei Wochen und schickt dann einen Überweisungsträger mit der noch zu zahlenden Summe an den Patienten
3. Der Patient kann dann den fehlenden Betrag von 1,40 Euro überweisen
4. Danach erhalte er den Befreiungsausweis.

Viel einfacher aber sei es, der Patient warte die nächste Zuzahlung ab – etwa fünf Euro Rezeptgebühr – und reiche dann alle Quittungen noch einmal ein. Die Differenz – in diesem Beispiel 3,60 Euro – werde dem Patienten dann zurück überwiesen. Die Ärztin der Aufenthaltsstätte wies darauf hin, dass der Patient absehbar kein Medikament brauche, wohl aber die Zuzahlungsbefreiung, um die Rechnung vom Krankenhaus nicht begleichen zu müssen. Also folgte Herr T. den Anweisungen des Mitarbeiters, schrieb einen kurzen Brief und schickte die Quittungen noch einmal los. Die vierzehn Tage waren zum Zeitpunkt dieser Niederschrift noch nicht vergangen, die Krankenhausmitarbeiter aber so nett, die Rechnung für diese Zeit zurückzustellen.

Herausgeberinnen:

Caritasverband Hamburg e.V., Michael Hansen, Danziger Straße 66,
20099 Hamburg, email: hansen@caritas-hamburg.de

Diakonisches Werk Hamburg, Dr. Frauke Ishorst-Witte,
TAS, Bundesstraße 101, 20144 Hamburg, email: Ishorst-Witte@diakonie-hamburg.de

f & w fördern und wohnen AöR, Sybille Stollmayer,
Hütten 42, 20355 Hamburg, email: Sybille.Stollmayer@foerdernundwohnen.de

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG),
Regionaler Knoten, Petra Hofrichter, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg,
email: Petra.Hofrichter@hag-gesundheit.de

Kemenate Tagestreff für wohnungslose Frauen, Simone Bungarten,
Charlottenstr. 30, 20257 Hamburg, email: Kemenate-Tagestreff@t-online.de

MW Malteser Werke gemeinnützige GmbH - Malteser Nordlicht, Waltraut Campen,
Hogefeldweg 2, 22525 Hamburg, email: MWNordlicht@aol.com

Stadtmission Hamburg, Ulrich Hermannes, Repsoldstr. 46, 20097 Hamburg,
email: hermannes@stadtmission-hamburg.de

Text: Petra Hofrichter, Dr. Frauke Ishorst-Witte, Waltraut Campen, Sybille Stollmayer

Redaktion: Petra Bäurle, www.klartext-kommunikation.de

Grafik: Jörg Weusthoff, www.wknd.de

Fotografien: Dirk Pudwell, www.pudwellfotografie.de; Kemenate Tagestreff (S. 17)

Druck: drucktechnik, www.drucktechnik-altona.de

Auflage: 1.500, August 2007

Besonderer Dank an Dirk Pudwell für die Fotos.

**Weitere Informationen zum Bundesprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“
finden Sie unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de**

www.hag-gesundheit.de

Wer als wohnungsloser Mensch medizinisch versorgt werden will, braucht viel Kraft und Unterstützung: Die Schwierigkeiten reichen von der verloren gegangenen Versichertenkarte über fehlende zehn Euro Praxisgebühr bis zur Frage, wie Rezepte sicher aufbewahrt, gesammelt und eingereicht werden können, um von den Medikamentenzuzahlungen befreit zu werden.

Die vorliegende Broschüre verdeutlicht an Hand von neun Porträts, wie wohnungslose Menschen mit unterschiedlichen Anliegen und Problemen an der Komplexität des Gesundheitssystems scheitern. Zugleich ermutigt sie alle Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems – Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen, Behörden und Arbeitsagenturen – sich gemeinsam für eine bessere Gesundheitsversorgung einzusetzen.

Herausgeber der „Hamburger Geschichten“ sind Mitgliedsinstitutionen des Regionalen Knotens Hamburg „Wohnungslosigkeit und Gesundheit“, dessen Ziel es ist, Versorgungslücken im Gesundheitssystem aufzudecken und zu beheben.