

**Stellungnahmen der Anzuhörenden
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Sitzung am 17.09.2020:**

Gesetzentwurf

Fraktion DIE LINKE

**Hessisches Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen
sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von
Menschen ohne Krankenversicherungsschutz**

– Drucks. [20/2969](#) –

1.	BKK, Landesverband Hessen	S. 1
2.	Landesärztekammer Hessen	S. 4
3.	Kassenärztliche Vereinigung Hessen	S. 6
4.	VdK Sozialverband Hessen-Thüringen, Landesgeschäftsstelle	S. 12
5.	Hessischer Städte- und Gemeindebund	S. 14
6.	Caritasverband Offenbach am Main e. V., Projekt Straßenambulanz	S. 16
7.	Gesundheitsamt Frankfurt am Main, Humanitäre Sprechstunden	S. 21
8.	Marburger Bund, Landesverband Hessen e. V.	S. 24
9.	Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Frankfurt am Main	S. 25
10.	Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Offenbach am Main	S. 31
11.	Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Darmstadt	S. 36

Stellungnahme
des BKK Landesverbandes Süd
vom 16.07.2020

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE "Hessisches
Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines
Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen
ohne Krankenversicherungsschutz"

I. Antragsgegenstand

Der deutsche Staat ist nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit), Art. 1 Abs. 1 GG (Schutz der Menschenwürde) sowie Art. 20 Abs. 1 GG (Sozialstaatsprinzip) verpflichtet, ein funktionsfähiges Gesundheitssystem zu errichten. Die Verpflichtung des Staates, den Zugang zu einer medizinischen Versorgung auch sozialen Gruppen in besonders prekären Lebenslagen zu gewährleisten, folgt aus Art. 11 (Recht auf Schutz der Gesundheit) in der Europäischen Sozialcharta. Zudem ist der 1976 in Kraft getretene UN-Sozialpakt in Deutschland unmittelbar geltendes Recht.

Seit dem 01.01.2009 besteht in Deutschland eine allgemeine Versicherungspflicht in einer Krankenversicherung. Trotz dieser Versicherungspflicht gibt es immer noch Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall aufgrund unterschiedlichster Gründe, beispielsweise wohnungslose Menschen oder EU-Ausländerinnen und Ausländer.

Zur Verbesserung der beschriebenen Situation werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, die auf zwei Säulen aufsetzen: der Einrichtung von Clearingstellen und der Schaffung eines staatlichen Behandlungsfonds.

In Hessen soll je Kreis/kreisfreie Stadt eine Clearingstelle eingerichtet werden. Diese sollen in erster Linie versuchen, Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (wieder) in das Regelsystem zu integrieren. Die Clearingstellen werden in der Regel bei karitativen Einrichtungen, die bereits mit betroffenen Personengruppen arbeiten, angesiedelt und mit einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) und Sachmitteln vom Land bezahlt. Neben dem Clearing unterstützen die kommunalen Clearingstellen bei der Vermittlung an Ärztinnen und Ärzte und vernetzen Akteurinnen und Akteure vor Ort. Sie bewilligen in begrenzten Rahmen Behandlungskosten bei Unversicherten, etwa bei der Übermittlung an Fachärztinnen und -ärzte.

II. Stellungnahme

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die im Antrag formulierten Vorschläge zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz aus unserer Sicht nicht geeignet sind, die bestehenden Regelungen zu verbessern.

Bereits in der Vergangenheit wurde durch gesetzliche Regelungen der Versuch unternommen, diesen Personenkreis über die GKV gegen das Krankheitsrisiko abzusichern. Durch verschiedene Gesetze, wurde mit Wirkung zum 1.4.2007 mit der Einfügung der Nr. 13 in Abs. 1 die generelle Krankenversicherungspflicht für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall eingeführt (Art. 1 Nr. 2 GKV-WSG).

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung v. 15.7.2013 (BGBl. I S. 2423) wurde mit Wirkung zum 1.8.2013 dem § 188 der Abs. 4 angefügt, wonach sich an das Ende einer Pflicht- oder Familienversicherung nahtlos immer eine freiwillige Mitgliedschaft anschließt, sofern nicht der Austritt erklärt wird und es zur Wirksamkeit der Austrittserklärung des Nachweises eines anderweitigen Krankenversicherungsschutzes bedarf. Von den Ausnahmefällen der möglichen Familienversicherung nach einer Pflichtversicherung und eines nachgehenden Leistungsanspruchs, an den sich aber eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anschließen muss, **wirkt diese Regelung der obligatorischen Anschlussversicherung praktisch wie eine Pflichtversicherung zu einer freiwilligen Mitgliedschaft.**

Die Umsetzung zur Fortführung der Mitgliedschaft innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung scheitert für diesen Personenkreis in der Praxis in vielen Fällen anhand der geforderten Voraussetzungen. Zwar kommt es grundsätzlich zu einer „Pflichtversicherung“ auch ohne Mitwirkung der Betroffenen. Allerdings sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet einen Kontakt nachzuweisen. In der Regel scheitert dies schon daran, dass der Aufenthaltsort nicht ermittelt werden kann und falls doch im Anschluss daran keinerlei Mitwirkung erfolgt. Darüber hinaus bedeutet eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Verpflichtung Beiträge zu entrichten. Ohne Mitwirkung bei der Beitragsfestsetzung erfolgt die Einstufung in der Höchststufe ca. 860 EUR Kranken- und Pflegeversicherung. Selbst bei einer Mitwirkung der Betroffenen bei der Beitragsfestsetzung sind in der Mindeststufe immer noch ca. 195 EUR Kranken- und Pflegeversicherung zu entrichten. Oft sind die Betroffenen nicht in der Lage auch diese Beiträge zu entrichten und wollen deshalb bewusst keine Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung.

In diesem Zusammenhang stellt sich sofort die Frage, warum dieser Personenkreis nicht über den Bezug von Arbeitslosengeld II gesetzlich versichert ist. Aus der Kassenpraxis ist bekannt, dass dieser Personenkreis – obwohl der Anspruch auf Sozialleistungen grundsätzlich nach den vielen unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen besteht – keinen Antrag gegenüber der zuständigen Behörde stellen.

Wir verkennen nicht die gute Absicht der Clearingstellen, allerdings werden auch die vorgeschlagenen Maßnahmen nach den vorliegenden Erfahrungen die Situation nicht verbessern.



Landesärztekammer Hessen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt a. M.

Vorab per E-Mail:
m.sadkowiak@ltg.hessen.de
 Hessischer Landtag
 Bereich Ausschussgeschäftsführung
 Schlossplatz 1-3
 65183 Wiesbaden

- Präsident -

Postfach 60 05 66 - 60335 Frankfurt am Main
 Hanauer Landstr. 152 - 60314 Frankfurt am Main
 Telefon: (069) 97672 - 0 • Durchwahl - 97672-111
 Telefax: (069) 97672 - 166
 E-Mail: jacqueline.nettke-wagner@laekh.de
 Internet: www.laekh.de

Ihr Zeichen
 I A 2.17

(bitte immer angeben)
 Unser Zeichen:
 R 1523/2020

Datum:
 21. Juli 2020

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Einladung zur mündlichen Anhörung am 17. September 2020 danke ich Ihnen. Die Landesärztekammer Hessen wird zu diesem Termin keinen Vertreter entsenden.

Gerne möchte ich zu dem Thema jedoch auf folgendes hinweisen.

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat sich bereits in seiner Sitzung am 24. November 2018 mit dem Thema der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papiere befasst und gefordert, dass geeignete Maßnahmen zur Strukturierung und Finanzierung der Behandlung von Menschen ohne Papiere entwickelt werden.

Die UN-Menschenrechtscharta spricht jedem Menschen das Recht auf medizinische Behandlung und ärztliche Betreuung zu. Auch in Deutschland gibt es Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an der medizinischen Regelversorgung teilhaben und große Schwierigkeiten haben, bei gesundheitlichen Problemen adäquat versorgt zu werden. Die bisherige Versorgung ist auf die freiwillige humanitäre und caritative Bemühungen einzelner Ärztinnen und Organisationen (z. B. Medinetz, Malteser Migranten Medizin etc.) gestellt.

Eine strukturierte Versorgung von Menschen ohne Papiere ist nicht gegeben. Seit 2016 bestehen in Niedersachsen und seit 2017 in Thüringen Anstrengungen, die Behandlung von Menschen ohne Papiere durch die Einrichtung eines „anonymen Krankenscheines“ zu ermöglichen. In Thüringen wird die Versorgung über die Versorgungs- und Vermittlungs-

stelle eines gemeinnützigen Vereins „Anonymer Krankenschein“ unter ärztlicher Beteiligung organisiert.

Patientinnen und Patienten ohne Versicherung oder gültige Papiere können über diese Stelle oder „Vertrauensärzte“ einen anonymisierten Behandlungsschein erhalten und eine Ärztin bzw. einen Arzt ihrer Wahl aufsuchen. Ärzte können die erbrachten Leistungen nach dem einfachen Satz der GOÄ mit dem Verein abrechnen, der die Kosten durch das Land refinanziert bekommt.

Die Einrichtung entsprechender Strukturen auch in Hessen und eine Finanzierung und Förderung aus Landesmitteln könnte dazu beitragen, eine Lücke in der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten zu decken, die durch die bestehenden Sozialversicherungssysteme nicht erfasst sind.

Ergänzend weise ich schließlich auch darauf hin, dass die Landesärztekammer Hessen aktuell mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zu diesem Thema im Gespräch ist.

Gerne stehe ich Ihnen hierzu und für weitere Fragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Der Vorsitzende
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden



KV HESSEN
KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

21. Juli 2020

Sehr geehrter Herr Ausschussvorsitzender,
sehr geehrter Herr Abgeordneter Promny,

Vorstand

Frank Dastych

Haben Sie zunächst herzlichen Dank dafür, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Möglichkeit hat zum Entwurf eines Hessisches Gesetzes zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz der Partei „Die Linke“ Stellung zu nehmen.

Tel 069 24741-6981
Fax 069 24741-68822
vorstandsbuero@kvhessen.de

Grundsätzlich und hier denken wir, ist sich die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit hoffentlich allen Parteien des hessischen Landtages einig, misst sich die Qualität und der Wert eines Gesundheitssystems auch daran, welche Leistungen es den Schwächsten in unserer Gesellschaft zur Verfügung stellt, wie es sich auch um diese Menschen kümmert.

Ihr Zeichen: I A 2.17
Ihre Nachricht vom: 09.07.2020
Unsere Zeichen: FD
Aktenzeichen: GF50/K/20/240

Insofern möchten wir bereits zur Formulierung der Problemstellung anmerken, dass ein ausreichender Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und damit zum vollständigen Leistungskataloges der GKV durch die sozialen vorhandenen Sicherungsmaßnahmen auch für erwerbslose Menschen ohne festen Wohnsitz eigentlich möglich ist. Darüber hinaus soll dieses Gesetz auch bei Menschen aus EU-Ländern, welche keine Krankenversicherung mitbringen, Selbstständigen, die keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz (mehr?) haben und für Menschen ohne Papiere Geltung erlangen. Wir vermuten, dass es sich bei dem Begriff Menschen ohne Papiere um Menschen handelt, die keinen legalen Aufenthaltsstatus haben und daher anonym bleiben wollen und müssen.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Hier erlauben wir uns darauf hinzuweisen, dass mehrere, auch in der Ursache vollständig unterschiedliche Sachverhalte durch den gleichen Ansatz, Clearingstelle und Fonds, geregelt werden sollen. Wir regen an, sich die Sachverhalte, vom Selbstständigen, der primär meist in GKV oder PKV hohe Beitragsschulden und jetzt eine ruhende Versicherung hat, mit entsprechenden Leistungseinschränkungen, bis hin zu Personen, die keinen regulären Zugang zu einer Krankenversicherung haben, da sie den dafür

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

nötigen legalen Aufenthaltsstatus nicht haben, noch einmal differenziert anzusehen.

Natürlich stimmen wir grundsätzlich der allgemeinen Aussage zu, dass eine Einschränkung der Behandlung und medizinischen Versorgung zu drastischen Gesundheitsschädigungen der Betroffenen führen kann. Vorsorglich dürfen wir aber darauf hinweisen, dass die These, von Armut betroffene Menschen wiesen in Deutschland ein 2,4- bzw. 2,7-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko auf, zunächst sehr allgemein gehalten ist - wenn auch vom RKI publiziert - und primär von der gewählten Armutsdefinition abhängt.

Hier dürfen wir auch auf die aktuelle Publikation im Deutschen Ärzteblatt verweisen, die das zwar im Wesentlichen noch einmal bestätigt, statistische Zusammenhänge aber jenseits z.B. der Arztdichte im Bereich anderer sozio-ökonomischer Faktoren auflistet.

Zudem stellen statistisch die Menschen, die hier von Clearingstelle und Fonds profitieren würden, eine doch so kleine Zahl dar, dass man nicht annehmen darf, diese nicht krankenversicherten Menschen würden das erhöhte Mortalitätsrisiko primär bzw. allein begründen.

Aus unserer Sicht sollte daher, jenseits dieser Betrachtungen der Schwerpunkt einer solchen Gesetzesinitiative spezifisch auf einem allgemein erleichterten Zugang von Menschen ohne festen Wohnsitz und ohne Erwerbstätigkeit zu grundlegenden Gesundheitsleistungen sein, ohne dass diejenigen, die diese Versorgungsleistung erbringen, unnötige Kosten- oder sonstige Risiken tragen.

In diesem Zusammenhang erscheint es daher zunächst erst einmal vernünftig, sich beim Leistungsumfang am Leistungskatalog des SGB V zu orientieren. Ob jedoch der vollständige Leistungskatalog nach SGB V §§ 2 bis 2b aus stationärer und ambulanter Versorgung, psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote, Medikamenten, Hilfsmittel, Heilmittel, und Schwangerschaftsvorsorge dann erforderlich ist, erscheint zumindest diskussionswürdig. Hier verweisen wir beispielhaft auf auch auf den Anspruch von Asylbewerbern nach § 4 AsylbLG. Mit ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Zudem die Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe sowie von Arznei-, Verbandsmitteln für Schwangere und Wöchnerinnen und die Verabreichung amtlich empfohlener Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Gerade unter diesem Aspekt, den vollständigen Leistungsumfang des SGB V möglich zu machen, scheint dann doch auch der Mittelansatz von 5 Millionen Euro pro Jahr oder rund 420.000 Euro pro Monat ambitioniert, wenn man die angenommene Dunkelziffer berücksichtigt. Es erschließt sich uns

mithin nicht, wie hiervon die indirekt im Gesetzentwurf genannten 15.000 oder 20.000 Menschen in Hessen ambulant und stationär, zahnmedizinisch, mit Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln versorgt werden können.

Selbst wenn es nur rund 10.000 Menschen wären, stünde im Schnitt für das gesamte „Paket“ im Durchschnitt weniger als 45 Euro pro Person im Quartal zur Verfügung. Das deckt sich in keiner Weise noch nicht einmal mit dem Durchschnittsaufwand in der GKV, der über die KV-Hessen abgerechnet wird. Hier allein beträgt der durchschnittliche Aufwand 110 Euro pro Quartal und pro Bürger in Hessen. Und hier sollen für 45 Euro auch noch Heil- und Hilfsmittel, der stationäre Behandlungsbedarf und die Pharmakotherapie mitfinanziert werden?

Denn es ist ja davon auszugehen, dass hier eine 100% Finanzierung, ausgenommen Selbstständige (s.u.) durch den Fond mangels anderer Kostenträger erfolgen muss.

Es sollte daher eine finanzierbare Fokussierung auf eine Grundversorgung überlegt werden, die sich sicher vom AsylbLG unterscheiden wird, aber womöglich eine z. B. sensorbasierte Überwachung der Glukosewerte bei einem Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpenversorgung und/oder eine mehrjährige analytische Psychotherapie dann doch nicht beinhaltet.

Im Zusammenhang mit der Finanzierung sind wir ansonsten an einem Punkt leider nicht in der Lage eine Kommentierung abzugeben, da uns weder aus der Begründung noch aus dem eigentlichen Gesetzestext ersichtlich ist, wie die Landesclearingstellen durch Kooperation, hier mit unseren Mitgliedern, Mittel für den Fonds zurück gewinnen wollen. Denn wie sollen bei nicht Krankenversicherten, Menschen ohne Papiere, EU-Bürgern ohne Krankenversicherung oder Selbstständigen mit ruhender Krankenversicherung mit Mitteln des Behandlungsfonds übernommene Leistungen von den Krankenkassen oder anderen potenziellen Kostenträgern zurückgefordert werden? Bei genannten Selbstständigen ist übrigens noch die Finanzierung einer medizinischen Grundversorgung gewährleistet.

In diesem Zusammen sei auch unser Hinweis gestattet, dass dann für uns ebenfalls nicht nachvollziehbar ist, warum eine Bürgerversicherung eine bessere Alternative wäre. Es sei denn, man versteht unter einer Bürgerversicherung eben keine individuelle Versicherung mehr, sondern eine staatliche Finanzierung von Behandlungskosten, unabhängig von Vorbedingungen und Kontrahierungszwang der Leistungserbringer. Diese müsste sich dann auch noch auf alle Personen erstrecken, die sich aktuell gerade auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland befinden. Verbunden mit einem vollständigen Leistungskatalog des SGB V, ambulant wie stationär, etc. Nur so könnte dann nicht erwerbstätigen, nicht an einem festen Wohnsitz wohnenden Menschen, EU-Bürgern ohne Krankenversicherung und Menschen ohne Papiere in der angedachten Weise geholfen werden.



Bevor wir unsere weiteren Überlegungen, soweit aus unserer Sicht noch nötig, an Hand der einzelnen Paragraphen ergänzen, noch ein Hinweis auf ein aus unserer Sicht bemerkenswertes Verhältnis, bzw. Missverhältnis. Dem Landeshaushalt sollen durch dieses Gesetz Belastungen in Höhe von 6,8 Mio. Euro entstehen. Davon sollen 5 Mio. Euro für die Behandlungsleistungen übernommen werden.

Für die Verwaltung werden für Personal- und Sachkosten 1,6 Mio. Euro veranschlagt für 31 Mitarbeiter, die sich um diese Mittel kümmern sollen. Fünf Mitarbeiter sollen in der Landesclearingstelle tätig sein, 26 in den kommunalen Clearingstellen, mithin in jedem Kreis und jeder Kreisfreien Stadt. Das wären dann in etwa 24% Verwaltungsausgaben. Aus unserer Sicht ist das durchaus ein sehr interessantes Verhältnis, zumal wir, wie bereits erwähnt, keine wirklichen Optionen sehen, diese Gelder zurück zu gewinnen.

Zudem sollte eine Verhinderung von Chronifizierungen, was auch immer das im Detail sein mag, das Gesundheitswesen um einen nicht spezifizierbaren Betrag entlasten. Unklar bleibt zunächst, welche Krankheiten hier überhaupt gemeint sind, zumal ja bis dahin postuliert wird, diese Menschen würden eben nicht oder schlecht oder unzureichend behandelt. Damit würden, und man gestatten mir hier (leider) diesen profanen Ausflug in die Gesundheitsökonomie, eher zusätzliche und langfristige Zusatzkosten auf das Gesundheitswesen zukommen. Aus diversen Erfahrungen mit dem Wesen nach chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Asthma, etc. wissen wir, dass hier auf Dauer sogar die Kosten steigen, wenn dadurch Lebensjahre und Lebensqualität gewonnen werden. Nur um Missverständnisse vorzubeugen, das begrüßen wir außerordentlich. Es ist ein Gewinn, wenn wir solchen Menschen heute gut helfen können. Die Frage ist aber, ob an solchen Stellen überhaupt Geld eingespart werden kann. Lediglich Präventions- und Früherkennungsleistungen scheinen hier ein gewisses Potential zu haben.

Auch stimmt die Annahme, durch die Erstattungen aus dem Behandlungsfonds werden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und karitative Organisationen von Kosten in entsprechender Höhe entlastet, die ansonsten ihre Budgets belasten, zumindest für den ambulanten Bereich nicht. Diese Menschen, die hauptsächlich z.B. unsere hausärztlichen KollegInnen in Frankfurt versorgen, belasten nicht unsere Budgets. Das KV-System „sieht“ diese Menschen gar nicht. Wir, die Ärztinnen und Ärzte, finanzieren diese Behandlungen aus unserem Praxisüberschuss, übrigens ohne jede steuerbegünstigende Möglichkeit. Nicht selten finanzieren hier auch KollegInnen noch die nötigen Arzneimittel privat oder erbitten dafür Muster bei der Pharmaindustrie. Eine Erstattung hätte also im ambulanten Bereich nichts mit den Budgets zu tun.

Nachfolgend gehen wir noch kurz auf die einzelnen Paragraphen ein, soweit uns eine Kommentierung erforderlich erscheint:



zu § 2:

Hier sehen wir das bereits geschilderte Missverhältnis im Aufwand zum Fonds. Uns ist unverständlich, warum so eine zentrale Stelle nicht beim HMSI angesiedelt wird, wenn eine solche Stelle geschaffen werden soll.

zu § 3:

In Abs. 1 wiederholt sich das bereits geschilderte Missverhältnis im Aufwand zum Fond.

Zu Abs. 2 möchten wir die Relationen der Verteilung der Clearingstellen in in Frage stellen. Macht es wirklich Sinn, sowohl in Frankfurt (750.000 Einwohner) als auch dem Odenwaldkreis (unter 95.000 Einwohner) jeweils eine Clearingstelle mit einem Vollzeitäquivalent einzurichten?

Nach Abs. 3 sollen die kommunalen Clearingstellen Hilfesuchende an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Hebammen sowie Krankenhäuser übermitteln können. In diesem Fall soll den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, den Hebammen sowie dem Krankenhaus eine Kostenübernahme aus Mitteln des Behandlungsfonds zugesagt werden.

Es handelt sich hierbei dann um eine ex ante „Übermittlung“, bei der sich dann die Behandlung nur noch nach dem Behandlungsumfang des SGB V richtet. Unverständlich ist, warum dann nicht gleich zwischen Land und KV bzw. HKG einen Behandlungsvertrag auf der Basis der GKV-Abrechnungsmodalitäten geschlossen wird. Hier erschließen sich, wenn keine medizinische Beratung und oder Prüfung des Leistungsanspruches erfolgt, Sinn und Zweck der Clearingstellen nicht.

zu § 4:

Für die in Abs. 1 vorgesehenen Zusatzbeiträge der Krankenkassen und die ergänzenden Beiträge der Krankenkassen nach Abs. 2 fehlt u. E. die Rechtsgrundlage im SGB IV

Das eigentliche Verfahren, mit welchem die Übernahme der Behandlungskosten bewilligt werden soll, bleibt völlig unklar. Bedeutet dies, dass nach der o. g. (Erst-)Übermittlung eine Kostenübernahme der weiteren Behandlungskosten beantragt werden muss? Wenn ja, wie ist das Verfahren dann verwaltungsseitig und fachlich geregelt? Beinhaltet das auch Rückforderungen gegenüber dem Leistungserbringer? Gleiches gilt für die Regelung des Abs. 4, hier verweisen wir zudem auf unsere vorweggestellten Ausführungen.

zu § 5:

Während § 4 Abs. 3 die Übernahme der Behandlungskosten und den Rechtsanspruch hierauf unter den Vorbehalt der Bewilligung durch die

jeweils zuständige Clearingstelle stellt, statuiert § 5 den Anspruch direkt und ohne Vorbehalt. Hier widerspricht sich der Entwurf selbst.

Wir bieten uns aber als KV Hessen für den ambulanten Bereich als Gesprächs- und Verhandlungspartner an. Unser Vorschlag dazu: „Hessen hilft“, eine nur mit einem Foto personalisierte, gegenüber den Leistungserbringern eindeutig codierte, ansonsten gegenüber Dritten aber anonyme Karte als Grundlage eines Vertrages auf EBM-Basis mit einem definierten Leistungskatalog.

zu § 6:

Da die genannten 5 Mio. Euro für die Behandlungskosten vorgesehen sind, könnte die die Finanzierung der Clearingstellen zumindest nach dem Gesetzestext offenbleiben. Oder werden diese Kosten hier nicht aufgeführt, da sie direkt dem Landeshaushalt entnommen werden?

zu § 7:

Trotz Begründung erschließt sich uns der Sinn und Zweck des Beirates in dieser Zusammensetzung nicht. Insbesondere erscheint die Zusammensetzung eher irritierend, wenn sie bei der Erstellung der Verwaltungsvorschriften mitwirken soll und die Evaluation des Gesetzes begleiten soll. Es sei denn, man will doch einen angepassten Leistungsumfang. Warum dann aber auch noch eine gewerkschaftliche Beteiligung vorgesehen ist, wenn es um medizinische Versorgung geht, erscheint nicht plausibel.

zu § 9:

Eine absolute Pflicht zur Anonymität und eine fehlende Pflicht zur Datenübermittlung verhindert jegliche Plausibilisierung der Abrechnung der Leistungserbringer, egal ob ambulant oder stationär oder der Apotheken. Da es sich hier um öffentliche Mittel handelt, muss die Verwendung doch irgendwo noch nachvollziehbar sein.

Wir möchten mit folgendem Fazit schließen: Wir sehen eine gute und richtige Zielsetzung in diesem Entwurf, nur können wir der Ausgestaltung, den Formulierungen des Gesetzentwurfes so in dieser Form leider nicht wirklich folgen.

Mit freundlichen Grüßen



Frank Dastych
 Vorstandsvorsitzender

Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V. · Gärtnerweg 3 · 60322 Frankfurt/M.

An den
Sozial- und
Integrationspolitischen Ausschuss
Herrn Moritz Promny
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Landesgeschäftsstelle

Gärtnerweg 3
60322 Frankfurt am Main
Telefon: 069 714002-0

**Paul Weimann
Landesvorsitzender**

Ihre Ansprechpartnerin:
Esther Wörz
Telefon: 069 714002-17
Telefax: 069 714002-22
E-Mail: esther.woerz@vdk.de

Frankfurt, 28.07.2020

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz
Aktenzeichen: I A 2.17

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Promny,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, eine Stellungnahme zum oben genannten Gesetzentwurf abgeben zu können.

Leider leben in Deutschland und damit auch in Hessen nach wie vor Menschen ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz, trotz aller gesetzlichen Bemühungen.

Denn trotz der geltenden Krankenversicherungspflicht fallen zu viele Menschen durch das Raster. Betroffen sind überwiegend wohnungslose Menschen, Menschen, die zu wenig Geld für eine Absicherung haben, EU-Ausländer, die sich in Deutschland aufhalten, und vor allem Selbständige, die ihre Beiträge nicht mehr bezahlen können. Diese Personengruppen sind von der Gesundheitsversorgung abgeschnitten.

Aktuell gibt es ehrenamtliche Stellen, die sich um die medizinische Notversorgung der Personen kümmern. Dies kann jedoch aus Sicht des Sozialverbands VdK Hessen-Thüringen keine Lösung eines strukturellen Problems sein. Die Versorgung ist gerade im Bereich der Vor- und Nachsorge unzureichend. So entstehen chronische Erkrankungen, die sich bei angemessener Behandlung vermeiden ließen.

Gerade jetzt in der Corona Krise hat sich gezeigt, wie wichtig ein gut funktionierendes Gesundheitssystem ist und das zu diesem alle Menschen einen Zugang brauchen. Niemand darf hiervon ausgeschlossen werden.

Daher begrüßt der Sozialverband VdK Hessen-Thüringen die vorliegende Gesetzesinitiative und die Einrichtung von aus Landesmitteln finanzierten Clearingstellen als niedrigschwellige Angebote.

Nach Ansicht des Sozialverbands VdK Hessen-Thüringens wäre neben der medizinischen Versorgung auch eine umfassende Beratung sinnvoll. Die Beratung sollte immer auch zum Ziel haben, zu prüfen, ob die hilfebedürftige Person zurück in die Regelversorgung vermittelt werden kann.

Langfristig fordert der Sozialverband VdK Hessen-Thüringen eine solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung. Die gesamte Bevölkerung sollte versicherungspflichtig im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung werden und somit die Krankenvollversicherung in der privaten Krankenversicherung abgeschafft werden. Dies würde zu einer Stärkung der Solidargemeinschaft und der Vermeidung einer Zweiklassenmedizin führen. Außerdem würden so Menschen nicht aus dem System fallen, die sich die Beiträge in der privaten Krankenversicherung nicht mehr leisten können und auch keinen Weg mehr zurück in die gesetzliche Krankenversicherung haben.

Mit freundlichen Grüßen



Paul Weimann
Landesvorsitzender

Hessischer Städte- und Gemeindebund e.V.

Verband der kreisangehörigen Städte und Gemeinden



Hessischer Städte- und Gemeindebund · Postfach 1351 · 63153 Mühlheim/Main

E-Mail:

m.sadkowiak@ltg.hessen.de

m.mueller@ltg.hessen.de

Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss des Hessischen Landtages
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Dezernat 1

Referent(in) Frau Bürgel
Unser Zeichen 1-Bü/Schr

Telefon 06108/6001-0

Telefax 06108/600157

E-Mail: hsgb@hsgb.de

Durchwahl 6001- 33

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Datum 04.08.2020

Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

- Drucks. 20/2969 -

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu vorbezeichnetem Gesetzentwurf.

Das in dem Gesetzentwurf aufgegriffene Thema der Menschen ohne Krankenversicherungsschutz verdient sicherlich Beachtung sowie die Suche nach Lösungen. Dabei darf aber das Verhältnis zwischen dem bürokratischen Verwaltungsaufwand, den dadurch zusätzlich entstehenden Kosten und dem verfolgten Ziel nicht unberücksichtigt bleiben. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Einrichtung einer Landesclearingstelle mit 5 Vollzeitäquivalenten, die die in jedem Landkreis einzurichtenden kommunalen Clearingstellen, die ebenfalls Personal brauchen, koordinieren soll, bedeutet jedenfalls einen kostspieligen bürokratischen Verwaltungsaufbau. Zudem soll noch ein mindestens halbjährlich tagender Beirat gegründet werden. Hilfsbedürftige haben jedoch zum Teil bereits jetzt schon im Rahmen der Sozialhilfe oder ehrenamtlichen Hilfsangeboten Ansprüche und Möglichkeiten für ihre Krankheits- und Heilbehandlung. Zudem ist fraglich, ob mit dem vorgesehenen Verwaltungsaufbau über Clearingstellen überhaupt alle Zielgruppen wie z. B. Obdachlose erreicht werden können. Vielleicht

Henri-Dunant-Straße 13 • 63165 Mühlheim am Main
Bankverbindung: Sparkasse Langen-Seligenstadt • IBAN: DE66 5065 2124 0008 0500 31 • BIC: HELADEF1SLS
Steuernummer: 035 224 14038

Präsident: Dr. Thomas Stöhr • Erster Vizepräsident: Matthias Baaß • Vizepräsident: Klaus Temmen
Geschäftsführer:

Dr. David Rauber • Harald Semler • Johannes Heger



wäre es besser bereits bestehende vorhandene Strukturen zu nutzen und zu unterstützen.

Der vorliegende Gesetzentwurf mag zwar ein anerkanntes Ziel verfolgen, führt jedoch in der Sache zu einem unverhältnismäßigem bürokratischen Aufwand mit erheblichen Kosten, bei dem fraglich ist, ob damit das verfolgte Ziel erfolgreich realisiert werden kann. Aus diesen Gründen ist der vorliegende Gesetzentwurf aus unserer Sicht abzulehnen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, reading "David Rauber". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Rauber
Geschäftsführer



Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für ein Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz – Drucks. 20/2969 –

Sehr geehrter Herr Promny,

sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für Ihre Einladung zur mündlichen Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses zum o.g. Gesetzesentwurf und nehmen dazu als Caritas Straßenambulanz Offenbach Stellung:

Die Caritas Straßenambulanz Offenbach sucht seit Oktober 2018 Wohnungslose sowie Menschen ohne Krankenversicherung im Stadtgebiet Offenbach auf und leistet eine kostenlose pflegerische Versorgung durch zwei hauptamtliche Krankenschwestern in Kooperation mit ehrenamtlichen Kräften. In der ersten Kontaktaufnahme wird geklärt, ob ein weiterer ärztlicher Rat bei der Sprechstunde der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Offenbach einzuholen ist. Existenzsichernde und weitere sozialrechtliche Fragen werden durch das vielfältige Beratungsangebot des Caritashauses St. Josef bearbeitet. Dazu zählt stets die Aufklärung über das Gesundheitssystem in Deutschland. Durch die unmittelbar initiierten Hilfestellungen der Caritas Straßenambulanz können wesentliche Grundlagen dafür geschaffen werden, die Handlungssicherheit der Zielgruppe zu verbessern und die Versicherungspflicht umzusetzen. Ermöglicht wird dieses bisher zeitlich begrenzte Projekt durch Stiftungsmittel.

Wir begrüßen die Initiative der Fraktion DIE LINKE, durch die Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds die medizinische Versorgung von Menschen in prekären Lebenslagen zu gewährleisten

Bereits im Dezember 2019 ist die Fraktion DIE LINKE an unser Projekt herantreten, um sich durch unsere Expertise eine möglichst differenzierte Sicht über die Problemstellungen der Zielgruppe zu verschaffen. Vertieft wurde der Austausch mit weiteren Experten im Februar 2020. Die dabei gewonnen Erkenntnisse flossen in den Gesetzesentwurf mit ein. Bei seiner Vorstellung im Rahmen einer Pressekonferenz am 17.06.2020 im Hessischen Landtag in Wiesbaden haben wir unsere Erfahrungen eingebracht.

Im Folgenden möchten wir den Gesetzestext aus unserer Sicht kommentieren:

zu § 1 Zweck des Gesetzes:

Der Zweck des Gesetzes ist definitiv zu begrüßen. Bisher werden Menschen ohne Versicherungsschutz von Wohlfahrtsverbänden, gemeinnützigen Vereinen und privaten Initiativen gepflegt, ärztlich versorgt und beraten. Dies wird durch Stiftungsgelder, Kirchensteuermittel, Spenden und teilweise öffentliche Gelder ermöglicht, ist aber auch stets getragen von vielen Säulen ehrenamtlichen Engagements. Mobile Ambulanzbusse ermöglichen die Menschen direkt vor Ort anzusprechen und erste Hilfestellungen zu geben. Für weitere pflegerische Maßnahmen gibt es oft nur unzureichende, provisorische Räumlichkeiten.



Durch unseren ganzheitlichen Ansatz, eingebunden in ein großes Beratungszentrum, setzen wir als Caritas Straßenambulanz bereits die Aufgaben der kommunalen Clearingstellen um, wie sie im Gesetzesentwurf beschrieben werden. Jedoch hängt der Fortbestand des Projektes davon ab, ob es künftig auch von öffentlichen Mitteln getragen werden kann.

Durch die vorgeschlagene gesetzliche Verankerung von Clearingstellen in Verbindung mit einem Behandlungsfonds wäre die medizinisch pflegerische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung besser gewährleistet, die Arbeit der Hilfsorganisationen sichergestellt und das bisher diffuse Verschieben von Verantwortlichkeiten zwischen Sozialleistungsträgern, Krankenkassen und Privatpersonen wäre geregelt.

zu § 2 Landesclearingstelle:

Eine Landesclearingstelle hätte den Vorteil, die Anforderungen, die sich aus der Arbeit vor Ort ergeben, auf Landesebene zu bündeln und entsprechend zu steuern.

Zu § 3 Clearingstellen:

Wohnungslose und nicht versicherte Menschen haben keinen/kaum Zugang zu medizinisch-pflegerischer Versorgung. Fehlende Systemkenntnis, Sprachhemmnisse und desolate persönliche Voraussetzungen begründen die fehlende Inanspruchnahme selbst niedrigschwelliger Angebote.

75% der Patient*innen, die die Caritas Straßenambulanz Offenbach seit Projektbeginn pflegerisch versorgt sind nicht krankenversichert. Von diesen nicht versicherten Personen sind 80% wohnungslos. Mehr als 39% leiden zusätzlich an psychischen- und/oder Suchterkrankungen; im Kontakt mit diesen Menschen ist ein enorm hoher Betreuungsaufwand zu verzeichnen, der oft mit einer ausgeprägten Non-Compliance einhergeht; dies zeigt sich bei dieser Personengruppe vor allem dann, wenn akute Erkrankungen auftreten, die über einen längeren Zeitraum pflegerisch betreut werden müssen; allein von den 527 Einsätzen, die im Zeitraum Oktober 2019 bis Juni 2020 durchgeführt wurden, standen insgesamt 418 Einsätze (79%) in Zusammenhang mit den psychischen - und /oder Suchterkrankungen der Patient*innen und waren entsprechend betreuungsintensiv.

Die Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe erfolgte durch den aufsuchenden Dienst im Rahmen von Streetwork. Diese aufsuchende Arbeit trägt wesentlich zum Kontaktaufbau und zur Vertrauensbildung bei. Menschen, die häufig über Jahre keinen regulären Zugang zur Krankenversicherung hatten, befinden sich in einem Negativ-Kreislauf aus Wohnungslosigkeit, chronischen Erkrankungen verschiedenster Art, Suchterkrankung, Sozialphobien und anderen psychischen Erkrankungen. Fehlende Körperhygiene stellt in vielen Fällen die größte Blockade bei der Kontaktaufnahme dar. Genau an dieser Stelle kann der Negativ-Kreislauf durch die punktuellen Interventionen der Caritas Straßenambulanz unterbrochen werden. Unsere Erfahrung zeigt, dass wir als Ambulanz durch die geleistete pflegerische Erstversorgung und den vertrauensvollen Kontaktaufbau mit den Menschen ein unverzichtbares Übergangsmanagement hin zu weiterer sozialrechtlicher Beratung leisten. D.h. die Einrichtung von Clearingstellen allein löst nicht die Frage nach bedingungsloser und notwendiger Grundversorgung der nicht versicherten Patient*innen. Dieses Aufgabenspektrum müsste im Gesetzesentwurf zusätzlich berücksichtigt werden.



Die Anbindung der kommunalen Clearingstelle an einen Träger der freien Wohlfahrtspflege und bereits vorhandene Akteure ist sinnvoll, da hier schneller Vertrauen zum breiten Beratungsportfolio aufgebaut werden kann. Das entspricht auch den Erfahrungen des Projekts der Caritas Straßenambulanz als Teil des Beratungshauses St. Josef. Mit seiner Ortskenntnis über das lokale Netzwerk an medizinischer und psychosozialer Versorgung werden die Patient*innen weitervermittelt und bei vorliegenden Voraussetzungen kann der zeitaufwändige Prozess der Rückführung in die Krankenversicherung federführend gesteuert (s. Fallbeispiel am Ende der Ausführungen) werden.

Zu §4 Einrichtung und Bewilligungsverfahren:

Es ist zu begrüßen, dass der geplante Behandlungsfonds aus Beiträgen des Landes und aus ergänzenden Beiträgen der Krankenversicherungen gespeist wird. Damit wäre eine stabile Grundlage zur Finanzierung der Kosten geschaffen, die durch die notwendige Pflege und ärztliche Behandlung für die Hilfesuchenden entstehen. Die Verwaltung des Fonds und die Korrespondenz mit den Krankenkassen sowie anderen potentiellen Kostenträgern würden die kommunalen Clearingstellen entlasten. Seit ihrem Projektstart hat die Caritas Straßenambulanz einige sehr zeitaufwändige Clearingprozesse angestoßen. Diese Verfahren, meist sehr komplexe Sachverhalte, verlangen nicht nur umfassende sozialrechtliche Kenntnisse, sondern auch sichere Kompetenzen in psychosozialer Beratung. Dies trifft vor allem bei Wohnungslosen und nicht versicherten Unionsbürger*innen zu. Diesen Clearingprozessen gingen immer umfangreiche präventive und krankenflegerische Maßnahmen voraus.

Zu § 5 Leistungskatalog:

Aus unserer Praxis sehen wir insbesondere Bedarf bei der medikamentösen Versorgung von chronisch kranken Patient*innen (z.B. bei Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen). Außerdem sind besonders wohnungslose (Krebs-)patienten*innen durch fehlende operative Eingriffe den schweren Begleiterscheinungen ihrer Erkrankungen schutzlos ausgesetzt. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, wenn der deutsche Staat auch diesen Menschen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zugestehen möchte. In den meisten Fällen standen gerade diese Patienten über Jahre in prekären Arbeitsverhältnissen. Wegen falscher Autoritätsgläubigkeit wähten sie sich über ihre Arbeitgeber*innen krankenversichert, erfuhren aber umso härter den Ausschluss ohne weitere Rechte, wenn gesundheitliche Probleme die Weiterbeschäftigung in Frage stellten.

Zu § 6 Beitrag der Landes:

Wenn mit dem angesetzten Behandlungsfonds in Höhe von mindestens 5 Millionen Euro ambulante und stationäre Leistungen (Behandlungen, pflegerische Versorgung, Medikamente und Heilmittel) abgedeckt werden sollen, so ist diese Summe schnell aufgebraucht. Gerade bei Notoperationen und Risikoschwangerschaften fallen schnell Kosten im fünfstelligen Bereich an. Denkbar wären hier auch monatliche Fallpauschalen pro Patient*in, mit denen die entstandenen Kosten abgedeckt werden können.



Zu § 7 Beirat:

Wie bereits oben erwähnt würde die Organisation einer Landesclearingstelle die Arbeit der lokalen Clearingstellen entlasten. Letztere könnten sich in ihrer Arbeit auf die Bedürfnisse der Menschen fokussieren.

Zu § 8 Evaluation:

Die Caritas Straßenambulanz kann während ihrer Projektlaufzeit die Wirkmechanismen einer Evaluation nutzen. Aktuelle Trends und Schwerpunkte können unmittelbar angepasst und umgesetzt werden.

Das Fallbeispiel verdeutlicht, wie wichtig niedrigschwellige medizinisch-pflegerische Angebote trotz Versicherungsschutz sind:

Herr X, 52 jähriger deutscher Patient, früher tätig bei der Müllabfuhr, jetzt wohnungslos, lebt in einer Gartenhütte, keine Meldeadresse; Ödeme an den Beinen, Adipositas, Asthma, Bluthochdruck und Alkoholerkrankung. Bereits an 3 Entziehungskuren teilgenommen. Erneute Rückfälligkeit. Lebt vom Flaschensammeln.

Regelmäßige Kontrollen und Gabe von blutdrucksenkenden Medikamenten nach Verordnung der Malteser Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung. Außerdem regelmäßige Wundversorgung der Beine; Patient wird gleichzeitig an die Allgemeine Lebensberatung im Caritashaus vermittelt. Hier wird eine erste psychosoziale Anamnese erstellt. Die Versicherungszugehörigkeit soll wieder hergestellt werden. Einrichtung einer Postadresse in der Teestube der Diakonie, Gerberstraße. Ratenzahlungen für rückständige Krankenkassenbeiträge werden vereinbart; Klient beantragt Unterstützung durch ALG II.

Die Antragsstellung ist begleitet von etlichen kurzfristigen Absagen der Termine sowohl bei den Krankenschwestern als auch bei den Sozialarbeiterinnen. Trotz Rückführung in die Krankenversicherung wird die Unterstützung durch die Straßenambulanz weiterhin fortgesetzt, weil hier großes Vertrauen aufgebaut ist. Der Patient muss immer wieder an Termine erinnert werden. Ein weiterer Entzug wird thematisiert, er kann sich jedoch nicht darauf einlassen. Verliert wieder Postadresse wegen fehlender Mitwirkung. Erneute Intervention durch die Straßenambulanz.

Der Patient bleibt nach wie vor auf die Unterstützung der Straßenambulanz angewiesen; drückt Sorge aus, die Schwestern zu verlieren, falls es ihm wieder besser gehen sollte; eigenständige Besuche beim Hausarzt nur nach regelmäßiger Erinnerung der Krankenschwestern; überlegt, ob er in ein betreutes Wohnen gehen soll.

Perspektive: Der Patient wird durch die Nachsorge der Krankenschwestern und das Beratungsangebot der Sozialarbeiterinnen weiter zu nachhaltiger Eigenverantwortlichkeit angeleitet. Das Wiedererlernen dieser Kompetenz wird durch die regelmäßigen Kontakte der Caritas Straßenambulanz gewährleistet.



Resümee:

Das vorgeschlagene Konzept der Clearingstellen in Verbindung mit einem Behandlungsfonds ist eine dringend erforderliche Maßnahme, um die gesundheitliche Versorgung nicht versicherter Menschen in Hessen zu regeln. Bei Menschen mit Wohnung und fehlender Krankenversicherung gibt es oft gute Chancen der Rückführung. Ein ganzheitlicher Ansatz von Straßenambulanzen, wie ihn das Offenbacher Projekt umsetzt, initiiert hier ein wirksames Übergangsmanagement in Kooperation mit den anderen relevanten Diensten, die auch Clearingprozesse durchführen können.

Darüber hinaus müsste der Zugang zur obligatorischen Krankenversicherung auch in Einzelfällen schneller realisiert werden können. So wird häufig nicht verheirateten schwangeren Frauen wegen bevorstehender Entbindung die Aufnahme in die freiwillige gesetzliche Krankenkasse verwehrt. Das erzeugt viel Unsicherheit und es verhindert, dass die Neugeborenen problemlos in den Zyklus der Vorsorgeuntersuchungen kommen.

Wer aus Unwissenheit über Jahre nicht in der Krankenversicherung war und dann doch eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen könnte, sieht sich dann mit einem aufgelaufenen Schuldenberg an nicht gezahlten Mitgliedsbeiträgen konfrontiert. Aus Angst vor dieser Belastung ziehen sie den bisherigen Status vor. Eine geregelte Reduzierung von Beitragsrückständen würde erreichbare Perspektiven für die Menschen ermöglichen.

Ihre volle Wirkung können die Clearingstellen jedoch erst dann entfalten, wenn auch die Vorarbeit ambulanter Dienste dauerhaft gewährleistet ist. Gerade für die Menschen mit ungünstigen Voraussetzungen (Wohnungslosigkeit, fehlende Papiere, Sucht und/oder psychische Erkrankung) zur Rückführung in die Krankenversicherung sind die mobilen Ambulanzen die letzte Anlaufstelle bei der Bewältigung des täglichen Kampfes ums Überleben. In vielen Gesprächen berichten vor allem Menschen aus dem südosteuropäischen Raum von den großen Anstrengungen, die sie auf sich genommen haben, um sich in Deutschland eine Existenz aufzubauen und es auch realisiert haben. Etliche von ihnen mussten jedoch an den prekären Arbeits- und Wohnbedingungen scheitern, während andere von ihrer billigen Arbeitskraft profitierten. Politik und Gesellschaft stehen daher in einer besonderen Verantwortung, Sorge für diese Menschen zu tragen und auch ihren Einsatz zu würdigen z.B. durch leichtere Zugänge zum Gesundheitssystem.

STELLUNGNAHME ZUR ANHÖRUNG IM HESSISCHEN LANDTAG AM 17.09.2020

1. Erfahrungen aus den Humanitären Sprechstunden (Dr. Petra Tiarks-Jungk)

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main besitzt durch die auf Initiative des lokalen Vereins für afrikanische Frauen, Maisha e. V. (Geschäftsführerin Virginia Wangare-Greiner), etablierten Humanitären Sprechstunden fast 20 Jahre Erfahrung in der Behandlung von Frankfurter Bürgerinnen und Bürger ohne oder mit eingeschränktem Zugang zu einer Krankenversicherung. Bundesweit war es das erste Gesundheitsamt mit einem solchen Angebot. Seit 2001 werden allgemeinärztliche, seit 2011 kinderärztliche und seit 2018 gynäkologische Sprechstunden angeboten.

Als gesetzliche Grundlage für das Angebot kann das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst gelten: „Die Gesundheitsämter klären die Bevölkerung über gesunde Lebensweise, Gesundheitsgefährdungen und die Verhütung von Krankheiten auf. Sie informieren und beraten, wie Gesundheit gefördert, Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. **Dies gilt insbesondere für sozial benachteiligte oder besonders schutzbedürftige oder gefährdete Personen, die an der gesundheitlichen Versorgung nicht ausreichend teilhaben; für diesen Personenkreis können die Gesundheitsämter ambulante Behandlungen im Einzelfall vornehmen.**“ (HGöGD, § 7 Absatz 1).

2019 verzeichneten die allgemein- und kinderärztlichen Sprechstunden insgesamt 1.577 Konsultationen von 612 Patient/-innen, davon waren 30% unter 18 Jahre. 41% der Patient/-innen waren EU-Bürger, 59% stammten aus Drittländern und 26 % waren Deutsche. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten ist in den letzten Jahren konstant geblieben. In den gynäkologischen Sprechstunden wurden 2019 658 Konsultationen von 271 Frauen erfasst, darunter viele Schwangere.

Bei unseren Patientinnen und Patienten beobachten wir sehr häufig einen Widerspruch zwischen medizinischer Notwendigkeit und real existierenden Behandlungsmöglichkeiten. Spätestens, wenn fachärztliche oder stationäre gesundheitliche Versorgung notwendig wird, kommt unser bestehendes Hilfesystem an seine Grenzen:

- Durch den eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem wird eine frühzeitige Diagnose und Therapie häufig versäumt und der Krankheitsverlauf droht schwerer zu werden - vermeidbare Notfallbehandlungen in Klinikambulanzen und stationäre Aufenthalte, sowie die Gefahr einer Chronifizierung und weiteren Verschlimmerung der Beschwerden sind die Folge.
- Für schwangere Frauen ohne Krankenversicherung ist die fehlende Möglichkeit, die Geburt stationär zu planen, ein großes Problem, das sich aufgrund von bekannten oder unbekanntem Risikofaktoren nicht nur auf die Gesundheit der Mutter, sondern auch die des Neugeborenen gravierend auswirken kann.
- Für die Entwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren spielen gesundheitliche und psychosoziale Beratung der Eltern, Grundimmunisierung und regelmäßige Durchführung der gesetzlich verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen eine große Rolle.

Zur schlechten gesundheitlichen Situation bzw. zu einer Schwangerschaft hinzu kommen oft eine ganze Reihe anderer Problemlagen wie Erwerbslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Mittellosigkeit hinzu.

Gesundheitsamt Frankfurt, Humanitäre Sprechstunden
27. August 2020

Wir möchten Ihnen dies anhand von zwei typischen Fallbeispielen beschreiben:

- Fallbeispiel 1: Der Rentner Herr K. konsultierte uns aufgrund einer schweren Herzerkrankung. Er ist gezwungen, seine ärztlichen Behandlungen privat zu zahlen, da er seit Jahren nicht mehr in der (privaten) Krankenversicherung ist und alle finanziellen Reserven aufgebraucht sind. Trotz Betreuung seines Falles durch Sozialrathaus und gesetzlichen Betreuer dauert der Wiederaufnahmeprozess in die private Krankenkasse nun schon Monate. Durch die hohe psychische und körperliche Belastung ist der Patient am Ende seiner Kräfte.
- Fallbeispiel 2: Ein 2-jähriges Kleinkind mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft hat keinen Zugang zur kinderärztlichen Regelversorgung und kommt daher in die Kindersprechstunde. Die Eltern des Kindes könnten möglicherweise gesetzlich krankenversichert werden, sind aber mit den vielen erforderlichen Formularen und Ämtergängen überfordert. Bei uns können zwar Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erfolgen, die stationäre Behandlung eines Hodenhochstandes kann jedoch nicht von uns nicht in die Wege geleitet werden, da dafür eine Überweisung von einem niedergelassenen Kinderarzt notwendig ist.

Part 2: Clearingstellen als Lösungsansatz für verbesserten Zugang zum Regelsystem (Alexandra Sarah Lang)

Im Rahmen der medizinischen Behandlung fehlt meist die Zeit, die Patientinnen und Patienten in angemessenem Umfang zu einer möglichen Rückkehr ins Regelsystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu beraten. Unsere langjährigen Erfahrungen zeigen dennoch, dass es bei einem guten Teil der Patientinnen und Patienten durchaus möglich ist, diese in eine Krankenversicherung zu vermitteln. Damit können unter anderem auch der Stadt Frankfurt am Main und den dortigen Kliniken Kosten für unweigerlich eintretende Notfallbehandlungen erspart werden. Allein im Jahr 2019 entstanden den Frankfurter Krankenhäusern mehr als 1,5 Millionen Euro Kosten für die Behandlung von Menschen ohne Kostenträger.

Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung zu verbessern, gibt es in verschiedenen Bundesländern und Städten bundesweit bereits Lösungsansätze. Viele der bestehenden Clearingstellen (z. B. in Berlin, Hamburg, Thüringen) haben wir bereits besucht und Informationen zur Finanzierung, Arbeitsweise, Dokumentation, Beratungsinhalten und statischen Datenerfassung gesammelt und diese systematisch verglichen.

Da wir erkannt haben, wie wichtig eine spezialisierte Anlaufstelle für Sozial- und Krankenversicherungsfragen für viele Frankfurter Bürgerinnen und Bürger ist, plant das Gesundheitsamt aktuell zusammen mit dem Jugend- und Sozialamt, bereits in Kürze im Rahmen eines Modellprojekts „Clearingstelle 1.0“ ein neues Beratungsangebot am Standort der Humanitären Sprechstunden aufzubauen.

Abschließend sei noch angemerkt, dass wohnungslose Menschen, Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus und andere Gruppen ohne Krankenversicherung in der COVID-19-Pandemie zu den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören. Die aktuelle Krise, die wir aktuell im Gesundheitsamt sehr intensiv miterleben, wirkt sich in verschiedener Hinsicht zusätzlich negativ auf diese Gruppe aus:

Gesundheitsamt Frankfurt, Humanitäre Sprechstunden
27. August 2020

- Durch die (vorübergehende) Einstellung von Sprechstunden für Menschen ohne Zugang zum regulären Gesundheitssystem besteht ein noch weiter eingeschränkter Zugang zur Gesundheitsversorgung.
- Auch wenn die Kostenübernahme des Tests auf den SARS-CoV-2-Virus bei Menschen ohne Krankenversicherung durch öffentliche Stellen gesetzlich vorgesehen ist (§ 69 in Verbindung mit § 25 Infektionsschutzgesetz), ist die Umsetzung in der Praxis vielen Akteuren unklar. Damit ist der Zugang zur Testung für viele Menschen nicht gewährleistet, was eine ungünstige Voraussetzung darstellt, um Infektionsketten in der Bevölkerung wirksam zu durchbrechen.
- Pandemiebedingt verlieren viele Menschen in prekärer Beschäftigung oder auch selbstständig Tätige ihren Arbeitsplatz und damit nicht selten auch den Krankenversicherungsschutz.

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main begrüßt daher ausdrücklich, die Möglichkeit, zu diesem bereits vor der Pandemie wichtigen Thema Stellung nehmen zu dürfen und sieht einen dringenden Handlungsbedarf bezüglich der Situation von Menschen mit nicht geklärtem Krankenversicherungsstatus in Hessen. Clearingstellen und ein angegliederter Gesundheitsfonds („Anonymer Krankenschein“) zur Kostendeckung für notwendige Behandlungen, könnten auch in Hessen erste Schritte auf dem Weg zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für alle hier lebenden Menschen sein.

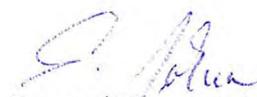
Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines **Hessischen Gesetzes zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (Drucksache 20/2969)**

Der Marburger Bund Hessen e.V. als Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte begrüßt und unterstützt den vorbezeichneten Gesetzentwurf.

Menschen ohne Krankenversicherungsschutz soll der Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleistet bzw. erleichtert werden.

Neben der Schaffung eines staatlichen Behandlungsfonds halten wir auch die Einrichtung von Clearingstellen für sinnvoll und geeignet. Insbesondere bei den Clearingstellen ist jedoch darauf zu achten, dass diese niedrige Zugangsmöglichkeiten ohne bürokratische Hindernisse schaffen können.

Frankfurt am Main, den 05. August 2020



Dr. med. Susanne Johna
Landesverbandsvorsitzende



Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Scholz
1. Stellvertretender Vorsitzender

Stellungnahme zum Gesetzesentwurf**von Annette Lehmann** (Stadtbeauftragte Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt)**Aus meiner Sicht ist diese Gesetzesinitiative sinnvoll und notwendig und ich begrüße sie daher ausdrücklich.**

1. Wir Frankfurter Malteser haben seit 14 Jahren Erfahrung mit der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. Zu oft tritt der Fall ein, dass wir unseren Patientinnen und Patienten medizinische Maßnahmen nur teilweise oder gar nicht anbieten können und zwar deshalb, weil es uns an finanziellen Möglichkeiten mangelt. Dies ist bei geschätzten 40 % unserer Patientinnen und Patienten der Fall. Die finanzielle Lücke wird von Jahr zu Jahr größer und wir rechnen angesichts der derzeitigen wirtschaftlichen Situation mit einer weiteren, verstärkten Zunahme.
2. Medizinische Behandlung und Betreuung muss modernen Standards folgen, was derzeit in unserer MMM mangels finanzieller Mittel nicht immer möglich ist. Dies ist für das hoch engagierte MMM-Team unbefriedigend. Der Gesetzesentwurf und insbesondere der angedachte Behandlungsfonds werden die unter Pkt.1.beschriebenen Defizite beseitigen und so nicht nur unsere medizinische Arbeit effizienter machen, sondern vor allem auch die Motivation unseres ehrenamtlichen Teams enorm steigern und so zum Erhalt dieses so notwendigen Versorgungsangebotes beitragen.
3. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Asthma oder Hypertonie kommen Patientinnen und Patienten oft erst dann, wenn die Erkrankung schon weit fortgeschritten ist. Dann ist die Behandlung aufwendiger und auch teurer. Wenn Patientinnen und Patienten gar notfallmäßig behandelt werden müssen, fallen in der Regel hohe Kosten für das Sozialamt an. Dies würde durch eine frühzeitige und sachgerechte Behandlung vermieden werden.
4. Ich persönlich bin der Überzeugung, dass sich mit diesem Gesetzesentwurf die Qualität unseres ehrenamtlichen Engagements und die Zahl der betreuten Patientinnen und Patienten signifikant erhöhen werden. Darüber hinaus wird die allgemeine medizinische Betreuung von Bedürftigen in Hessen verbessert und damit die Lebensqualität in unserem Bundesland erhöht.

Ich halte daher diesen humanitären Gesetzesentwurf für absolut erforderlich und unterstützenswert.

Die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM) Frankfurt

Zahlen Daten Fakten (Stand: August 2020)

Die MMM Frankfurt bietet eine wöchentliche allgemeinärztliche Sprechstunde an: für bedürftige Menschen ohne Krankenversicherung sowie Menschen mit nicht legalem Aufenthaltsstatus, die keine Krankenversicherung haben.. Ehrenamtliche Ärzte und Ärztinnen beraten, untersuchen, diagnostizieren und therapieren unsere Patienten und Patientinnen. Bei Bedarf und finanziellen Notlagen werden Medikamente aus unserem Bestandausgegeben. Liegen schwerwiegendere Erkrankungen vor, organisieren wir Termine bei Fachärzten und übernehmen die entstehenden Kosten. Dabei sind wir immer wieder auf uns gewogene Fachärzte, ein Labor und eine Röntgenpraxis angewiesen, die uns unterstützen, indem sie geringere Gebührensätze berechnen oder ihre Leistung spenden.

Unser Team besteht aus acht ehrenamtlichen Ärzten und Ärztinnen sowie acht Assistentinnen.

1730 Ehrenamtsstunden leistete dieses Team allein im Jahr 2019.

Unsere Patienten und Patientinnen

Anzahl

Seit mehreren Jahren steigt die Anzahl der Patienten und Patientinnen, die unsere MMM Ambulanz aufsuchen, kontinuierlich an.

Von Januar 2018 bis August 2020: führten wir 1559 Behandlungen (Beratungen und Untersuchungen) für 353 Patienten und Patientinnen durch.

Von Januar 2020 bis August 2020 führten wir trotz erschwerter Bedingungen durch die Corona-Pandemie 350 Behandlungen durch.

Herkunft

Unsere Patienten und Patientinnen kommen aus insgesamt 76 Staaten und fast allen Kontinenten. Neben Patienten und Patientinnen aus Asien und Afrika suchen uns Menschen aus den EU-Mitgliedstaaten auf. Der größte Teil dieser Patienten und Patientinnen stammt aus den neuen östlichen EU-Mitgliedstaaten, wie Bulgarien und Rumänien.

Status

66% aller MMM – Patienten und Patientinnen, die uns von Januar 2018 bis August 2020 aufsuchten, besaßen keinen legalen Aufenthaltsstatus.

Zu den 26% der Patienten und Patientinnen, die sich in Deutschland legal aufhalten, gehören immer mehr Deutsche, deren Einkommen nicht für eine Krankenversicherung ausreicht oder/und die aus der Krankenversicherung herausgefallen sind. Ferner kommen Studenten und Studentinnen, die die Regelstudienzeit überschritten haben, in unsere Sprechstunde.

Krankheiten

Die Beschwerden und Erkrankungen unserer Patienten und Patientinnen sind vielfältig. Besonders häufig kommen Hypertonie, Diabetes, psychische Erkrankungen sowie Tumore und Schwangerschaften vor.

Steigende Anzahl von Langzeitpatienten und -patientinnen

Immer mehr Patienten und Patientinnen unserer MMM leben seit Jahrzehnten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland und auch sie altern. Mit dem Älterwerden einhergehen häufig chronische und altersbedingte Krankheiten. So versorgen wir dauerhaft mehrere insulinpflichtige Diabetiker, was unseren Etat sehr in Anspruch nimmt

Unsere Kosten

Medikamente

Unsere Praxis hält einen Basisbestand von 45 Medikamenten vor. Diese können wir zu sehr günstigen Konditionen über die Großapotheke der Malteser Frankfurt beziehen.

Trotzdem benötigen wir immer wieder sehr spezielle Medikamente – oft auch akut während unserer Sprechstunde. Diese speziellen Medikamente erhalten unsere Patienten mit einem von uns ausgestellten Privat Rezept in der Hausapotheke des „MediCentrum“. Kann unser Patient oder unsere Patientin dieses Medikament nicht bezahlen, was fast immer der Fall ist, so übernimmt MMM die Kosten. Diese werden dann zum „regulären Preis“ Ende des Monats mit der Apotheke abgerechnet.

Diagnostik

Röntgen/MRT/Blutuntersuchungen

Fachärztliche Untersuchungen und Behandlungen

Mit ca. 40 Facharztpraxen haben wir vereinbart, dass wir ihnen Patienten und Patientinnen der MMM "überweisen" dürfen. Einige dieser Praxen spenden ihre Leistungen, anderen nicht, so dass sich auch die Rechnungen häufen.

Ambulante Operationen

Ein engagierter Chirurg unseres Teams führt ehrenamtlich ambulante operative Eingriffe durch. Die Material- und die Anästhesiekosten trägt die MMM.

Stationäre Operationen und Aufenthalte

Immer wieder sind auch stationäre Operationen und Aufenthalte notwendig. Auch wenn uns die Krankenhäuser fast immer entgegenkommen, entstehen hier erhebliche Kosten.

Die Gesamtkosten belaufen sich pro Jahr auf knapp € 100.000 für den Standort Frankfurt

FALLGESCHICHTEN

Wenn nur Gespräche helfen

Die Geschäfte gehen nicht gut bei Herrn M., die Aufträge für seine kleine Software- und Datenanalyse-Firma sind in letzter Zeit rar geworden. Sein Schuldenberg steigt und mittlerweile lebt er vom Pflegegeld seines gebrechlichen Vaters. Auf eine Krankenversicherung verzichtet er - wegen der hohen Prämien, die Selbständige zahlen müssen. Und für die Rente ist es mit 63 Jahren auch noch zu früh.

Nun steht aber mehr auf dem Spiel: Ein bösartiger Hautkrebs wuchert im Gesicht und nur eine Operation könnte ihn retten. Doch dazu müsste er beim Sozialamt seine letzte Sicherheit offenlegen - eine kleine Erbschaft. Drei Monate lang begleiten wir ihn in unserer Ambulanz. Nach vielen geduldigen Gesprächen und Ermunterung entschließt sich Herr M. endlich zur Operation, die erfolgreich verläuft.

Fürsorge um vorzusorgen

Manchmal können wir dafür sorgen, dass Hoffnung bestehen bleibt und Krankheiten sich nicht zu sehr verschlimmern – darüber sind wir froh!

Unsere chinesische Patientin ist dafür ein Beispiel. Bei ihrer Zuckerkrankheit und dem Bluthochdruck helfen nur gute Medikamente. Doch die kann unsere Patientin nicht bezahlen, aus vielerlei Gründen.

Sie ist nicht krankenversichert und verdient wenig in einem knochenzehrenden Job in einer chinesischen Restaurantküche. Und auch der fällt ihr immer schwerer.

Weil ihre Zuckerkrankheit lange Zeit nicht behandelt wurde, sieht sie schlechter und auch die Niere arbeitet nicht mehr so gut.

Damit daraus nicht einmal ein Schlaganfall oder Herzinfarkt entsteht, kommt sie zu uns. Wir versorgen sie mit den Medikamenten, die sie braucht, um nicht noch kränker zu werden, als sie schon ist.

Wenn auch die Hoffnung stirbt

Eigentlich wollte sie sich ein besseres Leben aufbauen. Nun steht Frau L. mit 49 Jahren entmutigt vor einem Scherbenhaufen.

Vor mehr als zwölf Jahren wagt sie den Sprung von den Philippinen nach Deutschland, wird die „Perle“ für deutsche Arzthaushalte – dort glänzen die Böden, während ihre Gesundheit leidet. Mittlerweile ist die Liste lang: Ein offenes entzündetes Bein, eine entzündete Gallenblase und eine Bronchitis, die ihr oft die Luft zum Atmen nimmt. Ein Leben in ständigen Schmerzen, die wir durch unsere

Behandlung zu lindern versuchen. Eigentlich müsste sie dringend operiert werden. Sie ist mittlerweile zu krank um zu arbeiten und vom Wohlwollen ihrer befreundeten Familie abhängig – ein Dilemma, dass sie auch seelisch sehr stark belastet.

Sie denkt an Selbstmord und wird von der Polizei aufgegriffen.

Wir unterstützen sie beim Asylantrag – das vorläufig Letzte, was wir für sie tun konnten. Wir erfahren noch, dass sie in ein Asylbewerberheim nach Bremen gebracht wird – ab da verliert sich ihre Spur.

Mit kleinen Schritten zu einem besseren Leben

Allein in der Fremde, abgelehnt von der hier lebenden Familie, kein Dach über dem Kopf geschweige denn eine Arbeit – ein unstetes Leben, was Herr S. fern der Heimat Marokko seit 20 Jahren führt.

Das hat seiner Gesundheit arg zugesetzt, er leidet an Diabetes und einer Hautkrankheit und hat überdies seine Zähne verloren.

Immerhin können wir ihm seit fünf Jahren einen kleinen Rettungsanker bieten, er kommt regelmäßig in unsere Sprechstunde, um sein Insulin zu erhalten.

Im letzten Jahr konnten wir noch mehr für ihn tun.

Zuerst bekommt er eine Zahnprothese. Gemeinsam mit ihm organisieren wir eine Spezialtherapie, die seine Hauterkrankung fast zum Verschwinden bringt. Durch eine Rechtsberatung gestärkt, kann er eine Duldung erreichen. Seit kurzem ist er

sozialversichert und hat sogar eine Stelle als Küchenhilfe gefunden.

Der Teufelskreis aus Arbeitslosigkeit, Krankheit und Illegalität ist durchbrochen.

Stellungnahme der *Malteserpraxis für Menschen ohne Krankenversicherung* in Offenbach – MMM-Offenbach zum Entwurf eines

Hessischen Gesetzes zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherung.

Das Gesetzesvorhaben, eine Landesclearingstelle UND kommunale Clearingstellen in jeder kreisfreien Stadt und jedem Landkreis einzurichten, wird auf der Basis der Erfahrungen der Offenbacher Praxis „Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung – MMM-OF“ vorbehaltlos begrüßt.

Gleichermaßen unterstützt wird das Vorhaben der Schaffung eines nicht rechtsfähigen Fonds für die Behandlung von Menschen ohne oder mit nur eingeschränktem Krankenversicherungsschutz unterstützt.

A. Einrichtung von Clearingstellen:

In die Praxis von „MMM-OF“ kommen regelmäßig – d.h. an nahezu jedem Behandlungstag (bisher: einmal wöchentlich) Menschen, die jedenfalls früher Mitglieder einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung waren und aus den unterschiedlichsten Gründen ausgeschieden sind.

So kann z.B. der Versicherungsschutz einer gesetzlichen KV dann entfallen oder zweifelhaft sein,

- wenn die Betroffenen zwischenzeitlich als Selbständige tätig waren oder als selbständig galten
- wenn für angestellte Arbeitnehmer der Arbeitgeber die KV-Anteile nicht abführt, dies dem Arbeitnehmer aber nicht bekannt ist

- wenn eine Patient*in zwischenzeitlich wegen eines längeren Auslandsaufenthaltes aus der gesetzlichen KV gestrichen worden ist und (noch) keine neue Versicherung im Ausland hat abschließen können (z.B. wegen coronabedingten „Lockdowns“)
- wenn ein*e Bürger*in eines EU-Mitgliedsstaates vorübergehend in das Bundesgebiet eingereist ist und keine Unterlagen über ihre nationale KV bei sich führt
- wenn – z.B. coronabedingt – ein Aufenthalt im Bundesgebiet länger dauert als die ursprünglich vorgesehenen 3 Monate, für die eine Reise-KV abgeschlossen worden ist
- wenn ein*e Nicht- EU-Bürger*in über eine KV in einem anderen EU-Staat verfügt, dies aber nicht sicher weiß
- wenn ein*e Nicht- EU-Bürger*in über eine KV in ihrem Heimatland verfügt und in Unkenntnis über bestehende bilaterale Abkommen der nationalen KV sind.

In all diesen (aus der Praxis der Monate April – Juli 2020 stammenden) Fällen ist zu prüfen, ob ein Versicherungsschutz eingreift oder ob eine erneute Aufnahme in die KV möglich ist.

Voraussetzung für eine kompetente Prüfung ist neben der sicheren Kenntnis der entsprechenden Regelungen des SGB die der Regelungen des Aufenthaltsgesetzes und des Asylverfahrensgesetzes und der einschlägigen EU-rechtlichen Regelungen.

Den ehrenamtlichen Ärzt*innen und Arzthelfer*innen der MMM-Praxis in Offenbach ist die Klärung dieser sozialversicherungsrechtlichen Fragen nicht möglich.

Zweifelsfälle werden teils mit unserem Kooperationspartner der Caritas Offenbach besprochen, dennoch ist die sozialversicherungsrechtliche Klärungskompetenz auch so nicht zufriedenstellen gegeben.

In der Praxis von „MMM-OF“ sind einer Vielzahl der oben aufgeführten Fälle intensive und langfristige Behandlungen, Überweisungen an Facharztpraxen, zu einem nicht geringen Anteil auch Operationen mit nachfolgender Behandlung (Onkologie) erforderlich. Und obgleich in vielen Fällen ein verdeckter Anspruch auf eine KV bestünde, sehen wir uns als Sozialverband gezwungen andere öffentliche und private Kostenträger zu bemühen.

In wenigen Fällen konnte in langwieriger Korrespondenz und nach Einarbeitung in die einschlägige Rechtslage – das notgedrungene Stückwerk bleiben musste – eine Rückversicherung erreicht und der Patient den notwendigen Operationen und langfristigen Krankenhaus- und Reha-Aufenthalten zugeführt werden.

In einigen Fällen konnten erste Ratschläge erteilt werden, die Betroffenen kamen aber danach nicht mehr wieder, obgleich dringender Behandlungsbedarf bestand. Ob den Ratschlägen gefolgt wurde und ob dies zum Erfolg geführt hat, kann deshalb nicht beurteilt werden.

In all diesen Fällen besteht bei den behandelnden Praxisteams eine große Unsicherheit und Unzufriedenheit, weil die über MMM mögliche Hilfe unzureichend bleiben muss.

Gute Erfahrung haben wir hingegen mit der Clearingstelle im rheinland-pfälzischen Mainz gemacht. Hier war es schnell und effizient möglich einen fachkundigen und hilfreichen Rat zu erhalten.

Operationen und Krankenhausaufenthalte von mehr als einer Woche Dauer (maximal!) kann die Offenbacher Praxis, obwohl sie derzeit finanziell gut aufgestellt ist, nicht leisten. Die ärztlichen Maßnahmen insbesondere bei Menschen, bei denen der Verdacht oder sogar die Diagnose auf eine lebensbedrohliche Krankheit besteht, bleiben Stückwerk und können – im besten Falle – eine vorübergehende Linderung von Symptomen, aber keine Heilung bewirken.

Dieses Bewusstsein bei gleichzeitigem Wissen, dass eine notwendige Behandlung prinzipiell möglich ist, ist nicht nur zutiefst unbefriedigend und verstörend, sondern erzeugt in jedem einzelnen Fall auch schwere Gewissenskonflikte: steht der ärztliche Berufsethos und der Auftrag des Malteser Hilfsdienstes e.V. doch einer solchen Vorgehensweise unvereinbar gegenüber.

Eine kommunale Clearingstelle würde derartige Problemfälle übernehmen und könnte in kurzer Zeit und – vor allem – mit der entsprechenden Autorität gegenüber den Krankenkassen die Versicherungsfragen klären. Kurze Kommunikationswege von Praxis zu Clearingstelle und vor allem sichere Kenntnis der Gesetzeslage sind in all diesen Fällen die Grundlage für die Entscheidung über das weitere Vorgehen. Im Falle einer – seitens der Clearingstellen als nicht gerechtfertigt eingestuft – Weigerung einer Kasse, Behandlungskosten zu übernehmen, gäbe es dann für die

MMM-Praxis auch die Option, hilfsweise die Kostenübernahme bei Krankenhäusern oder Facharztpraxen zuzusichern, gegenüber der jeweiligen Kasse aber einen Rückforderungsvorbehalt auszusprechen und später durchzusetzen.

Fazit:

Für die Arbeit von „MMM-OF“ wäre die Einrichtung einer kommunalen Clearingstelle von höchster Priorität.

B. Einrichtung eines Behandlungsfonds:

Von den unter A. aufgezeigten Fällen abgesehen gibt auch immer wieder Patient*innen, für die kein Versicherungsschutz besteht.

In der „MMM-OF“-Praxis zählen hierzu neben Obdachlosen, die Bürger*innen eines EU-Mitgliedlandes sind bzw. eines Nicht-EU-Mitgliedlandes, vor allem schwangere Frauen, die hier lebenden Partnern nachgefolgt aber nicht mit diesen verheiratet sind.

Zwar könnten hier eine Anmeldung oder eine Eheschließung zu einem Versichertenstatus führen, jedoch passen die Lebensentwürfe nicht mit der hiesigen Rechtsauffassung zusammen.

Für Entbindungen mit einem Mindestaufenthalt im Krankenhaus für Mutter und Neugeborenes von 2 Nächten werden regelmäßig Kosten um die 2.300.-€ fällig, die – mangels sonstigem Kostenträger – von „MMM-OF“ übernommen werden. Nur so kann für Mutter und Kind eine geschützte Geburtssituation gewährleistet werden.

Bisher befanden sich 32 unversicherte Schwangere in Betreuung der „MMM-OF“-Praxis.

Die – auch längerfristige - Behandlung Obdachloser, die nicht in eine KV gebracht werden können, ist gleichfalls ein stets akutes Problem. Auch hier bestünde immer wieder das Bedürfnis nach umfangreichen bis hin zu intensivmedizinischen Behandlungen, die eine MMM-Praxis nicht gewähren kann. Aktuell wird ein des Deutschen nicht mächtiger, seit ca. 20 Jahren in Deutschland aufenthältiger, bereits

lebensälterer Obdachloser mit Karzinom und Diabetes (samt Folgeerscheinungen) notdürftig jede Woche mit Medikamenten versorgt. Es ist aber absehbar, dass seine Erkrankung innerhalb des nächsten Jahres zu einem – qualvollen – Tod führen wird.

Ein Behandlungsfonds, der hierfür die Kosten übernehmen könnte, würde eine – möglicherweise lebensrettende – Behandlung, zumindest aber eine angemessene Palliativversorgung in der letzten Lebensphase sicherstellen.

Die Koppelung der Übernahme von Behandlungskosten durch den Fonds nach Entscheidung der Landesclearingstelle (§ 4 Abs. 3 des Entwurfs) sichert zudem eine größtmögliche Objektivität der Entscheidung und einen die finanziellen Ressourcen schonenden, auch ökonomisch vertretbaren Umfang der jeweiligen Behandlung.

Auch die Übernahme der Kosten von Entbindungen, für die – ggf. nach entsprechender Recherche durch die kommunalen Sozialämter – im Nachhinein über die Clearingstellen Rückgriff auf die jeweiligen Erzeuger genommen werden kann, wäre bei Bestehen eines Behandlungsfonds jedenfalls deutlich unproblematischer, als dies für die MMM-Praxen möglich ist.

Fazit:

Für die Einrichtung eines Behandlungsfonds besteht ein akutes Bedürfnis. Auch insoweit wird der Gesetzesentwurf vorbehaltlos unterstützt.

Für das Leitungsteam der MMM in Offenbach
Dr. Matthias Zimmer
Gabriele Türmer

Meine Gedanken zum „Gesetz zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz“.

Das Anliegen der Linken-Fraktion im Hessischen Landtag ist berechtigt und in den Antragsunterlagen korrekt dargestellt. In Deutschland hat ca. 1% der hier lebenden Menschen keinen Zugang zum regulären Gesundheitswesen. Im Hinblick auf die Realisierung von Clearingstellen und Behandlungsfonds sehe ich trotzdem kaum Erfolgsaussichten.

1.) Ein nachhaltiges, wirksames Konzept hat bei der Mehrzahl politischer Amtsträger kaum Unterstützer und wird demnach unterbleiben. Ein immer wieder gehörtes Gegenargument ist beispielsweise: „Hier gibt es ja kaum Unversicherte. In den USA sind es 15% und das funktioniert auch irgendwie“.

2.) Grund für die Misere sind so gut wie ausschließlich finanzielle Ursachen. Als 2014 eine Million Geflüchtete nach Deutschland kamen, wurden die benötigten Mittel zur Verfügung gestellt. Bis heute sind alle Bleibeberechtigten aus dieser Population uneingeschränkt medizinisch versorgt; - eine gewollte, realisierte und deswegen funktionierende Vorgabe der Politik.

3.) Vor und seit Gründung der MMM 2006 gab es zahlreiche Aktivitäten zur medizinischen Versorgung mittelloser Menschen, häufig unter der Überschrift „Anonymer Krankenschein“. Erstmals habe ich vor ca. 10 Jahren zu diesem Thema an einem Symposium der GRÜNEN im Landtag teilgenommen. Alles im Sand verlaufen.

4.) Was der MHD tun könnte und sollte, wäre eine massive Stärkung der MMM-Sparte bis hin zum politischen Gehör und zur politischen Akzeptanz – vergleichbar der „Tafel Deutschland“! Die MMM kann schon heute die ambulante Versorgung in ihrem Umfeld bewerkstelligen und müsste als nächstes barrierefreien Zugang zu den Krankenhäusern bekommen: soziales Bett. Das wäre m.E. eher machbar als die im jetzigen Landtagsverfahren angestrebten Punkte.

5.) Übrigens: Das gesundheitliche Armutproblem als solches ist seit Jahrhunderten bekannt. Der erste dokumentierte Armenarzt in Darmstadt war 1792 Dr. Georg Christian Bonhard. Er und sein Gehilfe wurden allerdings von der Stadt / vom Land bezahlt. Das galt auch für alle von ihm veranlassten Maßnahmen (s.o. Flüchtlingsversorgung).

Dr.med. Wolfgang Kauder
Malteser Medizin (MMM)
64285 D a r m s t a d t