

Stuttgart, 28.06.2023

Einrichtung einer Clearingstelle

Mitteilungsvorlage

Vorlage an	zur	Sitzungsart	Sitzungstermin
Sozial- und Gesundheitsausschuss	Kenntnisnahme	öffentlich	03.07.2023

Bericht

Nur nicht krank werden! (Neue) Perspektiven für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit prekärem Versichertenstatus in Stuttgart

Einrichtung einer Clearingstelle und Installation eines Gesundheitsfonds

Anlass

Zahlreiche Studien und Expertisen belegen, dass einkommensarme Menschen kränker sind und früher sterben.¹ Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit wurde auch dem Gemeinderat mehrfach berichtet, zuletzt gemeinsam mit der Liga der Wohlfahrtspflege im Hinblick auf die Auswirkungen von Armut auf die gesundheitliche Lage älterer Menschen.^{2 3}

Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit gehört zu den Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Baden-Württemberg ist in §1 Abs. 1 festgelegt: „Bei der Wahrnehmung der Aufgaben berücksichtigt der öffentliche Gesundheitsdienst zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit die besonderen Belange von Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung sowie Personen mit sozialen Benachteiligungen.“

Auch die LHS hat sich dazu bekannt, dass alle Bürger*innen die gleichen Chancen zur Teilhabe an den Strukturen und Institutionen des öffentlichen Lebens haben sollen.⁴ Die Träger der Liga der Wohlfahrtspflege in Stuttgart sind täglich mit Menschen in Armut und

¹ (vgl. Lampert, T./Höbel, J., Kroll, L.: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends (2019))

² Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.): Stuttgarter Armutskonferenz – Handlungsstrategien 2022/2023: Altersarmut und Gesundheit, GRDrs 895/2022 (2022)

³ Eine aktuelle Studie des Robert-Koch-Instituts bestätigt den Zusammenhang zwischen von Armut geprägten Lebenslagen und einem schlechten Gesundheitszustand. Aus der Studie geht hervor, dass Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, eine deutlich geringere Lebenserwartung haben: vier Jahre weniger bei Frauen, acht Jahre weniger bei Männern. (vgl. Lampert, T./Höbel, J., Kroll, L.: Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends (2019))

⁴ Landeshauptstadt Stuttgart (Hg.): Strategische Sozialplanung – Strategien für eine chancengerechte und soziale Stadt, GRDrs. 155/2022 (2022)

gesundheitlichen Einschränkungen sowie damit verbundenen Unterstützungsbedarfen in Kontakt.

Vor diesem Hintergrund setzte sich im Rahmen der Armutskonferenz 2023, unter paritätischer Leitung der Liga der Wohlfahrtspflege und des Gesundheitsamtes, eine Vorbereitungsgruppe mit dem Thema „Gesundheitliche Chancen(un)gleichheit“ auseinander. Teilnehmende waren Vertreter*innen des Gemeindepsychiatrischen Verbunds, des Suchthilfeverbunds, Ambulante Hilfe/MedMobil, Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM), Zentrale Fachstelle der Wohnungslosennotfallhilfe (Sozialamt), Bürgerservice Leben im Alter (Sozialamt), Bürgerstiftung.

Im Austausch wurde die Zielgruppe „Menschen mit prekärem Krankenversicherungsstatus“ als relevantes und handlungsfeldleitendes Thema für die LHS herausgestellt. (Neue) Perspektiven für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit prekärem Versichertenstatus in Stuttgart wurden erarbeitet.⁵

Das Konzept zur Einrichtung einer Clearingstelle und zur Installation eines Gesundheitsfonds ist ein Ergebnis der 4. Stuttgarter Armutskonferenz am 9.5.2023, die in der Federführung der Strategischen Sozialplanung gemeinsam von der Stadt Stuttgart und der Liga der Wohlfahrtspflege vorbereitet und durchgeführt wurde.⁶ Das vorliegende Vorhaben stärkt gezielt Menschen ohne Krankenversicherungsschutz und zeigt so einen konkreten Weg aus der Armut auf. Das Projektvorhaben wird deshalb von der Strategischen Sozialplanung unterstützt.

Ausgangs- und Bedarfssituation

Laut Statistischem Bundesamt leben in Deutschland, trotz allgemeiner Krankenversicherungspflicht aktuell mindestens 61.000 Menschen ohne Krankenversicherung.⁷ Zusätzlich ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Die Betroffenengruppe ist höchst heterogen. Darunter sind Rentner*innen, Wohnungslose, Prostituierte, aktuell oder ehemals Selbstständige, Anspruchsberechtigte auf Bürgergeld, die keinen Antrag gestellt haben, EU-Bürger*innen, Geflüchtete, Abhängigkeitserkrankte oder chronisch psychisch Kranke.⁸ Die Zahl der noch Krankenversicherten lässt sich nicht konkret beziffern, jedoch stiegen die Beitragsschulden 2020 auf über 20 Millionen Euro.⁹

Auch Stuttgarter Bürger*innen sind von diesen Phänomenen betroffen. Mit Blick auf die Lage und die Bedarfe der Betroffenen kann zwischen zwei Teilgruppen differenziert werden:

1. Teilgruppe: Menschen ohne Krankenversicherung

Für Stuttgart liegen keine einheitlich erhobenen Zahlen vor. Auf Grundlage der zusammengetragenen Zahlen verschiedener Akteure, lässt sich jedoch ein hoher Unterstützungsbedarf einer relativ großen Gruppe rekonstruieren.

Ausgehend von den für 2022 vorliegenden Zahlen der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM) und des MedMobils, behandelten beide Dienste insgesamt ca. 600 Personen ohne Krankenversicherung. Darunter waren 50 schwangere Frauen und 33 nicht krankenversicherte Kinder zwischen 0 und 17 Jahren.^{10 11}

⁵ Die Trägerdienste in Stuttgart, die mit diesen Zielgruppen arbeiten, wurden zur weiteren Mitarbeit bei der Vorbereitung des Forums eingeladen; im Falle mangelnder Ressourcen wurden sie im Vorfeld breit über das zu beschreibende Vorhaben und den Prozess der Vorbereitung informiert, z. B. niedergelassene Ärzteschaft, Sozialdienste der Stuttgarter Krankenhäuser, Hebammenverband, Patientenberatung Stuttgart e.V.

⁶ GRDRs 200/2023 „4. Stuttgarter Armutskonferenz – Inhalte und Ergebnisse“

⁷ [www.destatis.de/DE/Presse/](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen) Pressemitteilungen

⁸ Kurz, C.: Menschen ohne Krankenversicherung: Was wirklich helfen kann, Dtsch Ärztebl 2022; 119(41)

⁹ <https://www.rnd.de/politik/beitragsschulden-in-den-sozialversicherungen-klettern-erstmal-auf-ueber-20-milliarden-euro-6F7W4ENSOVFHTLHAWIJZMGTH4A.html>

¹⁰ Jahresbericht MedMobil 2022

¹¹ Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung Jahresbericht 2022

Das Sozialamt der LHS hat im Jahr 2022 450.927 EUR für medizinische Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherung bewilligt.¹² Die Sonderdienststelle des Sozialamts bearbeitete 168 Anträge für Krankenhausbehandlungen, wobei es sich um die Mindestzahl für 2022 handelt.¹³ Ebenfalls für das Jahr 2022 erfasste das Diakonieklinikum 144 Behandlungen von Patient*innen ohne Krankenversicherung (2020: 48; 2021: 69).¹⁴ Nicht bewilligte Finanzierung von Behandlungen sowie Spendenleistungen zur Finanzierung von Hilfsmitteln durch Stiftungen und freie Träger sind aktuell nicht zu beziffern.

2. Teilgruppe: Krankenversicherte mit eingeschränkten oder ruhenden Leistungen

Zu dieser Teilgruppe zählen jene Personen, deren Mitgliedschaft bei einer Krankenversicherung faktisch besteht, deren Leistungsansprüche aber aufgrund von – mindestens – zwei versäumten Monatsbeiträgen gemäß § 16 SGB V ruhen. Diese Personen haben damit nur einen eingeschränkten Zugang zur Finanzierung medizinischer Versorgung, z. B. zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen, bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 SGB V. Nicht finanziert werden z. B. Zahnersatz oder Zahnersatz, Mutterschaftsgeld, Krankengeld oder Haushaltshilfen während Schwangerschaft oder Entbindung, Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Verhütung von deren Verschlimmerung oder Leistungen zur Empfängnisverhütung oder Schwangerschaftsabbruch.¹⁵ Ungeklärte Beitragsschulden können schnell zu Schulden bei der Krankenversicherung von mehreren tausend Euro ansteigen, deren Klärung die Betroffenen oftmals überfordert und zu einer langfristigen Verschlechterung der medizinischen Versorgung führen kann. Die Gesundheitschancen der Betroffenen werden reduziert.

Die zentrale Schuldnerberatung Stuttgart (ZSB) bearbeitete im Jahr 2022 73 Forderungen offener Krankenkassenbeiträge bei 62 Betroffenen (5 % aller Fälle der ZSB). Die höchste Forderung lag bei 44.100 EUR, im Durchschnitt liegt die Forderungshöhe bei ca. 6.700 EUR.¹⁶

Die AOK erfasste für das Jahr 2022 1.525 Personen mit Wohnort Stuttgart, deren Leistungen ruhen.¹⁷ Jedoch erfasst auch die AOK die Zahlen nicht systematisch, Zahlen anderer Versicherungsträger liegen uns trotz Anfrage aktuell nicht vor, sodass auch diesbezüglich ein Dokumentationsbedarf besteht.¹⁸

Zusammenfassung Zielgruppe und Bedarf

Der allen gemeinsame prekäre Krankenversichertenstatus führt bei den Betroffenen zu einer Unterversorgung mit Angeboten des Gesundheitssystems und damit einhergehend zu gesundheitlichen Risiken. Das Fehlen einer rechtzeitigen Diagnostik und Behandlung führt zur Chronifizierung von Erkrankungen und einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation.

¹² Für die Vorbereitung des Forums auf der Armutskonferenz bei MedMobil, MMM, Diakonieklinikum und Sozialamt angefragte Daten.

¹³ Viele Anträge sind noch unvollständig, noch nicht erfasst oder noch nicht endgültig abgelehnt, weshalb sich die Zahl der Vorgänge und Bewilligungen noch erhöhen wird. Da sehr viele Anträge nicht unterschrieben oder unvollständig sind, können diese oft auch abschließend nicht auf ihre Bedürftigkeit geprüft werden.

¹⁴ Angaben des Sozialdienstes des Stuttgarter Diakonieklinikums. Das Klinikum Stuttgart erfasst die Zahlen der nicht versicherten Patient*innen nicht explizit.

¹⁵ Ausarbeitung WD 9 - 3000 - 023/15 des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestags: Ruhen der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Nichtzahlung von Beiträgen
Mehlhorn, C.: Ein immer wiederkehrendes Problem aus der Sozialberatung: Beitragsschulden bei der Krankenversicherung, (2022)

¹⁶ Angaben der ZSB auf Nachfrage erhalten.
Schulden bei Krankenversicherungen sind kein Statistikmerkmal der Bundesstatistik. Deshalb sind die Zahlen der ZSB nur eingeschränkt valide, es handelt sich jeweils um Mindestangaben.

¹⁷ Angaben der AOK auf Nachfrage erhalten

¹⁸ Grundsätzlich wird die Zahl der Menschen mit prekärem Krankenversichertenstatus in Stuttgart an verschiedenen Stellen nicht systematisch, sodass diesbezüglich ein hoher Dokumentationsbedarf besteht.

Mit Blick auf die Teilgruppen kann für Stuttgart vorläufig von einer Zielgruppe von ca. 2.100 Personen mit prekärem Krankenversichertenstatus ausgegangen werden.¹⁹ Auch hier muss eine Dunkelziffer unterstellt werden, zum Beispiel für jene Personen, die diese Angebote aus Scham oder Unkenntnis nicht in Anspruch nehmen. Hinweise auf eine sukzessive Zunahme der Gruppe liefert die systematische Erhebung des Gesundheitsamtes Frankfurt.²⁰

Aktuelles Versorgungssystem in Stuttgart

Für Menschen ohne Krankenversicherung stehen aktuell nur wenige ärztliche Versorgungsangebote zur Verfügung. Vor allem ehrenamtlich organisierte Praxen, wie die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM) und das MedMobil, versuchen die Versorgung abzudecken. Diese Unterstützungsangebote sind überwiegend niederschwellig als Begleitung in das reguläre medizinische Versorgungssystem konzipiert. Ihre Angebote zur akuten medizinischen Versorgung richten sich mit festen Sprechstunden an die Zielgruppen.

Das MedMobil, das an täglich wechselnden Einsatzorten im Hilfesystem der Wohnungsnotfallhilfe erreichbar ist, adressiert überwiegend Wohnungslose.²¹

Die MMM bietet jeden Mittwoch eine allgemeine Sprechstunde und 14-tägig eine gynäkologische Sprechstunde an.²²

Im Bereich Prostitution bietet das Gesundheitsamt zudem kostenlose ärztliche Sprechstunden, jeden zweiten Mittwoch im Monat für die männlichen und diversen Besucher*innen des Café Strichpunkt und jeden Donnerstag für die weiblichen Besucherinnen des Café La Strada.²³

Darüber hinaus bieten die in Regelanträge überführten Bausteine des Projekts MediA Begleitung in die jeweiligen allgemeinmedizinischen, gynäkologischen oder psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgungsstrukturen für Wohnungslose an.²⁴

Die genannten Dienste bewegen sich an den Schnittstellen der Unterstützungsangebote in der LHS für Menschen in existenziellen Notlagen und interagieren in Einzelfällen über Verweisberatung, um die medizinische und pflegerische Versorgung erkrankter Adressat*innen sicherzustellen. Die Kooperationen beziehen sich in der Regel auf unmittelbaren Handlungsbedarf und sind bislang nicht systematisch aufeinander ausgerichtet.

Die (Wieder-)Herstellung des Krankenversichertenstatus ist kein expliziter Bestandteil dieser Angebote und würde die zeitlichen Ressourcen und die vorhandene Expertise bei weitem übersteigen. Dadurch wird ein zentraler Bedarf bei der Versorgung vulnerabler Personen derzeit nicht systematisch bearbeitet. Diese Lücke soll mit einem neuen Vorhaben der Kombination einer Clearingstelle und eines Gesundheitsfonds für Menschen mit prekärem Krankenversichertenstatus geschlossen werden.

Zusammenfassung Versorgungslücke

Die niederschweligen medizinischen Dienste (MMM und MedMobil) werden häufig erst in akuten Situationen aufgesucht. Vor diesem Hintergrund ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung das primäre Ziel. Das beinhaltet die sichere Finanzierung der Behandlung und der Medikamente oder anderer Hilfsmittel einer daraus ggf. resultierenden

¹⁹ Grundsätzlich wird die Zahl der Menschen mit prekärem Krankenversichertenstatus in Stuttgart an verschiedenen Stellen nicht systematisch erfasst, so dass diesbezüglich ein hoher Dokumentationsbedarf besteht. Eine Systematisierung des Berichtswesens wird deshalb auch Teil des vorliegenden Anliegens sein.

²⁰ <https://frankfurt.de/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/gesundheitsamt/veroeffentlichungen/policy-paper>

²¹ <https://ambulantehilfestuttgart.de/index.php/medmobil>

²² <https://www.malteser-bw.de/angebote-leistungen/malteser-medizin-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung.html>

²³ <https://www.caritas-stuttgart.de/hilfe-beratung/wohnungslos/tagesstaetten-essensangebote/la-strada/la-strada?searchterm=La+Strada>

<https://www.verein-jugendliche.de/arbeitsbereiche/cafe-strich-punkt/>

²⁴ GRDRs 328/2019, 332/2019, 5/2020

Therapie sowie ggf. benötigte Dolmetscher*innen, z. B. für Informationsgespräche im Vorfeld von Operationen.

Neben der akuten Versorgung benötigen die Betroffenen Unterstützung bei der Klärung des Krankenversichertenstatus. Hierunter fällt die Klärung und Bearbeitung vorhandener Beitragsschulden, die Unterstützung bei deren Zurückzahlung, die Unterstützung bei Anträgen, die Klärung der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge bei Ansprüchen auf Leistungen der sozialen Sicherung, auch bei Übergängen an institutionellen Schnittstellen (z. B. beim Übergang aus dem Bürgergeld in die Rentenversicherung oder aus der Haftentlastung in Bürgergeld).

Konzeption/Vorhaben

Um diese Bedarfe aufzugreifen, erfolgte im Rahmen des Forums „Nur nicht krank werden! (Neue) Perspektiven für Menschen ohne Krankenversicherung in Stuttgart“ bei der Stuttgarter Armutskonferenz eine Auseinandersetzung mit dem Modell der Clearingstelle, welches einige Kommunen bereits implementiert haben, um direkte und kostenfreie Hilfe und Beratungsangebote für Betroffene sicherzustellen.²⁵

Für Stuttgart geht es darum, aus den bisherigen Erfahrungen anderer Kommunen zu lernen und auf die speziellen Bedürfnisse vor Ort anzupassen. Eine Fokussierung auf die „Clearingstelle Gesundheit“ in München erfolgte, da im direkten Vergleich der Städte von vergleichbaren Hilfestrukturen und Adressat*innenzahlen ausgegangen werden kann. In München wurde die Clearingstelle 2018 vom Stadtrat beschlossen und 2020 eröffnet. Zunächst als Projekt finanziert, wurde die Clearingstelle 2022 in die Regelförderung der Stadt München übernommen.²⁶

Der Leiter der Münchener Clearingstelle berichtete im Forum der Armutskonferenz über Zielgruppen, Beratungsangebote, deren Einbettung in bestehende Kooperationen und Netzwerke, der Verwaltung des Gesundheitsfonds und den Ergebnissen der Arbeit.²⁷ Mit breiter Zustimmung der Teilnehmer*innen im Forum wurde im Nachgang dieser Auseinandersetzung eine multiperspektivische Zielformulierung in Anlehnung an das „Münchener Modell“ vorgenommen. Diese konzeptionellen Übersetzungen sind im Folgenden dargestellt.

Vorgeschlagen wird der Aufbau einer **Clearingstelle** mit dem Ziel der Re-Integration in den Krankenversichertenstatus.

Um Menschen ohne Anspruchsberechtigung eine über die Notfallversorgung hinausgehende medizinische Behandlung zu ermöglichen, wird zusätzlich der Aufbau eines **Gesundheitsfonds** im Umfang von 500.000 EUR vorgeschlagen, der gemeinsam von Clearingstelle, Gesundheitsplanung und Verwaltung des Gesundheitsamtes verwaltet wird. Die Höhe des Betrags orientiert sich an dem Gesundheitsfonds der Clearingstelle Gesundheit in München²⁸ und der Höhe der bislang bereitgestellten Mittel für medizinische Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherung, die vom Sozialamt der LHS 2022 bewilligt wurden. Da in der LHS nicht bewilligte Finanzierungen zur medizinischen Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung, auch wenn sie sich im Klärungsprozess befinden sowie Spendenleistungen zur Finanzierung von Hilfsmitteln durch Stiftungen und freie Träger nicht erfasst werden, kann hier nur auf der Fachkompetenz der Münchner Clearingstelle aufgebaut werden.

²⁵ Kurz, C.: Menschen ohne Krankenversicherung: Was wirklich helfen kann, Dtsch Ärztebl 2022; 119(41)
<https://anonymer-behandlungsschein.de/>

²⁶ <https://risi.muenchen.de/risi/dokument/v/7337608>

²⁷ Siehe dazu auch Anlage 1: Präsentation der „Clearingstelle Gesundheit – einer Anlaufstelle für Menschen ohne Krankenversicherung in München“, Armutskonferenz Stuttgart

²⁸ <https://risi.muenchen.de/risi/dokument/v/7337608>

Zahlen der Clearingstelle aus München belegen für das Jahr 2022 211 durchlaufende Clearingverfahren und 260 Behandlungen für 95 Klient*innen, deren Kosten über den Gesundheitsfond erstattet wurden. Insgesamt wurden 54 % aller Klient*innen in Krankenversicherung, SGB XII oder Asylbewerberleistungen integriert.

Vor dem Hintergrund der Zahlen des MedMobils und der MMM ist von einer großen Zielgruppe auszugehen, deren Bewilligungsverfahren im Sozialamt komplex und langwierig sind und deren Kostenübernahme nicht akut zugesagt werden kann. Aufgrund der Vulnerabilität der Zielgruppen und einem hochschwelligem Bewilligungsverfahren sind die Anträge oft unvollständig und können nicht zeitnah auf ihre Bedürftigkeit geprüft werden. Sprachbarrieren/fehlende Übersetzungsmöglichkeiten, materielle Armut, Bildungsferne, psychische und persönliche Krisen und Suchterkrankungen sind hier als exemplarische Beispiele zu nennen, die eine Selbstorganisation der betroffenen Zielgruppen erschweren und die Bewilligungsverfahren hinauszögern. Damit können die Zielgruppen oft nicht **bedarfsgerecht und zeitnah** medizinisch versorgt werden.

Um eine zeitnahe, bedarfsgerechte und medizinische Versorgung dieser Zielgruppen sicherzustellen, werden die entsprechenden Mittel aus dem Gesundheitsfond verfügt. Wichtig wird hier die niederschwellige Gestaltung des Zugangs zu den verfügbaren Mitteln. Bei Kosten über 10.000 EUR entscheidet eine kommunal zu besetzende Bewilligungskommission, in der u. a. Vertreter*innen des Sozial- und des Gesundheitsamtes vertreten sind.

Diese Mittel können, wenn die Ansprüche auf SGB XII Leistungen und/oder die Re-Integration in den Krankenversichertenstatus geklärt sind, refinanziert werden.

Der Gesundheitsfond ist damit ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung der aktuellen medizinischen Versorgung der Zielgruppen. Auch in die begleitende externe Evaluation wird die Umsetzung der niederschweligen Handhabung des Gesundheitsfonds einfließen.

Die sich durch die Anbindung an die Clearingstelle ergebende Vermittlung in medizinische Anlaufstellen für Menschen ohne Krankenversicherung bewirkt zugleich eine Stärkung der sozialen und rechtlichen Lage der Zielgruppen und deren anschließende Vermittlung in weiterführende Hilfen.

In einer vierjährigen Projektphase werden die Wirksamkeit der Clearingstelle und des Gesundheitsfonds sowie dessen Höhe erprobt und ihre Notwendigkeit für die Versorgung der beschriebenen Zielgruppe auf Grundlage einer verbesserten Dokumentation und einer externen wissenschaftlichen Begleitung evaluiert und gegebenenfalls konzeptionell angepasst.

Begründung

Prozesse der (Re-)Integration in die Krankenversicherung sind komplex, langwierig und bedürfen einer spezifischen sozialarbeiterischen und sozialversicherungsrechtlichen Expertise sowie zeitlicher und personeller Ressourcen, die in den gegenwärtigen Versorgungsstrukturen der LHS bisher nicht ausreichend vorhanden sind.

Das vorgeschlagene Konzept, das Clearingstelle und Gesundheitsfonds in bestehende ambulante Unterstützungsangebote einbettet, fokussiert folgende Ziele:

Leitziel: Ermöglichung gesundheitlicher Chancengleichheit und Verbesserung der Teilhabechancen der Zielgruppe.

Mittlerziele:

- Verbesserung der medizinischen Versorgung vulnerabler Gruppen durch die Gestaltung niederschwelliger Zugänglichkeit der Finanzierung,

- Schaffung transparenter Prozesse bei der Unterstützung von Personen mit prekärem Krankenversichertenstatus, die bisher keinen Zugang zu Versorgungsstrukturen haben (sog. stille Gruppen),
- Verbesserung der Prozessqualität der Unterstützung für Menschen mit prekärem Krankenversichertenstatus durch Bündelung der Fallbearbeitung in einer Stelle

Handlungsziele:

Kurzfristige Ziele

- Implementierung notwendiger und bisher nicht ausreichend vorhandener Expertise für die (Wieder-)Herstellung des Krankenversichertenstatus im Stuttgarter Hilfesystem
- Akute Krisenintervention durch Sicherstellung der Finanzierung notwendiger medizinischer Leistungen (Gesundheitsfonds)
- (Re-)Integration in Regelsystem öffentlicher Gesundheitsversorgung, z. B. durch (Wieder-)Herstellung des Krankenversichertenstatus mit uneingeschränktem Zugang zur üblichen Leistungspalette (Clearingstelle)
- Vereinheitlichung der Abrechnung und Sicherstellung der Finanzierung geleisteter Behandlungen (Gesundheitsfonds)

Mittel- bis langfristige Ziele

- Normalisierung, also Ermöglichung eines Zugangs zum Regelsystem öffentlicher Gesundheitsversorgung für alle Menschen in Stuttgart, mindestens aber eine nachhaltige Reduktion der Zielgruppe niederschwelliger Angebote,
- Entlastung der notfallmedizinischen Angebote,
- Vereinfachung der Finanzierung und Abrechnung der Behandlungen durch die Umverteilung zu erbringender Leistungen in einen zentralen Gesundheitsfonds und
- Reduktion des Verwaltungsaufwands und der rechtlichen Unsicherheit der Kliniken für die Kostenerstattung der Behandlungen nichtversicherter Personen,
- Vernetzung und Systematisierung des Zugangs zu medizinischer Versorgung für vulnerable Gruppen und stufenweise Verschränkung bestehender Angebote zu einem integrierten Hilfesystem niederschwelliger medizinischer Versorgung für Menschen in existenziellen Notlagen,
- Wissenstransfer in das Versorgungssystem durch vernetzte Fallbearbeitung über Handlungsfeldgrenzen hinweg,
- Etablierung systematischer Erhebung der Bedarfe und der Zielgruppe, innerhalb der bestehenden Angebote und in Kooperation mit weiteren Akteuren, z. B. Krankenkassen, Schuldnerberatung, Kliniken,
- Thematisierung der Problematik bei politisch und fachlich Verantwortlichen auf verschiedenen Ebenen (z. B. Gesundheitskonferenz, Gesundheitsausschuss Stadte- tag)

Zielgruppen

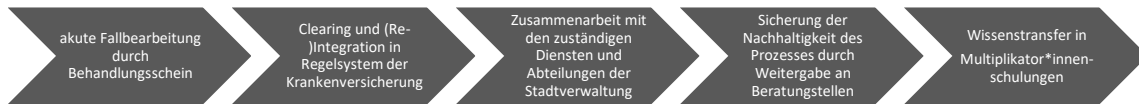
Das Angebot wird geschaffen für folgende, weiter oben beschriebene Zielgruppen:

1. Teilgruppe: Menschen ohne Krankenversicherung

2. Teilgruppe: Krankenversicherte mit eingeschränkten oder ruhenden Leistungen

Um die kommunale Zuständigkeit hervorzuheben, werden nur Personen zur Zielgruppe gezählt, deren üblicher Aufenthalt in Stuttgart mindestens drei Monate beträgt.²⁹

²⁹ in Anlehnung an die Clearingstelle Gesundheit in München



Konkrete Umsetzung – Clearingstelle und Gesundheitsfonds

Die **Clearingstelle** ist konzipiert als überwiegend aufsuchendes Angebot, dass die benannten Zielgruppen dort erreicht, wo sie sich aufhalten, z. B. in Tagesaufenthalten der Wohnungsnotfallhilfe, den Kliniken Stuttgarts, den gemeindepsychiatrischen Zentren, Fachberatungsstellen, Begegnungsstätten für ältere Menschen

Sie hat folgende Aufgaben:

- Unterstützung und Beratung der Menschen zu Zugängen zur Krankenversicherung und Versorgung und Stärkung der sozialen und rechtlichen Lage der Klient*innen,
- Kurzfristige und medizinisch/pflegerisch indizierte Intervention in aktuellen gesundheitlichen Notlagen aus den Mitteln des Gesundheitsfonds,
- Vermittlung in weiterführende Hilfen,
- Mittel- bis langfristig (Wieder-)Eingliederung der Betroffenen in das Regelsystem der gesetzlichen Krankversicherung,
- Kooperation und Vernetzung mit den bestehenden Trägerdiensten in Stuttgart,
- Wissenstransfer an andere Fachkräfte,
- Öffentlichkeitsarbeit, um mehr betroffene Menschen über die bereits bestehenden Hilfsmöglichkeiten in Stuttgart zu informieren,
- Mitarbeit in der Bundesarbeitsgemeinschaft Anonyme Behandlungsscheine und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung (BACK) und
- Erhebung von Daten und Dokumentation der Bedarfslage in Stuttgart³⁰

Das Clearing wird durch sozialmedizinisch geschultes Personal durchgeführt und beinhaltet die Klärung des medizinischen und pflegerischen Bedarfs und der sozialen Lage der Betroffenen. Bei Bedarf stellt die Clearingstelle eine Kostenübernahmezusage aus und vermittelt die Betroffenen an niedergelassene Ärzt*innen oder Krankenhäuser. Zudem wird über zuständige Beratungsstellen (z. B. Bürgerservice Leben im Alter, gemeindepsychiatrische Zentren, Wohnungsnotfallhilfe) informiert und auf Wunsch dorthin weitervermittelt. Der Träger der Clearingstelle trägt dafür Sorge, dass die medizinische Angemessenheit der Entscheidungen im Clearingprozess durch ärztliche Aufsicht und der Schutz der erhobenen Informationen, vor dem Hintergrund der ärztlichen Schweigepflicht sichergestellt sind.

Die Mitarbeiter*innen der Clearingstelle kooperieren eng mit den bereits bestehenden niederschweligen medizinischen Unterstützungsangeboten in Stuttgart (MMM und MedMobil), z. B. in Form regelmäßiger Sprechstunden an den Standorten des MedMobils oder während der Sprechzeiten der MMM. Darüber hinaus kann ihre Expertise von Fachberatungsstellen der verschiedenen Handlungsfelder in konkreten Einzelfällen hinzugezogen werden.

Als im Hilfesystem gut vernetzte Expert*innen mit sozialarbeiterischer und sozialversicherungsrechtlicher Expertise prüfen und erschließen sie den Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung für Menschen ohne Leistungsansprüche. Aus den Mitteln des **Gesundheitsfonds** ermöglichen sie nach Bedarf und in Rücksprache mit den Ärzt*innen der MMM, des MedMobils und gegebenenfalls des amtsärztlichen Dienstes im Gesundheits-

³⁰ In Zusammenarbeit mit der Gesundheitsplanung

amt die Finanzierung von notwendigen, über die Notfallversorgung hinausreichenden medizinischen Behandlungen. In Anlehnung an das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung, sollen die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 Abs. 1 SGB V) und medizinisch indiziert sein (§ 27 Abs. 1 SGB V). Hierzu wird eine Kostenübernahmezusage ausgestellt, um die akute medizinische und pflegerische Versorgung sicherzustellen, bis zur Reintegration in das Regelsystem. Diese funktioniert dabei wie eine Überweisung, die Patient*innen bei einer Praxis abgeben. Die Praxen rechnen die Behandlungskosten im Anschluss mit dem Gesundheitsfonds ab. Teil des Leistungsumfangs sind neben den Kosten, die zur medizinischen Behandlung benötigt werden auch die Kosten für Sprachmittler*innen.

Der Zugang zum Gesundheitsfonds wird geschaffen für deutsche Staatsbürger*innen, EU-Bürger*innen und Menschen mit geklärtem und ungeklärtem Aufenthaltsstatus aus Drittstaaten.

Die Voraussetzungen für die Finanzierung einer Behandlung durch den Gesundheitsfonds sind

- ein durchlaufenes Clearingverfahren,
- fehlende Krankenversicherung und keine Ansprüche auf andere Sozialleistungen,
- Mittellosigkeit der Adressat*innen,
- medizinische Notwendigkeit der Behandlung und/oder der erforderlichen Hilfsmittel und
- gewöhnlicher Aufenthalt in Stuttgart von mindestens 3 Monaten.

Der Gesundheitsfonds wird jährlich mit 500.000 Euro ausgestattet und finanziert medizinisch notwendige, ambulante und stationäre Behandlungen, Hilfsmittel und Medikamente.³¹ Die Clearingstelle verwaltet den Gesundheitsfonds in Zusammenarbeit mit Akteur*innen der Sozial- und Gesundheitsverwaltung der LHS. Bei einmaligen Kosten über 10.000 EUR entscheidet eine kommunal zu besetzende Bewilligungskommission, in der u. a. Vertreter*innen des Sozial- und des Gesundheitsamtes vertreten sind.

Dokumentation und Evaluation

Um die Abläufe niederschwellig und leicht zugänglich zu gestalten und keine zusätzlichen bürokratischen Hürden zu konstruieren, kann auf den Aufbausupport der „Bundesarbeitsgemeinschaft Anonymer Behandlungsschein und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung“ (BACK)³² zurückgegriffen werden, der bereits kostenlose Vorlagen für Kostenübernahmezusagen, Abrechnungsformulare, Apothekenabrechnungsrezept-scheine, Kooperationsverträge und Verwaltungssoftware für Clearing, Abrechnung und Dokumentation zur Verfügung stellt.³³ Hierzu zählt auch die Dokumentation in den zuständigen Einheiten des medizinischen Versorgungssystems, z. B. den Kliniken.³⁴

Die Vorlagen werden an die kommunalen Strukturen und die Erfordernisse der beteiligten Akteur*innen angepasst und weiterentwickelt. Dokumentation und Weiterentwicklung der Kooperation basieren auf einer lernenden Haltung aller Akteur*innen, die das Erreichen der Zielgruppe und die Vernetzung mit relevanten Akteur*innen in den Blick nimmt, an die Bedarfe der Adressat*innen und die kommunalen Gegebenheiten anpasst und das hierdurch erworbene Wissen wieder in die Versorgungssysteme einspeist. An diese lernende Haltung knüpft auch die begleitende externe Evaluation an, die Erfolg nicht primär an erreichten Kennzahlen, sondern an dem Grad der Durchdringung des Versorgungssystems und der Erreichung weiterer Teile der Zielgruppe orientiert.

³¹ Dieser Betrag entspricht auch annähernd der Höhe der bislang bewilligten Finanzierung für medizinische Behandlungen von Menschen ohne Krankenversicherung durch das Sozialamt der LHS.

³² <https://anonymer-amt.de/gemeinsame-politische-ziele-des-back/wer-wir-sind/>

³³ <https://anonymer-behandlungsschein.de/aufbausupport/>

³⁴ <https://frankfurt.de/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/gesundheitsamt/veroeffentlichungen/policy-paper>

Vor diesem Hintergrund baut das vorgeschlagene Projekt auf den Erfahrungen bestehenden Clearingstellen im Bundesgebiet auf, die als gelungene Kooperation zwischen kommunalen Akteur*innen und freien Trägern beschrieben werden.³⁵

Mögliche Trägerschaft

Die Träger der Clearingstelle stellen ein standardisiertes Clearingverfahren mit bedarfsge-rechter Dokumentation und Evaluation, einen strukturierten, leicht zugänglichen Prüfpro-zess für Leistungsübernahmen aus dem Gesundheitsfonds und eine Vernetzung, Vermitt-lung und ggf. Begleitung der Adressat*innen innerhalb der bestehenden Versorgungs-strukturen der Stadt Stuttgart und der freien Träger sicher.

Die Vorbereitungsgruppe der Armutskonferenz votiert für eine geteilte Trägerschaft der Clearingstelle. Folgende Varianten stehen zur Entscheidung:

- Malteser und Ambulante Hilfe e.V. in gemeinsamer Trägerschaft
- Entweder Malteser oder Ambulante Hilfe e. V. und ein weiterer Träger der freien Wohlfahrtspflege, der bereits niederschwellige Angebote für die unterschiedlichen Zielgruppen bereithält.

Erfordernisse

Die finanziellen Auswirkungen dieses Vorhabens betreffen im Wesentlichen Personalkos-ten, den Sachaufwand, die begleitende externe Evaluation sowie die Mittel für den Ge-sundheitsfond.

Benötigter Stellenumfang:

Die Münchner Clearingstelle adressiert eine ähnlich große Zielgruppe in einem mit Stutt-gart vergleichbaren Versorgungssystem. Dabei wurden jährlich ca. 200 (2020: 235 Bera-tungen, 143 Clearingverfahren, 2021: 289 Behandlungen, 366 Beratungen, 215 Clearing-verfahren, 2022 344 Beratungen, 211 Clearingverfahren) mit 1,5 VK für einen Sozialarbei-ter, 1 VK für eine Sozialversicherungsfachkraft und 0.5 VK für die Buchhaltung erbracht.³⁶ Die Koordination und Vernetzung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft (BACK) wird aus diesem Stellenumfang heraus geleistet, während das Sozialreferat der Stadt München für die Koordination auf kommunaler Ebene zuständig ist.

Basierend auf den Erfahrungen der Münchner Clearingstelle, wird für die Dauer der Pro-jektlaufzeit (vier Jahre) folgender befristeter Stellenumfang benötigt. Die Koordination und Steuerung des Vorhabens, u. a. der Evaluation und der Systematisierung der Datenerhe-bung, soll in der Projektphase durch die Gesundheitsplanung des Gesundheitsamtes der LHS erfolgen.

- 1 VK Sozialarbeiter*in
- 1 VK Sozialversicherungsfachangestellte*r
- 0,5 VK Verwaltung
- 0,25 VK Gesundheitsplanung

zuzüglich Raum- und Sachkosten im üblichen Umfang.

Die Stelle der Gesundheitsplanung wird im Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheitsförde-rung und –planung verortet. Die freien Träger erhalten die weiteren Stellenanteile für die Implementierung einer Beratungsstelle (Clearingstelle). Bei welchen Trägern diese An-siedelung erfolgt, bleibt im weiteren Prozess zu konkretisieren.

Im Vergleich der Fallzahlen der Münchner Clearingstelle sowie MedMobil und MMM in Stuttgart ergibt sich ein vergleichbares Fallaufkommen in der LHS.

³⁵ <https://anonymer-behandlungsschein.de/pressemitteilung-12-12-2022/>

³⁶ Statistik der Clearingstelle Gesundheit München

Vor diesem Hintergrund werden die Mittel für den Gesundheitsfond analog zur Umsetzung des Münchner Konzeptes mit 500.000 EUR beziffert.

Eine Refinanzierung durch SGB XII Leistungen und/oder eine Re-Integration in den Krankenversichertenstatus wird angestrebt.

Für die Projektphase wird eine begleitende externe Evaluation angestrebt, welche die Implementierung und Steuerung des Projekts, die Umsetzung und Refinanzierung des Gesundheitsfonds auch im Hinblick auf die erforderlichen personellen Ressourcen der Verwaltung dieses Fonds durch die Verwaltung des Gesundheitsamtes sowie die abschließende Bewertung der Wirksamkeit begleitet.

Die tatsächlichen Miet- und Nebenkosten können erst final beziffert werden, sobald die Träger bekannt sind. Hilfsweise werden bei den finanziellen Auswirkungen Mietkosten im Umfang der räumlichen Verhältnisse der Aids-Beratungsstelle der eva kalkuliert.

Perspektiven

In Stuttgart gibt es trotz allgemeiner Krankenversicherungspflicht viele Menschen, die entweder keinen oder nur unzureichenden Versicherungsschutz haben. Für die Betroffenen ist es oftmals schwierig, Zugang zu medizinischen Leistungen und Behandlungen zu erhalten. Die Schaffung einer Clearingstelle und die Installation eines niederschwellig zugänglichen Gesundheitsfonds versprechen hier Abhilfe, schaffen einen niedrigschwelligen Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Zielgruppen und durch den Abbau von Hürden bei der Inanspruchnahme die Abschaffung eines Leistungsausschlusses in der Gesundheitsversorgung. Der Clearingstelle in München gelingt es, rund 50 % der Ratsuchenden in die Krankenversicherung zu vermitteln.

Die Maßnahme will als (Not-)Lösung wirken, bis durch den Gesetzgeber eine regelhafte Lösung verankert wird. Über die weitere Entwicklung des Vorhabens wird dem Gemeinderat regelmäßig berichtet.

Die Entwicklung der Maßnahme erfolgt evidenzbasiert. Die durchführenden Träger sind bereits Teil der Versorgungsstruktur, wodurch die Inanspruchnahme erleichtert und die bestmögliche Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse ermöglicht wird.³⁷ Die Konzeption des Angebots gründet sich auf Zielen, die eine zu erwartende präventive Wirkrelevanz haben.³⁸

Die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Akteur*innen, der Ärzteschaft, den Kliniken Stuttgarts und den Krankenkassen verspricht eine Zusammenführung des vielfältigen Wissens und eine niederschwellige Gestaltung der Zugangswege für die Zielgruppen. Die Mitglieder der Vorbereitungsgruppe der Armutskonferenz sowie weitere Akteur*innen der relevanten Schnittstellen begleiten die weitere Konzeptionsentwicklung und deren Umsetzung im Prozess. Regelmäßige Berichte an die zuständigen Ausschüsse erfolgen. Das Angebot leistet zudem einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der 17 Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen (SDGs) in der Landeshauptstadt und unterstützt die Erreichung der Teilziele der SDG 3: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“, SDG 16: „Frieden, Gerechtigkeit, Starke Institutionen“ und SDG 17: „Partnerschaften zur Erreichung der Ziele“.³⁹

Barrieren und Versorgungslücken in der Stadt Stuttgart werden geschlossen.

³⁷ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, 2018

³⁸ Meier, Claudia: Was wirkt wirklich? 2007

³⁹ Landeshauptstadt Stuttgart (Hg) in Zusammenarbeit mit Deutsches Institut für Urbanistik, Bertelsmann Stiftung: „Liebenswertes Stuttgart. Die globale Agenda 2030 auf lokaler Ebene“ 2018

Finanzielle Auswirkungen

Maßnahme/Kontengruppe	2024 in TEUR	2025 in TEUR	2026 in TEUR	2027 in TEUR	2028 in TEUR	2029 ff in TEUR
Transferaufwendungen Kontengruppe 430						
1 VK Sozialarbeiter*in	69,5	71	72,5	74		
1 VK Sozialversicherungs- fachangestellte*r	69,5	71	72,5	74		
0,5 VK Verwaltung	23,5	23,5	24	24		
Gesundheitsfonds	500	500	500	500		
Sachaufwand:						
Sachkostenpauschale (2,5 VK)	5	5	5	5		
Mietkosten	1,5	1,5	1,5	1,5		
Mietnebenkosten	2,5	2,5	2,5	2,5		
Reinigung	0,5	0,5	0,5	0,5		
Sachaufwand Kontengruppe 440						
Evaluation (geschätzter Auf- wand)	50	50	50	50		
Gesamtkosten	722	725	728,5	731,5		

Stellenbedarf (Mehrungen und Minderungen):

Beschreibung, Zweck, Aufgabenbereich	Anzahl Stellen zum Stellenplan		
	2024	2025	später
Gesundheitsplanung (EG 13)	0,25		

Folgekosten (aus oben dargestellten Maßnahmen und evtl. Stellenschaffungen):

Kostengruppe	2024 TEUR	2025 TEUR	2026 TEUR	2027 TEUR	2028 TEUR	2029 ff. TEUR
Laufende Erlöse						
Personalkosten	22,3	22,3	22,3	22,3		
Sachkosten						
Abschreibungen						
Kalkulatorische Verzinsung						
Summe Folgekosten	22,3	22,3	22,3	22,3		

(ersetzt nicht die für Investitionsprojekte erforderliche Folgelastenberechnung!)

Mitzeichnung der beteiligten Stellen:

Die Referate AKR und WFB haben Kenntnis genommen. Haushalts- und stellenrelevante Beschlüsse können erst im Rahmen der Haushaltsplanberatungen erfolgen.

Für den in der Drucksache dargestellten Personalbedarf im Umfang von 0,25 VZK in EG 13 TVöD für Gesundheitsplanung wurde im Stellenplanverfahren 2024/2025 kein Stellenplanantrag gestellt. Die Prüfung ergab, dass hierfür kein Stellenplankriterium erfüllt ist.

Im Wesentlichen sollen an der o.g. Stelle u. a. folgende Aufgaben wahrgenommen werden:

- Implementierung und Steuerung des Gesamtvorhabens;
- Verantwortung für die erforderlichen Strategien zur Erreichung des Projektergebnisse und der Vorgehensziele (Zeit, Kosten, Qualität;
- Planung und Steuerung des Vorhabens und Sicherstellung der Kommunikation, Kooperation und Vernetzung mit den Akteur*innen in der Stadt (-verwaltung);
- Verwaltung des Gesundheitsfonds;
- Sammlung von Daten, deren Dokumentation und die Mitarbeit bei der begleitenden externen Evaluation sowie das Verfassen der erforderlichen Statusberichte (auch an den Gemeinderat)

Aus Sicht der Finanzverwaltung handelt es sich bei den dargestellten Finanzbedarfen bisher um reine Schätzungen bzw. Annahmen. Die tatsächlichen Finanzbedarfe sind zeitnah zu ermitteln und der Stadtkämmerei zur Plausibilisierung vorzulegen

Vorliegende Anfragen/Anträge:**Erledigte Anfragen/Anträge:**

Dr. Alexandra Sußmann
Bürgermeisterin

Anlagen

--

<Anlagen>