

Aus dem Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin  
der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Möglichkeiten und Grenzen der Rückführung in soziale Absicherungssysteme im  
Krankheitsfall bei Menschen ohne Krankenversicherung – Eine retrospektive  
deskriptive Analyse der Beratungstätigkeit der Clearingstelle Krankenversicherung  
Rheinland-Pfalz

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades der  
Medizin  
der Universitätsmedizin  
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Vorgelegt von

Elias Hoferichter  
aus Siegen

Mainz, 2024

Wissenschaftlicher Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Hansjörg Schild

Tag der Promotion: 24. Februar 2025



# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis .....	III
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	V
1 Hintergrund .....	6
1.1 Einleitung .....	6
1.1.1 Begriffsdefinierungen .....	6
2 Literaturdiskussion .....	8
2.1 Problemfeld.....	8
2.1.1 Deutsche Staatsbürger*innen .....	11
2.1.2 EU-Bürger*innen.....	17
2.1.3 Drittstaatsangehörige.....	20
2.2 Aspekte für die Gesundheit.....	23
2.3 Hilfsstruktur .....	28
2.3.1 Bundesweit .....	28
2.3.2 In Rheinland-Pfalz.....	30
3 Fragestellung .....	32
4 Material und Methoden.....	33
5 Ergebnisse .....	35
5.1 Soziodemographische Merkmale.....	35
5.1.1 Umstände der Beratungssuchenden.....	40
5.2 Das Clearing .....	43
5.2.1 Deutsche Staatsbürger .....	46
5.2.2 EU-Bürger*innen.....	48
5.2.3 Drittstaatsangehörige.....	49
5.2.4 Vergleich.....	51
5.3 Auswirkungen der Pandemie .....	55
6 Diskussion.....	56

7	Zusammenfassung.....	70
	Literaturverzeichnis .....	72
8	Anhang.....	V
8.1	Transkript Interview 1 .....	V
8.2	Transkript Interview 2.....	XX
8.3	Erfassungsbogen .....	XXXI
9	Danksagung .....	XXXV
10	Tabellarischer Lebenslauf.....	<b>Fehler! Textmarke nicht definiert.</b>

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Abschnitt
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ALG	Arbeitslosengeld
Art.	Artikel
AsylbIG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAG W	Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe
BBesG	Bundesbesoldungsgesetz
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
BwHFV	Bundeswehr-Heilfürsorgeverordnung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EHIC	European Health Insurance Card
EWK	Europäischer Wirtschaftsraum
FreizügG	Freizügigkeitsgesetz
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV-VEG	Gesetzliche Krankenversicherung - Versichertenentlastungsgesetz
GKV-WSG	Gesetzliche Krankenversicherung - Wettbewerbsstärkungsgesetz
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
i.d.R.	in der Regel
IfSG	Infektionsschutzgesetz
Kap.	Kapitel
MMM	Malteser Migranten Medizin
MSAGD	Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
Nr.	Nummer

NRW	Nordrhein-Westfalen
PEB	Provisorische Ersatzbescheinigung
PKV	Private Krankenversicherung
RLP	Rheinland-Pfalz
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SGB	Sozialgesetzbuch
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
u.U.	unter Umständen
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organisation

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich drei ambulanter Hilfsangebote für Nichtversicherte in Deutschland .....	9
Tabelle 2: Absicherung im Krankheitsfall für deutsche Staatsbürger*innen (nach Norbert Finkenbusch, 2011) .....	12
Tabelle 3: Konsultationen nach Quartalen .....	35
Tabelle 4: Nationalität der Beratungssuchenden .....	38
Tabelle 5: Aufenthaltstitel bei Drittstaatsangehörigen .....	40
Tabelle 6: Aktueller Versicherungsstatus bei Erstkontakt.....	41
Tabelle 7: Relevante Probleme und Umstände neben der Absicherung im Krankheitsfall.....	42
Tabelle 8: Stand des Clearingprozesses nach Staatsangehörigkeit.....	45
Tabelle 9: Gründe erfolgreichen Clearings deutscher Staatsbürger*innen.....	47
Tabelle 10: Clearing EU-Bürger*innen .....	48
Tabelle 11: Gründe des Scheiterns bei EU-Bürger*innen .....	49
Tabelle 12: Clearing Drittstaatsangehörige .....	50
Tabelle 13: Gründe des Scheiterns bei Drittstaatsangehörigen .....	51
Abbildung 1: Balkendiagramm der Altersverteilung nach Altersklassen .....	36
Abbildung 2: Kreisdiagramm Staatsangehörigkeit.....	37
Abbildung 3: Stand des Clearingprozesses insgesamt .....	44
Abbildung 4: Erfolgsquoten des Clearings in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft und des Aufenthaltsstatus .....	53
Abbildung 5: Verlauf der Konsultationen und Pandemieverlauf im Beobachtungszeitraum.....	55

# 1 Hintergrund

## 1.1 Einleitung

Der Forschungsansatz entspricht der üblichen Form, indem zunächst eine Darstellung des Problemfelds anhand der aktuellen Literatur erfolgt. Das Forschungsfeld im Speziellen bietet die seit September 2019 eingerichtete Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, die sich als niederschwellige Beratungsstelle versteht, die bei Betroffenen von Nichtversicherung oder Menschen mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsversorgung individuell prüft, welche sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten es gibt, in eine Krankenversicherung zu kommen und damit regelhaften Zugang zum deutschen Gesundheitssystem zu erlangen. Die Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz ist beim Projektträger Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. in Mainz angesiedelt und vorerst als Modellprojekt bis zum 31.12.2020 befristet. Durch eine retrospektive statistische Datenauswertung dieser Clearingstelle sowie Interviews mit den Mitarbeitenden der Clearingstelle sollen 4 Fragestellungen beantwortet werden. Diese beinhalten welche Personengruppen dieses Angebot in Anspruch nehmen, sowie eine Prüfung im Sinne einer Qualitätssicherung, inwiefern das Erfolgsziel einer Wiederversicherung möglich ist und warum Fälle scheitern. Darüber hinaus werden die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Beratungstätigkeit beschrieben und Handlungsmöglichkeiten einer Gesundheitsversorgung für alle auf Grundlage der vorher erarbeiteten Ergebnisse diskutiert.

### 1.1.1 Begriffsdefinitionen

Der Begriff Clearing (englisch für „klären“, „beseitigen“) ist uneindeutig und es findet sich keine eindeutige alleinstehende Übersetzung und so wird, je nach Fachbereich, das Mischwort „Clearingstelle“ anders interpretiert. Im Falle der „Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz“ bezieht es sich auf das Klären von sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen hinsichtlich Krankenversicherung, sowie dem Beseitigen von Nichtversicherung beziehungsweise positiv ausgedrückt der Ermöglichung des Zugangs zu Krankenversicherung. Der Begriff Clearingstelle, wenn nicht näher spezifiziert, bezieht sich im Folgenden immer auf die Clearingstelle

Krankenversicherung Rheinlandpfalz ([www.clearingstelle-krankenversicherung-rlp.de](http://www.clearingstelle-krankenversicherung-rlp.de)).

Die Begriffe „Menschen ohne Krankenversicherung“ und „Nichtversicherte“ beziehen sich auf Menschen, die sich zum Betrachtungszeitpunkt in keinem Krankenversicherungsverhältnis einer gesetzlichen Krankenversicherung oder einer privaten Krankenversicherung befinden und auch keine „anderweitige Absicherung im Krankheitsfall“ nach § 5 Abschnitt 1 Nummer 13 Sozialgesetzbuch V (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) aufweisen.

## 2 Literaturdiskussion

### 2.1 Problemfeld

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) zum 1. April 2007 besteht eine gesetzliche Pflicht zur Versicherung bei Menschen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind, sowie zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder dieser Versicherung zuzuordnen sind (§5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Weiterhin wurde zum Jahresbeginn 2009 gesetzlich geregelt, dass auch für Personen, die den privaten Krankenversicherungen zugeordnet sind, eine Pflicht zu Versicherung besteht (vgl. §193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)). Zudem muss ein Basistarif, der nach Art, Höhe und Umfang den Leistungen der GKV zu entsprechen hat, durch die privaten Versicherungsunternehmen angeboten werden, wobei für diese ein Kontrahierungszwang vorliegt (vgl. §12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)). Diesen Maßnahmen wird bis Jahresende 2018 die Aufnahme eines Versicherungsverhältnisses bei über 114.000 vorher unversicherten Menschen zugeschrieben, wobei auf weitere Barrieren im Zugang zu Krankenversicherung, wie etwa entstehende Beitragsschulden, verwiesen wird (Greß et al., 2009).

Offizielle Angaben zu Nichtversicherung lassen sich dem alle vier Jahre veröffentlichten Mikrozensus entnehmen. Demnach waren im Jahr 2019 143.000 Menschen ohne Krankenversicherung, was ein deutlicher Anstieg zu der Anzahl von 79.000 im Jahr 2015 ist (Statistisches Bundesamt, 2016, 2019). Der Mikrozensus als repräsentative Stichprobe deutscher Haushalte ist jedoch sicherlich begrenzt in seiner Aussagekraft, da von Nichtversicherung besonders gefährdete Gruppe wie Menschen ohne Obdach oder in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität Lebende nicht erfasst werden. Von offizieller Seite ist das Ausmaß von Nichtversicherung bei sich im Bundesgebiet aufhaltenden Personen also nur schwer zu fassen und wird nicht näher beziffert (Deutscher Bundestag, 2019). Aufschluss können Erhebungen niederschwelliger ambulanter Hilfsangebote verschiedener Organisationen geben. Der Verein Ärzte der Welt veröffentlicht in ihrem Gesundheitsreport Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten Anlaufstellen des Inlandprogramms sowie Angaben über die Betroffenen, die das Angebot wahrnehmen (Bader, 2019). Die

humanitäre Sprechstunde im Gesundheitsamt Frankfurt am Main (Lotty, 2014), als auch die Ambulanz der Malteser Migranten Medizin in München (Schade et al., 2015) veröffentlichten Artikel in der Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* mit Angaben zum jeweiligen Patientenaufkommen und den jeweils behandelten Erkrankungen. In Tabelle 1 werden die veröffentlichten Daten dieser drei ambulanten Anlaufstellen verglichen.

*Tabelle 1: Vergleich drei ambulanter Hilfsangebote für Nichtversicherte in Deutschland*

Träger der Ambulanz	Ärzte der Welt e.V.	Humanitäre Sprechstunde im Gesundheitsamt	Malteser Migranten Medizin (MMM)
Ort	Berlin, Hamburg, München	Frankfurt a.M.	München
Beobachtungszeitraum	2018	2008-2013	01/2009 – 10/2012
Patient*innen	2441 <sup>1</sup>	2384	unbekannt
Konsultationen	8144	8574	2352 <sup>2</sup>
Geschlecht	53,8% weiblich 46,2% männlich	69,18% weiblich 29,33% männlich	54,75% weiblich 45,25% männlich
Alter	34,1 Jahre im Median	39,5% 20-40 Jahre	36,2% 31-50 Jahre
Deutsche Staatsbürger*innen	7,8%	keine Angabe	16,9%
EU-Bürger*innen	57,2%	26,7% (lediglich Ost/Südosteuropa)	35,1%
Drittstaatsangehörige	35,0%	64,5% (lediglich Afrika)	48,0%

<sup>1</sup> Davon waren 1099 Personen bereit, ihre Daten der zitierten wissenschaftlichen Arbeit zur Verfügung zu stellen. Dargestellte Prozentangaben beziehen sich auf diese Personenanzahl.

<sup>2</sup> Da keine patientenbezogenen Daten erhoben wurden, beziehen sich die dargestellten Prozentangaben auf die Anzahl der Konsultationen. Bei den beiden anderen Studien wird sich auf die Patientenzahl bezogen.

Ohne Aufenthaltsstatus	27,5% der Drittstaatsangehörigen	Keine Angabe	23.4%
Besonderheiten	Lediglich 11,4% gaben an, in eigenem Wohnraum zu leben (Besitz oder Miete), 95,6% lebten unterhalb der entsprechend EU-Standard definierten Armutsgrenze.	Verdreifachung der Konsultationen seit 2008, wobei jeweils ein Fünftel Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren waren.	Ähnliche Verteilung der Erkrankungen im Vergleich mit Daten der Barmer Gesundheitskasse. Dies trifft nicht auf das häufigere Vorkommen von Erkrankungen des Verdauungssystems und Schwangerschaften bei MMM-Patienten zu.

Wie in Tabelle 1 kenntlich wird, sind alle aufgezählten Ambulanzen in deutschen Großstädten angesiedelt und durch den Betrachtungszeitraum beziehungsweise die gemeinsame Analyse aus mehreren Städten ergeben sich Patientenzahlen und Konsultationen im teils hohen 4-stelligen Bereich, welche eine statistische Analyse möglich machen. Es zeigt sich kein einheitliches ambulanzübergreifendes Bild hinsichtlich Bevölkerungsgruppen, die diese Angebote in Anspruch nehmen. Allerdings wird durchaus deutlich, dass viele Hilfesuchende Drittstaatsangehörige sind und ein großer Anteil der Patient\*innen aus EU-Staaten aus südosteuropäischen Staaten kommt (81,81% der EU-Bürger\*innen bei den Ambulanzen von Ärzte der Welt kamen aus Bulgarien und Rumänien). Den in Tabelle 1 verglichenen Ambulanzen ist gemein, dass sie über die Jahre zunehmend mehr Konsultationen verzeichnen, ein breites Spektrum an Krankheiten behandelt wird, worunter jeweils auch Schwangere und Kinder sind. Diese Veröffentlichungen zeigen einerseits, dass es ein breites Spektrum an Hilfesuchenden verschiedenster Nationalitäten und unterschiedlicher Altersstufen mit entsprechend verschiedenen Diagnosen gibt, andererseits aber auch,

dass es keine einheitliche Erfassung und Dokumentation gibt und eine genaue Analyse somit nicht möglich ist.

Informationen zu Menschen ohne Krankenversicherung im stationären Bereich gibt es wenige. Eine Abfrage der Krankenhäuser Niedersachsens, Berlins und Hamburgs ergab, dass über 80% der Krankenhäuser notfallmäßige Vorstellungen von Migrant\*innen ohne Dokumente hatten und über 70% gaben selbst an, auch Menschen dieser Personengruppe stationär behandelt zu haben. Bei fast allen Krankenhäusern, die Menschen ohne Versicherung behandelt haben kam es zu Erlösausfällen (Mylius, 2016). Da lediglich 62 von 199 Krankenhäusern den Fragebogen zurücksandten, bleibt die repräsentative Aussagekraft dieser Untersuchung beschränkt. Dennoch weist die Studie auf das Problem der Notfallbehandlung Unversicherter in Krankenhäusern hin, welches uneinheitlich gehandhabt wird und mit Unsicherheit der Betroffenen verbunden ist (Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, 2019). Eine explorative Studie zur Prävalenz von Menschen ohne Krankenversicherung im Universitätsklinikum Essen ergab eine Anzahl von 536 Patient\*innen ohne Krankenversicherung im Zeitraum 2014 – 2016. Zudem wurde untersucht, wie erfolgreich eine Rückführung in soziale Sicherungssysteme durch den klinikinternen Sozialdienst ist. Es zeigte sich ein signifikanter Erfolgsunterschied bei der Ermittlung eines Kostenträgers zwischen den Gruppen Deutsche (89,2%) und Drittstaatsangehörige<sup>1</sup> (85,5%) gegenüber den Gruppen EU-Bürger\*innen (29,9%) und Statuslosen (29,4%) (Neupert, 2018).

Für eine nähere Betrachtung des Problemfelds werden im Folgenden die durch den Gesetzgeber festgelegten sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche in Abhängigkeit von der Staatsbürgerschaft dargelegt. Zudem wird jeweils aufgezeigt, welche Personengruppen insbesondere von Nichtversicherung betroffen sind.

### 2.1.1 Deutsche Staatsbürger\*innen

Tabelle 2 ermöglicht zunächst einen Überblick über die verschiedenen Absicherungsmöglichkeiten im Krankheitsfall, sowie deren gesetzliche Grundlage,

---

<sup>1</sup> Gemeint sind Personen aus Nationen, die nicht Mitglied der EU, des EWR oder der Schweiz sind und somit nicht unter das Freizügigkeitsrecht fallen.

bevor dann weiter auf deren Gewichtung im Sozialversicherungssystem eingegangen wird.

*Tabelle 2: Absicherung im Krankheitsfall für deutsche Staatsbürger\*innen (nach Norbert Finkenbusch, 2011)*

Absicherung im Krankheitsfall	Quelle
Pflichtversichert GKV	SGB V
Freiwillig versichert GKV	§ 9 SGB V
Beitragsfrei Familienversichert GKV	§ 10 SGB V
Krankheitskostenversicherung PKV	§ 193 VVG
Anspruch auf Beihilfe	BBhV
Anspruch auf freie Heilfürsorge	BBesG, BwHFV
Hilfe bei Krankheit	§ 48 SGB XII
Krankenhilfe	SGB VIII
Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz	StVollzG §56-66
Ansprüche nach Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz u.ä.	Diverse
Gesetzliche Unfallversicherung	§ 2 SGB VII

Wie Tabelle 2 veranschaulichen soll, liegen für deutsche Staatsbürger diverse Möglichkeiten einer sozialen Absicherung im Krankheitsfall vor, wobei die GKV mit 73,12 Millionen<sup>1</sup> Mitgliedern den größten Anteil trägt (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Bei Mitgliedern der GKV lässt sich grundsätzlich zwischen Pflichtversicherten, freiwilligen Versicherten und beitragsfreien Familienversicherten unterscheiden. Die Pflichtversicherung kraft Gesetzes ist eng mit dem Entstehen und Fortbestehen eines Beschäftigungsverhältnisses verknüpft (Waltermann, 2012) und umfasst Arbeitnehmer\*innen mit Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze, Arbeitslose, die Arbeitslosengeld nach SGB III oder SGB II beziehen, Auszubildende und Studierende, Rentner\*innen, Landwirte, Künstler und Publizisten, Menschen mit Behinderung<sup>2</sup>, sowie Menschen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung, die zuletzt gesetzlich versichert waren oder bisher nicht

<sup>1</sup> Stand März 2020

<sup>2</sup> Näheres zu Personengruppen vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V

versichert waren und der GKV zuzuordnen sind (sog. Auffangversicherung). Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze<sup>1</sup> (§6 Abs. 6,7 SGB V) überschritten, erlischt für den Arbeitnehmenden die Versicherungspflicht in der GKV. Die Möglichkeit einer privaten Krankheitskostenversicherung bei einem Unternehmen der PKV, die eine substitutive Absicherung darstellt, ist gegeben. Weiterhin kann aber auch die freiwillige Mitgliedschaft in der GKV wahrgenommen werden, insofern Vorversicherungszeiten erfüllt sind (§9 Abs. 1 SGB V). Grundsätzlich ausgenommen von der Versicherungspflicht in der GKV sind Selbstständige, Beamte, Richter\*innen, Soldat\*innen, sowie Geistliche und Werkstudenten. Bei Staatsbediensteten besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge. Liegt Bedürftigkeit sowie Fehlen einer Krankenversicherung ohne Anspruch auf Pflichtversicherung in der GKV und ohne Anspruch auf ein Versicherungsverhältnis in der PKV vor, kann Anspruch auf Sozialhilfe u.a. auf Hilfe bei Krankheit nach § 48 SGB XII geltend gemacht werden, wobei allerdings Regelungen der Krankenbehandlung nach § 264 SGB V vorgehen. Dabei werden Leistungen, die denen der GKV entsprechen, den unversicherten Empfängern von Leistungen nach dem 3. – 9. Kap. SGB XII, Empfängern nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach SGB VIII von einer Krankenkasse übernommen (§ 264 Abs. 2 SGB V). Die entstehenden Aufwendungen der Krankenkasse werden schließlich vom zuständigen Sozialhilfeträger bzw. der öffentlichen Jugendhilfe rückerstattet (§264 Abs. 7 SGB V). Darüber hinaus gibt es weitere Absicherungen im Krankheitsfall, die in Tabelle 1 aufgezeigt werden, wobei auf nähere Erläuterungen aufgrund der geringen Relevanz im Hinblick auf das Thema Nichtversicherung verzichtet wird.

Mit Einführung des Gesetzes zur Vermeidung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung<sup>2</sup>, welches am 1. August 2013 in Kraft trat, wurde die Auffangversicherung durch eine sog. obligatorische Anschlussversicherung (§188 Abs. 4 SGB V) erweitert, die auch bei Untätigkeit des Versicherten automatisch dazu führt, dass keine Lücken im chronologischen Verlauf der Krankenversicherung entstehen (vgl. Spitzenverband GKV, 2018 S. 2). Endet ein Pflichtversicherungsverhältnis oder eine Familienversicherung, greift die freiwillige Mitgliedschaft als obligatorische Anschlussversicherung kraft Gesetzes, außer es wird

---

<sup>1</sup> 2020: 62.550 EUR brutto / Jahr

<sup>2</sup> BGB 1 Nr. 1 S. 2423ff

innerhalb von zwei Wochen der Austritt aus der Krankenkasse erklärt, was allerdings nur möglich ist, wenn eine lückenlose anderweitige Absicherung im Krankheitsfall vorgewiesen werden kann. Demnach darf zahlungssäumigen Versicherten das Versicherungsverhältnis nicht aufgekündigt werden und dadurch können u.U. auch rückwirkend<sup>1</sup> Beitragsnachzahlungen in der GKV (§ 186 Abs. 11 Satz 3 SGB V) sowie Prämienzuschüsse in der PKV eingefordert werden (§ 193 Abs. 4 VVG) (MSAGD Rheinland-Pfalz, 2014). Ist in der GKV der Betrag von zwei Monatsbeiträgen trotz Mahnung ausstehend, kommt es zum Ruhen der Leistungsansprüche, woraus folgt, dass nur noch akute Erkrankungen, Schmerzzustände, Schwangerschaft und Geburt, sowie Früherkennung von Krankheiten und Kinderuntersuchungen übernommen werden (Deutscher Bundestag, 2016). Das Äquivalent in der PKV bildet der seit 2013 eingeführte Notlagentarif (Verband der Privaten Krankenversicherung, 2017). So beliefen sich die Beitragsrückstände im Jahr 2012 in der GKV auf rund 1,5 Milliarden Euro (Spitzenverband GKV, 2012), während im selben Jahr von ca. 150.000 Menschen in der PKV mit Beitragsschulden in einer Höhe von etwa 550 Millionen Euro mit jeweils gravierenden finanziellen Nöten der Betroffenen berichtet wird (Christian Teevs, 2012). Das Ruhen der Leistungen und die Einstufung in den Notlagentarif, ohne Bezug von Transferleistungen aufgrund von Bedürftigkeit, bedeuten also einen eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem, der unterhalb der durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierten Mindestleistungen liegt (Alber K., 2013). Nicht Beanspruchen zustehender Transferleistungen kann aus Unwissenheit, Angst vor Verlust der Selbstständigkeit und Sorge vor sozialem Stigma zustande kommen (Münstermann et al., 2014).

Zum Jahresbeginn 2019 trat dann das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) in Kraft, welches gesetzlich Versicherte entlasten soll, neuerdings aber auch die Möglichkeit schafft, eine Versicherung gekündigt zu bekommen, was mit der vorher beschriebenen Auffangversicherung nicht möglich war. Zusatzbeiträge werden nun paritätisch getragen, freiwillig Versicherte Selbstständige mit geringem Einkommen werden übrigen freiwillig Versicherten gleichgestellt und somit entlastet<sup>2</sup> und

---

<sup>1</sup> Bei Versicherungspflicht in der GKV bis 1.04.2007, in der PKV bis 1.01.2009. Zu beachten ist das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsrückständen (BGBl. I S. 2423), welches anhand einer Stichtagsregelung einen Beitragsschuldenerlass sowie eine Säumniszuschlagssenkung in gewissen Konstellationen möglich macht.

<sup>2</sup> Mindestbemessungsgrundlage 2019 von 2283,5€ auf 1038,33 € gesenkt.

Krankenkassen werden verpflichtet bei „passiven“ Mitgliedern das Versicherungsverhältnis zu beenden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Konkret bedeutet das, dass Krankenkassen sich rückwirkend zum 1.08.2013 von freiwillig Versicherten in der Anschlussversicherung zu bereinigen haben, die seit Beginn der Anschlussversicherung keine Beiträge geleistet haben, keine Leistungen in Anspruch genommen haben und kein Kontakt zu dem Mitglied hergestellt werden konnte (§323 Abs. 1 + 2 SGBV). Des Weiteren enden freiwillige Mitgliedschaften rückwirkend, wenn das Mitglied sechs Monate lang Zahlungssäumig war, keine Leistungen in Anspruch genommen hat und kein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt durch die Krankenkasse festgestellt werden konnte (§191 Abs. 4 SGB V). Darüber hinaus wurde durch den Gesetzgeber beschlossen, dass eine obligatorische Anschlussversicherung nach §188 Abs. 4 SGB V gar nicht erst zu Stande kommt, wenn weder der Wohnsitz noch der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds bestimmt werden kann. Somit ist es wieder möglich, dass Menschen ihre Krankenversicherung in Deutschland verlieren. Die Krankenkassen häufen hingegen keine weiteren Beitragsrückstände an. Für diejenigen, denen es rechtlich möglich ist, eine Mitgliedschaft neu zu begründen, werden weiterhin mit Schulden aus den beitrags säumigen Jahren konfrontiert und sind neuerdings in der Bringschuld, Dokumente über Vorversicherungen, Sozialamtsbescheide, Meldeadresse und weitere zu erbringen.

Typische Fälle von Nichtversicherung deutscher Staatsbürger liegen vor allem vor bei Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen, beruflicher Selbstständigkeit, Rentnern, Familienversicherten, Studierenden, Auslandsrückkehrern sowie Haftentlassenen, wobei diese Umstände, die auf gewisse Weise Umbrüche im Lebenslauf darstellen, nur unter Einbeziehung weiterer Einflussfaktoren und der sozialen Grundsituation Nichtversicherung begünstigen (Schweiger, 2018). Zu einem ähnlichen Schluss kommt eine systematische Untersuchung zu Nichtversicherung in Österreich, welche die Personengruppen prekär Beschäftigter, Studierender sowie „Beeinträchtigt“<sup>1</sup> als Risikogruppen identifiziert (Fuchs et al., 2017: S. 58).

---

<sup>1</sup> Gemeint sind Personen in schwierigen persönlichen Lebensumständen, Drogenabhängigkeit, psychischer Erkrankung.

Besonders hervorzuheben ist die Gruppe der in prekären Lebenslagen und schlechtem Gesundheitszustand lebenden Wohnungs- und Obdachlosen. Die bundesweit umfangreichsten Datenerhebungen erfolgen durch das Dokumentationssystem zur Wohnungslosigkeit (DzW) des Vereins Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosigkeit (BAG W), an welchem viele Dienste und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe beteiligt sind. Die aktuelle Schätzung geht von einer Jahresgesamtzahl von 237.000<sup>1</sup> Wohnungslosen im Jahr 2018 aus (BAG W, 2019). Die aktuellen Daten hinsichtlich Krankenversicherungsschutz stammen aus dem Jahr 2016, wobei über 34.000 Klient\*innen aus 176 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe einbezogen wurden. Demnach war zu Beginn der Hilfe jeder fünfte Wohnungslose ohne Krankenversicherung, bei 8% war der Versicherungsstatus ungeklärt. Mit Beendigung der Hilfe sank der Anteil der Nichtversicherten auf 6,7%, sowie auf 4,8% mit ungeklärtem Versicherungsstatus. Somit stieg der Anteil der Versicherten durch Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe von 72% auf 88,5% (BAG W, 2018) Ein ähnliches Bild hinsichtlich der Prävalenz von Nichtversicherung zeigt die Evaluation eines Konzepts zur Versorgung wohnungsloser Menschen durch mobile medizinische Dienste in sechs nordrhein-westfälischen Städten aus den Jahren 2008/2009. Der Anteil Nichtversicherter bzw. mit ungeklärtem Status lag durchschnittlich bei 23,1%, wobei die standortbezogenen Unterschiede von ca. 10% in Bielefeld bis über 35% in Münster reichten. Bemerkenswert ist zudem, dass 2/3 der Patient\*innen keine Krankenversicherungskarte vorweisen konnten, was die Schwierigkeiten der Sicherung von Dokumenten in der Wohnungslosigkeit verdeutlicht (Kunstmann, 2009). So ist der fehlende Krankenversicherungsschutz oftmals einer der Gründe, der eine Teilnahme an der medizinischen Regelversorgung verhindert. Hinzu kommen diverse weitere individuelle Gründe von Scham- und Angstgefühlen bis zu organisatorischen Gründen, einer fehlenden Krankheitswahrnehmung oder auch einer ablehnenden Haltung der ambulanten Versorger (Kaduskiewicz et al., 2017). Als weitere Schwierigkeiten, die der Erlangung eines dauerhaften Krankenversicherungsschutzes entgegenstehen, können zudem individuell problematische Konfliktverarbeitungsstrategien, sowie fehlende Ressourcen zu deren Bewältigung, als auch gesellschaftlich strukturelle Bedingungen, wie Sanktionierungen bei Non-Compliance, identifiziert werden (Trabert, 2016).

---

<sup>1</sup> Mit anerkannten Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften oder dezentraler Unterbringung läge die Jahresgesamtzahl bei 678.000 Wohnungslosen

Weiterhin wird von einer „Internationalisierung der Klientel“ berichtet, sodass nunmehr in etwa 1/3 der Menschen in der Wohnungslosenhilfe nicht deutsche Staatsbürger\*innen oder staatenlos sind, in niedrighschwelligem Hilfsangeboten freier Träger wird der Anteil eher auf über 50% geschätzt (Paul Neupert, 2018 : S. 13). Welche Implikation die Staatsbürgerschaft und die Absicherung im Krankheitsfall haben, wird in den folgenden zwei Kapiteln dargestellt.

### 2.1.2 EU-Bürger\*innen

Bei EU-Bürger\*innen, Angehörigen eines Staats des Europäischen Wirtschaftsraums<sup>1</sup> (EWR) oder Bürger\*innen der Schweiz ist im Hinblick auf sozialrechtlichen Krankenversicherungsschutz während eines Aufenthalts in Deutschland insbesondere die Art des Aufenthalts, die Erwerbstätigkeit sowie die Freizügigkeitsberechtigung von Bedeutung. Handelt es sich nicht um einen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland, spricht einen vorübergehenden Aufenthalt, besteht, bei Mitgliedschaft in einem öffentlichen Krankenversicherungssystem bzw. Anschluss an einen Gesundheitsfond im Heimatland, der Anspruch auf Sachleistungsaushilfe im Krankheitsfall, die im Umfang deutschen Kassenleistungen entspricht, wenn die Behandlung nicht bis zur Rückkehr ins Heimatland zu verschieben ist (Verordnung (EG) Nr. 883/2004, 2004). Berechtigt wird dieser Anspruch durch eine European Health Insurance Card (EHIC) oder eine provisorische Ersatzbescheinigung (PEB), die durch den nationalen Versicherungsträger oder Gesundheitsfond ausgestellt wird. Auch bei weiteren Personengruppen, wie Rentnern, Grenzgänger\*innen, entsandten Arbeitnehmer\*innen, Saisonarbeiter\*innen, Selbstständigen, deren Betrieb oder freiberufliche Tätigkeit nicht in Deutschland angemeldet ist, und Studierenden, die sich u.U. längerfristig in Deutschland aufhalten, besteht die Möglichkeit im Heimatland versichert zu bleiben und über die Sachleistungsaushilfe abgesichert zu sein (Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, 2019: Kap. 3).

Besteht ein gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland<sup>2</sup> oder wird in Deutschland Erwerbstätigkeit<sup>3</sup> durchgeführt, unterliegt die Person der Versicherungspflicht nach SGB V, was bedeutet, dass die Möglichkeiten für Erwerbstätige und Selbstständige

---

<sup>1</sup> Norwegen, Island, Lichtenstein

<sup>2</sup>nach § 30 Abs. 3 SGB I

<sup>3</sup> Auch gültig, wenn diese nur vorübergehend ist

hinsichtlich der Versicherung im dualen deutschen Krankenversicherungssystem denen deutscher Staatsbürger entsprechen, wobei Vorversicherungszeiten aus gesetzlicher Versicherung im Heimatland anerkannt werden können (Art. 5b VO 883/2004). Im Falle einer unfreiwilligen <sup>1</sup> Kündigung, bleibt der freizügigkeitsberechtigende Status als Erwerbstätiger erhalten. Bei Erwerbstätigkeitsdauer unterhalb eines Jahres bleibt dieser Status für weitere sechs Monate erhalten, bei einer Erwerbstätigkeitsdauer über 12 Monate bleibt dieser unbegrenzt. Es folgert sich ein Anspruch auf Bezug von Leistungen nach SGB II/III und die Regelungen zur Krankenversicherung sind entsprechend denen deutscher Staatsbürger\*innen. Eine Sondersituation kommt freizügigkeitsberechtigten Nichterwerbstätigen zu. Mit Begründung des gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland greift normalerweise die verpflichtende Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Arbeitssuchende, unter Voraussetzung der Meldung beim Arbeitsamt, die auch ohne Krankenversicherungsschutz freizügigkeitsberechtigt sind<sup>2</sup>, müssen nach 6 Monaten nachweisen, dass sie weiterhin mit Aussicht auf Erfolg arbeitssuchend sind (Voigt, 2014: S 34). Wird der Status als Arbeitssuchender nicht anerkannt, greift die Einschränkung, dass Erwerbslose nach §5 Abs. 11 S. 2 SGB V nicht unter die Auffangversicherungspflicht fallen, da die Voraussetzung für eine Wohnortnahme in Deutschland an einen bestehenden Krankenversicherungsschutz gekoppelt ist. Zudem wurden die Personengruppen der arbeitssuchenden und erwerbslosen EU-Bürger\*innen durch Inkrafttreten der umstrittenen und nicht stets eindeutigen Änderungen des Gesetzgebers Ende 2016<sup>3</sup> von Leistungen des SGB II und SGB XII ausgeschlossen (Schmidt, 2019), womit eine Absicherung im Krankheitsfall durch existenzsichernde Sozialleistungen weitestgehend ausgeschlossen ist. Es besteht lediglich Anspruch auf Überbrückungsleistungen nach § 23 Abs. 3 SGB XII, die lediglich bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, sowie Hilfe bei Mutterschaft und Schwangerschaft greifen und nur (ausgenommen Härtefälle) für einen Monat innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren beziehbar sind. Nach fünf Jahren rechtmäßigen Aufenthalts (§4a FreizügG/EU) in Deutschland erlangen auch

---

<sup>1</sup> „Unfreiwillig ist der Eintritt der Arbeitslosigkeit im Sinne des § 2 Abs. 3 Nr. 2 FreizügG/EU dann, wenn sie vom Willen des Arbeitnehmers unabhängig ist, durch einen aner kennenswerten Grund gerechtfertigt ist (...), die Arbeitslosigkeit dem Betroffenen nicht angelastet werden kann (...).“ LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 27.10.2015 - L 20 AS 2197/15 BER

<sup>2</sup> nach §2 Abs. 1a FreizügG/EU

<sup>3</sup> BGBl 2016 I Nr. 65 S. 3155-3158 „Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“. In Kraft getreten am 29.12.2016

arbeitssuchende EU-Bürger\*innen ein Daueraufenthaltsrecht und damit einhergehend Leistungsansprüche über die Jobcenter und somit auch eine Absicherung im Krankheitsfall.

Letztendlich ist der sozialrechtliche Anspruch von EU-Bürger\*innen auch abhängig vom Aufenthaltsrecht nach §2 FreizügG. Nach drei Monaten Aufenthalt ist das Freizügigkeitsrecht nicht mehr bedingungslos, wobei es diverse Möglichkeiten gibt dieses weiterhin zu genießen. Zum Verlust des Freizügigkeitsrechts kann es bei genannten Nichterwerbstätigen und ihren Familienangehörigen kommen, wenn Sozialleistungen nach SGB II oder SGB XII beantragt werden und die zuständige prüfende Ausländerbehörde in einer Ermessensentscheidung feststellt, dass kein Freizügigkeitsrecht besteht. Die Verlustfeststellung der Freizügigkeit geht mit einer Ausreisepflicht nach §7 FreizügG einher, wobei eine Wiedereinreise, außer der Verlust wurde wegen Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Gesundheit festgestellt, wieder möglich ist (Voigt, 2017b). Wird der Verlust festgestellt und es erfolgt weder eine Ausreise noch eine Abschiebung, sind die Betroffenen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) leistungsberechtigt<sup>1</sup>.

Eine deutliche Zunahme der EU-Binnenmobilität ließ sich mit den EU-Osterweiterungen der Jahre 2004 und 2007 feststellen. Die Anzahl gemeldeter EU-Bürger\*innen in Deutschland lag zum Jahresende 2019 bei 4.882.495 Personen (Statistisches Bundesamt, 2020a). In einem Übersichtsbericht über die Hilfsstellen der nichtstaatlichen Organisation Médicines du Monde, der erhobene Daten aus 7 europäischen Ländern in den Jahren 2017 und 2018 zusammenfasst, wird von 1571 Patient\*innen aus EU/EWR-Staaten in den drei deutschen Ambulanzen berichtet, was nahezu 60% der Patient\*innen ausmacht (Médicines de Monde, 2019). Dabei waren Patient\*innen aus Bulgarien und Rumänien am häufigsten vertreten, was andere ambulante Hilfsstellen für Menschen ohne Krankenversicherung in vergleichbarer Form auch berichten (vgl. Kap. 2.1, Tabelle 2). Gleichzeitig sind die größten Migrationsbewegungen innerhalb der EU nach Deutschland aus diesen beiden südosteuropäischen Ländern, sowie Polen, zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt, 2020b), wobei hohe Fluktuation und zirkuläre Migration als auch oftmals prekäre, teils ausbeuterische Arbeitsverhältnisse die Situation dieser Migrant\*innen prägen

---

<sup>1</sup> Sozialgericht Münster vom 21.2.2019 — S 19 AY 3/29 ER

(Kovacheva and Cyrus, 2020). Unklare sozialrechtliche Lage, wie ALG II Anspruch, keine Versicherung im Herkunftsland und komplizierte Bürokratie sowie uneinheitliches Handeln der Behörden sind oftmals strukturelle Gründe für Nichtversicherung (Huschke, 2011). Gerade im Falle der Bevölkerungsgruppe der Roma kommen noch Armut und fehlende offizielle Papiere als Gründe hinzu (Loewenberg, 2006). Beratungsstellen berichten zudem von restriktivem Verwaltungshandeln und diskriminierendem Verhalten von Jobcenter-Mitarbeitenden, wodurch sozialrechtliche Ansprüche, die u.a. einen Krankenversicherungsschutz ermöglichen würden, nicht realisiert werden können (Diakonie Hamburg, 2020).

### 2.1.3 Drittstaatsangehörige

Die Gesundheitsversorgung Drittstaatsangehöriger ist insbesondere vom Aufenthaltstitel abhängig. Möglich ist eine Absicherung im Krankheitsfall entsprechend der Sozialgesetzbücher oder durch das Sondersozialsystem des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Weitere Absicherungsformen sind eine private Auslandsrankenversicherung bei Touristen und Reisenden oder eine Anspruchsbescheinigung, die für Personen aus einem Abkommensstaat<sup>1</sup> den Sachleistungsanspruch belegt. Bei Einladung einer visumspflichtigen Person kann die Finanzierung des Aufenthalts und die Absicherung im Krankheitsfall durch eine Verpflichtungserklärung nach §66, 68 Aufenthaltsgesetz nachgewiesen werden, wobei der Verpflichtete sich u.a. dafür verpflichtet die Erstattung von Kosten im Krankheits- oder Pflegefälle in einen Zeitraum von 5 Jahren zu tragen (§68 Abs. 1 AufenthG).

Personen mit unbefristeter Niederlassung nach §9 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) und anerkannte Flüchtlinge nach §§3 – 3e Asylgesetz sind deutschen Staatsangehörigen gleichgestellt und haben vollen Zugang zum Arbeitsmarkt und Sozialleistungen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Krankenversicherung. Bei Drittstaatsangehörigen mit einem der Aufenthaltstitel der befristeten Aufenthaltserlaubnis (AufenthG Abschnitt 3-6) besteht i.d.R. Anspruch auf Sozialleistungen nach SGB II und SGB XII, sowie Zugang zum Arbeitsmarkt (Voigt, 2020). Nur wenigen Personengruppen mit humanitären Aufenthaltserlaubnissen bleibt

---

<sup>1</sup> Nähere Infos zu den Abkommensstaaten und Anwendungsbereich der Abkommen: [https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f\\_bilaterales\\_abkommen/bilaterales\\_abkommen.html](https://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_bilaterales_abkommen/bilaterales_abkommen.html)

dieser Zugang verwehrt und die medizinische Versorgung wird vom Sozialamt durch das AsylbLG gewährt<sup>1</sup>.

Zudem durch das AsylbLG abgesichert nach § 1 AsylbLG sind Personen im Asylverfahren (daher mit Aufenthaltsgestattung nach §55 AsylG), Geduldete (§§ 60a + 60b AufenthG) und auch sonstige vollziehbar Ausreisepflichtige<sup>2</sup> (§1 Abs. 5 AsylbLG). Leistungsansprüche bestehen bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen, Schwangerschaft, medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen (§ 4 Abs. 1+2 AsylbLG), als auch bei Leistungen die zur „Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich sind“ (§ 6 AsylbLG). Was unter den Geltungsbereich der Paragraphen § 4 und § 6 des AsylbLG fällt, ist nicht stets eindeutig und wird teilweise restriktiv bei der Krankenscheinvergabe, welcher einen Arztbesuch ermöglicht, durch das zuständige Sozialamt gehandhabt, was zu Verschleppung und Verschlimmerung von Krankheiten führen kann (Classen, 2012: S. 13+14). Nach 18-monatigem Aufenthalt Asylsuchender im Bundesgebiet stehen den Leistungsberechtigten die sog. Analogleistungen zu, die nach SGB XII anzuwenden sind (§ 2 AsylbLG). Wie bereits in Kap. 2.1.1 beschrieben, kann die Krankenbehandlung nun nach § 264 Abs. 2 SGB V von einer Krankenkasse im normalen Umfang anhand einer elektronischen Gesundheitskarte abgerechnet werden, wobei der Leistungsberechtigte kein Mitglied wird, sondern der zuständige Sozialhilfeträger die Einzelfallaufwendungen ersetzt. Nach § 264 Abs. 1 SGB V besteht zudem die Möglichkeit einer Vertragsvereinbarung zwischen Landesregierung und Krankenkassen, bereits vor Ablauf der 18-monatigen Frist eine elektrische Gesundheitskarte an Geflüchtete auszugeben, wodurch die Krankenscheinvergabe entfällt und freie Arztwahl i.d.R. unter Beibehaltung des Leistungsumfangs des AsylbLG besteht. Der Umsetzungsstand in Deutschland entspricht jedoch einem Flickenteppich (Wächter-Raquet, 2016) und in RLP haben sich lediglich 3 Kommunen zu diesem Schritt entschlossen (Glöckner, 2017).

---

<sup>1</sup> Auf die komplexe Thematik wird nicht näher eingegangen, sondern auf die tabellarische Darstellung in (Voigt, 2020) verwiesen.

<sup>2</sup> Gemeint sind Personen mit irregulärem Aufenthalt (vgl. § 15 AufenthG) in Deutschland bspw. mit abgelaufenem Aufenthaltstitel oder sich ganz ohne Wissen der Behörden papierlos und damit „illegal“ in Deutschland aufhaltend. In Abgrenzung zu Menschen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung müssen sie eine Ausweisung befürchten, wenn ihr Aufenthalt einer Ausländerbehörde bekannt wird.

Gesondert soll aufgrund einiger Besonderheiten auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne aufenthaltsrechtlich gültige Papiere eingegangen werden. Eine Abgrenzung ist nicht stets eindeutig. Das entscheidende Kriterium der Abgrenzung, das im Folgenden getroffen wird, ist die Furcht vor Bekanntwerden der eigenen Anwesenheit im Bundesgebiet durch die Ausländerbehörde mit der Konsequenz einer vollziehbaren Ausreisepflicht (Vogel et al., 2009: S. 10-12). Formal ist diese inhomogene Personengruppe durch das Asylbewerberleistungsgesetz nach § 1 Abs. 5 und das Infektionsschutzgesetz (IfSG) nach § 19 und § 69 im Krankheitsfall abgesichert, wobei bei letzterem bezüglich sexuell übertragbarer Erkrankungen und Tuberkulose Beratung, Untersuchung und auch Behandlung anonym in Anspruch genommen werden können, soweit dies zur Verhinderung der Weiterverbreitung der übertragbaren Krankheit erforderlich ist und die Kosten aus öffentlichen Mitteln getragen werden, sofern kein anderer Kostenträger verpflichtet werden kann. Eine reguläre ambulante Versorgung ist praktisch ausgeschlossen, da bei Krankenscheinbeantragung bei dem zuständigen Sozialamt der Umstand des fehlenden Aufenthaltstitels nach § 87 Abs. 2 Nr. 1 AufenthG an die Ausländerbehörde weitergeleitet werden muss. Die prekäre Situation ohne Papiere Rechte in Anspruch zu nehmen zeigt sich auch im Problem, die Bedürftigkeit anhand von Kontoauszügen, Mietvertragskopien und Personalausweiskopien nachzuweisen (Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, 2017). Auch die stationäre Versorgung gestaltet sich schwierig. Durch den sog. Nothelferparagraphen (§ 6a AsylbLG bzw. § 25 SGB XII) soll bei diesen unversicherten Patient\*innen eine Kostenerstattung durch das Sozialamt in „gebotenen Umfang“ (§ 6a Satz 1 AsylbLG) erfolgen, wobei persönliche Angaben des Hilfesuchenden unter die ärztliche Schweigepflicht fallen, welche sich als verlängerter Geheimnisschutz über das mit der Abrechnung befasste Krankenhauspersonal bis in die Sozialbehörde erstreckt<sup>1</sup>. Voraussetzung ist vielmehr die sozialrechtliche Situation des „Eilfalls“ und die Antragsstellung in „angemessener Frist“. Diese Nothilfesituation wird je nach Krankenhaus (auch in Abhängigkeit des Trägers) unterschiedlich gehandhabt (Mylius, 2016), was bei Betroffenen zu Angst vor Abschiebung und durch teilweise restriktive Handhabung, je nach Krankenhaus und Notaufnahme, zu verwehrter Hilfeleistung führt (Huschke, 2010). Probleme bei der Kostenerstattung entstehen Krankenhäusern durch die erschwerte Bedürftigkeitsprüfung, das Problem

---

<sup>1</sup> Nach § 88 AufenthG i.V.m. Klarstellung durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz 88.2.3. und 88.2.4.0

der Zuständigkeit einer Sozialbehörde ohne Meldeadresse des Betroffenen und die Höhe der Erstattungskosten, welche lediglich nach Leistungen nach AsylbLG und nicht nach tatsächlich durchgeführter Behandlung abgerechnet werden (Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität, 2019). Zu den dadurch entstehenden Kosten gibt es so gut wie keine Veröffentlichungen und in der Praxis ist das Wissen um den verlängerten Geheimnisschutz und den Nothelferparagrafen, beispielhaft an der Stadt Bremen gezeigt, schlecht (Janotta et al., 2019). Die Anzahl von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität ist de facto unmöglich zu bestimmen, da gerade sie versuchen Behördenkontakte zu vermeiden. In der polizeilichen Kriminalstatistik (Ausgangsstatistik) sind 2018 118.980 Straftatverdächtige mit unerlaubtem Aufenthalt erfasst worden (BAMF, 2020). Der Ansicht diese Zahl als absolutes Minimum zu sehen, folgt auch Cyrus in seinem bezeichnenden Clandestino Bericht „Counting the Uncountable“. Die Methoden mehrerer Experten werden verglichen und er kommt zu dem Schluss, dass nach der EU-Erweiterung 2004 und 2007 mit einer Anzahl von 100.000 bis zu über einer Million Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität in der Bundesrepublik ausgegangen werden muss (Cyrus, 2009). Damit machen sie einen nicht unwesentlichen Anteil der Menschen ohne Krankenversicherung aus.

## 2.2 Aspekte für die Gesundheit

Die Frage nach Nichtversicherung und Mortalität wurde in den Vereinigten Staaten von Amerika gerade mit Hinsicht auf den Affordable Care Act (Obama Care) gestellt. So wurden Übersichtsarbeiten über den Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme medizinischer Angebote sowie die Mortalität Nichtversicherter, welche im Jahr 2019 auf über 27 Millionen geschätzt wurden, erstellt. Eine der umfassendsten Studien wurde bereits 2002 vom Institute of Medicine in Washington veröffentlicht, die nach Analyse diverser Beobachtungs- und Querschnittsstudien zu dem Schluss kommt, dass ein Leben ohne Krankenversicherung zu einem schlechteren Gesundheitszustand mit kürzerer Lebenserwartung führt (Institute of Medicine, 2002). Woolhandler und Himmelstein erstellten 2017 eine Übersichtsarbeit zu dem Thema und resümieren nach Analyse von zehn in den USA durchgeführten Studien unterschiedlichen Designs, dass auch in Ihrer Analyse die Hinweise dahingehend kumulieren, dass eine Absicherung im Krankheitsfall Mortalität senke (Woolhandler and Himmelstein, 2017). Kritisch anzumerken ist hierbei, dass es keine groß angelegten Longitudinalstudien gibt, die zur Beantwortung der Frage nach Mortalität

und Krankenversicherung geeignet wären. Weiterhin fällt der Fokus auf die bisher einzige randomisierte kontrollierte Studie, das Oregon Health Insurance Experiment (Baicker et al., 2013), welches 2018 im US-Bundesstaat Oregon startete und die Auswirkungen von Versicherungsschutz auf den Gesundheitszustand untersucht hat. Nach 2 Jahren der Beobachtung fanden sich in klinischen Untersuchungen lediglich signifikante Unterschiede in der Diabetesdiagnostik und einhergehender medikamentöser Therapie. Nebst besserer Bewertung der eigenen psychischen Gesundheit einhergehend mit einer niedrigeren Depressionsrate und der erhöhten Nutzung von Präventionsangeboten, reduzierte sich die finanzielle Belastung durch hohe Kosten der medizinischen Versorgung im Krankheitsfalle. Es bleibt jedoch fraglich, ob der kurze Beobachtungszeitraum sowie die alleinige Beobachtung anhand der Variable Krankenversicherungsschutz ausreichen, um allgemeingültige Schlüsse zu ziehen. Eine weitere Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2017 aus den USA fasst zusammen, dass das Leben mit Krankenversicherungsschutz nicht nur Auswirkungen auf die Mortalität, sondern auch auf die finanzielle Sicherheit, den Zugang zum Gesundheitssystem, den Umgang mit chronischen Krankheiten und die eigene Gesundheitswahrnehmung haben (Sommers et al., 2017). Zu einem vergleichbaren Schluss kommt auch die bereits genannte Übersichtsarbeit von Woolhandler und Himmelstein, die auch schließt, dass die Auswirkung auf die Gesundheit nicht lediglich durch die Mortalität zu beschreiben ist und verweist ebenso auf den besser bewerteten Gesundheitszustand, die finanzielle Absicherung und die niedrigere Wahrscheinlichkeit unter Depression zu leiden. Vergleichbare europäische Studien gibt es keine.

Eine der größten Erhebungen zu Nichtversicherung in sieben europäischen Ländern ist der „Observatory Report“ herausgegeben von der Organisation Médecins Du Monde. So wurden im Lauf des Jahres 2017 fast 30.000 Menschen erfasst, die in niederschweligen medizinischen Hilfsangeboten der Organisation vorstellig wurden, wobei 81,7% der Befragten angaben, keinen Versicherungsschutz zu haben. Den eigenen physischen Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ bezeichneten 36,4% der Befragten, während 27% ihn als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ bezeichneten. Analog ergab die Befragung nach dem psychischen Gesundheitszustand ein Ergebnis von 43,5% von „sehr gut“ und gut“ während quasi ein Viertel (25,4%) meint er sei „schlecht“ oder „sehr schlecht“ (Médicines de Monde, 2019). Einen einordnenden

Vergleich erlaubt die Erhebung des selbst empfundenen Gesundheitszustands durch eurostat mit den Ergebnissen für das Jahr 2018. Die Schätzungen ergeben für die Kategorien „sehr gut“ und „gut“ Werte von 68,4% und für „schlecht“ und „sehr schlecht“ Werte von 8,5% (eurostat, 2020), was zeigt, dass Nichtversicherte ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als schlecht empfinden. Dass die Einordnung des eigenen Gesundheitszustands als „schlecht“ mit einer höheren Mortalität einhergeht, und somit als Risikofaktor gerade in der vulnerableren Gruppe der Nichtversicherten zu sehen ist, zeigt eine Meta-Analyse der englischen Literatur (DeSalvo et al., 2006).

Castañeda zeigt anhand Untersuchungen einer Anlaufstelle in Berlin, die während des Studienzeitraums 183 Patient\*innen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität betreut haben, auf, dass auch das Leben in der Illegalität als Risikofaktor für die Gesundheit gesehen werden kann. Zudem identifiziert sie vier Problemfelder dieser Personengruppe im Zugang zu medizinischer Versorgung, die grundsätzlich auf die Situation von Nichtversicherung zu übertragen sind: Einschränkungen in der Qualität und Anzahl der Konsultationen bei Schwangeren, Müttern und Kindern, Probleme im regelmäßigen Bezug von Medikamenten bei chronisch Erkrankten und die späte Hilfsuche bei Verschlechterung, Probleme in der Notfallversorgung und fehlende Hilfsangebote für Stress- und Angsterkrankungen (Castañeda, 2009). Auch stößt man immer wieder auf Fallberichte und Interviews mit Betroffenen und Expert\*innen, in denen klar wird, dass Nichtversicherte lange zuwarten, bis ärztliche Hilfe aufgesucht wird. Auch Krankenhausaufenthalte werden aus Unsicherheit, Unwissenheit über Regelungen im Notfall und Angst gemieden (Vogel et al., 2009) oder es ist nur durch hohen persönlichen Aufwand durch Unterstützende möglich, einen stationären Aufenthalt überhaupt zu ermöglichen (Amjahid, 2020). Die Verschleppung und Chronifizierung von Krankheiten wird außerdem dadurch unterhalten, dass oftmals die Kontinuität der Behandlung nicht möglich ist und Kosten für Medikamente nicht gezahlt werden können. Unkenntnis über teilweise bestehende Hilfsangebote, Schwellenangst und bei Migrant\*innen auch Sprachschwierigkeiten und kulturelle Diversität stehen einer erfolgreichen Behandlung gegenüber und unter Berücksichtigung der oftmals schlechteren Genesungsbedingungen entsteht so das Bild einer im Krankheitsfall vulnerablen Gruppe (Tolsdorf, 2008).

Eine besonders betreuungsintensive Gruppe innerhalb der Nichtversicherten bilden die Schwangeren, die oft eine über die gynäkologische Versorgung hinausgehende Unterstützung benötigen, wobei sich auch hier das Phänomen zeigt, dass Hilfe erst im späteren Verlauf der Schwangerschaft, oftmals ohne vorherige Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen wird (Franz, 2006). Eine Befragung acht schwangerer Bulgarinnen ohne Krankenversicherung in Mainz zeigte, dass alle Befragten mindestens einmal einen Arztbesuch aufgrund Geld- oder Informationsmangel vermieden haben, was zu teils lebensbedrohlichen Notfällen in der Schwangerschaft führen kann (Everts, 2016).

Auch im Hinblick auf Infektionskrankheiten zeigen sich Schwierigkeiten in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Am Beispiel von HIV-Positiven und AIDS-Kranken afrikanischen Migrantinnen kann exemplarisch gezeigt werden, wie aufenthaltsrechtliche Barrieren, Unkenntnis, kulturelle und sprachliche Diversität und auch Angst vor Behörden dazu führen, dass Kontakt zu medizinischen Institutionen erst später im Akutfall aufgesucht wird (M'bayo, 2009). Eine Studie zu HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen unter in Deutschland lebenden Migrant\*innen aus Subsahara-Afrika zeigt, dass bei Menschen mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz oder ohne Versicherung nur 55,3% zu einem Arzt gehen bei gesundheitlichen Beschwerden, wohingegen der Anteil bei regulär Versicherten bei über 90% liegt (Koschollek et al., 2017). Der Anteil der HIV-Diagnosen mit fortgeschrittenem Immundefekt HIV-Infizierter nicht-deutscher Herkunft liegt je nach Herkunft zwischen 30 und 45% und auch das Robert-Koch-Institut fordert für alle in Deutschland lebenden Menschen - sowohl aus der individualmedizinischen Sicht, als auch aus der Public-Health Perspektive heraus - einen Zugang zu einer Therapie möglich zu machen (Marcus et al., 2019: S. 488 + 492). Dabei besteht kraft Gesetzes (vgl. Kap. 2.1.3.) die Möglichkeit einer kostenlosen Testung und einer ambulanten Therapie ansteckender Erkrankungen. Dass jedoch große Unterschiede in der Handhabung zur Behandlungsoption nach §19 IfSG in den Gesundheitsämtern vorliegen und man von einer flächendeckenden Versorgung weit entfernt ist, zeigt eine bundesweite Befragung zu Kontakt und Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung in den Gesundheitsämtern <sup>1</sup> (Mylius and Frewer, 2014). Insbesondere die aktuelle SARS-CoV-2 Pandemie verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass

---

<sup>1</sup> Eine persönliche Nachfrage beim hiesigen Gesundheitsamt Mainz-Bingen ergab, dass es für HIV-Infizierte ohne Krankenversicherung keine Behandlungsoption gibt.

kein Mensch einen Arztbesuch oder die Möglichkeit einer Infektionsdiagnostik meiden sollte. Darauf macht auch der Generaldirektor der World Health Organisation (WHO) T.A. Ghebreyesus aufmerksam und fordert kostenfreie Test- und Behandlungsmöglichkeiten für COVID-19 Erkrankte unabhängig von Versicherung, Staatsbürgerschaft oder Aufenthaltsstatus (Ghebreyesus, 2020).

Eine ökonomische Modellrechnung, die einerseits die Kosten einer regulären Hypertensionstherapie sowie einer regulären Schwangerschaftsfürsorge in Vergleich setzt mit Kosten, die durch Spätfolgen des erhöhten Blutdrucks (Schlaganfall, Herzinfarkt) und Kosten, die durch eine mangelnde Schwangerschaftsvorsorge, wie vermindertes Geburtsgewicht, als Folge entstehen würden, in Vergleich setzt, kommt zu dem Ergebnis, dass eine regelhafte präventive Versorgung letztendlich kostensparender ist, als lediglich eine Notfallversorgung (FRA - European Union Agency for Fundamental Rights, 2015). Eine in ihrer Art einzigartige quasi-experimentelle Studie untersuchte in einem Zeitraum von 20 Jahren, zwischen 1994 und 2013, die pro Kopf Gesundheitsausgaben von Asylbewerber\*innen mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsleistungen (nach §4 und §6 AsylbLG, vgl. Kap. 2.1.3.) und Asylbewerber\*innen mit regulärem Zugang zum Gesundheitswesen nach §2 AsylbLG in Deutschland. Außer in 2 Jahren des Beobachtungszeitraum wurden signifikant höhere Gesundheitsausgaben in der Gruppe der Asylbewerber\*innen festgestellt, die lediglich einen eingeschränkten Zugang haben, was sich nicht durch Unterschiede in der Bedürftigkeit erklären lässt (Bozorgmehr and Razum, 2015). Es zeigt sich somit, dass eine Eingliederung von bisher nicht krankenversicherten Menschen in die Regelversorgung nicht nur zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung führen kann, sondern es auch aus ökonomischer Perspektive, in Anbetracht der Gesamtkosten chronifizierter Krankheiten oder fehlender Prävention und der trotz Einschränkungen im Zugang zum Gesundheitssystem hohen Kosten einer restriktiven Gesundheitspolitik, sinnvoll erscheint.

## 2.3 Hilfsstruktur

### 2.3.1 Bundesweit

Mittlerweile hat sich in ganz Deutschland eine regional variierende Hilfsstruktur für Menschen ohne regulären Zugang zum Gesundheitssystem entwickelt. Diese ist vor allem in den größeren Städten organisiert, in denen teilweise mehrere Akteure Angebote haben. Im Folgenden sollen kurz die wesentlichen Anlaufstellen vorgestellt werden.

#### Humanitäre Sprechstunden

Aufgrund größerer Migrationsbewegungen nach Deutschland in den 90er Jahren haben sich seitdem in wenigen größeren Städten sogenannte humanitäre Sprechstunden etabliert, die an die ansässigen Gesundheitsämter angegliedert sind. Die Versorgung ist für Menschen ohne Krankenversicherung kostenlos und auf Wunsch anonym. Sie umfasst meist den Umfang einer allgemeinmedizinischen Versorgung, teilweise gibt es zusätzliche Schwangeren-, Infektions-, und Kindersprechstunden.

Humanitäre Sprechstunden gibt es momentan in Bremen, Frankfurt am Main, Wiesbaden, Kassel und Bremerhaven.

#### Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM)

Die Angebote einer kostenlosen ambulanten Versorgung der Malteser Migranten Medizin waren im Gründungsjahr 2001 vorwiegend für Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität gedacht, wobei die meisten Patient\*innen mittlerweile legal in Deutschland leben. Die Versorgung wird von ehrenamtlich arbeitenden Ärzt\*innen und weiterem medizinischen Fachpersonal angeboten. Kosten u.a. für Medikamente werden durch Spenden finanziert. Mittlerweile gibt es Sprechstunden der MMM in 20 Städten in Deutschland<sup>1</sup>.

#### Medinetze / Medibüros / Medizinische Flüchtlingshilfen

Die bundesweit vernetzten Medinetze<sup>2</sup> verstehen sich als Vermittlungsstelle für Geflüchtete, Migrant\*innen und Menschen ohne Papiere und vermitteln an Ärzt\*innen

---

<sup>1</sup> Weitere Infos unter <https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung.html>

<sup>2</sup> Gemeint sind stets auch Medibüros und die medizinischen Flüchtlingshilfen

der Regelversorgung, Psychotherapeut\*innen, Krankenhäuser, Migrationsberatungen und weitere, die teilweise unentgeltlich behandeln oder durch Spenden finanziert werden. Die jeweils lokal unterschiedlich organisierten Medinetze eint, dass sie sich als Menschenrechtsinitiativen zum Menschenrecht auf gesundheitliche Versorgung sehen und kein Parallelsystem etablieren wollen. So ist politische Arbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzungsarbeit, Weiterbildung und Weiteres Teil des Selbstverständnisses dieser Organisationen. Nach aktuellem Stand gibt es 37 solcher Initiativen<sup>1</sup>.

Darüber hinaus gibt es eine größere Vielfalt diverser Organisationen/Ambulanzen, teilweise caritativer oder diakonischer Art, teilweise in mehreren Städten Deutschlands aktiv, teils ehrenamtlich geführt und teils mit angestellten Fachkräften aufgestellt.

### Clearingstellen

Clearingstellen, die speziell Menschen mit unklarem oder keinem Krankenversicherungsstatus beraten, sind eine relative Neuheit. Da es für eine Clearingstelle mit dem Schwerpunkt Krankenversicherung auf Bundesebene keinen politischen Konsens gibt, wird dieses sozialarbeiterische Beratungsangebot nun in einigen Städten Deutschlands angeboten und entweder durch das Bundesland oder die Stadt finanziert. So finanzierte NRW als erstes Land im Jahr 2016 fünf Clearingstellen<sup>2</sup>, die von verschiedenen lokalen Projektträgern getragen werden. In den ersten drei Projektjahren gab es landesweit weit über 10.000 Beratungskontakte (Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 2019). In den Städten Berlin, Leipzig und München verfügen die Clearingstellen bzw. der jeweilige Projektträger darüber hinaus über einen sogenannten Behandlungsfond. Bleibt ein Clearing also erfolglos oder dauert an, können Kosten, die für medizinische Behandlungen anfallen, über diese Fonds abgerechnet werden. In Thüringen läuft das Projekt „anonymer Krankenschein“, womit Unversicherte anonym gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen können. Auch diesem Projekt ist eine landesweite Clearingstelle angegliedert. In Bremen und Frankfurt a.M. sind die Clearingstellen dem jeweiligen Gesundheitsamt angegliedert, welche zudem eine humanitäre Sprechstunde anbieten.

---

<sup>1</sup> Der Autor ist seit 2016 aktives Mitglied bei Medinetz Mainz e.V. und seit 2019 Teil des ehrenamtlichen Vorstands. Weitere Infos zu den Medinetzen: <http://gesundheit-gefluechtete.info/>

<sup>2</sup> In Dortmund, Duisburg Gelsenkirchen, Köln und Münster

### 2.3.2 In Rheinland-Pfalz

In folgenden Orten in Rheinland-Pfalz sind verschiedene niederschwellige Hilfsstrukturen aktiv, die sich im Spezifischen um Menschen ohne geregelte Zugangsmöglichkeiten zum deutschen Gesundheitssystem kümmern:

- Mainz

Den Mammutanteil in der Versorgung von Menschen mit eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem in Mainz leistet der Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V., der neben dem mobilen und aufsuchenden „Mainzer Modell der gesundheitlichen Versorgung von wohnungslosen Menschen“ auch die „Ambulanz ohne Grenzen“, eine offene medizinische Sprechstunde mehrerer Fachrichtungen als auch Psycho- und Physiotherapie sowie eine Hebammensprechstunde anbietend, unterhält. Dieser Verein ist Projektträger der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz.

Die zweite Anlaufstelle in Mainz ist der Verein Medinetz Mainz e.V., welcher seit 2006 aktiv ist.

- Ludwigshafen

Seit Herbst 2013 bietet das Projekt „Street Doc“, in Trägerschaft der Ökumenischen Fördergemeinschaft Ludwigshafen, an drei Standorten in der Stadt neben psychosozialer Beratung eine niederschwellige allgemeinmedizinische und zahnärztliche spendenfinanzierte Versorgung an. Die Anbindung unterversorgter Personengruppen an medizinische Einrichtungen und die Wiedereingliederung in die bestehenden Sozialversicherungssysteme sind Ziele der Gemeinwesenarbeit und explizit auch dieses Projekts.

- Koblenz

2015 hat sich das zweite Medinetz in Rheinland-Pfalz in Koblenz gegründet. Bis dahin gab es in Koblenz keinen derartigen Verein oder Organisation.

- Worms

In Worms bietet der durch die dortige Caritas getragene sog. Gesundheitsladen einmal wöchentlich eine allgemeinärztliche Sprechstunde für Menschen in der

Obdachlosigkeit, prekären Armutsverhältnissen und ohne Versicherungsschutz an. Neben koordinierenden Hauptamtlichen wird das medizinische Angebot durch Ehrenamt ermöglicht.

- Trier

In Trier bietet die „Villa St. Vinzenz“ unter anderem auch eine niederschwellige ärztliche Sprechstunde an. Projektträger ist in diesem Fall das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder von Maria Hilf, als Zielgruppe werden insbesondere wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen angesprochen.

### 3 Fragestellung

Ziel der Dissertation ist es mithilfe deskriptiver Statistik anhand Daten der Mainzer Clearingstelle deren Inanspruchnahme, sowie die Grundsituation von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland zu beschreiben und zu überprüfen, wie erfolgreich die sozialarbeiterische Intervention einer Clearingberatung ist. Dabei soll untersucht werden, welche Faktoren Einfluss auf den Erfolg des Clearings nehmen, sowie Gründe offenzulegen, die eine Eingliederung in das Krankenversicherungssystem verhindern. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse sollen weitere Handlungsmöglichkeiten erörtert werden. Zudem werden Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie auf die Beratungstätigkeit mit einbezogen.

Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- 1) Wie war die Inanspruchnahme der Clearingstelle im Beobachtungszeitraum?
- 2) Welche soziodemographischen Merkmale und Umstände lagen bei den Konsultationen vor?
- 3) Wie hoch ist die Quote der Beratungen, die letztendlich zu einer Absicherung im Krankheitsfall führen?
- 4) Welche Faktoren verhindern das Zustandekommen eines Krankenversicherungsverhältnisses?
- 5) Welche Auswirkungen hat die COVID-19 - Pandemie auf die Arbeit der Clearingstelle?
- 6) Wie könnte man, basierend auf den Erkenntnissen der vorangegangenen Untersuchungen, dem Ziel einer Gesundheitsversorgung für alle näher kommen?

## 4 Material und Methoden

Im Dezember 2018 wurde von der Landesregierung Rheinland-Pfalz die Einrichtung einer Clearingstelle als Modellprojekt beschlossen (Landtag Rheinland-Pfalz, 2018), wobei Träger der Clearingstelle der Verein Armut und Gesundheit e.V. ist und die Finanzierung des Projekts, welches mit zwei  $\frac{3}{4}$ -Stellen sozialarbeiterisch besetzt ist, vorerst vom 01.09.2019 bis 31.12.2020 begrenzt ist.

Vor Beginn der Auswertungen erfolgte eine Kontaktaufnahme mit der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, die feststellte, dass aufgrund der retrospektiven Auswertung eines anonymisierten Datensatzes kein Votum der hiesigen Ethik-Kommission erforderlich ist.

Zur Beantwortung der oben aufgeführten Fragen werden Beratungsfälle in die Untersuchung eingeschlossen, die zwischen dem 02.09.2019 und dem 29.12.2020 bei den Mitarbeitenden der Clearingstelle vorstellig wurden. Dabei wurden Fälle erfasst, die persönlich beraten wurden, die sich persönlich per E-Mail oder Telefon gemeldet haben oder bei denen sich ein Dritter (Bekanntschaft oder andere Beratungsstelle) aufgrund einer Beratung hinsichtlich Krankenversicherungsschutz gemeldet haben. Ausgeschlossen wurden weitere Fälle der sozialen Beratung, die im Rahmen der Vereinstätigkeit von anderen Mitarbeitenden durchgeführt wurden, auch wenn bei der Beratung ein fehlender Krankenversicherungsschutz dokumentiert wurde.

Die Datenerfassung erfolgte über ein eigens für die Clearingstelle programmierte Software. Ein Exemplar des Erfassungsbogens ist dem Anhang beigelegt (siehe Kap. 8.3). Dabei wurden Beginn und Abschluss der Beratung, sowie diverse kategoriale und nominale Daten erfasst und von den Mitarbeitenden der Clearingstelle eingetragen. Dabei wurde das Geschlecht, das Alter in Altersklassen, das Herkunftsland (nominal sowie kategorial nach Deutschland, EU-Staat, Drittstaat), der Aufenthaltstitel, Beratung in Deutsch, der aktuelle Versicherungsstatus, das Versicherungsrechtliche Problem, der Konsultationsgrund, die Weitervermittlung, Gründe des Scheiterns, sowie der erfolgreiche Klärungsgründe dokumentiert.

Die jeweiligen Daten wurden durch eine zufällige Vergabe einer Nummer pseudonymisiert, wobei eine Entschlüsselung nur durch Mitarbeitende der

Clearingstelle möglich ist. Außerhalb der Beratungstätigkeit wurden die Daten nur anonymisiert analysiert, wodurch der Datenschutz sichergestellt wurde.

Die soziodemographischen Merkmale (Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Aufenthaltsstatus) und die Umstände (aktueller Versicherungsstatus, versicherungsrechtliches Problem, Konsultationsgründe) der Beratungssuchenden wurden deskriptiv als absolute und relative Häufigkeiten ausgewertet und dargestellt, wobei die nach Staatsangehörigkeit stratifizierten Gruppen weitergehend analysiert wurden. Die Darstellung der Beratungen im zeitlichen Verlauf erfolgt nach Quartalen. Korrelationen kategorialer oder dichotomer Daten wurden anhand von Chi-Quadrat und binär logistischer Regression untersucht. Dabei wurde eine statistische Signifikanz anhand des Korrelationskoeffizienten nach Pearson berechnet, wobei die Signifikanz erfüllt war, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5% lag.

Die Personendaten wurden dabei mit Microsoft Excel, Version 2102, und IBM SPSS Statistic, Version 27, verarbeitet.

Neben der deskriptiven statistischen Analyse wurden qualitative, semistrukturierte Interviews mit den Mitarbeitenden der Clearingstelle geführt. Diese wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen und selbstständig inhaltsgetreu transkribiert. Der genutzte Interviewleitfaden ist im Anhang hinterlegt. Eine Einverständniserklärung der interviewten Personen mit Zustimmung der Veröffentlichung liegt vor.

# 5 Ergebnisse

## 5.1 Soziodemographische Merkmale

Im Beobachtungszeitraum September 2019 bis Dezember 2020 wurden 349 Menschen beraten. Dabei zeigt sich, dass ab dem 2. Quartal 2020 im Vergleich zur Anfangszeit ein Rückgang der Konsultationen zu beobachten ist. Zu beachten ist, dass im 3. Quartal 2019 lediglich der Monat September abgebildet ist. Die genaue Darstellung der Konsultationen über die Quartale ist in Tabelle 3 dargestellt.

*Tabelle 3: Konsultationen nach Quartalen*

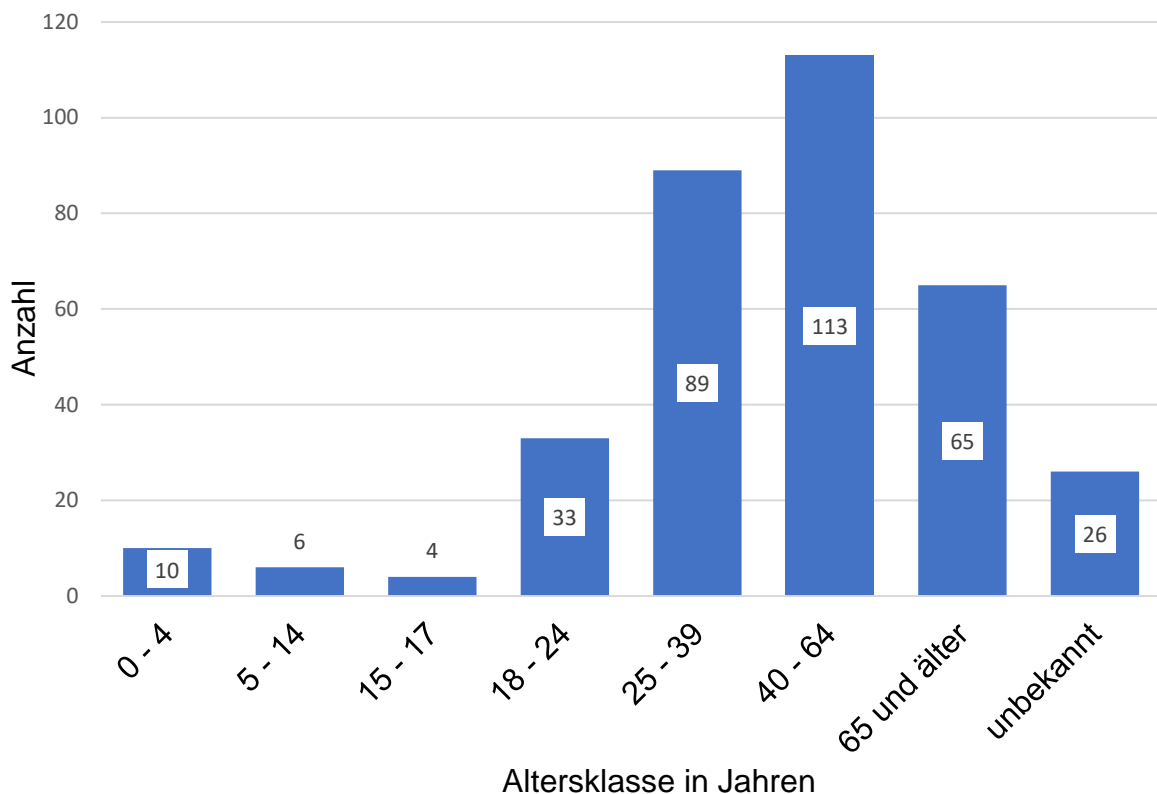
Anzahl		Konsultationen		
		Jahr		Gesamt
		2019	2020	
Quartal	1	0	84	84
	2	0	59	59
	3	38	41	79
	4	78	49	127
Gesamt		116	233	349

Bei einem Beobachtungszeitraum von 70 Kalenderwochen sind dies durchschnittlich ziemlich genau 5 Konsultationen pro Woche. Diese quantitative statistische Analyse wird durch eine Aussage aus den durchgeführten Interviews mit der Aussage bestätigt, es gebe jeden Tag eine neue Fragestellung, wobei zudem auf die damit verbundene Arbeitsbelastung hingewiesen wird, die als hoch eingeschätzt wird (siehe Kap. 8.2.).

Mit 56,7% (n=198) war die Mehrheit der Beratungssuchenden männlich. 150 der dokumentierten Beratungsfälle waren weibliche Klientinnen, was einen Anteil von 43% ausmacht. Bei einer Person war das Geschlecht nicht angegeben.

Die Verteilung auf die Altersklassen zeigt Abbildung 1.

Abbildung 1: Altersverteilung nach Altersklassen der Beratungssuchenden

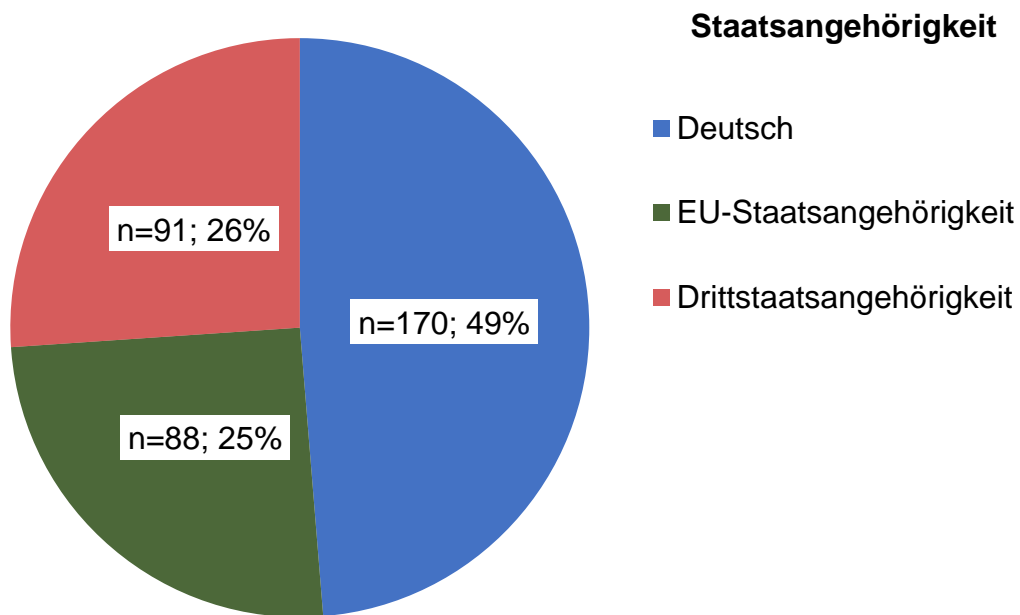


Die große Mehrheit der hinsichtlich des Alters auswertbaren Beratungskontakte war volljährig (93,75%), wobei ein nicht unerheblicher Anteil der Grundgesamtheit (20,32%) bereits im Rentenalter war. Bei 26 Klient\*innen lag keine Angabe zum Alter vor.

2 Menschen sind innerhalb des Erhebungszeitraums nach Kontaktaufnahme mit der Clearingstelle verstorben, wobei aus datenschutzrechtlichen Gründen auf weitere Aussagen zu den Begleitumständen verzichtet wird. In einem Fall gab es eine Beratung zu einer Person, die bereits verstorben war.

Mit 51,3% besaß die Mehrheit der Klienten nicht die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Gruppe der Beratungssuchenden deutscher Staatsangehörigkeit ist mit 48,7% (n=170) dennoch die mit Abstand größte Gruppe hinsichtlich der Staatsangehörigkeit. Die Gruppen der EU-Bürger\*innen und Drittstaatsangehörigen sind dagegen in etwa gleich groß. Die Verteilung der Beratungskontakte nach Staatsangehörigkeit ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Kreisdiagramm Staatsangehörigkeit



Dass ein wesentlicher Anteil der Arbeit der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz bedeutet Menschen mit Migrationshintergrund in kranken- und sozialversicherungsrechtlichen Problemlagen zu beraten, wird durch den Anteil der Beratungen, die nicht in deutscher Sprache erfolgten, der bei 17,5% (n=61) lag, indiziert. Mit 82,5% fanden dennoch die große Mehrheit der Beratungen in deutscher Sprache statt.

Tabelle 4 stellt dar, welche Nationalitäten die Beratungssuchenden hatten. Dabei wird nach deutschen Staatsangehörigen, EU-Staatsangehörigen und Drittstaatsangehörigen kategorisiert und in absteigender Anzahl nach Beratungskontakten einer Nationalität sortiert.

*Tabelle 4: Nationalität der Beratungssuchenden*

Deutsche Staatsangehörigkeit					
	N	%	N	%	
Deutschland	170	48,7%	Afghanistan	3	0,9%
EU-Staatsangehörigkeit			Brasilien	3	0,9%
	N	%	China	3	0,9%
Rumänien	22	6,3%	Iran	3	0,9%
Bulgarien	19	5,4%	Moldawien	3	0,9%
Polen	18	5,2%	Pakistan	3	0,9%
Kroatien	7	2,0%	Somalia	3	0,9%
Ungarn	4	1,1%	Armenien	2	0,6%
Spanien	3	0,9%	Bosnien-Herzegowina	2	0,6%
Frankreich	2	0,6%	Kamerun	2	0,6%
Griechenland	2	0,6%	USA	2	0,6%
Großbritannien	2	0,6%	Ägypten	1	0,3%
Litauen	2	0,6%	Aserbajdschan	1	0,3%
Italien	1	0,3%	Guinea	1	0,3%
Luxemburg	1	0,3%	Honduras	1	0,3%
Portugal	1	0,3%	Kasachstan	1	0,3%
Tschechien	1	0,3%	Kolumbien	1	0,3%
unbekannt	3	0,9%	Kosovo	1	0,3%
Drittstaatsangehörigkeit			Mazedonien	1	0,3%
	N	%	Russland	1	0,3%
Syrien	7	2,0%	Schweiz	1	0,3%
Marokko	6	1,7%	Singapur	1	0,3%
Türkei	6	1,7%	Tansania	1	0,3%
Vietnam	6	1,7%	Tunesien	1	0,3%
Albanien	5	1,4%	Uganda	1	0,3%
Ghana	5	1,4%	Ukraine	1	0,3%
Nigeria	5	1,4%	Usbekistan	1	0,3%
Serbien	4	1,1%	unbekannt	2	0,6%

Es zeigt sich, dass sich ein Viertel (25,2%) der Beratungen auf EU-Bürger\*innen entfiel, unter denen 14 verschiedene Herkunftsländer vertreten waren. Auffallend dabei ist die Überrepräsentation der drei am häufigsten vertretenen EU-

Herkunftsstaaten Bulgarien, Rumänien und Polen, die innerhalb der Klienten aus EU-Staaten einen Anteil von zwei Dritteln (67,1 %) ausmachen. Interessant ist weiterhin die Unterscheidung innerhalb dieser Gruppe nach Freizügigkeitsberechtigung. So waren 68,2% (n=60) der EU-Bürger\*innen freizügigkeitsberechtigt, während dies 27,3% (n=24) formal nicht waren, wobei unter den Beratungssuchenden der Clearingstelle kein Fall dokumentiert ist, wo der Verlust der Freizügigkeit durch eine Ausländerbehörde festgestellt wurde (Vgl. Kap. 2.1.2).

Deutlich differenzierter stellt sich die Verteilung der Beratungen bei Drittstaatsangehörigen dar. Beratungssuchende mit Drittstaatsangehörigkeit, die einen Anteil von 26,1% ausmachen, sind hinsichtlich Staatsangehörigkeit eine inhomogene Gruppe, in der 35 verschiedene Herkunftsländer dokumentiert wurden, wobei die am häufigsten vertretenen Nationen Syrien (n=7), Marokko, Türkei und Vietnam (jeweils n=6) sind.

Bei Drittstaatsangehörigen, bei denen bereits bei der Analyse nach Staatsangehörigkeit ein vielfältigeres Bild aufgetreten ist, zeigt sich auch bei der Unterteilung nach Aufenthaltstitel eine größere Diversität. Die Häufigkeitsverteilung der Aufenthaltstitel bei Drittstaatsangehörigen ist in absteigender Häufigkeit in Tabelle 5 dargestellt.

*Tabelle 5: Aufenthaltstitel bei Drittstaatsangehörigen*

<b>Aufenthaltstitel</b>		
	N	%
Aufenthaltserlaubnis (§ 16-36 a AufenthG)	31	34,1%
irregulärer Aufenthalt (§15 AufenthG)	24	26,4%
Sonstiges	7	7,7%
Ausreisepflichtig mit Duldung (§ 60,60 a,60 b, AufenthG)	4	4,4%
Drittstaat Besuchervisum (§ 6 AufenthG)	4	4,4%
Anerkannter Flüchtling (§ 60 Abs. 1 AufenthG, §§ 3-3e AsylG)	3	3,3%
Aufenthaltsgestattung (Durchführung Asylverfahren, § 55 AsylG)	3	3,3%
Drittstaat visumsfrei (Albanien, Bosnien, Georgien, Montenegro; 90 Tage)	2	2,2%
Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)	2	2,2%
EWB-Bürger*in, freizügigkeitsberechtigt	1	1,1%
Fiktionsbescheinigung	1	1,1%
Unbekannt	9	9,9%

Außer der Niederlassungserlaubnis sind alle anderen Aufenthaltstitel befristet und die Verlängerung an jeweilige Bedingungen geknüpft. Besonders hervorzuheben ist die Gruppe der Menschen mit irregulärem Aufenthalt (vgl. Kap. 2.1.3), von denen 24 im Beobachtungszeitraum der Clearingstelle vorstellig wurden und innerhalb der Drittstaatsangehörigen die zweitgrößte Untergruppe bilden.

### **5.1.1 Umstände der Beratungssuchenden**

Wie in Kapitel 2.1 aufgezeigt, gibt es viele Möglichkeiten einer Absicherung im Krankheitsfall. Tabelle 6 stellt dar, wie der Krankenversicherungsstatus der Menschen war, als sie zum ersten Mal Kontakt mit der Clearingstelle Krankenversicherung aufgenommen haben.

*Tabelle 6: Aktueller Versicherungsstatus bei Erstkontakt*

<b>Versicherungsstatus bei Erstkontakt</b>		
	N	%
keiner oder unklar	217	62,2%
GKV	78	22,3%
PKV	31	8,9%
Auslandsreisekrankenversicherung	10	2,9%
EHIC	4	1,1%
AsylbIG ohne Gesundheitskarte	1	0,3%
Fehlende Angabe	8	2,3%

Bei mehr als der Hälfte der Beratungen lag bei den Betroffenen zunächst kein Versicherungsverhältnis vor bzw. war unklar. Ca. ein Drittel konnten diesen in Deutschland gängigen Systemen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zugeordnet werden. Damit machen diese beiden Kategorien die große Mehrzahl der Beratungen aus. 75 Menschen meldeten sich bei der Clearingstelle aufgrund von Beitragsschulden bei einer Krankenversicherung. In der Mehrheit der Fälle (n=50) lagen diese bei einer gesetzlichen, in 19 Fällen bei einer privaten Krankenversicherung vor. Absicherungen für vorübergehende Aufenthalte in der Bundesrepublik Deutschland wie die EHIC oder eine Auslandskrankenversicherung schienen eher eine untergeordnete Rolle in der Beratungstätigkeit zu spielen, genauso wie es nur eine einzige Beratung für Menschen gab, die über das Sondersozialsystem des Asylbewerberleistungsgesetzes abgesichert sind.

In Tabelle 7 wird dokumentiert, welche weiteren Problemfelder und/oder Umstände bei den von der Clearingstelle beratenen Menschen zusätzlich zu einem krankenversicherungsrechtlichen Problem vorlagen. Mehrfachantworten sind dabei möglich. Die Prozentzahl bezieht sich auf die Grundgesamtheit der Beratungssuchenden (n=349).

*Tabelle 7: Relevante Probleme und Umstände neben der Absicherung im Krankheitsfall*

<b>Häufigkeiten relevanter Probleme/Umwstände</b>		
	N	%
Gesundheit	195	55,9%
Soziale Absicherung	157	45,0%
Kosten Krankenhaus	71	20,3%
Schulden	55	15,8%
Aufenthaltsrechtliches Problem	52	14,9%
Psychosoziale Probleme	39	11,2%
Bestehende Schwangerschaft	39	11,2%
Wohnen	35	10,0%
Kein Sozialleistungsanspruch	18	5,2%
Arbeit	8	2,3%

Es zeigt sich, dass mehr als die Hälfte der Personen, die zur Beratung die Clearingstelle aufsuchten, bereits ein bestehendes gesundheitliches Problem hatten, während es zu einer Beratung hinsichtlich des Krankenversicherungsschutzes kam. Fünf Menschen mussten aufgrund der gesundheitlichen Situation in ein Krankenhaus vermittelt werden. Hinzu kommen 39 Frauen, die zum Beratungszeitpunkt schwanger waren. Bei 71 Menschen lagen bereits Rechnungen aufgrund einer Krankenhausbehandlung vor, 75 Menschen meldeten sich wegen Beitragsschulden bei ihrer Krankenversicherung, somit lag bei 41,8% der Fälle bereits eine Verschuldung bei Krankenversicherung oder einem medizinischen Leistungserbringer vor.

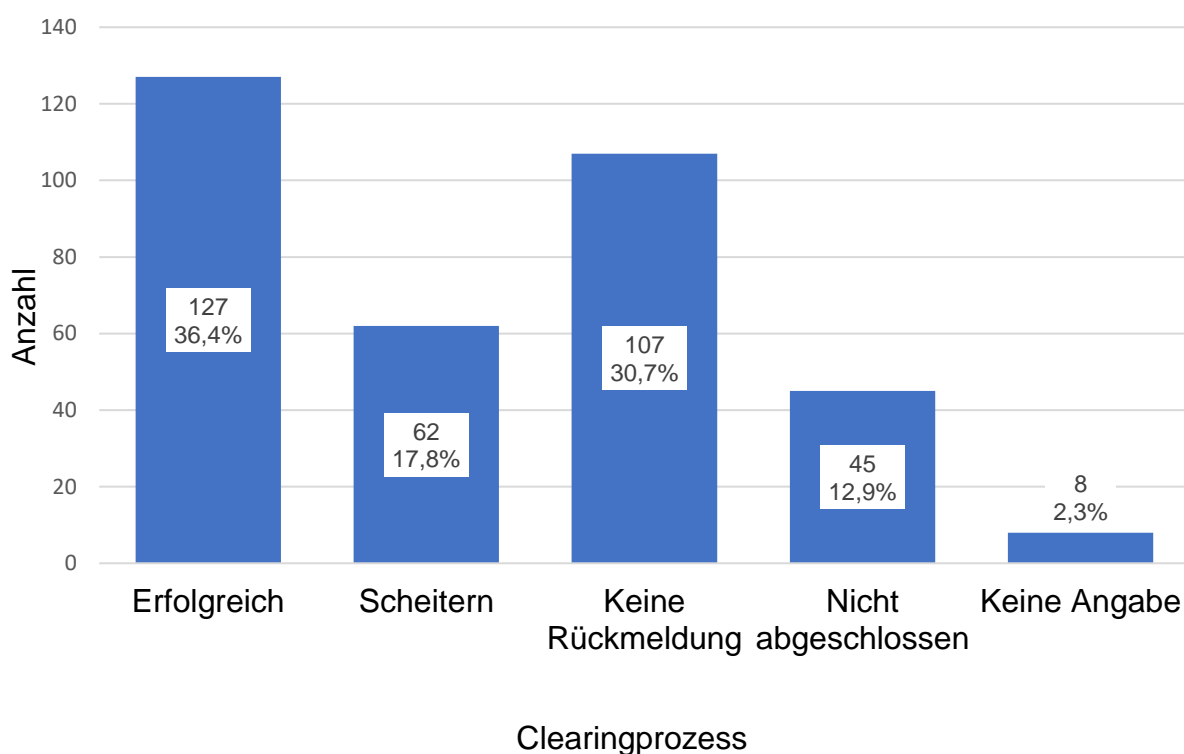
Die mit den Mitarbeitenden durchgeführten Interviews bestätigen die statistische Datenanalyse in der Beobachtung, dass zum Beratungszeitpunkt oftmals schon eine gesundheitliche oder auch finanzielle Problematik besteht. So wird geschätzt von einem Mitarbeitenden der Clearingstelle geschätzt, dass lediglich ca. 10% der Beratungskontakte sich in einem guten Gesundheitszustand melden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass für eine Beratung hinsichtlich Krankenversicherung weitere, wie die in Tabelle 7 aufgeführten, Kontextfaktoren von Bedeutung seien und dass das Zustandekommen von fehlender Absicherung im Krankheitsfall mit durch Armut und Hilfsbedürftigkeit bedingt sei (siehe Kap. 8.1 und 8.2).

## 5.2 Das Clearing

304 der 349 Fälle galten innerhalb des Datenerhebungszeitraums als abgeschlossen, was heißt, dass die Beratung an sich vollständig war und es keiner weiteren Beratung bedurfte. Bei 110 dieser Fälle gab es keine Rückmeldung an die Clearingstelle, welchen Verlauf die versicherungsrechtliche Beratung genommen hat. Dabei werden Fälle eingeschlossen, die als persönlicher Kontakt beraten wurden, die sich über das ganze Bundesland verteilt über Telefon oder E-Mail gemeldet haben oder Fälle, bei denen eine andere Beratungsstelle den Kontakt mit der Clearingstelle mit Bitte zur krankenversicherungsrechtlichen Beratung aufgenommen hat. Dabei ist zu beachten, dass Anfragen teils sehr unterschiedlich sind und das Clearing als Prozess zu betrachten ist. So wird im Interview 1 darauf hingewiesen, dass die Clearingberatung sehr individuell und abhängig von Möglichkeiten, Rechten und Compliance des Beratenen sei und geschätzt, dass die Dauer einer abgeschlossenen Beratung im Durchschnitt zwischen drei und sechs Monaten liege (siehe Kap. 8.1). Im zweiten Interview wird diesbezüglich ergänzt, dass in der Regel mindestens 4 Beratungskontakte stattfänden. Dabei gäbe es auch besondere Fälle, von denen man eher von einer Begleitung statt Beratung zu sprechen habe, da diese mitunter über eine Dauer eines Jahres im Kontakt mit den Mitarbeitenden der Clearingstelle seien (siehe Kap. 8.2).

In Abbildung 3 wird dargestellt, wie sich der Stand der Beratungen im Clearingprozess zum Ende des Beobachtungszeitraums darstellt.

Abbildung 3: Stand des Clearingprozesses insgesamt



Mit 127 von 349 macht der Anteil der erfolgreichen Beratungen den größten Anteil aus. 62 Clearing-Beratungen gelten als gescheitert. 45 Beratungen galten zum Ende des Erhebungszeitraums als nicht abgeschlossen. Zu ca. einem Drittel der Fälle lässt sich bezüglich des Ausgangs des Clearings keine Aussage treffen, da in der Datenerfassung keine Angabe gemacht wurde oder, was wesentlich häufiger vorkam, es keine Rückmeldung gab, inwiefern die Beratung zu einer erfolgreichen Absicherung geführt hat.

Einen Überblick zur folgenden Subgruppen-Analyse gibt Tabelle 8, in der der Stand des Clearingprozesses in Abhängigkeit der Staatsangehörigkeit dargestellt wird.

*Tabelle 8: Stand des Clearingprozesses nach Staatsangehörigkeit*

<b>Clearingprozess nach Staatsangehörigkeit</b>			
Staatsangehörigkeit		N	%
Deutsch	Erfolgreich	69	40,6%
	Scheitern	21	12,4%
	Keine Rückmeldung	60	35,3%
	Nicht abgeschlossen	15	8,8%
	Keine Angabe	5	2,9%
EU-Staatsangehörigkeit	Erfolgreich	27	30,7%
	Scheitern	20	22,7%
	Keine Rückmeldung	29	33,0%
	Nicht abgeschlossen	10	11,4%
	Keine Angabe	2	2,3%
Drittstaatsangehörigkeit	Erfolgreich	31	34,1%
	Scheitern	21	23,1%
	Keine Rückmeldung	18	19,8%
	Nicht abgeschlossen	20	22,0%
	Keine Angabe	1	1,1%

Es zeigen sich Unterschiede in den Quoten der erfolgreichen oder gescheiterten Clearing-Beratungen in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft, sowie bei Beratungen ohne Abschluss oder fehlender Rückmeldung. So liegt die Quote der erfolgreichen Beratungen bei Deutschen mit 41% über dem Durchschnitt (36%), die von EU-Bürger\*innen (31%) und auch von Drittstaatsangehörigen (34%) liegen darunter. Reziprok verhält es sich mit den Quoten der gescheiterten Beratungen. EU-Bürger\*innen und Drittstaatsangehörige liegen mit 23% gescheiterter Beratungen ca. 5% über dem Durchschnitt (17,8%), deutsche Staatsangehörige mit 12% etwa mit derselben Differenz unter dem Durchschnitt. Bei Drittstaatsangehörigen fehle bei ca. jeder fünften Beratung eine Rückmeldung, bei Deutschen und EU-Bürger\*innen war dies bei jeder dritten Beratung der Fall. Dahingegen ist die Quote der nicht abgeschlossenen Beratungen bei Drittstaatsangehörigen mit 22% teilweise mehr als doppelt so hoch als bei den anderen beiden Gruppen. Auf Besonderheiten sowie Gründe für Erfolg und Scheitern innerhalb dieser Gruppen soll im Folgenden näher eingegangen werden, wobei nun lediglich als abgeschlossen geltende Fälle in die Analyse eingehen.

### 5.2.1 Deutsche Staatsbürger

Eine grundsätzliche Unterscheidung muss hinsichtlich des versicherungsrechtlichen Problems gemacht werden, mit dem sich an die Clearingstelle gewandt wurde. Einerseits melden sich Menschen, bei denen der aktuelle Krankenversicherungsstatus unklar ist. Dieser Anteil lag bei den 155 als abgeschlossen geltenden Fällen bei 51%. Andererseits melden sich Menschen, die in einer Versicherung in einem der Versicherungssysteme angehörig sind, dort aber aufgrund von Beitragsschulden ruhende Leistungen (GKV) haben bzw. im Notlagentarif (PKV) sind, was zur Folge hat, dass eine Absicherung im Krankheitsfall nur in gewissen Situationen durch die Versicherung erfolgt (Vgl. Kap. 2.1.1). Innerhalb der abgeschlossenen Fälle lag der Anteil bei einem Drittel (32,3%). Die Situation der Beitragsverschuldung hänge von den finanziellen Möglichkeiten sowie dem Willen ab, Beiträge auch bei bestehender Gesundheit zu zahlen, wobei gesondert auf die Situation von (Solo-)Selbstständigen mit wechselndem Einkommen verwiesen wird (siehe Kap. 8.2). Zudem gebe es Deutsche, so Interviewpartner 2, die beruhend auf alten Gesetzeslagen ihre Krankenversicherung kündigen konnten und nun geschätzt seit 20 Jahren ohne Absicherung im Krankheitsfall seien, was eigentlich nicht mehr möglich sein sollte (siehe Kap. 8.2).

Die Erfolgsquote des Clearings bei deutschen Staatsbürgern liegt bei 44,5%, 13,5% der abgeschlossenen Fälle gelten als gescheitert. Bei den restlichen abgeschlossenen Fällen gab es keine Rückmeldung bzgl. Erfolgs der Beratung (38,7%) oder es wurde in der Datenerfassung keine Angabe gemacht (3,2%). Betrachtet man lediglich die Fälle mit Rückmeldung, kommt man auf eine Quote von 76,7% (n=69) erfolgreichen gegenüber 23,3% (n=21) gescheiterten Fällen.

Tabelle 9 stellt dar, in welcher Art die Absicherung bei Abschluss einer erfolgreichen Beratung erfolgte. Das System der GKV ist dabei führend, liegt in der hier analysierten Gruppe aber unter dem bundesdeutschen Durchschnitt, während mit 16% der Absicherungen durch die PKV, der Anteil größer ist als in der deutschen Gesamtbevölkerung (Vgl. Kap. 2.1).

Tabelle 9: Gründe erfolgreichen Clearings deutscher Staatsbürger\*innen

Erfolgreicher Klärungsgrund		
	N	%
GKV Pflicht	33	47,8%
Sonstiges	16	23,2%
PKV	11	15,9%
GKV Freiwillige Versicherung	6	8,7%
GKV Familienversicherung	3	4,4%

Da für Gründe des Scheiterns Mehrfachantworten möglich waren, lassen sich diese nicht direkt vergleichen. Den größten Anteil an gescheiterten Clearing-Beratungen machte eine fehlende Mitarbeit von Klient\*innen (n=13) aus. Hinzu kam der Grund Beitragsschulden (n=4), sowie der Umstand, dass 2 Klienten im Beobachtungszeitraum verstorben sind. Bei 5 Fällen lagen sonstige Gründe vor, die nicht näher spezifiziert sind.

Somit zeigt sich, dass innerhalb der Gruppe der deutschen Staatsbürger\*innen die Möglichkeit einer Versicherung formal stets gegeben ist, Schulden und drohende Verschuldung durch Beitragsnachzahlungen Hinderungsgründe für einen Wiedereintritt sind. *„Wenn es da Probleme gibt, dann hat das was mit Finanzen und Vermögen und dann noch mit persönlichen Problemen zu tun, Krankheit oder wie auch immer, Dinge die dem halt im Weg stehen“* (siehe Kap. 8.2). Dabei wird in Interview eins zudem berichtet, dass es in der Beratungspraxis teilweise schwierig sei zu vermitteln, warum es eine allgemeine Versicherungspflicht gibt, die Menschen bei Wiedereintritt in die Krankenversicherung zu Schuldner oder Schuldnerinnen mache (siehe Kap. 8.1). Hinzu kommen die angesprochenen persönliche Gründe, die zu einer Non Compliance in der Beratung führen, wie Leben auf der Straße und das Aufbewahren von Dokumenten, Suchterkrankungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Mittellosigkeit, die beispielsweise einer persönlichen Beratung in Mainz im Wege steht (siehe Kap. 8.1 und 8.2)

Diese Zusammenfassung der Interviews verdeutlichen nochmals, in welcher prekären Lebenslagen Menschen ohne Krankenversicherung sich oftmals befinden und dass es oftmals nicht möglich ist den Aspekt des Versicherungsschutzes alleinig zu betrachten.

Selbstverständlich sind die persönlichen Umstände, die zu fehlender Mitarbeit führen nicht staatsbürgerschaftsabhängig.

## 5.2.2 EU-Bürger\*innen

In der Gruppe der EU-Bürger\*innen spielt das versicherungsrechtliche Problem der Beitragsschulden eher eine geringere Rolle. Innerhalb der als abgeschlossen geltenden Fälle lag diese Situation bei 14,1% (n=11) der Beratungssuchenden vor. Da bei EU-Bürger\*innen der Status der Freizügigkeit eine wesentliche Rolle hinsichtlich der Absicherung im Krankheitsfall ist, wird dieser hier mit analysiert und in Tabelle 10 als abhängige Variable des Clearings dargestellt.

Tabelle 10: Clearing EU-Bürger\*innen

Clearingstatus (Anzahl und Prozentsatz)		Freizügigkeitsstatus			Gesamt
		Berechtigt	Nicht berechtigt	Unbekannt	
Erfolgreich	n	25	2	0	27
	%	46,3%	9,5%	0,0%	34,6%
Scheitern	n	8	12	0	20
	%	14,8%	57,1%	0,0%	25,6%
Keine Rückmeldung	n	19	7	3	26
	%	35,2%	33,3%	100,0%	37,2%
Keine Angabe	n	2	0	0	2
	%	3,7%	0,0%	0,0%	2,6%
Gesamt	n	54	21	3	78
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Es zeigt sich ein deutlicher Unterschied bezüglich des Erfolgs bzw. des Scheiterns des Clearings bei den Beratungssuchenden in Abhängigkeit der Freizügigkeitsberechtigung. So liegen bei berechtigten EU-Bürgern eine Erfolgsrate von 46,3% gegenüber 9,5% bei Nichtberechtigten vor, sowie eine Rate an

gescheiterten Beratungen von 14,8% gegenüber 57,1%. Dies bezieht sich, wie auch im vorherigen Kapitel angewandt, auf die als abgeschlossen geltenden Fälle.

Der Großteil (n=21) der erfolgreich beratenen Freizügigkeitsberechtigten konnte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert werden, eine Person bezog Überbrückungsleistungen. Lediglich von einer nichtfreizügigkeitsberechtigten Person ist ein Clearing in eine Krankenversicherung dokumentiert.

Wie bereits in Tabelle 10 zeigt sich auch in Tabelle 11, die die Gründe des Scheiterns einer Clearingberatung in Abhängigkeit der Freizügigkeitsberechtigung darstellt, ein klar erkennbarer Unterschied hinsichtlich der Freizügigkeitsberechtigung. So waren bei nicht Berechtigten die Gründe für ein Scheitern vor allem ein fehlender Sozialleistungsanspruch, als auch ein fehlendes Aufenthaltsrecht. Bei Berechtigten zeigt sich wie bei deutschen Staatsbürgern, dass der Umstand der Non Compliance am häufigsten für eine erfolgloses Clearing verantwortlich ist. Es bestand die Möglichkeit, dass mehrere Gründe auf einen Beratungsfall zutreffen.

*Tabelle 11: Gründe des Scheiterns bei EU-Bürger\*innen*

Anzahl	Gründe für Scheitern in Abhängigkeit der Freizügigkeit	
	Freizügigkeitsberechtigt	Nicht freizügigkeitsberechtigt
Kein Sozialleistungsanspruch	2	11
Keine Mitarbeit	6	3
Kein Aufenthaltsrecht	0	3
Verstorben	0	1
Sonstiges	0	1
<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>13</b>

### 5.2.3 Drittstaatsangehörige

Bei Drittstaatsangehörigen war der Anteil der Menschen, die sich bei der Clearingstelle aufgrund von Beitragsschulden gemeldet haben mit unter 10% (n=7) der abgeschlossenen Fälle geringer als bei Deutschen und EU-Bürger\*innen. Hingegen höher war die Anzahl der Schwangeren in der Gruppe der Drittstaatsangehörigen. So waren 23 der 39 Schwangeren in der Beratung Drittstaatsangehörige, die innerhalb aller Beratungssuchenden nur etwa ein Viertel ausmachten. Zudem ist anzumerken,

dass anteilmäßig etwa doppelt so viele Fälle nicht abgeschlossen waren im Vergleich mit den Gruppen der deutschen und EU-Staatsbürger\*innen.

Das Clearing der abgeschlossenen Fälle stellt sich in Abhängigkeit des Aufenthaltstitels folgendermaßen in Tabelle 12 dar.

Tabelle 12: Clearing Drittstaatsangehörige

Aufenthaltstitel (Anzahl und Prozentsatz)		Abgeschlossenes Clearing				Gesamt
		Erfolgreich	Scheitern	Keine Rückmeldung	Keine Angabe	
Anerkannter Flüchtling	n %	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
Aufenthaltserl aubnis	n %	18 64,3%	4 14,3%	5 17,9%	1 3,6%	28 100,0%
Aufenthaltsge stattung	n %	0 0,0%	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
Ausreisepflich tig mit Duldung	n %	1 25,0%	1 25,0%	2 50,0%	0 0,0%	4 100,0%
Drittstaat visumsfrei	n %	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
Drittstatt Besuchervisum	n %	0 0,0%	2 66,7%	1 33,3%	0 0,0%	3 100,0%
Fiktionsbesch einigung	n %	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%
irregulärer Aufenthalt	n %	2 13,3%	9 60,0%	4 26,7%	0 0,0%	15 100,0%
Sonstiges	n %	3 42,9%	0 0,0%	4 57,1%	0 0,0%	7 100,0%
Unbekannt	n %	3 60,0%	0 0,0%	2 40,0%	0 0,0%	5 100,0%
Gesamt	n %	31 43,7%	21 29,6%	18 25,4%	1 1,4%	71 100,0%

Innerhalb der als abgeschlossen geltenden Fälle waren 31 (43,7%) erfolgreich, 21 (29,6%) hingegen scheiterten. Da bei einigen der erfassten Aufenthaltstitel nur eine geringe Anzahl von Beratungen abgeschlossen wurde bzw. nur wenig Menschen vorstellig wurden, lässt sich hier schwer eine Aussage treffen. Größere Fallzahlen lassen sich in der Gruppe der Menschen mit Aufenthaltserlaubnis, sowie Menschen mit irregulärem Aufenthalt auswerten. Dabei liegt die Quote erfolgreicher Beratungen

bei Menschen mit legalem Aufenthaltsstatus deutlich höher. So waren 18 Beratungen bei Personen mit Aufenthaltserlaubnis erfolgreich gegenüber 4 gescheiterten, wobei in 14 Fällen die Absicherung in das System der GKV gelang. Bei Personen mit irregulärem Aufenthalt konnte nur in 2 Fällen eine Absicherung erfolgen, 9 Fälle galten als gescheitert. Tabelle 13 stellt die Scheitergründe dar, wobei Mehrfachantworten möglich sind.

*Tabelle 13: Gründe des Scheiterns bei Drittstaatsangehörigen*

<b>Gründe für Scheitern</b>	N
Verpflichtungserklärung	8
Kein Aufenthaltsrecht	7
Keine Mitarbeit	5
Kein Sozialleistungsanspruch	2
Ausreise	1
Vorversicherungszeiten	1
<b>Gesamt</b>	<b>24</b>

Die beiden häufigsten Gründe des Scheiterns, Verpflichtungserklärung und fehlendes Aufenthaltsrecht, haben bei den beiden vorher betrachteten Gruppen keine Rolle gespielt. In den durchgeführten Interviews wird dabei auf die strukturellen Hürden hingewiesen, die diesen beiden Scheitergründen zu Grunde liegen. So können private und gesetzliche Krankenversicherungen im Falle einer vorliegenden Verpflichtungserklärung ablehnen, da mit Unterschrift der Verpflichtungserklärung bei Visumsstellung, der Verpflichtete unter anderem für medizinische Versorgung aufzukommen habe. Im Falle eines fehlenden Aufenthaltsrechts wird auf den fehlenden Anspruch auf soziale Transferleistungen und somit auch das fehlende Anrecht auf Krankenversicherungsschutz verwiesen (siehe Kap. 8.1 und 8.2).

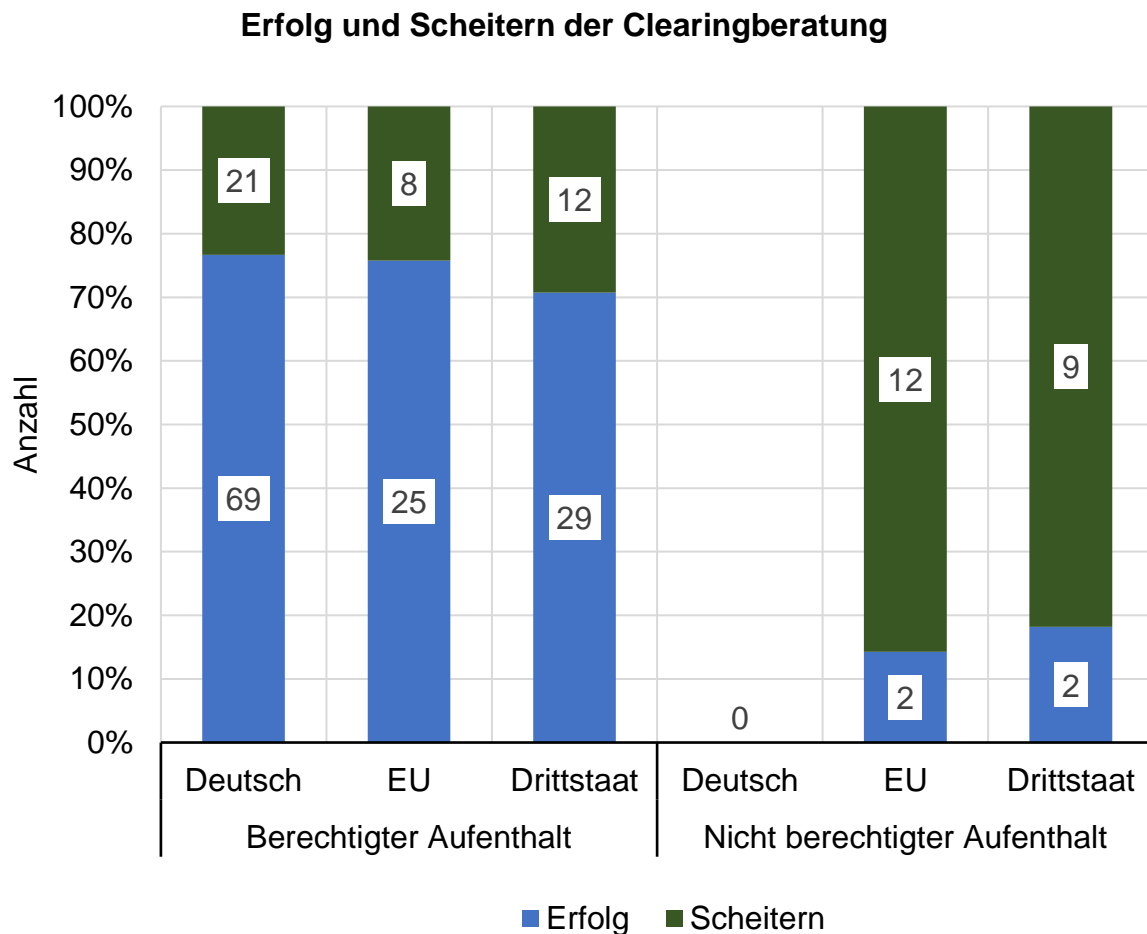
#### 5.2.4 Vergleich

Wie in Tabelle 8 dargestellt, liegen Unterschiede im Erfolg und Scheitern des Clearings in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft vor. Dabei sind geringere Unterschiede zwischen den Erfolgsquoten, die innerhalb der abgeschlossenen Fälle je nach Staatsbürgerschaft zwischen 34% und 44% liegen, zu beobachten. Größere Unterschiede zeigten sich innerhalb dieser Fälle zwischen den Quoten der gescheiterten Wiedereingliederungsberatungen, wobei der Anteil bei deutschen

Staatsbürgern mit 13,5% gegenüber 25,6% (EU-Bürger\*innen) und 29,6% (Drittstaatsangehörige) deutlich geringer war. In Chi-Quadrat-Tests, die mit den insgesamt 189 Fällen, die als erfolgreich oder gescheitert gelten und der Staatsbürgerschaft durchgeführt wurde, zeigte sich jeweils ein signifikanter Unterschied zwischen Deutschen und EU-Bürger\*innen ( $\chi^2(1)=5,439$ ,  $p=0,02$ ) und Deutschen und Drittstaatsangehörigen ( $\chi^2(1)=4,6$ ,  $p=0,032$ ). Zwischen EU-Bürger\*innen und Drittstaatsangehörigen findet sich kein statistischer Unterschied ( $\chi^2(1)=0,48$ ,  $p=0,827$ ).

Wie in den vorherigen Unterkapiteln erläutert, ergaben sich jedoch wieder Unterschiede innerhalb der genannten Gruppen, deren Ursache im Unterschied des Aufenthaltstitels bzw. der Freizügigkeitsberechtigung lag. Vereinfacht gesagt lässt sich feststellen, dass die Aussichten auf eine Eingliederung in die Sozialversicherungssystem der Krankenversicherung schlechter waren, wenn kein berechtigter Aufenthalt vorlag. Damit ist bei EU-Bürger\*innen gemeint, dass sie nicht freizügigkeitsberechtigt waren, bei Drittstaatsangehörigen fallen Personen mit irregulärem Aufenthalt nach § 15 AufenthG unter diese Kategorie. Berechnet man nun die binäre logistische Regression mit der abhängigen Variabel Erfolg oder Scheitern des Clearings mit den unabhängigen Variablen Staatsbürgerschaft und berechtigter oder unberechtigter Aufenthalt, zeigt sich, dass lediglich der Umstand des berechtigten oder unberechtigten Aufenthalts signifikant ist für den Ausgang der Clearingberatung (Standardfehler = 0,61, Signifikanz <0.001,  $\text{Exp}(B) = 0.069$ ). Die Chance einer erfolgreichen Clearingberatung ist damit bei Menschen mit berechtigtem Aufenthalt um 14-fach höher. Abbildung 4 verdeutlicht diese Korrelation, indem erfolgreiche und gescheiterte Fälle in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft und der Berechtigung des Aufenthalts in einem gestapelten Säulendiagramm dargestellt werden, wodurch die jeweiligen Quoten dargestellt werden. Dabei wurden Fälle ohne Rückmeldung oder fehlender Angabe im Datensatz nicht miteingeschlossen.

Abbildung 4: Erfolgsquoten des Clearings in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft und des Aufenthaltsstatus



Es zeigt sich, dass die Erfolgsquoten innerhalb der drei Gruppen, die nach Staatsbürgerschaft getrennt sind und einen berechtigten Aufenthalt in Deutschland haben, sich nicht signifikant unterscheiden und allesamt zwischen 70 und 77% liegen. Bei nicht Freizügigkeitsberechtigten bzw. Personen mit irregulärem Aufenthalt ist die Erfolgsquote deutlich geringer und erreicht nicht einmal ein Fünftel. Dabei ist die Anzahl der Personen mit nicht berechtigtem Aufenthalt geringer als in den jeweiligen Vergleichsgruppen.

Ein weiterer Unterschied zwischen den drei Arten der Staatsbürgerschaft ist der am häufigsten auftretende Grund des Scheiterns. So war bei deutschen Staatsbürgern insbesondere der Umstand bestehender oder entstehender Beitragsschulden der Grund, der Beratungssuchende vor der Wiederherstellung eines Versicherungsverhältnisses gehindert hat. Bei EU-Bürger\*innen war hingegen ein fehlender Sozialversicherungsanspruch häufigster Grund für ein Scheitern,

wohingegen bei Drittstaatsangehörigen eine Verpflichtungserklärung oder ein fehlendes Aufenthaltsrecht dem Erfolg des Clearings am häufigsten entgegenstanden.

Allen Fällen gemein ist, dass bei einem großen Anteil der Fälle keine Rückmeldung in Bezug auf Erfolg der Beratung vorliegt, als auch dass ein nicht unwesentlicher Anteil der Fälle als nicht abgeschlossen gilt. Insbesondere bei Drittstaatsangehörigen ist dieser Anteil mit 22% groß, was auf die oftmals parallel stattfindende aufenthaltsrechtliche Klärung zurückzuführen ist, von der eben auch die Absicherung im Krankheitsfall abhängt.

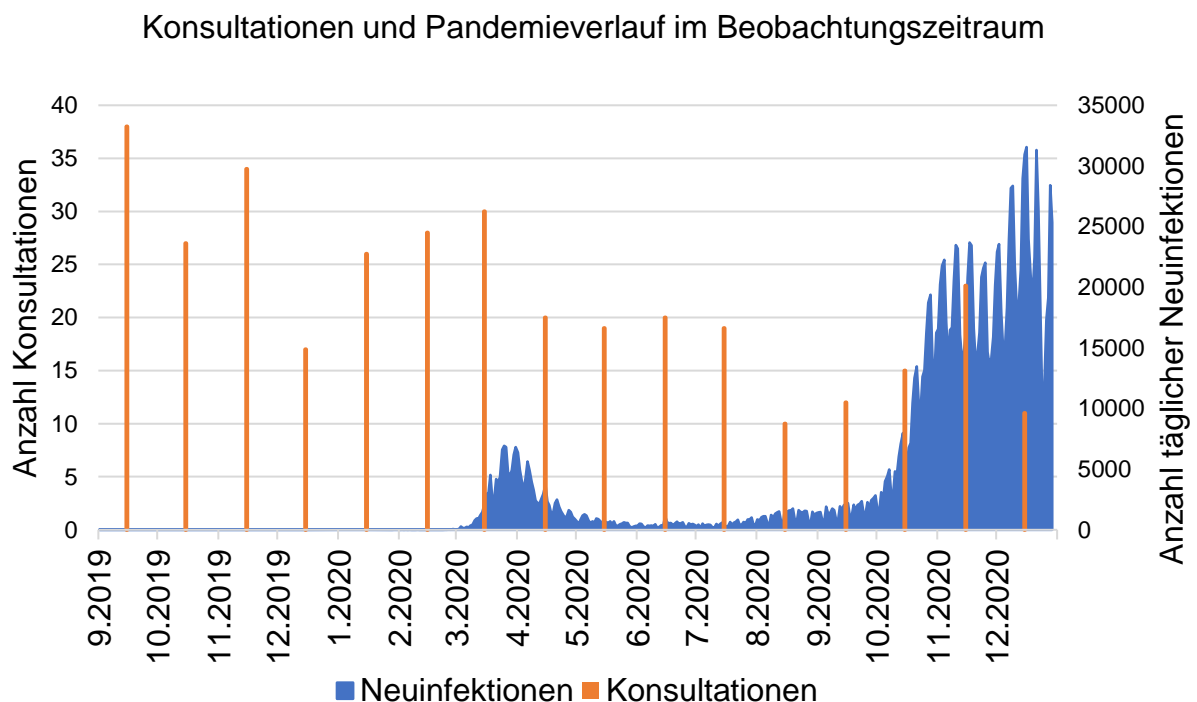
Unabhängig von der Staatsbürgerschaft, so wurde in den Interviews berichtet und in Tabelle 7 dargestellt, kommen Beratungssuchende häufig mit somatischen und psychischen Gesundheitsproblemen, Abhängigkeiten oder mit einer bestehenden Schwangerschaft. Oftmals befinden sich Menschen ohne Krankenversicherung, die bei der Clearingstelle vorstellig wurden, zudem in prekären Lebenslagen wie Verschuldung oder finanzieller Notlage, Obdach- oder Wohnungslosigkeit, nicht angemeldeter Arbeitnehmerschaft, nach Gefängnisarrest oder in Prostitution.

### 5.3 Auswirkungen der Pandemie

Da die pandemische Ausbreitung des neuartigen SARS-Corona-Virus-2 mit all den öffentlichen, gewerblichen und privaten Kontaktbeschränkungen mitten in die Modellprojektphase fiel, sollen verschiedene Auswirkungen auf die Arbeit der Clearingstelle mit in die Betrachtung einbezogen werden.

Wie Tabelle 3 zeigt, kann ein leichter Rückgang an neuen Beratungssuchenden im 2. Bis 4. Quartal des Jahres 2020 aufgezeigt werden. Dabei lag der Durchschnitt an neuen Beratungen in den vorpandemischen Monaten (September 2019 – Februar 2020) bei 28 Fällen, in den pandemischen Monaten März 2020 bis Dezember 2020 bei knapp 18 neuen Beratungen pro Monat. Abbildung 5 zeigt die jeweilige monatliche Beratungsanzahl im Beobachtungszeitraum, wobei auf der Sekundärachse zusätzlich der Pandemieverlauf in Deutschland durch Auftragen der täglichen gemeldeten Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 dargestellt ist (Dong et al., 2020).

Abbildung 5: Verlauf der Konsultationen und Pandemieverlauf im Beobachtungszeitraum



## 6 Diskussion

Ziel der Untersuchung der Clearingberatung war es, einen besseren Informationsstand über Menschen ohne Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz zu bekommen und zu überprüfen, wie erfolgreich eine darauf spezialisierte Sozialberatung ist, die das Ziel hat, einen regulären Zugang zum deutschen Gesundheitssystem (wieder)herzustellen. In die Analyse eingeschlossen wurden dabei die Menschen, die entweder persönlich bei der Clearingstelle vorstellig wurden oder deren Fall durch Leistungserbringer (Krankenhaus, Arztpraxis), Amt (Sozial- und Gesundheitsamt) oder Dritte (Angehörige, Betreuer) dort vorgebracht wurde. Eine Untersuchung zu Nichtversicherung anhand dieser Personengruppe vorzunehmen, hat den Vorteil, dass so eine aussagekräftige Gesamtmenge an Untersuchungsfällen zusammenkommt. Allerdings geht diese Auswahl zu Lasten der Repräsentativität, da es zumindest für die Menschen, die sich persönlich vorgestellt haben, die Hürde der Kontaktaufnahme gab, welche Eigeninitiative erforderte. So besteht für Menschen, die die deutsche Sprache nicht verstehen und anwenden können eine Hürde, ebenso für Menschen mit eingeschränkter Möglichkeit sich über das Beratungsangebot zu informieren. Zudem kann eine Hürde gewesen sein, dass die Beratungsstelle in Mainz angesiedelt, aber für das ganze Bundesland Rheinland-Pfalz ausgelegt ist. Es ist somit vorstellbar, dass Menschen ohne Deutschkenntnisse, ebenso wie Menschen ohne Internetzugang oder eingeschränkter Mobilität, unterrepräsentiert sind. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz ist dadurch sicherlich stark beschränkt. Die Erfassung kategorialer Daten hat den Vorteil einer alltagstauglichen Handhabbarkeit der Datenerhebung in der Beratungspraxis. Zudem ermöglicht die Erfassung nach Kategorien eine beschreibende Übersicht über die Stichprobe, bei der eine breite Streuung an Merkmalen vorlag. Allerdings ist diese Analyse somit auf die vorher vorgegebenen konkreten Merkmale beschränkt. Im Nachhinein kann ergänzend festgestellt werden, dass eine zusätzliche Erhebung des Einkommens und Vermögens von Interesse gewesen wäre, um einen Zusammenhang zwischen Nichtversicherung und finanzieller Situation der Betroffenen zu untersuchen. Außerdem wäre eine nähergehende Analyse des Gesundheitszustands der beratungssuchenden Nichtversicherten nach Schwere der Beeinträchtigung sowie Fachgebiet interessant und bleibt durch diese Untersuchung unbeantwortet. Die retrospektive Auswertung des 15-monatigen Beobachtungszeitraums ermöglicht lediglich eine Momentaufnahme und erlaubt keine Rückschlüsse auf Tendenzen oder

Entwicklung. Zur angewandten Methodik lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die kategoriale Erfassung der selektionierten Stichprobe in der Beratungspraxis gut handhabbar war und zu einem Datensatz geführt hat, der eine beschreibende Übersicht über die Grundsituation des fehlenden oder eingeschränkten Krankenversicherungsschutzes möglich macht. Die Generalisierbarkeit auf alle Nichtversicherten, sowie die Übertragbarkeit auf die Situation der Gesamtbevölkerung ist allerdings stark begrenzt. Über die untersuchten Kategorien hinaus besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die Beantwortung der ersten Fragestellung nach Inanspruchnahme der Clearingberatung ergibt, dass es eine rege Inanspruchnahme der Beratung über den gesamten Untersuchungszeitraum gab, wobei im Durchschnitt ein neuer Beratungsfall pro Arbeitstag hinzukam. Das zeigt, dass ein kontinuierlicher Beratungsbedarf besteht. Ebenso sind die Mitarbeitenden der Clearingstelle mit dieser Inanspruchnahme ausgelastet.

Die erhobenen soziodemographischen Merkmale der Beratungssuchenden der Clearingstelle zeigten tatsächlich ein ähnliches Bild, wie die einzigen Referenzdaten, die vom statistischen Bundesamt im Mikrozensus (Statistisches Bundesamt, 2019) bezüglich Nichtversicherung erhoben werden. So waren über 55% der Beratungssuchenden der Clearingstelle männlich, in der amtlichen Statistik liegt der Wert bei über 60%. Ebenso liegen die Quoten von Deutschen gegenüber Nichtdeutschen Menschen ohne Krankenversicherung mit 48,7% gegenüber 51,3% (Clearingstelle) und 54,2% gegenüber 45,8% (Mikrozensus) nah beieinander.

Ein Vergleich der Altersstruktur gestaltet sich schwierig, da sich die Altersgruppenerfassungen in den Statistiken unterscheiden. Lediglich der Anteil der Altersgruppe 65 Jahre und älter lässt sich direkt vergleichen und fällt mit 18,6% bei der Clearingstelle gegenüber 21% in der amtlichen Statistik relativ ähnlich aus. Weiterhin werden in beiden Erhebungen Betroffene von Nichtversicherung in allen Altersklassen erfasst. Auffallend ist zudem, dass fast alle im Mikrozensus erfassten Nichtversicherten ein geringes monatliches Nettoeinkommen (unter 1300 €) haben und auch die Auswertung der Arbeit der Clearingstelle hat verdeutlicht, dass Armut wesentlich mit dem Umstand der Nichtversicherung assoziiert ist. Diese wenigen

vergleichbaren Daten zeigen, trotz der Eingangs geäußerten Kritik am Mikrozensus, dass möglicherweise besonders von Nichtversicherung betroffene Gruppen nicht repräsentativ erfasst würden, dass die 349 Beratungen der Clearingstelle doch den auf die Grundgesamtheit geschätzten Daten entsprechen und somit als kleine Stichprobe angesehen werden können.

Im Gegensatz dazu stehen die in Tabelle 1 dargestellten Daten ambulanter medizinischer Anlaufstellen für Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfall, bei denen die Mehrheit der Patient\*innen weiblich und nur ein geringer Prozentsatz deutscher Staatsangehörigkeit war. Allerdings wurden diese Daten aus deutschen Großstädten außerhalb von Rheinland-Pfalz mit deutlich mehr Einwohnern als Mainz erhoben. Betrachtet man hingegen Daten<sup>1</sup> der größten medizinischen Ambulanz für Nichtversicherte in Rheinland-Pfalz, die ebenfalls beim Projektträger der Clearingstelle Armut und Gesundheit e.V. in Mainz angesiedelt ist, zeigt sich, dass im Jahr 2019 2287 Behandlungen durchgeführt wurden, wobei 963 davon auf Nichtversicherte entfielen. Dabei entfielen 75% der Behandlungen auf männliche Patienten, knapp die Hälfte (46,4%) auf deutsche Staatsbürger\*innen. Da hier Behandlungen erfasst wurden, ist kein direkter Vergleich möglich, doch es zeigen sich deutlichere Ähnlichkeiten als im Vergleich zu anderen in Deutschland tätigen Ambulanzen verschiedener Träger.

Zur Diskussion der Ergebnisse der dritten Fragestellung nach Quote der Beratungen mit erfolgter Absicherung im Krankheitsfall, sowie Faktoren, die dies verhindern, bietet sich ein Vergleich mit der einzigen Studie an, die eine sozialarbeiterische Intervention zur Rückführung in eine Krankenversicherung untersucht hat. Diese fand im stationären Setting des Universitätsklinikums Essen mit der Beratung durch den dortigen Sozialdienst statt (Neupert, 2018). Einer der Zielpunkte der Untersuchung war, ob bei stationär aufgenommen Patient\*innen ohne Krankenversicherung im Verlauf ein Kostenträger ermittelt werden konnte, was mit einem Clearing vergleichbar ist. Bei über 500 Fällen, konnte in 71% Prozent der Fälle ein Kostenträger ermittelt werden, was vergleichbar mit der Quote der erfolgreich abgeschlossenen Fälle der Clearingstelle von 67% ist. Es zeigt sich aber auch, dass sowohl im stationären Setting,

---

<sup>1</sup> Die Daten liegen nicht öffentlich vor und wurden dem Autor mit Erlaubnis der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.

als auch im ambulanten Beratungsangebot in etwa bei jeder dritten unversicherten Person kein Kostenträger gefunden bzw. die Beratung als gescheitert angesehen werden muss. Ebenso erfolgte in dieser Studie eine Unterscheidung nach Staatsangehörigkeit, wobei sich wie in der hiesigen Untersuchung zeigte, dass ein fehlender Aufenthaltsstatus mit signifikant schlechteren Chancen für eine Absicherung einhergeht. Ein Unterschied zeigte sich bei EU-Bürger\*innen. In der Studie am Universitätsklinikum Essen konnte lediglich in 30% der Fälle krankenversicherungsloser EU-Bürger\*innen ein Kostenträger durch den Sozialdienst ermittelt werden. Wohingegen die Quote erfolgreicher Beratung bei EU-Bürger\*innen bei der Clearingstelle bei 75% lag. Ein Grund für diesen Unterschied könnte sein, dass sich der Anteil der EU-Bürger\*innen mit Freizügigkeitsberechtigung unterschieden hat. Diese Kategorie wurde in der genannten Studie nicht erfasst, hat sich aber in der Untersuchung an der Clearingstelle in Mainz als ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Möglichkeit der Wiederversicherung herausgestellt (vgl. Kap. 5.2.4). Ein weiterer Grund für die höhere Erfolgsquote in Mainz könnte sein, dass es sich hier um ein ambulantes Beratungsangebot handelt. Beratungen konnten sich über einen längeren Zeitraum hinziehen, was während eines stationären Aufenthalts, wie es in Essen der Fall war, nicht oder nur begrenzt möglich ist. Somit lässt sich feststellen, dass die geleistete Sozialarbeit der Clearingstelle im Sinne einer Qualitätssicherung vergleichbar ist mit andernorts geleisteter vergleichbarer sozialarbeiterischer Intervention. Vielmehr zeigt sich, dass auch in einem anderen Kontext weiterhin Grenzen der Ermittlung eines Kostenträgers bzw. der Eingliederung in das deutsche Sozialversicherungssystem der Krankenversicherung bestehen.

Zudem hat sich die durch die Literaturrecherche entstandene Hypothese bestätigt, dass aufgrund unterschiedlicher Rechtslagen und daraus resultierendem sozialversicherungsrechtlichem Anspruch Unterschiede im Clearing durch die Staatsbürgerschaft bedingt sind. Weiterhin bestätigt die Analyse der Gründe des Scheiterns in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft, dass diese sich unterscheiden. Wie in Kapitel 2.1.1 aufgezeigt, besteht bei deutschen Staatsbürgern in der Regel immer eine rechtliche Möglichkeit einer Absicherung und folglich sind die Hauptgründe des Scheiterns der Beratung eine fehlende Compliance gefolgt von Beitragsschulden, die bei Wiederaufnahme der Versicherung entstehen.

Auch bei EU-Bürger\*innen bestätigt sich die Sachlage, die in Kapitel 2.1.2 beschrieben wurde. Somit sind fehlender Sozialleistungsanspruch und kein Aufenthaltsrecht, neben fehlender Mitarbeit, die beiden strukturellen Gründe, die ein erfolgreiches Clearing verhindern. Dabei sind Sozialleistungsanspruch und Aufenthaltsrecht stark mit dem Erwerbstätigkeitsstatus verbunden und wären bei EU-Bürger\*innen gegeben, wenn ein sozialversicherungspflichtiger Job ausgeübt würde. Der Umstand, dass zwei Drittel der EU-Bürger\*innen, die vorstellig wurden aus den drei osteuropäischen Staaten Bulgarien, Rumänien und Polen kommen, zeigt auf, dass dies bei EU-Bürger\*innen in Rheinland-Pfalz einen großen Anteil der Personen mit fehlender Absicherung im Krankheitsfall ausmacht. Von den in Rheinland-Pfalz gemeldeten EU-Bürger\*innen machen Staatsangehörige dieser drei Staaten mit 46,8% bereits einen großen Anteil aus (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, 2020). Hinzu kommt, dass bei Staatsangehörigen dieser drei Staaten hohe Fluktuationen in der Zu- und Abwanderung vorliegen, die durch zirkuläre Migration, Saisonarbeit oder weitere atypische Beschäftigungen zu Teilen erklärt werden können (Kovacheva and Cyrus, 2020). Als Grund für die Arbeitsmigration aus diesen südosteuropäischen Staaten lässt sich einerseits ein Konjunkturreinbruch, welcher wesentlich durch die EU-Finanz- sowie Staatsschuldenkrisen ab dem Jahr 2009 verursacht wurde, als auch andererseits die EU-Osterweiterung mit voller Arbeitnehmerfreizügigkeit (2014), die neue persönliche Chancen auf einem neuen Arbeitsmarkt mit höherem Durchschnittseinkommen ermöglicht, nennen (von Loeffelholz, 2015). Dabei wird in den Interviews bezüglich des Themas Arbeitsmigration auch darauf verwiesen, dass die Situation der Arbeitssuchenden oft prekär sei und sie oftmals unwissend illegaler unangemeldeter Arbeit nachgingen, wodurch Ihnen Rechte vorenthalten blieben (siehe Kap. 8.2). So zeigt die vergleichende Analyse, dass es für Nichtfreizügigkeitsberechtigte deutlich schwieriger ist, einen Versicherungsstatus herzustellen aufgrund der sozialrechtlichen Situation in der Bundesrepublik Deutschland. So mag ein Grund für diese Politik sein, dass das soziale Marktsystem, zu dem auch die gesetzlichen Krankenversicherungen gehören, im Zuge des Zusammenwachsens des europäischen Arbeitsmarkts geschützt bleiben soll. Durch die Bedingung der Erwerbstätigkeit für die Freizügigkeit wird somit gewährleistet, dass beitragszahlende europäische Mitglieder in die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten hinzukommen und der Zugang zum deutschen Gesundheitssystem somit einer selektierten Gruppe ausländischer Menschen offensteht, die durch Ihre

Erwerbstätigkeit in Deutschland zur Aufrechterhaltung des Sozialsystems mit beitragen.

Bei Drittstaatsangehörigen zeigte sich ein ähnliches Bild. So konnte der anfangs beobachtete signifikante Unterschied zwischen dieser Gruppe und deutschen Staatsbürgern hinsichtlich einer erfolgreich abgeschlossenen Clearingberatung ebenso durch das fehlende Aufenthaltsrecht mancher Menschen innerhalb dieser Gruppe erklärt werden. So wurde bei jeder sechsten Person innerhalb der Drittstaatsangehörigen ein irregulärer Aufenthalt festgestellt und es bestätigte sich, wie in der Literatur beschrieben, dass eine Absicherung im Krankheitsfall in diesen Fällen mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, und so wurde ein Clearing nur in zwei dieser Fälle dokumentiert. Der häufigste Grund, weshalb ein Clearing innerhalb der Gruppe der Drittstaatsangehörigen erfolglos blieb, war allerdings das Vorliegen einer Verpflichtungserklärung. Auffallend ist es, dass es zu diesem Umstand keine wissenschaftlichen Untersuchungen oder Statistiken gibt, die die Lebenssituation der Betroffenen näher beschreiben, obwohl diese Menschen in der Arbeit der Clearingstelle eine relevante Gruppe bildeten. Dieser Umstand war gerade in Zeiten mit Reisebeschränkungen aufgrund der pandemischen Situation ein wiederkehrendes Problemfeld in der Beratung. So wird beispielsweise berichtet, dass bei Unmöglichkeit der Reise zur Visumsverlängerung ein Krankenversicherungsnachweis bei der Ausländerbehörde verlangt wurde, wobei Krankenversicherungen mit Verweis auf Verpflichtungserklärung kein Versicherungsverhältnis zustande kommen ließen, wodurch kein neuer Aufenthaltstitel gegeben werden konnte. Das Beispiel verbildlicht die manchmal nicht widerspruchsfreie Situation, in der sich Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland befinden. Das Fehlen von Analysen zum Themenkomplex Verpflichtungserklärung im Hinblick auf Krankenversicherungslosigkeit kann daher kommen, dass eine Verpflichtungserklärung formell eine Absicherung im Krankheitsfall durch den verpflichteten Bürgen darstellt. Es sind von dieser gesetzlichen Regelung insbesondere im Familiennachzug lebende Menschen betroffen, die immerhin ein Sechstel der Personen mit erforderlichem Aufenthaltstitel ausmachen (Statistisches Bundesamt, 2021). Da sie weder automatisch Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse werden, noch unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, macht

dies verpflichtete Familienangehörige zu einer besonderen Gruppe, die insbesondere von der wirtschaftlichen Lage des Bürgen abhängt.

Vergleichend kann die vierte Fragestellung so beantwortet werden, dass wie erwartet, die Ergebnisse der Clearingberatung sich in Abhängigkeit der Staatsangehörigkeit im Rahmen der jeweiligen Rechtsansprüche unterschiedlich sind. Begreift man die Gruppe von Menschen ohne Aufenthaltsrecht als eigene Gruppe, schlussfolgert sich, dass es auch die Gruppe von Menschen mit Aufenthaltsrecht gibt. Wie die Analyse gezeigt hat, beinhaltet diese Gruppe dann auch Menschen der verschiedenen Staatsbürgerschaften und die Clearingraten sind auf durch diese Betrachtung zwischen Deutschen (77%), EU-Bürger\*innen (76%) und Drittstaatsangehörigen (71%) so gut wie gleich. Diese zunächst positiv anmutenden Quoten einer Clearingberatung mit erfolgreicher Absicherung drücken aber auch aus, dass ein nicht unwesentlicher Anteil von Menschen mit Sozialleistungsanspruch auch nach einer fachkundigen Clearingberatung weiterhin ohne Krankenversicherung bleibt. Dabei bestätigen sich die in Deutschland (Schweiger, 2018) und Österreich (Fuchs et al., 2017) durchgeführten Analysen zu Nichtversicherten darin, dass im Wesentlichen Menschen in prekären Lebenslagen von Nichtversicherung betroffen sind. So wird von den Mitarbeitenden der Clearingstelle beschrieben, dass oftmals diese Lebenslagen, wie akute Erkrankung, Verschuldung, Wohnungslosigkeit, Abhängigkeiten aber auch Beratung aus der Ferne oder fehlende Sprachkenntnisse der erfolgreichen Ein- oder Wiedereingliederung in eine Krankenversicherung im Wege stehen. Im Verhältnis zeigt sich zudem, dass zwar das fehlende Aufenthaltsrecht der signifikante Faktor ist, der ein Erfolg oder Scheitern ausmacht, im Verhältnis scheiterten aber doppelt so viele Beratungen bei Menschen mit Aufenthaltsrecht (n=41), wie bei Menschen ohne Aufenthaltsrecht (n=21). Es zeigt sich somit, dass die sozialarbeiterische Clearing-Beratung, die zu einem Zugang zum Gesundheitssystem führen soll, ein Prozess ist, der von vielen weiteren Faktoren beeinflusst wird, die einerseits struktureller, andererseits persönlicher Natur sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass insbesondere Personen in prekären Lebenslagen wie Armut und ungesichertem Aufenthalt ein regulärer Zugang zum deutschen Gesundheitssystem aufgrund einer fehlenden Absicherung wie einer Krankenversicherung verwehrt bleiben kann. Dies legt für die Bedarfsanalyse nahe, dass eine ganzheitliche Beratung und falls nötig Begleitung der Betroffenen angeraten ist, da fehlender Krankenversicherungsschutz

oftmals nicht das einzige Problem ist. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass ein flächendeckenderes, niederschwelliges Beratungsangebot in Nähe der Klient\*innen dafür sorgen kann, dass ein Clearing-Angebot wahrgenommen wird. Der Umstand, dass sehr viele Beratungssuchende bereits mit Gesundheitsproblemen oder Schulden kommen, zeigt, wie wichtig frühe Hilfestellung und präventives Handeln sind.

Zu Beantwortung der fünften Fragestellung nach Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf die Beratungstätigkeit der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz soll in folgendem Abschnitt zunächst Abbildung 5, die die monatliche Anzahl von neuen Konsultationen in Zusammenhang mit dem Pandemieverlauf anhand täglicher Neuinfektionen mit SARS-CoV-2 stellt, diskutiert werden. Es lässt sich zwischen März und April 2020 ein Abfall an neuen Beratungen feststellen, was vereinbar ist, mit erstmals pandemiebedingten Kontakteinschränkungen, die am 19.03.2021 beschlossen wurden<sup>1</sup>. Über den Sommer hin blieb die Anzahl an neuen Beratungen geringer als zum Niveau zu Beginn der Beratungstätigkeit und erreichte im August 2020 den niedrigsten monatlichen Wert mit 10 neuen Fällen. Ein zweiter Rückgang der neuen Konsultationen zwischen November und Dezember 2020 kann möglicherweise auf erneute verschärfte pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen zurückgeführt werden, die ab dem 30.10.2020 galten<sup>2</sup>, wobei die Einschätzung durch fehlende Vergleichsdaten der Folgemonate aufgrund des Endes des Beobachtungszeitraums zum Jahresende 2020 wage bleibt. Die dargestellte Abnahme der Beratungen wird von den Mitarbeitenden der Clearingstelle allerdings so nicht wahrgenommen, vielmehr wird darauf verwiesen, dass Beratungsprozesse teilweise schon seit einem Jahr liefen und sich somit summieren, was zu einer Steigerung der Arbeitsbelastung führe (siehe Kap. 8.2).

Verbunden mit den Kontakteinschränkungen wurde zudem dafür geworben, das Arbeiten für die Mitarbeitenden der Clearingstelle im Home-Office zu etablieren. Dies wurde auch bei der Clearingstelle versucht, allerdings nach einer Woche wieder auf persönliche Beratung umgestellt, da es aufgrund mangelnder Möglichkeiten, wie fehlendem Telefon oder fehlender Internetverbindung bei Klient\*innen der Clearingberatung, sich als nicht praktikabel in der Beratungspraxis darstellte.

---

<sup>1</sup> Erste Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz (1. CoBeVO) vom 19.März 2020

<sup>2</sup> Zwölfte Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz (12. CoBeLVO) vom 30. Oktober 2020

Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass Klient\*innen teilweise auf eine direkte Übergabe von Dokumenten angewiesen seien, da beispielsweise ein einscannen oftmals nicht möglich sei, was eine persönliche Anwesenheit der Mitarbeitenden der Clearingstelle am Arbeitsplatz erforderlich mache (siehe Kap. 8.1). Dabei ist darauf hingewiesen worden, dass die Niederschwelligkeit des persönlichen Beratungsangebots zu Zeiten der Pandemie deutlich herabgesetzt wurde und persönliche Beratungen nur unter strengen Richtlinien und in dringenden Fällen stattfanden.

Für den Ablauf der Beratungspraxis während der pandemischen Phase wird zudem von zwei verschiedenen Ebenen berichtet, auf denen sich ein Veränderungsprozess abgespielt hat. Die eine Ebene betrifft die Kommunikation und den Austausch mit Ämtern und Krankenversicherungen. Auch dort wurde Arbeit teilweise ins Home-Office verlagert und nicht alles funktionierte auf Anhieb. Andererseits wurden Verfahren, die vorher nur mit persönlicher Vorsprache möglich waren, auf ein digitales Verfahren umgestellt, was die Arbeit erleichterte und schneller gemacht habe (siehe Kap. 8.1). Andere Treffen waren nur noch mit Termin möglich, was für manche eine Hürde beim Clearingprozess sein kann. Generell kann man festhalten, dass die pandemische Lage Flexibilität im Umgang mit Antragsstellungen und Nachweisen erforderte, was je nach Verlauf der Pandemie im Jahresverlauf, und abhängig von Amt oder Krankenkasse unterschiedlich gehandhabt wurde.

Die andere sich verändernde Ebene, von der in der Beratungspraxis berichtet wurde, ist eine psycho-emotionale. Es wird in den durchgeführten Interviews berichtet, Beratungssuchende seien ängstlicher und teilweise nervöser sowie aggressiver aufgrund hinzugekommener alltäglicher Hürden geworden. Beispielsweise wird von geschlossenen Tagesaufenthalten für Obdachlose berichtet, oder der Unmöglichkeit ohne Internetanbindung an online-Diensten, beispielsweise bei Ämtern, teilzuhaben (siehe Kap. 8.1).

Neben den veränderten Umständen der Beratungspraxis, wurde zudem von neuen oder gehäuften Umständen berichtet, in denen Menschen die Beratung der Clearingstelle gesucht haben. Insbesondere zu Zeiten mit Reisebeschränkungen wird von einer Zunahme von Menschen, die sich nur vorübergehend in Rheinland-Pfalz

aufhalten, berichtet, die sich Sorgen um Ihre Absicherung im Krankheitsfall gemacht haben und es auch von Seiten der Behörden zu Unklarheiten kam. Das betraf vor allem Studierende mit einer auslaufenden Auslandskrankenversicherung oder Touristen mit einem Touristenvisum, welchen dann aufgrund einer Verpflichtungserklärung kein Weg in eine Krankenversicherung offenstand. Eine weitere Gruppe, die sich in der Pandemiezeit vermehrt gemeldet hat, waren Solo-Selbstständige. Es wird berichtet, dass aufgrund der finanziellen Notlage auf das Zahlen von Krankenversicherungsbeiträgen verzichtet wurde. Weiterhin wird von COVID-19 Patienten berichtet, die teilweise mehrere Jahre ohne Versicherung waren, und nun infiziert waren und sich wegen fehlender Absicherung vor einer Krankenhauseinweisung fürchteten, was diese sich nicht leisten könnten.

Es zeigte sich, dass die SARS-CoV-2 - Pandemie mit ihren Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben auch Einfluss auf die Arbeit der Clearingstelle hatte, indem die Clearingarbeit mit Ämtern und Krankenkassen sich teilweise neu und digital gestaltet hat, die Arbeit mit Klient\*innen sich aber verschärft hat aufgrund von Fällen, die sich aus Regularien, wie Reisebeschränkungen, oder einer schwierigeren finanziellen Situation, wie bei Solo-Selbstständigen, erst ergeben haben. Hinzu kommt eine psycho-emotionale Belastung der Beratungssuchenden, die von den Mitarbeitenden der Clearingstelle wahrgenommen wurde.

Letztlich kommt hinzu, dass die Arbeitsbelastung bei den Mitarbeitenden gestiegen ist und dass diesen selbst bewusst ist, dass die Qualität der Beratungen darunter als auch durch die Distanz, sowie verschärften Kontaktbeschränkungen, leidet: *„Es entstehen Raumprobleme und so weiter und es gibt definitiv Leute, die dadurch, dass wir uns ein wenig einschränken mussten, letztlich schlechtere Beratung, schlechtere Begleitung erhalten haben, als es sonst möglich gewesen wäre.“* (siehe Kap. 8.2, S. XXIII).

Die sechste Frage, wie eine Gesundheitsversorgung für alle Bürger\*innen gestaltet werden kann, umfasst zwangsläufig verschiedene Dimensionen, die mit in Betracht gezogen werden müssen. Somit kann die Zugangsfrage nicht allein aus gesundheitspolitischer Perspektive betrachtet, werden sondern ökonomische, sozialstrukturelle, aber auch aufenthaltsrechtliche Bestimmungen haben ihren Einfluss und letztlich ist es eine gesellschaftliche Frage, die politisch entschieden werden

muss, wie der Zugang zum Gesundheitssystem in der Bundesrepublik geregelt und strukturiert werden soll.

Im Folgenden werden Möglichkeiten zum Umgang mit den identifizierten Problemen aufgezeigt und bewertet. Die ethische Grundlage einer Gesundheitsversorgung für alle, fußt dabei einerseits auf einem der sozialen Menschenrechte, dem Recht auf Gesundheit, welches spezifisch den Zugang zu medizinischer Versorgung einfordert und auch von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde: *„Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“*<sup>1</sup> Andererseits ist es auch Teil des standesrechtlichen ärztlichen Selbstverständnisses, welches im sog. Genfer Gelöbnis festgehalten ist, dass Patient\*innen unabhängig von diversen Faktoren, u.a. der Staatsangehörigkeit oder dem sozialen Status, eine angemessene ärztliche Behandlung erfahren. Dies erzeugt dann ein Dilemma, wenn der legitimen Entlohnungsforderung eines medizinischen Leistungserbringers nicht entsprochen werden kann, da keine Absicherung durch ein Krankenversicherungsverhältnis vorliegt.

Ein großes Problemfeld, welches sich mit Einführung der Versicherungspflicht verschärft hat, ist das Problem der säumigen Zahler mit daraus entstehenden Beitragsschulden. Wie in Kap. 5.2.1 gezeigt, ist dies insbesondere bei deutschen Staatsbürger\*innen das vorherrschende Problem, welches einen regulären Zugang zu medizinischen Leistungen verhindert. Konsequenzen sind, dass die Verschuldung in der GKV zunimmt, während bei Zunahme säumiger Zahlungen in der PKV es zu einer höheren Belastung für die weitere Versichertengemeinschaft kommt (Arentz et al., 2013). Bei Nichtversicherung oder Nichtwissen um ein bestehendes Versicherungsverhältnis, kann eine Absicherung oftmals erst durch den Nachweis der Bedürftigkeit, welcher mit bürokratischen Hürden verbunden ist, oder den oftmals schwierigen Weg der Schuldenbegleichung, dem die Clearingstelle mit Zusammenarbeit mit Schuldnerberatungsstellen begegnet, wiederhergestellt werden. Ein Ausweg aus dieser Situation wäre ein Schuldenerlass bei Bedürftigkeit, welcher

---

<sup>1</sup> Internationaler Pakt der Vereinten Nationen für wirtschaftlich, soziale und kulturelle Rechte, Artikel 12, Abs. 2, d

wohl gesellschaftlich eher wenig konsensfähig ist, ebenso wie die Rücknahme der Versicherungspflicht nicht den deutschen Sozialstaatsprinzipien entspricht und somit die Verantwortung für die Absicherung im Krankheitsfall auf das Individuum auch nicht als gangbare Lösung erscheint. Eine Möglichkeit diese Situation in Zukunft zu verhindern, wäre das in dieser Form einzigartige, aber auch komplizierte, duale Krankenversicherungssystem zu transformieren. Es bestände die Möglichkeit aus der momentan existierenden Versicherungspflicht, welche einfordert, dass Arbeitnehmer\*innen sich um ein Versicherungsverhältnis kümmern, Ihnen aber die Wahl zwischen Kassen und unter Vorraussetzungen auch zwischen den Systemen lässt, eine Pflichtversicherung zu machen, die unabdingbar bei Beginn eines Beschäftigungsverhältnisses eintritt (Reiter, 2002). Dies ist beispielsweise in Österreich der Fall, wo eine selbstverwaltete staatliche Krankenversicherung zwangsläufig jeden österreichischen Staatsbürger absichert (Kramer, 2018). Diese Diskussion über die Möglichkeit der Transformation wird schon seit über einem Jahrzehnt in Deutschland geführt (Manouguian et al., 2009), wobei bereits Übergangsmodelle in eine oftmals Bürgerversicherung genannte Versicherungsform, unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf Versicherte aber auch Beschäftigte der Krankenversicherungen, existieren (Albrecht et al., 2016).

Eine bereits erprobte Möglichkeit, um Menschen ohne Krankenversicherung Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen, ist ein sogenannter anonymer Krankenschein, wobei der Leistungserbringer Kosten aus einem Behandlungsfond erstattet bekommt und die unversicherte Person pseudonymisiert Zugang zum Gesundheitssystem erhält. Damit wird primär die Hürde des fehlenden Aufenthaltsrechts umgangen, welche bei Nichtdeutschen Staatsbürgern der häufigste Grund des Scheiterns war. In Niedersachsen wurde solch ein Projekt drei Jahre lang erprobt, wobei akute Erkrankungen, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Impfungen gemäß §4 AsylbLG von Kassenärzten über die regulären Instanzen abgerechnet werden konnten. In diesem Projekt wurden über 1000 ärztliche Behandlungen durchgeführt, wobei das zur Verfügung stehende Gesamtbudget von 1,5 Millionen Euro nicht komplett ausgereizt wurde. Verknüpft war die medizinische Hilfe mit einer aufenthaltsrechtlichen Beratung (Beneker, 2018).

In Thüringen, wo ein ähnliches Projekt seit 2017 besteht, kann ein anonymisierter Krankenschein<sup>1</sup> nach Feststellung des medizinischen Bedarfs durch eine sog. Vertrauensärzt\*in ausgestellt werden. Ein Zugang zum Gesundheitssystem ist daraufhin regulär entsprechend den Leistungen der GKV möglich. Zudem können über ein sog. Grünes Rezept, entsprechend einem Privatrezept, Medikamente und Hilfsmittel abgerechnet werden. Auch bei diesem Projekt ist die Vergabe mit einer Clearing- und Sozialberatung verbunden, die das Ziel der Wiedereingliederung in die reguläre Versorgung hat, was, wie anhand der Clearingstelle Rheinland-Pfalz gezeigt, oftmals möglich ist.

In den Großstädten Berlin<sup>2</sup>, München<sup>3</sup> und Leipzig<sup>4</sup> verfügen die dortigen Clearingstellen über Gelder, mit denen notwendige Behandlungen durchgeführt werden können, falls kein Clearing möglich ist, oder der Prozess bei aktiver Erkrankung andauert. Dies wird auch von den Mitarbeitenden der Clearingstelle in Rheinland-Pfalz gewünscht: „[...] *Wir brauchen einfach einen Fond, wo diejenigen, die wir nicht reinkriegen, oder erstmal nicht reinkriegen, wenn wir davon reden, dass es manchmal ein halbes Jahr oder länger dauert bis zur Wiedereingliederung und die werden ja trotzdem krank in dieser Zeit, dann brauchen wir überbrückend Geld, dass wir zur Verfügung stellen können, um ein MRT oder sonst was machen zu können.*“ (siehe Kap. 8.1, S. XIX).

Die beiden vorgestellten Handlungsmöglichkeiten, Transformation des Krankenversicherungssystems und Bereitstellen von Geldern für Behandlungen Nichtversicherter, sind mit gewissem Aufwand und zunächst auch finanziellem Bedarf verbunden. Alle aufgezeigten Projekte, die Geld für Behandlungen zur Verfügung stellen, sind mit einer Clearingberatung verbunden, was angesichts von 127 erfolgreichen Clearings der hiesigen Clearingstelle auch vernünftig erscheint. Für einen besseren Impact der Sozialberatung, die im besten Falle präventiv arbeitet und somit Chronifizierung von Krankheiten, Notfallversorgung und sich auftürmende Beitragsschulden vermeidet, wären eine flächendeckendere Beratung an mehr Orten

---

<sup>1</sup> Siehe dazu: <https://www.website.aks-thueringen.de/weitere-informationen/berichte-vom-und-ueber-den-akst/>

<sup>2</sup> Siehe dazu: <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/menschen-ohne-krankenversicherung/clearingstelle/>

<sup>3</sup> Siehe dazu: <https://www.condrobs.de/einrichtungen/clearingstelle>

<sup>4</sup> Siehe dazu: <https://www.cab-leipzig.de/>

und eine bessere Vernetzung mit kooperierenden Beratungsstellen, wie Schuldner-, Sozial- oder Aufenthaltsberatung hilfreich. Aus den Erfahrungen Ihrer Arbeit heraus, betonen die interviewten Mitarbeitenden der Clearingstelle die Wichtigkeit einer direkten persönlichen Ansprechperson in der sozialen Beratung, die eine emotionale Begegnung ermögliche, aber auch pragmatisch Hilfestellung beispielsweise beim Ausfüllen von Anträgen geben könne, womit viele Menschen allein überfordert seien (siehe Kap. 8.1 und 8.2).

## 7 Zusammenfassung

Die hier angestellte Untersuchung hatte zum Ziel Möglichkeiten der Absicherung im Krankheitsfall von Menschen ohne Krankenversicherung in Deutschland, wie auch deren Grenzen, aufzuzeigen, indem Daten der Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, die in Mainz ansässig ist, analysiert wurden. Zur Spezifizierung des Themas wurde nach der Inanspruchnahme der Clearingstelle, den soziodemographischen Merkmalen der Beratungssuchenden, der Erfolgsquote der Clearingberatung, sowie nach Faktoren, die eine Absicherung im Krankheitsfall verhindern, gefragt. Zudem wurden Auswirkungen der COVID-19 – Pandemie auf die Beratungspraxis als auch Möglichkeiten einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung aller aufgezeigt.

Eingeschlossen in die Untersuchung wurden alle Beratungssuchenden, die zwischen September 2019 und Dezember 2020 bei der Clearingstelle vorstellig wurden. Von den Mitarbeitenden wurde kategoriale Daten pseudonymisiert erfasst und anschließend anhand von SPSS und Excel deskriptiv statistisch analysiert. Zudem wurden Interviews mit den Mitarbeitenden der Clearingstelle geführt.

Im Untersuchungszeitraum wurden 349 Beratungen durchgeführt, wobei 57% auf männliche Klienten entfielen. Die Hälfte der Beratungen entfiel auf Menschen mit deutscher Staatsbürgerschaft, je ein Viertel auf EU-Bürger\*innen und auf Drittstaatsangehörige. Viele der Beratungssuchenden stellten sich mit bereits bestehenden Problemen, wie Krankheit oder Verschuldung, vor. Von den 189 als abgeschlossen und in Hinblick auf Absicherung im Krankheitsfall eindeutig als erfolgreich oder gescheitert zugeordneten Fällen, waren 67% erfolgreich gegenüber 33% gescheiterter Clearingversuche, wobei die meisten erfolgreichen Absicherungen in das System der gesetzlichen Krankenkassen erfolgten. Ein signifikanter Unterschied in der Quote erfolgreichen Clearings ließ sich zwischen Menschen mit berechtigtem Aufenthalt in Deutschland (unabhängig von der Staatsbürgerschaft) und Menschen ohne diese Berechtigung (keine Freizügigkeit oder irregulärer Aufenthalt) feststellen. Bei einem Drittel der gescheiterten Fälle war dies der Grund des Scheiterns. Die weiteren Scheitergründe unterschieden sich nach Staatsbürgerschaft. Bei Deutschen war der Hauptgrund, dass bei Aufnahme der Krankenversicherung Beitragsschulden entstehen, bei EU-Bürger\*innen lag am häufigsten ein fehlender

Sozialleistungsanspruch vor, während bei Drittstaatsangehörigen eine Verpflichtungserklärung und ein fehlendes Aufenthaltsrecht führend waren. Hinzu kommt in allen Gruppen eine fehlende Compliance, sowie persönliche Gründe, wie somatische oder psychische Krankheit, Armut und Schulden, Obdachlosigkeit, und weitere psychosoziale Problemlagen, die ein Clearing verhindern können. Hinzu kam die pandemische Situation während des Untersuchungszeitraums, die die Kommunikation mit Beratungssuchenden als auch Ämtern und Krankenversicherungen veränderte, es neue pandemiebedingte Problemlagen gab und es wurde von den Beratenden eine stärkere psycho-emotionale Belastung bei von Nichtversicherung Betroffenen wahrgenommen.

Die erfassten Daten zeichnen hinsichtlich Soziodemographie und Rückführungsmöglichkeiten ein ähnliches Bild wie weitere Untersuchungen zu Nichtversicherten. Es bleibt zu berücksichtigen, dass es keine deutschlandweiten einheitlichen Erhebungen gibt und Untersuchungen mit verschiedenen Schwerpunkten und regionalen Besonderheiten zu dem Thema gibt, wobei die hier durchgeführte Untersuchung aufzeigt, wie verschieden die Situationen der Beratungssuchenden sind und dass eine kategoriale Auswertung nur eine begrenzte Darstellung der individuellen Situation ermöglicht. Die Anzahl von 127 erfolgreich durchgeführten Clearingberatungen zeigt zeitgleich, dass eine individuelle Beratung eine Hilfe für Menschen in einer prekären Lebenssituation sein kann.

Unter Berücksichtigung, dass sich in mehreren rheinland-pfälzischen Städten Anlaufstellen für nicht krankenversicherte Menschen etabliert haben, ist davon auszugehen, dass nur ein Bruchteil der Nichtversicherten in Rheinland-Pfalz das Beratungsangebot der Clearingstelle wahrgenommen hat. Diskutierte Handlungsmöglichkeiten zur einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung aller reichen dabei von Ausbau der Clearingberatung, über Behandlungsfonds für Nichtversicherte bis hin zu einer Umstrukturierung des deutschen Krankenversicherungssystems.

# Literaturverzeichnis

- ALBER K., B. B. 2013. Das Gesundheitswesen in Deutschland : Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. In: NAGEL, E. (ed.) 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. ed. Köln.
- ALBRECHT, M., MÖLLENKAMP, M., NOLTING, H.-D. & HILDEBRANDT, S. 2016. Transformations-Modelle einer Bürgerversicherung : Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen. *Study der Hans-Böckler-Stiftung*. Düsseldorf.
- AMJAHID, M. 2020. *DER SPIEGEL - Coronavirus: Wie Menschen ohne Krankenversicherung nun medizinische Hilfe bekommen*. [Internetquelle]. Abgerufen am 3.06.2020. URL: <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/coronavirus-wie-menschen-ohne-krankenversicherung-nun-medizinische-hilfe-bekommen-a-a8a28efe-8e61-4cdd-9a4c-7a8ef9ebe8ba>.
- ARENZ, C., LÄUFER, I. & MÜNSTERMANN, L. 2013. Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der Krankenversicherung. Otto-Wolff-Discussion Paper.
- BADER, C., OFFE J. 2019. *Zurückgelassen - wen unser Gesundheitssystem ausschließt*, *Ärzte der Welt Gesundheitsreport*, München, Ärzte der Welt e.V.
- BAG W 2018. Statistikbericht 2016, Auswertungstabellen. Aktuelle Daten zur Lebenslage wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland. [Internetquelle]. Abgerufen am 27.07.2021. URL: [https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA\\_Statistikbericht\\_2016\\_Tabelle.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2016_Tabelle.pdf).
- BAG W 2019. Wohnungslosigkeit: Kein Ende in Sicht  
BAG Wohnungslosenhilfe stellt aktuelle Schätzung für das Jahr 2018 vor. [Internetquelle]. Abgerufen am 28.08.2020. URL: [https://www.bagw.de/de/themen/zahl\\_der\\_wohnungslosen/](https://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/).
- BAICKER, K., TAUBMAN, S. L., ALLEN, H. L., BERNSTEIN, M., GRUBER, J. H., NEWHOUSE, J. P., SCHNEIDER, E. C., WRIGHT, B. J., ZASLAVSKY, A. M. & FINKELSTEIN, A. N. 2013. The Oregon Experiment — Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368, 1713-1722.
- BAMF 2020. Migrationsbericht der Bundesregierung. Migrationsbericht 2018.
- BENEKER, C. 2018. Streit um anonymisierte Krankenscheine. [Internetquelle]. Abgerufen am 18.03.2021. URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Streit-um-anonymisierte-Krankenscheine-225584.html>. *ÄrzteZeitung*.
- 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,
- BUNDESARBEITSGRUPPE GESUNDHEIT/ILLEGALITÄT 2017. *Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. Aktuelle Herausforderungen und Lösungsansätze*. [Internetquelle]. Abgerufen am 17.05.2020. URL: [https://www.diakonie.de/fileadmin/user\\_upload/BAG\\_Gesundheit\\_Illegalitaet\\_Arbeitspapier\\_Gesundheitsversorgung\\_fu\\_r\\_Menschen\\_ohne\\_Papiere\\_April\\_2017\\_Web.pdf](https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fu_r_Menschen_ohne_Papiere_April_2017_Web.pdf), Berlin.
- BUNDESARBEITSGRUPPE GESUNDHEIT/ILLEGALITÄT 2019. *Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papier*. [Internetquelle]. Abgerufen am 16.08.2020 URL: [https://www.diakonie.de/fileadmin/user\\_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere\\_PDF/BAG\\_Gesundheit\\_Illegalitaet\\_Arbeitspapier\\_Notfallhilfe\\_im\\_Krankenhaus\\_August\\_2019\\_Web.pdf](https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Broschuere_PDF/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf), Berlin.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2018. Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG). [Internetquelle]. Abgerufen am 30.12.2020. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/versichertenentlastungsgesetz.html>.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2020. *Amtliche Statistik KM1. Monatswerte Januar - April 2020. Gesetzliche Krankenversicherung.* [Internetquelle]. Abgerufen am 27.05.2020. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM1\\_Januar\\_bis\\_April\\_2020\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_April_2020_bf.pdf).

CASTAÑEDA, H. 2009. Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine*, 68, 1552-1560.

CHRISTIAN TEEVS 2012. Pleite bei Privatversicherten - DER SPIEGEL. [Internetquelle]. Abgerufen am 29.05.2020. URL: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/pleite-bei-privatversicherten-150-000-opfer-von-ulla-schmidt-a-818847.html>.

CLASSEN, G. 2012. *Sozialleistungen zur Krankenbehandlung nichtversicherter Ausländer.* [Internetquelle]. Abgerufen am 25.08.2020. URL: [www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/reader\\_krankenhilfe\\_asyblg\\_sgb12.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/reader_krankenhilfe_asyblg_sgb12.pdf).

CYRUS, N. 2009. Clandestino. Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe. [Internetquelle]. Abgerufen am 18.05.2020. URL: [http://www.eliamap.gr/wp-content/uploads/2017/12/clandestino\\_report\\_germany\\_final\\_2.pdf](http://www.eliamap.gr/wp-content/uploads/2017/12/clandestino_report_germany_final_2.pdf).

DESALVO, K. B., BLOSER, N., REYNOLDS, K., HE, J. & MUNTNER, P. 2006. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 267.

DEUTSCHER BUNDESTAG 2016. Ausarbeitung. *Ruhen der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Nichtzahlung von Beiträgen.* Wissenschaftliche Dienste 9 - 23/15.

DEUTSCHER BUNDESTAG 2019. *Drucksache 19/12281, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Ulla Jelpke, Susanne Ferschl, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere, Asylsuchenden und Flüchtlingen ohne Aufenthaltstitel.* Abgerufen am 18.05.2020. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/122/1912281.pdf>.

DIAKONIE HAMBURG 2020. *EU-Bürger\*innen in prekären Lebenslagen – Befunde und Handlungsnotwendigkeiten.* [Internetquelle]. Abgerufen am 06.10.2020. URL: <https://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/Fachbereiche/ME/EU-Buergerinnen-in-prekaeren-Lebenslagen.pdf>.

DIE BEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG FÜR MIGRATION, F. U. I., BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE E.V. (BAGFW), HRSG, 2019. *Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger, Angehörige des EWR und der Schweiz.* Abgerufen am 17.05.2020. URL: [https://www.diakonie.de/fileadmin/user\\_upload/Zugang\\_zum\\_Gesundheitssystem\\_fuer\\_UnionsbuergerInnen\\_Nov\\_2019.pdf](https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Zugang_zum_Gesundheitssystem_fuer_UnionsbuergerInnen_Nov_2019.pdf), Berlin.

DIE LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN 2019. *Pressemitteilung. Minister Laumann: Förderung der Clearingstellen wird fortgesetzt.* [Internetquelle]. Abgerufen am 15.09.2020. URL: <https://www.land.nrw.de/pressemitteilung/minister-laumann-foerderung-der-clearingstellen-wird-fortgesetzt>.

DONG, E., DU, H. & GARDNER, L. 2020. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20, 533-534.

- EUROSTAT 2020. Self-perceived health, statistics. [Internetquelle]. Abgerufen am 11.09.2020. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/30783.pdf>.
- EVERTS, A. C. 2016. Sozialmedizinische Aspekte und Versorgungssituation schwangerer Bulgarinnen ohne Krankenversicherungsschutz in Mainz. Mainz. FRA - EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS 2015. *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation*. [Internetquelle]. Abgerufen am 17.05.2020. URL: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2015-cost-healthcare\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf), Luxembourg.
- FRANZ, A. 2006. *Lebenssituation, soziale Bedingungen, Gesundheit: Menschen ohne Krankenversicherung*. In: Alt J., Bommers M. (eds) *Illegalität*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-90188-6\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-531-90188-6_14).
- FUCHS, M., HOLLAN, K. & SCHENK, M. 2017. Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich. *Studie im Auftrag des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger*, Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- GHEBREYESUS, T. A. 2020. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 3 April 2020*. [Internetquelle]. Abgerufen am 14.09.20. URL: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--3-april-2020>, World Health Organisation.
- GLÖCKNER, M. A. 2017. *Reibungsloser und zügiger Start: seit 1.7.2017 elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Mainz*. [Internetquelle]. Abgerufen am 25.08.2020. URL: <https://www.mainz.de/verwaltung-und-politik/verwaltungsorganisation/pressemeldung.php?showpm=true&pmurl=http://www.mainz.de/newsdesk/publications/Mainz/181010100000132383.php>, Mainz, Stadtverwaltung Mainz.
- GREß, S., WALENDZIK, A. & WASEM, J. 2009. Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz. *Sozialer Fortschritt*, 58, 147-154.
- HUSCHKE, S. 2010. „Den Letzten beißen die Hunde“: Versorgung von Menschen ohne Papiere. *Deutsches Ärzteblatt*, 107, A1620-A1624.
- HUSCHKE, S., TWAROWSKA, JOANNA, 2011. Legal, aber nicht versichert. Medizinische Versorgung von neuen EU-BürgerInnen. *Medizinische Versorgung von neuen EU-BürgerInnen*. *Dr med Mabuse*, 189, 55-57.
- INSTITUTE OF MEDICINE 2002. *Care Without Coverage: Too Little, Too Late*, Washington, DC, The National Academies Press.
- JANOTTA, M., BIMCZOK, S., BÖBLING, S. & ROSENBERG, K. 2019. Theorie und Praxis. Die medizinische Notfallversorgung von Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus in Bremen. *Gesundheit braucht Politik*, 03/2019, 28-31.
- KADUSZKIEWICZ, H., BOCHON, B., VAN DEN BUSSCHE, H., HANSMANN-WIEST, J. & VAN DER LEEDEN, C. 2017. Medizinische Versorgung von wohnungslosen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 673-9.
- KOSCHOLLEK, C., SANTOS-HÖVENER, C., KÜHNE, A. & BREMER, V. 2017. KABP-Studie mit HIV- und STI-Testangebot bei und mit in Deutschland lebenden Migrant/innen aus Subsahara-Afrika. Robert Koch-Institut.
- KOVACHEVA, V. & CYRUS, N. 2020. *Zur Situation von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern aus Bulgarien, Rumänien und Polen in Deutschland*. [Internetquelle]. Abgerufen am 06.10.2020. URL: [https://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/content/downloads/Fachbereiche/WD/Literatur\\_Studie-EU-Buerger\\_final.pdf](https://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/content/downloads/Fachbereiche/WD/Literatur_Studie-EU-Buerger_final.pdf), Diakonisches Werk Hamburg.

- KRAMER, V. 2018. *Zwei Krankenversicherungssysteme zwischen Pflichtversicherung und Versicherungspflicht: ein Systemvergleich von Österreich und Deutschland/Kramer Viktoria B. Sc. Universität Linz.*
- KUNSTMANN, D. W. 2009. Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Evaluation des Umsetzungskonzepts. Abschlussbericht. [Internetquelle]. Abgerufen am 25.07.2021. URL: <https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/evaluationsbericht.pdf>.
- LANDTAG RHEINLAND-PFALZ 2018. Drucksache 17/7904. Antrag der Fraktionen der SPD, FDP und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN - Entschließung - Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ermöglichen - Clearingstelle einrichten. Abgerufen am 17.05.2020. URL: <https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/7904-17.pdf>.
- LOEWENBERG, S. 2006. World report. The health of Europe's most marginalised populations. *Lancet*, 368 North American Edition, 2115-2115.
- LOTTY, E. Y., HÄMMERLING C., MIELCK A. 2014. Gesundheitszustand von Menschen ohne Krankenversicherung und von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus: Analyse von Daten der Malteser Migranten Medizin (MMM) in München. *Das Gesundheitswesen*, 76, 143-152.
- M'BAYO, R. 2009. *Zur Gesundheitsversorgung afrikanischer Migrantinnen. In DOSSIER Migration & Gesundheit. [Internetquelle]. Abgerufen am 14.09.2020. URL: https://heimatkunde.boell.de/sites/default/files/dossier\_migration\_und\_gesundheit\_2.pdf#page=22*, Heinrich-Böll-Stiftung.
- MANOUGUIAN, M., LEIBER, S. & GREß, S. 2009. Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *WSI-Mitteilungen*, 62, 369-375.
- MARCUS, U., GUNSENHEIMER-BARTMEYER, B., KOLLAN, C. & BREMER, V. 2019. *Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland, Stand Ende 2018. Epid Bull 2019;46:483 – 492 | DOI 10.25646/6410*, Robert-Koch-Institut.
- MÉDICINES DE MONDE 2019. 2019 Observatory Report. Left behind: The State of Universal Health Coverage in Europe. [Internetquelle]. Abgerufen am 6.06.2020. URL: <https://www.aerztewelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2019/12/12/observatory-report-2019>.
- MSAGD RHEINLAND-PFALZ 2014. Noch nicht krankenversichert? Was tun? Abgerufen am 17.05.2020. URL: [https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/Noch\\_nicht\\_krankenversichert\\_2014.pdf](https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/Noch_nicht_krankenversichert_2014.pdf).
- MÜNSTERMANN, L., ARENTZ, C. & LÄUFER, I. 2014. Zum Umgang mit Nicht-Zahlern in der Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt*, 63, 231-238.
- MYLIUS, M. 2016. *Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland : Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern*, Bielefeld, transcript Verlag.
- MYLIUS, M. & FREWER, A. 2014. Medizinische Versorgung von Migrantinnen und Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus–Eine Studie zur Rolle der Gesundheitsämter in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 76, 440-445.
- NEUPERT, I. 2018. *Menschen ohne Krankenversicherung im Gesundheitswesen. Explorative Studie zur Prävalenz und zur Rückführung in die sozialen Sicherungssysteme durch den Sozialdienst am Beispiel des Universitätsklinikums Essen.*
- NORBERT FINKENBUSCH 2011. *Personen ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. [Internetquelle]. Abgerufen am 20.05.2020. URL:*

<https://www.finkenbusch.de/wp-content/uploads/2011/09/Personen-ohne-anderweitige-Absicherung-im-Krankheitsfall.pdf>.

PAUL NEUPERT 2018. *Statistikbericht 2018. Zur Lebenssituation von Menschen in den Einrichtungen und Hilfen der Wohnungsnotfällen in Deutschland*. [Internetquelle]. Abgerufen am 28.07.2021. URL:

[https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA\\_Statistikbericht\\_2018.pdf](https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2018.pdf),

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.

REITER, G. 2002. PFLICHTVERSICHERUNG VERSUS VERSICHERUNGSPFLICHT–MEHR ALS EIN WORTSPIEL? *WISO*, 25, 79-90.

SCHADE, M., HEUDORF, U. & TIARKS-JUNGK, P. 2015. Die Humanitäre Sprechstunde in Frankfurt am Main: Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Herkunftsland. *Gesundheitswesen*, 77, 466-474.

SCHMIDT, S. K. 2019. Ein Kampf der Staatsgewalten? Die schwierige soziale Absicherung des europäischen Freizügigkeitsregimes. *Zeitschrift für Sozialreform*, 65, 29.

SCHWEIGER, E. M. 2018. *Patient ohne Krankenversicherung. Gründe für das Entstehen von Nichtversicherung und Auswirkungen des Nichtversichertseins auf die medizinische Versorgung betroffener Patienten in Frankfurt am Main*.

SOMMERS, B. D., GAWANDE, A. A. & BAICKER, K. 2017. Health Insurance Coverage and Health — What the Recent Evidence Tells Us. *New England Journal of Medicine*, 377, 586-593.

SPITZENVERBAND GKV 2012. Faktenblatt Beitragsrückstände. [Internetquelle].

URL: <https://www.gkv->

[spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/Faktenblatt\\_Beitragrueckstaende\\_2012-04-17\\_19501.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2012/Faktenblatt_Beitragrueckstaende_2012-04-17_19501.pdf).

SPITZENVERBAND GKV 2018. Grundsätzliche Hinweise Obligatorische Anschlussversicherung nach §188 Abs. 4 SGB V. [Internetquelle]. Abgerufen am 29.05.2020. URL:

[https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht\\_beitragsrecht/abschlussversicherung/jcr\\_content/par/download\\_1924228689/file.res/GH%20zur%20oAV.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/mitgliedschaftsrecht_beitragsrecht/abschlussversicherung/jcr_content/par/download_1924228689/file.res/GH%20zur%20oAV.pdf).

STATISTISCHES BUNDESAMT 2016. *Fachserie / 13 / 1 / 1, Sozialeleistungen, Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus)*, Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2019. *Fachserie / 13 / 1 / 1, Sozialeleistungen, Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus)*, Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2020a. *Ausländische Bevölkerung nach Geschlecht und ausgewählten Staatsangehörigkeiten*. [Internetquelle]. Abgerufen am 06.10.2020. URL:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/auslaendische-bevoelkerung-geschlecht.html>.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2020b. *Wanderungsstatistik Deutschland*.

[Internetquelle]. Abgerufen am 06.10.2020. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=12711-0006#abreadcrumb>.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2021. *Ausländische Bevölkerung nach aufenthalts-rechtlichem Status am 31.12.2021*. [Internetquelle]. Abgerufen am 22.04.2022. URL:

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/auslaendische-bevoelkerung-aufenthaltsrechtlicherstatus.html>

STATISTISCHES LANDESAMT RHEINLAND-PFALZ 2020. *Bevölkerung:*

*Basisdaten Land - Ausländer am 31.12.2020 nach ausgewählten*

*Staatangehörigkeiten und Altersgruppen*. [Internetquelle]. Abgerufen am 22.01.2022.

URL: <https://www.statistik.rlp.de/de/gesellschaft-staat/bevoelkerung-und-gebiet/basisdaten-land/tabelle-8/>.

TOLSDORF, M. 2008. *Verborgen: Gesundheitssituation und-versorgung versteckt lebender MigrantInnen in Deutschland und in der Schweiz*, Huber.

TRABERT, G. 2016. Medizinische Versorgung für wohnungslose Menschen – individuelles Recht und soziale Pflicht statt Exklusion. *Gesundheitswesen*, 78, 107-112.

VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG 2017. *Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif*. [Internetquelle]. Abgerufen am 20.05.2020. URL: <https://www.pkv.de/service/broschueren/musterbedingungen/avb-nt-2013/>.

VERORDNUNG (EG) NR. 883/2004 2004. Amtsblatt der Europäischen Union, Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit.

VOGEL, D., AßNER, M., MITROVIĆ, E. & KÜHNE, A. 2009. *Leben ohne Papiere. Eine empirische Studie zur Lebenssituation von Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere in Hamburg*. Hamburg: Diakonisches Werk.

VOIGT, C. 2014. *Schutzlos oder gleichgestellt? Der Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und ihre Familienangehörigen.*, Der Paritätische Gesamtverband.

VOIGT, C. 2017. *Ausgeschlossen oder privilegiert? Zur aufenthaltsrechtlichen Situation von Unionsbürgern und ihren Familienangehörigen.*, Der Paritätische Gesamtverband.

VOIGT, C. 2020. *Arbeitshilfe zum Thema Flucht und Migration. Soziale Rechte für Flüchtlinge*, Der Paritätische Gesamtverband

VON LOEFFELHOLZ, H. D. 2015. Arbeitsmigration nach und aus Deutschland im Zuge der Finanzkrise in Südeuropa sowie der wirtschaftlichen Transformation und Erweiterung der EU in Osteuropa. *Ethik und Gesellschaft*.

WÄCHTER-RAQUET, M. 2016. *Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge - Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer.*, Bertelsmann Stiftung.

WALTERMANN, R. 2012. *Sozialrecht. Jura auf den Punkt gebracht*. 10., neu bearb. Aufl. ed. Heidelberg u.a.

WOOLHANDLER, S. & HIMMELSTEIN, D. U. 2017. The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly? *Annals of Internal Medicine*, 167, 424-431.

# 8 Anhang

## 8.1 Transkript Interview 1

F: Gab es in Ihrer Ausbildung Weiterbildungen zu dem spezifischen Themenbereich Krankenversicherung?

A: Ehrlich gesagt nein. Das heißt seitdem ich hier arbeite, habe ich mich selbst in diesem Bereich kundig gemacht, habe selbst viel dazugelernt und mittlerweile gebe ich Fortbildungen in dem Bereich, denn es gibt sehr wenige Menschen in diesem Bereich die Schulungen anbieten. Ich habe keine Weiterbildungen gemacht, ich hatte Weiterbildungen im Bereich ALG II, sozialrechtliche Aspekte, sowas, aber das hat nur sekundär mit dem Themenbereich Krankenversicherung zu tun.

F: Mit welchen Erwartungen sind Sie an die Arbeit der Clearingstelle herangetreten zu Projektbeginn September 2019?

A: Also meine Erwartungen bauen schon natürlich auf denen auf die ich durch meine Arbeit vorher gemacht habe, was meine Hoffnung in die Clearingstelle war, dass wir der ganzen Thematik nochmal einen offizielleren Titel geben können und dass dadurch, dass es von den Ministerien gefördert wird, dass es dadurch natürlich noch mehr einen Außenwirkung hat und wie wichtig dieses Thema ist, wie viele Menschen davon betroffen sind, weil es mir immer wieder, auch im Alltag passiert, gerade aus dem politischen Bereich oder andere Sozialarbeiter\*innen, die sagen Menschen ohne Krankenversicherung gebe es doch gar nicht in Deutschland. Und das war meine große Hoffnung oder Erwartung, dass es durch den offiziellen Titel, durch die Landesförderung diese Thematik, die Problematik, die Ausgrenzungsstrukturen nochmal sichtbarer werden auf politischer Ebene, ja auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Eine anderes Standing haben wir damit jetzt nochmal.

F: Wie läuft eine Beratung ab bei Ihnen, vielleicht erst einmal auf die vorpandemische Zeit bezogen?

A: Also in der Regel muss man schon unterscheiden, wie kommen die Menschen zu uns. Wir haben einmal den großen Themenbereich, dass Menschen, die direkt unsere Ärzte in der medizinischen Ambulanz in Mainz aufsuchen, also ein Zimmer weiter sozusagen, dass denen ein Angebot gemacht wird, dass sie uns in der sozialen Beratung aufsuchen können. Wir sagen immer, es ist und ganz wichtig, dass es keine Verpflichtung ist, weil die Menschen können erstmal aus freien Stücken die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, die medizinische. Aber in der Regel erfahren wir, wenn das Angebot steht, man könne auch mal schauen, was man vielleicht auch sozialrechtlich oder auch in Bezug auf die Krankenversicherung machen könne, dass so gut wie kein Mensch das ablehnt, dass alle sehr dankbar sind, dass wir Ihnen da helfen. Das ist der erste Kontext, in dem die Menschen zu uns kommen. In der Regel, wenn die Menschen erstmal mit einem medizinischen Leiden hier sind, machen wir zuerst eine erste Kurzberatung. Wir müssen uns erstmal selbst einen Überblick über die Situation verschaffen, wir führen ein sehr offenes Gespräch, teilen mit, dass es freiwillig ist, dass ein es ein Angebot ist, und hören uns tatsächlich erstmal die Lebensgeschichte der Menschen an und müssen ganz klar schauen, in welcher Situation befindet der- oder diejenige sich, welche aufenthaltsrechtlichen Aspekte gibt es, hat der/diejenige sozialrechtliche Ansprüche. Weil wenn ein Mensch vor mir sitzt, stelle ich diese offenen Fragen, aber für mich schaue ich in dem Moment schon, in welche Richtung könnte es gehen. Also ich cluster schon in meinem Kopf, sodass der Mensch das gar nicht

mitkriegt, und dann in dem Erstkontakt gebe ich dann schon erste Hinweise in welche Richtung wir gehen könnten und wenn der/diejenige einverstanden ist gehen wir weiter, das heißt wir treffen uns wieder. In der Regel haben die Menschen schon viele Schreiben aus der Vergangenheit von Krankenkassen, vom Jobcenter. Wenn diese vorliegen, bitten wir darum diese mitzubringen, so beginnen wir dann zusammen zu arbeiten. Und in der Beratung im weiteren Kontext geht das dann darum natürlich zu den Behörden, Ämtern, die notwendig sind, weil das Thema sehr komplex ist, aufzunehmen. Das kann im schriftlichen, telefonischen oder persönlichen Kontakt, indem wir auch mitgehen zu diesen Institutionen, so dass dann irgendwann der Versicherungsschutz wiederhergestellt ist. Das sind Menschen, die zu uns kommen, die nicht in der Notfallsituation sind, da heißt das medizinische Leiden ist eher gering. Aber wir haben auch Notfälle hier, wo wir dann sehr schnell handeln müssen. Hin und wieder, was die Arbeit erleichtert, arbeiten wir mit sogenannten Schweigepflichtentbindungen und Vollmächten, denn wir merken, gerade wenn ein Mensch akut eingeliefert wird, brauchen wir eine Handlungsfähigkeit, und wenn wir, was auch richtig ist, diese Vollmachten nicht haben, kriegen wir von keinen Ämtern und Behörden Auskünfte und deswegen arbeiten wir damit. Das ist die eine Situation. Es gibt aber tatsächlich auch seit es die Clearingstelle gibt und wir an die Öffentlichkeit über Medien und Presse gegangen sind, Menschen, die einfach im Internet was finden, was in der Zeitung gelesen haben, die sich aus ganz Rheinland-Pfalz telefonisch oder per mail an uns wenden und dann versuchen wir diese Anfragen so gut es geht über den weiten Weg, da wir erstmal nicht im Land umherfahren, per mail, über Schriftverkehr, mit Post, mit Telefon zu bearbeiten und zusammen mit den Menschen eine Lösung zu finden. Wir geben sozusagen Tipps und sagen, welche nächsten Schritte zu gehen sind. Da ist es aber auch so, dass wir uns oft von der Schweigepflicht entbinden lassen und können so dann auch im Namen der Betroffenen mit Krankenkassen und Behörden Kontakt aufnehmen.

Und die letzte Situation ist noch das sich halt Beratungsstellen an uns wenden, weil dieses Thema sehr komplex ist, weil es wenig Schulungen zu diesem Bereich gibt, weil natürlich andere Beratungsstellen wie Schuldnerberatung, Migrationsberatung auch noch andere Schwerpunkte haben. Dann wenden diese sich an uns und Fragen nur im Interesse der Betroffenen nach kleinen Tipps, wie sie jetzt vorgehen oder wie die rechtliche Lage ist. Das sind so die drei Gruppen, die ich so unterscheiden würde.

F: Wie ist der zeitliche Aufwand einer Beratung, wie viele Folgetreffen sind notwendig für eine erfolgreiche Beratung, letztendlich Wiedereingliederung und wie umfangreich ist diese Beratung, wie weit geht das?

A: Also natürlich muss man immer sehr individuell die Situation betrachten. Wer sitzt vor mir mit welchen Möglichkeiten, mit welchen Rechten und mit welcher Compliance. Aber in der Regel ist es schon so, dass ein Treffen nicht ausreicht. Ich würde mal sagen im Durchschnitt sind es tatsächlich drei bis sechs Monate, bis ein Fall abgeschlossen ist. Das kann ich jetzt gerade nicht statistisch nachweisen, aber das ist so mein Gefühl, weil sehr viele Schritte gegangen werden müssen, bis wir wieder zu dem Recht auf eine Krankenversicherung, bis wir dahin gekommen sind, weil wir erst einen Antrag auf soziale Transferleistungen stellen müssen, man muss wieder Kontakt zur Krankenkasse aufnehmen, die müssen erstmal die Antragsformulare rausschicken. Da sind sehr viele bürokratische Hürden zu überwinden und deswegen brauchen wir in der Regel drei bis sechs Monate. Es gibt auch Menschen, die haben zum Beispiel nur Beitragsschulden bei der Krankenversicherung. Dadurch kommt es zu einem Ruhen der Leistungen, das heißt sie sind nur minimal abgesichert. Dann geht's auch mal schneller, so dass man nur Verhandlungen machen muss oder nur

ein Dokument hinschicken muss „Achtung, derjenige bezieht Jobcenter-Leistungen, daher darf es gar nicht zum Ruhen der Leistungen kommen“. Kommt auch vor. Schwieriger gestaltet sich das Ganze bei den privaten Krankenversicherungen. Da ist es tatsächlich so, dass wir auch mal länger als ein halbes Jahr brauchen, weil es dann auch schon mal damit anfängt, dass die Antragsunterlagen nicht frei im Netz verfügbar sind und die Hürden nochmal größer sind und sie immer wieder neue Nachweise verlangen und das kann dann auch mal länger dauern. Natürlich gibt es auch Situationen in denen die Menschen aufgrund ihrer Lebensumstände, würde ich jetzt mal sagen – kann man auch nicht generalisieren-, aber ist oft so, nicht gut compliant sind, das heißt wenn jemand wohnungslos ist, kann er Papiere nicht beschaffen, weil die ihm gar nicht vorliegen. Oder derjenige kann Termine nicht gut einhalten, weil dann das Ordnungsamt kam und ihn weggeschickt hat oder sonst wie, dann kann das natürlich auch sehr in die Länge gezogen werden. Also sehr individuell zu betrachten.

F: Jetzt sind ja schon ein paar Probleme benannt worden, wie fehlende Papiere oder Obdachlosigkeit. Welche weiteren Schwierigkeiten tauchen in der Beratung immer wieder auf, die einer erfolgreichen Beratung im Wege stehen.

A: Also ein sehr sehr großes Problem sehen wir hier in der Clearingstelle, dass Menschen, die lange nicht im Versicherungssystem waren, egal ob in der gesetzlichen oder in der privaten, dass wenn die sich nach vielen Jahren melden und sagen „Ok, ich gehe jetzt diesen Schritt“, vielleicht auch aus der Not gedrungen, weil sie schwer krank sind oder merken, ich muss jetzt was tun, ist es so, dass sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherungen Beitragsschulden erheben können, obwohl derjenige nicht beim Arzt gewesen ist. Das heißt Menschen, die vorher vielleicht sogar schuldenfrei waren, werden mit Eintritt in die Krankenversicherung plötzlich zum Schuldner zur Schuldnerin. Und diese Hürde, und das sind hohe Schulden, wir sprechen nicht von minimalen Beiträgen, das ist erstmal sehr schwierig den Menschen zu vermitteln, warum das so ist, warum der Gesetzgeber das so festgelegt hat.

Dann fang ich immer wieder an mit dem Solidaritätsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der privaten ist das ja nochmal ein bisschen anders, aber allein, dass die Menschen das verstehen und akzeptieren ist sehr schwierig und dann gibt es tatsächlich viele Menschen, die sagen, „ich möchte keine Schulden haben, ich habe Angst vor diesen Schulden, ich habe schon andere Schulden, ich will nicht, dass weitere dazu kommen, aus diesem Grund gehe ich nicht den Weg zurück in die Krankenversicherung.“ Und ehrlich gesagt, kann ich es manchmal auch nachvollziehen.

Und da kommen wir an einen Punkt, da sitzen wir immer wieder. Da ist eigentlich die Rechtslage so, dass Krankenkassen wieder aufnehmen müssen, aber die Schulden sind eine so große Hürde, dass viele Menschen davor zurückschrecken. Es gab 2013 einmal für ein halbes Jahr eine Amnestie. Das heißt Menschen, die sich in diesem Zeitraum gemeldet hatten, konnten ohne Beitragsschulden einfach wieder aufgenommen werden, aber von diesem Gesetz haben sehr wenige Menschen mitbekommen, es hat wenig Menschen erreicht. Und für Menschen, die jetzt vor uns sitzen ist das eine Riesenhürde.

Die andere Hürde ist, dass wir oft Probleme haben aufgrund gesetzlicher oder wegen gesetzlichen Grundlagen, das hat sehr oft mit dem Aufenthaltsrecht zu tun, das heißt Menschen, die aus anderen Staaten, EU-Staaten oder Drittstaaten zu uns kommen, haben aufgrund ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation keine sozialrechtlichen Ansprüche und damit auch keine Recht in der Krankenkasse aufgenommen zu werden. Das heißt die Krankenkassen müssen sie nicht aufnehmen, wir haben keine Möglichkeit sie reinzubringen und die Menschen sind trotzdem krank und in einer

großen Not. Das ist das Weitere, wo wir sehr sehr große Hürden haben und selbst wenn es Möglichkeiten gibt, können Menschen in absoluter Armut die dann nicht finanzieren und damit kommen wir nicht weiter. Und das ist eine systemische, strukturelle Problematik in dem Moment.

F: Vielleicht jetzt auf die zweite Hälfte des Projektzeitraums zu sprechen zu kommen, unter Pandemiebedingungen. Wie hat das die Beratung und den Kontakt zu Beratungssuchenden verändert?

A: Also der Kontakt, als wir im Frühjahr zum ersten mal mit der Pandemie zu tun hatten oder mit der Hochzeit der Pandemie, hatte ich versucht, also auch meine Kolleg\*in, im Home-Office zu arbeiten, weil wir auch natürlich sehen, wie wichtig der Schutz aller Menschen, aber auch unserer ist. Und dann haben wir ganz schnell gemerkt, dass es mit dem Klientel, mit dem wir zu tun haben, nicht möglich ist. Denn die meisten Menschen, mit denen wir zu tun haben, haben kein Internet, kein Telefon, sie haben einfach diese Möglichkeiten nicht. Sie sind darauf angewiesen, dass sie uns die Papiere einfach geben. Sie können uns das nicht irgendwie als Foto eingescannt zuschicken. Das heißt, das war eine Phase, die hat eine Woche gedauert und wurde sofort wieder über den Haufen geworfen und wir haben gesagt, wir müssen wieder präsent sein unter ganz klaren Richtlinien, strengen Richtlinien. Wir gucken sehr genau mit wem können wir was telefonisch regeln, mit wem was über Mail klären und mit wem nicht. Seit wir mit der Pandemie zu tun haben, merken wir einmal auf so einer psychosozialen Ebene, dass die Leute ängstlicher sind, dass sie zum Teil nervöser, aggressiver sind, weil sie einfach nochmal vor anderen Hürden stehen. Wohnungslose zum Beispiel haben keinen Tagesaufenthalt mehr, die Ämter haben alle geschlossen. Sie kommen da gar nicht hin, wenn sie kein Internet haben. Also viele bieten jetzt online-Dienste an. Das ist für uns in der sozialen Beratung schön, dass wir das endlich so nutzen können, weil es auch schneller geht. Aber für die Menschen an sich, wird das alles schwieriger, wenn sie diese Möglichkeiten nicht haben. Das heißt das Nervenkostüm liegt blank und das spüren wir hier, das ist so das psychoemotionale. Das andere ist, dass sich mehr Menschen an uns wenden, die gerade aus EU-Staaten oder Drittstaaten eingereist sind und nicht mehr ausreisen können aufgrund der Pandemie, davor auch Angst haben. Dann aber das Visum ausläuft, da gibt es eine große Unsicherheit, auch von den Behörden, Rechtsunsicherheit, wie geht man damit um? Und was man trotzdem auch noch sagen muss, das habe ich eben schon erwähnt, dass manche Sachen für uns jetzt vereinfacht haben. Das heißt zum Beispiel eine Meldebescheinigung braucht man um einen Menschen bei einer Krankenkasse anzumelden. Und diese Meldebescheinigung war früher nur mit Termin zu bekommen beim Bürgerservice, den hat man dann erst in ein paar Wochen bekommen. Das können wir jetzt alle online, per mail machen.

Der Mensch sitzt bei uns, wir machen es online und bekommen diese Meldebescheinigung zugeschickt. Das hat es für uns zum Teil erleichtert. Es wenden sich aber auch mehr Soloselbstständige an uns, die jetzt aufgrund der Pandemie keine Aufträge haben, die nicht in Kurzarbeit geschickt werden, weil sie einfach keinen Arbeitgeber haben und nicht wissen was das bedeutet und dann werden Krankenversicherungsbeiträge nicht mehr bezahlt. Also die Gruppe derer, die sich an uns wendet, wird gerade größer und sie sind mehr belastet. Hier klingelt ständig das Telefon, wir haben jeden Tag neue Patienten aus ganz Rheinland-Pfalz, die sehr ängstlich sind. Wir hatten jetzt auch schon öfter die Situation, dass sich Menschen an uns gewandt haben, die einen Leistungsanspruch haben, also auch deutsche Staatsbürger, die viele Jahre nicht versichert waren und jetzt plötzlich infiziert waren, also mit dem Corona-Virus und dadurch musste man natürlich ganz schnell handeln,

weil unklar war, nimmt die Klinik auf. „Ich bin noch nicht so krank, dass ich beatmet werden muss, aber mir geht's zunehmend schlechter“. Und das bedeutet für uns dann auch sehr sehr schnell zu handeln. Und das dann, wenn sie nicht in Mainz sind, über Mail und Telefon, ja, hat sich verändert.

F: Wie ist die Situation der Beratungssuchenden? Kommen die Beratungssuchenden, weil sie präventiv eine Beratung haben möchten, weil sie gerade keine Versicherung haben, weil sie gerade krank sind oder weil schon Rechnungen aufgetreten sind, die nicht zu bezahlen sind. Wie ist da so die Gewichtung?

A: Also ich würde vom Gefühl her jetzt sagen, dass ein Großteil der Menschen zu uns kommt, die gerade medizinische Hilfe brauchen und auch schwerer erkrankt sind. Das heißt sie haben schon so lange gewartet ohne eine Krankenversicherung, bis es nicht mehr geht. Das heißt sie müssen in eine Klinik eingeliefert werden, es stehen Untersuchungen an, die sie durch selbst oder durch Freunde nicht mehr finanzieren können, die unser Verein auch nicht finanzieren kann [Armut und Gesundheit e.V. Anm. d. Autors]. Das heißt Sachen wie ein MRT müssten gemacht werden, ein stationärer Aufenthalt... Das ist der größte Teil. Ich würde den jetzt sogar vielleicht bei 50-60% sehen. Dass die Menschen praktisch erst mit diesem Druck, das medizinische Leiden wird höher, zu uns kommen. Dann gibt es, wenn wir jetzt bei den 60% bleiben, ungefähr 30%, die sich melden, weil sie Beitragsrückstände haben und der Schuldenberg immer mehr wächst und sie zum Arzt müssen und es zum Ruhen der Leistung kam oder sie in der privaten Krankenversicherung in den Notlagentarif gerutscht sind. Das heißt da geht es mehr um die Thematik Schulden, wie gehen wir damit um. Und so ungefähr 10% melden sich, weil sie gerade eigentlich gesund sind. „Ok im Deutschland besteht Versicherungspflicht, die allgemeine, seit 2009 und eigentlich muss ich das machen und ich denk auch an die Zukunft.“ Also das ist der geringste Anteil, denen es eigentlich gerade gut geht und sagen, ich will mich kümmern um die Zukunft. Der größte Anteil ist, bei dem der Druck groß wird durch medizinisches Leiden. Und daran sieht man aus meiner Sicht auch, dass die Hürden so groß sind, dass die Menschen abwarten, bis es nicht mehr geht. Und das darf eigentlich nicht sein, denn dann ist es natürlich oft schon... Dann müssen wir unter Zeitdruck arbeiten, dann sind die Menschen ja eh schon gesundheitlich angeschlagen und dadurch auch ängstlich und dann muss alles viel schneller gehen. Schöner wäre es die Hürden wären nicht so hoch, sodass jeder sagen kann, ich widme mich jetzt diesem Thema, ich habe gerade Kraft dazu. Und da warten die Menschen aber ab, viele machen sich auch schon im Netz kundig und lesen dann das mit den Beitragsschulden und dann verdrängen sie das wieder und warten so lang, bis es nicht mehr geht.

F: Das heißt, dass die aktuelle medizinische Versorgungslage der Beratungssuchenden oft nicht gut ist. Fasse ich das richtig zusammen?

A: Das ist richtig zusammengefasst. Sie sind auf ehrenamtlich tätige Organisationen angewiesen, die ihnen erstmal medizinisch Helfen. Sie haben keinen allumfassenden Schutz, den andere Menschen in diesem Land haben.

F: Bilden sich dabei auch besondere Gruppen heraus, vielleicht auch besonders vulnerable Gruppen?

A: Ja, klar sprechen wir immer von – ich selbst mag es überhaupt nicht in Nationen zu unterteilen, weil für mich gilt, dass der Grundsatz Gesundheit für alle, weil es ein deklariertes Menschenrecht ist auch in Deutschland ein deklariertes Menschenrecht, für alle, die hier leben einen Zugang zu medizinischen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen, aber trotzdem muss man natürlich sagen: In der Beratung sehen wir

immer wieder, wenn deutsche Staatsbürger\*innen vor uns sitzen, haben wir es leichter zu dem Recht auf eine medizinische Versorgung in eine Krankenversicherung zu kommen, als wenn Menschen aus Drittstaaten oder EU-Ländern vor uns sitzen. Am schwierigsten gestaltet sich die Situation bei Papierlosen sprich Illegalisierten mit keinem regelrechten Aufenthaltsstatus. Denn dann kommen wir in die Situation, dass wir am Aufenthaltsstatus oft nichts verändern, weil sonst eine Abschiebung drohen würden, was die Menschen aus nachvollziehbaren Gründen in der Regel, nicht wollen, dass sie dieses Land hier verlassen und abgeschoben werden in ihr Herkunftsland, weil Asylverfahren negativ beschieden werden. Es gibt ja neue Studien, dass 60%, jetzt wieder letzte Woche erst in der Zeitung, dass die falsch beschieden wurden vom BAMF, dass die jetzt revidiert werden müssen, aus Afghanistan war das Beispiel. Das heißt die Menschen haben die Wahl abgeschoben zu werden, in dem Moment, in dem wir sie legalisieren und sie dann die Krankenversicherung haben und dann sagen sie, sie verzichten darauf. Dann können wir aber auch nichts für sie tun. Das heißt sie leben superprekär und sind in dem Moment die Gruppe, wenn man jetzt von der Benachteiligung in so Hierarchie reden würde, ganz hinten. EU-Bürger\*innen sind aus unserer Sicht auch sehr stark benachteiligt, die aus dem Grund der Armutszuwanderung zu uns kommen. Oft ihre Herkunftsländer verlassen, weil wir als ein sehr reiches Land von dort auch bestimmte Gruppen abwerben, wie z.B. Ärzt\*innen, da ist Polen so ein Beispiel. Die hierhin abwandern, dort ist die medizinische Versorgung, die Infrastruktur schlecht. Die Menschen kommen dann hierher, um Arbeit zu finden, bekommen keine Arbeit oder oft nur sog. Schwarzarbeit. Das ist ihnen in der Regel nicht bewusst oder ihnen wird suggeriert, sie werden angemeldet. Dann sind sie hier völlig mittellos, haben keine Recht und werden von unserem Staat auf struktureller ebene -aus meiner Sicht- auch ausgebeutet.

F: Also machen sich zwischen diesen Gruppen, deutsche Staatsbürger\*innen, EU-Bürger\*innen, Drittstaatsangehörige mit der Untergruppe der Papierlosen/Illegalisierten Unterschiede und Besonderheiten bemerkbar?

A: Ganz klar, wir haben verschiedene Rechtsansprüche. Oder man muss ganz genau gucken. Bei einem EU-Bürger gibt es auch Möglichkeiten, aber da sind nochmal andere Hürden gegeben als bei deutschen Staatsbürgern. Das heißt für mich in der Beratung, dass ich innerlich in diesem Moment clustern muss nach diesen drei Gruppen und unterschiedliche Fragen stellen muss, weil es unterschiedliche Rechtsansprüche gibt.

F: Welche weiteren Probleme neben der Krankenversicherung liegen oftmals vor?

A: Also Schulden sind ein Riesenproblem, nicht nur im Bereich der Krankenversicherung, sondern generell Schulden. Es liegt das Problem der Wohnungslosigkeit vor, das Thema Altersarmut. Also Armut, soziale Benachteiligung durch Armut. Und Armut haben wir auch bei den Menschen, die soziale Transferleistungen erhalten, das heißt sie bekommen ihr ALG 2, sprich Hartz IV, oder ihre sozialen Transferleistungen vom Sozialamt. Und dieser Regelsatz, der ja jährlich, oder alle 2 Jahre... Also nächstes Jahr wird der wieder minimal erhöht, entspricht immer noch nicht dem, was den Menschen real zum Leben zur Verfügung stehen müsste. Das kritisieren auch immer wieder große Wohlfahrtsverbände, wie der Paritätische Wohlfahrtsverband im Armuts- und Reichtumsbericht, der herausgegeben wird, weil es einfach nicht zum Leben ausreicht und diese Menschen sich dann auch bestimmte medizinische Versorgung nicht leisten können. Immer mehr wird im Bereich der Gesundheitsversorgung privatisiert, Zuzahlungen müssen geleistet werden. Wenn wir jetzt in den Bereich, gestern erst hatte ich eine Anfrage von einem ALG 2 Bezieher

gehabt, der Hörgeräte benötigt. Er ist noch sehr jung, die werden bezuschusst und die Kosten 1700€. Und das wird kein Jobcenter und niemand übernehmen. Zahnersatzversorgung... Ja das geht immer mehr in die Privatisierung. Und dadurch sind die Menschen auch sehr benachteiligt. Also Wohnungslosigkeit, Transferleistungen, Altersarmut. Ich muss gerade überlegen, aus meiner Sicht ist auch das System, das wir hier das duale System haben, das gibt es in anderen europäischen Ländern nicht, eine große Schwierigkeit. Dass der Gesetzgeber festgelegt hat, dass ab dem 55. Lebensjahr das System nicht mehr gewechselt werden darf von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung. Das macht es dann auch sehr schwer im Alter, wenn die Versicherungsbeiträge im Alter steigen und die Menschen es sich nicht mehr leisten können. Da sind wir wieder beim Thema Armut, das ist eine Spirale.

F: Also ist das Thema Hilfsbedürftigkeit/Armut quasi ein untrennbares Problem vom Thema fehlender Krankenversicherungsschutz?

A: Dadurch kommt das ja alles Zustande, genau. Und dann haben wir auch noch die Gruppe der Soloselbstständigen, die so wenig verdienen, dass sie sich eine Krankenversicherung eigentlich nicht leisten können. Da gab es zwar 2019 nochmal ein bisschen eine Gesetzesänderung, dass die Mindestbeitragsbemessungsgrenze herabgestuft wurde. Aber all das sind strukturelle Probleme, also auf politischer Ebene, dass die Menschen in einer Armutssituation, also „working poor“ ist ja der Begriff dafür. Die Menschen arbeiten zwar, aber werden so schlecht bezahlt, dass sie sich das eigentlich alles nicht leisten können.

F: Anders gefragt: Heißt das letztendlich auch das das Clearing an dem Punkt an seine Grenzen stößt, wo Schulden nicht bezahlt werden können oder etwaige andere Sachen, wo der Faktor Armut so groß ist, dass die soziale Beratung das zugrundeliegende Problem nicht lösen kann?

A: Ja. Gerade im Bereich der Beitragsschulden oder Schulden allgemein merken wir immer mehr, dass wir an unsere Grenzen stoßen und wir auch aufpassen müssen. Es gibt ja auch professionelle Schuldnerberatung, auch in dem Bereich Insolvenzverfahren, Privatinsolvenz. Das ist einfach nicht unser Bereich. Aber immer mehr Menschen kommen mit dieser Problematik kommen zu uns, da kommen wir an unsere Grenzen, ganz klar. Und kommen auch nicht weiter, auch wenn wir die Gesetzeslagen kennen, können wir diese Schulden nicht beheben. In dem Moment ist es dann wichtig, dass wir kooperieren und nicht alles machen. Trotzdem ist aus unserer Sicht immer wichtig den Menschen, der vor uns sitzt, ganzheitlich in der Beratung zu betrachten, weil wir können nicht isoliert das Problem Krankenversicherung sehen, weil das alle miteinander zusammen hängt.

Oder die medizinische Versorgung: Wenn ein Mensch keine Wohnung hat aber krankenversichert ist, kann diese trotzdem nicht auf dem Niveau gewährleistet werden, wie bei Jemand der eine Wohnung hat. Das heißt wir müssen diese anderen Probleme auch sehen, erfassen, natürlich auch gucken, was können wir leisten und andererseits auch gucken, wo können wir an andere Expert\*innen verweisen.

F: An wen verweisen Sie?

A: In der Regel kooperieren wir mit Schuldnerberatungsstellen, aber auch mit Migrationsberatungsstellen zusammen, weil es oft sehr kompliziert ist, weil vom Aufenthaltstitel der Menschen hängt die Rechtsgrundlage, auch für die Krankenversicherung, Transferleistungen, ab. Das heißt kleine Dinge können wir

selbst erledigen, aber wenn das zu heikel ist, gerade bei papierlosen Menschen, arbeiten wir mit Migrationsberatungsstellen zusammen.

Und zum Teil auch mit Jurist\*innen, weil es manchmal nur juristisch erstritten werden kann. Dann arbeiten wir natürlich mit den Organisationen der Wohnungslosenhilfe zusammen, dass wir da auch gucken, wie können Menschen auch wieder in eine Wohnung kommen.

Von Behörden her arbeiten wir mit dem Jobcenter, mit den Sozialämtern, mit der deutschen Rentenversicherung, mit den Krankenkassen natürlich, mit der Ausländerbehörde. Also man braucht hier ein sehr großes Netzwerk, um das Ziel der Krankenversicherung erreichen zu können, wo alle Player Hand-in-Hand spielen, wenn es gut läuft.

F: Erstmal ganz grob: Wie bewerten Sie die Inanspruchnahme – jetzt sind wir fast am Ende des Modellprojektzeitraums- der Clearingstelle Krankenversicherung?

A: Also ich war tatsächlich überrascht. Ich mache diese Arbeit ja schon seit einigen Jahren, aber nicht unter dem Titel Clearingstelle Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Natürlich ist es seither auch nochmal bekannter geworden, was wir hier anbieten. Und seitdem führen wir auch eine ordentliche Statistik und ich bin überrascht, wie viele Menschen immer wieder neu und täglich an uns wenden. Also ich hätte nicht gedacht, dass der Zulauf so groß und dass wir tatsächlich Anrufe.... gerade eben hatte ich einen Anruf von einem deutschen Staatsbürger, der jetzt in Wien lebt und zurück kommt nach Rheinland-Pfalz. Ich hatte auch schon einmal eine Beratung in die USA von einem Ehepaar, das zurück kommt nach Rheinland-Pfalz. Also aus allen Schichten, sozialen Schichten, Menschen, die unseren Rat suchen. Es rufen immer noch Menschen aus anderen Bundesländern an, die wir natürlich am Telefon nicht direkt abwimmeln, aber eigentlich sind wir nicht zuständig. Das heißt jeden Tag kommen neue dazu. Mir war schon klar, dass es viele Menschen gibt ohne Krankenversicherungsschutz, aber dass die Anzahl derer die auch zunehmend Probleme haben oder die Beitragsschulden haben, hätte ich nicht erwartet, dass die Anfrage so hoch ist. Und das wird auch manchmal zu viel.

F: Was sind strukturelle und persönliche Gründe, die einer Wiedereingliederung in das Krankenversicherungssystem entgegenstehen und welche Besonderheiten lassen sich dabei bei den Gruppen deutscher Staatsbürger, EU-Bürger und Drittstaatsangehörige finden? Vielleicht zunächst einmal die strukturellen Hürden

A: Es ist sehr komplex, ich versuche es mal. Wenn wir bei den strukturellen Hürden anfangen, ist es halt so, dass wir bei deutschen Staatsbürgern es eigentlich am leichtesten haben, einen Zugang zu bekommen. Wie ich schon erwähnt hatte, kommen die Menschen aus absoluter Armut, ohne Vermögen. Das heißt der erste Weg ist, um eine Krankenversicherung oder den Schutz sicherzustellen, müssen wir soziale Transferleistungen beantragen. Und um diese soziale Transferleistungen beantragen zu können, braucht es ganz viele Nachweise, die die Ämter fordern bis erstmal dieser Schutz geltend bzw. bis die Leistungen fließen. Aber erst dann haben wir den Zugang bzw. die Zugangsmöglichkeiten und auch jemand, der die laufenden Krankenversicherungsleistungen zahlt. Das ist so die erste strukturelle Hürde im Bereich der deutschen Staatsbürger\*innen. Und da kommt dann dazu, wir haben dann gesichert, wer zahlt die laufenden Leistungen ab Antragsdatum, aber gleichzeitig kommt die Krankenkasse, aber Moment: derjenige war die letzten 10 nicht versichert, jetzt haben wir für die letzten 5 Jahre Beitragsschulden. Also man muss auf verschiedenen Ebenen denken, das war die erste strukturelle Hürde.

Ich war zum Beispiel bei einem Vortrag von einem Mann aus Österreich, der in dem gleichen Bereich wissenschaftlich tätig ist, und der hat zu uns gesagt, in Österreich gibt es das überhaupt nicht, dass wenn in materielle Armut geratener Menschen sich an die Krankenversicherung wendet, gibt es keine Beitragsschulden. Also das ist eine strukturelle Hürde, die abgeschafft werden muss.

Da könnte ich jetzt total ins Detail gehen. Da braucht es Jobcenter... ..was es dann alles für Probleme bei Wohnungslosen gibt. Die brauchen eine Postadresse, also es geht immer kleiner, detaillierter.

Wenn wir auf der strukturellen Ebene von EU-Bürger\*innen sind, hat es immer mit deren Freizügigkeitsrecht zu tun. Sind sie freizügigkeitsberechtigt, haben sie auch einen Anspruch auf Leistungen und damit auch Anspruch auf Krankenversicherung. Die Freizügigkeitsberechtigung hängt in der ersten Linie vom Arbeitnehmerstatus ab. Und da muss man gucken, haben sie halt einen legal angemeldeten Job oder nicht. Manche Familienangehörige können über denjenigen auch noch reinkommen in die Freizügigkeit, zum Beispiel bei der Ehefrau des Arbeitnehmers ist das kein Problem. Aber da scheitert es schon, weil viele das Freizügigkeitsrecht nicht haben, vielmehr kann es ihnen auch entzogen werden von der Ausländerbehörde. Und dann sind sie ohne Rechte, sind trotzdem krank, leben auf der Straße, werden schwanger... Und dann gibt es keine Möglichkeiten. Und die Krankenkassen dürfen, obwohl es die allgemeine Krankenversicherungspflicht gibt, diese Menschen auch abweisen. Das heißt der Staat hat auf der einen Seite eine Verpflichtung für alle hier Lebenden geschaffen, aber nicht die Möglichkeit der Zugangsberechtigung, das widerspricht sich.

Bei Drittstaatler\*innen. Eine, die aber sehr häufig vorkommt, eine strukturelle Hürde, die auch wieder paradox ist. Viele Menschen, die hierher kommen, werden von ihren Familien eingeladen über ein Visum. Wenn die Familien ihre Angehörigen, häufig ältere Menschen, also sag ich mal den 80jährigen Vater, der noch in Syrien lebt. Der hat die Flucht nicht geschafft, weil er zu kraftlos war. Seine Kinder sind hier, auch anerkannt als Asylsuchende, und die wollen ihren Vater nun einladen. Vielleicht auch mit dem Ziel dann hinterher auch Asyl zu beantragen oder eine Familienzusammenführung in die Wege zu leiten. Dann muss ein Visum beantragt werden. Das Visum wird nur genehmigt, wenn der Einladende eine Verpflichtungserklärung unterschreibt. Wenn diese unterschrieben ist, verpflichtet sich der Einladende 5 Jahre lang für Unterkunft, Lebensunterhalt, wie Essen, und auch für die medizinische Versorgung, den Krankenversicherungsschutz, aufzukommen. Sind die Menschen nun hier und werden krank, darf jede Krankenversicherung, gesetzlich oder privat, ablehnen, weil ja die Verpflichtungserklärung vorliegt. Und dann ist es teilweise auch so, dass Ausländerbehörden – jetzt war es während Corona so, dass sie häufig nicht ausreisen konnten, Grenzen gesperrt waren oder der Flugverkehr nicht funktioniert hat- sagen dann, wir verlängern das Visum nur, wenn sie uns eine gültige Krankenversicherung vorlegen. Da sagen die Krankenversicherungen dann nein, es liegt eine Verpflichtungserklärung vor und lehnen ab. Riesenproblem haben wir damit gerade, sehr oft damit zu tun. Und dann verlangt Ausländerbehörde wieder Krankenversicherung, Krankenversicherung verweist auf Verpflichtungserklärung, Ausländerbehörde gibt den neuen Aufenthaltstitel nicht und der Teufelskreislauf geht immer weiter, also man kommt nicht weiter.

Papierlose habe ich ja schon erwähnt, das strukturelle Problem ist da, sobald man halt versucht sie zu legalisieren und sie aber eigentlich, aus ausländerrechtlicher Perspektive, kein Anrecht haben hier zu bleiben, hat man auch keinerlei Schutzfunktion, keinerlei Anrecht auf soziale Transferleistungen, damit kein Anrecht

auf Krankenversicherung. Und im Gegensatz, es wird restriktiv vorgegangen, es droht die Abschiebung. Das ist ein riesengroßes strukturelles Problem.

F: Gibt es auch persönliche Gründe, die eine Wiedereingliederung schwierig machen? Sie haben Non-Compliance ja schon angesprochen.

A: Ein persönliches Problem, ist das viele es ja ablehnen, wegen den Beitragsschulden. Die sagen, dann Entschuldigung, diesen Weg gehe ich nicht. Ich hatte diese Woche beispielsweise einen ehemaligen deutschen Soldaten hier sitzen, der viele Jahre verpflichtet war als Bundeswehrsoldat und war dann über so ein spezielles Heilfürsorgesystem abgesichert, ist der privaten gleichzusetzen. Und der hat dann auch gesagt, er hat nach Austritt aus der Bundeswehr von seinen Ersparnissen gelebt. Jetzt bekommt er Jobcenterleistungen und er will den Schritt nicht gehen, weil er dann so viele Schulden hat. Also das habe ich immer wieder, ein persönlicher Grund, dass sie ablehnen die Schritte zu gehen,

Der andere Grund fehlender Compliance ist natürlich schon, wenn sie in prekären Lebensumständen sich befinden, wie Schwarzarbeit, Ausbeutungsarbeit, manchmal Prostitution. Bei Drittstaatlerinnen kommt das leider häufig vor, bei EU-Bürgerinnen auch. Die können dann nicht immer die Termine einhalten, die die Ämter vorgeben, die wir vorgeben, weil sie sich in so einem persönlichen prekären Lebensumständen befinden, dass das schwer ist einzuhalten.

Leben auf der Straße natürlich. Dokumente dort aufzubewahren. Momentan während Corona gibt es keinen Tagesaufenthalt, sie können ihre Sachen nicht sicher verschließen, werden ausgeraubt. Dann fehlen wieder Papiere, Nachweise fehlen.

Wir haben manchmal eine mangelnde Compliance, wenn Menschen eine Suchterkrankung mitbringen. Das ist nicht immer so, aber viele Menschen, die halt Jahre auf der Straße waren - aus meiner Sicht auch das Gefühl auf der Straße ausgegrenzt zu sein, am Rande der Gesellschaft zu stehen und es nicht mehr aushalten- greifen dann auch zu Suchtmitteln, weil es in dem Moment auch natürlich erstmal erleichtert, wie Alkohol auch im Winter vordergründig erst mal wärmt. Alkohol andere stoffliche Süchte, dann ist es schwierig compliant zu sein. Das Leben ist nicht mehr strukturiert.

Und noch eine Gruppe haben wir, die ich noch nicht erwähnt hab, die immer mehr zunimmt. Das sind Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit Depressionen, Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, Psychosen, die nicht mitwirken können aufgrund des Krankheitsgeschehens, die das einfach nicht leisten können. Da arbeiten wir, das habe ich vorhin noch vergessen, mit Betreuungsbehörden zusammen, wenn wir wirklich an unsere Grenzen kommen. Wenn jemand so krank ist, so beeinträchtigt ist, regen wir, in Absprache mit dem oder derjenigen, ein Betreuungsverfahren ein. Wenn wir merken, derjenige ist so durch den Wind – wir kennen in Mainz einige Wohnungslose, die psychisch erkrankt sind, regen wir die Betreuung an. Da kommt ja immer noch ein Richter und spricht mit denen. Ja, das sind so die persönlichen Hürden.

Oder es gibt auch Menschen, die sich aus ganz Rheinland-Pfalz melden, die nicht die Mittel haben, hierher zu kommen, um Sachen mit uns zu bearbeiten. Neulich hatte ich einen Patienten aus Trier, der dort im Krankenhaus war, musste versichert werden. Da musste ich ihm erstmal das Zugticket zahlen, damit er hierherkommen konnte, um die Unterlagen zu bearbeiten, weil es vor Ort keine Anlaufstelle gab. Da mussten wir demjenigen auch erstmal finanzielle Unterstützung anbieten, sonst hätte er gar nicht hierherkommen können.

F: Haben Sie regionale Unterschiede der Inanspruchnahme bemerken können? Die Stelle ist ja für das ganze Land angedacht...

A: Tatsächlich aus den Städten, wo es ähnliche medizinische Anlaufstellen wie unsere gibt, also in Mainz gibt es ja auch noch das Medinetz Mainz..

F: Also Worms, Ludwigshafen, Koblenz und Trier?

A: Da gibt es ja Anlaufstellen für Nichtversicherte im medizinischen Bereich. Die wissen natürlich, dass es uns gibt und dann wird hierhin vermittelt oder die Beratungsstellen rufen uns an. Das heißt da haben wir gerade mehr Nachfragen. Aber immer wieder, und da bin ich auch immer wieder überrascht, melden sich aus vielen Kommunen und Landkreisen, von denen ich noch nie gehört habe -muss ich immer fragen, ist das noch Rheinland-Pfalz- melden sich auch Menschen, auch ältere Menschen, die bisher keinerlei Hilfe hatten und froh sind, dass es jetzt eine Beratungsstelle gibt. Und das ist auch etwas Heftiges: Viele, die zu uns kommen, haben zum Teil schon Anläufe gemacht und haben Kontakt zu Krankenversicherungen und Sozialbehörden wie Jobcenter und Sozialamt aufgenommen, wurden aber abgewimmelt. Sie wurden dort also aus unserer Sicht nicht rechtskonform beraten und wurden wieder weggeschickt. Wenn wir dann hinterhersind, und auch natürlich Gesetze und Paragraphen kennen und wissen, warum Menschen einen Rechtsanspruch haben, kommt man auch besser zu einem Ergebnis.

F: Sie haben es eben ja schon angesprochen. Ich möchte jetzt das Thema Arbeitsbelastung ansprechen. Wie fordernd ist die Beratung? Wie viele Beratungen werden parallel bearbeitet, wie viele Menschen melden sich an einem Tag, wie viele Telefonate werden geführt? Wie viel ist das?

A: Also wir sind ja hier mit 1,5 Stellen sozialer Arbeit besetzt, wir teilen uns ein Büro. Also jeder Tag ist natürlich unterschiedlich, aber ich würde schon sagen, die Arbeitsbelastung ist sehr hoch. Also wir haben ja einerseits die persönlichen Beratungsgespräche, die in unseren Räumlichkeiten stattfinden. Parallel dazu klingelt Minimum 2-3 mal in der Stunde das Telefon von Anfragenden oder laufenden Prozessen, also mit denen wir schon in Kontakt sind. Jeden Tag habe ich mindestens 10 – 20 neue Emails von Krankenkassen, von Ratsuchenden, von Beratungsstellen. Und meinem Kollegen geht es da nicht anders. Also die Arbeitsbelastung ist sehr hoch. Wir versuchen immer zeitnah einen Termin zu geben. Die Menschen erstmal abzufangen, aufzufangen, weil die oft sehr ängstlich sind und wir wollen auch nicht, dass sie wieder mit dem Gefühl rausgehen, jetzt wurde mir wieder nicht geholfen... Wir versuchen also den ersten Kontakt möglich zu machen, aber wir müssen mittlerweile langsam uns Wartelisten, Prioritätslisten erstellen, weil wir nicht weiterkommen, weil es zu viel wird.

F: Gibt's Unterschiede im Verlauf des Projektzeitraums? War das am Anfang genauso?

A: Also ich würd tatsächlich sagen, ich mein wir haben im September begonnen, im Frühjahr, März fing die Pandemie, also quasi direkt danach... Ich kann jetzt nicht sagen, liegt das an der Pandemie oder halt an dem Bekanntheitsgrad. Aber es ist ein stetiger Zuwachs. Und gerade momentan in Coronazeiten finde ich es nochmal intensiver in der persönlichen Empfindung. Kann aber auch sein, dass ich die Arbeitsbelastung generell als höher empfinde, wenn ich den ganzen Tag mit Mund-Nasen-Schutz rumlaufe, ständig lüften muss, desinfizieren muss, die Menschen

nervöser sind. Kann auch in meinem Empfinden daran liegen, dass ich es belastender finde.

F: Vielleicht auch zur psychischen Arbeitsbelastung. Zur hohen Arbeitsbelastung kommt ja auch der Aspekt, dass man mit menschlichen Schicksälen konfrontiert ist, wie können Sie damit umgehen?

A: Also ich bin froh, dass wir in unserem Verein, in unserem Team Supervision haben, dass wir daran teilnehmen können. Also wir haben das irgendwann vor 4 Jahren ins Leben gerufen, also eingefordert. Es ist so, dass wir alle 6 Wochen eine Teamsupervision haben, in der wir anonymisiert über Patienten sprechen können, die uns sehr belasten oder deren Schicksal, das uns sehr belastet. Aber natürlich auch kollegiale Sachen, wenn wir im Team Probleme haben. Es ist hier so aus meiner Sicht, dass wir eine sehr hohe psychische Belastung haben, weil die Menschen, die vor uns sitzen, kommen erst, wenn es nicht mehr anders geht. Das heißt sie sind selbst schon sehr belastet: Finanziell, seelisch, psychisch, medizinisch, also gesundheitlich. Die kommen mit einem ganzen Batzen zu uns, sitzen vor uns und dann kommt oft der Spruch: „Sie sind meine letzte Rettung, Sie sind die letzte Person, an die mich jetzt wende.“ Manche sagen uns auch, dass sie nicht den Lebensmut verloren haben. Es wird nicht akut Suizidalität ausgesprochen, aber eine schleichende, so nennen wir das immer. Aber sie können nicht mehr, sie kommen nicht mehr zurecht in diesem System, sind auf sich alleine gestellt, wurden so oft abgewimmelt, diskriminiert. Das heißt diese ganze Schwere, weil wir auch den Anspruch haben auch ganzheitlich zu arbeiten -ok wir arbeiten nur über die Krankenversicherung, das andere lassen wir mal raus. Das würde unserem Anspruch nicht gerecht werden- bedeutet aber auch, dass wir das alles hören und auch mitnehmen.

Wir hören auch, dass Menschen von Behörden sehr diskriminierend behandelt werden, was uns sehr wütend macht, hilflos macht zum Teil. Wir kriegen mit, wie Kliniken umgehen mit Menschen. Das kann man nie pauschal sagen. Es gibt immer wieder tolle Menschen, tolle Kliniken, die dann sagen das Finanzielle, das Wirtschaftliche ist jetzt erst mal sekundär, wir helfen dem Menschen. Aber wir erleben auch, dass Menschen, die dringenden medizinischen Handlungsbedarf haben, im Notfall, vor die Tür gesetzt werden, im Rollstuhl im Hemdchen uns hier auf die Zitadelle gebracht werden. Wir erleben Sachen, wo Menschen sterben. Ich habe jetzt gerade wieder..., also ich muss dann auch mit Angehörigen sprechen, weil wir die letzte stetige Kontaktperson waren der Menschen, weil die oft zurückgezogen, alleine, isoliert leben. Dann mache ich sozusagen eine Trauerbegleitung auch aus meiner Sicht für die Angehörigen, die dann sagen, zu Ihnen hatte die Person XY Kontakt ganz intensiv. Die hat das berichtet und dann wollen die Angehörigen was wissen von uns, das ist schon viel was wir mitnehmen an Schwingungen, an Emotionen. Oft fangen die Menschen, wenn sie hier sitzen, erst mal an zu weinen, brechen zusammen, lassen los und dann müssen wir Ihnen erstmal Mut zu sprechen, dass sie überhaupt die Schritte mit uns gehen. Wir müssen sie erst mal stabilisieren, um überhaupt in die Richtung, was wir alles machen müssen, um eine Krankenversicherung wiederzuerlangen. Und das ist dann schon viel.

F: Klingt nach sehr viel. Kurzer Abgleich Erwartungen vor Projektbeginn und Erfahrungen jetzt kurz vor Ende des Projektzeitraums. Wie bewerten Sie Ihre Arbeit?

A: Also erstmal, das habe ich schon. Ich hätte nicht gedacht, dass sich so viele Menschen melden. Ich bin weiterhin froh, dass es die Möglichkeit gibt, weil ich glaube die Menschen, haben sonst keine Ansprechpartner in diesem Bereich und sie erleben oft einen nicht rechtskonforme Behandlung. Das heißt aus meiner Sicht muss es diese

Anlaufstellen geben. Ich fände es gut, wenn wir selbst nicht unter diesem wirtschaftlichen Druck stehen würden, dass wir von Legislaturperiode zu Legislaturperiode gucken müssen, wie geht es weiter. Denn aus meiner Sicht wird das Problem weiterbestehen, weil es die benannten strukturellen Hürden weiter gibt. Die werden aus meiner Sicht auch nicht, auch wenn ich mich dafür auf politischer Ebene einsetze, kurzfristig nicht abgeschafft werden. Wir reden da von einem utopischen Ziel. Daher finde ich ganz wichtig, dass es weiterhin diese Beratungsstellen gibt. Die Erfahrungen zeigen auch, dass eine Begleitung, die sehr eng ist und auch im persönlichen Kontakt, aufgrund der emotionalen Ebene, der sozialpädagogischen, ihnen Mut zu sprechen, sie auffangen, aber auch ganz pragmatisch, mit ihnen diese Schritte gehen können, ihnen helfen Formulare auszufüllen, Anträge zu stellen, dass es viel mehr Sinn macht, wenn die Menschen vor Ort sind -unabhängig von Corona jetzt- also das man direkte Ansprechpartner braucht, nicht nur über Telefon, da sich auch viele alte Menschen sich an uns wenden und überfordert sind mit digitalen Medien.

F: Letzter Themenpunkt wäre ein Ausblick, den ich gerne wagen würde. Wie würde eine gute medizinische Versorgung für alle aussehen aus Ihrer Sicht?

A: Aus meiner Sicht, dürfte es nicht das duale System der Krankenversicherung geben, weil es wirklich viele Probleme mit sich bringt. Also es müsste eine, ich weiß nicht, ob man es jetzt Bürgerversicherung nennt... auf jeden Fall müsste das PKV-System abgeschafft werden. Das sind so 11% der Bevölkerung drin. Es sollte gleichermaßen für alle gelten, dann stünde auch mehr Geld zur Verfügung das nach dem Solidaritätsprinzip verteilt werden könnte, das wäre das erste.

Dann dürfte aus meiner Sicht medizinische Versorgung nicht abhängig sein von einem Aufenthaltstitel, von einem Aufenthaltsstatus, weil wir immer noch damit zu tun haben, dass Menschen aus anderen Ländern in bestimmten Phasen, in denen Sie hier sind, Einschränkungen haben in der medizinischen Versorgung. Also es muss ein Gleichstellungsmerkmal erhoben werden, dass man nicht das Recht, das Grundrecht, das Menschenrecht auf medizinische Versorgung einschränken kann. Das müsste gesetzlich verankert werden. Es müsste das System barrierearmer sein, es müsste mehr Anlaufstellen, wo sich Menschen auskennen, auch gerade nicht aus dem behördlichen amtlichen Bereich, so wie unsere Nichtregierungsorganisation, geben. Wir sind frei von irgendwelchen Einflussfaktoren, von politischen Einflüssen. Ich sag mal das Jobcenter ist abhängig von Nürnberg, von der Arbeitsagentur, was die für Zahlen haben wollen, da ist so ein Druck da. Es müsste freie Beratungsstellen geben, die die Menschen wirklich unterstützen. Es müsste aber natürlich auch für die Menschen alles vereinfacht werden. Wenn man sich so Anträge anschaut und man davon ausgeht, dass 30% der Bevölkerung einem strukturellen Analphabetismus unterliegen, das heißt sie können lesen und schreiben, verstehen die Inhalte aber nicht. Das ist einfach ein No-Go, das geht nicht. Aus meiner Sicht spielen Behörden, Ämter, Krankenkassen auch damit, dass viele Menschen ihre Rechte nicht wahrnehmen können, weil sie überfordert sind. Da müsste sich was ändern. Und der Zugang müsste halt für alle Menschen gleichermaßen da sein, aber es müsste auch mehr Anlaufstellen geben, die auch sehr niedrigschwellig sind, so dass die Menschen nicht schlecht behandelt werden, wenn sie anders sind, wohnungslos sind, mal nicht gut riechen, andere Einflussfaktoren ihr Leben beeinträchtigen, dass sie dann nicht abgewimmelt werden. Also der Bürokratismus muss auf jeden abgebaut werden. Und dadurch müssten Zugangsberechtigungen erleichtert werden und es darf keine Einschränkungen geben auch bei Menschen, die Beitragsschulden haben. Weil das immer wieder dazu führt, dass die Menschen vielleicht auch noch ein Anrecht hätten

ins Krankenhaus zu gehen wegen der Erkrankung XY, aber sich gar nicht trauen, weil sie denken, sie dürfen nicht und dadurch verschlimmern sich Krankheitsbilder, es kommt zu Chronifizierungen, oder zu lebensbedrohlichen Situationen und wenn man solange warten muss, bis eine Erkrankung lebensbedrohlich wird, um dann das Recht auf medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, ist aus meiner Sicht, wenn wir von dieser Seite reden ein wirtschaftlicher Idiotismus. Dadurch werden Sachen natürlich auch viel teurer, wenn man wartet, bis es zu einem medizinischen Notfall wird, mal abgesehen von der humanitären Perspektive.

F: Was könnte hier in Rheinland-Pfalz konkret getan werden, um Ihre Arbeit leichter zu machen?

A: Ganz klar und das fordern wir auch. Wir fordern 2 Dinge: Das ist einmal jetzt konkret und kurzfristig gedacht, nicht das utopische Ziel gleichen Zugangs für alle, weil das ist etwas für die bundespolitische Ebene. In Rheinland-Pfalz sagen wir, müsste es mehr Anlaufstellen in personeller Besetzung geben, erstmal angegliedert an die medizinischen Anlaufstellen, die es in einigen Städten gibt, nicht in allen. Es gibt ja oft, sehr oft Caritas, Diakonie, die sehr flächenmäßig verteilt sind, müsste es Ansprechpartner geben, die in dem Bereich Krankenversicherung geschult werden. Das kann man nicht mal nebenbei machen. Nicht die Migrationsberatung ein bisschen Krankenversicherung nebenbei, nicht die Schuldnerberatung ein bisschen Krankenversicherung nebenbei, weil es so speziell ist, müsste überall in jedem Landkreis, in jeder Kommune Ansprechpartner geben, die zumindest das know-how haben, vielleicht auch noch andere Arbeitsbereich abdecken, aber zumindest ansprechbar sind, dass die Menschen vor Ort Ansprechpartner haben.

Das andere, was wir dringend brauchen und fordern und weiter dringend benötigt wird, ist ein sogenannter Behandlungsfond, das heißt, wie ich ja geschildert hab, gibt es immer noch Gruppen, die bekommen wir nicht, egal wie gut wir uns auskennen, aufgrund der gesetzlichen strukturellen Hindernisse nicht in eine Krankenversicherung. Die Menschen werden trotzdem krank, haben Schmerzen, leiden, werden zu einem medizinischen Notfall, ihnen muss geholfen werden und dafür brauchen wir Gelder, damit natürlich auch Leistungserbringer, ich kann natürlich auch die wirtschaftliche Perspektive der Kliniken, oder Leistungserbringer generell sehen, dass wir da auch Sorge tragen können, dass die auch entlohnt werden. Wir brauchen einfach einen Fond, wo diejenigen, die wir nicht reinkriegen, oder erstmal nicht reinkriegen, wenn wir davon reden, dass es manchmal ein halbes Jahr oder länger dauert bis zur Wiedereingliederung und die werden ja trotzdem krank in dieser Zeit. Dann brauchen wir überbrückend Geld, dass wir zur Verfügung stellen können, um ein MRT oder sonst was machen zu können.

F: Prognose. Wie wahrscheinlich ist es, dass in der nahen Zukunft etwas passiert?

A: Wir haben den Antrag ja gestellt und es sieht gerade auch ganz gut aus, dass die Clearingstelle erstmal bestehen bleibt. Also wir bekommen einen sehr hohen Zuspruch auf politischer Ebene, es wird sehr gelobt, was wir hier machen, weil gesehen wird, wie viel Menschen wir wieder ins System bringen, die wieder eine Krankenversicherung haben. Das heißt wir haben eine gute Reputation, in Mainz dürfen wir weiter bestehen bleiben erstmal, das wird von der Landesregierung weiter so finanziert. Wir haben ja auch weitere Anlaufstellen gefordert, erstmals in Koblenz, Ludwigshafen und Worms, das sieht auch ganz gut aus, dass wir uns sozusagen erweitern können im nächsten Jahr. Das ist dann auch so eine Pilotphase, um zu gucken wie viele Menschen gehen da wirklich hin, wie sind wir da im Kontakt. Leider ist es weiterhin so, dass ein Behandlungsfond aus meiner Sicht nicht kommen wird.

Die politische Ebene fordert immer genaue Zahlen, wie hoch wird der sein. Ich kann es nicht sagen. Da kommt ein Mensch, mit einer schlimmen Tumorerkrankung und dann stehen 30 – 40 – 50.000 Euro im Raum. Es kommen viele Menschen, die müssen ein Röntgenbild kriegen, weil sie den Fuß gebrochen haben. Die wollen aber von uns genaue Einschätzungen, wieviel ein Behandlungsfond kosten wird und das können wir ihnen nicht liefern und dann sagen sie, wenn sie uns keine genauen Zahlen liefern, können wir ihnen nicht irgendwie sagen, ob etwas möglich ist. Aus meiner Sicht ist das aber ein vorgeschobenes Argument. Ich glaube auch eher, dass auf politischer Ebene, gerade auch mit Oppositionen schwer verhandelbar ist, gerade im Bereich der AfD, die leider in den Landtagen vorhanden ist, wird uns auch immer wieder signalisiert, dass es da natürlich sehr hohen Gegenwind gibt. Dass die gerade argumentieren, dass so soziale Transferleistungen, so extra Fonds dürften nur deutschen Staatsbürgern zur Verfügung stehen. Bei denen gibt es aber andere Möglichkeiten ... Beim Behandlungsfond reden wir ja auch in erster Linie von Menschen, die wir so erst mal nicht ins Sozialversicherungssystem hineinbekommen. Da gibt es ganz viel politischen Gegenwind. Aufgrund dieser Tatsache haben die Regierenden Angst Gegenwind zu bekommen, dadurch Wählerstimmen zu verlieren, das hängt alles miteinander zusammen. Das sehe ich leider erstmal nicht gegeben, dass wir den bekommen. Den sehe ich aber auch eh nur als Interimslösung, eigentlich muss ja das Zugangsrecht für alle Menschen da sein. Das ist auch unser Ziel, was wir weiterhin im Blick behalten. So ist das nur eine Interimslösung aus der Not geboren, so würde ich das einschätzen.

F: Gibt es noch irgendetwas, was bisher unerwähnt geblieben ist, was Ihnen noch wichtig ist? Fällt Ihnen noch etwas ein?

A: Gerade fällt mir nichts weiter ein.

F: Dann bedanke ich mich ganz herzlich, vielen Dank.

## 8.2 Transkript Interview 2

F: Mit welchen Erwartungen sind Sie dann an das Projekt herangegangen.

A: Ich war mit schon der Tatsache bewusst, dass da viel auf mich zukommt, dass ich viel lernen muss, mich da reinarbeiten muss. Aber ich habe das, ich sag mal als positive Herausforderung für mich angenommen. Genau. Das war dann auch, als ich damit dann auch angefangen habe, tatsächlich schon eine ordentliche Herausforderung am Anfang. Da hängt man schon ganz schön an den Gesetzestexten und Büchern, die man zu dem Thema hat und müht sich da durch.

F: Themenfeld Beratung. Mal ganz grob: Wie läuft eine Beratung ab bei Ihnen? Vielleicht zunächst auf die erste vorpandemische Hälfte des Projektzeitraums bezogen.

A: Also erstmal ist vielleicht so die Frage, wie der Zugang zu Stande kommt. Zum Teil sind die ersten Beratungen ja schon am Telefon mit einer Frage, oder über die Ambulanz ohne Grenzen hier, oder über eine andere Beratungsstelle an uns verwiesen worden.

Ja und dann fragen wir in der Regel erstmal relativ umfangreich verschiedenste Informationen ab, die so mit der Lebenssituation zu tun haben. Natürlich welche Staatsangehörigkeit hat man, welchen Aufenthaltstitel hat man, bis hin zu welcher Art und wieviel Einkommen man hat. Natürlich eine der ersten Fragen ist, wie siehts aus mit der Krankenversicherung. Es kommen ja nicht nur Leute zu uns, die keine Krankenversicherung haben, sondern es sind ja vielfältige Problemlagen.

Das heißt man macht erstmal so eine Anamnese, um zu sehen, was sind die Probleme, die ja auch oft über Krankenversicherung hinausgehen. Welche Lösungswege könnte es da geben. Oft man muss man den Leuten da sehr viel das System erklären. Also insbesondere Menschen, die nicht aus Deutschland kommen, aber auch andere verstehen Sachen aus dem System nicht.

F: Also wie ist so der zeitliche Aufwand einer Beratung? Wie viele Folgetreffen beinhaltet das, wie groß ist so der Aufwand?

A: Ich sag mal so, die Spannweite ist sehr groß. Von einer Person, die anruft, man gibt der Person einen Ratschlag, den setzt sie um und meldet dann, wenn man Glück hat, dass es jetzt geklappt hat. Das gibt es, ist aber nicht die Regel. In der Regel ist es eher so, dass einige Treffen oder einige Telefonate, wie auch immer, stattfinden müssen. Ich würde sagen mindestens vier so in der Regel, aber es gibt auch Beratungen, die habe ich schon fast seit ich hier arbeite und die sind immer noch nicht abgeschlossen. Das dauert dann schon mal ein Jahr. Dabei dann von Beratung zu sprechen, ist eigentlich zu wenig, weil es dann wirklich eine lange Begleitung ist. Man muss sehr viel mit den Leuten für die Leute machen. Unterlagen besorgen, wie auch immer, was man da alles machen muss in dem Prozess.

F: Wie weit geht, wie weit geht diese Begleitung? Also ist das nur die Schreibtischarbeit oder geht es auch darüber hinaus?

A: Das geht auch darüber hinaus. Es ist natürlich schön, wenn es ausreicht den Leuten zu sagen, was zu tun ist und sie tun es dann. Aber oft ist es auch der Fall, dass die Leute aus den verschiedensten Gründen mit den Anforderungen überfordert sind, was jetzt nicht unbedingt an den Leuten liegt, sondern daran, dass es teilweise sehr kompliziert ist. Auch wir, diejenigen, die die Beratung machen, oft irgendwo im Zeitraum der Beratung an einen Punkt stoßen und merken, oh so geht es jetzt doch gar nicht weiter, wir müssen den Weg nochmal ändern. Leider muss man auch oft

Dinge einfach durchdrücken bei verschiedensten Stellen, wo die Leute Rechtsanspruch haben, den durchsetzen wollen, aber abgewiesen werden. Wir müssen dann, also wir lassen uns dann auch Vollmachten geben, wir machen viel für die Leute. Wenn es nötig und möglich ist, begleiten wir die Leute auch außerhalb bei Gesprächsterminen, bei Amtsterminen.

F: Welche Schwierigkeiten treten dabei auf? Jetzt haben Sie schon gesagt, dass sie etwas „durchdrücken“ müssen... Ist Sprache zum Beispiel auch ein Hindernis? Wie sieht es aus mit Dokumenten und der Mitarbeit der Beratungssuchenden aus, gibt es Probleme, die da auftauchen?

A: Genau. Je nach Person und Lage gibt es ganz ganz unterschiedliche Sachen, die einem da im Weg stehen. Es kommen natürlich viele Menschen auch zu uns, aus einem EU-Land, aus einem Drittstaat kommen, die mit der Sprache, unabhängig ob sie sie gar nicht oder schon relativ gut sprechen, überfordert sind in dem Moment, in dem es ums Eingemachte geht, sag ich mal. Das ist was. Es gibt Leute, die sind einfach von ihrer persönlichen Situation in einer so schweren Lage, dass sie es alleine nicht schaffen. Die muss man dann teilweise sehr eng an die Hand nehmen oder wenn man Glück hat, haben sie noch jemanden, der sie unterstützt. Das kann sein, weil sie eine Suchtproblematik haben oder weil sie eine Depression haben, selbst sich nicht dazu bewegen können, etwas zu tun. Das kann vielfältigste Gründe haben, warum die Leute es selbst nicht bewerkstelligen können.

F: Ab dem Pandemiebeginn bis jetzt zum Ende des Zeitraums ist ja circa die Hälfte des Projektzeitraums. Was hat sich verändert bei der Beratung bei Ihnen? Ist es schwieriger die Kontakte aufrecht zu erhalten? Oder mit den Behörden? Was hat sich da gewandelt?

A: Das war so ein Prozess, der hat sich entwickelt. Es war nicht auf einmal Pandemie und seitdem ist es so und so. Es war zu Beginn, so im März/ April sag ich mal, so dass die Ämter dicht gemacht haben zum Teil, man nicht mehr rein konnte zum Teil. Das war natürliche erst mal eine Herausforderung, weil vieles über komplizierten Schriftweg gehen musste, man musste Dokumente einschicken... Teilweise gab es auch Vorteile, weil die Ämter sich sehr sehr flexibel darauf einstellen mussten mit der neuen Situation klarzukommen, und dann manches auf einmal sehr einfach ging, was vorher fast komplizierter war. Da musste man eine e-mail schreiben und hat gekriegt, wofür man vorher aufkreuzen musste mit Dokumenten und so. Das war gut, das hat das so ein bisschen ausgeglichen die sonst schwierige Situation. Hat dann aber irgendwann wieder nachgelassen. Irgendwann haben die Ämter auch wieder ihre Wege gefunden, wie das zu laufen hat. Und dann wurde es deutlich komplizierter. Nur mit Termin... Wo man früher einfach hingehen konnte, musste man plötzlich zwei Wochen auf einen Termin warten. Das ist so die Seite der Ämter, was da schwieriger geworden. Zum Teil war es auch bei Krankenkassen schwer, weil die alle im Home-Office waren, weil die mussten sich erstmal organisieren, es hat nicht alles funktioniert. Und für uns in der Beratungssituation haben wir uns die Regel gesetzt, nur ganz dringende Fälle vor Ort einzuladen. Aber ist natürlich sehr schwer, das so zu trennen. Wir haben natürlich weniger Termine vor Ort, würde ich sagen. Persönliche Termine haben wir, glaube ich, weniger, wobei es mittlerweile nah dran ist an der Menge, die wir vorher hatten. Sind halt natürlich viele Vorsichtsmaßnahmen damit verbunden, weil hier in unseren Räumen auch kranke Menschen viel unterwegs sind, die auch einfach Risikopatienten sind. Das heißt, es muss jetzt halt mehr auf Hygienemaßnahmen geachtet werden, was es komplizierter macht. Es entstehen Raumprobleme und so weiter und es gibt definitiv Leute, die dadurch, dass wir uns ein wenig einschränken

mussten, letztlich schlechtere Beratung, schlechtere Begleitung erhalten haben, als es sonst möglich gewesen wäre.

F: Dann würde ich den Fokus gerne mehr auf den Beratungssuchenden, also die Person, die zu Ihnen kommt, legen. Mit welcher Fragestellung wenden diese sich an sie? Kommen mit einem aktuellen Krankheitsgeschehen, präventiv, oder schon mit offenen Rechnungen?

A: Ja, also das gibt es alles, genau. Es gibt definitiv, die Leute, die einfach nur merken, da kommt jetzt eine Situation, ich verlier jetzt sogar meinen Versicherungsschutz oder weiß nicht, ob ich ihn verliere, bei denen eigentlich alles in Ordnung ist. Das ist aber eher die Minderheit.

Viele Leute kommen auch, die schon noch in einer guten Situation sind, na ja, bei denen aus irgendeinem Grund Beitragsschulden angefallen sind und die damit dann Probleme kriegen, das sind sehr viele, die zu uns kommen, die damit Probleme haben. Wo dann auch immer schon die Frage ist, sind die eigentlich besser bei einer Schuldnerberatung aufgehoben beziehungsweise was machen wir für die und für was muss man eigentlich zur Schuldnerberatung. Das ist dann immer so eine Abwägungssache. Dann gibt es viele Menschen, die zu uns kommen aus einer Situation heraus, wo schon irgendwas, eine Krankheit vorliegt. Ganz viele unserer Klienten kommen ja hier aus der medizinischen Ambulanz von Armut und Gesundheit, wo Menschen ohne Krankenversicherung behandelt werden, und dann sagen unsere Mitarbeiter hier, gehen sie doch mal zur sozialen Beratung, vielleicht können die Ihnen helfen. Also Menschen, die nicht einmal aus der eigenen Perspektive danach gesucht haben, sondern weil sie so da hingeleitet werden.

Das sind auch viele, einfach glaub ich aufgrund der Nähe zur Ambulanz. Und dann gibt es immer wieder die Fälle, die kommen, die würde ich jetzt mal so ein bisschen in einen Topf werfen, oft Frauen, die schwanger sind, keinen Versicherungsschutz haben, oft papierlos sind, keine legalen Papiere haben und Menschen, die quasi ... teilweise ruft das Krankenhaus an, wir haben da jemanden, gibt es da eine Möglichkeit? Wir haben Menschen, die vorbeikommen: „Mir ist das und das passiert ich hab jetzt hier diese Rechnung, ich weiß nicht, wie ich meine Krankenversicherung bezahlen soll, was gibt es für Möglichkeiten?“

F: Welche Gruppen bilden sich heraus unabhängig von der Situation krank oder nicht krank. Sie haben die Gruppe der Schwangeren schon angesprochen, auch andere besonders vulnerable Gruppen?

A: Schwangere sind schon eine besondere Gruppe, insbesondere papierlose Schwangere, die gar nicht wissen, wie sie sich weiterhelfen können. Grundsätzlich kann man sagen, Arbeitsmigranten sind so eine Gruppe, die halt nochmal unter ganz spezielle rechtliche Regelungen fallen und es natürlich ganz einfach haben hierherzukommen und vielleicht auch schnell mal einen Job finden, aber dadurch nicht immer direkt super in die sozialen Systeme aufgenommen sind. Da kann es halt passieren, dass man in einen Job aufgenommen wird und man hat nach drei Monaten einen Unfall... Oder man findet halt keinen Job und lebt einfach lange hier. EU-Bürger sind so eine Gruppe, die ich zusammenfassen würde, die eben deswegen vulnerabel sind, weil es einen Leistungsausschluss gibt für EU-Bürger, die nur in bestimmten Situationen Sozialleistungen bekommen, soziale Absicherungen da ist.

Dann natürlich insgesamt die Gruppe der Menschen, die hier ohne einen geregelten Aufenthaltsstatus leben, bei denen die spezielle Situation nochmal die ist, dass sie sehr vorsichtig sein müssen, wenn sie nicht abgeschoben werden wollen und

deswegen sehr langsam tastend, glaub ich auch, vorgehen und natürlich nicht bei einem Amt auftauchen, es nicht können.

Dann eine Gruppe, die ich auch schon genannt habe, sind Menschen mit Beitragsschulden. Menschen, die in eine finanzielle Situation gekommen sind, in der sie die Beiträge nicht mehr zahlen konnten oder auch einfach, man muss schon sagen, manchmal auch nicht mehr wollten. Selbstständige, Solo-Selbstständige, die dann mal ein bisschen weniger Einkommen hatten eine Zeit lang, die sich gesagt haben ich zahl jetzt ein halbes Jahr lang nicht, mir geht's ja gut.

Dann muss man natürlich, ja dann gibt es Menschen, die deutsche Staatsbürger sind, oder hier früher schon gelebt haben, die aufgrund der ehemaligen Gesetzeslage irgendwann mal ihre Krankenversicherung noch kündigen konnten, und jetzt vielleicht seit 20 Jahren keine Krankenversicherung mehr haben, wirklich keine mehr haben, was nach dem aktuellen Recht eigentlich fast nicht mehr möglich sein soll, eigentlich nicht mehr möglich sein soll, in diesen Fällen aber doch möglich ist.

F: Wie ist die aktuelle medizinische Versorgungslage der Betroffenen? Ich denke es ist klar, dass es keine perfekte ist, keine ganz normale ist. Wie geht es den Betroffenen aus gesundheitlicher Sicht, insofern das zu beurteilen ist?

A: Also ich glaub da muss man auch wieder nach ganz unterschiedlichen Gruppen unterscheiden. Es gibt Menschen, denen geht es gut, natürlich. Es gibt Menschen, denen merkt man vielleicht schon an, dass wegen der einen oder anderen Sache mal zum Arzt gehen müssten. Die jetzt aber keine ernste Erkrankung vorliegen haben. Ich sag jetzt mal bei uns spielt jetzt auch das Klientel der Wohnungslosen eine Rolle, da liegen ja oft einfach Erkrankungen vor, die daher rühren, dass man draußen auf der Straße unter schlechten Hygienebedingungen, von Kälte nicht geschützt, lebt. Das ist so ein Thema und dann gibt es natürliche Menschen, wenn man so will, die sich viel zu spät bei uns melden, die viel zu spät angefangen haben sich zu kümmern, die schon richtig ausgeprägte und schlimmere Krankheiten vorliegen haben. Die wirklich an einem Punkt sind, an dem etwas getan werden muss, sonst sterben sie. Und manchmal sterben sie auch leider. Also vielleicht kann man es auch nochmal so unterscheiden. Es gibt Menschen, die einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz haben, die einen Herzinfarkt hatten und behandelt wurden. Die jetzt dastehen und eigentlich regelmäßig Medikamente brauchen und medizinisch überwacht werden müssten und das ist dann nicht möglich. Das ist bei uns natürlich der große Vorteil der Ambulanz ohne Grenzen, dass die Menschen da schon angebunden sind oder man sie dort anbinden kann. Das ist bei jemand, der aus der Eifel anruft natürlich ein ganz anderes Thema. Hat man ja auch. Da ist es zusätzlich auch nochmal viel schwerer das einzuschätzen, das kommt noch so dazu. Man kann nicht so verfahren, wie wir das hier haben, wir kümmern uns jetzt mal um das größte und dann packen wir zusammen das große Thema an. Sondern da läuft das dann so vor sich hin mit der Situation der fehlenden medizinischen Versorgung.

F: Auch Corona-Infizierte, die sich an Sie gewendet haben? War das eine Situation, mit der Sie konfrontiert waren?

A: Ne, nicht direkt. Aus der Beratung direkt fällt mir jetzt niemand ein. Es gab in der Ambulanz, also in den Räumlichkeiten, Fälle mit Covid-Verdacht und auch die Situation, dass jemand positiv getestet wurde. Für uns in der Beratung, ich habe jetzt noch niemand abweisen müssen. Aber wir lassen hier auch niemand herein, der eine Erkältungserkrankung hat. Da kam es auch schon vor, dass jemand sich nicht testen lassen wollte und die Beratung damit dann auch auf Eis liegt.

F: Welche Rollen spielen die Faktoren Armut und Hilfsbedürftigkeit bei den Beratungssuchenden?

A: Sie spielen eine sehr große Rolle. Auch unabhängig von den Gruppen der EU-Bürger, Wohnungslosen, Arbeitsmigranten, ehemaligen Selbstständige, oder so was. Häufig kommen die Leute in die Situation, weil Ihnen ... na ja, vielleicht muss man unterscheiden: Also es gibt die Leute, die rutschen in die Situation, dass sie nur einen begrenzten Krankenversicherungsschutz haben, weil sie es sich nicht mehr leisten können, weil sie nicht mehr zahlen können. Dann gibt es die Menschen, die aus dem gleichen Grund keine haben, weil sie wie gesagt vor 20 Jahren ihre Krankenversicherung verloren oder aufgegeben haben. Und dann spielt es natürlich auch nochmal eine große Rolle, weil Menschen.... Welche Kiste muss ich da aufmachen..?

F: Vielleicht anders gefragt. Welche weiteren Probleme liegen parallel neben der Krankenversicherung vor?

A: Es ist oft so, dass der Weg in die Krankenversicherung über SGB II oder SGB XII, also Jobcenter oder Sozialamt, oder über Absicherung, wie Asylbewerberleistungsgesetz zu gehen ist, zum Beispiel. Was ja alles sowieso nur eine Möglichkeit ist, weil Hilfsbedürftigkeit vorliegt. Das heißt in der Arbeit hängt das sehr eng miteinander zusammen. Ganz ganz oft muss man einfach dieses Thema angehen, dass man die Leute abgesichert kriegt und darüber kann man dann den Krankenversicherungsschutz herstellen, die Zahlungen gewährleisten. Dann würde ich sagen nochmal die Gruppe der Wohnungslosen. Da ist es ganz klar, dass die Armut in der Situation ja augenscheinlich so belastend ist, dass ganz vieles einfach nicht mehr geleistet werden kann. Durch die Armut ist die Lebenssituation so problematisch, dass sich um die Krankenversicherung kümmern eine unbewältigbare Aufgabe wird, das alleine zu machen.

F: Gab es Menschen, die sich aufgrund der Pandemie an sie gewandt haben, weil sei beispielsweise nicht mehr in ihre Heimat zurückreisen konnten oder andere etwaige Geschichten?

A: Eine Sache, die ganz oft auf uns zukam, waren Studierende, die zum Beispiel eine Auslandsversicherung abgeschlossen hatten, dann lief die irgendwie aus und wurde nicht mehr verlängert, das war so ein Thema. Dann das Thema, Menschen, die mit einem Touristenvisum hier waren, wofür sie, wenn sie aus Drittstaaten kommen eine Verpflichtungserklärung, von jemand, der hier lebt, brauchen. und diese Verpflichtungserklärung schließt dann den regulären Krankenversicherungsschutz aus. Vielleicht haben sie auch eine Auslandskrankenversicherung abgeschlossen, aber die laufen dann irgendwann aus und die sagen irgendwann, ne ,wir verlängern nicht mehr. Das ist relativ häufig vorgekommen, sag ich mal so, als die Zeit der Reisebeschränkungen da war. Das ist ja jetzt nicht mehr so krass und jetzt ist das Thema weniger geworden, aber das war definitiv auffällig, dass das auf einmal eine häufige Frage war. Und leider auch eine, wo wir meistens nichts machen konnten.

F: Sprechen wir mehr über das Clearing. Zunächst einmal: Wie würden Sie die Inanspruchnahme bewerten, wie viele Menschen, sich an sie wenden. Ist das Ihren Erwartungen entsprechend?

A: Also da ich mit dem Bereich ja nicht so viel zu tun hatte, eigentlich nichts, konnte ich mir schwer eine Vorstellung machen davon, wieviel Menschen sich an uns wenden. Aber es wenden sich tatsächlich sehr viele Menschen an uns. Wahrscheinlich haben wir so etwa pro Werktag eine neue Anfrage. Also einen neuen Patienten / Klienten,

der Hilfe braucht. Das sind natürlich teilweise kurze Anfragen, aber es gibt jeden Tag eine neue Frage, sag ich mal so. Und ja, ich weiß nicht, wie ich das bewerten soll. Es ist viel für zwei Leute, sag ich mal so. Wir haben schon eine ganze Menge zu tun.

F: Jetzt hätte ich so einen großen Themenbereich. Wo klappt es beim Clearing und wo nicht? Welche Besonderheiten gibt es dabei bei deutschen Staatsbürgern, bei EU-Bürgern und bei Drittstaatlern mit der Untergruppe der Illegalisierten / Papierlosen? Bei welchen Gruppen klappt es besonders gut, wo schlecht?

A: Also es klappt gut, bei deutschen Staatsbürgern, weil die in der Regel über §5.1.13 SGB V abgesichert sind, wenn nichts anderes mehr greift. Dann greift der. Das ist eine Pflichtversicherung, der quasi mit der allgemeinen Versicherungspflicht eingeführt wurde. Das heißt bei denen gibt es eigentlich immer eine Möglichkeit sie in eine Krankenversicherung zu kriegen und es gibt auch gar nicht so viele Fälle, in denen die Leute nicht eh in einer Krankenversicherung sind, unabhängig davon, wie der Status ist. Mit Schulden oder Leistungsruhen, aber sie sind fast immer drin. Wenn es da Probleme gibt, dann hat das was mit Finanzen und Vermögen und dann vielleicht noch mit persönlichen Problemen zu tun. Krankheit oder wie auch immer, Dinge die dem halt im Weg stehen.

Dann gibt's die Gruppe der EU-Bürger, bei denen es in der Regel keine großen Probleme gibt, wenn sie hier berufstätig sind oder längere Zeit waren. Dann ist das eigentlich kein Problem. Insbesondere problematisch ist es halt bei den EU-Bürgern, die keine Arbeit finden, oder immer nur kurze Anstellungen finden. Was da insbesondere bei Arbeitsmigration Thema ist. Eine Arbeit finden, aber gar nicht wissen, dass das keine sozialversicherungspflichtige Arbeit ist, oder halt gar nicht wissen, was eine sozialversicherungspflichtige Arbeit ist und gar nicht wissen, dass ihnen ganz viele Rechte, die sie haben, vorenthalten werden.

F: Also schon eine Art ausbeuterische Arbeit, Schwarzarbeit?

A: Absolut. Schwarzarbeit und Ausbeutung und ja, die Leute wissen es nicht besser, sehen keine andere Möglichkeit. Das ist was, was dann oft dazu führt, dass Leute, die eigentlich schon länger hier sind, eigentlich einen Anspruch haben, es aber nicht nachweisen können, weil sie nicht angemeldet waren, nicht angemeldet gearbeitet haben. Natürlich aber auch zu dem Zeitpunkt, an dem sie das machen, nicht abschätzen können, was für Folgen, das hat.

F: Nochmal dann zurückzukommen, was sind die Besonderheiten beim Clearing von EU-Bürgern? Was klappt, was klappt nicht?

A: Ja, das Problem ist ganz oft die Leute in eine Arbeit zu bringen. Und das ist halt unterschiedlich, wie gut das klappt. Wenn die Leute die Sprache noch nicht gut sprechen, oder überhaupt unter Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt leiden, ist es schwieriger eine Arbeit zu finden. Die Arbeiten sind dann oft schlechter, schlechter bezahlt, sag ich mal. Die Leute werden auch vielleicht, wenn sie eh schon eine kleine Arbeit haben, bei dem Jobcenter abgewiesen und wissen nicht, wie sie sich dagegen wehren sollen. Letztlich ist das immer der Weg aus dem Leistungsausschluss heraus, über die Arbeit. Wenn das klappt, gibt es in der Regel keine Probleme.

Aber man kann ja aber auch seine Arbeit verlieren oder keine finden...das ist das große Problem. Sagen wir mal im schlimmsten Fall, wenn jemand keine Arbeit, keine Wohnung und keine Papiere hat, weil man die mal verloren hat. Dann stehen so viele Schritte an, die man gehen muss, bevor man ernsthaft über den Job und dann vielleicht aufstockende Leistungen nachdenken kann. Und das kann dazu führen, dass es echt

lange dauert, und das fordert den Leuten echt Durchhaltevermögen ab. Das schaffen bei Weitem nicht alle und das kann ich auch nachvollziehen irgendwie.

F: Und noch auf die letzte Gruppe einzugehen, eben Drittstaatsangehörige und Papierlose. Was sind da noch Besonderheiten?

A: Ich glaub bei Drittstaatsangehörige kann man sagen, wenn jemand Asyl hat, bekommen hat, gibt's in der Regel keine Probleme. Weil dann kommen die in das System gut rein, werden da reingeführt und das merkt man bei unserer Arbeit schon sehr stark, dass diese Gruppe nicht so ein Problem darstellt.

Letztlich gilt, also naja, es kommt ganz drauf an, wie sie ihren Aufenthalt hier bekommen haben. Es gibt halt viele Drittstaatler, die vielleicht im Familiennachzug gekommen sind. Da hat jemand eine Verpflichtungserklärung unterschrieben. Und dann steht man vor dem gleichen Problem. Die Leute sind hier und diese Verpflichtungserklärung sagt halt, dass derjenige, der sie unterschrieben hat, sich um die Versorgung zu kümmern hat. Das schließt schon mal viele Leute aus dem regulären System aus.

F: Und da haben Sie auch keine Möglichkeiten, dem etwas entgegenzusetzen?

A: Da gibt es auch Lösungen für, aber das sind immer Einzelfalllösungen sag ich mal. Die ich kenne wurden fast immer mit Rechtsanwalt durchgesetzt, weil das kompliziert ist und man dranbleiben muss und wissen, wovon man redet. Die Möglichkeit, dies es gibt, ist einen anderen Aufenthaltstitel zu bekommen, für die man die Verpflichtungserklärung nicht mehr braucht. Das ist im Endeffekt die Lösung, aber da gibt es nicht viele Wege, das sind wirklich Einzelfälle, wo das dann klappt.

Und dann würde ich sagen, noch die Gruppe der Papierlosen. Die haben definitiv die schlechteste Situation, weil sie haben keinerlei Ansprüche und im Normalfall, zumindest auf dem Papier, nicht das Recht hierzubleiben. Da ist dann immer so eine Migrationsberatung, eine aufenthaltsrechtliche Beratung erstmal wichtig, um zu schauen, kann man für die Leute irgendwas herstellen. Wenn die Leute wirklich krank sind oder zum Beispiel schwanger sind, kann man bei Schwangeren innerhalb des Mutterschutzes eine Duldung beantragen und hat darüber Anspruch auf Asylbewerberleistungen. Das Problem ist, wenn der Mutterschutz vorbei ist und das Ganze wieder ungeklärt ist, und dann ist der Aufenthalt natürlich hier aufgedeckt und die Behörden wissen, wo sie sind. Das ist dann insofern schwierig. Wenn man Glück hat, kann man über eine familiäre Situation oder doch irgendwie anders einen Aufenthalt herstellen aber das nur mit guter aufenthaltsrechtlicher Beratung, oft mit einem Rechtsanwalt.

F: Gibt es persönliche Gründe, die einer Wiederversicherung im Wege stehen? Faktoren, die es schwieriger machen?

A: Ich hatte ja eben schon mal als Beispiel für Drittstaatler die Angst... also sicherlich gibt es Drittstaatler, die gewisse Ansprüche auf irgendeinem Weg gelten machen wollen, aber sie haben aber natürlich große Angst, sich an irgendwelche Stellen zu wenden, weil es sonst auffliegt vom Status her.

Dann sind es gesundheitliche Gründe im weitesten Sinne. Das kann reichen von, ich bin so krank, dass ich mich kaum zur nächsten Beratungsstelle bewegen kann also körperlich so krank, oder man ist psychisch krank und kann das Ganz deswegen nicht leisten, das ist auch ein großes Spektrum. Das kann jemand sein, der total psychotisch ist und gar nicht mehr versteht, was zu tun ist. Das kann aber auch jemand sein, der genau wüsste, was zu tun ist, der aber in einer so tiefen Depression steckt, dass er vielleicht gerade noch so den Fernseher ankriegt. In der Wohnungslosen Szene ist

Alkoholismus ein großes Thema, was ein Grund sein kann, warum die Compliance nicht da ist, warum die Leute dann doch nicht auftauchen zu einem Termin oder es nicht schaffen Dokumente zu besorgen. Das wäre auch noch mal so ein Thema, was es schwierig macht bei Drittstaatlern und EU-Bürgern, vor allem bei Drittstaatlern, Dokumente zu besorgen. Es ist halt einfach sehr kompliziert. Ja, das sind so die wichtigsten Gründe.

F: Was ist so der Durchschnitt einer erfolgreichen Beratung?

A: Es ist sehr unterschiedlich, ich überleg gerade. Also in der Regel Wochen, in der Regel auch länger.... Monate. In der Regel länger als ein Monat.

Wie gesagt, es gibt die Fälle, wo es ganz schnell geht.

Ich denk jetzt an Beratungen, die wir bis zum Ende mitbegleitet haben. Es gibt ja viele Anfragen von Beratungsstellen, oder von Menschen, die sich schon informiert haben und nur noch eine Information benötigen oder so, wo wir es dann auch nicht mitkriegen. Aber da, wo wir wirklich begleiten, dauert es in der Regel eher Monate als Wochen.

F: Mit welchen anderen Stellen kooperieren Sie?

A: Also was so Beratungsstellen oder Hilfsangebote angeht, kooperieren wir so ein bisschen mit Schuldnerberatung, wir sind eigentlich mit allen, sag ich mal, Migrationsberatungen in Mainz im Kontakt, haben wir immer wieder mit zu tun. Wir haben zu tun mit den Angeboten für Wohnungslose, also Wohnheim, Frauenunterkünften, mit Rückkehrberatungen. Wir haben natürlich mit den Krankenhäusern zu tun, viel. Die kommen auf uns zu, wir kommen auf die zu. Wir haben mit den Medinetzen, hier in Mainz viel zu tun, das gibt es ja auch in Koblenz. Wir kriegen auch immer wieder Anfragen von Migrations- und Schwangerenberatungsstellen aus ganz Rheinland-Pfalz, aus der Wohnungslosenhilfe. Wir kriegen auch sehr viele Anfragen von Verwaltungen, von Sozialämtern oder so, die nicht weiter wissen bei jemand, der von Ihnen Geld bezieht und die nicht weiterwissen.

Dann haben wir natürlich, klar mit den ganzen Ämtern viel zu tun: Sozialamt, Jobcenter, Ausländerbehörde.

F: Gibt es regionale Unterschiede? Die Stelle ist ja für das ganze Bundesland gedacht? Haben Sie da Unterschiede bemerkt?

A: Ich würde nicht sagen, dass die Anfragen nur aus Städten kommen, das verteilt sich so. Wir nehmen jetzt nicht immer den Wohnsitz der Leute auf. Wenn jetzt jemand von der Beratungsstelle aus Worms geschickt wird, merk ich mir Worms, kann natürlich aber auch Umland sein.

Ich habe schon manchmal so das Gefühl, dass es Gegenden gibt, in denen das Angebot bekannter ist. So nördlich von Koblenz, was ist das? Westerwaldkreis? Da kommen viele Anfragen her, aber insgesamt würde ich sagen, die kommen aus ganz Rheinland-Pfalz, die kommen aus Städten, aus Dörfern.

F: Und ohne das sie da wahrscheinlich dort Öffentlichkeitsarbeit gemacht haben. Wissen Sie, wie die Menschen aufmerksam auf sie geworden sind?

A: Insbesondere bei Leuten, die sich von weiter weg melden, sind noch öfter Leute dabei, die es einfach im Internet gefunden haben, die einfach gesucht haben. Aber trotzdem sind auch da sehr viele Leute dabei, die von Beratungsstellen, wie Diakonie oder Caritas oder so an uns weitergeschickt werden. Wir haben schon vor der Pandemie sag ich mal so, bisschen mehr Öffentlichkeitsarbeit gemacht. Haben uns

auch mal bei Schuldnerberatungen vorgestellt. Das hat dann ziemlich schnell ein Ende gehabt, seitdem passiert das nicht mehr so viel. Aber ich habe schon das Gefühl, dass es sich schon rumgesprochen hat. Bestimmt nicht überall, aber in gewissen Kreisen hat es sich auf jeden Fall rumgesprochen. Also bei Beratungsstellen, nicht bei Normalbürgern. Auch bei Kreisverwaltungen, interessanterweise.

F: Themenfokus Arbeit. Wie hoch ist die Arbeitsbelastung?

A: Ich würde sie als sehr hoch einschätzen. Ich habe auf jeden Fall noch nie, wo gearbeitet, wo die Arbeitsbelastung so hoch ist. Wenn ich mit meiner Kollegin, wie wir hier arbeiten... es ist schon, es ist sehr viel los. Das Telefon klingelt viel, es kommen viele Anfrage aus der Ambulanz hier, der Ambulanz ohne Grenzen. Ich würde sagen am Anfang meiner Arbeit, war es noch so, dass ich gesagt hab, manchmal ist viel los, manchmal nicht so. Jetzt ist es eher so, klar klingelt das Telefon mal mehr oder weniger, aber die Zeit, wo es dann nicht so viel klingelt, sind die, wo man trotzdem nicht alles abgearbeitet kriegt, was man so auf dem Tisch liegen hat. Es staut sich schon viel.

F: Wie viele Beratungen sind das so, die parallel geführt werden?

A: Das kann ich ganz ganz schlecht einschätzen. Weil es auch so ein großer Unterschied ist, zwischen Leuten, mit denen man sehr eng arbeitet und bei manchen die Prozesse so langwierig sind, dass man alle paar Wochen voneinander hört. Also wenn ich jetzt irgendwas schätzen müsste, würde ich sagen bei mir mindestens 30 oder so gleichzeitig sind, vielleicht. Oder noch mehr... also wie gesagt, sehr unterschiedlich.

F: Jetzt haben Sie das Telefon schon angesprochen. Konkret, wie viel neue Fälle pro Tag?

A: Also von der Statistik her kann man schon sagen, ein neuer Fall pro Tag. Das Telefon klingelt natürlich ungleich öfter. Also das wäre so meine Einschätzung, dass wir pro Tag einen neuen Fall reinkriegen, eine neue Anfrage, so würde ich es mal nennen. Das ist nicht immer etwas, was sich zu einem längeren Fall entwickelt.

F: Nochmal spezifisch. Gibt es im Zeitrahmen September 2019 bis jetzt Dezember 2020 einen Verlauf, dass es mehr geworden ist. Ist da eine Tendenz zu beobachten?

A: Also ich glaube die Anfragen sind tendenziell nicht mehr geworden, die sind ungefähr gleichgeblieben, aber es hat sich halt insofern verändert, dass ganz bei vielen von den Anfragen, bei einigen von den Anfragen, die im November 2019 kamen, die Prozesse immer noch laufen. Die Arbeitsbelastung ist auf jeden Fall mehr geworden. Die Anfragen glaub ich nicht.

F: Ich würde das Thema psychische Belastung gerne ansprechen. Man ist ja doch konfrontiert mit persönlichen Schicksälen und eben auch schwierigen Konstellationen. Wie belastend ist das für Sie?

A: Ich habe schon, also schwankt, sag ich mal. Hängt natürlich auch davon ab, ob man gerade einen Fall hat, der wirklich belastend ist. Aber ich nehme schon gedanklich viel mit nach Hause von der Arbeit. Also so abends und morgens, vor und nach dem Schlafen gehen, ist eigentlich sehr oft direkt etwas von der Arbeit präsent. Und das sind natürlich nicht immer nur Sachen, wie total belastende Fälle, aber es gibt immer parallel so viel Verschiedenes zu bedenken, dass in Zeiten, in den man gerne ruhen wollte, diese irgendwie automatisch auch dafür benutzt diese Sachen durchzugehen. Zu gucken, habe ich was vergessen. Das hängt leider viel dran. Das ist das. Auch

vielleicht, wenn die Menschen sich noch gar nicht in einer schlimmen Situation befinden, weiß man, wenn das und das und das nicht klappt, wie ich mir das gedacht habe, kann das total nach hinten los gehen. Gerade bei so aufenthaltsrechtlichen Geschichten...

F: Also schon eine sehr verantwortungsvolle Arbeit...

A: Ja, würde ich schon sagen.

F: Gibt es die Möglichkeit einer Supervision?

A: Ja. Wir haben hier eine Supervision alle sechs Wochen in der Regel. Das ist auch eine gute Möglichkeit auf jeden Fall.

F: Jetzt würde ich vielleicht einen Abgleich machen mit den Erwartungen vor und jetzt mit Ende des Modellprojektzeitraums. Wie wird die eigene Arbeit bewertet, was sind so Erfahrungen, was wurde gelernt?

A: Ich hatte halt vorher keine Vorstellung davon, wie die Arbeit aussehen würde. Mir war klar, dass die Arbeit belastend werden würde, dass man zum Teil mit schwierigen Personen und Personen in schwierigen Lagen zu tun hat. Ich habe das Gefühl, das ist so das Feedback, das ich kriege, dass die Leute sehr schätzen, was wir machen und auch sehr schätzen, wie wir das machen. Das kriege ich immer wieder so als Feedback. Das freut einen natürlich. Und insofern habe ich auch das Gefühl, dass wir eine gute Arbeit machen. Ich glaube, wenn wir mehr Ressourcen hätten und nicht mit einer Stelle am Rande von Rheinland-Pfalz für ganz Rheinland-Pfalz zuständig wären, könnte man die Arbeit noch viel viel besser machen.

Aber in dem Rahmen, den wir haben, tun wir schon unser Bestes und ich weiß ja, dass es oft von Erfolg gekrönt ist und wir schon echt vielen Leuten geholfen haben, und auch Leuten in wirklich schwierigen Lagen geholfen haben.

F: Direkt schon den nächsten Themenblock angesprochen. Um ein bisschen Ausblick zu wagen: Wie könnte eine ausreichende medizinische Versorgungslage für alle aussehen? Was steht dieser im Weg?

A: Die einfachste Variante, die ich mir so vorstellen kann, wäre, dass es einfach eine Krankenversicherung gäbe, in der einfach alle drin wären. Wie auch immer man das System dann auch aufstellt und macht, dass einfach für jeden automatische eine Krankenversicherung da ist. Ist schon ein bisschen ein Armutszeugnis, dass wir ein Land sind mit, muss man schon sagen, einem guten Krankenversicherungssystem, bei dem aber aufgrund von einer komplexen Gesetzeslage und ja auch bestimmten gewollten Sachen, einfach Leute komplett durch das Raster fallen. Das heißt, das wäre so für mich eine Sache, die langfristig ein bundespolitisches Ziel wäre. Und dann gibt es natürlich noch kleine Schritte auf dem Weg dahin, die man gehen könnte. Im Rahmen der Beantragung dieser Clearingstelle wurde sicher auch um einen Behandlungsfond sich bemüht, das Gelder bereitgestellt werden können, mit denen das Menschenrecht, das Grundrecht auf gesundheitliche Versorgung allen zu teil werden kann, auch wenn sie gerade eben in einer Situation sind, in der sie nicht im System drin sind. Ob das jetzt Papierlose sind oder einfach Leute, die eigentlich einen Anspruch haben in das System reinzukommen. Aber es ist halt ein Prozess, der ein paar Monate dauert, dass die Kosten in der Zeit halt irgendwie getragen werden können.

F: Was könnte man neben so einem erwähnten Behandlungsfond noch konkret in Rheinland-Pfalz ändern?

A: Man könnte natürlich, könnte... Wird ja auch von uns gefordert. Je nachdem, wann das hier rauskommt, ist das wahrscheinlich auch so, dass weitere Clearingstellen eingerichtet werden sollten. Deutschlandweit im Prinzip auch. Es gibt ja auch Bundesländer mit mehreren Clearingstellen. Das flächendeckende Prinzip hat halt den Vorteil, dass man Leute besser begleiten kann. Dadurch ist natürlich immer noch nicht die medizinische Versorgung automatisch gelöst. Wäre ja das gleiche, was wir machen, es dauert halt. Aber das wäre auf jeden Fall sinnvoll. Es ist einfach sehr schwer, auch je nachdem, mit wem man zusammenarbeitet, sehr sehr schwer das so aus der Entfernung mit Leuten, für Leute zu regeln.

F: Eine Frage noch: Gibt es noch irgendwas, was unerwähnt geblieben ist aus den Erfahrungen der letzten 1,5 Jahre?

A: Ja also ich glaub, wenn ich so darüber nachdenke, was könnte noch besser laufen, dann hab ich das Gefühl, das eigentlich... es wäre vielleicht auch so, wenn Corona nicht gekommen wäre, dass eigentlich eine viel bessere Vernetzung der verschiedenen Beratungsangebote da sein müsste. Denn wir haben ganz viele Anteile an unserer Arbeit, die aufenthaltsrechtliche Beratung sind. Wir machen ganz viel, also wir verbringen echt schon viel Zeit damit, Leute irgendwie in das soziale Sicherungssystem reinzubringen, was ja gar nicht mal originär Expertise im Krankenversicherungsrecht voraussetzt. Es gibt halt nicht so viele Stellen, die dafür da sind, Menschen zu helfen, die alleine nicht mit einem Jobcenter-Antrag klarkommen. Da sollte insgesamt noch besser aufgestellt sein und müsste so genau vernetzt, dass man wüsste, mit der Frage geh ich jetzt da hin, mit der Frage geh jetzt ich da hin. In Mainz geht das noch. Wenn jetzt jemand aus Daun anruft, weiß ich jetzt nicht, wohin ich den verweisen soll. Da kann ich googlen oder so, aber das ist auch nicht immer die beste Lösung. Ich glaube, das wäre für die Zukunft gut, eine noch bessere Vernetzung, wofür auch flächendeckende Clearingstellen sehr gut wären.

F: Alles klar, dann würde ich jetzt enden. Vielen Dank!

## 8.3 Erfassungsbogen

### Laufende Nummer

- Zufällige Vergabe, ermöglicht Pseudonymisierung

### Konsultationsdatum

- Händisch erfasst, nicht in Auswertung eingeflossen

### Altersklasse

- 0-4; 5-17; 18-24; 25-39; 40-65; 65 und älter, verstorben, unbekannt

### Geschlecht

- Männlich, weiblich, divers

### Deutsche Staatsangehörigkeit

- Ja; nein

### EU-Staatsangehörigkeit

- Spezifiziert nach Staatsangehörigkeit

### Drittstaatsangehörigkeit

- Spezifiziert nach Staatsangehörigkeit

### Aufenthaltstitel

- EU-Bürger\*in, freizügigkeitsberechtigt
- EU-Bürger\*in, nicht freizügigkeitsberechtigt
- EU-Bürger\*in, Verlust der Freizügigkeit durch Ausländerbehörde
- Anerkannter Flüchtling (§ 60 Abs. 1 AufenthG, §§ 3-3e AsylG)
- Aufenthaltserlaubnis (§ 16-36 a AufenthG)
- Aufenthaltsgestattung (Durchführung Asylverfahren, § 55 AsylG)
- Ausreisepflichtig mit Duldung (§ 60,60 a,60 b, AufenthG)
- Drittstaat visumsfrei (Albanien, Bosnien, Georgien, Montenegro; 90 Tage)
- Drittstaat Besuchervisum (§ 6 AufenthG)
- Fiktionsbescheinigung
- Irregulärer Aufenthalt (§15 AufenthG)
- Niederlassungserlaubnis (§ 9 AufenthG)
- Sonstiges

Unbekannt

#### Aktueller Versicherungsstatus

- Keiner oder unklar  
GKV  
PKV  
EHIC  
AsylBLG ohne Gesundheitskarte  
AsylBLG mit Gesundheitskarte  
Auslandsreisekrankenversicherung

#### Versicherungsrechtliches Problem

- Versicherung klären allgemein  
Beitragsschulden  
EHIC unklar  
Vorversicherungszeiten unklar  
Familierversicherung  
Doppelt versichert  
Sonstiges

#### Konsultationsgründe

- Gesundheit  
Kosten Krankenhaus  
Schwangerschaft  
Soziale Absicherung  
Schulden  
Arbeit  
Psychosoziale Probleme  
Aufenthaltsrechtliche Probleme  
Wohnen

#### Vermittlung zu medizinischer Versorgung

- Ambulanz ohne Grenzen (des Vereins Armut und Gesundheit e.V. in Mainz)  
Krankenhaus  
Malteser Migranten Medizin

Medinetz Mainz

Sonstiges

#### Vermittlung zu Behörden

- Agentur für Arbeit  
Ausländerbehörde  
Gesundheitsamt  
Jobcenter  
Jugendamt  
Sozialamt  
Wohnungsamt  
Sonstiges

#### Scheitern an:

- Beitragsschulden  
Vorversicherungszeiten  
Kein Aufenthaltsrecht  
Kein Sozialleistungsanspruch  
Verpflichtungserklärung  
Ausreise  
Keine Mitarbeit  
Verstorben  
Keine Rückmeldung  
Kein AsylBLG
  - Gründe:  
Anspruchsausschluss nach § 1 Abs. 4 AsylbLG (bereits anerkannt in anderen EU-Land)  
Irregulärer Aufenthalt  
Zuständige Leistungsbehörde nicht bekannt  
Zuständige Leistungsbehörde verweigert Leistungen

#### Erfolgreicher Klärungsgrund

- GKV Pflicht  
GKV Familienversicherung  
GKV Freiwillige Versicherung

PKV

EHIC

Auslandsreisekrankenversicherung

AsylbLG

Überbrückungsleistungen

Krankenhilfe über Sozialamt (§264 SGB V)

Sonstiges

## 9 Danksagung

Diese Arbeit ist nur zustande gekommen, weil eine Vielzahl an Menschen mich in unterschiedlichen Weisen unterstützt hat. Ein aufrichtiges Danke für die Hilfe, das Teilen von Erfahrungen und Wissen, das Mitdenken und die emotionale Unterstützung.

Ein besonderer Dank geht an meinen Betreuer. Dank Ihres Vertrauens, der Geduld und Ihres Wissens, wie man komplexe Sachverhalte ordnet und verständlich ausbreitet, habe ich den Weg diese Arbeit fertigzustellen mit Neugierde und Zuversicht gehen können.

Ein großes Danke geht an alle Menschen der verschiedenen Hilfsstrukturen aus ganz Rheinland-Pfalz. Ohne die dort geleistete Arbeit, das Sprechen darüber und das Teilen der Daten wäre diese Arbeit nie entstanden. Ein besonderer Dank an das Team der Clearingstelle sowie die Mitarbeitenden des Vereins Armut und Gesundheit für Ihre Offenheit und die Kooperation. Ein herzlicher Dank an das Team des Medinetz Mainz, wo ich viele prägende Erfahrungen sammeln, sowie inspirierende Menschen und Freunde kennen lernen durfte.

Ich danke weiter meinen Eltern und meiner Familie, die durch Ihr Vorleben dieses Studium denkbar und durch Ihre Unterstützung umsetzbar gemacht haben.

Und ich danke meiner Partnerin, dass sie mir den Rücken stärkt und freihält. Und meinem Sohn, weil er mein Leben bereichert.