

**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](#) –

- | | | |
|-----|---|-------|
| 21. | Hessische Krankenhausgesellschaft e. V. | S. 94 |
| 22. | Medinetz Marburg | S. 97 |

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V. | Frankfurter Str. 10 - 14 | 65760 Eschborn

Hessischer Landtag
Sozial- und integrationspolitischer Ausschuss
Herrn Maximilian Sadkowiak
Schlossplatz 1-3
65193 Wiesbaden

Prof. Dr. Steffen Gramminger
Geschäftsführender Direktor

Frankfurter Str. 10 - 14
65760 Eschborn

Tel.: 06196 4099-57
Fax: 06196 4099-99

steffen.gramminger@hkg-online.de
www.hkg-online.de

Per E-Mail: m.sadkowiak@ltg.hessen.de
m.mueller@ltg.hessen.de

Ihr Zeichen
I A 2.17

Ihre Nachricht vom
09.07.2020

Unser Zeichen
21a.21 (SC)

Datum
09.09.2020

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

Hier: Stellungnahme der HKG zum Gesetzesentwurf der Fraktion DIE LINKE (Drs. 20/2969)

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,

bezugnehmend Ihr Schreiben vom 09.07.2020 danken wir für die Möglichkeit zum oben näher bezeichneten Gesetzesentwurf der Fraktion DIE LINKE Stellung nehmen zu können.

Die Einbringung des Gesetzesentwurfs wird vorrangig mit dem in Art. 11 der Europäischen Sozialcharta normierten Recht auf Schutz der Gesundheit und der aus diversen Grundrechten abgeleiteten Verpflichtung des Staates, „ein funktionsfähiges Gesundheitssystem zu errichten“, begründet. Soweit für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz der Zugang zur Gesundheitsversorgung „deutlich erschwert“ sei, möchte die Fraktion DIE LINKE Abhilfe schaffen und hierfür zwei Instrumente zur Verfügung stellen, die Clearingstellen und den Behandlungsfonds.

Nach Einschätzung der HKG hat sich die grundsätzliche Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems insbesondere in den vergangenen Wochen und Monaten der Pandemie bewiesen. Mit der Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht in der Krankenversicherung (§ 5 SGB V, § 193 Abs. 3 VVG) sind grundsätzlich auch Maßnahmen ergriffen, jedem den Zugang zur erforderlichen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Ergänzend erhalten Sozialhilfeempfänger, die – im Gegensatz zu Beziehern von Arbeitslosengeld II nach dem SGB II – nicht aufgrund ihres Leistungsbezugs gesetzlich pflichtversichert in der Krankenversicherung sind, Leistungen zur

Krankenbehandlung im Rahmen des § 48 SGB XII. In der Praxis ist eines der wesentlichen Probleme nach der Erfahrung der Krankenhäuser, dass die Betroffenen selbst aktiv werden müssen, der Staat kontrolliert die Versicherungspflicht nicht. Die hessischen Krankenhäuser und ihre Ärztinnen und Ärzte behandeln vorstellige Patient*innen und weisen auch solche ohne Krankenversicherungsschutz nicht ab. Das Patientenmanagement der Krankenhäuser unternimmt vielmehr im Rahmen ihrer Möglichkeiten und mit hohem administrativem Aufwand ebenfalls die (oftmals leider erfolglosen) Versuche, Menschen ohne Krankenversicherungsschutz Hilfestellung zu leisten, die erforderlichen Anträge zu stellen und damit in den Genuss eines Krankenversicherungsschutzes zu gelangen. Die Rückkehr in die gesetzliche oder private Krankenversicherung ist aber für die Betroffenen oftmals mit nicht unerheblichen Kosten verbunden, die seitens der Betroffenen nicht aufgebracht werden können. Entweder aus dieser Unsicherheit heraus oder durchaus als bewusste Entscheidung, sich dem (Krankenversicherungs-) System nicht unterzuordnen, wirken Patient*innen an der zwingend notwendigen Antragstellung nicht mit; nennen gehäuft nicht einmal ihren Namen. Eine Realisierung der Vergütungsansprüche ist damit nahezu unmöglich. Der Gesetzesentwurf der Fraktion DIE LINKE bildet daher einen unterstützenswerten Ansatz, greift in der Sache aus diesseitiger Sicht allerdings zu kurz.

Die Errichtung von Clearingstellen und einem Behandlungsfonds begrüßt die HKG ausdrücklich. Jedoch hat die Clearingstelle als „Ansprechpartnerin für andere lokale Akteurinnen und Akteure im Bereich der Versorgung und Betreuung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz“ (§ 3 Abs. 1 Satz 3 des Gesetzesentwurfs), die Hilfesuchende an medizinischen Einrichtungen „übermitteln“ können und in diesen Fällen Kostenübernahme zugesagt werden sollen (§ 3 Abs. 3 des Gesetzesentwurf), in den wesentlichen Entscheidungsnotwendigkeiten keine ausreichenden Befugnisse, um die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen bzw. spiegelbildlich die Krankenhäuser keine hinreichenden rechtlichen Möglichkeiten, Ansprüche durchzusetzen, um insbesondere auch die Krankenhäuser letztlich auf administrativer und finanzieller Ebene zu entlasten. Die HKG kann an dieser Stelle nur ausgewählte Aspekte benennen:

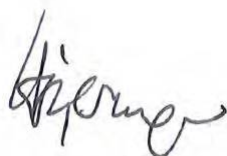
- Aus der Regelung heraus fallen insbesondere jene Patient*innen, die sich unmittelbar in Behandlung begeben. Hier fehlt es dem gegenwärtigen Wortlaut und der Gesetzesbegründung nach an einem Anspruch der medizinischen Einrichtung auf Unterstützung bei dem Versuch, die Patient*innen in das Regelsystem zu führen, insbesondere wenn eine solche Zuführung nicht aus eigenem Antrieb der Patient*innen erfolgt und dem eigenen Willen der Patient*innen schlimmstenfalls nicht entspricht bzw. dieser erst geweckt werden muss.
- Ein Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten entsteht nach § 4 Abs. 3 des Gesetzesentwurfs erst mit der Bewilligung. Diese Regelung mag im Falle des § 3 Abs. 3 des Gesetzesentwurfs greifen, in dem die Clearingstelle an die medizinische Einrichtung übermittelt. Er greift aber dann nicht, wenn die Einschaltung der Clearingstelle erst durch das Krankenhaus erfolgt und die Behandlung höchstwahrscheinlich bereits begonnen hat. Jedenfalls ist nicht geregelt, welche Auswirkungen der Beginn der Behandlung ohne vorherige

Zusage der Kostenübernahme (§ 3 Abs. 3 des Gesetzentwurfs) nach sich zieht. Die entsprechenden Streitigkeiten zur Höhe der Vergütungsansprüche sind aus Verfahren vor den Sozialgerichten bekannt.

- Das Patientenmanagement der Krankenhäuser ist – wie bereits ausgeführt – vielfach mit dem Problem einer mangelnden Mitwirkung bei der Antragstellung konfrontiert. Auch hier fehlt es an einer gesetzlichen Verankerung der Mitwirkungspflichten der Patient*innen.
- Zur Durchsetzung der Mitwirkungspflichten muss der Clearingstelle die Ergreifung von Zwangsmaßnahmen bzw. -mitteln ermöglicht werden. Andernfalls läuft in Fällen der fehlenden Mitwirkung der Patient*innen einerseits der gesetzgeberische Wille in Leere, nämlich einen Krankenversicherungsschutz allen Bürgern zuteilwerden zu lassen. Und andererseits wird der Landesclearingstelle jegliche Möglichkeit genommen, die Behandlungskosten bei den Kostenträgern erstattet zu verlangen (§ 4 Abs. 4 des Gesetzentwurfs).
- Gleichzeitig wird die eigene Mitwirkungspflicht der Patient*innen für die Kostenträger sicherlich zur zwingenden Voraussetzung erhoben werden, möchte man, dass sich diese (unabhängig, ob gesetzlicher oder privater Krankenversicherer) am Behandlungsfonds beteiligen, denn auch sie werden das Bestreben haben, ihre Beitragsforderungen im Sinne der Solidargemeinschaft betreiben zu können.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, die bereits bestehende allgemeine Versicherungspflicht kann ihre Wirkung nur entfalten und alle Bürger der Gesundheitsversorgung zuführen, wenn diese Pflicht auch staatlicherseits kontrolliert wird. Der Clearingstelle diese Aufgabe zu übertragen, wäre ein erster, aber wesentlicher Schritt.

Sehr gern nutzen wir die Gelegenheit, unsere Argumente für die Einführung einer (stärker ausgebildeten) Clearingstelle und die Einrichtungen eines Behandlungsfonds im Rahmen der öffentlichen mündlichen Anhörung persönlich vorzutragen.



Dr. Christian Höftberger
Präsident



Prof. Dr. Steffen Gramminger
Geschäftsführender Direktor

Medinetz Marburg e.V.
Lutherischer Kirchhof 1
35037 Marburg
info@medinetz-marburg.de



medinetz
Gießen

Medinetz Gießen
Klinikstraße 32
35392 Gießen
medinetz-giessen@posteo.de

Stellungnahme an den Sozial- und Integrationspolitischen 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

16.09.2020

Medinetz Marburg e.V. ist ein ehrenamtlicher, nichtstaatlicher und spendenfinanzierter Verein, der Menschen ohne Krankenversicherung an das Gesundheitssystem vermittelt. Das gleiche Ziel verfolgt das Medinetz Gießen, das formell an die Flüchtlingshilfe Mittelhessen angeschlossen ist. Wir übernehmen organisatorische Aufgaben sowie finanzielle Kompensation der Behandlungen, Medikamente, Übersetzung und vieles mehr.

Wir freuen uns, dass die Thematik, für die sich das Medinetz Marburg 2007 gründete und für die sich deutschlandweit 39 ehrenamtliche Medinetze und -büros gegründet haben, im hessischen Landtag angekommen ist. **Die Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung stellt eine der größten strukturellen Lücken unseres Gesundheitssystems dar.** Laut Statistischem Bundesamt gab es im vergangenen Jahr 143.000 Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland. Die Dunkelziffer liegt deutlich höher, laut der NGO „Ärzte der Welt“ zwischen 500.000 und zwei Millionen Menschen.¹

Wir sind eines von vielen ehrenamtlichen Angeboten, die versuchen, innerhalb ihres limitierten Handlungsspielraums einen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für Betroffene zu schaffen. Finanzielle, qualitative und zeitliche Kapazitäten sind dabei trotz aller Anstrengung immer einer strukturellen staatlichen Fürsorge unterlegen.

Damit wird versucht, die vom Staat gesetzlich garantierte (siehe Europäische Sozialcharta Art. 11; Grundgesetz Art. 2), aber nicht ausreichend umgesetzte Daseinsfürsorge auszufüllen. **Um tatsächlich allen in Deutschland lebenden Menschen die Gesundheit als Menschenrecht zu garantieren, halten wir diesen Gesetzesentwurf für einen essenziellen und richtigen Schritt.**

In diesem Jahr betreuten wir von Medinetz Marburg bereits 36 Menschen, was durch die Einschränkungen des öffentlichen Lebens durch die Corona-Pandemie jedoch unter unserem Jahresdurchschnitt

¹ Ärzte der Welt, Jahresbericht 2018

liegt. **Zur Verdeutlichung der Vielfalt der Fälle möchten wir von Beispielen aus der Arbeit des Medinetz Marburg berichten.**

1. Eine Frau aus dem EU-Ausland mit chronischen Schmerzen, die eine Operation der Gallenblase brauchte. Diese wurde aufgrund fehlender Kostenträger zunächst nicht durchgeführt und die Schmerzen verschlimmerten sich. Mehrmals musste sie mit dem Krankenwagen notfallmäßig ins Krankenhaus gefahren werden, wo sie mit Schmerzmitteln wieder entlassen wurde. Wir konnten ihr die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen ermöglichen, jedoch mit monatelanger Verzögerung, einem schlimmen Leidensweg für die Patientin und trotzdem mit nicht-getragenen, außerdem nicht zielführenden Kosten für das Gesundheitssystem.
2. Eine Studentin aus dem Nicht-EU Ausland mit einer Auslandskrankenversicherung, die keine Kosten für Psychotherapie übernimmt. Sie hatte depressive Phasen in Deutschland entwickelt. Da es auch Suizidgedanken gab, brauchte sie dringend psychotherapeutische Unterstützung, um ihre Situation zu stabilisieren.
3. Eine deutsche Frau ohne regulären Wohnsitz, die regelmäßig Blutdruckmedikation benötigte und sich damit an uns wandte. Für sie ist eine niedrighschwellige Anlaufstelle wichtig.
4. Eine junge Frau aus einem afrikanischen Land, die für ein Freiwilliges Soziales Jahr nach Deutschland kam. Kurz vor Ablauf des FSJs wurde sie schwanger, doch mit dem FSJ endete auch die Krankenversicherung. Durch die weltweiten Reisebeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie konnte sie jedoch nicht in ihr Heimatland zurückkehren. Die Kosten der nötigen Vorsorge lagen weit höher, als es die finanzielle Aufwandsentschädigung für ihr FSJ zuließ. Dabei ist eine reguläre medizinische und behördliche Anbindung für Schwangere besonders wichtig.

Die im Entwurf vorgeschlagene Summe von 5 Millionen Euro jährlich betrachten wir als notwendiges Minimum. **Dies werten wir in Anbetracht aller Aspekte sogar als (kosten-) effizienter** als die momentane Situation, da:

1. Behandlungen zu einem frühen Zeitpunkt einer Erkrankung verringern die Gefahr einer Chronifizierung mit den damit verbundenen Mehrausgaben für langjährige Therapien, bei (Notfall-)Komplikationen, stationären Aufenthalten usw.
2. Derzeit entstehen den Krankenhäusern in Hessen hohe ungedeckte Kosten für die notfallmäßige Behandlung von Patient*innen ohne Kostenträger. Diese Behandlungen konnten außerdem nicht effizient und strukturiert geplant werden.
3. Durch die Clearingstellen können die Kosten besonders effizient eingesetzt werden, da ein möglichst hoher Anteil der Fälle dem regulären Gesundheitssystem zugeführt werden.
4. Momentan werden Behandlungen von kooperierenden Praxen, Laboren und weiteren Gesundheitsakteuren teilweise unentgeltlich oder spendenfinanziert, das heißt von Privatpersonen gezahlt, durchgeführt. Diese Leistungen werden vom Staat zumindest finanziell nicht anerkannt, obwohl sie in seine Fürsorgepflicht fallen.

Insgesamt wirken zudem 5 Mio. € jährlich bei geplanten Investitionen des Landes von knapp 10 Mrd. € bis 2023 auf uns wie ein kleiner Baustein, der gut zur angekündigten „Stärkung Hessens“ der Regierung von CDU und Grünen passen würde.²

² Haushaltsentwurf 2020 und Finanzplan bis 2023 des Landes Hessen

Das Einrichten von Clearing- und Vergabestellen stellt einen erforderlichen bürokratischen Schritt dar. Die Verwaltung könnte durch **eine effektive Zusammenarbeit und Anbindung an bestehende Strukturen der großen Wohlfahrtsverbände** minimiert werden. Dies würde außerdem eine Niedrigschwelligkeit des Beratungsangebotes ermöglichen, da keine neuen Anlaufstellen geschaffen, sondern bereits bekannte ausgebaut werden.

Das oberste Ziel muss weiterhin sein, **Menschen in das reguläre Versicherungs- und Versorgungssystem zu integrieren**, wozu diese Stellen beitragen können.

Die prekäre Situation von Menschen ohne Krankenversicherung zeigt sich auch anhand der aktuellen Corona-Pandemie. Obwohl kostenlose Sars-CoV-2- Tests für alle Menschen verfügbar sein sollen, ist der Zugang dazu ohne eine Krankenversicherung in der Praxis dennoch erschwert.

Um Infektionsketten zu unterbrechen, muss die Testung für Alle auch in der praktischen Umsetzung gewährleistet werden. Die aktuell übliche ausgedehnte Quarantänisierung beispielsweise von Menschen in Geflüchtetenunterkünften stellt für uns keine adäquate Handhabung dar. Durch die wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie ist außerdem mit einem Zuwachs der Zahl Nicht-Versicherter zu rechnen.

Wir unterstützen ausdrücklich den Gesetzesentwurf zur Schaffung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Wir plädieren für eine zeitnahe Umsetzung dieses Vorhabens, das die aktuelle Regierung selbst in ihrem Koalitionsvertrag avisiert hatte. Abwägend sehen wir Kosten und Aufwand zur Umsetzung des Gesetzesentwurfs gerechtfertigt dafür, um die notwendige strukturierte Umsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit zu gewährleisten.

Die geplante Schaffung von Behandlungsfonds und Clearingstellen stellt für uns einen wichtigen Schritt in Richtung angemessene gesundheitliche Versorgung vulnerabler Gruppen dar, darunter die, die sich derzeit bei medizinischen Problemen an unseren Verein wenden.