

Stenografischer Bericht
(ohne Beschlussprotokoll)

– Öffentliche Anhörung –

37. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

17. September 2020, 14:15 bis 18:00 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Max Schad
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Wolfgang Decker
Lisa Gnadl
Stephan Grüger
Dr. Daniela Sommer

AfD

Arno Enners
Claudia Papst-Dippel
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm
Saadet Sönmez

Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Fiona Schultz
 SPD: Bettina Kaltenborn
 AfD: Jan Feser, Dagmar Tröger
 Freie Demokraten: Isabel Schnitzler
 DIE LINKE: Thomas Völker, Milena Hildebrand

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Kai Keose	Min	HM 01
Maria Zahn	RR'in	HMSI
BEN MICHAEL RUCH	MR	HMSI
Markus Beulke	RD	STK

Anzuhörende:

Diakonie Hessen	Doris Peschke
Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz c/o Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.	Johannes Lauxen
Hessen-Caritas	Daniela Manke
Caritasverband Offenbach am Main e. V. Projekt Straßenambulanz	Projektleiterin Edith Heilos
Malteser Hilfsdienst e. V. Mainz	Diözesan/Bezirksgeschäftsführer Roy Kanzler
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Frankfurt am Main	Annette Lehmann
Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Offenbach am Main	Dr. med. Matthias Zimmer Gabriele Türmer
Medinetz Marburg	Maxi Haslach Celia Gaillard David Kremer
Gesundheitsamt Frankfurt am Main Humanitäre Sprechstunden	Dr. Petra Tiarks-Jungk Alexandra Sarah Lang
Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	Geschäftsführender Direktor Prof. Dr. med. Steffen Gramming
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	Vorstandsvorsitzender Frank Dastych
Psychotherapeutenkammer Hessen	Präsidentin Dr. Heike Winter Justitiar Olaf Diederichs
Studentische Poliklinik Frankfurt am Main (StuPoli)	Johanna Pottiez

Protokollführung: Stefan Kampfer, Maximilian Sadkowiak

Öffentliche mündliche Anhörung

Gesetzentwurf

Fraktion DIE LINKE

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

– Drucks. [20/2969](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden

– Ausschussvorlage SIA 20/33 –

(Teil 1 verteilt am 04.09.20, Teil 2 am 07.09.20, Teil 3 am 23.09.20)

Vorsitzender: Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr geehrten Damen und Herren! Mit 15-minütiger Verspätung eröffne ich die 37. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses. Ich heiße Sie alle ganz herzlich willkommen. Ich begrüße insbesondere Herrn Staatsminister Klose.

Wir haben drei Gruppen der Anzuhörenden gebildet. Die erste Gruppe befindet sich bereits im Plenarsaal.

Ich darf vorab darauf hinweisen, dass wir im Hessischen Landtag, wenn ich mir diese Bemerkung erlauben darf, die fleißigsten Abgeordneten haben. Deswegen können Sie davon ausgehen, dass alle Stellungnahmen sehr sorgfältig gelesen wurden. Insofern bitte ich Sie, Ihre mündliche Stellungnahme auf eine Redezeit von drei Minuten zu begrenzen, sodass dann auch mehr Zeit für Nachfragen zur Verfügung steht.

Als Erste rufe ich Frau Peschke von der Diakonie Hessen auf.

Frau **Peschke:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Abgeordnete! Vielen Dank für die Möglichkeit, neben der schriftlichen Stellungnahme, die Sie bereits haben, auch noch mündlich eine Stellungnahme abzugeben. Das ist eine gemeinsame Stellungnahme der Diakonie Hessen mit der Parität Hessen. Alle drei evangelischen Kirchen in Hessen haben sich dieser Stellungnahme ebenfalls angeschlossen.

Menschen ohne Krankenversicherung – dies betonen auch andere Stellungnahmen – sollte es in Deutschland eigentlich nicht geben, und doch zeigen die Praxis und die Statistik des Mikrozensus, dass es sie gibt und dass das Problem größer wird. Gerade in einer Zeit, in der die Corona-Pandemie das gesellschaftliche Leben einschränkt und das Virus das Leben und die Gesundheit Einzelner massiv gefährdet, bleiben Menschen in prekären Lebenslagen ohne ausreichende Gesundheitsversorgung. Dazu gehören Wohnungslose, Menschen ohne regulären Aufenthaltstitel, auch einige, die nicht mehr fristgerecht in ihr Herkunftsland zurück- oder in ein anderes Zielland einreisen konnten, und aller Voraussicht immer mehr Selbstständige, deren Einkünfte weggebrochen sind. Aber auch wenn die Zahl der Unversicherten steigt, ist das ein lösbares Problem.

Angesichts der weiterhin akuten Pandemiesituation und gerade jetzt vor dem Beginn des Herbstes und Winters ist es dringend notwendig, möglichst schnell den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern und nach Möglichkeit auch den Zugang zur Krankenversicherung zum Teil wiederherzustellen.

Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass wir den Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE für gut halten, weil er eine notwendige umfassende gesundheitliche Versorgungsplanung vorsieht. Eine landesweite Einrichtung von Clearingstellen in allen Städten und Landkreisen in Hessen würde den notwendigen niederschweligen und flächendeckenden Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtern.

Vielfach – so zeigt es sich in der Praxis von Clearingstellen in anderen Bundesländern – können auch vorhandene Versicherungsansprüche geltend gemacht werden. Das betrifft etwa ein Drittel.

Da vielfältige Beratungskompetenzen gebraucht werden, halten wir den vorgeschlagenen Ansatz, die Clearingstellen bei Wohlfahrtsverbänden oder caritativen Organisationen anzusiedeln, für sinnvoll. Wir befürworten eine Ansiedlung bei bestehenden Beratungsstellen für Migrantinnen und Migranten, Wohnungsnotfallhilfe und Soziales.

Die Finanzierung von Sprachmittlern bei der Beratung und in den Clearingstellen sollte angemessen berücksichtigt werden.

Eine für das Land Hessen koordinierende Clearingstelle wäre zu begrüßen, bei der auch die Verwaltung eines Fonds angesiedelt sein sollte.

Vorrangig möchten wir uns für die Abrechnung anonymer Krankenscheine über Krankenkassen aussprechen, weil für Ärztinnen und Ärzte keine Zusatzkenntnisse und auch keine Arbeit erforderlich wären und damit mehr Behandlungsmöglichkeiten entstünden. Die Krankenkassen könnten dann über den Fonds eine Refinanzierung für die anonyme Behandlung erhalten.

Entscheidend für die Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung wird das Vertrauen sein. Daher sollten alle in diesem Bereich tätigen Personen von der Übermittlungspflicht personenbezogener und aufenthaltsrechtlicher Daten an Behörden ausgenommen werden, wie es bereits für Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitsämter gilt.

Wir würden es sehr begrüßen, wenn der Hessische Landtag auf der Grundlage dieses Gesetzentwurfs möglichst schnell ein Gesetz zur Schaffung von flächendeckenden kommunalen Clearingstellen und einer Landesclearingstelle sowie eines Behandlungsfonds zur Unterstützung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz beschließen könnte und die dafür notwendigen Mittel in den Haushalt der nächsten Jahre einplanen würde. Genau jetzt wäre der richtige Zeitpunkt, um ein solches Gesetzesvorhaben zu realisieren.

Herr **Lauxen**: Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Abgeordnete! Die Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz hat im September 2019 in Trägerschaft des Vereins Armut und Gesundheit in Deutschland ihre Arbeit aufgenommen. Die Clearingstelle befindet sich in den Räumen einer Ambulanz für Menschen ohne Krankenversicherung. Seit September letzten Jahres haben sich 290 Menschen aus Rheinland-Pfalz an unsere Beratungsstelle gewandt. 38 % der Hilfesuchenden konnten wir erfolgreich für den Krankheitsfall absichern. Täglich wenden sich neue Menschen an uns.

Wöchentlich werden wir von Menschen und Beratungsstellen aus Hessen und auch aus anderen Bundesländern kontaktiert. Unter den Patientinnen und Patienten der medizinischen Anlaufstelle befinden sich allein 253 Menschen aus Hessen.

Etwa die Hälfte der Menschen, die sich an uns wenden, sind deutsche Staatsbürger. Für sie bestehen zum Teil immense bürokratische Hürden zur Wiedererlangung eines Krankenversicherungsschutzes. Die Gesetzeslage ist hochkomplex. Die Betroffenen sind auf eine gute Beratung angewiesen. Dies wird allein daran deutlich, dass wir immer wieder Anfragen aus Behörden bekommen, die selbst mit der Gesetzeslage überfordert sind. Ein auffallendes Hindernis ist dabei die häufig fehlende oder falsche Beratung bei Krankenversicherungen und Sozialleistungsträgern. Sie kommen ihrer Beratungspflicht oft nicht angemessen nach. Das geht zum Teil so weit, dass wir offensichtlich bestehende Rechtsansprüche der Hilfesuchenden aktiv und unter Nennung relevanter Paragraphen erstreiten müssen.

Wir erleben darüber hinaus, dass manche Krankenversicherungen wochenlang warten, bis sie angeforderte Antragsunterlagen verschicken, dass sie immer wieder neue Nachweise verlangen und dass ratsuchende Menschen sogar abgewiesen werden, ohne dass sie überhaupt die Möglichkeit bekommen, einen Antrag zu stellen.

Ein großes Problem sind auch Beitragsschulden, die bei längeren Versicherungslücken entstehen. Menschen, die in ohnehin oft schwierigen Lagen die Kraft aufbringen, sich um einen Versicherungsschutz zu bemühen, sind dann erst einmal mit hohen Schulden konfrontiert. Dies kann dazu führen, dass sich die Menschen, die zwar einen Rechtsanspruch auf eine Krankenversicherung haben, aus Angst vor der Schuldenlast aber dagegen entscheiden. Zudem führen diese Beitragsrückstände zu einem stark eingeschränkten Leistungsanspruch.

Besonders ältere Menschen, die früher einmal privat und dann lange nicht versichert waren, können oft die hohen Beiträge für eine private Krankenversicherung aus eigenen Mitteln nicht mehr zahlen. Da sie nicht mehr in das gesetzliche System wechseln können, bleiben sie ohne Krankenversicherung.

Menschen aus EU-Staaten, die ca. ein Viertel der Hilfesuchenden in unserer Beratungsstelle ausmachen, sind oft von Sozialleistungen ausgeschlossen. Viele von ihnen sind in Ausbeutungsverhältnissen beschäftigt und werden von ihren Arbeitgebern nicht bei einer Krankenkasse angemeldet. Bei Menschen aus Drittstaaten – ebenfalls etwa ein Viertel der Ratsuchenden – führt oft ein ungeregelter Aufenthaltsstatus dazu, dass sie sich nicht versichern können. Aber auch Menschen, deren Aufenthalt zwar geregelt ist, der aber von einer Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts abhängt, können nicht in der gesetzlichen Krankenkasse Mitglied werden.

Zudem können ungeklärte Zuständigkeiten, z. B. zwischen Kommunen, dazu führen, dass Menschen zwischenzeitlich ohne Krankenversicherung dastehen und dennoch dringend Hilfe benötigen.

Bundesweit gibt es aktuell 14 Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung. Die Clearingstellen und medizinischen Anlaufstellen für Unversicherte füllen aber lediglich Lücken im System. Wenn Menschen erst eine Clearingstelle aufsuchen müssen, um ihr Menschenrecht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung wahrnehmen zu können, dann erfüllt der Sozialstaat seine Aufgaben nur ungenügend. Daher bedarf es neben der Einrichtung von weiteren Beratungsangeboten dringend gesetzlicher Reformen.

Zusätzlich zu den Clearingstellen setzen wir uns auch deutlich für einen Behandlungsfonds ein, um in dringenden Notsituationen Behandlungskosten übernehmen zu können. Menschen wenden sich oft erst dann an die vorhandenen Anlaufstellen, wenn sie akute Schmerzen oder lebensbedrohliche Krankheiten haben. Dann muss es oft sehr schnell gehen. Sie in das Krankenversicherungssystem zu integrieren, erfordert aber nicht selten eine monatelange Beratung und Begleitung. Ein Behandlungsfonds könnte in solchen Fällen notwendige Behandlungskosten übergangsweise decken.

Zudem gibt es Menschen, die aufgrund der bestehenden Gesetzeslage einfach nicht in das Gesundheitssystem zu integrieren sind. Mit einem Behandlungsfonds könnten auch diese Menschen notwendige medizinische Behandlungen erhalten.

Die Zahl derer, die sich an Beratungsstellen wenden, steigt merklich an. Es ist jetzt an der Zeit zu handeln.

Frau **Manke**: Sehr geehrter Herr Promny, sehr geehrte Damen und Herren! Ich habe im Auftrag der Hessen-Caritas eine Stellungnahme angefertigt, das heißt im Auftrag der drei Diözesen Hessens, also Fulda, Limburg und Mainz. Wir haben viele soziale Dienste, sowohl im stationären Bereich, bei den Krankenhäusern, als auch niedrigschwellige Beratungsdienste und ambulante Dienste. In meine Stellungnahme ist auch die Kompetenz der Straßenambulanzen eingeflossen. Frau Heilos wird gleich noch zu ihrer eigenen Stellungnahme sprechen, auch für die Elisabeth-Straßenambulanz in Frankfurt. Ich möchte mich deshalb sehr kurzfassen.

Wir befürworten sowohl die einzelnen Clearingstellen, sehr gerne angedockt an vorhandene Stellen in den Wohlfahrtsverbänden, als auch eine Landesclearingstelle sowie den Behandlungsfonds, der uns für den kurzfristigen Einsatz von Mitteln notwendig erscheint. Für Praxisbeispiele möchte ich gerne an meine Kollegin Frau Heilos weitergeben.

Frau **Heilos**: Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Promny! Mein Name ist Edith Heilos. Ich bin von der Caritas-Straßenambulanz in Offenbach. Wir bedanken uns für die Möglichkeit, heute hier unsere Expertise einzubringen. Die Caritas-Straßenambulanz ist noch ein sehr junges Projekt. Uns gibt es erst seit zwei Jahren. Aber schon in dieser kurzen Zeit sind wir mit der ganzen Bandbreite an Menschen, die keine Krankenversicherung haben, konfrontiert worden.

Wir begrüßen die Idee, mit diesem Gesetzentwurf die Einrichtung von Clearingstellen voranzutreiben, sagen aber im gleichen Atemzug, dass auch die Ambulanzen dringend gefördert werden müssen und dass es hier klare Strukturen braucht; denn das ist eine Arbeit, die im Moment auf ehrenamtlicher Basis sowie auf der Basis von Stiftungsgeldern und Spenden beruht.

Wenn wir Menschen in Clearingstellen vermitteln wollen, werden sie durch uns erst einmal aufgesucht und ordentlich angezogen. Sie bekommen eine Körperpflege, und es wird eine erste Grundversorgung gemacht. Das ist überhaupt der erste Schritt, bevor es weitergehen kann.

Wenn es möglich ist, ein Clearing zu machen – wir machen das bei unserer allgemeinen Lebensberatung zum Teil auch selbst –, können wir aus unserer Erfahrung sagen – dies hat der Kollege aus Mainz schon bestätigt –, dass das sehr zeitaufwendige Prozesse sind. Da-

für müssen alle möglichen Papiere und Dokumente zusammengebracht werden. Darüber hinaus braucht es die Mitwirkung, die Compliance der Leute, die dem Leben durch die prekären Lebens-, Wohn- und Arbeitssituationen voll ausgesetzt sind.

Auch der Behandlungsfonds, der in dem Gesetzentwurf angesprochen wird, ist eine wichtige Säule in diesem System. Allerdings sind 5 Millionen € nur ein erster Schritt. Ich glaube, es gibt in Hessen ca. 15 Ambulanzen. Wenn man einmal zusammenrechnet, wie viel Geld nur für Medikamente anfallen würde, dann sieht man, dass das sehr wenig Geld ist. Hinzu kommen noch Krankenhauskosten, beispielsweise bei Entbindungen und Risikogeburten und auch bei Krebserkrankungen. Viele Menschen mit Tumoren müssen dringend operiert werden. Das alles bleibt auf der Strecke, weil die Finanzierung nicht geklärt ist.

Es ist richtig, dass es Menschen gibt, die über das SGB XII abgerechnet werden können. Das sind Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit, bei denen das ganz einfach ist. Aber wir arbeiten auch sehr viel mit EU-Bürgerinnen und -Bürgern zusammen. Sie werden von den Arbeitgebern leider in Arbeitsverhältnisse gebracht, in denen sie nicht versichert sind. Die Menschen wissen das nicht. Sie sind sprachlich nicht fit, vielleicht auch noch autoritätshörig und trauen sich nicht, etwas zu sagen. Viele leben in Zimmern, zahlen für ihr Bett 300 bis 400 € im Monat und sind nicht krankenversichert. Wenn sie ihre Arbeit verloren haben, dann haben sie auch ihren Schlafplatz verloren. Sie stehen dann auf der Straße und versuchen, sich weiter über Wasser zu halten. Das sind die Menschen, mit denen wir es jeden Tag zu tun haben und die wir aufsuchen. Nur die Aufgesuchten können auch an die Clearingstellen weitergeführt werden.

Aus diesem Grund ist unser Plädoyer: Clearingstellen ja, Behandlungsfonds ja, aber auch eine Förderung der Ambulanzen.

Abg. **Christiane Böhm:** Schönen Dank erst einmal für Ihre Stellungnahmen. – Ich habe einige Fragen, die sich an mehrere von Ihnen richten. Sie müssen dann selbst entscheiden, wer die Fragen jeweils beantwortet.

Die erste Frage, die sich mir beim Lesen der Stellungnahmen gestellt hat und die sich mir auch jetzt bei Ihren Schilderungen noch einmal stellt, steht unter der Überschrift: Wie schaffen Sie es, ehrenamtlich und mit Spendengeldern so viele Menschen zu organisieren – Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal –, die die ambulante und zum Teil auch aufsuchende Arbeit machen? Denn das ist ja keine Sache, die man nur zwei Stunden in der Woche macht. Mein Vorlesekurs ist eine ehrenamtliche Arbeit auf einem niedrigeren Level. Diese Menschen aber leisten eine hochkomplexe, hochprofessionelle und sehr zeitintensive Arbeit. Das ist die Frage, die sich mir ganz persönlich stellt. Ich denke, dass da eine gewaltige Motivation dahinterstecken muss. Vielleicht könnten Sie dazu etwas sagen.

Frau Peschke, Sie haben in Ihrer Stellungnahme etwas über die anonymen Krankenscheine geschrieben. Ich habe noch nicht ganz verstanden, wie das laufen soll. Haben Sie Informationen über entsprechende Modelle in anderen Bundesländern? Gibt es schon Beispiele für ein solches Abrechnungsmodell? Haben Sie aus dem Ministerium bereits Signale bekommen, dass wir in Hessen ähnliche Schritte gehen können, um solche Krankenscheine abzurechnen, egal wo?

Herr Lauxen, schönen Dank auch für Ihre Schilderungen. – Mir ist beim Lesen der Stellungnahmen, gerade von den Krankenkassen und den Behörden, ein sehr großer Widerspruch aufgefallen. Die schreiben nämlich, dass sie schon beraten. Sie, Herr Lauxen, und auch viele andere sagen aber, dass das mit der Beratung nicht so gut zu funktionieren scheint. Ich als Sozialarbeiterin kann das gut nachvollziehen, weil das Ganze wirklich hochkomplex ist. Vielleicht könnten Sie dazu noch etwas sagen.

Die andere Frage, die damit zusammenhängt, ist: Inwiefern ist es möglich, wenn eine Behandlung schon begonnen wurde und sich hinterher herausstellt, dass die betreffende Person krankenversichert werden könnte, das Geld von der Krankenkasse zurückzubekommen?

Frau Manke, ich habe aus den Stellungnahmen herausgehört, dass die niedrighschwellige pflegerische Versorgung eine große Bedeutung hat, beispielsweise das Verbinden von Wunden. Wenn man auf der Straße ist, gibt es aber nicht die entsprechenden hygienischen Voraussetzungen. Wie stellt sich das bei Ihnen in den Einrichtungen dar?

Sie haben auch geschrieben, dass das Portfolio der Clearingstellen ausdifferenziert werden sollte. Sollen die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder soll das Angebot insgesamt ausdifferenziert werden?

Frau Manke und Frau Heilos, weil Sie gesagt haben, in dem Behandlungsfonds sei zu wenig Geld: Welche Summe halten Sie denn in dem Behandlungsfonds für realistisch? Sind Sie nicht der Meinung, dass man über die Clearingstellen klären kann, dass Krankenkassen für Behandlungskosten eintreten könnten, die jetzt anderweitig aufgebracht werden müssen? Sie haben gesagt, 40 % der Menschen könnten wieder in eine Krankenkasse zurückgeführt werden.

Frau Heilos, wie könnte die Finanzierung der aufsuchenden Arbeit bzw. der ambulanten Dienste, die Sie leisten, ausschauen? Welche Vorstellungen haben Sie, wie das organisiert werden könnte?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Stellungnahmen und habe ebenfalls Fragen an alle Institutionen.

Frau Peschke, Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass es im Prinzip einen bedarfsgerechten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung geben müsse. Was mir sehr gefallen hat, ist, dass Sie gesagt haben, dies müsse der Lebensrealität entsprechen. Vielleicht könnten Sie noch konkretisieren, was das heißt; denn ich finde das ganz wichtig, um angemessen darauf reagieren zu können.

Frau Heilos, wie hoch soll der Behandlungsfonds sein?

Diese Frage verbinde ich gleich mit einer Frage an Herrn Lauxen. Sie haben in Rheinland-Pfalz schon Erfahrungen. Wie hoch ist Ihr Fonds, und was würden Sie Hessen diesbezüglich empfehlen?

Sie haben auch mitgeteilt, dass Sie Rechtsansprüche erstreiten müssen. Wenn man andere Stellungnahmen liest, stellt man fest, dass beispielsweise von den privaten Krankenkassen darauf Bezug genommen wird, dass es Notlagen- oder Basistarife gebe, dass man jeden zurückführen könnte und dass es da kein Problem gebe. Sie zeichnen aber eine

andere Realität. Vielleicht könnten Sie uns aufklären, wie Sie zu Ihrer Einschätzung gekommen sind und welche Erfahrungen Sie damit haben.

Ich habe noch eine Frage an Frau Heilos bzw. an die Caritas. Sie beschreiben in Ihrer Stellungnahme ein Projekt aus Berlin, und zwar, dass der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung bei den Hausärzten ohne Krankenversicherungsschutz ermöglicht worden ist. Wäre das eine mögliche Lösung auch für Hessen?

Abg. **Marcus Bocklet:** Auch von meiner Seite danke für die Stellungnahmen. – Ich finde dieses Thema extrem spannend, weil es offensichtlich ein Problem gibt, nämlich dass wir zu wenig Menschen mit einer Krankenversicherung haben. Unsere große Sorge ist, dass diese Menschen, weil sie nicht im Versicherungssystem sind, keine ausreichende medizinische Versorgung bekommen. Demgegenüber steht ein Regelsystem. Wenn der Gesetzentwurf der LINKEN eine Berechtigung hat, dann ist das doch ein Ausdruck dessen, dass das Regelsystem an irgendeiner Stelle versagt. Deswegen stelle ich Ihnen die Frage: Wo versagt das Regelsystem, und wo beraten die Krankenkassen nicht ordentlich?

Herr Lauxen, warum braucht es eine Clearingstelle? Wenn man dies mit Jobcentern vergleicht: Die sind dazu da, um die Menschen zu beraten, damit sie wieder in Arbeit kommen. Wir können aber auch Arbeitsloseninitiativen finanzieren, die beraten. Man kann immer ein Doppelsystem fahren. Was also läuft da schief?

Die zweite Frage ist: Die Zahl der Bedürftigen geht gemäß einer Meldung offensichtlich zurück. Ich habe die Zahl gerade nicht aufgeblättert, aber das war ein deutlicher Rückgang um einige Tausend. Warum bezahlen diese Menschen, gerade Selbstständige, den Basistarif nicht? Ich will hier jetzt nicht das kalte Herz spielen, aber ich glaube, dass ein Teil dieser Menschen einfach nicht bereit ist, im Rahmen der Selbstständigkeit für die soziale Absicherung zu sorgen.

Ich habe im Rahmen der Corona-Krise mitbekommen, dass viele Selbstständige keine Arbeitslosenversicherung abschließen, die sie im Monat 80 € kosten und sie auf einen solchen Fall vorbereiten würde; das haben sie nicht getan. Insofern muss man die Frage stellen, wie solidarisch sich jemand gegenüber der Gesellschaft verhält, wenn er nichts in die Arbeitslosenversicherung einzahlt. Was ist der Grund dafür?

Wenn es gelingt, 40 % wieder in das Regelsystem zu integrieren, dann muss ich sagen, dass das eine hervorragende Quote ist. Dies zeigt aber auch, dass wir ein Problem im bürokratischen Regelsystem haben. Viele Leute haben einen Anspruch. Wir bräuchten für sie keinen Behandlungsfonds, sondern sie müssten einfach nur in das Regelsystem kommen. Ich zermartere mir den Kopf – das ist die ganz große Frage –: Warum sollen wir Clearingstellen, einen Beratungsfonds und Sonderstrukturen für ein Regelsystem schaffen, das gefälligst zu funktionieren hat?

Abg. **Claudia Papst-Dippel:** Auch meine Frage geht in die Richtung der Frage von Herrn Bocklet. Ich habe in verschiedenen Berichten gelesen, dass es laut einer Statistik weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz gibt. Wie kommt es dann, dass auf der einen Seite gesagt wird, dass die Zahl dieser Menschen weniger wird, während Sie auf der anderen Seite einhellig sagen, dass es mehr werden? Kommen die Betroffenen erst dann in die Ambulanzen bzw. Straßenambulanzen, wenn sie wirklich gesundheitliche Probleme haben? Werden diese Personen erst dann in der Statistik erfasst?

Ich komme aus dem freiberuflichen Bereich und kenne das Problem, dass irgendwann eine Schwelle erreicht ist, ab der man fast keine Kosten mehr tragen kann. Ich kenne Leute, die nicht krankenversichert waren. Man wird älter, hat vielleicht einen Diabetes, und dann funktioniert das Ganze gar nicht mehr. Da es offensichtlich eine Diskrepanz bezüglich der Meldungen gibt: Wie wird diese Statistik geführt?

Abg. **Felix Martin**: Vielen Dank für Ihre Stellungnahmen. – Ich habe eine Frage an Frau Peschke und Herrn Lauxen.

Herr Lauxen, Sie haben in Ihrer Stellungnahme zu dem vorliegenden Gesetzentwurf eigentlich gar nichts geschrieben. Das ist Ihr gutes Recht. Sie haben die Situation in Rheinland-Pfalz beschrieben. Es war durchaus gut, dass Sie das gemacht haben. Ich möchte Sie noch fragen, wie Sie den uns vorliegenden Gesetzentwurf bewerten.

Frau Peschke, Sie haben gesagt, Sie würden sich wünschen, dass auf der Grundlage dieses Gesetzentwurfs ein Gesetz in Kraft treten würde. Uns liegt ja bereits ein Gesetzentwurf vor, den wir annehmen, ablehnen oder verändern könnten. Ich möchte wissen, ob ich Sie richtig verstanden habe, dass Sie das Ansinnen zwar gut finden, aber den Gesetzentwurf noch nicht als zustimmungsfähig erachten und daran noch Änderungsbedarf sehen.

Abg. **Volker Richter**: Auch ich bedanke mich für Ihre Ausführungen. – Frau Heilos, anders als Herr Bocklet kann ich nach dem, was Sie gesagt haben, sehr gut nachvollziehen, dass viele Menschen aufgrund ihrer Situation mit den jeweiligen Firmen, in denen sie arbeiten, schlicht und einfach gar nicht die Mittel haben, um Rücklagen zu bilden; das muss man einfach so sagen. Aber das ist eine Systemfrage; das ist richtig. Hier versagt das System. Die Leute fallen aus dem System heraus und sind alleine. Deshalb ist das, was Sie tun, sehr gut. Ich bin aber der Meinung, dass das Ganze mit den Clearingstellen nicht funktionieren wird.

Meine Frage ist: Wie hoch ist der prozentuale Anteil der Selbstständigen, die aus dem System herausgefallen sind und bei Ihnen um Hilfe nachfragen?

Frau **Peschke**: Vielen Dank für die Fragen. – Zunächst zu der Freiwilligkeit: Ich denke, dass Ärztinnen und Ärzte, wenn sie mit dem Problem konfrontiert sind, die betroffenen Menschen behandeln und dass sie das auch regelmäßig tun. Daraus entwickelte sich beispielsweise in Gießen und in Frankfurt etwas Institutionelles, also mit regelmäßigen Angeboten. Ich nenne nur die Medinetze und Angebote der Uniklinik, die auch noch vorgestellt werden. Das Ganze wurde von Ärztinnen und Ärzten aus der Notlage heraus entwickelt, weil sie die betroffenen Menschen zuerst sehen, aber auch von Straßenambulanzen für Wohnungslosenhilfe. Dabei wird manchmal auch aufgrund von anderen Beratungen festgestellt, dass es einen akuten Behandlungsbedarf gibt. Dann wird in den Netzen der Wohlfahrtsverbände geschaut, wer etwas tun kann.

Für die kirchlichen Wohlfahrtsverbände kann ich sagen, dass das Ganze biblisch begründet ist. Das führe ich aber jetzt nicht weiter aus. Wir lassen die Menschen, die am Rand der Gesellschaft leben, dort nicht auf sich alleingestellt, sondern wir sagen, dass auch sie zu uns gehören und dass wir für sie etwas tun müssen.

Zu dem anonymen Krankenschein: Wir arbeiten mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Illegalität zusammen. Dort ist dies das favorisierte Modell. Diese Thematik ist auch im Koalitionsvertrag angedacht, nämlich dergestalt, dass das Modell eines anonymen Krankenscheins geprüft werden soll. Dies hat sich bereits in Bremen, Niedersachsen, Thüringen und Berlin bewährt. Aber das erfolgt immer nur auf Projektbasis für ein oder zwei Jahre. Dann wird immer wieder geprüft und nachjustiert. Das Nachjustieren ist gut. Aber ich glaube, man muss sich im Moment von der Vorstellung verabschieden, dass das Problem in ein oder zwei Jahren gelöst ist. Dafür braucht man eine Dauerfinanzierung. Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft sagt, dass man dauerhafte Lösungen braucht.

Der anonyme Krankenschein hat den Vorteil, wenn er tatsächlich so ausgestaltet ist, dass er für Ärztinnen und Ärzte handhabbar ist, dass mehr Ärztinnen und Ärzte behandeln können, weil dies dann für alle abrechenbar ist. Das ist der ganz große Vorteil eines anonymen Krankenscheins. Wir wünschen uns explizit, dass man sich im Rahmen der Gesetzesberatung noch mehr die Regelungen anschaut, wie in anderen Ländern damit umgegangen wird.

Fast jeder Gesetzentwurf, der eingebracht wird, wird von einem Landtag, vom Bundestag bzw. vom Europaparlament mit Änderungen verabschiedet. Ich glaube, ein Gesetzentwurf wird selten unverändert verabschiedet. Das ist auch gut so; denn man muss verschiedene Perspektiven einbeziehen. Deswegen sind wir heute mit unterschiedlichen Positionen hier, weil man auch voneinander lernen kann.

Ich finde – das haben wir sehr deutlich geschrieben und wird auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft so gesehen –, dass das Regelsystem selbstverständlich verbessert werden muss und dass die Clearingstellen dabei nur eine Möglichkeit für eine kleine, sehr prekäre Gruppe von Menschen sind.

Zu den Zahlen kann ich sagen: Das, was wir in den Beratungsstellen wissen, umfasst natürlich nicht alle Menschen, die keine Krankenversicherung, aber einen Bedarf für Gesundheitsleistungen haben. Natürlich wäre es wünschenswert, dass alle Menschen einen Zugang zu einem Hausarzt haben, mit der Möglichkeit der Überweisung zu Fachärzten, wenn dies geboten ist; das wäre ideal.

Die Stufen im Regelsystem und – wenn ich es richtig weiß, auch wenn ich darin nicht die Expertin bin – im SGB V, in dem die gesetzlichen Versicherungsleistungen geregelt sind, sollten auch von Menschen ohne Krankenversicherung genutzt werden können. Das wäre unser großes Anliegen. Es sollte nicht noch etwas Zusätzliches geschaffen werden, bei dem es dann heißt: Diejenigen werden bessergestellt, und diejenigen werden schlechtergestellt. – Nein, es gibt einen Rahmen, mit dem man das regeln könnte, um auch die Zugänge zu den Krankenversicherungen zu schaffen – wie gesagt, die meisten Clearingstellen haben ziemlich hohe Zahlen –, wo dies möglich ist.

EU-Bürgerinnen und -Bürger – ich habe 19 Jahre lang im EU-Ausland gelebt – haben zum Teil unterschiedliche Krankenversicherungen. Es ist gar nicht so einfach, sie zu verstehen. Ich war in Belgien, wo das nicht so einfach ist. In Großbritannien und in der Republik Irland gibt es über den National Health Service wieder andere Versorgungssysteme.

Die Menschen aus anderen EU-Staaten wiederum verstehen nicht, wie die Krankenversicherung bei uns organisiert ist. Dass man sich überhaupt anmelden muss, ist für manche nicht selbstverständlich, beispielsweise für italienische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger. Dies sollten wir berücksichtigen, wenn wir sagen, EU-Bürgerinnen und -Bürger sollten

sich eigentlich bei der Krankenversicherung anmelden. Das ist nicht selbstverständlich, weil man in Italien automatisch in einer Basiskrankenversicherung ist.

Das nur zum Verständnis, warum manche Menschen gar nicht auf die Idee kommen, dass man da etwas tun muss, eben weil das in anderen Ländern staatlich geregelt ist. Dass man darüber auch besser informieren muss, ist eine Aufgabe, die auf anderem Wege noch geklärt werden muss.

In normalen Arbeitsverhältnissen wird das in der Regel praktiziert. Aber es gibt auch prekäre und nicht auf Dauer ausgelegte Arbeitsverhältnisse, bei denen die Menschen nur einige Monate lang beschäftigt sind und die Arbeitgeber ihre Mitarbeiter nicht zur Krankenversicherung anmelden. Auch gibt es Ausbeutungsverhältnisse, bei denen man dem Ganzen auf einem anderen Weg nachkommen muss. Aber man darf das alles nicht zu Lasten derjenigen tun, die jetzt eine Gesundheitsversorgung brauchen. Das ist unser Petition.

Die Niederschwelligkeit ist wichtig für diejenigen Menschen, die sich in einer akuten Situation befinden. Sie müssen auch die ärztliche Behandlung bekommen, die sie brauchen.

Ich finde das Konzept beispielhaft, dass die Gesundheitsämter – wie in Frankfurt – eine humanitäre Sprechstunde anbieten. Wenn alle Gesundheitsämter dies machen würden, hätte man eine Versorgung in der Fläche. Aber die Clearingstellen braucht es dennoch. Auch das Gesundheitsamt Frankfurt würde sagen: Natürlich brauchen wir die Beratung und die Clearingstellen. – Denn die reine Behandlung und die Erstversorgung reichen natürlich nicht aus. Die Erfahrung zeigt auch, dass es nicht ganz so einfach ist, in die Krankenversicherung zurückzukommen. Selbst wenn es Ansprüche gibt, ist das ein mühsamer Prozess.

Vielleicht – darüber muss man sich noch klar werden – braucht man auch noch einen Fonds für die Rechtskosten, wenn man sich tatsächlich einklagen muss. Auch das kommt zum Teil leider vor.

Das Modell in Berlin bezüglich des Zugangs zu Hausärzten ist relativ neu. Ich denke, man sollte sich das einmal genauer anschauen. Das wäre sicherlich spannend.

Abschließend noch zu der Statistik: Das Statistische Bundesamt sagt nach dem Mikrozensus, dass sich die Zahl der Nichtversicherten von 2016 auf 2018 fast verdoppelt hat. Das ist keine riesige Zahl, aber sie hat sich verdoppelt. Ich kann diese Zahlen nicht überprüfen. Das Statistische Bundesamt hat diese Zahlen im August in einer Pressemitteilung veröffentlicht. Ein Rückgang der Zahlen ist mir nicht bekannt.

Herr **Lauxen**: Ich möchte auf einige Fragen eingehen. – Als Erstes zu den 38 % der wieder in die Krankenversicherung zurückgeführten Menschen, von denen ich vorhin gesprochen habe. Das sind diejenigen Menschen, von denen wir definitiv wissen, dass sie zurückgeführt wurden. Wir arbeiten ganz viel mit Menschen, die aus Beratungsstellen anrufen, die wir beraten und bei denen der Arbeitsaufwand viel zu groß wäre herauszufinden, ob sie wirklich in einer Krankenversicherung sind. Mindestens 38 % der Menschen sind, wie gesagt, wieder in der Krankenversicherung.

Man kann viele Menschen in das Regelsystem zurückbringen. Die Frage ist, ob sie das auch allein könnten. Meiner Erfahrung nach können sie es häufig nicht, sondern sie brau-

chen Unterstützung. Aber nicht nur sie brauchen Unterstützung. Bei uns rufen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kommunen an, beispielsweise von Sozialämtern, die nicht mehr wissen, wie sie die Menschen in die Versicherung bringen sollen, obwohl sie sich eigentlich besser auskennen sollten.

Frau Böhm, Sie haben danach gefragt, wie leicht es ist, von Krankenkassen Krankenhauskosten aus der Vergangenheit zurückzubekommen. Wenn Menschen beispielsweise fünf Jahre lang unversichert waren und sie sich dann wieder versichern, müssen sie rückwirkend Beiträge zahlen. Sie steigen also mit Beitragsschulden ein. Wenn die Menschen bereit sind, ihre Schulden langfristig abzubezahlen, ist es bei gesetzlichen Krankenkassen prinzipiell kein großes Problem, die Kosten beispielsweise einer Krankenhausbehandlung zurückzubekommen, wenn die Menschen dies aus eigener Tasche bezahlt haben. Bei privaten Krankenversicherungen gibt es die Möglichkeit, rückwirkend Leistungen zu bekommen, nicht. Die Menschen bleiben auf den Krankenhauskosten sitzen und müssen darüber hinaus rückwirkend Strafbeiträge bezahlen.

Frau Sommer, Sie haben gefragt, wie das bei uns mit dem Behandlungsfonds läuft. Wir haben leider keinen Behandlungsfonds. In Rheinland-Pfalz gibt es aktuell eine Clearingstelle – das sind wir – mit 2,75 Stellen. Wir fordern weiterhin, dass auch ein Behandlungsfonds eingerichtet wird. Auch fordern wir eine Ausweitung der Clearingstellen auf weitere Stellen im Land.

Herr Martin, Sie haben gefragt, was wir zu dem vorliegenden Gesetzentwurf sagen. Wir stehen hinter dem Ansinnen, dass es in einem Land viele Clearingstellen geben muss, am besten mit einer Zentrale irgendwo. Wir stehen auch hinter dem Vorschlag, dass es einen Behandlungsfonds geben muss. Zu der Frage, wie hoch er sein müsste, kann ich nicht so viel sagen, weil ich die hessischen Verhältnisse nicht gut kenne. Der Verein Armut und Gesundheit, Medinetze und andere Organisationen fordern für Rheinland-Pfalz einen Behandlungsfonds in Höhe von erst einmal 500.000 €. Wir sind uns aber darüber im Klaren, dass dieser Betrag zu niedrig ist. Aber selbst das ist bisher nicht zustande gekommen.

Zu der Frage nach den Rechtsansprüchen, die erstritten werden müssen, kann ich sagen: Jede Person, die nicht mehr in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig ist, hat das Recht, sich im Basistarif der privaten Krankenversicherung zu versichern. Das Problem ist, dass alle, die ich kenne, die irgendwann einmal privat versichert waren, zu uns kommen, von dem Basistarif wissen, aber nicht in ihm versichert sind, sagen: Ich frage bei den Krankenkassen nach. Die sagen mir, dass ich diesen Basistarif nicht bekomme. Sie bieten mir einen anderen Tarif an. Ich muss zur gesetzlichen Krankenversicherung gehen. – Die Menschen werden einfach abgewiesen.

Wir nennen diesen Menschen auch gerne die Paragrafen, auf die sie sich berufen sollen. Wir beraten sie dahingehend, dass sie einen Brief mit Einschreiben an die Versicherung schicken müssen, damit sie belegen können, dass sie den entsprechenden Antrag angefordert haben; denn viele Krankenversicherungen verschicken die Anträge sehr oft überhaupt nicht, obwohl sie angefragt werden.

Das ist ein Beispiel für einen klaren Rechtsanspruch, den die Menschen aber nur mit einem sehr großen Aufwand wahrnehmen können.

Der Basistarif gefällt den privaten Krankenversicherungen nicht. Da bekommen die Makler keine Provision. Meistens gehen die Menschen erst einmal zu einem Makler, der in der Nähe ihres Wohnorts in einem Büro sitzt. Da werden sie mit hundertprozentiger Wahrscheinlichkeit abgewiesen.

Wo versagt das System? – Das war ein Beispiel, bei dem die Beratung versagt, nämlich bei privaten Krankenversicherungen. Bei gesetzlichen Krankenversicherungen passiert leider zum Teil Ähnliches. Die Menschen gehen in eine Agentur, schildern ihre Situation und sagen, dass sie sich wieder versichern möchten. Dann wird gesagt: Nein, dafür sind wir nicht zuständig. Sie müssen hierhin oder dorthin gehen. – Am Ende landen die Menschen, wenn sie Glück haben, bei uns. Wir sagen ihnen dann, dass das, was sie getan haben, richtig war. Die Agenturen hätten sie beraten müssen, aber sie beraten eben nicht. Das ist jetzt verallgemeinert gesagt. Natürlich beraten die Krankenkassen. Aber so etwas passiert leider immer wieder.

Bei den Jobcentern ist es genauso. Viele Menschen könnten über einen Antrag im Jobcenter in eine Pflichtversicherung kommen. Aber auch die Jobcenter weisen Menschen mit großer Regelmäßigkeit ab, unter falschen Vorwänden oder weil sie selbst das Ganze nicht verstehen. Wir müssen dann oft einspringen und das mit den Menschen regeln.

Warum bezahlen Selbstständige ihren Basistarif nicht? – In den Basistarif kommen Menschen meistens erst dann, wenn sie irgendwann einmal in einer Notsituation waren. Sagen wir einmal: Jemand ist selbstständig, hatte die ganze Zeit einen Tarif bei der privaten Krankenversicherung und verdient irgendwann nur noch so wenig, dass er die Beiträge nicht mehr zahlen kann. Er hört zeitweise mit der Beitragszahlung auf. Dann kommt man erst einmal in einen Notlagentarif, mit dem man nur noch im Notfall abgesichert ist. Diesen gibt es bei Beitragsschulden auch bei der gesetzlichen Krankenkasse.

Irgendwann entschließt man sich, zum Jobcenter zu gehen und sich Hilfe zu holen. Das Jobcenter sagt einem dann, wenn man Glück hat: Sie müssen sich im Basistarif versichern. Das ist der einzige Tarif, den wir bezahlen. – Insofern versichern sich die Menschen dann im Basistarif. Sie hängen aber dann in diesem Basistarif, der immer so viel kostet wie der Höchstsatz in den gesetzlichen Krankenversicherungen, nämlich etwa 800 € im Monat. Das könnte ein Grund sein, warum sie ihn nicht zahlen können. Da entstehen schwierige Situationen.

Offt betrifft das auch Menschen, die lange Zeit nicht mehr und früher einmal privat versichert waren und jetzt in die private Krankenversicherung zurückmüssen. Das ist im Alter aber schwierig, wenn die Menschen nur ihre Rente bekommen und sie diesen teuren Basistarif zahlen müssen. Das ist aber die einzige Möglichkeit; denn nur mit diesem Tarif müssen die privaten Krankenkassen jemanden aufnehmen. Das heißt, die Menschen haben nur die Möglichkeit, diesen Tarif zu wählen, der sie etwa 800 € im Monat kostet, obwohl sie vielleicht nur eine kleine Rente haben.

In Bezug auf den Anteil der Selbstständigen führen wir keine Statistik. Insofern kann ich nichts dazu sagen. Aber seit ich diesen Job habe, habe ich schon wesentlich mehr Selbstständige kennengelernt als in meinem Leben vorher.

Frau **Manke**: Frau Böhm, Sie haben nach der grundsätzlichen Motivation gefragt, woher das Engagement kommt, z. B. in der Elisabeth-Straßenambulanz in Frankfurt, in der Haupt- und Ehrenamtliche seit über 20 Jahren eine gute Arbeit leisten. Sie rekrutieren Ärztinnen und Ärzte. Es wird sogar eine zahnärztliche Versorgung bereitgestellt, die in diesem Bereich sehr ungewöhnlich ist.

Um dieser Frage auf den Grund zu gehen, müsste man einmal in die Geschichte der Wohlfahrtsverbände zurückblicken und schauen, wie sich die karitativen Dienste sowohl der Caritas, der Diakonien als auch der Bahnhofsmissionen entwickelt haben. Das sind

Dienste, die sich ursprünglich aus dem Gedanken der Nächstenliebe heraus gebildet und die zusätzlich zu unserem Sozialsystem mit ihrer Arbeit begonnen haben. Einige der Aufgaben wurden in unser Sozialsystem überführt. Andere Aufgaben befinden sich nach wie vor außerhalb. Ich denke, das ist der Punkt, weswegen wir heute hier sind.

Um vielleicht kurz einmal ein Bild zu zeichnen: Bei der Wohnungsnothilfe und in den Bahnhofsmissionen – das sind die Felder, in denen ich mich ein bisschen auskenne – werden die Menschen idealerweise auf der Straße aufgesucht, wenn sie selbst den Weg zu einem Café, einem Tagesaufenthalt finden, um ein Essen oder einen Schlafplatz zu bekommen. Dann kann ihnen dort noch das Angebot gemacht werden, auch einmal einen Gesundheitscheck durchzuführen. Sie fragen in der Regel nach Essen oder einem Schlafplatz und nicht primär um auch ihre Gesundheit einmal checken zu lassen. Da setzt dann die soziale Arbeit an. Der Mensch wird dort abgeholt, wo er mit seinem Anliegen ankommt, und ihm werden zusätzliche Angebote unterbreitet.

In diesem Feld befindet sich auch die ganze pflegerische Versorgung, die Sie angesprochen haben. Das ist der Moment, in dem man sagt: Hier muss präventiv angesetzt werden. Es müssen erst einmal Wunden versorgt werden, damit die Person eine menschenwürdige Möglichkeit hat, wieder in ihren „selbst gewählten“ Tagesablauf zurückzugehen.

In einem zweiten Schritt kommt das, was die Ambulanzen leisten, die sagen: Wir identifizieren bestimmte Krankheiten, die eine langwierige Behandlung benötigen. Wir leisten Überzeugungsarbeit, damit die Person überhaupt wieder Vertrauen in das System gewinnen kann, sich einer Behandlung unterzieht, wiederkommt und nicht nur notfallmäßig versorgt wird, sondern auch längerfristig.

Das ist ein sehr zeitintensives Feld, das mit viel Vertrauensaufbau verbunden ist, um Menschen zu versorgen, die aufgrund von unterschiedlichen Problemen aus dem sozialen System gefallen sind. Diese Problemlagen sind nicht nur ein schlechter Gesundheitsstatus, sondern oftmals sind es auch Schulden oder Selbstständigkeit. Auch betrifft dies Menschen mit Sucht- und unter Umständen auch mit familiären Problemen. Wir sprechen da von Menschen mit verschiedenen sozialen Problemlagen, die sich angehäuft haben. Eine davon ist die Gesundheit. Wegen dieser einen Problemlage, die wir noch genauer beleuchten wollen, treffen wir uns heute hier zu dieser Anhörung. Aber das ist nicht die einzige Problemlage. Deswegen wird es auch nicht dazu kommen, dass die Menschen, die eigentlich schon ausgestiegen sind, zu den Krankenkassen gehen und dort die Beratung in Anspruch nehmen. Wir sind schon froh, dass sie durch das Angebot für ein Essen in eine Beratungssituation in unsere niedrigschwelligen Einrichtungen kommen. Das sind ganz kleine Schritte, die mit viel Arbeit und Vertrauensaufbau verbunden sind.

Was die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Elisabeth-Straßenambulanz und auch anderer Ambulanzen ist, fragen Sie am besten die entsprechenden Personen. Die können aus ihrer Historie heraus besser erklären, warum sie das zum Teil schon seit Jahrzehnten tun.

Sie haben noch gefragt, was ich mit der Ausdifferenzierung gemeint habe. Eine Ambulanz, ein – ich sage einmal – medizinischer Paralleldienst kann nicht noch Ansprüche in anderen Ländern klären. Das machen meistens die Sozialarbeiter, zum Beispiel in der allgemeinen Sozialberatung, die auch aus Mitteln der Kirchensteuer getragen wird. Das ist eine sehr niedrigschwellige Beratungsform, an die sich jeder wenden kann und bei der nicht geprüft wird, wie viel Gehalt man bekommt.

Das Clearing in den anderen Beratungsfeldern findet erst einmal grundlegend statt, nämlich was die Person gerade braucht, mit einem Sortierungsprozess, was die oberste Priorität ist. Sie braucht in dieser Situation sicherlich sehr viel. Aber die Frage ist, inwiefern man da eine Priorisierung vornehmen kann.

Die Ambulanz in Frankfurt beispielsweise übermittelt dann an den Caritasverband Frankfurt, an die Beratungsstelle das Clearing mit der Krankenversicherung. Das ist aber nicht so, wie Sie es in dem Gesetzentwurf angedacht haben, nämlich ausschließlich für den Gesundheitsbereich. Deswegen begrüßen wir, dass es darin ausschließlich für den Gesundheitsbereich vorgesehen ist. Denn es müssen unterschiedliche Kompetenzen zusammenfließen, erst einmal Zeit, um sich ausschließlich mit dem langwierigen Rückverfolgen in andere EU-Länder, in andere Krankenkassensysteme zu befassen. Es ist auch eine hohe sprachliche Kompetenz erforderlich. Dokumente müssen eventuell übersetzt werden etc. Das ist nichts, was man einfach so nebenbei erledigen kann. Wir machen das im Normalgeschäft. Das ist aber natürlich ein riesiger Aufwand und geht auch zulasten von anderem Clearing oder anderen Themen, beispielsweise zu schauen, ob jemand einen SGB-II-Antrag braucht, und ihn miteinander durchzugehen. Herr Lauxen hat das schon geschildert. Das ist das normale Geschäft des Bürokratismus. Das verstehen nicht nur Menschen ohne Deutschkenntnisse nicht, sondern Menschen mit Deutschkenntnissen auch nicht. Sie haben Schwierigkeiten, Anträge korrekt auszufüllen und ihre Rechtsansprüche durchzusetzen. Unsere Beratungsstellen, im Notfall auch mithilfe der Sozialgerichte, helfen dabei, die vorhandenen Rechtsansprüche einzuklagen, die nicht automatisch oder auch aufgrund von Formfehlern nicht gewährt werden.

Beim Clearing müsste, wenn Bestandteil auch noch ein Behandlungsfonds wäre, noch dahingehend spezifiziert werden: Reden wir von einer Weiterleitung in eine ambulante, hausärztliche Versorgung, von einem stationären Aufenthalt oder von einer Heilbehandlung bzw. von einem therapeutischen Aufenthalt in einer Suchtklinik?

Bezüglich der vorgesehenen Höhe des Behandlungsfonds habe ich Rücksprache mit der entsprechenden Ärztin in Frankfurt gehalten, die gemeint hat, dass die Fondsmittel nach fünf bis zehn Operationen verbraucht seien. Deswegen haben wir gesagt, dass dieser Fonds etwas flexibler gestaltet werden müsste oder nur als Start gesehen werden könnte und noch evaluiert werden müsste. Frau Peschke, Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass man flexibel mit der Menge umgehen und erst einmal schauen müsse, wie groß der Bedarf überhaupt ist. Die Zahlen, die in den einzelnen Stellungnahmen genannt worden sind, waren auf den ersten Blick nicht riesig. Insofern möchte ich erst einmal für Erfahrungswerte plädieren. – So viel zu der Höhe des Fonds.

Das Projekt in Berlin ist neu. Ich kenne mich da nicht in der Tiefe aus, kann aber gerne einen Kontakt herstellen, wenn dies gewünscht ist.

Herr Bocklet, die Diskussion über die Frage der Sonderstrukturen im Regelsystem hatten wir schon einmal bei dem Thema der flächendeckenden Fachstellen zur Prävention von Wohnungsverlusten. Strukturell gesehen ist das ein ähnliches Thema. In dem einen Fall ging es uns darum herauszustellen, was der Unterschied ist zwischen dem, was in den Kommunen vorhanden ist, und dem, was zum Teil durch Spenden oder Kooperationen geschaffen worden ist. Das sehe ich bei den Clearingstellen ähnlich. Wenn man sich einmal anschaut, wie größere Clearingstellen aufgebaut sind, dann stellt man fest, dass sie eigentlich wenig mit dem Normalgeschäft in den Kommunen zu tun haben. Das ist eher eine Vernetzungstätigkeit und auch eine Delegationsmöglichkeit. In diesem Zusammenhang möchte ich auch auf die nicht vorhandene Übermittlungspflicht von Daten usw. hinweisen. Diesen Punkt möchte ich jetzt aber nicht weiter ausführen.

Zu der Frage nach den Unterschieden in der Statistik: Bezüglich der Wohnungsnotfallhilfe werden wir ein Gesetz zur erstmaligen statistischen Erhebung derjenigen Menschen haben, die schon in unseren Diensten und Einrichtungen untergebracht sind. Das heißt, wir werden aber über diejenigen Menschen, die wir aufsuchen oder die in die Ambulanzen kommen, noch nicht viel mehr wissen. Spezifische Fragen, beispielsweise welchen Beruf diese Menschen früher hatten, ob sie selbstständig waren usw., werden wir dadurch, dass wohnungslose Menschen in unsere Einrichtungen kommen, in einer Statistik nicht erfassen können. Inwiefern das in anderen Formen – Mikrozensus etc. – erfasst wird, kann ich jetzt nicht sagen. Wir können die Frage, welchen Background die Menschen haben, die behandelt werden, und woher sie kommen, quasi in Form einer Strichliste beantworten, aber nicht detailliert, sodass man sagen kann, welche Berufe sie hatten, ob sie selbstständig waren usw. Diese Möglichkeit haben wir in unseren Einrichtungen noch nicht.

Frau **Heilos**: Zunächst einmal zu der Frage, wie wir dazu kommen, das Ganze zu machen. Wir haben von 2016 bis 2018 – ich habe das auch in unserer Stellungnahme geschrieben – in einem EHAP-Projekt gearbeitet. In diesem Zusammenhang sind wir überhaupt erst darauf gestoßen, dass es da einen ganz großen Bedarf gibt. Auch da war der Ansatz aufsuchend.

Wir haben einen rumänischen Streetworker gehabt, der auf die Straßen und ins Bürgerbüro gegangen ist. Er hat seine Landsleute erkannt und angesprochen. Bei diesem EHAP-Projekt ging es darum, neu zugezogenen EU-Bürgerinnen und -Bürgern zu erklären, wie das Ganze hier in Deutschland funktioniert, wo sie sich anmelden müssen und wo sie ihre Kinder für den Kindergarten und die Schule anmelden müssen. Eine Frage war auch, wie die Krankenversicherung hier funktioniert. Im Zuge dieses Projekts haben wir gesehen, wie viele Menschen überhaupt nicht informiert und vor allen Dingen auch nicht krankenversichert waren.

Viele Menschen haben geglaubt, einen Arbeitsvertrag unterschrieben zu haben. Aber sie haben ihre Unterschrift darunter gesetzt, dass sie ein Gewerbe haben. Das wussten die nicht, das haben die überhaupt nicht verstanden. Dass damit ganz neue und weitere Aufgaben auf die Leute zugekommen sind, hat sich erst im Laufe der weiteren Entwicklung herausgestellt, unter anderem die fehlende Krankenversicherung.

Bei der aufsuchenden Arbeit in diesem Projekt haben wir gemerkt, wie viele Menschen nicht krankenversichert sind. Das hat uns dazu bewogen, aktiv zu werden. Wir haben Stiftungsmittel von der SKala-Initiative bekommen. Aus diesem Grund können unsere beiden Krankenschwestern – sie werden zu 75 % dadurch finanziert; ich bin mit einer halben Stelle in der Projektleitung dabei – die Arbeit zusammen mit Ehrenamtlichen, die auch sehr wichtig sind, aufrechterhalten. – So viel zur Geschichte, warum es uns gibt.

Im Rhein-Main-Gebiet gibt es die schon seit sehr langer Zeit etablierte Elisabeth-Straßenambulanz. Bislang haben die Offenbacher ihre Leute nach Frankfurt geschickt. Im Grunde genommen ist es nicht richtig, die Leute an die nächste Kommune zu verweisen. Eigentlich sollte die Problematik vor Ort geklärt werden. Da zeigt sich, dass unser Projekt sehr wichtig ist.

Wir sind noch ein Jahr lang in der Förderung und müssen jetzt überlegen, wie es danach weitergehen soll; denn die Weiterfinanzierung ist momentan noch offen.

Die Frage, wie hoch die Summe in dem Behandlungsfonds sein sollte, ist schwierig zu beantworten. Ich denke, man müsste tatsächlich erst einmal damit anfangen.

Ich kann Ihnen ein Beispiel nennen: Ein Patient, der mehrere Erkrankungen hat, steht mit uns in Kontakt. Er hat Diabetes, Bluthochdruck, Herzprobleme und auch eine Tumorerkrankung, die dringend operiert werden müsste. Eine Zeit lang konnte Insulin finanziert werden, wofür es jetzt aber kein Geld mehr gibt. Es gibt einen Mediplan. Dieser Patient braucht allein für Medikamente mindestens 700 € im Quartal. Das ist nur für eine Person!

Wir müssen davon ausgehen, dass die Menschen, die schutzlos auf der Straße bzw. in prekären Wohnverhältnissen leben, multiple Erkrankungen haben. Selbst wenn man diese nur rein medikamentös versorgen möchte, fallen dafür schon beachtliche Kosten an. Ich habe vorhin bereits gesagt, dass Operationen noch hinzukommen. Manche Operationen sind Notoperationen. Viele Menschen müssen dringend operiert werden, weil sie sonst sterben.

Ich denke, man müsste einfach einmal mit dem Behandlungsfonds anfangen, ausprobieren, wie weit man mit der festgesetzten Summe kommt, und das Ganze dann evaluieren.

Wir kooperieren in Offenbach auch mit der Malteser-Praxis. Wir suchen immer nach Lösungen, die zumindest den Notbedarf decken. Es ist nicht so, dass wir das Geld mit vollen Händen ausgeben, sondern es wird immer genau überlegt, was wir in bestimmten Fällen umsetzen können.

Herr Bocklet, Sie haben gefragt, was in dem System schief läuft. Wenn sich beispielsweise eine schwangere Frau aus einem EU-Land, die nicht verheiratet ist, bei einer Krankenkasse freiwillig versichern möchte, wird das oft abgelehnt. Sie schicken die Leute weg und sagen, dass das nicht geht. Das sind nicht wenige. Wenn die Geburt bevorsteht, muss man nach Sonderlösungen suchen. In Frankfurt gibt es die Möglichkeit der Entbindung über die humanitäre Sprechstunde und in Offenbach über das Ketteler Krankenhaus, in dem ambulante Entbindungen durchgeführt werden. Herr Dr. Zimmer kann anschließend sicherlich noch mehr dazu sagen, weil er in diesem Thema drinsteckt. Das Ganze fängt damit an, dass Schwangere von der Krankenkasse weggeschickt werden. Das erschwert natürlich den Start in Deutschland.

Das, was Frau Papst-Dippel gesagt hat, kann ich nur bestätigen. Die Leute kommen erst dann zu uns, wenn es gar nicht mehr anders geht. Im Vorfeld ist der Druck noch nicht hoch genug. Aber wenn sie dann endlich zu uns kommen, besteht an mehreren Stellen dringend Handlungsbedarf.

Der Anteil der Selbstständigen ist in unserer Straßenambulanz sehr niedrig. Wir hatten schon auch welche, aber das ist eher eine geringe Zahl. Zu uns kommen eher EU-Bürgerinnen und -Bürger, die hier arbeiten bzw. die versucht haben, hier zu arbeiten, und dann aus dem Netz herausgefallen sind.

Abg. **Christiane Böhm**: Schönen Dank für Ihre Antworten. – An Sie alle, die Sie so viel mit Ehrenamtlichen zu tun haben, meinen herzlichen Dank. Ich hoffe, dass ich auch für meine Kolleginnen und Kollegen sprechen kann. Nehmen Sie unseren Dank auch an die vielen Ehrenamtlichen mit, die eine so wichtige Arbeit leisten. Ich denke, es ist kein Zufall, dass sich im letzten Jahr 14 Stellen in Hessen gebildet haben. Es scheint eine Menge zu tun zu geben.

Vielleicht könnten Sie uns in Bezug auf die Zahlen noch ein bisschen helfen. Vor Kurzem gab es eine Meldung, das Statistische Bundesamt habe sich verrechnet, es gebe doch

nicht so viele Wohnungslose. Der Mikrozensus gilt, soweit ich weiß – ansonsten korrigieren Sie mich bitte –, nur für Leute, die einen Wohnsitz haben. Die Wohnungslosen werden vom Mikrozensus gar nicht erfasst. Alle Menschen, die in Deutschland keinen legalen Aufenthaltsstatus haben, werden ebenfalls nicht erfasst; das sind noch wesentlich mehr. Vielleicht könnten Sie mir sagen, ob ich damit richtigliege. – Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage, die ich noch habe, richtet sich an Herrn Lauxen bzw. auch an die anderen. Die Beitragsrückstände bei Krankenkassen sind in der Tat ein großes Problem. Ein weiteres Problem sind die hohen Beiträge für freiwillig Versicherte. Ich weiß von vielen selbstständigen Kolleginnen und Kollegen, dass sie sich nicht versichert haben, weil sie die Beiträge nicht zahlen konnten. Welche Erfahrungen haben Sie bei Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen gemacht – bei den privaten Krankenkassen ist das anders geregelt –, inwiefern sie bereit sind, bei Beitragsrückständen, die ja über Jahre und Jahrzehnte auflaufen können, Abstriche zu machen? Welchen Beitrag müssen freiwillig Versicherte in der Krankenkasse zahlen? Was muss beispielsweise eine Schwangere ohne eigenes Einkommen zahlen?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen. – Herr Lauxen hat schön erklärt, wie schwierig es manchmal ist, wenn man nicht versichert ist und dann sowohl von der einen als auch von der anderen Kasse abgewiesen wird. Solche Fälle tauchen immer einmal wieder in unseren Abgeordnetenbüros auf. Aber auch wenn wir uns dahinterklemmen, ändert sich nichts an der Situation. Sie haben auch berichtet, dass es manchmal an den Beiträgen liegt bzw. dass höhere Beiträge als Basis- oder Notfalltarif gezahlt werden sollen. Der Basistarif in der PKV liegt schon bei ca. 360 €.

Es wird immer befürchtet, dass durch Clearingstellen Parallelstrukturen zur GKV oder PKV entstehen könnten. Können Sie diese Befürchtung entkräften, oder ist an dieser Befürchtung tatsächlich etwas dran? – Das ist meine erste Frage.

Die zweite Frage ist: Sie haben eben gesagt, Sie seien eine Landesclearingstelle. Sie wünschen sich auch für Rheinland-Pfalz, so wie dies der Gesetzentwurf für Hessen vorsieht, flächendeckend niedrigschwellige Clearingstellen in den Städten. Könnten Sie noch erläutern, warum es so wichtig ist, niedrigschwellige Angebote zu haben und nicht nur eine Landesclearingstelle?

Abg. **Claudia Papst-Dippel:** Ich möchte noch etwas nachfragen. Sie haben das Beispiel der Schwangeren genannt, die von der Kasse abgelehnt wurde. Mit welcher Begründung werden diese Frauen – Sie haben von mehreren Fällen gesprochen – abgelehnt? Sie müssen dann ja schon in irgendeinem EU-Land versichert gewesen sein.

Abg. **Volker Richter:** Frau Heilos, Sie haben davon gesprochen, dass die Menschen etwas unterschrieben haben, wovon sie ausgegangen sind, dass es Arbeitsverträge sind. Es gibt ja die Scheinselbstständigkeit und das dafür zuständige Gesetz. Rein prinzipiell müssten die Unternehmen, die so etwas machen, mehr oder weniger sofort haftbar gemacht werden, weil das eine Vorspiegelung falscher Tatsachen ist. Die Menschen müssen über 80 % unterschiedliche Auftraggeber haben. Hakt man da nach? Denn diese armen Teufel, sage ich einmal, können am wenigsten etwas dafür, sondern die Unternehmen nutzen deren Situationen ausbeuterisch aus.

Frau **Peschke**: Bezüglich der Zahlen und Statistiken bewegen wir uns in diesem Bereich in einer Grauzone. Eine genaue Zahl wird wohl niemand zuverlässig nennen können. Der Mikrozensus versucht bei denjenigen, die eine Wohnung haben, abzufragen, wie es mit der Krankenversicherung aussieht. Die Leute, die die Umfrage gemacht haben, können aber nicht erklären, warum es von 2016 auf 2018 eine Verdopplung der Zahlen gibt. Die Gründe dafür sind nicht bekannt, sondern bei der Umfrage hat sich das schlicht und einfach so ergeben.

Man kann davon ausgehen, dass die Zahl von 143.000 Menschen ohne Krankenversicherung mit aller Wahrscheinlichkeit zu niedrig ist. Denn auch Wohnungslose haben große Schwierigkeiten, überhaupt eine Krankenversicherung zu bekommen. Sie sind eine der großen Problemgruppen was den Zugang zur Krankenversicherung betrifft. Manche Menschen ohne regulären Aufenthaltstitel haben eine Wohnung, andere wiederum nicht; das ist sehr unterschiedlich. Manchmal haben sie einen Anspruch auf eine Krankenversicherung, weil sie schon einmal gearbeitet, bereits einen Versicherungsvertrag hatten und gar nicht gemerkt haben, dass sie herausgefallen sind. Auch das kommt vor.

Die Frage der Scheinselbstständigen oder derjenigen, denen nicht mitgeteilt wurde, dass ihr Arbeitsvertrag eigentlich ein Gewerbevertrag ist, spielt natürlich auch eine Rolle. Viele Menschen haben ganz andere Vorstellungen davon, welche Ansprüche sie eigentlich aus einem Vertrag haben. Sie sind sich auch nicht über die Verpflichtungen im Klaren, die in solchen Verträgen enthalten sind.

Zu der Frage der sich irregulär in Deutschland aufhaltender Personen kann ich sagen, dass manche Forscher sich an Schätzungen versuchen. Man sollte das aber nicht überbewerten. Ich denke, die Zahlen sind sicherlich höher als das, was wir uns jetzt vorstellen, aber sie sind nicht so enorm hoch. Die letzte Schätzung gab es, glaube ich, vor etwa sechs, sieben Jahren. Damals gab zwischen 500.000 und 900.000 Menschen ohne Aufenthaltstitel. Das ließe sich genau sagen, wenn wir in Deutschland eine Amnestie durchführen würden. Dann würden sich nämlich viele von denjenigen, die keinen Aufenthaltstitel haben, tatsächlich melden. Im Moment tauchen auch diejenigen, die in prekären Situationen sind, aber vielleicht sogar einen Anspruch auf einen Aufenthaltstitel hätten, nicht auf, weil sie Angst haben, dass sie bei einer rigiden Abschiebungspolitik eher abgeschoben werden, als dass man ihnen einen Aufenthaltstitel geben würde, obwohl sie vielleicht schon sehr lange hier im Land leben. Da wünschen wir uns andere Zugänge. Aber das ist natürlich ein Thema, das weit über die Gesundheitsversorgung hinausgeht.

Herr **Lauxen**: Ich glaube, auf das Thema Zahlen gehe ich jetzt nicht weiter ein. Dazu wurde bereits etwas gesagt. Mehr kann auch ich nicht dazu beitragen.

Frau Böhm, Sie haben die Frage gestellt, wie verhandelbar Beitragsschulden sind. Sie sind im Grunde genommen nicht verhandelbar. Man kann zwar einen Antrag auf Niederschlagung stellen. Aber mir ist noch nicht untergekommen, dass so etwas funktioniert. Die Beitragsschulden bleiben bestehen und wachsen mit Mahn- und Säumniszuschlägen etc. an.

Sie haben gesagt, dass die Menschen jahrzehntelang Beitragsschulden hätten. Das stimmt zum Glück nicht. Die Menschen haben maximal fünf Jahre lang Beitragsschulden, die sie zurückzahlen müssen. Aber leider bekommen sie bei Krankenkassen genau das gesagt: Wenn Sie sich jetzt bei uns versichern, dann haben Sie 17 Jahre lang Beitragsschulden. – Das stimmt nicht, kommt aber leider immer wieder vor.

Bei Menschen, die noch nicht offengelegt haben, wie viel sie eingenommen haben in der Zeit, in der sie Beitragsschulden hatten, gehen die Krankenkassen davon aus, dass der Höchstsatz gefordert werden muss. Dann bekommen die Menschen eine Forderung von ca. 800 € im Monat, was bei vier, fünf Jahren schon eine ganze Menge Geld ist. Das kann man in einer Widerspruchsfrist von einem Jahr noch senken. Das ist aber keine verhandelbare Sache, sondern da geht es den Menschen nur darum zu sagen: Das ist nicht korrekt. Ihr müsst die Höhe der Beitragsschulden nach unten korrigieren. – Auch das erleben wir ganz oft.

Zu der Frage der hohen Beiträge in der freiwilligen Krankenversicherung: Die Beiträge in der freiwilligen Krankenversicherung reichen von 200 € Mindestbeitrag bis ungefähr 800 € Höchstbeitrag. Eine EU-Bürgerin, beispielsweise eine Schwangere, die sich in Deutschland freiwillig versichern will, muss mit Kosten von ungefähr 200 € im Monat rechnen, was sich viele nicht leisten können, wenn sie noch keine Arbeit gefunden haben.

Noch dazu gibt es Leistungsausschlüsse für EU-Bürger. Sie haben zwar das Recht, hier zu sein und sich in erster Linie eine Arbeit zu suchen, aber die freiwillige Versicherung ist da nicht so einfach machbar. Meistens können diese Menschen abgewiesen werden. Das kommt immer auf die spezielle Lage an. Aber oft haben sie kein Recht darauf, sich zu versichern. Das liegt nicht daran, dass sie in anderen Staaten versichert sind. Wenn man in ein anderes Land in der EU reist, kann man sich drei Monate lang mit einer EHIC-Karte im EU-Ausland behandeln lassen. Aber das Land, in dem man sich aufhält, ist auch für die Krankenversicherung zuständig. Das heißt, wenn die Person hier ist und ein halbes Jahr lang keinen Job gefunden hat, dann ist sie hier nicht versichert und kann sich auch nicht einfach versichern.

Dann gab es noch die Frage zu den Parallelstrukturen, die durch eine Clearingstelle entstehen könnten. Ich nehme an, damit ist eine Clearingstelle mit Behandlungsfonds gemeint. Wir haben diese Situation nicht. Es ist natürlich nicht das Ziel, dass eine Doppelstruktur für eine andere Finanzierung der Behandlung von Krankheiten entsteht. Genau deswegen ist es so wichtig, dass das Ganze mit Clearingstellen verbunden ist, die überprüfen können, ob irgendein anderer Anspruch besteht – dann muss man den natürlich umsetzen – oder nicht; dann würde der Behandlungsfonds greifen. Er würde auch in einer Überbrückungssituation greifen, in der noch kein anderer Schutz hergestellt ist.

Das Thema der flächendeckenden Stellen ist auch bei uns ganz aktuell, weil wir seit einem Jahr mit einer Clearingstelle für Rheinland-Pfalz arbeiten. Die Clearingstelle in Rheinland-Pfalz wurde von Medinetzen in Mainz und Koblenz, von uns, von den Street Docs in Ludwigshafen und von einer Anlaufstelle in Worms gefordert. Ein Großteil der Leute, die bei uns landen, kommt durch diese Anlaufstellen zu uns. Sie kommen durch unsere eigene Ambulanz ohne Grenzen, vom Verein Armut und Gesundheit oder werden durch Medinetz-Mitarbeiter vermittelt. Natürlich kommen auch viele andere zu uns. Ich weiß, dass viele Leute aus diesen Orten kommen und auf diese Weise vermittelt werden.

Es ist wichtig, dass diese Vereine vor Ort sind, damit sie auch in die Unterstützungssysteme eingebunden sind, die es dort gibt, und damit die Menschen überhaupt den Weg zur Clearingstelle finden. Das muss man ja erst einmal wissen. Vielleicht muss man auch hingebacht werden. Der Kontakt muss hergestellt werden.

Normalerweise – jetzt in der Corona-Krise geht das nicht so gut – versuchen wir bei Fällen, bei denen dies nötig ist, an die jeweiligen Stellen mitzugehen, zu den Krankenkassen und Ämtern. Aber das können wir von Mainz aus nicht in Trier machen. Das kann man von Frankfurt aus nicht irgendwo in Nordhessen machen. Deswegen ist es ganz wichtig, dass

es Clearingstellen über das ganze Land verteilt gibt, weil dann vor Ort tatsächlich geholfen werden kann, was bei vielen Menschen, die stark belastet sind und bei denen vielleicht noch psychologische Schwierigkeiten oder andere Krankheiten hinzukommen, oft der einzige Weg ist, das Ganze ordentlich bzw. schnell über die Bühne zu bringen.

Das, was Sie zur Scheinselbstständigkeit gesagt haben, stimmt natürlich. Es sollte gegen Scheinselbstständigkeit gekämpft werden. Aber das ist nicht die Aufgabe der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz oder von Anlaufstellen für unversicherte Menschen. Das sind zwei Probleme, die angegangen werden müssen.

Frau **Manke**: Ich möchte mich erst einmal für den Dank an die Ehrenamtlichen, die da seit vielen Jahren eine sehr gute Arbeit leisten, bedanken. Ich werde ihn gerne weitergeben.

Einige Fragen sind schon beantwortet worden.

Das Problem der Parallelstrukturen sehe ich nicht. Ich verstehe eine Landesclearingstelle als eine übergeordnete Stelle, die nicht selbst berät, sondern die eher eine Art Koordinierungsfunktion hat, Standards setzt, mit den Clearingstellen in der Fläche im Austausch ist und auch Qualität auf dieser Ebene weiterentwickeln kann.

In einer der Stellungnahmen wurde die Frage aufgeworfen, ob diese Clearingstelle beratend tätig ist. Das sehe ich für Hessen weniger. Da vermischen sich die Rollen auch ein bisschen. Ich verstehe den Wunsch, den meine Vorredner geäußert haben, dass flächendeckend lokale Clearingstellen absolut notwendig sind. Das sehe auch ich so. Wenn sie an die vorhandenen Angebote der Wohlfahrtsverbände angedockt werden sollten – dies habe ich vorhin schon beschrieben –, fände ich die Ausdifferenzierung auf den Gesundheitsbereich wichtig, auch zur Entlastung bei anderen Themen.

Wo ich ein Qualitätsmerkmal sehe, ist in der Vernetzung und in der Ansprechbarkeit, auch von übergeordneter Ebene, von Landesebene. Unter den Qualitätsaspekt fallen auch die Vielfalt von verschiedenen Angeboten von Clearingstellen und die Einbindung von weiteren Fördermitteln und Förderprozessen.

Ich werde die Problematik der Scheinselbstständigkeit gerne noch mit unseren Beratern in der Praxis diskutieren und fragen, ob sie dies weiterverfolgen. Das nehme ich gerne mit.

Frau **Heilos**: Zu den Zahlen: Wir schauen die Zahlen konkret für unser Projekt an. 80 % der Nichtversicherten haben keine Wohnung. Wohnungslos bedeutet, dass man keinen eigenen Mietvertrag hat und man beispielsweise bei Freunden übernachtet. Viele betreiben Couchhopping. Die sind einmal da, einmal dort und auch einmal ein paar Nächte auf der Straße. Viele Menschen müssen aber auch wirklich auf der Straße leben, weil sie kein Dach über dem Kopf haben. Einige schlafen auch im Auto oder in einem Verhau bei einem Supermarkt. Da gibt es alles an Möglichkeiten.

Dabei fällt auf – dies wurde eben schon kurz angesprochen –: Wenn die Komponenten Wohnungslosigkeit, Suchterkrankung und psychische Erkrankung zusammenkommen und man ein Clearing aufbauen möchte, wird das sehr schwierig. In dem Moment hingegen, in dem es Wohnraum gibt und eine gewisse Stabilität vorhanden ist, sind die Chancen, ein Clearing zu beginnen, viel günstiger. Das kann man auf jeden Fall so sagen.

Zu der Frage nach den Beiträgen bei der freiwilligen Versicherung wurde schon etwas gesagt. Es gab schwangere Frauen, die über den Lebenspartner das Geld dafür bezahlt hätten und trotzdem abgewiesen worden sind. Das ist wirklich ein schwieriges Thema.

Ich möchte noch betonen, wie wichtig Nähe ist. Häufig gibt es auch Sprachhemmnisse. Wir haben häufig Kontakte, bei denen dann die Ehrenamtlichen ins Spiel kommen. Wenn Krankenschwestern bei Patienten sind und wir sprachlich nicht weiterkommen, rufen wir Ehrenamtliche an. Dann wird das Handy lautgestellt und gedolmetscht, damit wir verstehen, was los ist. Das sind ganz praktische Fragen, dass man überhaupt erst einmal herausfindet, was los ist.

Viele Menschen werden auch zu bestimmten Stellen begleitet, beispielsweise zum Arzt, zur Behörde oder auch zur Krankenkasse. Das übernehmen häufig auch die Ehrenamtlichen. Deshalb es ist so wichtig, dass die mit dabei sind und mitmachen.

Warum werden Menschen von den Krankenkassen zum Teil abgelehnt? – Ich denke, die Krankenkassen sehen bei Schwangerschaften erst einmal Entbindungskosten auf sie zukommen. Eine Entbindung wird teuer und macht Arbeit. Aber das ist für uns nicht nachzuvollziehen.

Was das Thema der Scheinselbstständigkeit anbelangt: In Frankfurt gibt es die Beratungsstelle „Faire Mobilität Hessen“, in der eine wertvolle und wichtige Arbeit geleistet wird. Wir vermitteln die Menschen dorthin. Sie können dort zur Beratung gehen und bekommen Unterstützung, gerade wenn es Probleme in prekären Arbeitsverhältnissen gibt. Das ist eine sehr wichtige Anlaufstelle gerade für die diejenigen, die zwar Arbeit, aber damit Probleme haben. Da verweisen wir auch weiter.

Vorsitzender: Vielen herzlichen Dank. – Damit darf ich an dieser Stelle die Institutionen der Gruppe 1 entlassen. Sie sind natürlich herzlich eingeladen, der weiteren Anhörung auf der Besuchertribüne noch zu folgen, sofern Sie dies möchten.

Jetzt darf ich die Institutionen der Gruppe 2 hier in den Plenarsaal bitten. – Bevor ich jetzt der ersten Institution das Wort erteile, auch an Sie noch der kurze Hinweis: Die schriftlichen Stellungnahmen sind bekannt. Es wäre hervorragend, wenn Sie sich an die Redezeit von drei Minuten halten würden. – Ich erteile nun Frau Lehmann von Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Frankfurt am Main das Wort.

Frau **Lehmann:** Guten Tag! Wie schön, dass ich heute hier sein darf. Mein Name ist Annette Lehmann. Ich bin ehrenamtlich für den Malteser Hilfsdienst in Frankfurt tätig. Wir machen seit 14 Jahren Medizin für Migranten, wie es früher hieß. Heute heißt es Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, weil sich das Spektrum der Patienten in den letzten Jahren schlicht und einfach verändert hat.

Wir bieten in Frankfurt einmal in der Woche eine ehrenamtliche Sprechstunde an. Acht ehrenamtliche Ärzte sowie acht Assistentinnen bzw. Assistenten können montags in vier, fünf Stunden Praxiszeit Patienten, die keine Krankenversicherung haben, in Frankfurt empfangen.

Unsere Patienten sind zu 60 % Illegale und zu 40 % Europäer und Deutsche. Wir haben in den letzten zwei Jahren etwa 350 Patienten behandelt und rund 1.500 Besuche gehabt. Unsere Patienten kommen aus 76 Staaten. Das heißt, Sprache ist ein wichtiges Thema.

Auch ist das Versorgen eines solchen Patienten nicht mit dem Versorgen eines Patienten in einer ganz normalen Hausarztpraxis zu vergleichen. Hier sind sehr viel mehr Menschlichkeit, sehr viel mehr Verständnis und vor allen Dingen sehr viel mehr Zeit mitzubringen.

Wir benötigen pro Jahr ein Budget von etwa 100.000 €, um die Kosten für Diagnosen, Behandlungen und Operationen stemmen zu können. Ein ganz großes Kapitel, das Sie alle heute hier beschäftigt, ist: Wie finanzieren wir das? Woher kommt das Geld?

Wir sind eine reine Ehrenamtsorganisation, die sich ausschließlich aus Spenden finanziert. Entweder gehen Ehrenamtliche von uns los und verdienen Geld im Sanitätsdienst – das ist ganz klassisch –, oder wir müssen Stiftungen, Unternehmen und private Menschen finden, die uns Geld zur Verfügung stellen, damit wir die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung überhaupt finanzieren können. Dass wir alle das ehrenamtlich tun, ist sowieso selbstredend.

Zu den Menschen, die zu uns kommen: Bei uns war neulich eine Spanierin, die einen Tumor hatte und jetzt operiert werden musste, nicht erst in neun Monaten. Dann wäre nämlich alles zu spät gewesen. Aber eine Tumoroperation kostet Unsummen. Deswegen plädieren wir extremst für den vorliegenden Gesetzentwurf und den Behandlungsfonds. Wir müssen schneller handeln können, damit wir möglichst schnell an Geld kommen. Wenn ein medizinischer Tatbestand vorliegt, dass diese Frau ohne Operation sterben würde, dann muss es in einem Land wie Hessen möglich sein, schnell zu reagieren und schnell Geld zu bekommen, um eine Operation einleiten zu können.

Das ist uns aber nicht immer möglich. Wir können etwa 40 % unserer Patienten nicht nach deutschem Standard versorgen. Unsere Ärzte fahren ein Sparprogramm. Sie machen keine Luxusmedizin, sondern wirklich nur eine Basismedizin; denn das ist das Einzige, was möglich ist. Wenn Operationen zu umfangreich und zu kostspielig werden – beispielsweise Tumor, Krebs mit Bestrahlung und anschließender Garantie einer Ehrenamtsorganisation gegenüber einem Krankenhaus, dass wir die Kosten tragen –, dann zucken wir erst einmal. Das können wir nicht leisten, und dann muss der Staat einspringen.

Es muss eine Clearingstelle geben, die unbedingt und sicher prüft, ob alles rechtens ist. Sie hat auch die Fachkompetenz, um zu schauen, ob der Patient in das Sozialsystem zurückgeführt werden kann. Das ist nicht unsere Kompetenz. Hier ist Fachkompetenz auf einem ganz anderen Gebiet gefragt. Dafür brauchen wir eine Clearingstelle.

Unser Anliegen im Namen unserer Patienten ist: Helfen Sie uns! Helfen Sie den Menschen, die nicht erst seit 15 Jahren in Frankfurt sind! Viele chronisch kranke Patienten leben schon seit 20 Jahren und länger in Frankfurt. Dort gibt es eine ganze Gruppe von Filipinos, wo auch immer die arbeiten. Ich lasse das jetzt einfach einmal im Raum stehen. Ihnen geht es gut, solange sie einen Job haben. Aber in dem Moment, in dem sie krank werden, fallen sie durch das Raster. Dann können sie nicht mehr arbeiten gehen. Dann gibt es kein Geld mehr, und sie sind illegal. Dann kommen sie zu uns und bitten uns um Hilfe. Sie kommen sicherlich erst in der letzten Sekunde.

Ein Abgeordneter hat gefragt, wann die Patienten zu uns kommen. Sie kommen immer zu spät, weil sie natürlich bis zur letzten Sekunde hoffen, dass die Beschwerden von alleine weggehen, dass es wieder besser wird und sie ihren Job nicht verlieren, damit ihre Illegalität nicht aufpoppt.

Nur ein kleines menschliches Beispiel: Die Menschen, die in unsere Sprechstunde kommen, sehen alle genauso aus wie wir hier, gut gekleidet. Und warum? – Sie wollen in der

Straßenbahn, in der U-Bahn und auf der Straße nicht auffallen und nicht erwischt werden. Sie sind vorsichtig und voller Angst. Solche Menschen gibt es in Frankfurt. Sie sind inzwischen schon Hessen geworden. Für die müssen wir sorgen. Das ist unsere menschliche Pflicht. Für uns Malteser als christliche Hilfsorganisation ist das eine Pflicht der Nächstenliebe. Aber ich denke, auch für alle anderen ist es eine humanitäre Pflicht, dass wir uns für diese Menschen hier im wohlgedehenden Hessen einsetzen.

Herr **Dr. Zimmer**: Sehr verehrtes Plenum! Vielen Dank, dass Sie uns als Malteser aus Offenbach eingeladen haben, hier vor Ihnen sprechen und unsere Eindrücke der Arbeit mit Menschen ohne Krankenversicherung vermitteln zu dürfen. Unsere rein ehrenamtlich aufgebaute Praxis besteht seit April 2019 in der Stadt Offenbach und deckt sowohl die Einwohner der Stadt als auch des Landkreises mit einer kostenlosen medizinischen Versorgung ab, sobald sie den Weg zu uns finden.

Um gleich die Niederschwelligkeit unseres Angebots darzulegen: Das funktioniert bei uns über eine Handynummer, die bei mir persönlich 24/7 und 365 Tage im Jahre aufgeschaltet ist. Dort kann jeder anrufen, der Hilfe sucht. Er wird dann auch weitergeleitet. Das passiert im Durchschnitt ungefähr dreimal pro Woche. Alle anderen Patientinnen und Patienten finden den Weg direkt in unsere Praxis.

Neben den schon genannten Patientengruppen, von denen wir bereits viel gehört haben – Selbstständige, diejenigen, die an schlechte Arbeitgeber geraten sind, etc. –, sind eine ganz große Gruppe in wachsender Zahl die Schwangeren. Wir hatten im Jahr 2019 nominell 32 schwangere Damen bei uns in der Versorgung gehabt, die entweder im Laufe des Jahres entbunden haben oder aktuell in diesem Jahr entbinden durften. Diese Schwangeren sind oft in hoch prekären Situationen. Sie sind mit ihren Ehemännern oder, sagen wir einmal nach deutschem Recht, eigentlich nur mit ihren Lebensabschnittsgeliebten – – Wenn man irgendwo im Ausland unter irgendwelchen Kautelen heiratet, die das deutsche Recht nicht anerkennt, dann ist man in Deutschland ganz schnell auch nicht verheiratet und hat keinen Anspruch auf irgendeine Familienversicherung. Genau auf diesen Punkt haben wir unsere Versorgung aufgebaut. Wir versuchen, den Damen und vor allen Dingen auch dem werdenden Leben so gut wie möglich gerecht zu werden. Auch die Zeit nach der Geburt kostet Geld, wenn sie in einem Krankenhaus stattfindet und mit einem zweitägigen Aufenthalt verbunden ist. Dafür müssen zwischen 1.700 und 2.800 € aufgewendet werden.

Wenn die Kinder auf der Welt sind, werden sie von uns über Kinderarztpraxen, die ehrenamtlich und unentgeltlich für uns arbeiten, weiterversorgt. Denn wie wir alle wissen: Wenn man auf der Welt ist, muss man nicht unbedingt gesund sein.

Das alles machen wir als Malteser auch aus der Intention heraus, dass es unser Glaube ist, der uns befähigt, das zu machen. Wir sind subsidiär dort tätig, wo der deutsche Staat blind ist, wo wir eine Lücke im System haben, wo wir weder den Artikel 1 noch den Artikel 2 des Grundgesetzes ausreichend würdigen und wo wir auch die entsprechenden Vereinbarungen auf EU- oder UNO-Ebene momentan noch missachten. Dort treten wir mit unseren Ehrenamtlichen ein.

Als hauptberuflicher Leiter einer Zentralen Notaufnahme einer Großstadt sowie als aktiver Notarzt kann ich Ihnen sagen: Das Elend der Welt wohnt in Deutschland und fußt auf dem, wie wir unsere Gesellschaft und unseren Staat aufbauen und weiterhin im Aufbau halten.

Frau **Türmer**: Ich möchte mich zunächst den Worten meiner beiden Vorredner anschließen und mich dafür bedanken, dass wir heute bei Ihnen über dieses Thema reden können; denn dieses Thema brennt uns unter den Nägeln und liegt uns auf dem Herzen.

Ich bin ebenfalls im Rahmen der MMM-Praxis in Offenbach tätig. Da ich von meiner Ausbildung her Juristin und keine Ärztin bin, kümmere ich mich – notgedrungen – auch um die juristischen Fragen, die im Zusammenhang mit unserem Praxisbetrieb anfallen. Dabei stelle ich fest, dass immer mehr auf die Frage zuläuft: Existiert eine Versicherung? Wo und in welchem Umfang existiert eine Versicherung? – Ich bin dafür nicht ausgebildet, sondern muss mich mühsam in das Thema einlesen. Das lohnt sich aber; denn wir stellen fest, dass doch in etlichen Fällen ein Versicherungsschutz besteht. Aber die Betroffenen wissen oft nichts davon. Sie sind auch nicht in der Lage, sich überhaupt kundig zu machen, weil ihnen die entsprechende Sprachkompetenz fehlt und sie überhaupt nicht wissen, an wen sie sich wenden müssen. Deshalb möchte ich betonen, wie wichtig es für uns wäre, wenn es eine solche Clearingstelle gäbe.

Wir haben allein in unserer Praxis, die seit knapp anderthalb Jahren existiert, drei Fälle, bei denen umfangreiche onkologische Behandlungen und Operationen notwendig waren. Sie waren für die Betroffenen lebensnotwendig. In zweien dieser Fälle konnte sogar ein Versicherungsschutz erkämpft werden, aber nicht durch die Betroffenen selbst, weil sie dazu schlicht nicht in der Lage waren, sondern wir mussten uns darum kümmern, und wir mussten das sehr nachhaltig tun. Denn keine Versicherung – so ist jedenfalls meine bisherige Erfahrung – nimmt freiwillig jemanden zurück oder leistet freiwillig etwas, wenn sie nicht unbedingt muss. Es werden tausend Vorwände vorgebracht, weshalb kein Versicherungsschutz besteht oder weshalb keine Aufnahme in die Versicherung möglich ist. Das entspricht aber nicht der Rechtslage.

Wir greifen manchmal auf die Hilfe der Clearingstelle in Rheinland-Pfalz zurück, weil wir in Hessen eben keine eigene haben. Hier wäre eine Clearingstelle bitter notwendig, auch um Kosten zu sparen und um Krankenkassen in die Pflicht zu nehmen, die sie haben, weil sie gesetzlich und aufgrund der Beiträge, die sie bekommen, verpflichtet sind, das aber nicht tun.

Frau **Haslach**: Guten Tag! Ich bin Maxi Haslach, Ehrenamtliche beim Medinetz Marburg und auch Medizinstudentin. Ich spreche heute für die Medinetze Marburg und Gießen. Wir sind Vereine, die Menschen ohne Krankenversicherung dabei unterstützen, an eine gesundheitliche Versorgung zu kommen. Durch unsere Arbeit organisieren und finanzieren wir Behandlungen, Medikamente, Übersetzungen und vieles mehr, wenn kein Clearing möglich ist. Da wir dabei täglich Menschen sehen, die durch das Raster der Gesundheitsversorgung fallen, freuen wir uns, dass heute im Hessischen Landtag über diese Menschen gesprochen wird. Für sie wurden die deutschlandweit insgesamt 39 ehrenamtlichen Medinetze und -büros gegründet.

Die Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung stellt eine der größten strukturellen Lücken in unserem Gesundheitssystem dar. Wir haben heute schon über Zahlen gesprochen. In Deutschland leben über 140.000 Menschen ohne Krankenversicherung. Die Dunkelziffer liegt noch deutlich höher. Die Hilfsorganisation Ärzte der Welt schätzt, dass es bis zu 2 Millionen Menschen sind. Deren prekäre Situation wird durch die Corona-Pandemie weiter verschärft.

Wie Sie sicherlich einsehen werden, kann und darf unsere ehrenamtliche Arbeit kein Ersatz für die gesicherte, geregelte staatliche Fürsorge sein. Aus unserer Sicht wird es Zeit,

die vom Staat gesetzlich garantierte Daseinsfürsorge umzusetzen. Um allen in Hessen lebenden Menschen eine medizinische Versorgung zu gewährleisten, halten wir den vorliegenden Gesetzentwurf für einen richtigen und essenziellen Schritt.

Medinetz Marburg betreut im Jahr um die 100 Menschen. Zur Verdeutlichung der Vielfalt dieser Fälle, die oft auch sehr kompliziert sind, haben wir Ihnen vier Beispiele aus unserer Arbeit mitgebracht, die wir kurz anreißen werden:

Der erste Fall ist eine Frau aus dem EU-Ausland mit chronischen Schmerzen, die eine Operation der Gallenblase dringend brauchte. Sie wurde aufgrund fehlender Kostenträger zunächst nicht durchgeführt. Die Schmerzen verschlimmerten sich. Sie musste mehrmals notfallmäßig ins Krankenhaus, aus dem sie mit Schmerzmitteln wieder entlassen wurde. Wir konnten ihr letztendlich Untersuchungen und Behandlungen ermöglichen, jedoch mit monatelangen Verzögerungen, einem schlimmen Leidensweg für die Patientin und trotzdem mit nicht gedeckten und nicht zielführenden Kosten.

Der zweite Fall ist eine Studentin aus dem Nicht-EU-Ausland mit einer Auslandskrankenversicherung, die allerdings keine Psychotherapie übernimmt. Die Studentin hatte depressive Phasen in Deutschland entwickelt und braucht auch wegen Suizidgedanken dringend psychotherapeutische Unterstützung.

Der dritte Fall ist eine deutsche Frau ohne regulären Wohnsitz; darüber haben wir schon mehrmals gesprochen. Sie wandte sich an uns, weil sie regelmäßig Blutdruckmedikation benötigt. Für Menschen wie sie ist eine niedrigschwellige Anlaufstelle wichtig.

Der letzte Fall, den wir kurz vorstellen möchten, ist eine junge Frau, die für ein Freiwilliges Soziales Jahr nach Deutschland kam. Kurz bevor das FSJ ablief, wurde sie schwanger, und es endete auch ihr Versicherungsschutz. Durch die Corona-bedingten Reisebeschränkungen konnte sie aber nicht in ihr Heimatland zurück. Die Kosten der nötigen Vorsorge lagen weit über ihren finanziellen Möglichkeiten. Dabei ist eine reguläre medizinische und behördliche Anwendung gerade für Schwangere besonders wichtig.

Nach diesen Beispielen folgen nur noch zwei konzeptionelle Punkte:

Erstens. Die in dem Entwurf vorgeschlagene Summe von 5 Millionen € im Jahr betrachten wir als notwendiges Minimum für den Behandlungsfonds. Den Fonds werten wir sogar als kosteneffizienter als die momentane Situation, weil die Gefahr von Chronifizierungen und Komplikationen verringert wird. Derzeit werden Behandlungen zum Teil umsonst oder spendenfinanziert durchgeführt und staatlich finanziell nicht anerkannt.

Zweitens. Die in dem Entwurf vorgesehenen Clearingstellen finden wir wichtig, damit möglichst viele Fälle der regulären Versorgung zugeführt werden können. Auch befürworten wir das Konzept, die Clearing- und Vergabestellen an bestehende Strukturen der großen Wohlfahrtsverbände anzubinden, wodurch sie effektiv und niedrigschwellig arbeiten können.

Wir unterstützen den Gesetzentwurf ausdrücklich und plädieren für eine zeitnahe Umsetzung des Vorhabens, das die aktuelle Regierung selbst in ihrem Koalitionsvertrag avisiert hatte. Er bedeutet eine deutliche Verbesserung der regulären medizinischen Versorgung besonders vulnerabler Gruppen. Damit kann in Hessen ein wichtiger Schritt in Richtung Gewährleistung des Menschenrechts auf Gesundheit getan werden.

Ich hoffe, Sie berücksichtigen diese Anliegen.

Abg. **Christiane Böhm:** Schönen Dank an Sie alle für Ihre Stellungnahmen, sowohl schriftlich als auch mündlich. – Mir ist jetzt aufgefallen, dass die Vielfalt der ehrenamtlichen Strukturen in diesem Bereich sehr interessant ist, aus kirchlicher, insbesondere aus katholischer Motivation, aus medizinischer und medizinstudierender Sicht. Junge Leute und auch der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland engagieren sich da. Ich bitte auch Sie, dass Sie meinen Dank an die Ehrenamtlichen weitergeben. Ich finde, das, was Sie leisten, ist ganz wesentlich und bitter notwendig.

Frau Haslach, Sie haben gerade gesagt, Ehrenamt sei kein Ersatz für soziale, staatliche Strukturen. Ich denke, das ist ein Satz, den wir ganz nach oben stellen sollten. Ich finde es toll, dass Sie so viel tun. Aber Sie sagen auch, Sie kommen an Ihre Grenzen. Da würde ich gerne nachfragen. Sie sind ja bereit, ehrenamtlich tätig zu werden, aber Sie merken, dass das in diesem Maße gar nicht mehr möglich ist.

Frau Lehmann, Sie haben sowohl schriftlich als auch heute mündlich sehr bewegend geschildert, dass Sie vielen Menschen gar nicht mehr helfen können. Ich stelle mir das auch für die Ehrenamtlichen sehr schwierig vor. Wie gehen Sie damit um, dass Sie Menschen sagen müssen: „Ich habe jetzt kein Geld dafür und kann das nicht organisieren“? Welche Möglichkeiten haben Sie, um Spenden zu sammeln? Sie bekommen keine Kirchensteuer, aber andere Mittel. Das muss auch eine große psychische Belastung sein. Sagen Sie, Sie haben das eine ganze Zeit lang ehrenamtlich gemacht und dabei gesehen, dass Sie da etwas auffangen müssen, aber jetzt ist die Grenze erreicht, und jetzt ist es nicht mehr möglich, noch mehr Geld aufzubringen? Habe ich Sie da richtig verstanden?

Nett fand ich die Aussage, dass Rheinland-Pfalz Entwicklungshilfe für Hessen leisten musste. Das ist sehr interessant, weil man sonst immer etwas ganz anderes denkt. Aber als Rheinland-Pfälzerin freue ich mich immer über solche Aussagen.

Die zweite Frage ist: Welche neuen Gruppen haben jetzt aufgrund der Corona-Pandemie einen stärkeren Bedarf in diesem Bereich? Sie haben auch Studierende in Frankfurt genannt, die aus der Regelstudienzeit herausfallen. Die waren mir als Personengruppe noch gar nicht bekannt. Es sind aber auch Haftentlassene betroffen – ich glaube, Prof. Dr. Trabert hat das geschrieben –, deren Versicherungsschutz noch nicht geklärt ist. Kommen auch diese Gruppen zu Ihnen? Welche anderen Gruppen gibt es noch? Ich glaube, die Vielfalt der Gruppen ist mittlerweile viel größer geworden, als sie es vorher war.

Frau Türmer und Herr Dr. Zimmer, es gibt die Notwendigkeit, dass man sich schon vor der Geburt einmal untersuchen lässt. Es gibt einige Vorsorgeuntersuchungen. Auch gibt es die Notwendigkeit, beispielsweise von einer Hebamme begleitet zu werden. Aber das funktioniert nicht immer so toll; das wissen wir auch. Man soll auch nachbegleitet werden. Die U-Untersuchungen für Kinder sind überhaupt nicht beinhaltet. Ist das richtig? Finden Sie dafür keine Möglichkeiten, außer wenn sie ein Arzt kostenlos macht, das über andere finanzielle Mittel zu organisieren? Auch das ist für unsere Entscheidung sehr wichtig.

Abschließend noch eine Frage an das Medinetz. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme die Kosteneffizienz thematisiert und das jetzt nur ganz kurz angesprochen. Wo meinen Sie denn, dass man durch die Clearingstellen und den Behandlungsfonds Kosten spart? Wo sehen Sie eine Möglichkeit, dass die Gesamtgesellschaft da Kosten einsparen kann?

Frau **Lehmann**: Den Dank an das Ehrenamtsteam gebe ich sehr gerne weiter. – Das ist auch ein guter Aufhänger. Gerade unsere Ärzte sind natürlich nicht beglückt, wenn sie weder das optimale Medikament noch die Blutwerte und Diagnosen vorliegen haben, um perfekt behandeln zu können. Das alles sind Ärzte, die älter als 65 Jahre sind, also gestandene Ärzte, die ihr Leben lang Menschen behandelt und ihnen geholfen haben. Sie kommen zu uns und sagen, dass sie ehrenamtlich bei uns mitmachen wollen. Wir haben derzeit acht Ärzte. Sie haben nach deutschem Standard behandelt, wie wir alle uns behandeln lassen. Vier davon sind Hausärzte gewesen und haben ihr Praxisleben ganz normal gestaltet. Diese müssen jetzt umlernen: Das Medikament X kann bei uns leider nicht herausgegeben werden, weil es zu teuer ist. Da ist vielleicht die Dosierung perfekt, aber das geht jetzt leider nicht.

Ich möchte damit sagen, dass wir mit dem Geld, das wir haben, genauestens haushalten müssen. Das heißt, wir müssen auch da ansetzen. Das führt bei den Ärzten nicht gerade zu einer hohen Motivation; das kann man sich lebhaft vorstellen. Denn sie sind angetreten, um den Patienten bestens zu helfen.

Wir stoßen bei Operationen an unsere finanziellen Grenzen. Dabei kommen große Summen zusammen. Wenn wir uns da im fünfstelligen Bereich bewegen, beginnt es bei uns zu schmerzen. Dann versuchen wir, über Netzwerke und Spenden alles Menschenmögliche zu tun, um die Kosten auf ein Minimum zu reduzieren. Es bleiben aber natürlich immer Kosten bestehen.

Wenn die Kassen leer sind, weil die Spendengelder aufgebraucht sind, dann können wir keine Operation mehr genehmigen. Dann haben wir genau das Problem, das Sie beschreiben: Die Ärzte sind nicht begeistert. Wir sitzen am Tisch, legen unsere Zahlen hin und fragen: Wer hat noch eine Idee? Wo können wir noch betteln gehen? – Wir gehen dann sofort los und versuchen zu betteln. Aber wenn wir kein Geld mehr bekommen, bleibt es so, wie es ist. Das ist die brutale Realität.

Wir Malteser sind eine katholische Hilfsorganisation, bekommen aber keine Kirchensteuern. Die katholische Kirche ist finanziell nicht mit uns verbunden. Das ist mir ein sehr wichtiges Thema und liegt mir auch sehr am Herzen. Unsere Gelder kommen von Stiftungen. Wir haben in Frankfurt das große Glück, viele Stiftungen zu haben. Wir versuchen, das auch möglichst professionell anzugehen, damit wir möglichst viele Gelder einspielen können. Aber wir bekommen kein Geld von der Kirche.

Ganz kurz zu den Patienten: Wir haben in Frankfurt Unternehmer als Patienten, die nicht in die Kasse eingezahlt haben, aber auch Freiberufler und Studierende. Sie konnten irgendwann nicht mehr in die Kasse einzahlen – aus welchen Gründen auch immer – und sind jetzt nicht mehr krankenversichert. Diese behandeln wir dann.

Zu Corona kann ich nichts sagen. Dadurch gibt es bei uns keine Veränderung im Patientenprofil. Die Praxis lief auch zu Beginn der Pandemie durch. Am Anfang hatten wir weniger Patienten. Wir gehen davon aus, dass viele Menschen auch Angst hatten, zu uns zu kommen; denn wenn Corona-Symptome aufgetreten wären, wären wir verpflichtet gewesen, dies zu melden. Das hätten wir auch getan, weil es da eine andere Ebene gibt, sage ich einmal. Bei Illegalität hingegen melden wir nicht; da brauchen wir auch nicht zu melden. Da sind wir Gott sei Dank sozusagen unantastbar. Ansonsten kann ich nicht feststellen, dass wir durch Corona ein verändertes Patientenprofil haben.

Herr **Dr. Zimmer**: Vielen Dank für die Fragen. – Ich fange einmal ganz vorne an: Wo haben wir unsere Grenzen? – Wie wir gerade schon von der Kollegin gehört haben, sind unsere Grenzen immer dort, wo es um größere Beträge geht, sprich: bei Operationen und komplikativen Entbindungen. Dann werden aus den 2.400 bis 2.800 € ganz schnell 10.000 €, nämlich allein schon dann, wenn das Neugeborene drei, vier Tage lang nur zur Überwachung auf der Intensivstation liegt. Da ist noch gar nichts gemacht geworden, sondern es wurde einfach nur geschaut, dass es ihm gut geht. Es gab keine große technische Behandlungsnotwendigkeit.

Bei Dauermedikationen haben wir ein großes Problem. Gerade unsere Praxis in Offenbach ist rein vom Konzept und von der Finanzierung her eigentlich nur dafür aufgestellt, Nothilfe zu leisten und Überbrückung zu gewährleisten, bis sich der Patient vielleicht in sein Heimatland zurückbegeben konnte, bis man die Versicherungsfragen klären konnte oder bis andere Dinge ins Rollen gekommen sind, die dann eine geregelte Versorgung gewährleisten können.

Wir können aber gängige Medikamente nicht einfach über Monate hinweg verschreiben. Mit einer Packung mit drei Phiolen Insulin kommt man knapp über den Monat. Das allein kostet schon 120 €, wenn man nur eine Art von Insulin braucht. Aber viele brauchen zwei verschiedene Arten von Insulin, und das auch noch in größeren Dosen. Das ist eine Rechnung, die sehr schnell sehr hoch ansteigt.

Eine Grenze unseres Handelns ist auch die Palliativversorgung sterbender Patienten. Auch die Patienten ohne Krankenversicherung sterben irgendwann, mit oder ohne unsere Versorgung. Auch sie können nicht eingebunden werden. Ihnen ist das SAPV-System nicht zugänglich. Das ist die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Sie können in kein Hospiz kommen. Wir haben ein Hospiz in Offenbach, das bürgerschaftlich getragen wird. Vier Wochen Aufenthalt dort verursachen Kosten in Höhe von round about 10.000 €. Das können wir nicht gegenfinanzieren. Insofern sind das ganz deutliche Grenzen unseres Handelns.

Interessant sind Versicherungsfragen, also diejenigen Fragen, die eine Clearingstelle eigentlich lösen könnte. Das müssen aber zum Teil wir als medizinische Vollprofis machen, meine Kolleginnen und Kollegen, alle, wie sie da sind. Wir haben Berufsanfänger bis hin zu alten Hasen, die schon seit drei Jahren in Rente sind. Die können aber diese Fragen nicht beantworten. Dafür brauchen wir Hilfe. Wir bekommen sie über Frau Heilos und ihre Caritas-Straßenambulanz. Sie sind für uns sehr wichtige Partner. Auch die Diakonie in Offenbach hilft uns immer wieder einmal aus. Aber wir haben keinen offiziellen Ansprechpartner, der extrem gut auf diese Fragen spezialisiert ist. Jeder, der ein bisschen Jura beherrscht, weiß: Wenn es juristisch wird, gibt es immer zwei Meinungen. Da sind wir als Ärzte die falschen.

Uns fragen sogar manchmal Ämter um Hilfe. Ich bekomme mittags um 13 Uhr einen Anruf, und es heißt: Herr Dr. Zimmer, ich habe eine Frage. Wir haben hier jemanden mit Verdacht auf Corona. Er ist nicht versichert. Wo können wir ihn testen lassen? – Es wird aber auch gefragt: Wir haben eine Schwangere hier. Können wir sie zu Ihnen schicken? – Das Stadtgesundheitsamt und manchmal auch das Sozialamt richten solche Fragen an uns.

Wir leben zu 100 % von bürgerschaftlichem Engagement, nicht nur von den Ehrenamtlichen bei uns in der Praxis, sondern auch von Ärztinnen und Ärzten in der Niederlassung, die uns kostenlos einmal eine CT oder eine MRT machen oder einfach sagen: Wir untersuchen einmal das Bein des Patienten und schauen, was man da machen kann.

Bei Krankenhäusern funktioniert das nicht. Sie sind verpflichtet, immer eine Rechnung zu stellen, und zwar eine kostendeckende Rechnung. Sie dürfen uns keine Rabatte gewähren. Sie dürfen auch nichts „für umme“ machen. Das ist ihnen grundsätzlich untersagt. Wir müssen immer Mittel und Wege finden, um eine Behandlung zu bezahlen. Hätten wir nicht die Bürgerschaft, die spendet, dann wäre unsere Arbeit sehr schnell beendet.

Jetzt noch kurz zu Corona. Dadurch hatten auch wir keine großen Einschränkungen und zum Glück auch kein großes Mehr an Patienten. Es gab aber immer wieder Einzelschicksale, wie zum Beispiel den Studenten, der eigentlich zurück nach Hause möchte. Er kann aber nicht mehr ins EU-Ausland reisen und sitzt hier fest. Die Versicherung ist beendet, weil er mit dem Studium fertig ist. Die Uni hat geschlossen. Er sitzt sozusagen auf dem Trockenen.

Zu der Schwangerschaftsversorgung: Nicht nur die Entbindung ist ein Problem, sondern auch die Monate davor. Sobald die Schwangerschaft bekannt ist, versuchen wir, die Frauen über niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen untersuchen zu lassen. Wir hatten im letzten Jahr 32 Damen. Diese Schwangerschaften konzentrieren sich aktuell auf ein bis zwei Praxen, die das für uns machen. Auch da müssen wir andere Mittel und Wege finden, um diese Untersuchungen zu gewährleisten.

Bei den Kinderärzten wird es ganz dünn. Da haben wir genau eine Praxis, die uns die U-Untersuchungen kostenlos, für Gottes Lohn macht. Das wird so lange als Überbrückung gemacht, bis wir die Familien in Zukunft vielleicht über eine Clearingstelle doch wieder in einen ordentlichen Versicherungsstatus zurückführen dürfen.

Frau **Türmer**: Ich möchte nur ganz wenige Ergänzungen zu dem machen, was mein Kollege eben schon gesagt hat.

Frau Böhm, Sie haben gefragt, wie wir an Geld kommen. Mein Job ist unter anderem, Spenden zu generieren. Ich schreibe unzählige Briefe an Bürgermeister und Gewerbetreibende. Ich bekomme aber meistens überhaupt keine Antwort und schätze mich schon glücklich, wenn wenigstens einmal eine Bestätigung kommt, dass mein Schreiben angekommen ist.

Die Hilfs- und vor allen Dingen die Spendenbereitschaft in diesem Jahr ist im Vergleich zum letzten Jahr – damals war sie recht hoch – extrem zurückgegangen. Wir merken das in allen Bereichen. Die Gewerbetreibenden sagen – das kann ich nicht verurteilen –: Wir wissen selbst nicht, wie es mit uns weitergeht und wie wir finanziell dastehen. Wir können uns das überhaupt nicht mehr leisten. – Wir merken die Pandemiesituation finanziell ganz deutlich. Wir wissen nicht, wie wir die rückläufige Spendenbereitschaft auf lange Sicht abfangen sollen, und sind ständig am Überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, Spendengelder auf neue Art und Weise zu generieren. Das bereitet uns durchaus große Sorgen.

Sie habe noch gefragt, ob neue Gruppen von Patienten wegen Corona dazugekommen sind. Wegen Corona-Erkrankungen war das nicht der Fall. Aber wir haben etliche Fälle, bei denen die Mutter, die aus dem EU-Ausland oder einem anderen Land zum Familienbesuch gekommen ist, nicht in ihr Heimatland zurückkonnte, weil plötzlich keine Reisebewegungen mehr möglich waren. Viele sind dann hier schwer erkrankt. Was will man dann machen? – Diese Menschen haben zwar eine Reiseversicherung, die aber nach drei Monaten in sich zusammenfällt. Sie gilt nur drei Monate. Wenn dieser Zeitraum abgelaufen ist, dann besteht kein Versicherungsschutz mehr. Dann kommen auch diese

Menschen letztlich zu uns und fragen, ob wir ihnen irgendwie helfen können. Das versuchen wir bestmöglich.

Sie haben noch Haftentlassene erwähnt. Auch davon haben wir Fälle. Ich bin aktuell mit dem Fall eines Haftentlassenen beschäftigt, der nicht wusste, ob er noch in einer Versicherung ist, und mich beauftragt hat, das zu prüfen. Ich konnte feststellen, dass er tatsächlich einen Versicherungsschutz hat. Das ist ein ganz typischer Fall. Er hat sich überhaupt nicht getraut, selbst nachzufragen. Er ist Deutscher. Da würde es an der Sprachkompetenz vielleicht nicht fehlen. Aber die Menschen trauen sich überhaupt nicht. Sie haben Angst davor, überhaupt irgendwelche Schritte zu unternehmen. Das ist rational sicherlich nicht erklärbar, aber psychologisch ist das nachvollziehbar.

Noch ganz kurz zu den Schwangeren. Vielleicht einfach colorandi causa, um das einmal plastisch darzustellen: Wir haben ganz aktuell einen Fall, da kam eine Frau im hochschwangeren Zustand in unsere Praxis. Zunächst ging es nur darum, die Untersuchungen durchführen zu lassen und eine Entbindung zu gewährleisten. Aber es sind noch drei weitere Kinder mitgekommen. Es wurde festgestellt, dass die zum Teil überhaupt keinen Impfschutz haben. Die notwendigen Impfungen sind nicht durchgeführt worden. Das eine Kind hat eine fortgeschrittene Karies. Dann kam eines zum anderen. Dann ging es nicht mehr nur darum, einen Termin beim Frauenarzt auszumachen und die Überweisung ins Krankenhaus zur Entbindung zu managen, sondern dann haben wir auch Termine beim Kinderarzt zur Impfung vereinbart. Die Frage war, wer das macht. Man darf nicht vergessen, dass in einer Kinderarztpraxis auch Materialkosten anfallen. Können wir das noch pro bono verlangen, oder zahlen wir das in diesem Fall? Wo finden wir einen Zahnarzt, der dieses Kind behandelt, was auch dringend notwendig war?

Wir haben es in unseren Praxen – das ist vielleicht ein Spezifikum der Malteser Praxen – niemals nur mit einem Einzelschicksal und in der Regel auch nicht mit einem einzelnen Symptom zu tun, sondern da gehen plötzlich ganze Bildbände auf. Wir stellen fest, dass ganze Familien versorgt werden müssen. Da hat jemand nicht nur Husten oder Bluthochdruck, sondern da kommt eines zum anderen, weil wir es eben sehr oft mit Menschen zu tun haben, die sich jahrelang, oft jahrzehntelang überhaupt nicht mehr zu irgendeinem Arzt getraut haben. Dabei entstehen zum Teil riesige Kosten, die über die Spendengelder, die wir versuchen zu generieren, irgendwie abgedeckt werden müssen. Das ist sehr schwierig.

Frau **Haslach**: Frau Böhm, Sie haben das Thema Ehrenamt angesprochen und uns für unser Engagement gedankt. Es ist natürlich toll, dass Sie das so sehen und uns dafür danken. Aber natürlich wäre es uns viel lieber, wenn das überhaupt nicht notwendig wäre. Wir klopfen uns nicht auf die Schulter und sagen: Wow, das haben wir toll gemacht!

Es ist mehr schlecht als recht eine Übergangslösung, dass wir in unserem Kämmerchen sitzen und zwischen Vorlesungen versuchen, einige Anrufe zu tätigen, um einen Fall in die richtige Richtung zu lenken. Davon wollen wir auf jeden Fall wegkommen. Deswegen finden wir es super, dass dieser Gesetzentwurf auf dem Tisch liegt. Wir hoffen, dass es hier dann so läuft wie in Thüringen. Die Arbeit des Medinetzes Jena ist mehr oder weniger darin aufgegangen, dass das Ganze durch den anonymen Krankenschein geregelt übernommen werden konnte.

Sie haben auch gefragt, wie wir psychisch oder überhaupt mit der Arbeit umgehen und wie wir das schaffen. In dem ersten Fall, den ich vorhin geschildert habe, hatte ich viel mit einer Patientin zu tun, der es wirklich schlecht ging. Ich kenne sie seit über einem Jahr.

Sie hatte Schmerzen und wurde nicht regulär versorgt. Wir haben sehr viel versucht und mit vielen Stellen gesprochen, nur um dann herauszufinden, dass anscheinend niemand dafür zuständig ist bzw. dass es keine gute Lösung gibt. Das frustriert einen natürlich und macht wütend. Deswegen sind wir jetzt auch hier.

Wir arbeiten derzeit in einer Parallelstruktur, von der wir wegkommen wollen. Deswegen ist es toll, dass der Gesetzentwurf auch das Clearing so hervorhebt; denn gerade beim Clearing stoßen wir sehr an unsere Grenzen. Die Fälle sind so verschieden, dass man wirklich Expertise und Zeit braucht, um sich beim Clearing jedem einzelnen Fall zu widmen.

Frau **Gaillard**: Wir vom Medinetz Marburg sind 20 Menschen. Ich glaube, dass keiner von uns es über sich bringen könnte, einer Person zu sagen: Wir können Ihnen nicht weiterhelfen. – Wir würden immer weiterkämpfen und an unsere Netzwerke herantreten, die wir haben. Alle von uns sind wahrscheinlich schon einmal in die unangenehme Situation gekommen, Arztpraxen wiederholt anzurufen und zu fragen: Könnten Sie uns bitte noch einmal einen Gefallen tun, damit wir den Personen weiterhelfen können?

Da bei uns viele Schwangere anrufen, haben wir eine extra Arbeitsgruppe für sie eingerichtet. Sie brauchen nämlich eine engmaschigere Betreuung. Eine Geburt ist sehr kostenintensiv, wie es schon mehrmals gesagt worden ist. Das heißt, die Frauen bringen ein Kind oft schon mit hohen Schulden auf die Welt. Darüber hinaus gibt es noch den bürokratischen Aufwand, das Kind anzumelden usw. Eigentlich brauchen die Frauen auch dabei Unterstützung.

Wir haben ein paar Studentinnen gehabt, die vom Ausland nach Deutschland gekommen sind, um hier zu studieren. Aber in ihrer Krankenversicherung war nicht die Kostenübernahme für eine Entbindung inbegriffen.

Eine Frage, die wir noch nicht beantwortet haben, betrifft die Kosteneffizienz. Auf diese Frage geht jetzt David Kremer ein.

Herr **Kremer**: Ich möchte noch etwas zu den Kosten sagen. Wir haben in unserer Stellungnahme behauptet, dass wir davon ausgehen, dass dieses Konzept günstiger oder zumindest effizienter sein könnte. Warum?

Viele Menschen kommen, wie wir schon von vielen anderen Institutionen gehört haben, erst zu einem sehr späten Zeitpunkt der Krankheit, zu dem sie schon extreme Beschwerden haben, zu uns, weil sie sich vorher, nach allen möglichen Krankheitsgeschichten, wegen schlechter Erfahrungen, Stigmatisierung usw., nicht getraut haben. Sie lassen sich erst dann behandeln oder zumindest beraten. Insofern ist bei ihnen eine Chronifizierung von Krankheiten sehr viel wahrscheinlicher als bei vielen von uns, die sich frühzeitig behandeln lassen können. Das kann auch deutlich häufiger zu Notfallbehandlungen, Notoperationen und stationären Aufenthalten führen, die viel kostenintensiver sind als eine reguläre Behandlung in Arztpraxen usw. Das lässt die Kosten explodieren und wäre eigentlich nicht nötig.

Ein Punkt, der bislang noch sehr wenig zur Sprache gekommen ist, ist, dass Behandelnde auf ihren Kosten sitzen bleiben. Genau wie andere kooperieren auch wir mit Praxen, mit Ärztinnen und Ärzten, die für uns sehr viel günstiger oder sogar kostenfrei behandeln. Das heißt aber nicht, dass für sie keine Kosten entstehen. Sie werden aber weder durch den

Staat noch durch uns gedeckt, weil wir unsere Spendengelder natürlich nur dann ausgeben, wenn die Praxen das verlangen. Wir geben kein Geld für etwas aus, wenn wir es nicht unbedingt müssen. In diesem Zusammenhang wird eine Leistung erbracht, die finanziell überhaupt nicht wertgeschätzt wird. Das ist in dem Sinne nicht unser Auftrag, sondern das sollte eigentlich die staatliche Fürsorge abdecken, die wir schon erwähnt haben.

Ich glaube, auf die Krankenhäuser wird Frau Lang vom Gesundheitsamt Frankfurt noch eingehen.

Wie gesagt: Behandelnde bekommen ihre Leistungen nicht vergütet. Das ist eine ziemlich große Lücke im System, die wir angehen sollten. Dies würde durch den vorliegenden Gesetzentwurf zumindest zum Teil verbessert.

Vorsitzender: Gibt es in der zweiten Runde Rückfragen an die Institutionen? – Das scheint offensichtlich nicht der Fall zu sein. Dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen bedanken. Ich lade auch Sie ein, der Anhörung oben auf der Besuchertribüne weiter zu folgen, wenn Sie möchten.

Ich bitte nunmehr die Institutionen der Gruppe 3 hier zu uns in den Plenarsaal. – Gestatten Sie mir auch Ihnen den Hinweis auf die Redezeit von drei Minuten. Ich darf die erste Institution aufrufen: Gesundheitsamt Frankfurt am Main, humanitäre Sprechstunden, Alexandra Lang und Dr. Petra Tiarks-Jungk.

Frau **Dr. Tiarks-Jungk:** Mein Name ist Petra Tiarks-Jungk. Ich komme vom Gesundheitsamt Frankfurt. Ich freue mich, hier sein zu dürfen, und begrüße alle, auch den Herrn Staatsminister.

Ergänzend zu meiner schriftlichen Stellungnahme möchte ich, nachdem ich jetzt alles gehört habe, noch besonders betonen: Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main ist, im Gegensatz zu den karitativen Einrichtungen, in der glücklichen Lage, einen Etat von ungefähr 100.000 € pro Jahr zu haben. Dies wird über das Sozialamt der Stadt Frankfurt finanziert. Mit diesem Geld können wir unsere humanitäre Sprechstunde gewährleisten. Wir sind schon sehr lange tätig. Ich kann im nächsten Jahr auf eine 20-jährige Tätigkeit in diesem Bereich zurückblicken.

Ich freue mich über den vorliegenden Gesetzentwurf. Ich habe allein in den letzten zwei, drei Monaten zwei Patienten gehabt, bei denen ich mich über die ärztliche Tätigkeit hinaus eingesetzt habe, um sie wieder in das Sozialsystem zu bringen. Das ging über das Sozialamt und alle möglichen Behörden. In Deutschland ist es wirklich schwierig, eine leistungserschließende Beratung zu bekommen. Ein Patient ist mittlerweile tot. Der andere Patient liegt trotz unserer Bemühungen und Schilderungen, wie extrem die Notlage ist – Niereninsuffizienz, fortgeschrittener Diabetes, herzkrank, Zustand nach Schlaganfällen –, mit einem sogenannten Locked-in-Syndrom in einer Früh-Reha. Das bedeutet, man ist vollständig gelähmt, aber das Gehirn funktioniert noch. Man bekommt noch etwas mit, kann aber mit der Außenwelt nicht mehr kommunizieren. Das ist eine sehr schwierige Situation. Deshalb sehe ich keine andere Alternative zu den Clearing-Einrichtungen.

Zumindest in den großen Zentren, das heißt in den Großstädten, müsste es eine Clearingstelle geben. Ich konnte aus meinen Erfahrungen lernen, dass die meisten Migranten –

wir behandeln auch irreguläre Migranten aus Drittstaaten – immer in die Zentren gehen, wo es auch Arbeit gibt.

In der Corona-Krise hat sich die Situation noch wesentlich verschärft, weil alle unsere Patienten, wenn sie irregulär sind, auf dem Drittmarkt sind, sozusagen auf dem Arbeitsstrich stehen und nie in irgendein geregeltes Arbeitsverhältnis kommen. Das liegt aber nicht unbedingt nur an ihnen. Das ist uns ganz wichtig.

Für die Schwangeren haben wir in Frankfurt bereits seit dem Jahr 2008 ein Programm, bei dem wir mit den sechs Entbindungskliniken in Frankfurt ausgemacht haben, dass die Frauen, wie auch alle anderen krankenversicherten Frauen, für eine Zahlung von 700 € – davon übernimmt die Stadt Frankfurt 100 € – eine ambulante Entbindung bekommen. Bei einem Aufenthalt von weiteren zwei, drei Tagen werden die Augen noch zugedrückt, sodass sie ihr Kind sicher auf die Welt bringen können.

Wir haben seit dem Jahr 2011 eine Kindersprechstunde. Unser Fokus liegt bei Kindern ganz explizit darauf, Entwicklungsstörungen durch die U-Untersuchungen frühzeitig zu erkennen und für den Herdenschutz, den wir in Deutschland brauchen – ich denke nur an die Masernimpfung –, zu sorgen, indem wir sie mit den erforderlichen Impfungen, mit den Grundimmunisierungen ausstatten.

Das waren die wichtigsten Punkte, die ich zusätzlich zu unserer schriftlichen Stellungnahme noch erwähnen wollte.

Ich gebe jetzt an Frau Lang weiter, meine Partnerin aus dem Gesundheitsamt, die noch einiges ergänzen wird.

Frau **Lang**: Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Abgeordnete! Auch ich bin froh darüber, hier sprechen zu können. Ich möchte die Ausführungen von Frau Dr. Tiarks-Jungk noch ergänzen.

Wir beschäftigen uns in den humanitären Sprechstunden im Gesundheitsamt Frankfurt schon seit Jahren damit, Personen nicht nur zu behandeln, sondern auch zu schauen, wie man sie in die Krankenversicherung zurückbekommen kann, wenn möglich. Dazu fehlt es aber oft an der Zeit, wie es viele der Anzuhörenden bereits gesagt haben. Man kann nicht gleichzeitig behandeln und komplizierteste Sachverhalte im Bereich Soziales und Krankenversicherung klären; das geht einfach nicht. Man muss sich darauf spezialisieren und braucht sehr viel Know-how.

Unsere langjährigen Erfahrungen zeigen, dass es durchaus möglich ist, jemanden in eine Krankenversicherung zurückzubekommen. Auch Erfahrungen aus anderen Bundesländern zeigen dies. Ich habe viele Clearingstellen besucht und sie systematisch miteinander verglichen: Wie sind sie finanziert? Gibt es einen Gesundheitsfonds? Wie wird dort beraten? Wie viele Personen konnten tatsächlich vermittelt werden? – Dazu gibt es schon ganz viele positive Erfahrungen. Wir würden ja nicht bei null anfangen. Auch in anderen Bundesländern hat sich schon gezeigt, dass dies sinnvoll ist.

Wenn man das Ganze nicht nur humanitär betrachtet, könnten, wie in unserem Fall, der Stadt Frankfurt, den dortigen Kliniken und somit auch dem Land – das Uniklinikum wird ja vom Land finanziert – hohe Kosten erspart werden. Ich habe die Frankfurter Kliniken befragt. Das sind aber erst Vorabergebnisse. Für 2019 kann man schätzen, dass Kosten in Höhe von 1,5 Millionen Euro durch stationäre Fälle ohne Kostenträger entstanden sind.

Ob die Personen tatsächlich versichert sind oder nicht, müsste man herausfinden. Aber das sind sehr hohe Kosten. Hierin sind noch nicht einmal alle Kosten abgebildet, und das betrifft nur das Jahr 2019.

Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, gibt es bundesweit schon Lösungsansätze, von denen man sich einiges abgucken kann. Wir in Frankfurt haben schon länger erkannt, dass es wichtig ist, für alle Frankfurter Bürgerinnen und Bürger eine spezialisierte Anlaufstelle für Sozial- und Krankenversicherungsfragen einzurichten. Dafür wurde bereits ein Projektantrag bewilligt. Das ist ein Projektantrag des Gesundheitsamts, weil wir die humanitären Sprechstunden anbieten.

Erst einmal soll im Rahmen eines Modellprojekts mit der sogenannten Clearingstelle 1.0 ein neues Beratungsangebot am Standort der humanitären Gesundheitsdienste, die unseren Patientinnen und Patienten schon bekannt sind, aufgebaut werden. Das wird dankenswerterweise vom Jugend- und Sozialamt Frankfurt finanziert und in Kooperation mit der Frankfurt University of Applied Sciences durchgeführt. Wir machen das bereits und finden es natürlich sehr sinnvoll, das auch an anderen Stellen zu tun.

Die Clearingstelle passt aus unserer Sicht sehr gut an das Gesundheitsamt als ein Akteur des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das ist explizit eine staatliche Stelle. Es ist definiert, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst im Rahmen der subsidiären und sozialkompensatorischen Ausrichtung besonders auch auf Bevölkerungsgruppen eingestellt ist, die keinen oder einen erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung haben. Das ist sogar so festgelegt.

Ich möchte noch hinzufügen – wir als Gesundheitsamt erleben auch die Pandemiesituation hautnah mit; wir beide sind sehr darin involviert und haben dadurch noch sehr viele andere Aufgaben dazubekommen –, dass gerade Menschen ohne Krankenversicherung in der aktuellen COVID-19-Pandemie zu den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören. Die aktuelle Krise wirkt sich in verschiedener Hinsicht zusätzlich negativ aus. Ein Beispiel: Sehr viele Ambulanzen haben zumindest vorübergehend ihre Sprechstunden reduziert oder sogar ganz eingestellt, sodass es neben dem ohnehin schon eingeschränkten Zugang noch weniger Behandlungsmöglichkeiten gab.

Die Kostenübernahme für die Tests – erst einmal stellt sich die Frage, wer die Tests bei Menschen durchführt, die keine Anbindung an einen Arzt haben – ist zwar gesetzlich geregelt, auch durch das Infektionsschutzgesetz. In der Praxis wird das aber von den Akteuren nicht umgesetzt, bzw. es ist oft unklar, wie das umzusetzen ist. Damit ist für viele Menschen der Zugang zu Testungen nicht gewährleistet, was auch im Rahmen des Infektionsschutzes sehr ungünstige Voraussetzungen für die Durchbrechung von Infektionsketten darstellt.

Zu guter Letzt – auch dies wurde schon öfter genannt –: Pandemiebedingt verlieren viele Menschen in prekärer Beschäftigung ihre Jobs, aber auch selbstständig Tätige. Das volle Ausmaß wird sich erst Mitte nächsten Jahres zeigen, wie viele es dann sein werden. Mit dem Verlust des Jobs geht oft auch der Verlust der Krankenversicherung einher.

Abschließend möchte ich betonen, dass wir den vorliegenden Gesetzentwurf sehr begrüßen und die Idee unterstützen, hessenweit Clearingstellen einzurichten. Dazu muss unbedingt auch ein Gesundheitsfonds zur Finanzierung von Kosten gehören. Wir haben jetzt verschiedentlich gehört, wie kompliziert die Sache ist. Selbst wenn jemand ein Recht auf eine Krankenversicherung hat, kann es jahrelang dauern, bis er eine hat. Außerdem kann

es notwendig werden, dass man vor dem Sozialgericht klagen muss. Bis dahin sind manche Menschen aber so krank oder sogar schon tot, sodass sich das Problem gewissermaßen erledigt hat.

Herr Prof. **Dr. Gramminger**: Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrter Herr Staatsminister Klose! Wir haben gerne die Gelegenheit wahrgenommen, zu diesem Gesetzentwurf auch hier und heute etwas beizutragen.

Die Krankenhäuser als Leistungserbringer – dies wird niemanden wundern – begrüßen eine solche Gesetzesinitiative grundsätzlich sehr, um für Menschen ohne ausreichenden oder gar ohne gänzlichen Krankenversicherungsschutz einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem zu gewährleisten.

Es ist schon mehrfach angesprochen worden: Gerade die Krankenhäuser werden häufig als letzte Wiese wahrgenommen. Wenn es gar nicht mehr anders geht, kommt der Notfall ins Krankenhaus. Selbstverständlich behandeln wir dann den Patienten. Nur zu gut wissen wir, wie schwierig es ist, in dieser Situation sogenannte Kostenübernahmeerklärungen von irgendwoher beizubringen. Es ist sehr schwierig, das zu eruieren. Ganz extrem schwierig wird es spätestens dann, wenn der Betroffene keinen Wohnsitz hat, er also ein sogenannter Wohnsitzloser ist. Auch das haben wir heute schon mehrfach gehört. Das ist aber die Mehrheit der Menschen, die in solche Situationen kommen.

Wir haben auch gehört, dass die Krankenhäuser das nicht „für umme“ machen können, sondern sie müssen Rechnungen stellen. Aber wohin schicken sie die Rechnungen, wenn sie keinen Adressaten haben? – Da haben wir dann natürlich Probleme. So kommen in den Krankenhäusern pro Jahr tausende von Euro zusammen, die durch kein Budget gedeckt sind. Ähnlich wie die Ehrenamtlichen und die Praxen, die Behandlungen aufgrund ihrer Einstellung und Verantwortung übernehmen, machen auch wir das in Krankenhäusern. Wir müssen das dann in irgendeiner Art und Weise querfinanzieren. Insofern können Sie sich vorstellen, dass wir eine solche Initiative für eine Clearingstelle und auch für einen Behandlungsfonds selbstverständlich unterstützen.

Ich habe in der heutigen Diskussion verfolgt, dass sehr stark auf die Clearingstelle abgehoben worden ist. Das ist nachvollziehbar und auch vernünftig; denn wir wollen den Menschen langfristig helfen. Das heißt, wir wollen ihn in die Krankenversicherung zurückführen oder ihn vielleicht sogar erstmals in die Krankenversicherung aufnehmen.

Ich muss aber an dieser Stelle ein bisschen Wasser in den Wein gießen, wenn ich aus der Praxis berichte. Ich frage mich: Wird die Clearingstelle tatsächlich die Möglichkeit haben, dies umzusetzen? – Ja, mit Sicherheit, gerade im ambulanten Bereich. Auch die Fachkompetenz ist da wichtig.

In den Krankenhäusern hingegen ist man ein bisschen anders organisiert. Dort gibt es ein Patientenmanagement, und dort arbeiten Profis. Aber selbst die stoßen in der Praxis sehr schnell an ihre Grenzen, spätestens dann, wenn es um die Mitwirkungspflicht geht. Wir haben genau bei den hier Betroffenen das Problem, dass viele nicht gern ihre Person preisgeben, sei es, weil vielleicht der Aufenthaltsstatus nicht ganz geklärt ist, sei es aus psychosozialer Vereinsamung – auch von diesem Problem haben wir heute schon mehrfach gehört – oder sei es auch nur aus Scham.

Wir müssen Bögen innerhalb einer bestimmten Frist ausfüllen, um unseren Nothilfeanspruch geltend zu machen. Aber man kann die betroffenen Menschen nicht zwingen,

hierbei mitzuwirken. Das Problem ist, dass wir dann von den Sozialämtern vorgeworfen bekommen, wir hätten die Daten nicht rechtzeitig weitergeliefert. Wir sagen den Sozialämtern dann, dass sie doch diese Aufgabe hätten. Da werden die Bälle hin und her geworfen.

In dem Gesetzentwurf vermissem ich eine eindeutige Definition für eine klare Verantwortungszuordnung und für die Durchgriffrechte einer Clearingstelle. Ich glaube, das ist dringend notwendig, auch wenn es bei diesem Patientenkollektiv natürlich schwierig ist, auf eine völlige Anonymität etc. zu verzichten.

Insbesondere wenn die Patienten als Notfall in ein Krankenhaus kommen, sind unsere Erfahrungen, wie gesagt, sehr frustrierend. Gerade die Notfallbehandlung ohne Versicherungsschutz ist da nicht unbedingt geklärt; denn es ist nachvollziehbar, dass man vorher eine Einwilligung dafür benötigt. Nehmen wir einmal an, dass das kein planbarer Eingriff ist. Einen Patienten mit einer chronischen Erkrankung ambulant über den Hausarzt zu führen, ist ein ganz anderes Thema, als wenn ein Patient mit akuten Schmerzen in ein Krankenhaus kommt. Da kann man vorher nicht sagen: Sie müssen da unterschreiben. Wir müssen erst einmal die Kostenübernahme klären. Erst danach schauen wir, ob wir Sie operieren können. – Das heißt, man muss handeln.

Die Frage ist auch: Wie gehen wir mit dem Behandlungsfonds um? Gibt es Entscheidungskriterien dafür? – 5 Millionen € hört sich erst einmal nach viel an. Aber rechnen wir das einmal hoch: Wenn jedes Krankenhaus auf diese Art und Weise vielleicht 20 Patienten im Jahr hat – wir haben schon mehrfach gehört, dass Operationen teuer sind – und wir von Durchschnittskosten von 5.000 € ausgehen, dann sind die 5 Millionen € bei 100 Krankenhäusern schnell weg. Aber damit ist der vertragsärztliche Bereich noch gar nicht abgedeckt worden. Dennoch finde ich diesen Ansatz richtig.

In dem Gesetzentwurf steht auch, dass das Ganze evaluiert werden soll. Wir müssen in diesem Zusammenhang auch schauen, wie ausgebildet werden muss. Insofern will ich das nicht negieren und nicht sagen, dass alles schlecht ist. Nein. Ich möchte vor allem den Behandlungsfonds in den Vordergrund stellen, weil es dann für die Arztpraxen und die Krankenhäuser einfacher wird, die entsprechenden Patienten zu behandeln. Ich selbst war Geschäftsführer von Krankenhäusern und habe mit dem Malteser Krankendienst häufig versucht, die anstehenden Probleme zu lösen. Das würde die Sache natürlich deutlich einfacher machen.

Ob Clearingstellen wirklich flächendeckend eingeführt werden müssen – ich glaube, man hat das auf die Zahl 26 hochgerechnet, also eine Clearingstelle pro Kreis; das macht wahrscheinlich schon einmal Kosten von 30 % der 5 Millionen € aus –, weiß ich nicht. Ich möchte das aber nicht kleinreden. Die Aufgaben sind natürlich schon wichtig. Aber ich glaube, man müsste den Clearingstellen andere Durchgriffsrechte geben oder zunächst einmal zentralisiert damit beginnen. Man muss nicht unbedingt ein Zentrum im Land Hessen haben. Es gibt ja Versorgungsgebiete, Regierungsbezirke etc. Da könnte man vielleicht auch andere Möglichkeiten finden.

Selbst bei der Umsetzung des Gesetzentwurfs sehen wir in der Praxis noch einige Hürden, die noch nicht gelöst sind. Trotzdem sind wir dankbar für diesen Vorstoß; denn dieses Problem trifft wirklich die Schwächsten in unserer Gesellschaft. Auch müssen die Leistungserbringer gegenfinanziert werden.

Herr **Dastych**: Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, meine Damen und Herren Landtagsabgeordnete! Auch von unserer Seite herzlichen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, zu dem Gesetzentwurf der Fraktion DIE LINKE Stellung zu nehmen.

Wie wir schon in unserer schriftlichen Stellungnahme dargelegt haben – ich freue mich, dass heute hier nicht einer auch nur im Ansatz eine erkennbar andere Position vertreten hat –, unterstützen auch wir diese Initiative. Wir haben heute viele Beispiele gehört, Einzelschicksale, die zeigen, dass es um ein evidenten Problem geht, dass es um Menschen, um Schicksale geht, für die wir uns gemeinsam verantwortlich fühlen sollten. Insofern sage ich: Ein Maßstab für die Qualität und den Wert – Wert meine ich hier im gesellschaftlichen Sinne – eines Gesundheitssystems – insbesondere nach der Corona-Krise sind wir sehr stolz auf unser Gesundheitssystem – ist auch, welche Leistungen wir den Schwächsten in unserer Gesellschaft zur Verfügung stellen.

Wir haben viele Beispiele für ein enormes Engagement in Verbindung mit einem zum Teil fast unmenschlichen Kostendruck gehört, der bei der Versorgung dieser Menschen im Moment entsteht. Insofern würden wir hier eine gesamtgesellschaftliche Lösung unbedingt begrüßen.

Was unsere Kritik an den Clearingstellen angeht – im Wesentlichen bin ich bei Prof. Gramminger, auch wenn er mir erst einmal gar nichts von dem Fonds übriggelassen hat –, so müssen Sie sie zweigeteilt sehen. Soweit Sie das dahingehend adressieren, dass es darum geht, Menschen wieder in eine bestehende Krankenversicherung zurückzuführen, sehen wir die Aufgabe als sehr sinnvoll an. Wir befürworten auch eine Unterstützung, eine Begleitung, wenn es darum geht, solchen Menschen zum Teil erstmals in ihrem Leben einen Krankenversicherungsschutz in irgendeiner Form zu ermöglichen. Wir haben aber Zweifel, ob es tatsächlich gelingt, rückwirkend Kosten geltend zu machen, ob tatsächlich eine Refinanzierung über die Clearingstelle in Bezug auf den Fonds möglich ist. Insofern sagen wir: Lassen Sie uns den Fonds eher im Sinne einer Bruttobetachtung ansehen. Prof. Gramminger hat die Kosten im Krankenhausbereich bereits adressiert.

Ich freue mich, dass zum Beispiel das Gesundheitsamt Frankfurt und weitere karitative Organisationen von meinen Kolleginnen und Kollegen unterstützt werden, wenn es darum geht, Patienten zu versorgen. Man kann in den Ambulanzen nicht alles vorhalten. Wir haben vorhin das Beispiel von dem Kind mit den stark kariösen Zähnen gehört. Man kann in einer solchen Stelle nicht auch noch eine Zahnarztpraxis vorhalten. Ich bin sehr stolz darauf, dass es auch bei meinen Kolleginnen und Kollegen viel ehrenamtliches Engagement gibt.

Wo wir natürlich ein riesiges Problem haben: Die Compliance-Richtlinien der Pharmaindustrie ermöglichen bei uns kaum noch eine Bemusterung. Ich kenne das selbst aus meinen Anfängen. Ich habe 1995 in Arolsen angefangen. Man ist bei solchen Menschen einfach an seinen Vorratsschrank gegangen, hat das Päckchen Antibiotikum aus dem Schrank genommen – bei HNO-Ärzten fallen keine so großen Kosten an –, hat es den Menschen gegeben und gesagt: Wenn es nicht besser wird, kommen Sie wieder. – Das geht heute fast nicht mehr. Wo dies sofort an Grenzen stößt, ist, wenn es um teurere Medikamente geht – wir haben vorhin Beispiele wie Dialyse, Herzinsuffizienz und Diabetes gehört –, die auch nur über Apotheken zu beziehen sind. Dafür brauchen wir dringend eine Lösung.

Als Kassenärztliche Vereinigung reden wir natürlich immer über Geld. Vorhin ist gefragt worden, ob 5 Millionen € für den Behandlungsfonds reichen. Das reicht nicht einmal für Prof. Gramminger. Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme einige Beispiele aus

unserem täglichen Geschäft aufgeführt. Seien wir einmal realistisch: Wir geben im Moment pro Quartal ungefähr 110 € pro Hessen für die ambulante Versorgung aus. Wir müssen davon ausgehen, dass diese Menschen, die schon seit Jahren nicht mehr beim Arzt waren und die auch einen gewissen Nachholbedarf haben, möglicherweise höhere Behandlungskosten verursachen werden. Wir reden jetzt noch nicht einmal über eine Ex-aequo-Finanzierung wie im EBM.

Aus unserer Sicht wird man an die Fünf noch eine Null pro Jahr für die ambulante und die stationäre Versorgung sowie für Arzneimittel dranhängen müssen. Das ist realistisch. Sehen Sie das bitte im Zusammenhang mit 6,4 Millionen Hessen, die ambulant von der Kassenärztlichen Vereinigung zu 90 % versorgt werden. Wir haben einen etwa 10-prozentigen PKV-Anteil. Das gesamte Turnaround bei uns beträgt 2,4 Milliarden €. Das sind die Volumina, die wir in der Gesundheitsversorgung umsetzen. Darin sind noch nicht einmal die Physiotherapiekosten, die Arzneimittelkosten sowie die Kosten für sonstige Heil- und Hilfsmittel enthalten. Ich denke, man sollte da realistisch sein. Ich betone aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung ausdrücklich: Das sollten uns diese Menschen auch wert sein.

Ich höre von meinem Kollegen Carsten König immer wieder – er ist der hausärztliche Vorstand in der KV Nordrhein; er ist unglaublich engagiert in diesem Bereich und hat selbst eine Ambulanz gegründet –, dass die Einrichtungen in der Regel schon jetzt an ihrer Belastungsgrenze angekommen sind. Sie arbeiten zum Teil bereits über der Belastungsgrenze. Daher ist aus meiner Sicht eine breitere Versorgung nötig. Wir bieten hier gerne eine Kooperation an.

Wir haben ein Abrechnungsmodell vorgeschlagen, die „Hessen hilft“-Karte, die auch eine hinreichende Anonymität gewährleisten würde. Natürlich gibt es Grenzen, nämlich dort, wo Menschen in eine reguläre Krankenversicherung überführt werden sollen. Da wird man die Anonymität nicht mehr erhalten können.

Ich würde mich freuen, wenn der vorliegende Gesetzentwurf am Ende auch die Kassenärztliche Vereinigung als Partner im Rahmen der Versorgung gewinnt. Ich glaube, unsere Vertreterversammlung ist die letzte Einrichtung in Hessen, die bei den Verwaltungskosten dann nicht 0 % sagen würde.

Frau **Dr. Winter**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Minister, geehrte Abgeordnete! Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit jetzt noch auf einen Aspekt lenken, der hier zwar immer wieder ein bisschen angeklungen, aber in meinen Augen viel zu kurz gekommen ist. Das ist die Tatsache, dass wir wissen, dass die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei den wohnungslosen und obdachlosen Menschen bei fast 80 % liegen. Das ist eine sehr hohe Rate bei schweren chronifizierten psychischen Erkrankungen. Das sind zum einen Achse-I-Störungen. Zum anderen ist das auch ein sehr hoher Anteil an substanzabhängigen Erkrankungen. In Deutschland liegt das vor allen Dingen am Alkohol, weil er hier so billig ist.

Wir müssen davon ausgehen, dass die psychische Erkrankung in vielen Fällen für das Abrutschen in die Wohnungslosigkeit wesentlich mitursächlich war und dass die Wohnungslosigkeit in der Folge für die Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung verantwortlich ist. Das ist ein Teufelskreis, der nur schwer zu durchbrechen ist.

Die psychische Erkrankung ist auch verantwortlich dafür, dass die Menschen nicht in der Lage sind, nötige Antragsverfahren in die Wege zu leiten. Sie sind nicht in der Lage, einen Versicherungsschutz zu erneuern oder sich um andere Dinge zu kümmern. Das liegt daran – das ist nicht nur bei Wohnungslosen so, sondern auch bei allen anderen –, dass man durch diese Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, selbst einfachste Dinge zu erledigen. Diese Gruppe muss behandelt werden, um sie aus diesem Teufelskreis herauszuholen und sie auch von der Straße zu holen. Die Housing-Ansätze, die wir haben und die sehr begrüßenswert sind, greifen ganz oft deswegen nicht, weil die psychische Erkrankung als große Barriere anzusehen ist.

Die zweite große Gruppe der nicht Versicherten – auch das haben wir heute schon gehört – sind Selbstständige, die in die Insolvenz geraten oder nicht mehr in der Lage sind, ihre Versicherungen zu bezahlen. Auch für die Insolvenz oder die Pleite eines Unternehmens spielen psychische Erkrankungen eine ganz große Rolle. Sie sind auch mitursächlich der Grund, warum diese Menschen – dies ist immer wieder angeklungen – keinen Antrag stellen. Sie haben einen Anspruch darauf, machen aber nichts. Man kann ganz klar sagen, dass das an dieser Art von Erkrankung liegt. Ohne eine Behandlung kommen sie da nicht heraus. Deswegen ist unser Petition: Es müssen Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Wir begrüßen die Einführung eines Behandlungsfonds. Im Moment passiert das Ganze nur zufällig. Bei uns ist es wie auch bei den ärztlichen Kollegen, nämlich dass Menschen ohne Versicherungsschutz in unseren psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen anlanden und dort unentgeltlich behandelt werden, weil man sie nicht einfach nach Hause schicken kann und darf. Wir bräuchten mehr Unterstützung, damit das vergütet werden kann.

Wir bräuchten auch eine Unterstützung – deswegen begrüßen wir die Einrichtung von Clearingstellen – bei der Klärung der schwierigen Versicherungsprozesse. Das können die Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht auch noch erledigen, einmal davon abgesehen, dass uns dafür die Kompetenzen fehlen. Erst mit dem Versicherungsschutz wird eine adäquate Behandlung wieder möglich sein.

Insofern begrüßen wir die Einführung sowohl der Clearingstellen als auch eines Behandlungsfonds. Wir als Psychotherapeutenkammer glauben, dass es günstiger wäre, eine schlagkräftige große Clearingstelle zu schaffen, die die Beratungsprozesse hochkompetent begleiten und möglicherweise auch Anträge bei Sozialgerichten stellen könnte, um Prozesse durchzusetzen.

Bezüglich des Fonds glauben wir, es wäre günstiger, die bestehenden Strukturen zu nutzen. Gerade bei der Psychotherapie ist das Antrags- und Bewilligungsverfahren sehr „sophisticated“. Ich glaube, das ist in der Clearingstelle schlecht untergebracht. Wir meinen, es wäre günstiger, die KV, die PVS, die Krankenkassen, also diejenigen, die das auch jetzt schon machen, mit diesen Aufgaben zu betrauen.

Frau **Pottiez**: Auch von meiner Seite vielen Dank für die Gelegenheit, heute hier zu einem für uns wichtigen Thema sprechen zu dürfen. – Mein Name ist Johanna Pottiez. Ich bin Medizinstudentin an der Goethe-Universität Frankfurt und spreche für die Studentische Poliklinik.

Die Studentische Poliklinik Frankfurt – auch StuPoli genannt – ist eine studentisch organisierte Lehrereinrichtung des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt. Seit ihrer Gründung vor mittlerweile über sechs Jahren bietet die StuPoli zweimal wöchentlich eine Sprechstunde mit niederschwelligem Zugang zu allgemeinmedizinischer Versorgung an, die sich explizit an Menschen ohne Krankenversicherungsschutz richtet. Die anfallenden Kosten für die Sprechstunde werden durch die StuPoli getragen, die sich bis heute auch durch Spenden und Lehrgelder finanziert.

In den letzten sechs Jahren fanden in der Sprechstunde der StuPoli über 3.100 Konsultationen statt, in denen über 500 Patientinnen und Patienten aus über 70 Ländern behandelt wurden. Die Gründe für eine medizinische Behandlung und die menschlichen Schicksale hinter den Patientinnen und Patienten sind vielfältig. Wir haben heute schon einige Beispiele gehört. Allen unseren Patientinnen und Patienten ist gemein, dass sie aufgrund ihrer Lebenssituation keine Krankenversicherung haben und dass ihnen die gesundheitliche Versorgung im Regelsystem verwehrt ist bzw. dass ihnen die Rückkehr in das System der gesetzlichen Krankenkasse so erschwert wurde, dass sie daran gescheitert sind. Auch dazu haben wir heute schon Beispiele gehört.

Um unseren Patientinnen und Patienten, wenn möglich, den Übergang in die regelhafte Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, bieten wir ihnen zusätzlich zur medizinischen Versorgung Hilfe bei der Wiedereingliederung in das Sozialsystem an. Wir werden dabei einmal wöchentlich von einer Sozialarbeiterin sowie Studentinnen und Studenten der sozialen Arbeit der Frankfurt University of Applied Sciences unterstützt. Leider gelingt es uns trotzdem oft nicht, die Patientinnen und Patienten in die regelhafte Gesundheitsversorgung zu integrieren. Wir geraten an unsere Grenzen, gerade dann, wenn es um die Versorgung komplexer Krankheitsbilder geht.

Die Arbeit der Studentischen Poliklinik basiert auf der Überzeugung, dass der Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung ein Grundrecht eines jeden Menschen ist. Die Realität bildet dies in Deutschland aber leider nicht ab. Daher bietet die StuPoli in einer Versorgungslücke, die es eigentlich nicht geben dürfte, diesen Zugang niederschwellig und kostenfrei an.

Wir, die Studentische Poliklinik Frankfurt, sind der Meinung, dass jedem Menschen ein Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung zustehen muss. Wir begrüßen und unterstützen daher als ersten Schritt auf dem Weg zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen den Gesetzentwurf zur Schaffung von Clearingstellen in Hessen sowie eines angegliederten Behandlungsfonds zur Kostendeckung für dringend notwendige Behandlungen.

Abg. **Christiane Böhm**: Ich danke auch Ihnen sehr für Ihre Beiträge. – Ich möchte auch dieser Gruppe für die ehrenamtliche Tätigkeit danken, sowohl den Studierenden, die das in klassischem Sinne machen, als auch den Ärztinnen und Ärzten. Die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus werden sicherlich nicht auf ihr Chefarztgehalt verzichten. Trotzdem müssen sie sozusagen das Krankenhaus retten und in den Fällen einspringen, in denen es keine andere Möglichkeit mehr gibt. Wir haben heute festgestellt, dass ein Einspringen überall notwendig ist.

Ich möchte bei meinen Fragen nach der Reihe der Anzuhörenden vorgehen und mit dem Gesundheitsamt Frankfurt anfangen. Sie sind ja schon etwas Besonderes. Das Gesundheitsamt Frankfurt ist meines Erachtens das einzige Gesundheitsamt in Hessen bzw. der einzige Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, das diese Aufgabe übernommen

hat, so explizit wie das gemacht wird. Könnten Sie sich vorstellen, dass das prinzipiell auch in anderen Gesundheitsämtern möglich wäre, und was bräuchten die dann eigentlich? Ich will jetzt nicht die ganze Diskussion um den Öffentlichen Gesundheitsdienst führen, über den wir sicherlich an anderer Stelle noch sprechen müssen. Aber ich hätte gerne einen Hinweis dazu. Denn wir müssen natürlich schauen, wo so etwas am besten angesiedelt und wo das realistisch ist. – Das ist die eine Frage, die ich an Sie habe.

Die zweite Frage: In der Diskussion, die wir mit vielen ehrenamtlichen Stellen geführt haben, hat sich die Frage gestellt, ob sich die Menschen zum Gesundheitsamt gehen trauen. Ein Gesundheitsamt ist ja etwas Offizielles. Wenn man keinen legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland hat und man immer Angst haben muss, abgeschoben zu werden, wenn irgendjemand die Daten weitergibt, also dass man hier seine Existenz verliert, dann bestehen Vorbehalte, Daten preiszugeben und Kontakt aufzunehmen. Welche rechtlichen Grenzen sehen Sie da?

Ich habe gerade einmal recherchiert. Vielleicht kann man das noch als Hinweis aufnehmen. In Berlin wird das vom Land ähnlich gehandhabt. Der Gesundheitssenator hat damals die klare Anweisung gegeben – auch nach dem Gesetz; das ist also gesetzeskonform –, dass die Übermittlung von Daten von denjenigen, die das nicht wollen, nicht notwendig ist. Wäre es hilfreich, wenn auch unser Gesundheitsminister eine solche klare Anweisung geben würde?

Das sind meine Fragen an die Kolleginnen vom Gesundheitsamt.

Herr Prof. Dr. Gramminger, schönen Dank auch an Sie. – Ich habe noch nicht ganz verstanden, wie gut Ihre Sozialdienste eine Klärung herbeiführen können. Ich weiß, dass sie viel zu tun haben. Das ist eine Frage der zeitlichen, aber auch der fachlichen Dimension. Ist es möglich, dass ein Sozialdienst, wie wir es vorhin von der Clearingstelle in Rheinland-Pfalz gehört haben, zum Teil monatelang einen Versichertenfall klären kann? Könnte eine Clearingstelle nicht auch den Sozialdienst in seiner Fachlichkeit, in seiner Spezialisierung – ein Sozialdienst muss ja viel machen – unterstützen? Könnte das nicht eigentlich eine fruchtbare Zusammenarbeit werden?

Natürlich wird es immer Menschen geben, die anonym bleiben wollen, weil es gar nicht anders geht, weil sie sonst damit rechnen müssen, dass sie nicht mehr hierbleiben können oder dass sie noch schwerere Konsequenzen als eine Krankheit haben. Es ist schon schwierig, dass jemand einfach nicht zum Arzt geht, weil er Angst hat, noch schwerere Konsequenzen tragen zu müssen. Hilft uns da vielleicht der Behandlungsfonds? Das wird dann natürlich nicht in der großen Menge möglich sein, also bei alledem, was jetzt noch nicht geklärt ist. Bei den Rheinland-Pfälzern sind 40 % geklärt, und 60 % der Fälle müssen noch über den Behandlungsfonds laufen. Würde dies nicht auch Ihnen in den Kliniken helfen, um diese Sachen zu finanzieren?

Herr Dastych, die Null, die Sie noch hintendran hängen wollen, hat mich jetzt schon ein bisschen geschockt. Wir haben jetzt natürlich erst einmal mit einem Einstieg gerechnet. Ein solcher Prozess würde im ersten Jahr erst einmal anlaufen. Die Frage ist: Rechnen wir alles, was schon jetzt passiert, nur noch über den Behandlungsfonds ab? Sehen Sie die Chancen als so gering an, dass die Krankenkassen hier tatsächlich mehr Leistungen übernehmen, als sie es bisher tun, weil uns im Moment noch die Clearingstellen und die Kompetenzen aus den Clearingstellen fehlen?

Ich habe jetzt mit Interesse von der „Hessen hilft“-Karte gehört, Herr Dastych. Ich kenne sie noch nicht. Ist diese Karte bereits in die Tat umgesetzt worden, oder befindet sie sich

noch auf der Vorschlagsebene? Wenn ja, an welcher Stelle der Vorschlagsebene ist sie gerade? Vielleicht könnten Sie dazu noch etwas sagen, damit ich das nutzen und weiter damit diskutieren kann.

Zu der Clearingstelle – dies spielte in mehreren Stellungnahmen eine Rolle, aber auch Sie haben es deutlich gesagt –: Sie denken, dass nur eine Clearingstelle sinnvoll wäre, also die geballte Kraft, das Know-how an einer Stelle. Man muss einmal schauen, was sich hinsichtlich einer Landesclearingstelle tut. Aber können Sie sich vorstellen, dass jemand von Limburg oder Weilburg nach Frankfurt kommt, wenn die Clearingstelle noch einigermaßen zentral ist, oder vielleicht auch nach Gießen oder Marburg? Das sind ja in der Regel Menschen, die vielleicht nicht einmal genug Geld haben, um einen kleinen Arzttermin zu bezahlen. Das ist für mich schon sehr fraglich.

Manche haben übersehen – vielleicht könnten Sie auch dazu noch etwas sagen –, dass wir nicht gesagt haben, es müsse unbedingt in jedem Kreis eine Clearingstelle geben. Man kann durchaus auch sagen, dass sich kleinere Kreise in Nord- und Südhessen zusammenschließen. Vor dem Hintergrund der großen Entfernungen in Hessen möchte ich wissen, ob Sie glauben, dass das wirklich möglich wäre. Oder stellen Sie sich vor, dass die Clearingstelle vor Ort geht? Das habe ich jetzt, ehrlich gesagt, noch nicht genau verstanden.

An die Kollegin von der Studentischen Poliklinik noch die Frage – Sie haben die Thematik mit den Schwangeren sehr betont; Sie unterstützen Schwangere ganz besonders und speziell –: Was wären denn die Konsequenzen, wenn es diese Unterstützung nicht gäbe? Was bedeutet es für eine Frau, wenn sie keine Vorsorge und auch keine Begleitung hat?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch ich möchte mich für die Stellungnahmen bedanken. – Frau Böhm hat jetzt schon einiges vorweggenommen. Ich möchte aber das eine oder andere noch ergänzen oder noch intensiver nachfragen.

Zunächst zum Gesundheitsamt Frankfurt. Bei Ihnen ging es um die Ansiedlung der Behörde. In anderen Stellungnahmen haben wir gehört, das solle vielleicht dort geschehen, wo schon jetzt Möglichkeiten zur Beratung oder zur Behandlung bestehen, wie bei den Maltesern, der Caritas und der Diakonie, also bei den Wohlfahrtsverbänden. Können Sie eine aufsuchende Hilfe und einen niedrighschwelligigen Zugang tatsächlich leisten, wie wir es eben gehört haben? Frau Böhm hat bereits darauf hingewiesen, dass eine Behörde schon etwas anderes ist. Ich denke, da ist die Schwelle dann vielleicht doch größer, als wenn man einen anderen Weg einschlägt. Nichtsdestotrotz haben Sie wahrscheinlich das Lob aus der ersten Runde mitbekommen, dass die humanitäre Sprechstunde des Gesundheitsamtes in Frankfurt sehr vorbildlich ist.

Frau Lang, Sie haben gesagt, Sie hätten die Ausstattung der einzelnen Gesundheitsfonds systematisch verglichen. Vielleicht könnten Sie dazu noch etwas sagen. Herr Dastych hat davon gesprochen, noch eine Null dranzuhängen. Sehen Sie das ähnlich, oder wo wäre nach Ihrer Ansicht eine gute Maßnahme angesiedelt? Andere haben gesagt, man könne das mit dem, was vorgeschlagen worden ist, erst einmal so machen. Dann müsse man evaluieren und schauen, was man eigentlich noch braucht.

Herr Prof. Dr. Gramminger und Herr Dastych, an Sie die folgende Frage: Es gibt Leistungen, die nicht bezahlt werden. Das haben wir jetzt in allen drei Runden gehört. Ich meine, das können Sie dann nicht nach den DRGs abrechnen; das fehlt Ihnen. Haben Sie einmal in den stationären Einrichtungen quantifiziert, was da fehlt? Was fehlt den Kolleginnen und

Kollegen in der Ambulanz, wenn man nach der Gebührenordnung nichts für die Behandlung bekommt? Vielleicht weiß die KV irgendetwas darüber.

Ich glaube, die Anhörung heute hat gezeigt, wie komplex die Probleme sind, und zwar nicht nur im gesundheitlichen Bereich. Das ist im Prinzip auch ein Stück weit Lebensberatung. Wir alle wussten wohl, wer die betroffenen Menschen sind. Aber dass die Schwangeren einen so großen Anteil ausmachen, der auch von allen immer wieder genannt worden ist, habe ich nicht gewusst. Natürlich kann man eine Geburt schwerlich alleine hinbekommen, also ohne Begleitung und Betreuung. Es ginge vielleicht schon irgendwie. Aber das macht noch einmal deutlich, dass man bei anderen Krankheiten tatsächlich darauf wartet, dass sie von allein weggehen. Bei einer Geburt ist das Problem, dass einen danach etwas erwartet.

Dazu die Frage: Eine Geburt kostet ohne Versicherung zwischen 3.000 und 5.000 €. Sie haben davon gesprochen, dass Sie mit den Kliniken 700 € für eine Geburt vereinbart haben. 100 € davon zahlt die Stadt Frankfurt. Aber 600 € müssen trotzdem gezahlt werden. Ich gehe davon aus, dass das von der Schwangeren bzw. von der Familie gezahlt wird. Oder generieren Sie auch da Spenden? Denn 600 € Euro sind für Menschen, die in einer solchen prekären Situation sind, natürlich eine Menge Geld.

Insofern die Frage auch noch an die StuPoli, ob Schwangere auch bei Ihnen eine so große Gruppe ausmachen. Auch das Medinetz Marburg hat davon gesprochen. Es hat sogar extra eine Gruppe eingerichtet, die sich mit Schwangeren bzw. mit der Geburt beschäftigt. Ist sie nur deswegen eingerichtet worden, weil die Geburt ein ganz besonderes Erlebnis ist, oder wissen die Schwangeren einfach nicht weiter und kommen dann zu Ihnen, damit sie eine gute Geburt haben und ein gesundes Kind auf die Welt bringen?

Auch noch eine Frage, weil wir immer wieder die Rückmeldung bekommen, dass dann auch die Kinder, die geboren werden, nicht krankenversichert sind, weil die Eltern die Papiere nicht haben und selbst nicht versichert sind. Was machen Sie dann?

Frau **Lang**: Die erste Frage war, wo Clearingstellen angesiedelt werden sollten. Ich habe gesagt, dass ich den Zugang zur Gesundheitsversorgung als staatliche Aufgabe sehe. Daher finde ich es nicht ganz falsch, wenn die Clearingstelle am Gesundheitsamt angesiedelt ist. Trotzdem muss man den bestehenden Strukturen Rechnung tragen. Insofern würde ich sagen, dass es sinnvoll ist, sie auch an Anlaufstellen der freien Wohlfahrtspflege oder Vereinen anzusiedeln, die sich schon bisher mit dieser Thematik beschäftigen.

Ich finde es noch wichtig, dass auch die Möglichkeit zur ärztlichen Behandlung damit verbunden sein sollte. Es wird auch immer darum gehen, dass man Sachen medizinisch einschätzen muss, welchen Facharzt man möglicherweise braucht. Auch die Notfallversorgung muss erst einmal abgedeckt sein. Wir haben gehört, der Prozess, in eine Krankenversicherung zurückgeführt zu werden, kann sehr lang sein. In der Zwischenzeit muss die Person ärztlich versorgt werden. Dies sollte sichergestellt sein, egal, wo die Clearingstelle angesiedelt ist.

Es gibt natürlich – damit kann ich Ihre Frage, Frau Dr. Sommer, gleich noch beantworten – eine Scheu vor Behörden, zu Recht. Frau Tiarks-Jungk sagt gleich noch etwas zur Schweigepflicht. Beim Gesundheitsamt Frankfurt ist dies aus der Historie heraus so gewachsen. Der Träger ist das Gesundheitsamt. In diesem Fall kann man das so machen.

Natürlich könnte man diese Aufgabe beim Öffentlichen Gesundheitsdienst sehen und ihn auch entsprechend ausstatten. Es ist sowieso gerade in aller Munde, den ÖGD endlich einmal auskömmlich auszustatten. Da ich will, dass das Ganze schnell durchgeführt wird, ist es wichtig, die Clearingstellen erst einmal an bestehenden Orten anzusiedeln, würde ich sagen.

Frau **Dr. Tiarks-Jungk**: Ich möchte noch kurz etwas ergänzen. Es gab schon einmal Folgeprojekte in Deutschland. Aber die meisten Gesundheitsämter ziehen es vor, die ärztliche Leistung outzusourcen. Ich habe einmal als Halbtagsfrau angefangen. Da wurde ich gefragt: Wie viel Prozent machen Sie jetzt für die humanitäre Sprechstunde? – Darauf habe ich immer gesagt: 10 % oder so. – Aber meine Chefin hat dann schon immer gesagt, sie weiß, wie viel Prozent das in Wirklichkeit sind. Wir als Ärzte arbeiten da so, wie dies heute schon öfter diskutiert worden ist. Ich bin mittlerweile eine halbe Juristin. Die Juristen mögen mir das verzeihen. Ich habe mir inzwischen sehr viel Wissen angeeignet, sodass ich bei einfachen Problemen schon den Weg weisen kann. Ich weiß nicht, warum andere Gesundheitsämter das nicht machen wollen. Aber es ist nun einmal viel Arbeit.

Ansonsten sind wir Ärzte nicht einer anderen Behörde gegenüber weisungs verpflichtet. Das Strafgesetzbuch stellt uns mit Pfarrern, Lehrern, Krankenschwestern, ärztlichem Hilfspersonal und Juristen gleich. Wir müssen keine Informationen weitergeben. Wir behandeln auch gerne eine Happy Sunshine aus Ghana.

Sie werden sich darüber wundern – das ist wie bei der StuPoli, bei der ich auch engagiert bin –, dass die Patienten nicht wissen, dass wir vom Gesundheitsamt sind. Das spielt für sie auch gar keine Rolle. Das wird durch Mund-zu-Mund-Propaganda weitergegeben. Unsere Rolle ist für sie nicht präsent. Sie wissen, wohin sie gehen können und wo sie Hilfe bekommen. Deswegen kommen sie zu uns. Das andere wird gar nicht hinterfragt. Deshalb klappt das sehr gut.

Bei uns in der Stadt Frankfurt ist es so: Nicht jede Behandlung ist teuer. Wir machen Diabetesbehandlungen, auch mit Insulin. Wir haben Patienten mit Bluthochdruck und Diabetes, bei denen wir schon seit sechs, sieben Jahren der Hausarzt sind. Das ist sicherlich nicht unser Traum, aber das klappt über die ganzen Jahre hinweg recht gut.

Frau Sommer, zu den Geburten: Wir können uns durchaus vorstellen, dass das bei einer Behörde angesiedelt ist; denn vielen Personen ist gar nicht wichtig, ob das eine Behörde oder eine kirchliche Organisation ist. Sie wollen schlicht einen Anlaufpunkt haben, der die Sache für sie in die Hand nimmt. Ich denke, das ist das Wichtigste.

Die Geburten sind ein Problem, auch die Kinder, die daraus entstehen. Wir arbeiten in Frankfurt mit dem Checkpoint zusammen und kümmern uns auch dank der Uniklinik in Frankfurt um Kinder von HIV-positiven Müttern. Diese Kinder müssen nachversorgt werden. Dafür übernehmen wir die Kosten. Wir erachten es als wichtig, dass die Grundimmunisierung und Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Deswegen übernehmen wir das.

Frau **Lang**: Ich komme jetzt noch zu den anderen Fragen. Eine Frage betraf die Höhe des Fonds. Ich habe die Informationen ein bisschen gesammelt. Möglicherweise bin ich nicht ganz up to date, weil ich im Frühjahr zu einem guten Teil zum Bereich Corona abgezogen wurde.

In Thüringen beispielsweise betrug die Höhe des Fonds 125.000 € für das gesamte Land, was natürlich sehr wenig ist. Aber dort gibt es insgesamt weniger Menschen ohne Krankenversicherung als in Hessen. In der Metropolregion Rhein-Main, mit dem größten Flughafen, vielen Jobmöglichkeiten usw. gibt es auf jeden Fall viel mehr Menschen ohne Krankenversicherung.

Berlin hatte 2019 noch 750.000 € in seinem Gesundheitsfonds, und zwar nur für Behandlungen. Ich glaube, für dieses Jahr sind es sogar 1,5 Millionen €. Dort ist über die Kostenübernahmescheine, die die Clearingstelle ausstellt, eine Abrechnung möglich. Jeder niedergelassene Hausarzt kann mit der KV über diesen Fonds abrechnen. Das ist eine sehr elegante Lösung, wie ich finde.

In Hamburg sind 350.000 € in dem entsprechenden Fonds. Aber auch diese Summe wird erhöht, und zwar auf 750.000 €, wenn ich mich richtig erinnere.

Das alles ist natürlich nicht genug, um die tatsächlich entstehenden Kosten zu decken. Ich finde, wir sollten uns bezüglich der Höhe des Gesundheitsfonds zumindest an anderen Großstädten orientieren.

Man muss auch dazu sagen: Die Mittel des Gesundheitsfonds werden niemals ausreichen. Das ist nur ein erster Schritt, mit dem begonnen werden muss. Im Endeffekt ist das Ganze eigentlich bei der gesetzlichen Krankenkasse angesiedelt. Es gibt ja auch den Risikostrukturausgleich. Man müsste sich das einfach teilen, um die Finanzierung zu sichern, und darf nicht immer nur Fonds fordern, die niemals reichen werden. Aber natürlich muss man einmal damit anfangen. – Das ist meine Antwort auf diese Frage.

Zum Sozialdienst im Krankenhaus möchte ich noch sagen: Es gibt Leute, die sich explizit damit befassen. Ich habe sehr viel mit Patientenadministration und auch mit Sozialdiensten in Frankfurt zu tun. Alle wären froh, wenn sie noch eine Clearingstelle hätten, die sich speziell mit dieser Frage befasst. Eine Clearingstelle könnte auch eine wichtige Schnittstelle zu den Kliniken darstellen. Ich kann mir vorstellen, dass sie auch vor Ort geht, wenn sie entsprechend ausgestattet ist, und die Krankenhäuser berät. Manchmal muss man ja wirklich vor Ort sein.

Als Problem wird immer die fehlende Mitwirkungspflicht genannt. Aber was ich oft höre, ist, dass gegenüber dem Sozialamt kaum nachweisbar ist, dass jemand wirklich mittellos ist. Selbst wenn man in einer Unterkunft für Obdachlose wohnt und Flaschen sammelt, wird das nicht anerkannt, wenn man den entsprechenden Bogen nicht korrekt ausfüllt. Dann kann man das nicht abrechnen. Das ist ein großes Problem. Da wird man sich auch auf alternative Modelle verständigen müssen.

Herr Prof. **Dr. Gramminger**: Ich bin dankbar für den letzten Hinweis, weil es mitunter sehr schwierig ist, die Nachweise zu führen. Da sind wir auch genau an dem springenden Punkt. Insofern fange ich nicht mit der ersten Frage an, Frau Böhm, sondern mit der Frage der Anonymität.

Spätestens wenn man denjenigen identifizieren will, der eigentlich bezahlen muss, wird gefragt: Ist er versicherungspflichtig? Muss die Krankenkasse bezahlen? Muss das Sozialamt einspringen? – Genau das sind die täglichen Kämpfe, die wir dann austragen. Aber dann heißt es: Tja, zu der Person kann ich Ihnen leider nichts sagen. – Wir müssen ihn aber behandeln, egal, ob er mittellos oder vielleicht sogar in einer Krankenkasse versichert ist.

Das fängt dann an, Spaßig zu werden, wenn er wohnsitzlos ist. Dann schiebt nämlich das eine Sozialamt dem anderen den Ball zu. Das ist die Schwierigkeit.

Aber ich sehe auch beim Patientenkollektiv bzw. bei den Betroffenen ein Problem. Daher glaube ich, dass wir das differenzieren müssen. Wir werfen alles in einen Topf. Aber ich meine, da gibt es große Unterschiede. Wir haben von Selbstständigen und Arbeitslosen, die da kommen, gesprochen. Für sie gibt es andere Hilfen. Das ist ein anderes soziales Umfeld. Die Obdachlosen leben unter einem ganz anderen psychosozialen Druck und haben häufig mit psychiatrischen Erkrankungen zu kämpfen. Auch Suchterkrankungen spielen da eine Rolle. Das ist noch einmal eine ganz andere Compliance-Geschichte.

Wir haben auch schon von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus gesprochen. Bei Ihnen ist natürlich automatisch eine ganz andere Bereitschaft vorhanden mitzuwirken.

Ich wollte einfach einmal ein bisschen die Sorge kundtun, dass wir da vielleicht ein bisschen zu viel Hoffnung in die Clearingstelle setzen.

Natürlich sind auch wir in den Krankenhäusern froh, wenn es eine Clearingstelle gibt. Ich habe auch nicht gesagt, dass wir dies nicht wollen. Ich habe nur gesagt, dass die Verantwortlichkeiten klar geregelt sein müssen. Wenn Sie den Krankenhäusern sagen: „Beim Patientenmanagement musst du dich nicht mehr damit herumärgern. Du brauchst nur noch die Clearingstelle anzurufen, und dann ist die Sache für dich erledigt“, dann wird jedes Krankenhaus jubeln. Wenn aber 14 Tage oder drei Wochen vom Sozialamt der Hinweis kommt: „Das ist zu spät gemeldet worden. Das ist an die falsche Stelle gekommen usw.“, dann wird jedes Krankenhaus sagen, dass es sich doch selbst darum kümmern muss, damit das Ganze passt. Das ist das, was ich meine. Es muss also klar geregelt werden, wer was macht. Sie kennen den Spruch: Team, toll ein anderer macht's. – Dann wird das nämlich nicht funktionieren. Wir meinen, da muss noch viel im Detail gearbeitet werden, um das umzusetzen, damit das dann auch gut funktioniert. Aber selbstverständlich sind wir froh darüber, wenn hier entlastend und unterstützend geholfen wird.

Das Ganze betrifft weniger den Sozialdienst, sondern meistens das Aufnahmemanagement, das Patientenmanagement, weil das am Anfang der Kette steht. Der Sozialdienst reagiert meistens erst dann, wenn der Patient schon ein paar Tage stationär behandelt worden ist. Dann ist aber schon jegliche Frist überschritten, um noch einen Nothilfeanspruch geltend zu machen.

Wie gesagt: Clearingstelle, ja, gerne. Aber die Zuständigkeiten müssen ganz klar geregelt sein.

Selbstverständlich sind auch wir für einen Behandlungsfonds. Wir haben Zahlen aus Berlin usw. gehört. Der Fonds in Thüringen ist relativ niedrig, auch wenn dieses Bundesland natürlich nicht so eine hohe Bevölkerungsdichte hat wie Hessen. Herr Dastych hat bereits eine Null hinten drangehängt. Ich habe die 5 Millionen € über den Daumen gepeilt ganz locker schon einmal weggerechnet.

Frau Sommer hat gefragt, wie viel die Krankenhäuser an offenen Posten haben. Ich habe nicht gewusst, von wem die Frage kommt. Aber ich hätte darauf wetten können, dass diese Frage heute gestellt wird. Ich muss Sie trotzdem enttäuschen, weil ich Ihnen keine Zahl nennen kann. Warum? – Weil das in dieser Form schlicht und einfach kein Monitoring dafür gibt, wie es eigentlich gemacht werden müsste. Klar, wir haben offene Posten. Aber es gibt kein Kürzel dafür, welche Posten beispielsweise aufgrund eines nicht geklärten Versicherungsschutzes noch offen sind. Das sind natürlich Hängepartien, die sich über

Monate und sogar über Jahre hinweg ziehen. Es gibt Rückstellungen, die irgendwann ausgebucht werden.

Wir haben vor einem Dreivierteljahr einmal eine Abfrage gemacht. Das ging sogar über die gesamte deutsche Krankenhauslandschaft hinweg. Auch da war die Summe sehr schwer zu fassen.

Ein Punkt ist auch immer: Wenn man einen komplikationsreichen Fall hat, der vielleicht beatmet werden muss – wie gesagt, Sie können nicht nachfragen – und drei- bis viermal operiert wird, dann kommen da bei einem Patienten locker 100.000 € zusammen. Aber dann gibt es auch wieder den Standardfall, den man nach drei Tagen Behandlung wieder auf die Reihe bekommt. Dann hat der ambulante Bereich mit dem Thema der Nachsorge usw. zu kämpfen, und es fallen vielleicht nur 2.000 € dafür an.

Auch wenn eine Behandlung sehr aufwendig ist, werden solche Patienten dennoch auch über die Sozialhilfe bezahlt. Auch diese Summe muss man natürlich immer in Betracht ziehen.

Die Krankenkasse ist schon angesprochen worden. Eine Verpflichtung der Krankenkasse würde es dann geben, wenn der Patient zugeordnet werden kann. Da sind wir wieder bei demselben Thema wie vorhin, nämlich ob man die Anonymität aufheben kann. Wie gesagt: Viele Menschen in dieser betroffenen Gruppe würden ihre Daten mit Sicherheit nicht preisgeben.

Ich habe jetzt das Gefühl, ich habe wahrscheinlich die Hälfte von dem vergessen, was ich sagen wollte. Aber von der Frage bis zur Antwort dauert es immer sehr lang. Ich habe mir zwar ein Paar Notizen gemacht. Aber falls noch etwas offen ist, können Sie mich gerne noch einmal fragen.

Herr **Dastych**: Liebe Frau Böhm, es tut mir ganz entsetzlich leid – wir kennen uns jetzt schon so lange –, aber nichts liegt mir ferner, als Sie zu schockieren. Aber wir haben unsere Hausaufgaben gemacht und uns den Gesetzentwurf von Ihnen genau angeschaut. Sie zielen auf den gesamten Leistungskatalog des SGB V §§ 2 bis 2b ab, das heißt Krankenhäuser, ambulante Versorgung, zahnärztliche Versorgung, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel, Mutterschaftsrichtlinien, Betreuung durch Hebammen, gegebenenfalls die Geburt in den Geburtshäusern, Physiotherapie usw. – alles, was da zusammenkommt. Das haben wir dann mit den aktuellen Zahlen gemerged. Ich habe eben schon die 2,4 Milliarden € genannt, die die KV Hessen pro Jahr im Bereich der ambulanten Versorgung ausschüttet. Das sind budgetäre und extrabudgetäre Leistungen, Präventionsleistungen usw.

Bei den Arzneimitteln – man korrigiere mich – sind es, glaube ich, ungefähr 2,5 Milliarden € in Hessen. Die Krankenhäuser liegen da in Hessen bei 5 Milliarden €.

(Herr Prof. Dr. Gramminger: Bei 7 Milliarden €!)

– Sogar bei 7 Milliarden €.

Zu den Heil- und Hilfsmitteln habe ich keine Zahlen. Auch zur zahnärztlichen Versorgung habe ich leider keine Zahlen. Aber da kommt schon einiges zusammen.

Sie sind von einer Dunkelziffer ausgegangen. Wir haben in unserer Stellungnahme den perspektivischen Effekt der Clearingstellen, wenn es darum geht, die Menschen nachher

in eine Krankenversicherung zu bringen, nicht eingepreist. Wir sind von 10.000 bis 20.000 Menschen in Hessen ausgegangen, die möglicherweise über diesen Fonds versorgt werden. Da sind wir dann auf einen etwas höheren Betrag als 5 Millionen € gekommen. Wie gesagt: Das ist nur eine Null. Ich habe ja nicht von einer Eins oder einer Zwei geredet.

(Christiane Böhm (DIE LINKE): Das ist ja nur eine Null!)

– Genau.

Ich denke, wir bekommen die Versorgung dieser Menschen gemeinsam mit den bisher vorhandenen Einrichtungen gut hin. Ich glaube aber, für uns alle und auch für unseren gesamtgesellschaftlichen Anspruch wäre es nicht gut – eben weil diese Menschen in den Medien vielleicht nicht präsent sind und sich da kein Gehör verschaffen können –, wenn man dieses Projekt im Laufe des Jahres einstellen oder reduzieren müsste, weil das Geld nicht reicht.

Damit bin ich bei einer Frage, die in Richtung von Frau Dr. Sommer geht. Auch wir haben keine offenen Posten. Was sollen wir denn auch machen? – Die Menschen kommen zu uns und werden von uns versorgt. Uns geht es genauso wie dem Gesundheitsamt Frankfurt in der Ambulanz. Sollen wir denen denn eine Privatrechnung schreiben, um sie nachher auszubuchen? – Das machen wir nicht. Insofern gibt es auch bei uns in der ambulanten Versorgung keine Statistik darüber, welche Posten ausgebucht werden müssten oder welche Honorare generiert werden würden, wenn wir über die normale Liquidation im Bereich der GKV, was dann analog dem Leistungskatalog des SGB V wäre, hinausgehen würden. Das bringt nichts.

Frau Böhm, zu der „Hessen hilft“-Karte: Das ist der elektronische Krankenschein. Sie sehen, wir nehmen das sehr gerne auf. Wir haben inzwischen Spaß daran, uns auch im Team der KV mit Gesetzesinitiativen zu beschäftigen. Wir haben auch mit unserer Abrechnungsabteilung darüber diskutiert, was für ein Verfahren denkbar wäre, das schnell und ohne technischen Zusatzaufwand auf der Basis bestehender Abrechnungsstrukturen für uns in der KV umsetzbar wäre. Das ist genau diese Karte.

Die Karte kann zum Beispiel von den Clearingstellen oder den Gesundheitsämtern ausgegeben werden. Sie erfüllt den technischen Standard der Krankenversicherungskarte, wie sie auch in der GKV verwendet wird. Sie kann mit einer Pseudonummer versehen und mit einem Lichtbild ausgestattet werden. Wir müssen den Patienten schon ein bisschen identifizieren, weil wir sonst ein Dokumentationsproblem bekommen. Denken Sie nur an eine Zweier- oder eine Dreierpraxis. Ein völlig anonymer Patient – er ist uns natürlich willkommen – kommt und sagt: „Ich war doch letzte Woche da“, aber man kann ihn noch nicht einmal nach dem Namen fragen. Er sagt, er heiße Dieter. Man kann natürlich eine gesonderte Kartei führen. Das wäre vor 30, 40 Jahren auch machbar gewesen, als wir im Prinzip noch die papiergebundenen Patientenakten hatten. Heute muss man diesen Patienten im PVS-System anlegen und ihn dort auch wiederfinden können, zumindest über eine Pseudonummer.

Auch wir als Kassenärztliche Vereinigung haben eine Rechtsaufsicht. Der Minister wird jetzt spontan hellhörig.

(Minister Kai Klose: Das bin ich immer!)

In Wiesbaden gibt es den Landesrechnungshof. Da wir über Landesmittel verfügen, haben wir uns überlegt: Wie bieten wir dem Land eine Möglichkeit, die Ausgaben im Zusammenhang mit ärztlich erbrachten Leistungen zu überprüfen, ohne dass der Landesrechnungshof jedoch die einzelnen Patienten identifizieren kann? – In dem Fall wäre es so – gestatten Sie mir diese saloppe Formulierung –, dass das Land Hessen als Krankenversicherung auftritt. Wie man den Patienten nachher kennzeichnet, ist die Entscheidung des Landes. Wir brauchen nur im Abrechnungsprozess irgendeine Identifizierung. Deswegen die Chipkarte, den elektronischen Krankenschein auf der Basis der bestehenden Strukturen. Dann können wir das entsprechend abwickeln.

Frau Dr. Sommer, gestatten Sie mir abschließend noch eine Bemerkung: Schwangerschaft geht von alleine weg.

(Heiterkeit)

Das funktioniert Gott sei Dank so, auch wenn die Frauen natürlich Hilfe brauchen; wir haben das vorhin gehört. Ich bin dann wieder ganz bei Ihnen. Das ist ein spannendes Ereignis. Ich habe es vor 3,25 Jahren mit meinen Zwillingen erlebt. Ich muss aber zugeben: Bei Mira war das extrem spannend. Drei Minuten später bei Adrian war es dann schon nicht mehr ganz so spannend. Aber es ist richtig: Das ist ein tolles Ereignis. Ich finde, Frauen in diesen extrem schwierigen Situationen sollten dabei all die Unterstützung bekommen, die wir ihnen geben können.

Wenn man diesen Fonds zusammen mit den gesetzlichen Krankenkassen etabliert – – Schade, dass sie heute nicht da sind; so viel zu diesem Thema. Das wäre nämlich eigentlich eine Sache für sie. Wir sind ja gerade in einer Diskussion über die Strukturreform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Wenn man diese Menschen da mit hineinnehmen würde, gäbe das wohl ein ganz anderes Momentum, die Krankenkassen in den jeweiligen Bundesländern, also die landeszugehörigen Krankenkassen, aber auch die bundesweit operierenden Krankenkassen, die auf Landesebene nur Vertretungen haben, mit in die Pflicht zu nehmen. Dann müsste aber die Anzahl der Menschen, die über einen solchen Fonds versorgt werden – – Oder der Fonds wird über den Morbi-RSA bedient. Das könnte man im Rahmen der Regionalkomponente einpreisen. Das ist aber bislang nicht geschehen. Diese Menschen würden, auch wenn sie in die Krankenversicherung überführt würden, kein besonderes Gewicht in der Regionalkomponente bekommen. Da sind im Moment eher andere Faktoren führend.

Frau **Dr. Winter**: Frau Böhm, Sie haben gefragt, warum es nicht mehrere Clearingstellen mit einem niedrighschwelligem Zugang gibt. Unsere Erfahrungen mit dieser Patientengruppe sind, dass sie den niedrighschwelligem Zugang nicht hinbekommen, sondern dass der Zugang über eine Beratungsstelle, über eine Malteser-Praxis oder bei uns in der Praxis erfolgt. Irgendein anderes Hilffssystem muss sagen: Pass mal auf! Da ist eine Clearingstelle. Ruf dort mal an, und kümmere dich darum! – Aber dann passiert das noch immer nicht. Ich muss dann oft selbst anrufen. „By the way“ entsteht dann mehr Commitment.

Unsere Erfahrungen bezüglich der Frage, wie die Zuweisungswege sind und wie die Leute in die Clearingstelle kommen, sind, dass das nur wenig auf dem direkten Weg geschieht. Wenn das so ist, dann ist es eigentlich egal, wo die Clearingstelle sitzt; denn dann läuft das Ganze sehr viel über das Telefon. Die Anträge müssen zugeschickt werden. Ich helfe dann beim Ausfüllen, sie werden zurückgeschickt usw. Insofern muss die Clearingstelle nicht vor Ort sein.

Wir haben ein bisschen Zweifel, dass es gelingt, den niedrigschwelligen Zugang vor Ort herzustellen, dass die Clearingstelle zwar existiert, aber niemand hingeht. Dann wäre es günstiger, man bündelt die Kompetenzen und errichtet eine große Clearingstelle. Die Kolleginnen und Kollegen in Mainz haben uns gesagt, die Stelle dort sei eigentlich zu klein und sie brauchten dringend mehr Personal. Das glaube ich sofort.

Unsere Überlegung ist: Man müsste schauen, ob die Clearingstelle dem Anspruch gerecht werden kann, sodass der niedrigschwellige Zugang klappt, und ob die Leute wirklich dorthin gehen. Da hatten wir unsere Zweifel.

In Corona-Zeiten haben wir gelernt, wie viel digital und virtuell möglich ist und dass sich Wege dadurch enorm verkürzt haben. Wir alle sehen, wir müssen gar nicht so viel herumfahren, weil viele Sachen auch digital funktionieren.

Frau **Pottiez**: Zum Thema Schwangerschaften: Auch zu uns kommen viele schwangere Frauen zu den unterschiedlichsten Zeitpunkten ihrer Schwangerschaft, manche erst kurz vor der Entbindung, andere schon gleich am Anfang. Wir hatten das Glück, dass zwei ehrenamtliche Hebammen bei uns mitgearbeitet haben, die die Vorsorgeuntersuchungen übernehmen konnten. Jetzt haben wir das Glück, mit einer Gynäkologin aus dem Gesundheitsamt zusammenzuarbeiten, die diese Untersuchungen übernimmt. Die Vorsorgeuntersuchungen sind für die Schwangeren wichtig, um Komplikationen, die in der Schwangerschaft auftreten können, frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um dadurch das Leben der schwangeren Frau und des ungeborenen Kindes zu schützen.

Eine Geburt funktioniert auch ganz gut ohne Hilfe, wie wir aus Erfahrung wissen, zum Beispiel auf der Toilette im Frankfurter Bahnhof. Wir möchten mit der Betreuung der Schwangeren auch verhindern, dass so etwas passiert.

Abg. **Christiane Böhm**: Schönen Dank für die Antworten und auch für die Impulse, die bei mir weitere Nachdenkprozesse auf den Weg bringen.

Ich habe noch eine Frage an Herrn Dastych. Ihre Karte mit der Pseudonymisierung kann ich mir gut vorstellen. Das ist so ähnlich, wie die Berliner das jetzt machen. Wäre das ein Modell, das auch Sie umsetzen würden? Sie wären ja dann mit im Boot. Ich glaube, die Kassenärztliche Vereinigung in Berlin ist auch daran beteiligt.

Sie haben mir vorhin die Frage noch nicht beantwortet, inwieweit Ihre Idee bisher von der Administration aufgenommen worden ist. Wie weit sind Ihre Verhandlungen? Wie weit ist Ihre Idee diesbezüglich gediehen?

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich kann gleich daran anschließen und möchte gerne wissen, ob nicht gerade die Kostenübernahme – in Berlin heißt es Kostenübernahmeschein für hausärztliche medizinische Behandlung – ein gangbarer Weg wäre. Diese Scheine werden pro Quartal ausgestellt. Das macht die KV Berlin mit der Senatsverwaltung.

Wie sieht es mit dem anonymen Krankenschein aus? Auch er würde vielleicht schon helfen, die Kosten besser im Griff zu behalten bzw. zurückzubekommen.

Herr **Dastych**: Bis zu dem letzten Teil, Frau Böhm, hätte ich einfach nur Ja gesagt.

Wir machen Vorschläge und stehen auch zu unseren Vorschlägen. Auch halten wir unsere Vorschläge für realisierbar. Die Chipkarte geht über ein theoretisches Denkmodell hinaus. Wir haben das hausintern diskutiert. Wir wären problemlos in der Lage, sie schon in den aktuellen Abrechnungslauf einzuspeisen. Das Land Hessen bekommt dann wie eine Krankenkasse eine Kostenträgernummer. Die Kassenärztliche Vereinigung ist in der Lage, Datensätze an das Land zu schicken. Das kann einmal im Quartal erfolgen.

Wenn die Karte morgen ausgegeben wird, kann bereits morgen Abend der erste Patient, sobald wir das Ganze über ein kleines Update in die PVS-Systeme eingespielt haben, darüber abgerechnet werden. PVS hat nichts mit privatärztlichen Verrechnungsstellen zu tun, sondern das ist die Praxisverwaltungssoftware. Wir müssen einmal den Kostenträger, den Gesundheitsfonds Hessen, hinterlegen, damit die Karte auch als solche erkannt wird.

Das ist ein System, das wir uns überlegt haben, das wir anbieten können und bei dem wir bereits alle technischen Voraussetzungen haben, um es auch in den Praxen umzusetzen. Es bedarf keiner neuen Strukturen. Deswegen schlagen wir es vor.

Frau Dr. Sommer, wir haben uns auch etwas überlegt, um die Menschen wieder in die Krankenversicherung zurückzubringen, nämlich, dass beispielsweise die Clearingstelle das machen könnte – oder auch die Gesundheitsämter, obwohl ihnen das wahrscheinlich zu viel wird –, weil das die Stelle für diese Menschen ist, in der ein erstes Beratungsgespräch stattfindet. Dort kann mit ihnen auch darüber gesprochen werden, ob es eine Möglichkeit gibt, sie beispielsweise über die Arbeitsagentur in die frühere Krankenversicherung zurückzuführen oder ihnen eine Krankenversicherung überhaupt erstmals zu ermöglichen. Dafür braucht man eine Anlaufstelle. Deswegen möchte ich als KV da auch nicht irgendwelche Kostenübernahmeerklärungen ausstellen, abgesehen davon, dass dies zusätzliches Papier ist und zusätzlichen Aufwand bringt. Mit unserer Chipkarte würde das alles aus unserer Sicht viel einfacher, transparenter und schneller gehen.

Wenn in dem Beratungsgespräch festgestellt wird, dass jemand über den Fonds versorgt werden muss, dann bekommt er diese Karte. Die Menschen werden fotografiert. Das Bild muss noch nicht einmal gespeichert werden. Das wäre die Aufgabe des Gesundheitsfonds. Wir brauchen eine zentrale Einheit dahinter, die die Pseudonymisierung durchführt; denn das Pseudonym darf es natürlich nur einmal für diesen Menschen geben. Es kann durch einen Zufallsgenerator erzeugt werden, aber es darf nur einmal existieren. Dann wird es auf die Karte geschrieben, die wie eine elektronische Versichertenkarte in der GKV zu verwenden ist. Deswegen können wir sie sehr einfach in unser System einspielen.

Das haben wir uns im Team – IT, Abrechnung und Vorstand – als Angebot überlegt, wenn Sie das umsetzen wollen. So können wir es machen, wenn das nicht über die gesetzliche Krankenversicherung laufen soll. Ich erinnere mich noch an die Diskussion über die Krankenversicherungskarte für Asylbewerber. Sie hat nicht wirklich funktioniert. Hier darf ich das so sagen – Sie müssen es ja nicht weiter erzählen –: Hierfür brauchen wir die GKV gar nicht.

Unsere Überlegung hat auch ein bisschen eine Steuerungswirkung. Frau Kollegin Winter, die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer, und auch Herr Grammingen haben es eben schon gesagt: Die Menschen sind zum Teil auch bewusst in einer anonymen Selbstisolierung, ohne dass sie da rausmüssen.

Das ist ein Modell, das wir von heute auf morgen technisch realisieren können. Wir brauchen dafür nur den Gesundheitsfonds als Partner. Die Technik ist vorhanden. Deswegen sagen wir, man muss das Rad nicht noch einmal erfinden. Lassen Sie uns das verwenden, was bereits vorhanden ist, und dann geht das auch.

Vorsitzender: Ich stelle fest, dass wir am Ende der Anhörung sind, und frage nur der guten Ordnung halber, ob noch Institutionen anwesend sind, die bislang noch nicht gehört wurden. Ich habe vorhin einige aufgerufen, die sich nicht gemeldet haben. – Ich stelle fest, das ist nicht der Fall.

Dann darf ich mich auch ganz herzlich bei den Institutionen der dritten Gruppe für Ihre Anwesenheit und Ihre Stellungnahmen bedanken und wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Beschluss:

SIA 20/37 – 17.09.2020

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss hat zu dem Gesetzesentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.