

Gesundheit und soziale Ungleichheit

Autor:innen

Sarah Alexandra Lang

Peter Tinnemann

Rebecca Zöllner

Ohne Krankenversicherung im Krankenhaus – Offene Rechnungen und Fallzahlen in FFM 2016-2019

Abstract

Begriffsklärung: Unter „Menschen ohne Krankenversicherungsschutz“ werden Personen ohne jede Krankenversicherung und Personen, die sich zum Beispiel aufgrund von Beitragschulden im Notlagentarif befinden oder aus anderen Gründen, keinen Zugang zur medizinischen Regelversorgung haben, verstanden.

Für die Behandlung von medizinischen Notfällen bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz besteht für Kliniken ein Erstattungsanspruch gegenüber Sozialleistungsträgern. Hoher Verwaltungsaufwand und rechtliche Unsicherheiten führen jedoch häufig zu hohen Behandlungskosten für die behandelnde Klinik. Neben anderen Faktoren trägt das dazu bei, dass der Zugang zur stationären Krankenhausversorgung faktisch erschwert ist. Planbare stationäre Behandlungen sind nicht möglich. Während zur Situation von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz im ambulanten Sektor bereits einige Untersuchungen vorliegen, fehlt bislang eine breite Datenbasis zur stationären Versorgung dieses Patient:innenkollektivs.

Einführung und Überblick

Trotz der 2009 erfolgten Einführung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht und dem Anspruch, eine umfassende Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland zu gewährleisten, gibt es in Deutschland eine Reihe von Menschen, die aus Gründen rechtlicher oder praktischer Natur aus der Versorgungsstruktur herausfallen.¹ Das Statistische Bundesamt geht von 61.000 Menschen ohne Krankenversicherungsschutz im Jahr 2019 aus².

Policy Papers des Gesundheitsamtes Frankfurt unter:



frankfurt.de/ga-veroeffentlichungen

¹ vgl. Ärzte der Welt (2019): Gesundheitsreport 2019. Zurückgelassen – Wen unser Gesundheitssystem ausschließt. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.aerztederwelt.org/aerzte-der-welt-gesundheitsreport>

² Statistisches Bundesamt (2020): Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus. Destatis (Fachserie 13, Reihe 1.1). Online verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.pdf;jsessionid=66A0D9402F5C6C92E7BDD7B30E9DF4EA.internet8721?__blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft%20Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.pdf;jsessionid=66A0D9402F5C6C92E7BDD7B30E9DF4EA.internet8721?__blob=publicationFile) (letzter Zugriff am 09.09.2021)

Bei einer wahrscheinlich hohen Dunkelziffer ist die tatsächliche Zahl der Betroffenen wahrscheinlich deutlich höher: So geht die Hilfsorganisation Ärzte der Welt von mehreren hunderttausend Menschen ohne Krankenversicherungsschutz aus³.

Kostenerstattung für Krankenhäuser – hoher Verwaltungsaufwand und rechtliche Unsicherheiten

In Frankfurt am Main werden jedes Jahr eine Vielzahl nicht Krankenversicherter in niedrigschwelligen Ambulanzen, wie z. B. den Humanitären Sprechstunden am Gesundheitsamt, behandelt. Hinzu kommen Behandlungen als medizinische Notfälle in Frankfurter Krankenhäusern. Gemäß §25 SGB XII und §6a AsylbLG können Krankenhäuser und Ärzte als sogenannte Nothelfer nach einer Behandlung dieses Patient:innenkollektivs einen Erstattungsanspruch gegenüber zuständigen kommunalen Sozialleistungsträgern geltend machen⁴. Das Verfahren ist allerdings mit einem hohen Verwaltungsaufwand sowohl für Sozialbehörden als auch für die Krankenhausverwaltungen verbunden. Hinzu kommen rechtliche Unsicherheiten für Patient:innen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus⁵. Nach Abschluss einer stationären Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz entstehen daher den Krankenhäusern häufig hohe Kosten, da weder kommunale Kostenträger noch die Patient:innen für die verursachten Kosten der Kliniken aufkommen.

Zugang zur stationären Versorgung erschwert – planbare Behandlungen nicht möglich

Aufgrund der häufig unklaren finanziellen Zuständigkeit wird eine erforderliche medizinische Weiterbehandlung bei schwerkranken Menschen ohne Krankenversicherungsschutz nach einem stationären Krankenhausaufenthalt häufig erst verzögert möglich. Die Folge sind lange, medizinisch nicht indizierte Verweildauern der Patient:innen und Behandlungsverzögerungen, die den Kliniken weitere Kosten verursachen.

Kaum Evidenz zu stationären Behandlungen bei nicht Krankenversicherten

Mit der Intention offene Behandlungsrechnungen zu vermeiden, wird in Frankfurt der Zugang zur stationären Krankenversorgung für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz faktisch erschwert. Planbare stationäre Behandlungen sind nicht möglich. Davon betroffen sind besonders vulnerable Gruppen wie gebärende Frauen sowie Kinder und Jugendliche.

³Ärzte der Welt (2020). Projekte in Deutschland, Internetseite, Verfügbar unter: www.aerztederwelt.org/unsere-projekte/europa/ukraine/humanitaere-hilfe-sichern-zivilisten-schuetzen (letzter Zugriff 03.11.2022).

⁴Deutsche Krankenhausgesellschaft (2015). Das Krankenhaus als Nothelfer. Hinweise zur Umsetzung des §25 SGB XII bzw. §6a AsylbLG. verfügbar: www.slaek.de/media/dokumente/06/faq/Das_Krankenhaus_als_Nothelfer_DKG_Umsetzung_des__6a_AsylbLG.pdf (Letzter Zugriff 22.08.2022).

⁵Bundesarbeitsgemeinschaft Gesundheit und Illegalität (2019). Notfallhilfe im Krankenhaus für Menschen ohne Papiere. Verfügbar unter: www.diakonie.de/broschueren/gesundheitsversorgung-fuer-menschen-ohne-papiere (letzter Zugriff 22.08.2022).

Erhebung von stationären Abrechnungsdaten für den Zeitraum 2016-2019

Unsere Daten:

Der Erhebungsbogen zu stationären Fällen mit offenen Behandlungsrechnungen im Zeitraum 2016 bis 2019*) wurde gemeinsam von der Koordination Humanitärer Gesundheitsdienste am Gesundheitsamt Frankfurt und Klinikmitarbeiter:innen aus Patient:innenadministration und Sozialdienst entwickelt. Eingeschlossen in die Befragung wurden die Träger aller Frankfurter Krankenhäuser mit Notfallambulanzen. Die Befragung erfolgte von März bis Ende April 2020 per E-Mail. Dafür wurde ein Anschreiben mit dem Fragebogen im MS-Excel-Format an die Geschäftsführungen der elf eingeschlossenen Krankenhäuser versandt. Von neun Kliniken erfolgte ein Rücklauf, die Daten einer Klinik mussten nach der Plausibilitätsprüfung von der Analyse ausgeschlossen werden. Somit konnten die Daten von insgesamt acht Krankenhäusern in die deskriptive Analyse mit einbezogen werden.

*) Erhebungszeitraum bis 2019: Der Beginn der Befragung erfolgte im März 2020 und fiel annähernd zeitgleich mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie zusammen. Die pandemiebedingt stark gebündelten Ressourcen in den Kliniken und im Gesundheitsamt haben eine Erhebung und Auswertung der jüngsten Abrechnungsdaten bisher nicht ermöglicht.

Während zur Situation von Menschen ohne Krankenversicherung im ambulanten Sektor bereits einige Untersuchungen vorliegen^{6,7}, ist die Datenbasis zur stationären Versorgung dieser Gruppe und die daraus resultierenden Behandlungskosten bundesweit bisher limitiert⁸. Um die Gruppe der Menschen ohne Krankenversicherung mit nur eingeschränktem Zugang zu medizinischen Leistungen in Öffentlichkeit und Politik sichtbar zu machen und das Ausmaß der bestehenden Defizite innerhalb sozialstaatlicher Leistungssysteme zu beleuchten, sind weitere empirische Grundlagen erforderlich.

Auf der Grundlage einer Erhebung von Abrechnungsdaten wird die zeitliche Entwicklung zu Anzahl der stationären Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und damit entstandene Behandlungskosten in Frankfurter Kliniken beschrieben. Ziel ist die Schaffung und Analyse einer ersten empirischen Datenbasis zur stationären Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Eine Übersicht zur Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der stationären Behandlungsfälle ohne Krankenversicherungsschutz, entstandene Behandlungskosten und davon betroffene Krankenhauskonzerne im Betrachtungszeitraum 2016-2019

Anzahl Fälle	917
Geschlecht (M : W) (Anzahl, (%))	668 (72%) : 259 (28 %)
Alter bei Aufnahme (Median und Spannweite in Jahren)	42 (0-75)
Nationalität, Anzahl / (%)	Europäische Union: 284 (31%) Drittstaaten: 258 (28%) Deutschland: 321 (35%) Unbekannt: 54 (6%)
Behandlungsfälle nach Krankenhauskonzernen, Anzahl / (%)	Universitätsklinikum: 603 (66%) Krankenhaus Nordwest: 275 (30%) Bürgerhospital: 36 (4%) Rotkreuzkliniken: 3 (0,3%)
Entstandene Behandlungskosten pro Behandlungsfall (Median, Spannweite) in Euro	2.240€ (503€ - 230.111€)

⁶ Greß, S., Walenzik, A., Wasem, J. (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland- Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten. Essen: Hans-Böckler-Stiftung

⁷ Wiesner, A., Schmidt, S., Bergmeyer, V., Bruckermann, U. (2008): Gesundheitsversorgung von papierlosen Menschen in Bremen. Ergebnisse einer Umfrage bei Arztpraxen im Land Bremen. Vorschläge und Lösungsansätze. Bremen.

⁸ Neupert, Ingo (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. Dissertation Husum. 2018. Verfügbar unter: https://duepublico2.uni-due.de/servlets/MCRFileNodeServlet/duo-publico_derivate_00046924/DissIneupert.pdf (letzter Zugriff 22.08.2022)

Vulnerable Gruppen:

Unter den 917 dokumentierten Fällen liegt der Anteil vulnerabler Gruppen bei insgesamt 120 (13%). 88 (10%) der Fälle betrafen minderjährige Patient:innen, darunter 53 (6%) Säuglinge. 32 (3%) der Fälle betrafen Frauen, die zur stationären Entbindung aufgenommen wurden.

Entwicklung

Anträge auf Kostenerstattung:

Für Patient:innen mit unklarem Kostenträger können Krankenhäuser einen Antrag auf Kostenerstattung an die zuständige Sozialbehörde stellen. Betrachtet man die in den befragten Frankfurter Krankenhäusern gestellten Anträge auf Kostenerstattung im Betrachtungszeitraum 2016–2019 wird ersichtlich, dass die Anzahl der Anträge insgesamt deutlich rückläufig ist. Auch der Anteil der durch die kommunalen Kostenträger positiv beschiedenen Anträge ist kontinuierlich zurückgegangen.

Jahr	Anträge (bewilligt)
2016	696 (81%)
2017	609 (64%)
2018	466 (61%)
2019	463 (55%)

Sowohl die Anzahl der stationär behandelten Fälle ohne Krankenversicherungsschutz als auch die damit einhergehenden Behandlungskosten haben im Betrachtungszeitraum zugenommen. So sind von 2016 auf 2019 die Behandlungsfälle um 69% und die Summe der Behandlungskosten um 174% gestiegen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht stationärer Fälle ohne Krankenversicherungsschutz und die damit entstandenen Behandlungskosten im Betrachtungszeitraum 2016-2019

Aufnahmejahr	Stationäre Fälle	Behandlungskosten in Euro
2016	166	536.791
2017	213	934.463
2018	255	1.230.842
2019	283	1.474.542
Gesamt	917	4.176.637

Im Betrachtungszeitraum 2016 bis 2019 hat der Anteil der Fälle von deutschen Staatsbürger:innen deutlich zugenommen (25% auf 41%). Der Anteil der Fälle von EU-Staatsbürger:innen und Menschen mit unbekannter Staatsbürgerschaft blieb weitgehend unverändert, während sich der Anteil Drittstaatler:innen insgesamt rückläufig zeigt (34% auf 20%, siehe Abbildung 1).

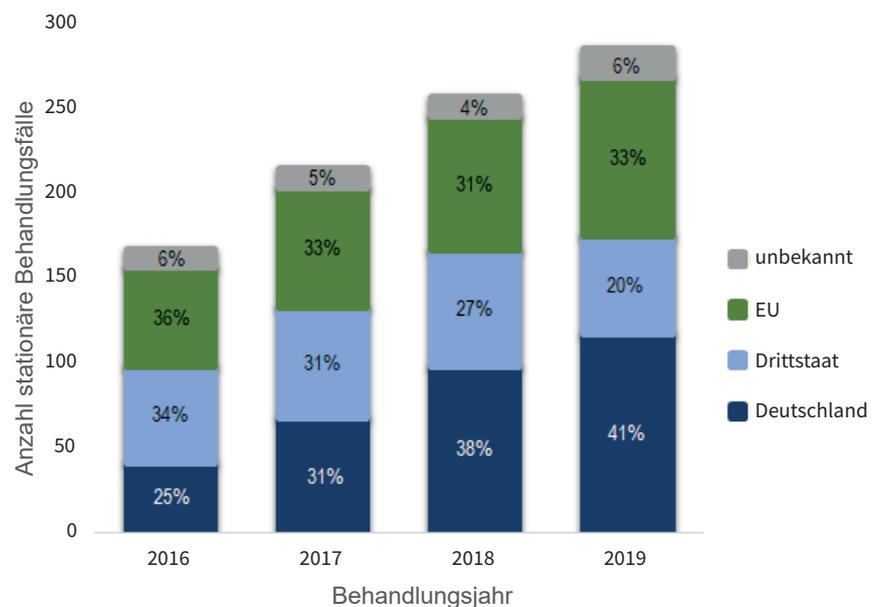


Abbildung 1: Stationäre Fälle ohne Krankenversicherungsschutz mit offener Behandlungsrechnung für den Betrachtungszeitraum 2016-2019, aufgeschlüsselt nach Staatsbürgerschaft.

Zusammenfassung und Implikationen

Erstmalig wurde in Frankfurt eine systematische Erhebung sowohl zur Prävalenz von stationären Behandlungen bei Menschen ohne Krankenversicherungsschutz als auch zu den damit verbundenen offenen Rechnungen für Krankenhäuser durchgeführt. Wesentliche Ergebnisse und Implikationen gehen daraus hervor:

Krankenhäuser unter Druck

- Die dokumentierte Anzahl von stationären Fällen ohne Krankenversicherungsschutz und die damit einhergehenden Behandlungskosten ist in Frankfurter Krankenhäusern kontinuierlich gestiegen.
- Die Summe der Behandlungskosten für die Krankenhäuser ist immens gewachsen, bei gleichzeitig abnehmenden positiv beschiedenen Kostenerstattungsanträgen durch die Sozialbehörden. Der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser steigt. Durch Bestrebungen der Krankenhäuser, die Kostenspirale zu bremsen, kann dies für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz einen erschwerten Zugang zu einer medizinisch angemessenen stationären Versorgung bedeuten.

Auch immer mehr deutsche Staatsbürger:innen betroffen

- Trotz einer bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungspflicht in Deutschland ist die dokumentierte Anzahl von Menschen mit einem eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung gestiegen. Darunter sind zunehmend häufiger deutsche Staatsbürger:innen. Das derzeitige Krankenversicherungssystem scheint den bestehenden Anforderungen einer umfassenden Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zunehmend weniger zu genügen.

Empfehlungen zu einer verbesserten stationären Versorgung von Menschen ohne (ausreichenden) Krankenversicherungsschutz

Ein verbesserter Zugang zum gesundheitlichen Regelsystem ist essentiell. Um das Thema Menschen ohne Krankenversicherungsschutz stärker in den Fokus zu rücken, bieten sich verschiedene Maßnahmen an: Monitoring, Clearingstellen als sozialrechtliche Anlaufstellen und Behandlungsfonds sind hier konkret zu nennen.

Das Unsichtbare sichtbar machen

- ➔ Eine flächendeckende systematische Datenerhebung zur stationären Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz schafft eine evidenzbasierte Grundlage für die Steuerung von Maßnahmen. Daten zu ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen

sowie in niedrigschwelligen medizinischen Anlaufstellen können in Ergänzung zu den stationären Daten ein **Monitoring** ermöglichen – bestehende Versorgungslücken können somit identifiziert und geschlossen werden. Beitragsschulden, bürokratische Hürden, fehlende Übersetzungsmöglichkeiten und rechtliche Ausschlüsse können strukturelle Barrieren darstellen, die einen fehlenden Krankenversicherungsschutz begünstigen – ob und in welchem Maße diese zum Tragen kommen, ist in zukünftigen Untersuchungen zu beleuchten.

Zugänge schaffen

- ➔ Die Vermittlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ins gesundheitliche Regelsystem ist von zentraler Bedeutung. Die Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung und die Finanzierung der Behandlungskosten werden damit adressiert. Bisherigen Studienergebnissen und einer ersten Evaluation des Frankfurter Projektes **Clearingstelle 1.0 – Beratung für Menschen ohne Krankenversicherung** am Gesundheitsamt zeigen, dass ein nicht unerheblicher Anteil Ratsuchender durch sozialrechtliche Beratung ins gesundheitliche Regelsystem vermittelt werden konnte. Zur Prüfung und Realisierung bestehender Ansprüche haben sich spezialisierte Anlaufstellen bereits bewährt. Bundesweit wurden sogenannte **Clearingstellen als sozialrechtliche Anlaufstellen** für Menschen ohne Krankenversicherung fest etabliert⁹, zum Beispiel in Hamburg, Berlin und jüngst auch in München.

Sicherstellung der medizinischen Versorgung

- ➔ Eine Finanzierungsmöglichkeit für dringend notwendige Behandlungen bietet ein **Behandlungsfonds** (auch als „Anonymer Krankenschein“ bekannt), der von Clearingstellen ausgegeben wird. So wird die Versorgung bis zur Realisierung der Ansprüche auf Krankenversicherung sichergestellt. Hohe Verwaltungs- und Behandlungskosten für Krankenhausträger können vermieden werden. Behandlungsfonds haben sich bereits an den oben genannten Standorten mit etablierten Clearingstellen bewährt.

⁹ EU-Gleichbehandlungsstelle (2022): Verzeichnis Clearingstellen 2021. Verfügbar unter: <https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/eugs-de/eu-buerger/infothek/gesundheit> (letzter Zugriff 03.11.2022)

Zu den Autor:innen



Sarah Alexandra Lang

Sarah Lang ist Sozialwissenschaftlerin und Epidemiologin und leitet das Sachgebiet Humanitäre Sprechstunden und Zugang zur Gesundheitsversorgung am Gesundheitsamt Frankfurt. Ihre Forschungsinteressen umfassen gesundheitliche Chancengleichheit und strukturelle Zugangshindernisse zur Gesundheitsversorgung sowie Sozialepidemiologie.



PD Dr. med. Peter Tinnemann

Peter Tinnemann ist als Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen Amtsleiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main. Er ist an der Charité-Universitätsmedizin Berlin in Sozialmedizin und Epidemiologie habilitiert und forscht zu Bevölkerungsmedizin und Globaler Öffentlicher Gesundheit (global health).



Dr. rer. nat. Rebecca Zöllner

Rebecca Zöllner ist Medizinswissenschaftlerin und Psychologin. Sie übernahm im ESEG-Projekt die zentrale Funktion im Gesundheitsamt Frankfurt. Sie promovierte an der Philipps-Universität Marburg in den Neurowissenschaften.