

Konzeptpapier

zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz

Ein Konzept des Vereins Anonyme Gesundheitsversorgung und Clearing Nordrhein-Westfalen e. V.
(AGC NRW e. V.) zur Umsetzung des Vorhabens der Implementierung eines
„Anonymen Krankenscheines“ in der Koalitionsvereinbarung von CDU und Bündnis 90/Die GRÜNEN
„Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen“ (Z. 4704 – 4712)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Hintergrund und Problemstellung.....	3
3	Handlungsbedarf in NRW.....	6
4	Einführung einer landesweiten Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung	7
5	Struktur der AGC.....	8
5.1	Zentrale Koordinierungsstelle	8
5.2	Clearingstellen	9
5.3	Leistungsumfang Behandlungsfonds	9
5.4	Zugangsformen zum Behandlungsfonds	9
5.4.1	Nachteile eines Scheins für den Kostenträger.....	10
5.4.2	Nachteile eines Scheins für Leistungserbringende.....	10
5.4.3	Nachteile eines Scheins für Inanspruchnehmende	10
5.5	Fachbeirat	11
5.6	Evaluation	11
5.7	Tätigkeitsbeschreibungen	11
5.7.1	Projektkoordination.....	11
5.7.2	Verwaltungskräfte	12
5.7.3	Sozialarbeiter*innen.....	12
5.7.4	Ärzt*innen	12
6	Clearing.....	12
6.1	Grundlagen des Clearings	12
6.2	Verbindlichkeit des Clearings.....	13
6.3	Konkrete Umsetzung.....	14
7	Finanzplan.....	15
7.1	Stufenplan.....	15
7.2	Einzelne Kostenpunkte	15
7.2.1	Behandlungskosten	15
7.2.2	Rechts- und Sprachmittlungskosten	16
7.2.3	Personalkosten.....	17
7.2.4	Sachkosten	17
7.3	Gesamtkosten.....	18
7.3.1	Vorprojektphase.....	18
7.3.2	Erstes Projektjahr	18
7.3.3	Zweites Projektjahr	19
7.3.4	Drittes Projektjahr	19
7.3.5	Kosten/Jahr dem vierten Projektjahr.....	20
8	Zusammenfassung.....	21
9	Literaturverzeichnis	22

1 Einleitung

Seit vielen Jahren weisen Menschenrechtsorganisationen wie „Ärzte der Welt“ und die verschiedenen MediNetze und MediBüros in Deutschland auf die unzureichende Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung und insbesondere ohne gültigen Aufenthaltstitel hin. Die Landesregierung NRW hat sich in ihrem Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung sicherzustellen.

Wir, der Verein Anonyme Gesundheitsversorgung und Clearing Nordrhein-Westfalen e. V. (AGC NRW e. V.), wollen die Landesregierung dabei unterstützen und legen hier unser Konzept mit dem Ziel eines niedrigschwelligen Zugangs dazu vor. Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in NRW fordern wir die landesweite Einführung einer pseudonymisierten Gesundheitskarte. Ein einzurichtender Gesundheitsfonds soll dabei Clearingstellen für die Eingliederung der Patient*innen in die reguläre Gesundheitsversorgung finanzieren und zusätzlich sichere medizinische Behandlungen für die Betroffenen ermöglichen. Im Folgenden zeigen wir die Problemstellung und den Handlungsbedarf in NRW auf, spezifizieren unsere Vorstellungen und legen das daraus abgeleitete Konzept „Anonyme Gesundheitsversorgung und Clearing in NRW“ im Einzelnen dar.

2 Hintergrund und Problemstellung

“Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung [...]” (Vereinte Nationen: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 25).

Die Bundesrepublik Deutschland ist durch den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte als Unterzeichnerstaat verpflichtet, das Recht auf Gesundheit frei von jeder Diskriminierung zu garantieren. Bezüglich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Deutschland zeigten sich bereits 2018 die United Nations besorgt:

“The Committee is concerned that section 87 (2) of the Residence Act (*Aufenthaltsgesetz*) obliges public authorities to report undocumented migrants to immigration authorities, which can deter irregular migrant workers from seeking services, such as health care, that are essential for the enjoyment of their rights [...]” (United Nations, Economic and Social Council, 2018).

Um den unterschiedlichen Forderungen nachzugehen, ist die gesetzliche und private Krankenversicherung das wichtigste Instrument. Sie soll eine flächendeckende und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung aller Menschen gewährleisten. Seit 2009 besteht die „Allgemeine Krankenversicherungspflicht“, nach der sich alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland versichern müssen. Dennoch sind zahlreiche Menschen in Deutschland aufgrund rechtlicher oder praktischer Hürden von einer angemessenen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen oder haben nur einen sehr begrenzten Zugang.

Wie viele Menschen in Deutschland tatsächlich ohne Krankenversicherung leben, ist nicht bekannt. Laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes waren es 2019 ca. 61.000 Menschen (Statistisches Bundesamt, 2020). Nichtregierungs-Organisationen wie „Ärzte der Welt“ gehen aber von einer hohen Dunkelziffer aus und schätzen, dass es sich um mehrere hunderttausend Menschen handelt (vgl. Ärzte der Welt, 2020).

Die Zahlen bilden sich vor allem aus Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere, erwerbslosen Menschen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union, Menschen mit aufgrund von Beitragsschulden bei ihren Krankenkassen eingeschränktem Leistungsspektrum sowie Menschen ohne festen Wohnsitz (vgl. Ärzte der Welt, 2021). Die Gründe für das Fehlen einer Krankenversicherung sind bei den einzelnen Personengruppen sehr verschieden:

Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere bzw. Menschen mit **ungeklärtem Aufenthaltsstatus** nehmen die ihnen nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zustehenden Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch, da die Sozialämter, die für die Leistungsgewährung zuständig sind, nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) verpflichtet sind, die Ausländerbehörde zu informieren. Ihnen würde dann durch die Beantragung medizinischer Behandlung bzw. eines Ärzt*innenbesuchs Abschiebehaft und Ausweisung drohen.

EU-Bürger*innen können sich im Rahmen ihrer Freizügigkeitsrechte zwar regulär in Deutschland aufhalten, sind aber in einigen Fällen weder hier noch in ihrem Herkunftsland krankenversichert oder ihre Krankenversicherung im Herkunftsland wird in Deutschland nicht anerkannt. Ihnen stehen damit keine Leistungen nach dem AsylbLG zu (vgl. Frings, 2019). Änderungen im Sozialgesetzbuch (SGB) II und SGB XII haben ihre Situation weiter verschärft (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016 Teil I Nr. 65).

Unter den Nicht-Krankenversicherten sind auch **deutsche Staatsbürger*innen**. Die meisten von ihnen sind Selbstständige mit sehr geringem Einkommen, die eine Krankenversicherung schlicht nicht (mehr) bezahlen können. Ihre Zahl stieg mit Beginn der SARS-CoV-2-Krise noch einmal an (vgl. Gach & Offe 2022, S. 4f.). Sie fallen beispielsweise in den Notlagen-Tarif der privaten Krankenversicherung. Dabei werden nur noch sehr eingeschränkt Leistungen übernommen, z.B. bei vitaler Gefährdung oder akuten Schmerzzuständen (vgl. Gach & Offe 2022, S. 9ff.). Zusätzlich führt eine Gesetzesänderung dazu, dass ehemals Privatversicherte über 55 Jahre nur in wenigen Ausnahmefällen zurück in die Gesetzliche Krankenkasse wechseln können (vgl. Bundestag-Drucksache 14/1245, S. 59 f.). Ähnlich wird auch mit gesetzlich Versicherten bei Zahlungsrückstand verfahren (SGB V §§ 188, 191).

Eine weitere Gruppe von Menschen, denen in Deutschland der Zugang zu medizinischer Versorgung deutlich erschwert ist, sind **Wohnungslose**: "Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen waren, gaben deutlich häufiger Barrieren an als die Befragten insgesamt: 74,8 % (187/250) hatten keinen Versicherungsschutz [...]. Für 64,0 % (160/250) waren ein Arztbesuch, die Medikamente oder die Versicherung zu teuer" (Gach & Offe 2022, S.8).

Für **Menschen, die kürzlich aus der Haft entlassen wurden**, kann es ebenfalls schwierig sein, eine Krankenversorgung zu bekommen. Da Anträge in der Regel erst nach Haftentlassung bearbeitet werden, besteht häufig zumindest für einen kurzen Zeitraum kein Krankenversicherungsschutz.

Für Menschen, die sich im **Asylverfahren** befinden oder mit einer **Duldung** in Deutschland leben, ist die medizinische Versorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylbLG) nur bei akuter Erkrankung und Schmerzzuständen sowie Schwangerschaft abgedeckt. Die Behandlung chronischer Erkrankungen (§ 6 AsylbLG) ist finanziell aufwändiger und wird häufig unrechtmäßig durch medizinisch nicht ausgebildete Sachbearbeiter*innen abgelehnt. Zudem werden für Menschen mit Fluchterfahrungen häufig relevante Traumabehandlungen und Psychotherapie nicht finanziert (vgl. Zanders & Bein 2022, S. 5ff.).

Weil sie keinen regulären Zugang zum Gesundheitssystem haben, suchen Menschen ohne Krankenversicherung Ärzt*innen meist erst dann auf, wenn dies unvermeidlich geworden ist.

Eine frühzeitige Diagnose und Therapie werden dadurch versäumt. Dies wirkt sich oft negativ auf den Krankheitsverlauf und die entstehenden Kosten aus. Kostenintensive Notfälle, stationäre Aufenthalte und chronifizierte Beschwerden sind Folgen, die oft vermeidbar wären (vgl. Zanders & Bein 2022, S. 5). Gerade schwangere Frauen ohne Krankenversicherung benötigen dringend einen geregelten und schnell erreichbaren Zugang zu medizinischer Versorgung. Der fehlende Zugang zu Schwangerschaftsvorsorge und die fehlende Möglichkeit, Geburten bei bekannten Risiken stationär zu planen, ist ein großes Problem. Dies kann sich nicht nur auf die Gesundheit der Mütter, sondern auch auf die der Neugeborenen gravierend auswirken (vgl. Gach & Offe 2022, S.5).

Um die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung zu verbessern, gibt es in verschiedenen Bundesländern bereits Lösungsansätze:

So wurden u.a. in Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Hamburg, Berlin, Bremen und München *Clearingstellen* eingerichtet (vgl. Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen, 2021). Clearingstellen sind Anlaufstellen, in denen Menschen ohne Krankenversicherung oder mit unklarem Versicherungsstatus Unterstützung bekommen, um in die medizinische Regelversorgung eingegliedert werden zu können. Diese "Clearingarbeit" ist ein komplexer und oft Wochen bis Monate andauernder Prozess, in dem geprüft wird, auf welche Leistungen die Person Anspruch hat und wie dieser eingelöst werden kann. In vielen Fällen kann so eine dauerhafte Absicherung über das medizinische Regelsystem erreicht werden.

Die Landesregierung Thüringens führte 2017 flächendeckend den Anonymen Krankenschein (AKS) ein, der Menschen ohne Versicherungsschutz eine Behandlung ermöglicht. Im Thüringer Modell wird der AKS landesweit von Vertrauensärzt*innen ausgestellt, sodass eine flächendeckende Versorgung, auch im (oft benachteiligten) ländlichen Raum, möglich ist. Mit ihm können Menschen dann frei Fachärzt*innen ihrer Wahl aufsuchen, die die eigentliche Behandlung durchführen und bei Bedarf Medikamente verordnen. Die Kosten können anschließend von den behandelnden Ärzt*innen über den Behandlungsfonds abgerechnet werden (vgl. AKS Thüringen – Medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung, 2021). Seit 2018 ist auch die Finanzierung stationärer Behandlungen möglich. 2019 wurde ein entsprechendes Programm von der Stadt Leipzig (Sachsen) eingeführt; in Rheinland-Pfalz wurde dies für 2020 geplant.

In der COVID-19-Pandemie wurde deutlich, dass gerade Menschen ohne Krankenversicherung zu den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören. Diese Krise hat für sie in verschiedenerlei Hinsicht negative Auswirkungen:

- Menschen mit fehlendem, ungeklärtem oder eingeschränktem Krankenversicherungsschutz befinden sich oftmals in besonders prekären Lebenslagen und leben häufiger als andere in sehr beengten Wohnsituationen, was eine wirkungsvolle, häusliche Absonderung bei einer SARS-CoV-2-Infektion kaum zulässt. Zudem sind sie häufig in Sektoren tätig (z.B. Logistik, Fleischverarbeitungsindustrie, Baugewerbe, Pflege, etc.), bei denen es keine Möglichkeit zum Homeoffice gibt und häufig kein ausreichender Arbeits- und Hygieneschutz praktiziert wird. Diese Faktoren machen Menschen anfälliger für eine Infektion und einen schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung.
- Durch die vorübergehende Einstellung oder Einschränkung von Sprechstunden bei medizinischen Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung zusätzlich verschlechtert.

- Auch wenn die Kostenübernahme des Tests auf das SARS-CoV-2 bei Menschen ohne Krankenversicherung durch öffentliche Stellen gesetzlich vorgesehen ist (§ 69 in Verbindung mit § 25 Infektionsschutzgesetz), ist die Umsetzung in der Praxis vielen Akteur*innen wie Mitarbeiter*innen in Arztpraxen und Ämtern unklar. Damit ist der Zugang zur Testung für viele Menschen nicht gewährleistet, was es erschwert, Infektionsketten wirksam zu durchbrechen.
- Pandemiebedingt verlieren viele Menschen in prekärer Beschäftigung oder Selbstständige ihren Arbeitsplatz und damit nicht selten auch den Krankenversicherungsschutz.
- Da bei einer Impfung ein amtliches Dokument mit Namen und Lichtbild vorgelegt werden muss und besonders Menschen ohne Papiere oder ungeklärtem Aufenthaltsstatus auf Grund von § 87 AufenthG die Ausweisung droht, wird ihnen der Zugang zu Impfungen deutlich erschwert (vgl. Wachtler 2021, S.4ff.).

Besonders in der COVID-19- Pandemie stellt diese Tatsache für die Betroffenen eine enorme gesundheitliche Gefahr dar und hat zugleich negative Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen in der gesamten Bevölkerung.

3 Handlungsbedarf in NRW

In NRW suchen geschätzt ca. 10.000 Menschen pro Jahr Einrichtungen auf, die Gesundheitsleistungen kostenlos und anonym anbieten. Diese Schätzung beruht auf Zahlen, die in unterschiedlichen Ballungsräumen (München, Hamburg, Frankfurt/Main) erhoben und hochgerechnet worden sind (vgl. Schade & Lotty et. al. 2015).

In NRW gibt es bisher nur einzelne, durch das Land oder durch Kommunen finanzierte Ansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung. Neben den existierenden Clearingstellen in Köln, Duisburg, Gelsenkirchen, Dortmund, Münster und Bielefeld wurden lediglich in Düsseldorf und Bonn Notfallfonds zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere und in Bonn ein Anonymer Krankenschein (AKS) umgesetzt. Der Großteil der Versorgung von Menschen ohne Zugang zu medizinischer Behandlung liegt derzeit in ehrenamtlichen Händen diverser MediNetze und MediBüros, der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung und weiterer karitativer Einrichtungen, Organisationen und Initiativen. Dadurch haben Menschen ohne Krankenversicherung in NRW bislang nur einen sehr eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Eine angemessene flächendeckende fachärztliche, ambulante oder stationäre Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung ist aktuell nicht möglich. Die NRW-Landesregierung hat in ihrer Koalitionsvereinbarung vom Juni 2022 erklärt, neben der Verstärkung der landesfinanzierten Clearingstellen einen Fonds einrichten zu wollen, der eine anonyme Krankenbehandlung ermöglichen soll.

Die Mitglieder des AGC NRW e. V. arbeiten teilweise seit über 25 Jahren im Bereich der Organisation und Umsetzung medizinischer Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung. Dafür kooperieren wir u.a. mit niedergelassenen Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Hebammen und Physiotherapeut*innen und ermöglichen stationäre Aufenthalte. Für die medizinische Behandlung organisieren wir bei Bedarf eine Sprachmittlung und begleiten die Betroffenen. Außerdem unterstützen wir Betroffene in der Zusammenarbeit mit Beratungsstellen bei der Wiedereingliederung in die

Regelversorgung. Unsere Arbeit ist selbstorganisiert und gewährleistet die Anonymität der Betroffenen. Unser Versuch, Menschen ohne Krankenversicherung den Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen, basiert häufig auf ehrenamtlichem Engagement. Dabei entsteht eine lückenhafte Parallelstruktur zum regulären Versorgungssystem, die zudem von Spenden abhängig ist und keiner externen Kontrolle unterlegen ist. Dies stellt ein ethisches Dilemma dar.

Es besteht eine unzureichende medizinische Versorgung der Menschen ohne Krankenversicherung, sowie die Gefahr, dass sich deren Gesundheitszustände verschlechtern, chronifizieren und/ oder lebensbedrohlich werden. In jedem Fall wird das von Deutschland im UN-Sozialpakt ratifizierte Menschenrecht auf Gesundheit (vgl. Krennerich 2020) in der jetzigen Situation nicht erfüllt.

4 Einführung einer landesweiten Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung

Damit das Ziel der Landesregierung NRW, eine flächendeckende, anonyme Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Krankenversicherung in NRW einzuführen, erreicht werden kann, müssen verschiedene Maßnahmen ergriffen werden.

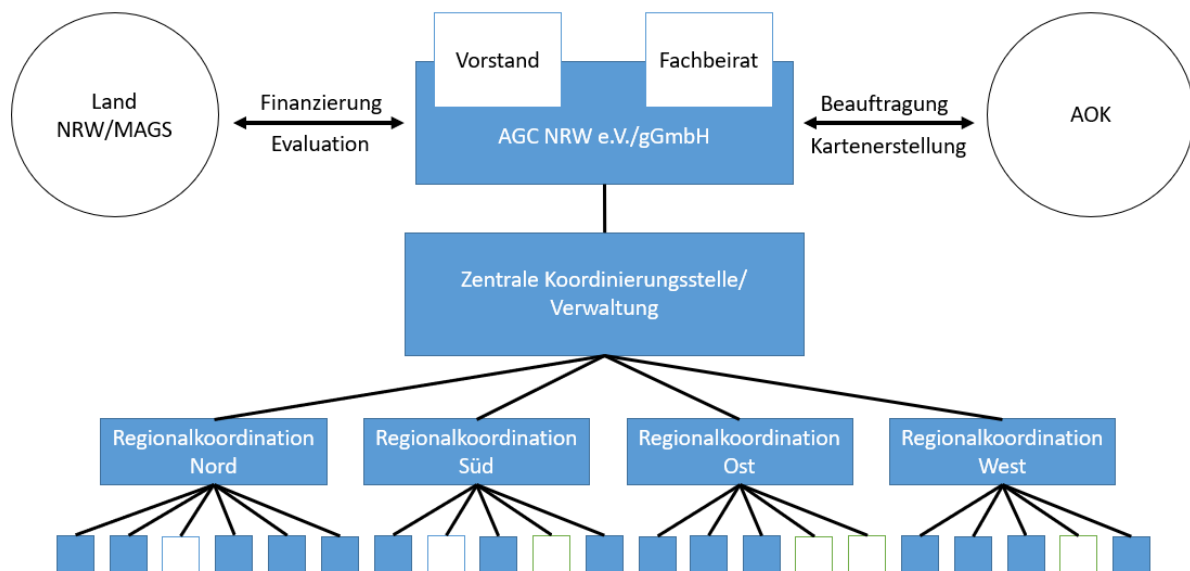
Der AGC NRW e. V. hat dazu ein Konzept entwickelt und fordert die Landesregierung auf, die entsprechenden Maßnahmen zu ergreifen, um dieses Ziel umzusetzen und die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung, unabhängig vom Aufenthaltsstatus, sicherzustellen. Dazu stellt das Land NRW finanzielle Mittel für Koordinierung, Behandlungskosten und Clearing sowie für weitere Ausgaben in geeigneter Höhe zur Verfügung und führt in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen eine pseudonymisierte Gesundheitskarte ein (s. Kapitel 5.4). Diese pseudonymisierte Gesundheitskarte kann dann von Menschen ohne Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, ohne dass sie beispielsweise negative aufenthaltsrechtliche Konsequenzen fürchten müssen.

Das Konzept sieht folgende Elemente vor:

1. Eine zentrale **Koordinierungsstelle**, für die Verwaltung des Behandlungsfonds, für Organisation, Evaluation und Fortbildungen, sowie für die Einrichtung eines Fachbeirats.
2. **Dezentrale Clearing- und Vergabestellen**, die in bereits etablierten Strukturen z.B. der Wohlfahrtsverbände angesiedelt werden, für die Eingliederung in eine reguläre Krankenversicherung bzw. für anonyme Gesundheitsversorgung mit einer pseudonymisierten Gesundheitskarte.
3. **Behandlungsfonds** für die Finanzierung medizinischer Behandlungen entsprechend der Leistung für gesetzl. Versicherte, sowie Kosten für straffreie Schwangerschaftsabbrüche für Menschen ohne Krankenversicherung.
4. **Personelle und finanzielle Mittel** für die Arbeit in Vergabe-, Clearing- und Koordinationsstellen
5. **Sachkosten** für Büroräume, Büromittel u.ä.
6. Rechts- und Sprachmittlungskosten

Die Einzelheiten zu den Finanzierungskosten werden in Kapitel 7 erläutert.

5 Struktur der AGC



5.1 Zentrale Koordinierungsstelle

Die **zentrale Koordinierungsstelle** ist für die NRW-weite Koordination der Ausstellung, Dokumentation und Abrechnung der Anonymen Gesundheitsversorgung sowie die Koordination des Clearings und die Personalverwaltung verantwortlich. Zudem soll sie Fortbildungen der Berater*innen und anderen Beschäftigten sowie die jährliche Evaluation organisieren. Um Arbeit der zentralen Koordinierungsstelle zu unterstützen, ist eine Unterteilung in vier bis fünf Regionalkoordinierungsstellungen angedacht.

Vorzugsweise soll die Koordinierungsstelle einem gemeinnützigen Träger (z.B. Verein oder bereits bestehende Nichtregierungsorganisation) unterstellt sein, um das Vertrauen der Betroffenen bezüglich der Gewährleistung des Datenschutzes und ihrer Anonymität zu bewahren. Denn Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere, die einen großen Teil der Zielgruppe darstellen, schränken aus Angst vor Aufdeckung ihrer Anonymität ihren Bewegungsradius ein (vgl. Ärzte der Welt, Gesundheitsreport 2021). Aus Angst vor Aufdeckung und Übermittlung (§87 Abs.2 AufenthG) an die Ausländerbehörden wird der Kontakt mit dem Staat vermieden. Deshalb liefe es dem Ziel eines niedrighwelligen Zugangs zuwider, die Organisation der anonymen Gesundheitsversorgung einer staatlichen Einrichtung zu unterstellen. Sie muss deutlich erkennbar für alle hilfeschenden Menschen in gemeinnütziger Hand sein. Falls die Koordinierungsstelle doch an eine staatliche Stelle angegliedert werden sollte, ist explizit sicherzustellen, dass der Datenschutz auch gegenüber anderen Ämtern gewährleistet wird, damit keine bestehenden Versorgungslücken im Sinne des §87 AufenthG reproduziert werden.

Der AGC NRW e. V. bündelt, vertreten durch verschiedene MediNetze und Clearingstellen, jahrelange Erfahrung und Expertise für die Problematik der Menschen ohne Krankenversicherung und/oder ohne gültige Aufenthaltspapiere. Er sollte daher bei der Planung und Umsetzung des Konzepts in NRW mindestens eine beratende Funktion übernehmen. Aus den oben aufgeführten Gründen bietet sich der AGC NRW e. V. als gemeinnützige Organisation besonders für die zentrale Koordination an.

5.2 Clearingstellen

Die **Clearingstellen** sollen dezentral über das Land verteilt die Aufgabe des **Clearings** und die **Vergabe** der pseudonymisierten Gesundheitskarte (s. Kapitel 5.4) übernehmen. Dabei sollen bereits vorhandene Strukturen genutzt werden und die Stellen an bestehende Einrichtungen, z.B. Wohlfahrtsverbände oder existierende Clearingstellen, angegliedert werden. Um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen, ist es wünschenswert, langfristig in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt eine Clearingstelle einzurichten.

5.3 Leistungsumfang Behandlungsfonds

Der Zugang zur anonymen Gesundheitsversorgung ist an die Beratung durch die Clearingstellen gekoppelt. Nur wenn eine Überführung in die Regelversorgung nicht bzw. nicht in medizinisch vertretbarem zeitlichem Rahmen möglich ist, erfolgt die Versorgung über den Behandlungsfonds.

Der Leistungsumfang der anonymen Gesundheitsversorgung orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach sollen die Kosten für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Maßnahmen, stationäre Aufenthalte, sonstige Therapien durch Heilberufler*innen (z.B. Hebammen und Heilmittelerbringer*innen), Materialkosten und Medikamente sowie für straffreie Schwangerschaftsabbrüche übernommen werden. Sprachmittlungs- und Rechtskosten müssen ebenso finanziert werden.

Die Abrechnung erfolgt im ambulanten Bereich nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bzw. zum 1,0-fachen Satz der Gebührenordnung der jeweiligen Leistungserbringer. Im stationären Bereich wird über die entsprechenden Fallpauschalen abgerechnet.

Eine nachträgliche Kostendeckung von Leistungen, die vor Aufsuchen der Clearingstelle bzw. ohne vorherige Absprache mit dem/der Ärzt*in erfolgten, ist im Regelfall nicht möglich. Im Einzelfall, z.B. bei Notfällen, kann über diese Möglichkeit bei anschließender Vorstellung in der Clearingstelle entschieden werden.

5.4 Zugangsformen zum Behandlungsfonds

Um Zugang zu medizinischer Versorgung über den Behandlungsfonds zu erhalten, sollen die Inanspruchnehmenden eine elektronische pseudonymisierte Gesundheitskarte erhalten. Dadurch werden die Prozesse für Inanspruchnehmende und Leistungserbringende in der Leistungserbringung und Abrechnung weitgehend identisch zur Regelversorgung im Sachleistungsprinzip. Deshalb schlägt das Konzept des AGC NRW e. V. eine Auslagerung der Abrechnungsprozesse zu einem gesetzlichen Krankenversicherungsunternehmen vor. Die Kostenerstattung erfolgt anschließend aus dem Behandlungsfonds.

Bisher realisierte Konzepte von AKS Bonn und AKS Thüringen orientieren sich mit der Ausgabe eines Behandlungsscheins an der Kostenerstattung nach §10 AsylbLG. Dieses Verfahren hat jedoch erhebliche Nachteile sowohl für Kostenträger, Leistungserbringer*innen und Inanspruchnehmende:

5.4.1 Nachteile eines Scheins für den Kostenträger

Für den Kostenträger birgt ein Krankenschein einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Aufgaben, die im Regelsystem durch den Medizinischen Dienst oder die Kassenärztliche Vereinigung geleistet werden, müssen durch den Kostenträger selbst erfolgen. Dies erhöht zusätzlich den Bedarf an fachkundigem Personal und damit auch die Personalkosten.

5.4.2 Nachteile eines Scheins für Leistungserbringende

Für Leistungserbringende birgt ein flächendeckender Behandlungsschein vor allem den Nachteil eines Mehraufwandes in der ohnehin immer komplizierter werdenden Abrechnung. Im ambulanten Kontext sind die Leistungserbringenden in medizinischen Versorgungszentren und als freiberuflich tätige Ärzt*innen organisiert. Diesen müsste der Behandlungsschein zunächst bekannt sein. Software und andere Dokumentationsstrukturen müssten den Behandlungsschein erkennen. Die Vergütung des Behandlungsscheins ist zum 1,0-fachen Satz der GOÄ gedeckelt. Die Abrechnung durch die privaten Krankenversicherungsunternehmen wird in der Praxis hingegen prüfungsfrei zum maximalen Faktor von 2,3 abgerechnet.

Die Kostenerstattung von Behandlungsscheinen stellt trotz des Kostenerstattungsprinzips einen Bruch in den Alltagsroutinen der Leistungserbringenden dar und schwächt so deren Effektivität. Unklarheiten bei den Abrechnungsformalitäten setzen auch Leistungserbringende im stationären Kontext unter Druck und die Ermittlung von Kostenträgern erfordert eine intensive Beratung durch den Sozialdienst (vgl. Neupert & Pieper 2020, S.959).

5.4.3 Nachteile eines Scheins für Inanspruchnehmende

Durch den Krankenschein werden die Inanspruchnehmenden stigmatisiert. Sie sind jederzeit bei der Inanspruchnahme als „irregulär“ erkennbar und somit einer möglichen Diskriminierung von Leistungserbringenden, Mitpatient*innen und dem medizinischen Personal ausgesetzt.

Außerdem können die finanziellen Nachteile für Leistungserbringende durch die im Notfall entstehenden Machtverhältnisse vollkommen oder teilweise an Inanspruchnehmende weitergegeben werden. So werden Menschen ohne Krankenversicherung in Krankenhäusern regelmäßig zu Vorauszahlungen gedrängt und Menschen, deren Kosten der Versorgung eigentlich gedeckt würden (z.B. durch §26 SGB XII), werden trotzdem als „ausländische Selbstzahler“ geführt werden, weil Krankenhäuser den regulären Weg der Abrechnung nicht kennen (vgl. Mylius 2016, S. 206). Im ambulanten Kontext werden MediNetze immer wieder von Menschen mit Krankenversicherungsschutz kontaktiert, weil sie keine funktionierende elektronische Gesundheitskarte griffbereit haben und von Praxen abgewiesen werden. Oft sind Praxen mit der Verarbeitung ungewohnter Muster überfordert. So müssen bisher ehrenamtliche Strukturen dafür sorgen, dass Menschen mit einem eigentlich gültigen Versicherungsschutz Zugang zur Versorgung bekommen.

Der AGC NRW e. V. erkennt an, dass eine Versorgung mittels eines Anonymen Behandlungsscheins eine Verbesserung gegenüber dem aktuellen Zustand ohne eine Versorgungsstruktur für Menschen ohne Krankenversicherung wäre. Somit wäre dessen Implementierung trotz der genannten Nachteile zu begrüßen.

Um dennoch den genannten Nachteilen zu begegnen, wird in diesem Konzept eine elektronische pseudonymisierte Gesundheitskarte favorisiert, da dadurch die Prozesse für Inanspruchnehmende und Leistungserbringende in der Leistungserbringung und Abrechnung weitgehend identisch zur Regelversorgung im Sachleistungsprinzips werden. Deshalb schlägt das Konzept des AGC NRW e. V. eine Auslagerung der Abrechnungsprozesse zu einem gesetzlichen Krankenversicherungsunternehmen vor. Die Kostenerstattung erfolgt anschließend aus dem Behandlungsfonds.

Für die Betroffenen wird zur Ausstellung der Karte durch die Clearingstelle eine Renten- und Krankenversicherungsnummer unter einem registrierten Pseudonym und einem korrekten Lichtbild beantragt. Nach Ausstellung und Erhalt der pseudonymisierten Gesundheitskarte, können die Inanspruchnehmenden Ärzt*innen jeglicher Fachrichtung, Psycholog*innen, Hebammen etc. aufsuchen und dort behandelt werden. Die behandelnden Ärzt*innen rechnen die Behandlungskosten entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) über den Weg der Kassenärztlichen Vereinigungen und einer kooperierenden Krankenkasse ab.

5.5 Fachbeirat

Es soll ein **Fachbeirat** eingerichtet werden, der sich regelmäßig trifft, um einen niederschweligen Erfahrungsaustausch zwischen Theorie und Praxis zu ermöglichen, Probleme in der Umsetzung frühzeitig zu erkennen und komplexe Einzelfälle (z.B. ethische Fragen) zu klären. Darin werden insbesondere Nichtregierungsorganisationen, die die Betroffenenperspektive repräsentieren und ihre Erfahrung einbringen können, berücksichtigt (z.B. MediNetze, die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, der NRW-Flüchtlingsrat oder die Wohnungslosenhilfe).

5.6 Evaluation

Es soll eine **jährliche Evaluation** der Inanspruchnahme des Angebots, der Bekanntheit, der Ausschöpfung des Fonds und auftretender Schwierigkeiten sowie ethischer Fragestellungen geben. Dies kann in Form eines Jahresberichts durch die zentrale Koordinierungsstelle erfolgen. Eine wissenschaftliche Begleitung durch eine Hochschule ist wünschenswert.

5.7 Tätigkeitsbeschreibungen

5.7.1 Projektkoordination

- Herstellung und Pflege der Infrastruktur und des Netzwerks an kooperierenden Organisationen
- Interne Zusammenarbeit (Koordination der hauptamtlich und ehrenamtlich Mitarbeitenden, Projektdokumentation, Berichterstattung an den Vorstand, Qualitätsmanagement)
- Fördermittelmanagement
- Öffentlichkeitsarbeit
- Personalverantwortung
- Weiterentwicklung des Projektes/Konzeptes

5.7.2 Verwaltungskräfte

- Finanzbuchhaltung und -verwaltung (Prüfung der Abrechnungen, Veranlassung von Korrekturen, Finanztransaktionen)
- Allgemeine Verwaltung (Aufbau und Pflege der Büroinfrastruktur, Personalverwaltung)
- Betreuung IT/EDV (Website, Datev) /Dateiverwaltung (oder extern/ nach Kompetenz)
- Pflege der Statistik für das Berichtswesen
- Anschaffung von Büromaterialien etc.

5.7.3 Sozialarbeiter*innen

- Zielgerichtete Sozialberatung (Kontakt zu Patient*innen, Beratung und Unterstützung bzgl. Anbindung an eine Regelversorgung, Rücksprachen mit Kostenträger*innen und Behörden und Versicherungen, Begleitung bei Behördengängen, Aufbau standardisierter Verfahren, telefonische Beratungshotline)
- Verweisberatung (Wohnungslosenhilfe, Migrationsberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, Schuldner*innenberatungsstellen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen)
- Dokumentation

5.7.4 Ärzt*innen

- Medizinische Einschätzungen der Dringlichkeit von Behandlungen
- Besprechen von Befunden mit behandelnden Ärzt*innen
- Mitarbeit an regelmäßiger Evaluation

6 Clearing

6.1 Grundlagen des Clearings

Ein umfassendes Clearingverfahren kann unter Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation und unter Prüfung aller gesetzlichen Vorgaben einen Zugang zu medizinischer Regelversorgung ermöglichen. Damit dient es auch unter ökonomischer Betrachtung dazu, kostenintensive Notfallbehandlungen möglichst zu vermeiden. Hierzu bedarf es Anlaufstellen für alle Menschen mit ungeklärtem Krankenversicherungsanspruch. Die Beratung der Clearingstelle wirkt darauf hin, den Zugang zur Regelversorgung herzustellen. Hierzu müssen alle Angebote zur Vermittlung in die gesundheitliche Versorgung mit dem Angebot einer aufenthalts- und sozialrechtlichen Beratung verbunden werden. Da der Zugang zur medizinischen Versorgung nicht isoliert von dem sozialen, finanziellen, familiären und ausländerrechtlichen Status der Hilfesuchenden betrachtet werden kann, üben die Clearingstellen hierbei eine Lotsenfunktion aus und vermitteln erforderlichenfalls in das bestehende Beratungsnetzwerk.

Das Angebot der Clearingstellen richtet sich an alle Menschen mit ungeklärtem bzw. ohne Krankenversicherungsschutz. Die Zugangsbarrieren zur Absicherung im Krankheitsfall sind vielfältig. Sie liegen in der Regel in fehlenden (fach-)sprachlichen Kenntnissen, Unkenntnis

über Rechte und Ansprüche in der Kranken- bzw. Sozialversicherung oder hohen bürokratischen Hürden. Darüber hinaus fehlen oftmals Nachweise aus Herkunftsländern über den letzten Krankenversicherungsschutz, Vorversicherungszeiten, Rentenansprüche, Geburts- oder Eheurkunden sowie deren beglaubigte Übersetzung. Weitere Probleme ergeben sich bei fehlender Meldeanschrift oder nicht nachweisbarer Aufenthaltsdauer. Auch eine unzureichende Existenzsicherung kann dazu führen, dass Betroffene der Versicherungspflicht nicht nachkommen, da die finanziellen Beiträge nicht geleistet werden können. Aufgabe des Clearings ist es daher, die gesamten Lebensumstände der Betroffenen möglichst umfassend zu erfassen und Hilfestellung bei der individuellen Möglichkeit eines Zugangs in das Regelsystem zu leisten. Dies beinhaltet die Unterstützung und Begleitung bei der Umsetzung der notwendigen Schritte gegenüber den Leistungsträgern. Ebenso sind benötigte Dokumente und Nachweise zu beschaffen.

Neben der direkten Beratung der Betroffenen und dem Clearing sollen die Clearingstellen auch Mitarbeitende von Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen und Trägern der freien Wohlfahrtspflege im Hinblick auf den Zugang in die Regelversorgung unterstützen und beraten. Hierzu ist eine gute Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen erforderlich.

6.2 Verbindlichkeit des Clearings

In jedem Fall wird eine reguläre Krankenversicherung angestrebt – vorausgesetzt, dass die persönliche Sicherheit dadurch nicht gefährdet wird. Bei (ggf. unklaren) Barrieren unterstützt das AGC-Personal während des Prozesses in einer verhältnismäßigen Weise. Verhältnismäßigkeit setzt sich zusammen aus einer Abwägung der individuellen Lage des/der Klient*in, der medizinischen Notwendigkeit, der finanziellen Lage der AGC NRW und der Kooperationsbereitschaft des/der Klient*in.

Ein erstes Beratungsgespräch zur Erörterung der bisherigen Hindernisse zum Erreichen eines Krankenversicherungsschutzes ist unbedingt anzustreben. In medizinischen Notsituationen darf auf dieses erste Beratungsgespräch zunächst verzichtet werden und es wird, sobald es der Gesundheitszustand des/der Klient*in zulässt, nachgeholt. Eine möglichst rasche Vergabe einer Gesundheitskarte/des Gesundheitsscheins ist dabei essentiell, da die Gesundheit der Klient*innen nicht durch bürokratische Hürden riskiert werden darf und zudem bei Verzögerung des Behandlungsbeginns Behandlungskosten rasch ansteigen können.

Entscheidet sich ein*e Klient*in gegen die Beantragung von Duldung o.ä., obwohl dies aus Sicht des AGC-Fachpersonals möglich und sinnvoll wäre, soll der Grund der Ablehnung erfasst werden und auf die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen verwiesen werden.

Es ist vorgesehen, dass die Karte zunächst drei Monate lang gültig ist und sich somit für das AGC-Fachpersonal regelmäßig die Möglichkeit ergibt, erneute Clearinggespräche mit den Klient*innen zu führen. Daraufaufgehend, ist eine Verlängerung der Karte in die Clearingstelle möglich.

Bei Maßnahmen, die die begrenzten finanziellen Mittel des AGC absehbar überschreiten, sind aufenthaltsrechtliche Maßnahmen (falls diese möglich und aus Sicht des AGC-Fachpersonals sinnvoll sind) die Voraussetzung dafür, dass der AGC Behandlungskosten für diese*n Klient*in übernehmen kann. Zu diesen Erkrankungen zählen z.B. maligne Tumorerkrankungen, Dialysepflicht, perspektivisch palliativer Versorgungsbedarf oder Maßnahmen mit einem vergleichbaren Kostenaufwand.

6.3 Konkrete Umsetzung

Zur Ausstellung der Karte sollen flächendeckend im Land NRW Vergabestellen eingerichtet werden, die neben der Vergabe der Karte auch eine Clearingberatung, wie oben beschrieben, anbieten. Die Vergabe der Karte soll an einigen strategisch günstigen Stellen in NRW stattfinden, damit eine flächendeckende Versorgung entstehen kann. Es ist zu erwarten, dass die Inanspruchnahme der Karte mit zunehmendem Bekanntheitsgrad steigt. Daher ist ein Vorgehen denkbar, bei dem die Vergabestellen schrittweise aufgebaut werden. Die bereits existierenden Clearingstellen sollen hierbei unbedingt vorrangig berücksichtigt und gegebenenfalls um technische, z.B. virtuelle, Möglichkeiten erweitert werden, um auch ländliche Bereiche einbinden zu können.

Die Vergabestellen für die Karte sind möglichst an bereits bestehende soziale Anlaufstellen für Betroffene anzugliedern, um bereits existierende Strukturen zu nutzen und den Projektaufbau zu vereinfachen. Dafür würde sich aus Sicht des AGC NRW e. V. besonders eine Einbettung in bestehende Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege eignen. Dort gibt es in diesem Bereich bereits Erfahrungen und Wissen, das durch die Zusammenarbeit landesweit genutzt, gebündelt und erweitert werden kann. Die zusätzlichen Arbeitsstunden der Wohlfahrtsverbände müssen im Rahmen des Projektes finanziert werden.

Einen Anspruch auf die Ausgabe der Karte haben alle Personen mit ungeklärtem sowie ohne Krankenversicherungsschutz mit gewöhnlichem Aufenthalt in NRW. Zur Klärung kann ein sensibles Interview über die Lebenssituation der Betroffenen geführt werden. Alle dabei erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht. Aus naheliegenden Gründen können dabei schriftliche Dokumente (wie Mietvertrag, Arbeitsvertrag, Kontoauszüge etc.) nicht verlangt werden, da die Betroffenen über solche oft nicht verfügen.

Mit der Karte können Betroffene dann Ärzt*innen, Praxen und/oder Krankenhäuser ihrer Wahl aufsuchen. Das bedeutet, dass die Behandlung und deren Dokumentation zwar personalisiert durch Behandelnde unter Schweigepflicht erfolgt, die Abrechnung jedoch in jedem Fall pseudonymisiert wird. Das ermöglicht eine sichere Inanspruchnahme anonymisierter Gesundheitsversorgung und schafft eine Vertrauensbasis zwischen Klient*innen und AGC-Personal. Bei der Vergabe ist außerdem zu beachten, dass die Karte jeweils für drei Monate ab Ausstellung gilt. Anschließend muss sie in einer der Clearingstellen verlängert werden und es werden ggf. neu entstandene Möglichkeiten des Clearings besprochen. Für Schwangere ist die Karte für die Dauer der kompletten Schwangerschaft und Nachsorge gültig.

Nach dem Vorbild des bereits bestehenden und vergleichbaren Projekts in Bonn sollen in kreisfreien Städten pro 100.000 Einwohner*innen Clearingberater*innen mit 20 Arbeitsstunden pro Woche eingestellt werden. In Kreisen sind pro 100.000 Einwohner*innen zunächst 5 Stunden Clearingberatung eingeplant, da hier von einem geringeren Bedarf ausgegangen werden kann. Für die genaue Berechnung der Stellen und Behandlungskosten siehe Kapitel 7. Diese Berechnung dient als grobe Schätzung und soll in Gesprächen mit bereits existierenden Beratungsstellen an den individuellen Bedarf der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte angepasst werden.

Regelmäßige Fortbildungen sollen die vorhandenen guten Kenntnisse zum Sozial- bzw. Krankenversicherungsrecht sowie zum Ausländer- bzw. EU-Recht verstetigen. Darüber hinaus können in rechtlich komplizierten Fällen Stellen für Rechtsberatung (wie z.B. Rechtsanwält*innen mit Fachgebiet Ausländerrecht oder „ProAsyl“) hinzugezogen werden.

7 Finanzplan

Das Projekt soll schrittweise starten. Zunächst folgt eine Übersicht der entstehenden Kosten. Im Anschluss werden diese detailliert aufgeführt.

7.1 Stufenplan

Vorgeschlagen wird der folgende Stufenplan zum Aufbau und Etablieren der Clearingstellen.

Vorprojektphase (6 Monate): Beginn der Projektkoordination

Hierzu gehören: Öffentlichkeitsarbeit, Erarbeitung konkreter Dokumente und Abläufe, Suche nach und Verhandlungen mit bereits bestehenden Strukturen, Einschätzung des Bedarfs in den jeweiligen Kreisen, Vorbereitung des Sprechstundenstarts und Anpassung der bestehenden Clearingstellen.

Geschätzte Kosten: ca. 100.000€

Erstes Projektjahr: Sprechstundenstart in den ersten zehn Clearingstellen

Diese setzen sich zusammen aus acht bereits bestehenden Clearingstellen (Kreis Köln, Kreis Düsseldorf, Kreis Dortmund, Kreis Duisburg, Kreis Bielefeld, Kreis Bonn, Kreis Gelsenkirchen, Kreis Münster) sowie zwei neu zu schaffenden Clearingstellen in den noch nicht abgedeckten bevölkerungsreichsten kreisfreien Städten (Kreis Essen, Kreis Bochum).

Geschätzte Kosten: 4.965.000€

Zweites Projektjahr: Sprechstundenstart in den übrigen Clearingstellen

Geschätzte Kosten: 9.840.000€

Drittes Projektjahr: Anstieg der Patient*innen-Zahlen

Geschätzte Kosten: 14.550.000€

Ab dem vierten Projektjahr: Konsolidierung der Patient*innen-Zahlen

Geschätzte Kosten: 21.615.000€ pro Jahr

Da das Land NRW die fünf Clearingstellen in Dortmund, Duisburg, Gelsenkirchen, Köln und Münster momentan bereits mit ca. 800.000€ pro Jahr fördert, müssten sie als Teil des Gesamtprojekts nicht noch zusätzlich finanziert werden. Ab dem ersten Projektjahr würden also faktisch ca. 800.000€ weniger Förderung auf das Land NRW zukommen als im Stufenplan angegeben.

Die für die Umsetzung des Projekts benötigten Finanzmittel teilen sich in die vier Kostenpunkte der Behandlungskosten, Sprachmittlungs- und Rechtskosten, Personalkosten sowie Sachkosten auf. Im Folgenden werden die Berechnungen für das zweite Projektjahr dargelegt, da dies das erste vollständige Jahr ist, in dem alle einzurichtenden Clearingstellen ihre Arbeit aufnehmen. Die Beträge wurden dabei jeweils auf 5.000€ gerundet.

7.2 Einzelne Kostenpunkte

7.2.1 Behandlungskosten

Die Behandlungskosten werden anhand der Zahlen des vergleichbaren Projekts des Vereins „Anonymer Krankenschein Bonn e. V.“ geschätzt.

Das Projekt in Bonn benötigt Behandlungskosten von 140.000€/Jahr für Bonner Patient*innen. Der Verein schätzt zudem die Kosten für die zusätzliche Versorgung von Menschen aus dem Rhein-Sieg-Kreis auf rund die Hälfte der Bonner Behandlungskosten, also 70.000€/Jahr. Hier wird bei ambulanten Behandlungen von einer Abrechnung ausgegangen, die dem Satz einer gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, bei stationären Behandlungen von den entsprechenden Fallpauschalen.

Bonn hat circa 300.000 Einwohner*innen. Anhand dieser Zahlen geht der AGC NRW e. V. davon aus, dass in kreisfreien Städten rund 47.000€/Jahr pro 100.000 Einwohner*innen benötigt werden. Im Rhein-Sieg-Kreis leben rund 600.000 Menschen, weshalb für Kreise von einem Bedarf von rund 12.000€/Jahr pro 100.000 Einwohner*innen ausgegangen werden kann.

In den 22 kreisfreien Städten in NRW leben rund 7.060.000 Menschen. Dadurch ergeben sich für diese Städte im zweiten Projektjahr Behandlungskosten in Höhe von 3.320.000€. In den 31 Kreisen in NRW leben rund 10.850.000 Menschen. Somit entstehen hier noch einmal Behandlungskosten von 1.300.000€.

Insgesamt schätzt der AGC NRW e. V. die benötigten Behandlungskosten im zweiten Projektjahr daher auf **4.620.000€**.

7.2.2 Rechts- und Sprachmittlungskosten

Aus dem Bereich der Rechtskosten sollen medizinische und psychiatrische Gutachten sowie entstehenden Anwalt*innenkosten bezahlt werden. Sprachmittlungskosten sollten ebenfalls bereitgestellt werden, da betroffene Klient*innen (insbesondere Menschen ohne Papiere sowie EU-Bürger*innen) häufig nicht über die erforderlichen Sprachkenntnisse verfügen, um mit Ärzt*innen, Ämtern, Rechtsanwält*innen etc. zu kommunizieren.

Das Projekt in Bonn verwendet rund 7.500€/Jahr für solche Fälle. Die Berechnung erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie bei den Behandlungskosten. Für kreisfreie Städte werden im zweiten Projektjahr 2.500€ pro 100.000 Einwohner*innen veranschlagt und für Kreise 625€ pro 100.000 Einwohner*innen.

Insgesamt geht der AGC NRW e. V. somit für den angegebenen Zeitraum von Rechts- und Sprachmittlungskosten in Höhe von **245.000€** aus.

7.2.3 Personalkosten

Für die Verwaltung und Koordination des Projekts soll eine zentrale Koordinierungsstelle entstehen. Hierfür sind insgesamt 117 Stunden/Woche Projektkoordination vorgesehen. Während dabei zwei Stellen mit jeweils 39 Stunden/Woche die Geschäftsführung übernehmen, wird die dritte Stelle aufgeteilt, so dass es etwa vier Regional Koordinator*innen geben kann. Diese Projektkoordinationsstellen werden nach TVöD E11 vergütet. Somit entstehen im zweiten Projektjahr Kosten in Höhe von 200.000€. Zudem sollen zwei Verwaltungskräfte eingestellt werden, die sich um Personalangelegenheiten, die Kommunikation mit den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung und das Begleichen von Rechnungen etc. kümmern. Diese Verwaltungsstellen sollen nach TVöD E6 vergütet werden und führen somit zu Kosten in Höhe von rund 95.000€. Außerdem soll ein*e Ärzt*in mit 30 Stunden/Woche nach TV-Ärzte Ä2 eingestellt werden, der*die mit kooperierenden Praxen Befunde besprechen oder medizinische Einschätzungen geben kann. In Bonn beträgt der Zeitaufwand des dort eingestellten Arztes für diese Tätigkeit etwa eine Stunde/Woche. Die Kosten für diese Stelle belaufen sich im angegebenen Zeitraum auf 85.000€.

Die benötigte Clearingberatung wird im Bonner Konzept mit 20 Stunden/Woche pro 100.000 Einwohner*innen in kreisfreien Städten sowie mit 5 Stunden/Woche pro 100.000 Einwohner*innen in Kreisen berechnet. Durch diese Rechnung ergeben sich etwa 2.000 Stunden/Woche Clearingberatung für NRW. Dies entspräche Kosten in Höhe von 3.080.000€ im zweiten Projektjahr.

Es ergeben sich im zweiten Projektjahr also insgesamt Personalkosten in Höhe von 3.460.000€. Nicht berücksichtigt sind hier allerdings die Fehlzeiten der Arbeitskräfte. Im Schnitt fallen 20% der Arbeitsstunden weg (12% Urlaub, 6% Krankheit, 2% Weiterbildung). Um eine gute Vertretungskultur in den verschiedenen Clearingstellen sowie der Koordinierungsstelle zu gewährleisten, sollte hier also ein Puffer von 865.000€ eingeplant werden. Die tatsächlichen Personalkosten betragen daher **4.325.000€**.

Es ist allerdings zu bedenken, dass durch die Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung zusätzliche Personalkosten anfallen werden, da die dort geleistete Arbeit ebenfalls entlohnt werden muss.

Für alle Personalkosten wurde hier zunächst mit der Tarifstufe 3 gerechnet, zukünftige Tarifveränderungen, Inflation etc. sind im Personalbudget der folgenden Jahre ggf. anzupassen.

Sobald das Projekt und die geschaffenen Stellen etabliert sind, sollte angestrebt werden, Auszubildende, FSJler*innen und Praktikant*innen in den Bereichen Soziale Arbeit und Verwaltung in das Projekt einzugliedern.

7.2.4 Sachkosten

Die Sachkosten betragen bei vergleichbaren Projekten 15% der Personalkosten. Somit ergäben sich im zweiten Projektjahr Sachkosten in Höhe von etwa **650.000€**.

7.3 Gesamtkosten

Im folgenden werden die Kosten für die einzelnen Zeiträume des Stufenplans näher erläutert.

7.3.1 Vorprojektphase

In diesem Zeitraum entstehen lediglich Personalkosten für die Einstellung der Projektkoordinator*innen. Für ein halbes Jahr sind dies **100.000€**.

7.3.2 Erstes Projektjahr

In den kreisfreien Städten, in denen die ersten zehn Clearingstellen des Projekts starten sollen, wohnen insgesamt 4.965.000 Menschen. Während die Kosten für die Stellen der Projektkoordination gleichbleiben, müssen die Kosten für die Stellen der Ärzt*in, der Verwaltung und der Clearingberatung sowie die Kosten für die Behandlungs-, Rechts- und Sprachmittlungskosten im Vergleich zum zweiten Projektjahr in etwa halbiert werden.

Damit ergeben sich nach oben angegebener Berechnung folgende Gesamtkosten für das erste Projektjahr:

Behandlungskosten	2.310.000€
Rechts- und Sprachmittlungskosten	125.000€
Projektkoordination	200.000€
Verwaltung	50.000€
Ärzt*in	45.000€
Clearingberatung	1.540.000€
Kosten für Zusammenarbeit mit GKV und KV	?
Puffer für Fehlzeiten	365.000€
Personalkosten	2.200.000€
Sachkosten	330.000€
Gesamtkosten	4.965.000€

7.3.3 Zweites Projektjahr

Im zweiten Projektjahr fallen, wie oben ausführlich beschrieben, folgende Gesamtkosten an:

Behandlungskosten	4.620.000€
Rechts- und Sprachmittlungskosten	245.000€
Projektkoordination	200.000€
Verwaltung	95.000€
Ärzt*in	85.000€
Clearingberatung	3.080.000€
Kosten für Zusammenarbeit mit GKV und KV	?
Puffer für Fehlzeiten	865.000€
Personalkosten	4.325.000€
Sachkosten	650.000€
Gesamtkosten	9.840.000€

7.3.4 Drittes Projektjahr

Das zweite Projektjahr ist das erste vollständige Jahr, in dem alle einzurichtenden Clearingstellen ihre Arbeit aufnehmen. In einem vergleichbaren Projekt in Niedersachsen kam es zu Beginn innerhalb eines Jahres zu einer Verdopplung der ausgegebenen Krankenscheine (479 statt 219) (vgl. Mylius et al. 2019). Eine solche Steigerung erwartet der AGC NRW e. V. für das Bundesland NRW nicht, da hier im Vergleich zu Niedersachsen viele Beratungs- und Clearingstellen schon länger existieren und den Klient*innen daher bereits bekannt sind. Der AGC NRW e. V. geht daher nur von einer jeweils 1,5-fachen Steigerung der Patient*innenzahlen pro Jahr nach dem zweiten und nach dem dritten Projektjahr sowie von einer Konsolidierung bei den Zahlen des vierten Projektjahres aus.

Für das dritte Projektjahr ergeben sich somit folgende Kosten:

Behandlungskosten	6.930.000€
Rechts- und Sprachmittlungskosten	370.000€
Projektkoordination	200.000€ (keine Steigerung)
Verwaltung	95.000€ (keine Steigerung)
Ärzt*in	130.000€
Clearingberatung	4.620.000€
Kosten für Zusammenarbeit mit GKV und KV	?
Puffer für Fehlzeiten	1.260.000€
Personalkosten	6.305.000€
Sachkosten	945.000€
Gesamtkosten	14.550.000€

7.3.5 Kosten/Jahr dem vierten Projektjahr

Wie oben beschrieben, konsolidieren sich die Kosten nach Schätzung des AGC NRW e. V. ab dem vierten Projektjahr bei folgenden Werten pro Jahr:

Behandlungskosten	10.395.000€
Rechts- und Sprachmittlungskosten	555.000€
Projektkoordination	200.000€ (keine Steigerung)
Verwaltung	95.000€ (keine Steigerung)
Ärzt*in	195.000€
Clearingberatung	6.930.000€
Kosten für Zusammenarbeit mit GKV und KV	?
Puffer für Fehlzeiten	1.855.000€
Personalkosten	9.275.000€
Sachkosten	1.390.000€
Gesamtkosten	21.615.000€

8 Zusammenfassung

Schon seit vielen Jahren weisen Menschenrechtsorganisationen wie „Ärzte der Welt“ und die verschiedenen MediNetze und MediBüros in Deutschland auf die unzureichende Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung hin. Laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes waren 2019 ca. 61.000 Menschen in Deutschland nicht krankenversichert; Nichtregierungs-Organisationen wie „Ärzte der Welt“ gehen aber von einer hohen Dunkelziffer aus und schätzen, dass es sich um mehrere hunderttausend Menschen handelt. Bisher existieren nur einzelne städtische oder kommunal geförderte Projekte und viele überwiegend auf Basis von Spenden und ehrenamtlichen Engagement aufgebaute Parallelstrukturen, die dem Bedarf der Betroffenen bei weitem nicht gerecht werden.

Die Landesregierung NRW hat sich in ihrem Koalitionsvertrag zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung sicherzustellen. Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz in NRW fordern wir daher die landesweite Einführung einer elektronischen pseudonymisierten Gesundheitskarte. Ein Gesundheitsfonds soll dabei Clearingstellen für die Eingliederung der Patient*innen in die reguläre Gesundheitsversorgung finanzieren und zusätzlich sichere medizinische Behandlungen für die Betroffenen ermöglichen.

Das Konzept sieht eine zentrale Koordinierungsstelle, dezentrale Clearing- und Vergabestellen, einen Behandlungsfonds sowie personelle und finanzielle Mittel vor. Hierbei stellt das Land NRW die finanziellen Mittel in geeigneter Höhe zur Verfügung und führt in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen eine pseudonymisierte Gesundheitskarte ein. In den Clearing- und Vergabestellen, die flächendeckend in NRW eingerichtet werden und möglichst an bereits vorhandene Strukturen angegliedert werden sollen, erfolgt die Beratung zur Wiedereingliederung in das Regelsystem und gegebenenfalls zur Möglichkeit einer Legalisierung des Aufenthaltsstatus. Es soll ein sensibles, der Schweigepflicht unterliegendes Interview über die Lebenssituation der Betroffenen, ohne Verlangen von schriftlichen Dokumenten, erfolgen. Sollte eine Eingliederung in das Regelsystem nicht möglich sein, wird in den Clearing- und Vergabestellen eine elektronische pseudonymisierte Gesundheitskarte für zunächst drei Monate vergeben. Anspruchsberechtigt sind hierbei alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in NRW mit ungeklärtem bzw. ohne Krankenversicherungsschutz, die ein Clearingverfahren durchlaufen haben; medizinische Notfallsituationen erlauben eine sofortige Ausgabe der Karte und Verschiebung des Clearingverfahrens.

Die Mittel zur Umsetzung des Konzeptes wurden angelehnt an die Finanzierung des Projekts „Anonymer Krankenschein Bonn“ berechnet. Diese umfassen neben den Behandlungs- und Personalkosten auch Rechts-, Sprachmittlungs- und Sachkosten. Die geschätzten Gesamtkosten für die systematische Versorgung unversicherter Menschen in Nordrhein-Westfalen belaufen sich demnach auf 29.455.000 € in den ersten dreieinhalb Jahren und 21.615.000 € für jedes weitere Jahr.

Der AGC NRW e. V. hat sich mit diesem Konzept zum Ziel gesetzt, zur Verwirklichung des Menschenrechtes auf Gesundheitsversorgung in NRW beizutragen, und steht der Landesregierung für Beratung, Koordinierung und praktische Umsetzung gerne zur Verfügung.

9 Literaturverzeichnis

Anonyme Behandlungsscheine und Clearingstellen (2021). Available online at <https://anonymer-behandlungsschein.de/>, Letzter Zugriff am 16.11.2022

Anonymer Krankenschein Thüringen – Medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung (2021). Online verfügbar unter <https://www.website.aks-thueringen.de/>; Letzter Zugriff am 16.11.2022

Ärzte der Welt (2020): Inlandsbroschüre. Online verfügbar unter [Ärzte der Welt \(2021\): Gesundheitsreport 2021 https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2020/12/14/inlandsbroschuere-2020](https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2020/12/14/inlandsbroschuere-2020)

Bozorgmehr K, Razum O (2015): Effects of Restricting Access to Health Care of Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013.

Bundestragsfraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. (2000). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT-Drs 14/1245, S. 108 online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/14/012/1401245.pdf> letzter Zugriff am 16.11.2022

Gach, J., Offe, J., (2021): Ungesehen, ungeschützt, unversichert in der Pandemie: Krank und ohne Zugang zu Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ärzte der Welt Gesundheitsreport. München: Ärzte der Welt e. V.

Krennerich M (2020) Gesundheit als Menschenrecht | APuZ. In Bundeszentrale für politische Bildung, 6/11/2020. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/apuz/weltgesundheit2020/318302/gesundheits-als-menschenrecht#footnode3-3>, Letzter Zugriff am 16.11.2022

Lotty EY, Hämmerling C, Mielck A. (2015) Gesundheitszustand von Menschen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München Gesundheitswesen. 2015 Jun;77(6):e143-52. German. doi: 10.1055/s-0034-1395646. Epub 2015 Feb 19. PMID: 25702720.

Mylius M, Dreesman J, Zühlke C, Mertens E (2016): Hemmnisse abbauen, Gesundheit fördern – Die Gesundheitsversorgung von Migrierten ohne Papiere im Rahmen eines Modellprojektes in Niedersachsen, 2016–2018.

Neupert I, Pieper C. (2020) Menschen ohne Krankenversicherung -. Gesundheitswesen 2020; 82: 955–960, Thieme Verlag Stuttgart

NRW-Koalitionsvertrag der Landesregierung aus CDU und Bündnis90/Die Grünen, Juni 2022, Seite 97.

Schade M, Heudorf U, Tiarks-Jungk P. (2015) Die Humanitäre Sprechstunde in Frankfurt am Main: Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Herkunftsland [The Humanitarian Consultation-hour in Frankfurt am Main: Utilization by Gender, Age, Country of Origin]. Gesundheitswesen. 2015 Jul;77(7):466-74. German. doi: 10.1055/s-0035-1550026. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26227381.

Statistisches Bundesamt (2020): Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html, letzter Zugriff am 16.11.2022

Wachtler B (2021): Nicht nur von Krankheit bedroht. Menschen ohne Papiere in der Corona-Pandemie. In: Gesundheit braucht Politik. Nr. 3 / 2021. https://gbp.vdaee.de/images/GbP_21_3-Covid-II-Pandemie_der_Ungleichheit.pdf. Letzter Zugriff am am: 12.11.2022.

Zanders, T. & Bein, L. E. (2022). Der anonyme Behandlungsschein – von der Idee zur Umsetzung. Ein Handlungsleitfaden. (L. Calbet Elias, L. Vollmer & T. Zanders, Hrsg.).



ANONYME GESUNDHEITSVERSORGUNG
UND CLEARING NRW

Die Autor*innenschaft des Konzepts liegt beim Verein
Anonyme Gesundheitsversorgung und Clearing NRW e. V.

Nachfragen richten Sie bitte per E-Mail an die Adresse: **info@agc-nrw.de**

Maßgeblich beteiligt an der Erstellung des vorliegenden Konzepts waren:

Regine Heider
Katharina Hennig
Lutz Johnsen
Laura Klose
Ricarda Köllges
Jonah Lunnebach
Noah Peitzmann
Johannes Schwerdt
Delia Streuter
Gabriele von Wahlert
Chiara Waßerka