



HESSISCHER LANDTAG

12. 06. 2020

Plenum

Gesetzentwurf

Fraktion DIE LINKE

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

A. Problem

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. Zu der Frage, wie viele Menschen in Deutschland trotzdem nicht krankenversichert sind, gibt es keine aktuellen Angaben (so die Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE, BT-Drs: 19/12281 vom 12.08.2019).

Die Zahl der Personen, die angeben, ohne Absicherung im Krankheitsfall zu sein, wird alle vier Jahre im Rahmen der Befragung zur Art der Krankenversicherung im Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes erhoben. Sie ist demnach stark rückläufig. Während im Jahr 2011 noch rund 137.000 Personen angaben, über keine Absicherung im Krankheitsfall zu verfügen, waren es im Jahr 2015 rund 79.000 Personen. Ende des Jahres 2017 waren 106.000 Personen im Notlagentarif der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Im Mikrozensus werden jedoch beispielsweise wohnungslose Menschen oder EU-Ausländerinnen und -Ausländer nicht erfasst. Es ist mithin von einer deutlich höheren Dunkelziffer von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz auszugehen.

So geben beispielsweise die „Ärzte der Welt“, die Menschen an vier Standorten in Deutschland medizinisch betreuen und beraten, in ihrem Gesundheitsreport aus dem Jahr 2018 an, dass sie im Jahr 2017 1096 Menschen versorgt haben. Von diesen hatten 66 % keinen Krankenversicherungsschutz, weitere 13,2 % hatten lediglich Zugang zu eingeschränkten medizinischen Leistungen.

Die Gruppe von Menschen in Deutschland, die nicht krankenversichert ist, ist vielfältig. Hierunter fallen Wohnungs- und Obdachlose, die keine Sozialleistungen beziehen, Menschen aus EU-Ländern, welche keine Krankenversicherung mitbringen, Menschen, die krankenversichert in Armut geraten, Selbstständige ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz und auch Menschen ohne Papiere.

Für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ist der Zugang zu Gesundheitsversorgung deutlich erschwert. Es gibt die Möglichkeit der Notfallhilfe in Krankenhäusern, die jedoch oftmals an bürokratischen Hürden scheitert oder zu hohen finanziellen Belastungen der Kliniken führt, sofern keine Erstattungsansprüche seitens der Kliniken durchgesetzt werden können. Ein Teil der Menschen wird von karitativen Initiativen versorgt und beraten. Gerade diese Initiativen berichten in Hessen und bundesweit von deutlich zunehmenden Betroffenenzahlen. Karitative Einrichtungen, die sich ganz vorwiegend auf ehrenamtliches Engagement stützen, stoßen damit zunehmend an ihre Belastungsgrenzen. Zudem ist die Auslagerung einer staatlichen Verpflichtung auf ein karitativ-ehrenamtliches Hilfesystem auch aus prinzipiellen Erwägungen abzulehnen.

Die Einschränkung der Behandlung und medizinischen Versorgung kann zu drastischen Gesundheitsschädigungen der Betroffenen führen. Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität verweist in diesem Zusammenhang auf die Chronifizierung von Entzündungen und Traumata, die bei einer rechtzeitigen Behandlung vermieden werden könnte. Von Armut betroffene Menschen weisen in Deutschland zudem ein 2,4- bzw. 2,7-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko auf (vgl. Robert-Koch-Institut: GBE kompakt 2/2014, S. 2).

B. Lösung

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

In Hessen wird je Kreis/kreisfreie Stadt eine Clearingstelle eingerichtet. 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.

Zur Koordinierung und Beratung der kommunalen Clearingstellen und zur Verwaltung des staatlichen Behandlungsfonds wird eine Landesclearingstelle etabliert. Diese wird bei einem fachlich geeigneten Träger der freien Wohlfahrtspflege angesiedelt und vom Land Hessen mit fünf VZÄ und Sachmitteln gefördert. Ab einer gewissen Behandlungssumme muss die Landesclearingstelle zudem die Bewilligung aus dem staatlichen Behandlungsfonds nach Vorlage der kommunalen Clearingstellen genehmigen.

Unterstützt wird die Landesclearingstelle von einem Beirat, dem zentrale Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich angehören. Der Beirat wird unter anderem an der Erstellung der notwendigen Verwaltungsvereinbarungen beteiligt und beauftragt die Evaluation der Clearingstellen.

Der von der Landesclearingstelle verwaltete Behandlungsfonds wird mit einem Budget von zunächst 5 Mio. € pro Jahr vom Land Hessen versehen. Er kann prinzipiell für alle medizinisch notwendigen Leistungen von Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz genutzt werden (stationäre und ambulante Versorgung, psychiatrische und psychotherapeutische Angebote, Medikamente, Hilfsmittel, Heilmittel, Schwangerschaftsvorsorge) gemäß dem Leistungskatalog der §§ 2 bis 2b SGB V.

Neben der Verwaltung und Mittelbewilligung ist es eine zentrale Aufgabe der Landesclearingstelle, bereits bewilligte Mittel möglichst umfassend für den Fonds zurückzugewinnen, indem mit Krankenkassen oder Sozialämtern Kostenübernahmen erzielt werden. Hierzu soll die Landesclearingstelle eng mit den Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kooperieren.

C. Befristung

Keine.

D. Alternativen

Alternativ zur vorgeschlagenen Regelung könnte eine solidarische Bürgerversicherung etabliert werden, die allen Menschen in Deutschland den Zugang zu den grundlegenden Leistungen des Gesundheitswesens garantiert.

Ein solches Gesundheitswesen ohne Ausschlüsse wäre dem aktuellen Vorschlag sogar vorzuziehen, setzt jedoch ein anderes politisches Handeln auf Bundesebene voraus.

E. Finanzielle Auswirkungen

Dem Landeshaushalt entstehen durch den Gesetzentwurf zusätzliche Kosten in Höhe von ca. 6,8 Mio. €. Diese setzen sich wie folgt zusammen:

- Landesclearingstelle (5 VZÄ plus Sachmittel): ca. 300.000 €,
- Kommunale Clearingstellen (26 VZÄ plus Sachmittel): ca. 1,5 Mio. €,
- Behandlungsfonds: 5 Mio. €.

Durch die Verhinderung von Chronifizierungen etc. wird das Gesundheitswesen um einen nicht spezifizierbaren Betrag entlastet.

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.

F. Unmittelbare oder mittelbare Auswirkungen auf die Chancengleichheit von Frauen und Männern

Die Leistungen dieses Gesetzes stehen allen Geschlechtern gleichermaßen zur Verfügung.

G. Besondere Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung

Menschen mit Behinderungen und ohne Krankenversicherungsschutz erleiden eine mehrfache gesellschaftliche Diskriminierung. Ihre Benachteiligung wird durch das vorliegende Gesetz reduziert.

Der Landtag wolle das folgende Gesetz beschließen:

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

Vom

**§ 1
Zweck des Gesetzes**

Das Gesetz regelt die Einrichtung von Clearingstellen sowie eines Behandlungsfonds in Hessen, um Menschen ohne Krankenversicherungsschutz bei der (Re-)Integration in das Regelsystem zu beraten und zu unterstützen sowie ihre Gesundheitsversorgung zu sichern.

**§ 2
Landesclearingstelle**

(1) Es wird eine Landesclearingstelle bei einem fachlich geeigneten Träger der freien Wohlfahrtspflege eingerichtet. Die Landesclearingstelle wird mit fünf Vollzeitäquivalenten sowie angemessenen Sachmitteln ausgestattet.

(2) Die Landesclearingstelle fungiert als Koordinatorin der kommunalen Clearingstellen und ist Servicestelle für alle Akteurinnen und Akteure, die sich um die Belange von Menschen ohne oder mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz in Hessen kümmern. Des Weiteren nimmt sie die Aufgabe der Verwaltung des Behandlungsfonds wahr.

**§ 3
Clearingstellen**

(1) In jedem Landkreis sowie in jeder kreisfreien Stadt wird eine kommunale Clearingstelle eingerichtet. Die kommunalen Clearingstellen beraten und betreuen Menschen ohne Krankenversicherung mit dem Ziel, diese in das Regelsystem der Krankenversicherung zu (re-)integrieren. Sie sind Ansprechpartnerin für andere lokale Akteurinnen und Akteure im Bereich der Versorgung und Betreuung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Landkreise können gemeinsame kommunale Clearingstellen einrichten. Die Clearingstellen sollen vorrangig bei Trägern der freien Wohlfahrtspflege angesiedelt werden. Sofern es bereits bestehende Strukturen zur Unterstützung und Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz gibt, sollen die Clearingstellen an diesen Stellen angesiedelt werden.

(2) Die kommunalen Clearingstellen werden mit einem Vollzeitäquivalent ausgestattet.

(3) Die kommunalen Clearingstellen können Hilfesuchende an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Hebammen sowie Krankenhäuser übermitteln. 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.

**§ 4
Einrichtung und Bewilligungsverfahren**

(1) Es wird ein nicht rechtsfähiger Fonds (Behandlungsfonds) für die Behandlung von Menschen ohne oder mit nur eingeschränktem Krankenversicherungsschutz eingerichtet. Dieser wird vorrangig aus Beiträgen des Landes gespeist. Die Krankenversicherungen können ergänzende Beiträge leisten.

(2) Die Verwaltung des Fonds erfolgt durch die Landesclearingstelle. Diese wirbt bei den Krankenkassen um ergänzende Beiträge für den Behandlungsfonds. Die Bewilligung und Verteilung der Mittel sind in einer Verwaltungsvorschrift zu regeln.

(3) Ein Rechtsanspruch auf die Übernahme der Behandlungskosten entsteht erst mit der Bewilligung durch die jeweils zuständige Clearingstelle.

(4) Die Landesclearingstelle hat in Zusammenarbeit mit den kommunalen Clearingstellen und den Trägern der Gesundheitsversorgung die Aufgabe zu prüfen, ob mit Mitteln des Behandlungsfonds übernommene Leistungen von den Krankenkassen oder anderen potenziellen Kostenträgern zurückgefordert werden können. Ist dies der Fall, sind die wiedergewonnen Mittel in den Behandlungsfonds einzuspeisen.

§ 5 Leistungskatalog

Der Behandlungsfonds übernimmt Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen. Dazu gehören auch Leistungen aus dem Bereich der Heilmittel, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, psychiatrische und psychologische Behandlungen sowie für die Behandlung erforderliche Übersetzungstätigkeiten. Kosten für Medikamente und medizinische Hilfsmittel können erstattet werden. Die Höhe der übernommenen Kosten orientiert sich an den Leistungen gem. den §§ 2 bis 2b SGB V.

§ 6 Beitrag des Landes

Das Land führt dem Fonds jährlich mindestens 5 Millionen Euro zu.

§ 7 Beirat

(1) Zur Unterstützung der Arbeit der Landesclearingstelle wird ein Beirat gebildet. Der Beirat tagt mindestens halbjährlich. Er hat die Aufgabe, die Landesclearingstelle sowie die kommunalen Clearingstellen mit seiner Expertise zu beraten, bei der Erstellung der Verwaltungsvorschriften mitzuwirken und die Evaluation des Gesetzes zu begleiten.

(2) Der Beirat wird durch eine Vertreterin bzw. einen Vertreter des für Gesundheit zuständigen Ministeriums des Landes Hessen geleitet. Des Weiteren gehören jeweils mit einer Vertreterin bzw. einem Vertreter die Hessische Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Landesärztekammer, die Landesclearingstelle, die Landeszahnärztekammer, die Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen, die Psychotherapeutenkammer Hessen sowie ver.di dem Beirat an. Die Krankenkassen entsenden zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter, die sowohl gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patientinnen und Patienten repräsentieren sollen. Die kommunalen Clearingstellen entsenden drei Vertreterinnen und Vertreter. Weitere Mitglieder können auf Beschluss des Beirats berufen werden.

(3) Der Beirat gibt sich zur Regelung seiner Arbeitsweise eine Geschäftsordnung.

§ 8 Evaluation

Das vorliegende Gesetz wird drei Jahre nach seinem Inkrafttreten durch eine externe wissenschaftliche Untersuchung evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation sind öffentlich bekanntzumachen.

§ 9 Wahrung der Anonymität

Landesclearingstelle und kommunale Clearingstellen unterliegen keinerlei Verpflichtung zur Datenübermittlung, insbesondere gegenüber Behörden und weiteren staatlichen Aufgabenträgern.

§ 10 Inkrafttreten

Das Gesetz tritt mit Verkündung in Kraft.

Begründung

Nach Schätzungen sind ca. 800.000 Menschen mit dauerhaftem Aufenthalt in Deutschland trotz bestehender Krankenversicherungspflicht nicht krankenversichert oder verfügen nur über Zugang zur Versicherungs-Notversorgung. Der Personenkreis ist dabei sehr vielfältig zusammengesetzt, darunter fallen u.a. (ehemals) Selbstständige, ehemals mitversicherte Familienangehörige, EU-Ausländerinnen und -Ausländer, wohnungs- und obdachlose Menschen und Menschen ohne Papiere.

Die Betroffenen haben regelmäßig keinen Zugang zu regulärer Gesundheitsversorgung. In Hessen sind sie bisher weitgehend auf karitative und ehrenamtliche Hilfsangebote in einigen größeren Städten angewiesen oder werden – oft in letzter Instanz – als Notfälle in Kliniken aufgenommen. Die entstehenden Versorgungskosten werden in der Regel durch Spenden oder ohne Gegenfinanzierung aus den Etats der Kliniken beglichen, auch weil der sog. Nothelfer-Paragraf (§ 25 SGB XII) sich in der Anwendung als sehr aufwendig und oft nicht nutzbar erweist.

Diese Situation ist für alle Beteiligten unbefriedigend. Für erkrankte Personen ohne Versicherungsschutz ist die Situation in der Regel stigmatisierend; in der Folge werden Kontakte zu medizinischen Einrichtungen herausgezögert, was zu lebensgefährlichen Situationen führen kann und zu Chronifizierungen beiträgt. Kliniken und Praxen befürchten angesichts der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung die Nichterstattung der Kosten. Karitative und ehrenamtliche Strukturen in diesem Bereich streben in erster Linie an, dass ihre Dienste durch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortungsübernahme abgelöst werden.

Dazu unterbreitet der vorliegende Gesetzentwurf einen Lösungsvorschlag, der sich auf positive Erfahrungswerte in anderen Bundesländern stützen kann.

Die Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz macht die Erfahrung, dass erstaunlich viele Menschen doch einen Anspruch auf Krankenversicherungsschutz haben, zum Teil auch im Ausland. Die Klärung dieser Ansprüche ist allerdings sehr aufwendig. Ein großes Problem sind Schulden, weil keine Beiträge gezahlt werden konnten (gerade mit der Corona-Krise wird dies massiv zunehmen) und eingeschränkte Leistungen.

Die zunehmende Zahl an karitativen Einrichtungen der unmittelbaren Hilfe vor Ort in Hessen macht den Bedarf deutlich und zeigt auf, dass diese Aufgaben nicht nur spendenfinanziert durch ehrenamtliche Tätigkeit bewältigt werden können. Krankenhausbehandlungen, Operationen, Medikamente, Pflege: Die Kosten dafür können nur teilweise aufgebracht werden. Notbehandlungen setzen meist zu spät ein.

Mit einem übersichtlichen Personal- und Finanzeinsatz des Landes könnten Kosten bei Kommunen, im Gesundheitswesen und bei Wohlfahrtsverbänden reduziert werden. Gleichzeitig kämen wir einer Gesundheitsversorgung für alle Menschen, wie sie ja auch vom Bundesgesetzgeber mit der Versicherungspflicht intendiert ist, deutlich näher.

Zu § 1

§ 1 regelt den Zweck des Gesetzes. Dies ist die Beratung von Menschen ohne Krankenversicherung, ihre (Re-)Integration in das Krankenversicherungs-Regelsystem sowie die Schaffung eines Behandlungsfonds für Behandlungskosten von Menschen ohne Krankenversicherung oder eingeschränkten Ansprüchen.

Zu § 2

§ 2 beschreibt die Rahmenbedingungen der zentralen Landesclearingstelle.

In Abs. 1 wird bestimmt, dass diese bei einem freien Träger angesiedelt wird. Da viele der potenziellen Adressatinnen und Adressaten des Clearingangebots aufgrund negativer Vorerfahrungen den Kontakt zu staatlichen Stellen scheuen, soll die Landesclearingstelle mit einer ausreichenden Staatsferne versehen werden. Ferner werden die personelle Besetzung und die Kostenträgerschaft, die beim Land Hessen liegt, definiert.

Abs. 2 bestimmt die besonderen Aufgaben der Landesclearingstelle. Dazu zählen insbesondere die Koordination der kommunalen Clearingstellen, die Verwaltung des Behandlungsfonds sowie die Ansprechbarkeit für alle sonstigen Akteurinnen und Akteure im Bereich der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz.

Zu § 3

§ 3 verfügt den landesweiten Aufbau eines Netzes an Clearingstellen.

Abs. 1 definiert die Aufgaben der kommunalen Clearingstellen und bestimmt zu diesem Zweck, dass in jedem Kreis bzw. jeder kreisfreien Stadt eine entsprechende Stelle einzurichten ist. Im Sinne der kommunalen Selbstverwaltung können auch gemeinsame Clearingstellen eingerichtet werden, sofern dadurch nicht die öffentliche Erreichbarkeit für Beratungssuchende unzulässig eingeschränkt wird. Da viele der potenziellen Adressatinnen und Adressaten des Clearingangebots aufgrund negativer Vorerfahrungen den Kontakt zu staatlichen Stellen scheuen, sollen die Clearingstellen vorrangig bei freien Trägern der Wohlfahrtsverbände angesiedelt werden. Um dabei

vorhandene Expertise zu nutzen, sollen die Stellen vorrangig bei Trägern angesiedelt werden, die sich bereits für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz engagieren.

Abs. 2 regelt den Stellenumfang und die Kostenträgerschaft des Landes Hessen.

Abs. 3 legt fest, dass die kommunalen Clearingstellen die Möglichkeit haben, Hilfesuchende ohne oder mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz zur medizinischen Versorgung zu übermitteln. In diesem Fall soll eine Zusicherung der Übernahme der Kosten aus Mitteln des Behandlungsfonds erteilt werden (Kostenübernahmeschein).

Zu § 4

§ 4 beschreibt die Einrichtung und Mittelverwaltung des Behandlungsfonds für Menschen ohne oder mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz.

Abs. 1 legt fest, dass der zu bildende Behandlungsfonds nicht rechtsfähig ist und sich vorrangig aus Beiträgen des Landes speist. Weiterhin können die Krankenversicherungen freiwillige und zusätzliche Beiträge leisten.

Abs. 2 regelt die Verwaltung des Fonds über die Landesclearingstelle. Für das Verfahren der Mittelverwaltung und -bewilligung wird eine Verwaltungsvorschrift unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 7 Abs. 1 vorgesehen.

Abs. 3 bestimmt einen Rechtsvorbehalt, der die Mittelbewilligung von einer positiven Entscheidung der Clearingstellen abhängig macht. Dies ist notwendig, da es sich bei dem Behandlungsfonds um begrenzten Finanztopf handelt.

Abs. 4 erteilt insbesondere der Landesclearingstelle den Auftrag, mögliche andere Kostenträger zu ermitteln und in die Pflicht zu nehmen. Damit soll der Einsatz von Steuermitteln begrenzt werden. Es wird zugleich der Intention der solidarischen Finanzierung von Gesundheitsrisiken (§ 3 SGB V) Rechnung getragen.

Zu § 5

§ 5 regelt den Leistungskatalog, welcher aus dem Behandlungsfonds gewährt wird. Dieser ist umfassend und bietet den Zugang zum vollen medizinischen Versorgungsspektrum.

Zu § 6

§ 6 bestimmt den jährlichen Mindestbeitrag des Landes Hessen. Dieser wird zunächst in einer vorsichtigen Schätzung auf 5 Mio. € kalkuliert. Sollte sich zeitnah und noch vor der Evaluierung abzeichnen, dass ein höherer Betrag im Sinne einer funktionierenden Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Hessen erforderlich ist, kann durch die Festlegung eines Mindestbeitrages im einfachen haushälterischen Verfahren der Betrag erhöht werden.

Zu § 7

§ 7 bildet die Grundlage zur Schaffung eines Beirats.

Abs. 1 bestimmt die Aufgaben und den Tagungsrhythmus des Beirates.

In Abs. 2 werden die Mitglieder des Beirates bestimmt. Neben der Leitung durch das für die Gesundheit zuständige hessische Fachministerium werden Vertreterinnen und Vertreter von Fachorganisationen im Bereich des Gesetzes benannt. Der Beirat kann nach Bedarf durch Beschluss desselben erweitert werden.

Abs. 3 trifft Festlegungen zur Geschäftsordnung des Beirates.

Zu § 8

In § 8 wird eine wissenschaftliche Evaluation zur Arbeit und den Ergebnissen der Clearingstellen vorgeschrieben. Diese ist erforderlich, um den Erfolg der Arbeit dieses in Hessen neuen Instrumentes bewerten zu können. Zum Zweck der Transparenz ist das wissenschaftliche Gutachten zu veröffentlichen.

Zu § 9

Mit § 9 wird der hohe persönliche Schutz der erhobenen Daten bestimmt. Da die Clearingstellen allen Menschen ohne Krankenversicherungsschutz zugänglich sein sollen, also auch Menschen, die die Anonymität vor staatlichen Stellen benötigen, wird festgelegt, dass die Daten der Clearingstellen einen besonderen Schutzcharakter haben, der nicht dem Zugriff staatlicher Stellen unterliegt.

Zu § 10

§ 10 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.