



Bericht

der Landesregierung - Ministerin für Justiz und Gesundheit

Zentrale medizinische Clearingstellen in Schleswig-Holstein schaffen

1. Einführung

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat in der 45. Sitzung am 13. Dezember 2023 den Alternativantrag der Fraktionen von CDU und Bündnis 90/Die Grünen zu „Menschenrecht auf Gesundheit für alle umsetzen – Menschen ohne Papiere gesundheitlich versorgen“ (Drucksache 20/1482) „Zentrale medizinische Clearingstellen in Schleswig-Holstein schaffen“ (Drucksache 20/1739) beschlossen und damit die Landesregierung gebeten, zum Stand der Prüfung im 3. Quartal 2024 zu berichten. Der Berichtsbitte wird mit der Vorlage dieses Sachstandsberichts unter dem Hinweis, dass die Gespräche mit den wesentlichen Akteuren noch andauern, nachgekommen.

Das Deutsche Gesundheitssystem ist leistungsstark und in seinen Leistungen einem großen Teil der Bevölkerung zugänglich. Die Angaben zu Zahlen von Personen ohne Anspruch auf medizinische Leistungen variieren stark. Verlässliche Quellen, die über nachprüfbare Zahlen verfügen, liegen nicht vor. Vielmehr werden die Angaben aus den Erfahrungen in einzelnen Bereichen hochgerechnet.

2. Ausgangslage

In Deutschland gilt seit dem 01.01.2009 in Bezug auf die Krankenversicherung eine Versicherungspflicht. Diese ergibt sich aus § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Zu den Personen ohne Krankenversicherungsschutz trotz bestehender Pflichtversicherung können unter anderem ehemals Privatversicherte, Studierende nach Ablauf der maximalen Studienzeit, nicht-esshafte Personen oder sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhaltende Personen zählen. Für viele dieser Personen besteht jedoch grundsätzlich ein Zahlungsanspruch für medizinische Behandlungen durch einen Kostenträger, der sich ermitteln lässt. Zahlreiche rechtliche Veränderungen der letzten Jahre haben die Situation für einige Personengruppen verbessert. So haben ehemals Privatversicherte seit der Einführung der Pflichtversicherung Zugang zu einem Basistarif. Häufig kann die erneute Übernahme von Leistungen erreicht werden, wenn eine Regelung für bestehende Beitragsschulden gefunden wurde.

Verlässliche oder nachprüfbare Zahlen sind derzeit nicht verfügbar. Aktuell wurde im Deutschlandfunk mitgeteilt, dass es schätzungsweise 200.000 bis 300.000 Menschen ohne Versicherungsschutz gäbe, denen ein Zugang zu

Gesundheitsleistungen nicht gegeben ist (Dlf, *Deutschland heute* vom 9. August 2024). Demgegenüber gibt das Statistische Bundesamt nach Auswertung des Mikrozensus 2019 von 61.000 Menschen in Deutschland aus und wertet dies als Rückgang der Zahl um 23% in vier Jahren (Destatis, abgerufen 12. August 2024). Allerdings ist dabei von einer erheblichen Untererfassung auszugehen, da Betroffene, die sich illegal in Deutschland aufhalten, mit den Methoden des Mikrozensus schwer zu erfassen sind. Deshalb muss von den oben genannten Schätzungen ausgegangen werden. Andere Angaben, die in Publikationen verwendet werden, sind ebenfalls weder zu bestätigen noch zu widerlegen.

Grundsätzlich wird eine Versorgung aller akut hilfebedürftigen Personen in den üblichen Strukturen des Gesundheitswesens, d.h. in Praxen und Kliniken, bevorzugt, um eine zeitgemäße Behandlung nach angemessenen medizinischen Standards zu gewährleisten und das Fachpersonal nicht in ethische Konflikte bei Diagnostik und Therapie zu bringen. Darüber hinaus wird durch ein solches Vorgehen weitergehenden vermeidbaren Kosten begegnet, da eine Beschränkung des Zugangs zu medizinischen Leistungen sogar höhere Kosten nach sich zieht als eine angemessene medizinische Betreuung im Akutfall (Lit. 3: Bozorgmehr & Razum, 2015). Zusätzlich besteht aus ethischen Gründen die Verpflichtung zur Hilfeleistung, da eine Unterlassung von Hilfe der Menschenwürde zuwiderläuft.

Aus dem Leistungsbereich des SGB XII kann für einen Teil der beispielhaft genannten Personen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz die Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.

Für wohnsitz- und obdachlose Menschen, Bürgerinnen und Bürger aus EU-Mitgliedsländern und Menschen ohne Papiere und legalen Aufenthaltsstatus, die über keinen (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz verfügen, gibt es verschiedene Möglichkeiten medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Regelmäßig stellt sich dabei die Frage der Kostenübernahme der notwendigen oder bereits erfolgten Behandlung.

§ 48 SGB XII begründet einen umfassenden Rechtsanspruch gegen den Sozialhilfeträger auf Leistungen zur Erkennung einer Krankheit, zu deren Heilung, zur Verhütung ihrer Verschlimmerung und zur Linderung von Krankheitsbeschwerden, sofern kein vorrangiger Leistungsanspruch gegenüber einer Krankenversicherung gegeben ist. Die Leistungen entsprechen dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse (SGB V).

Wohnsitz- und obdachlose Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz können einen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit gem. § 48 SGB XII haben. Werden im örtlichen Zuständigkeitsbereich eines Sozialhilfeträgers regelmäßig Krankenhilfeleistungen für eine wohnsitz- oder obdachlose Person erbracht oder besteht für diese Person ein Anspruch auf laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII, ist zu prüfen, ob in der Vergangenheit ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz bestanden hat. Die entsprechende Krankenkasse ist dann grundsätzlich verpflichtet die ehemals versicherte Person als freiwillig versichertes Mitglied wieder aufzunehmen. Der Krankenversicherungsbeitrag stellt einen sozialhilferechtlichen Bedarf dar. Gleiches gilt für private Krankenversicherungen. Für eine private Krankenversicherung werden im Rahmen der Sozialhilfe lediglich die Kosten des Basistarifes als Bedarf anerkannt. Bestand in der Vergangenheit kein gesetzlicher oder privater Krankenversicherungsschutz erfolgt die Anmeldung bei einer gesetzlichen Krankenkasse gem. § 264 SGB V. In diesem Fall wird kein Krankenversicherungsbeitrag geleistet. Die entstandenen Behandlungskosten sowie weitere Kosten zzgl. einer Bearbeitungsgebühr werden im Nachgang von den Krankenkassen bei dem zuständigen Sozialhilfeträger geltend gemacht.

Bürgerinnen und Bürger aus EU-Mitgliedsländern haben gem. § 23 SGB XII mindestens für die ersten drei Monate ihres Aufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen nach § 48 SGB XII (Krankenhilfe), wenn sie nicht aufgrund des § 2 Absatz 3 des Freizügigkeitsgesetzes/EU freizügigkeitsberechtigt sind. Bis zur Ausreise, längstens jedoch für einen Zeitraum von einem Monat, einmalig innerhalb von zwei Jahren, können Hilfen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln

sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen gewährt werden, um den Zeitraum bis zur Ausreise zu überbrücken (Überbrückungsleistungen). Bei Verlust des Rechtes auf Freizügigkeit besteht ebenfalls kein Anspruch auf Krankenhilfeleistungen.

Sofern aufgrund einer akuten gesundheitlichen Notlage eine medizinische Behandlung (ambulant oder stationär) erfolgen musste, ohne dass zuvor sozialhilferechtliche Ansprüche geltend gemacht werden konnten, kann für die entstandenen Kosten ein Erstattungsanspruch gegenüber dem zuständigen Sozialhilfeträger gem. § 25 SGB XII geltend gemacht werden (vergl. dazu auch BSG-Urteil vom 13. Juli 2023, Az. B 8 SO 11/22 R).

Für Menschen ohne Papiere und ohne legalen Aufenthaltsstatus aus Nicht-EU-Mitgliedsländern kann im Falle einer akuten gesundheitlichen Notlage für angefallene Behandlungskosten ebenfalls ein Erstattungsanspruch gegenüber dem zuständigen Sozialhilfeträger gem. § 25 SGB XII geltend gemacht werden. Der Sozialhilfeträger ist dabei im Gegensatz zum medizinischen und Verwaltungspersonal z.B. des behandelnden Krankenhauses grundsätzlich zur Unterrichtung der Ausländerbehörde verpflichtet, wenn sie im Zusammenhang mit der Erfüllung ihrer Aufgaben u.a. Kenntnis erlangen vom *„Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist“* (§ 87 Aufenthaltsgesetz). Inwieweit einer Übermittlung personenbezogener von schweigeverpflichteten Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern erhobenen Daten durch den Sozialhilfeträger nach § 88 Absatz 2 Aufenthaltsgesetz ausscheidet, ist im Einzelfall zu prüfen.

Problematisch ist bei den beschriebenen Sozialleistungen, dass der Bedarf in der Regel akut und kurzfristig besteht, der sozialhilferechtlich maßgebliche gewöhnliche Aufenthalt der Person und der vorrangige Krankenversicherungsschutz sowie die Leistungsberechtigung als Voraussetzungen für die Leistungsgewährung dagegen nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand zu klären sind. Diese Umstände bestimmen jedoch die förmliche Zuständigkeit eines Sozialhilfeträgers und dessen Finanzierungsverantwortung. Auch der vorläufig leistende Sozialhilfeträger, der am

Ort des tatsächlichen Aufenthalts der zu behandelnden Person tätig wird, muss diese Umstände kennen, um seine Erstattungsansprüche geltend zu machen.

Wie oben dargestellt besteht bei vielen Personen, die keinen ausreichenden Versicherungsschutz aufweisen, grundsätzlich ein Anspruch auf Finanzierung der Krankenversorgung, den sie aus verschiedenen Gründen nicht realisieren können. An dieser Stelle ist die Beratung und Begleitung der Kontaktaufnahme mit den zuständigen Stellen wichtig. Eine Stelle, deren Ziel es ist, neben der gesundheitlichen Versorgung, Menschen dahingehend zu beraten und auf die vorhandenen rechtlich ausgestalteten Möglichkeiten hinzuweisen und die zur Unterstützung der Träger der Sozialhilfe beiträgt, wäre insoweit zu begrüßen.

3. Clearingstellen

Clearingstellen dienen der Beratung von hilfeschuchenden Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere. Ziel dieser Clearingstellen ist es, zu klären, ob ein Anspruch der Hilfeschuchenden nach den Regelversorgungssystemen besteht oder welche weiteren rechtlichen Möglichkeiten für die Kostenübernahme bestehen.

Auf die Etablierung des Hamburger Modells einer medizinischen Clearingstelle für Menschen ohne Papiere haben sich die Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag verständigt (Zeilen 4144-4145). So wird die Clearingstelle in Hamburg als Referenz und positives Beispiel der Einrichtung einer Clearingstelle angeführt. Hierbei handelt es sich um ein durch die Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg gefördertes gemeinsames Projekt der Arbeiterwohlfahrt, des Caritas-Verbandes und des Deutschen Roten Kreuzes. Die Clearingstelle bietet nach eigener Darstellung (Lit: 6) Beratung zum Thema Aufenthaltsstatus, Krankenversicherungsschutz, Leistungsansprüchen und medizinischer Versorgung. Neben dem schnellen und unkomplizierten Zugang zu medizinischer Versorgung bei akutem Hilfebedarf, wird mit der Klientin bzw. dem Klienten geklärt, ob sie oder er in die rechtlichen und sozialen Regelsysteme integriert werden kann. Als medizinische Einrichtung unterliegt die Clearingstelle der Schweigepflicht. In dem zurzeit aktuellsten Jahresbericht 2022 (Lit: 7) stellt die Clearingstelle dar, dass mindestens 204 Menschen in ein reguläres ausländerrechtliches Verfahren mit Klärung des Versicherungsstatus vermittelt werden konnten. Es wird vermutet, dass der Personenkreis deutlich größer ist, da diese Personen in der Folge keinen weiteren Kontakt zur Clearingstelle halten. Dennoch besteht die Möglichkeit eine medizinische

Behandlung aus Mitteln eines Notfallfonds zu finanzieren. 2022 erhielten 598 Personen hieraus eine Förderzusage.

4. Aktuelle Versorgungsstruktur in Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein sind derzeit zehn Anlaufstellen bekannt, in denen medizinische Hilfe und Beratung zur Erlangung eines regulären Behandlungsanspruchs geleistet werden. Diese befinden sich in Elmshorn, Stockelsdorf, Bad Segeberg, Kiel, Preetz, Rendsburg, Husum und Flensburg. In Lübeck gibt es neben einer stationären Einrichtung das Gesundheitsmobil.¹ Diese Anlaufstellen bieten analog zu Clearingstellen Beratung zum Thema Aufenthaltsstatus, Krankenversicherungsschutz, Leistungsansprüchen und medizinischer Versorgung.

Aus der Praxis ohne Grenzen in Flensburg ist bekannt, dass die Beratung und Unterstützung von Betroffenen im Kontakt mit Krankenkassen, Sozialämtern oder Ausländerbehörden einen wesentlichen Teil der Unterstützung ausmacht. Häufig findet die Kostenübernahme für Behandlungen oder Geburten aus Spendenmitteln statt. Genaue Zahlen liegen von dort nicht vor. Persönlich wurde mitgeteilt, dass bei ca. 45 Sprechstundenterminen von einer bis acht Personen pro Termin beraten und behandelt wurden. Aus den anderen Praxen ohne Grenzen wird ebenfalls über eine wechselnde und eher geringere Inanspruchnahme berichtet.

Das Medibüro Kiel berichtet über ca. 100 Beratungskontakte im Jahr, von denen gut 60 Personen an medizinisches Fachpersonal weitervermittelt wurden. Auch hier ist die Vermittlung zu einer sicheren Schwangerschaft und Geburt in zwanzig Fällen erfolgt.² Mit den anderen Beratungsstellen steht das Ministerium für Gesundheit derzeit im Austausch, um ein vollständiges Bild der Versorgungslage in Schleswig-Holstein zu erhalten.

Im Vergleich zu den o.g. Zahlen gibt es in Deutschland pro Jahr 553 Millionen ambulante Behandlungsfälle ([KBV – Zahlen](#)), das ergibt ca. 660.000 Behandlungsfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Regelsystem.

¹ www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen/schleswig-holstein/kontaktstellen, abgerufen am 12.

August 2024

² [Medibüro Kiel | Medizinische Hilfe für Menschen ohne Papiere \(medibuero-kiel.de\)](https://www.medibuero-kiel.de)

Bei vielen Personen, die Kontakt zu einer dieser Stellen in Schleswig-Holstein aufnehmen, besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Finanzierung der Krankenversorgung. Hier sei das Beispiel einer Erzieherin genannt, die nach ihrer Scheidung wieder bei ihren Eltern eingezogen war und ihren Arbeitsvertrag gekündigt hatte, um sich um ihre Eltern zu kümmern. Es erfolgte die Abmeldung durch den Arbeitgeber. Die Fortführung der Krankenversicherung wurde versäumt und fiel erst nach gut 15 Jahren auf, als die Betroffene einer medizinischen Behandlung bedurfte. Die frühere Krankenkasse war zwischenzeitlich mit einer anderen fusioniert und es war schwer glaubhaft zu machen, dass in der Zwischenzeit kein anderer Krankenversicherungsschutz bestand hatte, damit sie hätte wieder aufgenommen werden können. Wenn dies schon bei der hier sozialisierten Bevölkerung vorkommt, kann man erahnen, welche Probleme Menschen aus anderen Kulturkreisen und anderen Systemen der Sozialversicherung haben können.

Die ehrenamtlichen Strukturen stellen eine Ergänzung zum Versorgungssystem dar, in dem sie eine vertrauensvolle Umgebung für Menschen schaffen, die Angst oder schlechte Erfahrungen mit Behörden und staatlichen Institutionen gemacht haben, insbesondere für Menschen mit Fluchterfahrung. Hierdurch werden Verzögerungen bei der Behandlung vermieden, denn bei akut eintretenden und bereits verschleppten gesundheitlichen Problemen kann gegebenenfalls ein Zustand entstehen, bei dem gleichzeitig aufenthaltsrechtlichen Fragen und die medizinische Versorgung zu klären sind. Da die gesundheitlichen Anforderungen keinen Aufschub erlauben, stellen Beratungsstellen wie Clearingstellen eine mögliche Brücke ins Regelversorgungssystem dar. Gleichzeitig besteht das Bemühen die Hilfesuchenden in einen legalen Aufenthaltsstatus zu überführen.

Die oben genannten medizinischen Versorgungs- und Beratungsangebote, in der Literatur auch als Parallelsystem bezeichnet (Lit. 5: Lang et al., 2024), werden häufig durch Spenden, Stiftungen und freiwillige Leistungen der Kommunen finanziert. Obwohl nach persönlichen Mitteilungen die Spendeneinnahmen durchaus ausreichend sind, wird befürchtet, dass ein einzelner Behandlungsfall die finanziellen Möglichkeiten überfordern kann, z.B. eine Krebserkrankung mit Operation, Strahlen- und/oder Chemotherapie oder eine Geburt mit Frühgeburtlichkeit oder anderen

Komplikationen. Daher wünschen sich die bestehenden Beratungsstellen eine verlässliche und verbindliche Struktur. Zudem ist es im Interesse des Staates, dass es möglichst wenig Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland gibt, sodass dieser auch ein Interesse an diesem Beratungsangebot hat.

Hierzu wurde bei einem Treffen des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e. V. 2018 berichtet, dass nahezu alle Kliniken für erhebliche Ausgaben durch nicht-versicherte Personen keine Kostenträger ermitteln konnten und daher nicht vergütet wurden. Es besteht seitens der Krankenhäuser dennoch das Bemühen bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei den Sozialämtern eine Kostenübernahme zu erreichen. Selbst eine sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhaltende Person ist nach Asylgesetz zwar vollziehbar ausreisepflichtig, hätte dann aber Anspruch nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Eine Übernahme dieser Kosten durch die Kostenträger muss immer im Einzelfall verhandelt werden. Aktuell werden die Mitglieder der Schleswig-Holsteinischen Krankenhausgesellschaft zu ihren Erfahrungen mit dieser Personengruppe befragt. Eine Antwort zu Häufigkeit und Umfang von medizinischen Behandlungen bei nicht-versicherten Personen, insbesondere Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Schleswig-Holstein steht noch aus. Das Ergebnis dieser Befragung wird auch nicht unerheblich in die Bewertung des Bedarfes eingehen.

Die KVSH und der Hausärzteverband wurden ebenfalls nach der Häufigkeit und dem Umfang der ambulanten Versorgung bei Menschen ohne Versicherungsschutz befragt. Da keine systematische Erfassung erfolgt, kann keine Aussage zu Häufigkeit und Umfang der Behandlungen getätigt werden. Es wird jedoch bestätigt, dass diese Personengruppe eine Behandlung erhält. Dies gilt auch für den ländlichen Raum, in dem die Hausärztinnen und Hausärzte häufig in das Unterstützungssystem für Betroffene eingebunden sind. Die Tatsache, dass die bestehenden Beratungsangebote wie die Medibüros oder die Praxen ohne Grenzen über ein Netzwerk von Praxen verschiedener Fachgruppen verfügen, die diese Personen ehrenamtlich behandeln, bestätigt diese Einschätzung.

Die Gesundheitseinrichtungen legen bei der Behandlung Wert auf die Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht, die die Grundlage für die vertrauensvolle Inanspruchnahme der medizinischen Leistung darstellt.

5. Lösungsansätze

Neben dem Regelsystem aus ambulanter und stationärer Versorgung und dem Parallelsystem ehrenamtlicher Sprechstunden und Beratungsangebote sind die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), die Gesundheitsämter, mögliche Institutionen, die in die Versorgung des Personenkreises Nichtversicherter eingebunden werden können.

Unabhängig von der Frage der zu beauftragenden Institution sind folgende Rahmenbedingungen notwendig:

- Es ist medizinischer Sachverstand erforderlich, um die Behandlungsnotwendigkeit und den notwendigen Behandlungsumfang beurteilen zu können.
- Es müssen Erfahrungen von Verwaltungsprozessen und -abläufen vorliegen, um die Orientierung im Regelsystem gewährleisten zu können. Gleichzeitig ist es häufig notwendig, die örtliche Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers zu ermitteln, da diese sich teilweise nicht mit dem augenblicklichen Aufenthaltsort ergibt.
- Es muss ein Netzwerk von weiteren Beratungsstellen vorhanden sein, an die bei weiteren Fragen vermittelt werden kann (Migrationsberatung, Schuldnerberatung etc.), und deren Angebote von Menschen ohne Papiere auch tatsächlich in Anspruch genommen werden und eine realistische Chance auf ein Clearingverfahren besteht.
- Es ist eine Sprechstunde in einer vertrauenswürdigen Umgebung erforderlich, die für die besondere Personengruppe der nicht-versicherten barrierearm ist. Dies kann unterschiedlich realisiert werden. Beispielsweise kann die Möglichkeit der Kontaktaufnahme auch im Rahmen einer reisemedizinischen Sprechstunde oder während allgemeiner Sprechzeiten erfolgen, um möglichst nicht stigmatisierend zu sein.
- Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern müssen die Regelungen zur Übernahme von Behandlungskosten der GKVⁱ nach SGB Vⁱⁱ nach den G BAⁱⁱⁱ-Richtlinien bekannt sein, damit die Akzeptanz der Bevölkerung gewahrt

bleiben kann, weil bei der Bewilligung berücksichtigt wird, welche medizinischen Leistungen den gesetzlich Versicherten üblicherweise zur Verfügung stehen.

- Ein Beirat oder ein anderes Austauschgremium aus Vertreterinnen und Vertretern der Kommunen, der Krankenkassen und des Landes ist sinnvoll, um bestimmte offene Fragen der Kostenübernahme zu klären. Problematisch bleiben beispielsweise EU-Ausländer, die weder im Heimatland noch in Deutschland ihre Krankenversicherungsbeiträge gezahlt haben.
- Verlässlichkeit und Verbindlichkeit muss gewährleistet sein. Es wird eine hauptamtliche Unterstützungsstruktur für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer als sinnvoll angesehen. Als Träger einer solchen Stelle sind unterschiedliche Institutionen denkbar. Grundsätzlich spricht nach Aussage der Beratungsstellen nichts gegen die Anbindung an eine Behörde. Die bestehenden Beratungsstellen verweisen auf den hohen Aufwand, den sie für ein zuverlässiges Beratungsangebot aufbringen müssen. Aufgrund der Altersstruktur besteht die Befürchtung, dies mittel- bis langfristig nicht mehr gewährleisten zu können. Das Medibüro Kiel berichtet, dass derzeit 18 bis 20 ehrenamtliche Unterstützer aktiv sind. Hiervon wird jedoch ein größerer Teil nicht dauerhaft den gleichen Umfang der Hilfeleistung erbringen können. Teilweise aus Alters-, teilweise aus familiären Gründen.

Die Gesundheitsämter in Berlin-Mitte, Bremen, Frankfurt am Main und einigen anderen Großstädten halten seit vielen Jahren humanitäre Sprechstunden vor. Lang und andere führen dazu aus: *„Clearingstellen als Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz [...] bauen eine Brücke zwischen gesundheitlichem Parallel- und Regelsystem. Mit der Pilotierung der „Clearingstelle 1.0“ am Gesundheitsamt Frankfurt am Main 2020 bis 2022 wurde die medizinische Basisversorgung der Humanitären Sprechstunden durch fachliche Sozialberatung ergänzt, mit dem Ziel, möglichst viele Personen ins gesetzliche Regelsystem zu vermitteln.“* (Lit. 5: Lang et al., 2024).

Das Ministerium für Justiz und Gesundheit ist derzeit in Klärung, ob die Einrichtung von Clearingstellen und deren Ansiedelung beim ÖGD auch in Schleswig-Holstein eine solche Funktion übernehmen könnte. Im ÖGD sind Menschen mit

medizinischem Sachverstand tätig, die die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung beurteilen können und gleichzeitig dabei unabhängige Gutachter sind. Es bestehen Kenntnisse zum Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, so dass sich diese Einrichtungen als neutrale Institution anbieten, die die Behandlungsnotwendigkeit und den nötigen Behandlungsumfang bestätigen können. Gleichzeitig bestehen Kenntnisse von Verwaltungsstrukturen und Abläufen, so dass die Betroffenen passgenau bei den entsprechenden Anträgen unterstützt werden können. Die Kommunen wären gleichzeitig Anstellungsträger der Gutachter und im Falle der Kostenübernahme durch die Kommune auch Kostenträger. Die Gutachterin bzw. der Gutachter wären aber fachlich nicht weisungsgebunden und nur medizinischem Sachverstand und der Berufsordnung verpflichtet.

Sollte der ÖGD auch in Schleswig-Holstein eine geeignete Struktur für die Errichtung einer Anlaufstelle darstellen, müsste ausreichend Personal zur Verfügung stehen. Deshalb wäre es wichtig, den Personalaufwuchs, der aus dem Pakt für den ÖGD ermöglicht wurde, auch zukünftig sicher zu stellen.

Aus den bisherigen Mitteilungen der Sprechstunden ist von einem geringen Umfang der Inanspruchnahme auszugehen. Diese findet vorrangig in den kreisfreien Städten statt. Es ist eine Erprobungsphase erforderlich, um den tatsächlichen Bedarf abzuschätzen. In dieser Phase wären zunächst an drei bis fünf Gesundheitsämtern Anlaufstellen einzurichten, die im Umfang von ca. drei Stunden die Bewertung und Empfehlung zu einem Kostenträger aussprechen. Dabei wäre ein Aufwand an Personal- und Sachkosten in Höhe von ca. 20.000 Euro pro Gesundheitsamt zu erwarten. Bis 31. Dezember 2026 könnte dieser Betrag aus dem Pakt für den ÖGD zu finanziert werden.

Bei der Errichtung einer solchen Stelle wären zusätzliche Kosten für Personal und Verwaltungsaufwand zu erwarten. Nach den vorliegenden Zahlen ist hier jedoch von nur einem geringen zusätzlichen Bedarf auszugehen. Derzeit wäre der Personalaufwuchs aus Mitteln des Paktes für den ÖGD als strukturelle Maßnahme möglich. Künftig wäre z.B. eine Gebühr als Finanzierungsmöglichkeit zu erwägen. Die Finanzierungsmöglichkeiten werden derzeit noch geprüft und können zum

Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht fundiert abgegeben werden, da die tatsächlichen Kosten von der organisatorischen Umsetzung anhängen.

Zur Erreichbarkeit für Menschen im ländlichen Raum gibt es keine belastbaren Untersuchungen. Eine Recherche zu den Bedürfnissen ist besonders bei den Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus nicht möglich. Nach persönlichen Mitteilungen der Sprechstunden kommen die Patientinnen und Patienten jedoch aus allen Bereichen Schleswig-Holsteins auch in die größeren Städte, weil dort die Anonymität besser gewährleistet ist. Für viele Menschen befindet sich der Lebensmittelpunkt ohnehin in einer der größeren Städte. Die Sprechstunden verfügen häufig über eine rund um die Uhr erreichbare Telefonnummer und eine Online-Erreichbarkeit per E-Mail oder Messenger. Dort werden dann die möglichen Kontaktzeiten vereinbart. Gleichzeitig besteht im ländlichen Raum häufig eine ehrenamtliche Struktur, die meistens nicht einmal institutionalisiert ist, in die auch Ärztinnen und Ärzte eingebunden sind, die Behandlungen durchführen.

Seit 2021 wurden aber auch weitere Lösungsansätze zum Aufbau einer verlässlichen und verbindlichen Struktur entwickelt und berichtet. Hierzu zählen die Angebote verschiedener Gesundheitsämter wie beispielsweise in Frankfurt am Main.

Zusammenfassend lässt sich aus diesen Ausführungen ableiten, dass in den bestehenden Strukturen von Regelversorgungssystem, ergänzendem ehrenamtlichem Parallelsystem und ÖGD, die Gesundheitsämter die beste bestehende Struktur zum Aufbau einer Clearingstelle darstellen. In zehn Institutionen im Land wird diese Arbeit bereits geleistet. Aufgrund des sich abzeichnenden Bedarfs wäre der Aufbau einer solchen Struktur nicht in allen Kreisen erforderlich, sondern Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten nach § 4 Abs. 1 des Gesundheitsdienstgesetzes Schleswig-Holstein denkbar.

6. Fazit

Der Grundsatz ist, dass Menschen mit dringendem Behandlungsbedarf eine medizinische Versorgung erhalten sollten. Während die meisten Personen über eine eindeutige Kostenträgerschaft verfügen, besteht ein Personenkreis, bei dem diese unklar ist. Dies darf jedoch die Behandlung nicht unnötig verzögern. Bei einem Teil

besteht der rechtliche Anspruch auf eine Kostenübernahme, der diesen aber aus unterschiedlichen Gründen nicht realisieren kann. Dies wird durch ehrenamtliche Beratungsangebote unterstützt. Dennoch verbleibt ein Teil, zu dem auch Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus gehören, bei denen die Kostenübernahme unklar bleibt. Alle bestehenden Beratungsstellen betonen, dass die Klärung des Aufenthaltsstatus der betroffenen Menschen angestrebt wird, damit gerade bei chronischem Behandlungsbedarf eine menschenwürdige Behandlung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft möglich ist. Gleichzeitig wird betont, dass es für die Betroffenen in jeder Hinsicht vorteilhaft ist, einen legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland zu erreichen. Die Beratungsstellen leisten hierfür einen wichtigen Beitrag in der Vertrauensbildung gegenüber den Behörden und staatlichen Institutionen. Es wird berichtet, dass aktuell in Schleswig-Holstein für jede hilfebedürftige Person die Vermittlung in eine Gesundheitsversorgung möglich war. Eine Versorgung in den üblichen Strukturen des Gesundheitswesens, also Praxen und Kliniken, ist vorzuziehen. Die Vergütung der Versorgung ist für die meisten Fälle ausreichend geregelt. Es besteht jedoch bei den Hilfesuchenden häufig das Problem, diesen Anspruch nicht realisieren zu können. Da die medizinische Hilfeleistung häufig akut benötigt wird, kann dies meist nicht zu Beginn der Behandlung geklärt werden. Bei Personen, deren Aufenthaltsstatus geklärt werden muss, kann eine Kostenübernahme erforderlich werden. Diese erfolgt vorrangig aus Spendenmitteln. Ob eine zusätzliche zentrale Bereitstellung finanzieller Mittel erforderlich und nützlich ist, ist Bestandteil der weiteren Prüfung. Hierbei ist unter anderem zu prüfen, ob der zusätzliche administrative Aufwand und die Bindung an haushaltsrechtliche Vorgaben dem erwarteten Nutzen entgegenstehen.

Eine oder mehrere Clearingstellen in Schleswig-Holstein könnten im Verlauf den zuständigen Kostenträger klären und so die sachgerechte, angemessene Behandlung anhand des individuellen Anspruchs sicherstellen. Um den Aufbau einer zusätzlichen Struktur zu vermeiden, wäre die Einrichtung von Clearingstelle beim ÖGD denkbar. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang jedoch der Aufbau einer spezifischen Fachkenntnis für die Gruppen von Menschen ohne Papiere, um Menschen den Weg aus der Illegalität in die Legalität aufzuzeigen.

In Bezug auf die Zielgruppe zugewanderter Menschen steht in Schleswig-Holstein ein flächendeckendes Angebot an (bundes- und landesgeförderten) Migrationsberatungsstellen zur Verfügung. Diese beraten Migrantinnen und Migranten mit dem Fokus auf einem schnellen Zugang zu den Regeldiensten und anderen Angeboten, indem ein Verständnis der jeweils relevanten Regeln und Strukturen vermittelt wird und eine Weiterleitung an diese Stellen erfolgt. Hier könnte eine entsprechende Zusammenarbeit stattfinden.

Die hauptamtlichen Strukturen des ÖGD könnten dabei die bestehenden ehrenamtlichen Institutionen unterstützen.

Die Finanzierungsmöglichkeiten werden derzeit noch geprüft und können zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch nicht fundiert wiedergegeben werden, weil die tatsächlichen Kosten von der organisatorischen Umsetzung anhängen. Aktuell sind im Landeshaushalt keine Mittel für ein entsprechendes Angebot vorgesehen. Die Versorgung des ländlichen Raums ist durch eine oder mehrere zentrale Lösungen angemessen umzusetzen.

Bei allen Vorteilen, die Beratungs- und Clearingstellen bieten können, sollte am Ende immer auch bewusst sein, dass mit Angeboten, die Menschen ggf. in eine anonyme medizinische Beratung bzw. Versorgung vermitteln, generell ein gewisses Missbrauchsrisiko einhergehen kann. So könnten Leistungen zur anonymen medizinischen Versorgung theoretisch auch durch untergetauchte Straftäter nachgefragt werden oder durch Menschen, die sich der Durchsetzung einer bestehenden Ausreisepflicht bzw. einer Abschiebung bewusst entziehen. In diesen speziellen Fällen würde somit der Druck vermindert, dass sich die betreffenden Personen entsprechend den demokratisch beschlossenen Gesetzen verhalten und sich den rechtsstaatlichen Verfahren von Behörden und Justiz stellen müssen. Diese Risiken sind in der Praxis allein schon ihrer Natur nach nur schwer aufklärbar und – wie oben ausführlich dargestellt – kaum mit vorhandenen Zahlen quantifizierbar; diese Risiken können gleichwohl nicht ausgeschlossen werden. Zu einer wohlabgewogenen Entscheidung gehört daher, gerade auch solche nur schwer quantifizierbaren Aspekte in eine Betrachtung aller Vor- und Nachteile einzustellen, so dass am Ende trotzdem möglichst umfassend bewertet wurde, in welchem Maße

Vorteile überwiegen und etwaige Nachteile gegebenenfalls hingenommen werden müssen.

Abschließend steht derzeit auch noch nicht fest, welche Auswirkungen sich aus den Regelungsabsichten ergeben, die in dem Koalitionsvertrag der regierungstragenden Parteien auf Bundesebene festgehalten wurden. So heißt es im Koalitionsvertrag auf Bundesebene von 2021 (Seite 111): *„Die Meldepflichten von Menschen ohne Papiere wollen wir überarbeiten, damit Kranke nicht davon abgehalten werden, sich behandeln zu lassen.“* Je nachdem, welche Wirkungen sich daraus kurz-, mittel- und langfristig für die bundesweite Praxis der medizinischen Versorgung ergeben, kann sich der Umfang der Sinnhaftigkeit einer Vorhaltung dieser speziellen Beratungsstrukturen auch für Schleswig-Holstein verändern. So ist derzeit nicht auszuschließen, dass durch Regelungen des Bundes die Beratungsnotwendigkeiten und der Bedarf an Strukturen in Schleswig-Holstein womöglich geringer werden. Zum derzeitigen Zeitpunkt besteht hierüber noch kein klares Bild.

7. Quellen

- a) [Praxis ohne Grenzen - Hilfe für Menschen ohne Krankenversicherung \(deutschlandfunk.de\)](https://www.deutschlandfunk.de/praxis-ohne-grenzen-hilfe-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung-dlf-0e1f9a59-100.html); <https://www.deutschlandfunk.de/praxis-ohne-grenzen-hilfe-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung-dlf-0e1f9a59-100.html>
- b) [destatis.de:https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html) abgerufen 12.08.2024: [Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html)
- c) Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7), e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- d) www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen/schleswig-holstein/kontaktstellen
- e) Lang, S. A., Tinnemann, P., & Zöllner, R. (2024). Wege in den Krankenversicherungsschutz – Das Pilotprojekt Clearingstelle 1.0 am Gesundheitsamt Frankfurt am Main. *Das Gesundheitswesen*, a-2250-3670. <https://doi.org/10.1055/a-2250-3670>
- f) Clearingstelle Hamburg Flyer: <https://www.fz-hh.de/download/clearingstelle-mv/flyer-clearingstelle-mv.pdf>
- g) Clearingstelle Hamburg Jahresbericht 2022: https://www.fz-hh.de/download/clearingstelle-mv/Evaluationsbericht_2022_CM.pdf

8. Abkürzungsverzeichnis

- a) Seite 3: Dlf – Deutschlandfunk
- b) Seite 3: SGB XII8 - Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch
- c) Seite 5: BSG – Bundessozialgericht
- d) Seite 7: KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung
- e) Seite 9: ÖGD – Öffentlicher Gesundheitsdienst
- f) Seite 10: GKV - Gesetzliche Krankenversicherung
- g) Seite 10: SGB V - Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung
- h) Seite 10: G-BA - gemeinsamer Bundesausschuss - oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen

-
- i Seite 10: GKV - Gesetzliche Krankenversicherung
 - ii Seite 10: SGB V - Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung
 - iii Seite 10: G-BA - gemeinsamer Bundesausschuss - oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen