



**Evaluation der Clearingstelle für nicht krankenversicherte
Menschen in Berlin im Jahr 2022**

Schlussbericht

**Dr. Wolf Kirschner
Dr. Renate Kirschner
& Team**

**Berlin, Dezember 2022
KS/BY 221014**

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung und Gliederung des Berichts	1
2	Analyse der Umsetzung der Vereinbarungen des Planungswshops vom Oktober 2020 in Bezug auf Priorisierungen und Umsetzungen	1
	2.1 Umsetzung der Aufgaben für die Sozialberatung	2
	2.2 Umsetzung der Aufgaben für das Medizinische Team	4
	2.3 Umsetzung der Aufgaben für Koordination und Externe.....	6
3	Trägerübergreifende Bestandsaufnahme der ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin	8
	3.1 Problemstellung.....	8
	3.2 Ziel der Untersuchung	11
	3.3 Methoden der Untersuchung	11
	3.4 Ergebnisse.....	12
4	Notwendigkeit und Möglichkeit der Verbesserung bzw. Erweiterung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten durch die CS	20
	4.1 Umfang und Art der medizinischen Kooperationen.....	20
	4.2 Umfang und Art der Kostenübernahmen	22
	4.3 Qualitative Interviews mit dem medizinischen Team (06.10.2022).....	24
5	Auswertung der Quovero Daten	26
	5.1 Methoden der Datenauswertung.....	27
	5.1.1 Datengrundlage	27

5.1.2	Datenprüfung und Auswertungsroutinen	28
5.2	Ergebnisse.....	30
5.2.1	Analyse der Sozial -und Leistungsdaten in den Vergleichszeiträumen für alle Klient*innen	30
5.2.2	Analyse der Klient*innen mit nur einem Kontakt mit der CS	37
5.2.3	Analyse der Klient*innen mit mehrfachen Kostenübernahmen.....	40
5.2.4	Analyse der Veränderungen der Kostenübernahmen nach Mengen und Kosten zwischen 2021 und 2022 (Januar bis September).....	42
5.2.5	Analyse der Fälle und Kosten nach medizinischen Indikatoren (Fachrichtungen der Ärzte).....	45
5.2.6	Vorschlag zur kontinuierlichen Kostenüberwachung	50
6	Evaluation der Zugangsmöglichkeiten (Klient*innenbefragung).....	51
6.1	Neu- und Altkunden	51
6.2	Zugangswege zur CS (Quovero Daten, Befragungsdaten)	51
6.3	Bewertung der Arbeit der CS durch die Klient*innen	53
7	Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland.....	54
7.1	Unzureichender oder fehlender Krankenversicherungsschutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Deutschland und Probleme der medizinischen Versorgung	54
7.2	Gesundheitliche Versorgung außerhalb des Regelsystems	55
7.3	Gesundheitliche Versorgung mit finanzieller Unterstützung durch Länder bzw. Kommunen.....	56
7.4	Verfahren zur Gewährung medizinischer Leistungen	57

7.5	Vergleich der Verfahren	58
	Anonymer Krankenschein Thüringen (AKST).....	59
	Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig (CABL).....	63
	Clearingstelle Gesundheit München, Condrops e.V.....	66
	Clearingstelle Gesundheitsversorgung von Ausländer*innen – Hamburg	69
	Clearingstelle der Berliner Stadtmission	73
7.6	Zusammenfassender Vergleich der Clearingstellen	77
8	Teilnahme an Teamsitzungen und an den Projekttagen	85
9	Gesamtzusammenfassung, Kurzzusammenfassung und Ausblick	86
9.1	Gesamtzusammenfassung	86
9.2	Kurzzusammenfassung (Executive Summary) und Ausblick.....	103
10	Durchführung	108
11	Anlagen	108
11.1	Fragebogen der Klient*innenbefragung	108
11.2	Publikationsentwurf.....	108
11.3	Tabellenzählungen	108
	Tabellenband Stammdaten	108
	Tabellenband Beratungshäufigkeiten	108
	Tabellenband Zählung nach Häufigkeiten der Kostenübernahmen	108
	Tabellenband Analyse der Kostendaten.....	108

1 Vorbemerkung und Gliederung des Berichts

Mit dem vorliegenden Bericht wird die an unser Institut für den Zeitraum Juli bis Dezember 2022 beauftragte Evaluation der Clearingstelle (CS) abgeschlossen. Die Evaluation umfasste die in der Abb. 1 genannten Arbeitspakete und Themen.

Abb. 1 Arbeitspakete

1	Umsetzung der Vereinbarungen des Planungsworkshops vom Oktober 2020
2	Trägerübergreifende Bestandsaufnahme der ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin
3	Verbesserung und Erweiterung der Kooperationsvereinbarungen der CS
4	Auswertung der Quovero Daten
5	Evaluation der Zugangsmöglichkeiten (Klient*innenbefragung der CS)
6	Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland
7	Teilnahme an Teamsitzungen und an den Projekttagen
8	Publikationsentwurf

Die Evaluation wurde als begleitende, partizipative Untersuchung in einem Mix qualitativer und quantitativer Methoden durchgeführt. Das von uns vorgeschlagene und beauftragte Evaluationskonzept konnte vollständig und erfolgreich umgesetzt werden. Der Bericht enthält in den Kapiteln 2 bis 8 die Ergebnisse zu den Arbeitspaketen und schließt in Kapitel 9 mit einer Zusammenfassung, einer zusammenfassenden Bewertung und einem Ausblick auf anstehende Evaluationsaufgaben.

2 Analyse der Umsetzung der Vereinbarungen des Planungsworkshops vom Oktober 2020 in Bezug auf Priorisierungen und Umsetzungen

Bei komplexen Projekten, wie es auch für die Clearingstelle für nicht ausreichend Krankenversicherte kennzeichnend ist, erfolgt die Projektplanung in der Regel nicht allein durch die Projektleitung, sondern durch das gesamte Projektteam im Rahmen von Planungsworkshops. Diese dienen der Ableitung, Diskussion und konsentierten Festlegung von Zielen und Methoden und konkreten Arbeitsschritten für die weitere Projektarbeit. Bei evaluierten Projekten sind die Evaluationsergebnisse und deren Empfehlungen zur weiteren Verbesserung der Projektarbeit (Evaluationsschleufe) oft Anlass und Grundlage für einen Planungsworkshop. Dies traf auch auf den Planungsworkshop vom 22.10.2020 zu.

Die im Planungsworkshop gebildeten Sub-Teams „Sozialberatung/Clearingverfahren“, „Medizinische Versorgung“ und „Andere“ diskutierten in Kleingruppen die Handlungsempfehlungen aus dem INIB-Evaluationsbericht vom Februar 2020. Sie priorisierten wichtige und dringende Empfehlungen, aus denen sie im Anschluss Aktivitäten ableiteten und mit Fristsetzung und Zuständigkeiten versahen. Hierbei lag der Fokus auf den Aktivitäten, die innerhalb des jeweiligen Sub-Teams umgesetzt werden sollten.

Auf drei Abbildungen finden sich zusammengefasst die Ergebnisse der Festlegungen (Aktivitäten und Meilensteine) aus den drei Subarbeitsgruppen (siehe unten). Im Rahmen eines am 6.09.2022 durchgeführten qualitativen Interviews wurden diese gemeinsam mit der Leitung (Frau Zwirner, Frau Kretschmer) durchgegangen und folgende Fragen geklärt:

1. Welche Aktivitäten sind bis wann umgesetzt worden? Dazu gehören auch definierte Aktivitäten, die ggf. modifiziert wurden.
2. Welche Aktivitäten sind bislang nicht umgesetzt worden und was sind die Gründe dafür?
3. Welche Aktivitäten sind umgesetzt worden oder derzeit in Bearbeitung, die nicht auf der Prioritätenliste (z.B. neue Räume) standen?

In diesem Evaluationsschritt ging es nicht darum, für möglichst viele Aktivitäten Umsetzungserfolge zu dokumentieren. Eine kritische Bestandsaufnahme sollte auch dazu dienen, zukünftig ggf. realistischere Planungen unter Berücksichtigung des Personal- und Zeitaufwands vornehmen zu können.

2.1 Umsetzung der Aufgaben für die Sozialberatung

Aufgabenpaket	Aktivität und Meilenstein	bis wann	Wer		
Sozialberatung					
1. Kooperationsgestaltung	1.1 Vorhandene Liste an Kooperationspartnern aufteilen	4. Q/2020	RE	Team	
	1.2 Fachgebiete/ Zielgruppen auf Kolleginnen verteilen	4. Q/2020	RE	Team	
2. Arbeitsorganisation	2.1 Vereinfachung der Datenschutzerklärung und andere Erklärungen (leichte Sprache)	1. Q/2021	LA	SP, JO	
3. Ergebniskriterien	3.1 Festlegen von Ergebniskriterien für die Beratungsarbeit der Clearingstelle	4. Q/2021	Evaluation		
4. Kompetenzzentrum	4.1 Entwicklung von Schulungseinheiten und Materialien für Internetseiten (FAQ)	4. Q/2021	SP, SK	LA	
	4.2 Schulungen geben für Kooperationspartner und Internetseiten umsetzen	4. Q/2021	SP, SK	LA	
Zurückgestellt					
Koordination	5.1 Vernetzung mit anderen Clearingstellen in Deutschland	KA			
	5.2 Standardisierung der Kommunikation mit klaren Ansprechpartner*innen, Erreichbarkeiten und Zuständigkeiten	KA			
	5.3 Erarbeitung einer tragbaren Lösung für die Ausschöpfung des Notfallfonds	KA			
	5.4 Intensivere Nutzung vorhandener interprofessioneller Kompetenzen durch strukturierten Austausch im Team	KA			
	5.5 Case Management für die eigene Einordnung des Handlungsrahmens und Kompetenzsteigerung	KA			

Priorisierte Aktivitäten

Vorhandene Liste an Kooperationspartnern aufteilen

Die Erstellung einer Liste aller überbezirklichen und bezirklichen Beratungsstellen in Berlin mit Namen und Kontaktdaten der Ansprechpartner*innen wurde begonnen. Dabei stellte sich jedoch ein erheblicher Arbeitsaufwand für die Erstellung und v.a. für die weitere notwendige Aktualisierung heraus. Da die zuständige Mitarbeiterin zudem in Elternzeit wechselte, wurde die Aktivität zunächst zurückgestellt. Aufwand und Nutzen sind noch einmal zu diskutieren.

Fachgebiete/ Zielgruppen auf Kolleginnen verteilen

Ziel wurde teilweise umgesetzt, indem Kooperationsverträge geschlossen wurden mit den Maltesern, Checkpoint und den Zentren für sexuelle Gesundheit, für die jeweils fest bestimmte Mitarbeiter*innen zuständig sind.

Zielgruppen auf bestimmte Mitarbeiterinnen mit bestimmtem Fachwissen zu verteilen, wurde nicht mehr weiterverfolgt. Die Zuweisung der Klient*innen zu dem Mitarbeiter*innen erfolgt vornehmlich nach Sprachkompetenz der jeweiligen Mitarbeiter*innen. Spezifisches Fachwissen muss dann im Kollegengespräch oder in Fallbesprechungen eingeholt werden.

Vereinfachung der Datenschutzerklärung und andere Erklärungen (leichte Sprache)

Wurde von Frau Kretschmer übernommen, mittlerweile liegen zwei Entwürfe vor, die noch mit dem Datenschutzbeauftragten abgestimmt werden.

Festlegen von Ergebniskriterien für die Beratungsarbeit der Clearingstelle

Als Aufgabe der Evaluatoren soll dieses Thema im Rahmen einer Teamsitzung (ggf. auch auf dem Planungsworkshop) erörtert werden. Dabei geht es nicht um die bekannten quantitativen Kriterien wie die Vermittlung in eine Krankenversicherung oder die Bewilligung von Kostenübernahmen, vielmehr z.B. um Ergebnis- und Erfolgskriterien der verschiedenen Arbeitsbereiche der Clearingstelle. Frau Zwirner schlägt ferner vor, zu prüfen, ob sich ggf. auch Daten aus Quovero dafür eignen oder weitere Variablen dazu erhoben werden sollen.

Entwicklung von Schulungseinheiten und Materialien für Internetseiten (FAQ)

Schulungseinheiten für das erste Clearing bei den Kooperationspartnern wurden erstellt und eine Schulung bei Checkpoint zum Vorclearing durchgeführt.

Schulungen geben für Kooperationspartner und Internetseiten umsetzen

Eine weitere Schulung ist im November 2022 beim Gesundheitsamt Mitte geplant. Die Internetseite wurde überarbeitet.

Zurückgestellte Aktivitäten

Vernetzung mit anderen Clearingstellen in Deutschland

Die Clearingstelle arbeitet in der deutschlandweiten Bundesarbeitsgruppe (BAG) Gesundheit/Illegalität mit und ist auch Teil des BACK.¹ Entsprechend gibt es viele formelle und

¹ <https://anonymer-behandlungsschein.de/gemeinsame-politische-ziele-des-back/>.

informelle Kontakte. Für das kommende Jahr ist eine Einladung aller Clearingstellen nach Berlin geplant um eine weitere Vernetzung voranzubringen. Hierzu können ggf. auch die Ergebnisse des aktuellen Evaluationspakets (Vergleichende Analyse von Clearing- und Beratungsstellen in Deutschland) herangezogen werden.

*Standardisierung der Kommunikation mit klaren Ansprechpartner*innen, Erreichbarkeiten und Zuständigkeiten*

Wurde teilweise umgesetzt. Liste von Ansprechpartner*innen der CS mit Durchwahlmöglichkeiten wurde den Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt.

Erarbeitung einer tragbaren Lösung für die Ausschöpfung des Notfallfonds

Das Problem erwies sich zunehmend als veraltet, da es heute nicht mehr um die Frage der weiteren Verwendungsmöglichkeiten nicht verbrauchter Mittel geht, vielmehr um Budgetüberschreitungen. Dafür liegt inzwischen eine interne Lösung für besseres Controlling vor. Allerdings besteht nach wie vor der Wunsch, nicht verbrauchte Mittel ins kommende Jahr übertragen zu können. Hier sollte eine Lösung mit der Senatsverwaltung gefunden werden.

Intensivere Nutzung vorhandener interprofessioneller Kompetenzen durch strukturierten Austausch im Team

Teilweise umgesetzt durch Fallbesprechungen, Teamsitzungen und informellen Austausch zwischen den Mitarbeiter*innen.

Case Management für die eigene Einordnung des Handlungsrahmens und Kompetenzsteigerung

Ist nicht umsetzbar.

2.2 Umsetzung der Aufgaben für das Medizinische Team

Aufgabenpaket	Aktivität und Meilenstein	bis wann	Wer
Medizinisches Team			
1. Personalbeschaffung	1.1 Einstellung 1 MFA vor Einstellung weiterer Sozialarbeiterinnen	4. Q/2020	LZ, UN
2. Arbeitsprozesse / Checklisten	2.1 KÜ-Abholung Checkliste erstellen	4. Q/2020	LZ, Medi-Team
	2.2 KÜ-Mitteilungsblatt für Praxen erstellen	4. Q/2020	LZ, Medi-Team
	2.3 Checkliste für Terminvereinbarung und Dokumentation erarbeiten	4. Q/2020	LZ, Medi-Team
	2.4 Beschilderungskonzept überarbeiten	4. Q/2020	LZ, Medi-Team
3. Fortbildungen	3.1 Schaffung von Freiräumen für das Medi-Team	4. Q/2020	Team
	3.2 Interne Fortbildung von Sozial-Team für Medi-Team planen und durchführen	KA	
4. Teamzusammenarbeit	4.1 Regelmäßige Medi-Teambesprechungen	KA	
	4.2 Einzelsupervision anbieten	KA	
	4.3 Möglichkeit der gemeinsamen Fallbesprechung mit Sozial-Team einräumen	KA	
5. Bedarfsgerechter Zugang	5.1 Unbürokratische Lösung für Notfälle erarbeiten	KA	
	5.2 Weitere Kooperationspartner im medizinischen Bereich finden	KA	
Weitere priorisierte Handlungsempfehlungen:			
Arbeitsorganisation Team	6.1 Entwicklung von internen Verfahrensweisungen, Beratungsstandards, Qualitätsmanagementsystemen sowie die Etablierung von Evaluationsinstrumenten		
	6.2 Begleitung der Konsensfindung im Team: strukturierte prospektive und retrospektive (ethische) Fallbesprechungen, kollegiale Beratung,		
	6.3 Teamentwicklungsprozesse etablieren sowie die bestehenden Instrumente, wie Teamsitzungen ausbauen		
Kooperationsgestaltung	6.5 Verdeutlichung der Einzigartigkeit, der Alleinstellungsmerkmale und des Angebotes der CS		Evaluation

Die hier gelisteten eher kleinteiligen Aktivitäten und Verbesserungsvorschläge sind Ergebnis einer zu diesem Zeitpunkt gegebenen Unzufriedenheit im medizinischen Team. Viele Vorschläge wurden direkt kurzfristig umgesetzt.

Priorisierte Aktivitäten mit Terminsetzung

Einstellung 1 MFA vor Einstellung weiterer Sozialarbeiterinnen

Ist kurzfristig erfolgt im Dezember 2020.

KÜ-Abholung Checkliste erstellen

Der Prozess wurde verbessert.

KÜ-Mitteilungsblatt für Praxen erstellen

Erledigt durch Flyer und DIN A 4 Infozettel.

Checkliste für Terminvereinbarung und Dokumentation erarbeiten

Teil des QM-Handbuchs.

Beschilderungskonzept überarbeiten

Wurde gemacht. Hat sich mit dem Umzug der CS erledigt.

Schaffung von Freiräumen für das Medi-Team

Für das Medi-Team gibt es jeweils am Donnerstag eine gesonderte Teamsitzung. Hohe Arbeitsbelastung des Medi-Teams besteht nach Angaben von Frau Kretschmer aber fort.

Weitere priorisierte Aktivitäten ohne Terminsetzung

Interne Fortbildung von Sozial-Team für Medi-Team planen und durchführen

Das Medi-Team wurde eingeladen, an Fortbildungen für das Sozialteam teilzunehmen.

Regelmäßige Medi-Teambesprechungen

Siehe oben.

Einzelsupervision anbieten

Wurde angeboten und angenommen.

Möglichkeit der gemeinsamen Fallbesprechung mit Sozial-Team einräumen

Erfolgt.

Unbürokratische Lösung für Notfälle erarbeiten

Erweist sich als schwer umsetzbar – Vorrang der CS auf Vermittlung in Krankenversicherung, es soll keine Etablierung von medizinischen Parallelsystemen geben.

Weitere Kooperationspartner im medizinischen Bereich finden

Ist Daueraufgabe (vgl. Analyse der Kooperationsbeziehungen als Teilaufgabe der aktuellen Evaluation).

Entwicklung von internen Verfahrensanweisungen, Beratungsstandards, Qualitätsmanagementsystemen sowie die Etablierung von Evaluationsinstrumenten

Ist erfolgt (Qualitätshandbuch).

Begleitung der Konsensfindung im Team: strukturierte prospektive und retrospektive (ethische) Fallbesprechungen, kollegiale Beratung

Ist erfolgt.

Teamentwicklungsprozesse etablieren sowie die bestehenden Instrumente, wie Teamsitzungen ausbauen

Ist erfolgt.

Verdeutlichung der Einzigartigkeit, der Alleinstellungsmerkmale und des Angebotes der CS

Erfolgt durch das Evaluationsteam. Hierzu können ggf. auch die Ergebnisse des aktuellen Evaluationspaketes (Vergleichende Analyse von Clearing- und Beratungsstellen in Deutschland) herangezogen werden.

2.3 Umsetzung der Aufgaben für Koordination und Externe

Aufgabenpaket	Aktivität und Meilenstein	bis wann	Wer
Andere/Koordination/ggf.Externe	1.1 Vorgespräch (Unternehmenskommunikation SM)	1.Q/2021	UN, LZ, Heiko Linke
	1.2 Konzept erstellen (Alleinstellungsmerkmale der CS)	2.Q/2021	UN, LZ, JJ
	1.3 Fundraising umsetzen	4.Q/2021	UN, LZ, JJ
2. Öffentlichkeitsarbeit	2.1 Stellenbesetzung	1.Q/2021	ÖA, Team
	2.2 Arbeitsaufträge für einzelne Materialien	4.Q/2021	ÖA, Team
	2.3 Überarbeitung der Internetseite	4.Q/2021	ÖA, Team
	2.4 Erstellung und Überarbeitung Kommunikationsmaterial (Newsletter)	4.Q/2021	ÖA, Team
3. Ausgestaltung der Kooperationen	3.1 Erstellung Netzwerkkarte (unter Nutzung der Akteursliste des Teams)	3.Q/2021	LZ, Team
	3.2 Workshop mit Kooperationspartnern (Austausch; Ziel: Kooperationskonzept)	3.Q/2021	LZ, Team
	3.3 Malteser: Vertrag ist unterschrieben Umsetzung Kooperation	4.Q/2020	LZ, Beraterin (LO, P)
	3.4 Zentren f. sexuelle Gesundheit: Kooperationskonzept wird erarbeitet	4.Q/2020	LZ, JJ, Beraterin, Frau I
	3.5 Checkpoint: Finalisierung des Kooperationskonzepts	1.Q/2021	LZ, Checkpoint, SenGPG
4. QM-System	4.1 Ausschreibung und Besetzung einer QM Stelle	3.Q/2021	LZ, NN
	4.2 Erstellung von Konzepten in wichtigen Bereichen med./Ber./Empfang	3.Q/2021	LZ, NN
	4.3 Teams erstellen Entwurf für Konzepte	3.Q/2021	LZ, NN
	4.4 Projekthandbuch wird erstellt	3.Q/2021	LZ, NN
Weitere priorisierte Handlungsempfehlungen:			
Team	5.1 Begleitung der Konsensfindung im Team: strukturierte prospektive und retrospektive (ethische) Fallbesprechungen, kollegiale Beratung,		
	5.2 Teamentwicklungsprozesse etablieren sowie die bestehenden Instrumente, wie Teamsitzungen ausbauen		

Fundraising

Das Fundraising, d.h. eine finanzielle Mittelbeschaffung im Rahmen des systematischen Aufbaus eines Netzwerks von Beziehungen zur Unterstützung der Clearingstelle, wird in Abstimmung mit der zuständigen Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung nicht mehr verfolgt. Auf der Internetseite der Stadtmission gibt es jedoch eine Rubrik Spenden.

Öffentlichkeitsarbeit

Die angedachte 50% Stelle wurde nicht besetzt. Qualifiziertes Personal in diesem Bereich ist mit einer 50%-Stelle schwer zu finden. Teilaufgaben werden durch die Unternehmenskommunikation der BSM wahrgenommen. Auch Frau Ochs hat Aufgaben im Bereich Öffentlichkeitsarbeit übernommen. Die Internetseite wurde unter Federführung von Frau Zwirner und Frau Ochs überarbeitet. Ein Newsletter besteht noch nicht. Ein gesondertes Portal für Fachkreise auf der Internetseite ebenfalls noch nicht.

Ausgestaltung der Kooperationen

Im Jahr 2021 wurden Kooperationsverträge mit den Maltesern und Check Point Berlin abgeschlossen und weitere 10 medizinische Kooperationspartner dazugewonnen. Dazu gab es eine intensivierete Zusammenarbeit, Austausch und Hospitationen mit Akteuren der Suchtberatung und Suchtmedizin.

Erstellung Netzwerkkarte (unter Nutzung der Akteursliste des Teams)

Zurückgestellt.

Workshop mit Kooperationspartnern (Austausch; Ziel: Kooperationskonzept)

Teilweise auch coronabedingt zurückgestellt. Regelmäßiger Austausch durch die Projektleitung (Frau Zwirner) mit Kooperationspartnern in unterschiedlichen Formaten. Workshop mit Checkpoint durchgeführt.

Verträge mit Kooperationspartnern

Verträge mit Maltesern, Zentren für sexuelle Gesundheit und Checkpoint wurden abgeschlossen.

Mit Herrn Raulin konnte ein Qualitätsmanager gewonnen werden, der 15% seiner Arbeitszeit bei der Stadtmission für die CS arbeitet. Derzeit wird von Ihm ein Qualitätshandbuch erstellt, das im Jahr 2023 finalisiert werden soll.

3 Trägerübergreifende Bestandsaufnahme der ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin

3.1 Problemstellung

Mit der Errichtung der Clearingstelle (CS) für nicht krankenversicherte Menschen im September 2018 hat der Berliner Senat in Ergänzung zu den seit Jahren bestehenden ehrenamtlichen und wohlfahrtsverbandlichen medizinischen Hilfsangeboten eine weitere Einrichtung geschaffen, die für vulnerable Bevölkerungsgruppen den Krankenversicherungsschutz klären und ggf. medizinische Behandlungen durch Kostenübernahmen organisieren soll. Zu diesen Gruppen gehören Deutsche, EU-Bürger*innen, Personen aus Drittstaaten, Wohnungs- und Obdachlose sowie Personen ohne Papiere. Auch wenn sich die von uns durchzuführende Evaluation der CS primär auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Arbeit der CS selbst richtet, bedarf es bei der Analyse der medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin einer Erweiterung des Blickwinkels. Neben der Frage, welche Gruppen über die CS wie medizinisch versorgt werden, geht es um die Frage, wie sich die medizinische Versorgungssituation dieser Gruppen in Berlin insgesamt, d.h. unter Einbeziehung anderer Hilfseinrichtungen darstellt. Diese Frage wäre ohne die Arbeit und die kontinuierlichen Datenerhebungen des Runden Tisches zur medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung Obdachloser nicht zu beantworten, der im Jahr 2018 erstmals einen umfangreichen Gesundheitsbericht für das Jahr 2016 - herausgegeben vom Caritasverband Berlin und der GEBEWO pro - Soziale Dienste - Berlin (im Folgenden kurz: GEBEWO) - dazu veröffentlichte.² Die Datenerhebungen werden jährlich aktualisiert, so dass aktuell die Zahlen von 2015 bis 2021 vorliegen.³ Mit diesen Daten sowie den Klient*innendaten der Clearingstelle kann die Gesamtzahl der Patient*innen und Behandlungsfälle statistisch geschätzt werden. Allerdings unterliegen diese Schätzungen einer ganzen Reihe von Limitationen.

² https://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/images/2021/PDF/gesundheitsbericht_zahn-medizinische-versorgung-wohnungsloser-menschen_web.pdf

³ https://www.obdachlosigkeit-macht-krank.de/media/behandlungszahlen/obdachlosigkeit-macht-krank_behandlungszahlen_2021.pdf

1. Zunächst sind die Zielgruppen der Daten des Runden Tisches und die der Clearingstelle unterschiedlich definiert. Während es sich bei den Daten des Runden Tisches in der Regel primär um Obdachlose bzw. Wohnungslose handelt, stellen Personen ohne Krankenversicherungsschutz die Zielgruppe der CS-Daten dar. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass in den beteiligten Einrichtungen des Runden Tisches die Zielgruppen durchaus differenziert sind. Im Berichtsjahr 2016 werden beispielsweise von insgesamt 6.634 Patient*innen 1.498 von der Caritas Ambulanz gemeldet (22,6%) und 1.445 von der Malteser Medizin (21,8%). Während bei der Caritas Ambulanz primär die Zielgruppe der Obdach- bzw. Wohnungslosen angenommen werden kann, handelt es sich bei den Maltesern überwiegend um Menschen ohne Krankenversicherung. Letztlich umfassen die Daten des Runden Tisches neben Obdach- bzw. Wohnungslosen auch Personen ohne Krankenversicherung, während die CS-Daten in Bezug auf die Kostenübernahme medizinischer Leistungen de facto und de jure nur Personen ohne aktuelle Krankenversicherung abbilden. Auf der Basis der Gesamtzahl der Klient*innen der CS vom September 2018 bis September 2022 ergeben sich die in der folgenden Abbildung genannten Verteilungen nach Herkunft und Wohnsituation.

Abb. 2 Herkunft und Wohnsituation der Klient*innen der CS (2018 bis 9/2022)

n=	3083
Staatsangehörigkeit	
Drittstaatsangehörige	52,4%
EU-Bürger*innen	25,9%
Deutsche	18,8%
KA, Unklar, Mehrere	2,9%
Summe	100,0%
Wohnsituation	
Wohnungslos	39,9%
Gesichert	36,4%
Obdachlos	14,9%
KA	6,1%
Sonstiges	2,7%
Summe	100,0%

2. Wie im Titel des Kapitels bereits definiert, geben die vorzunehmenden Schätzungen nur Auskunft über die *ambulante Versorgung* vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin.⁴ Entsprechend fehlen die Notfallbehandlungen dieser Gruppen in Berliner Krankenhäusern, wobei hier nach unseren Recherchen keine Daten dokumentiert bzw. veröffentlicht werden.
3. Die Schätzungen liefern lediglich Absolutzahlen zu Patient*innen und Behandlungen (Zähler). Die Berechnung von Versorgungsindikatoren ist nicht möglich bzw. nicht sinnvoll,

⁴ Zuzüglich der Krankenwohnung für Obdachlose.

da zuverlässige Daten zur Größe der verschiedenen Gruppen in Deutschland und auch in Berlin (Nenner) nicht vorhanden sind. Betrachten wir kurz die Gruppen im Einzelnen:

Deutsche Staatsangehörige

Nach den Daten des Mikrozensus leben im Jahr 2019 in Deutschland insgesamt 61.000 Personen ohne Krankenversicherungsschutz, darunter 33.000 Deutsche und 28.000 Ausländer.⁵ Umgerechnet auf den Anteil der Bevölkerung im Land Berlin von 4,4% sind das geschätzt insgesamt 2.700 Personen, darunter 1.500 Deutsche und 1.200 Ausländer. Es ist in Bezug auf die methodische Anlage des Mikrozensus allerdings von einer erheblichen Untererfassung auszugehen, wobei auch deren Größenordnung nicht valide abgeschätzt werden kann.

Nichtkrankenversicherte Drittstaatsangehörige

Die Gesamtzahl der sich nicht legal in Deutschland bzw. Berlin aufhaltenden Personen aus Drittstaaten, die de facto keinen Krankenversicherungsschutz aufweisen, stellt ein statistisches und epidemiologisches Dunkelfeld dar, dessen Umfang nur durch Schätzungen über die polizeiliche Kriminalitätsstatistik oder über EU-Daten bestimmbar ist, wobei für regionale Schätzungen - z. B. für Berlin - weitere Annahmen getroffen werden müssen. Von uns in Zusammenhang mit der Evaluation des Berliner Kinderschutzgesetzes vorgenommene Schätzungen auf den genannten Datengrundlagen ergaben für das Jahr 2018 in der Mittelwertschätzung zwischen 15.114 und 18.912 Personen ohne Papiere in Berlin, in der Maximumschätzung zwischen 21.465 und 27.260.⁶

EU-Bürger*innen

Zum Stichtag 31. Dezember 2018 hielten sich 4.789.753 Staatsangehörige anderer EU-Staaten in Deutschland auf. Polnische und rumänische Staatsangehörige stellten dabei mit 860.000 bzw. 696.000 Personen die größten Nationalitätengruppen dar.⁷ Umgerechnet auf den Anteil der Bevölkerung im Land Berlin von 4,4% sind das geschätzt insgesamt 211.000 Personen, darunter 38.000 Polen und 31.000 Rumänen. Dabei ist von Unterschätzungen auszugehen, da Immigration in Metropolen überproportional erfolgt.⁸ Die Zahl der EU-

⁵ Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, R 1.1, 2019

⁶ Forschung Beratung Evaluation: Evaluation nach § 7 des Berliner Gesetzes zum Schutz und Wohl des Kindes für die Jahre 2011 bis 2017, Oktober 2019

⁷

<https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/BerichtsreihenMigrationIntegration/Freizuegigkeitsmonitoring/freizuegigkeitsmonitoring-jahresbericht-2018.html?nn=447236>

⁸ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Kommunen_Integration_050115.pdf

Bürger*innen ohne Krankenversicherungsschutz ist nicht bekannt, auch Schätzungen konnten von uns nicht recherchiert werden.

Wohnungs- und Obdachlose

Die Schätzungen über wohnungs- bzw. obdachlose Personen in Berlin sind nicht konsistent. Bislang wurde von bis zu 50.000 wohnungslosen Personen in Berlin und von 6.000 Obdachlosen ausgegangen.⁹ Die Ergebnisse der ersten Obdachlosenzählung im Winter 2019/2020 ergaben allerdings lediglich 1.976 Obdachlose. Auf eine kritische Betrachtung der Erhebungsmethodik dieser Feldstudie wird hier verzichtet.

Insgesamt sind die Daten zu möglichen Versorgungsindikatoren (Anteil der Bevölkerungsgruppen mit medizinischer Versorgung) im Nenner entweder nicht existent oder nur wenig zuverlässig, so dass auf diese verzichtet werden muss. Eine Verbesserung der Datenlage ist hierzu dringend erforderlich.

3.2 Ziel der Untersuchung

Ziel der Untersuchung ist eine möglichst aktuelle statistische Schätzung der Gesamtzahl von Personen und Behandlungsfällen aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen (Deutsche, EU-Bürger*innen, Personen aus Drittstaaten, Wohnungs- und Obdachlosen sowie Personen ohne Papiere) mit keinem oder eingeschränktem Krankenversicherungsschutz, die von bestehenden ehrenamtlichen und wohlfahrtsverbandlichen medizinischen Hilfsangeboten in Berlin sowie über die Clearingstelle der Berliner Stadtmission auf der Grundlage von Kostenübernahmen medizinisch versorgt werden. Dabei werden nur die allgemeinmedizinischen, nicht aber die zahnmedizinischen Behandlungen berücksichtigt. Die Schätzungen sollen - soweit möglich - auch für einzelne Gruppen vorgenommen werden. Zu Notfallbehandlungen dieser Gruppen in Berliner Krankenhäusern liegen keine Daten vor.

3.3 Methoden der Untersuchung

Die Untersuchung basiert zunächst auf den publizierten Daten des Runden Tisches herausgegeben von Caritas/GEBEWO, die wir als Rohdaten bezeichnen. Durch eine methodenkritische Analyse in Bezug auf fehlende und unplausible Werte bei den Patient*innendaten werden verschiedene Modifikationen der Daten vorgenommen bis schließlich die Gesamtzahl der Patient*innen unter Annahmen über die Mehrfachinanspruchnahme statistisch geschätzt wird. Die Zahl der Behandlungsfälle wird anschließend

⁹ Vgl. Fußnote 2

über die durchschnittliche Zahl von Behandlungen pro Patient*in geschätzt. Die Analyse der Verteilung der Patient*innen nach Gruppen erfolgt im Anschluss.

3.4 Ergebnisse

Eine Analyse der Gesamtdaten (vgl. Abb. 3) zeigt zunächst, dass die Zahl der Patient*innen von 2015 auf 2016 sinkt, um dann bis zum Jahr 2018 auf 12.757 zuzunehmen. Vom Jahr 2019 bis 2021 sinken die Patient*innenzahlen auf 6.120 und erreichen damit annähernd die Zahl des Jahres 2016. Die ab dem Jahr 2019 und ab dem Jahr 2020 (weiter) sinkenden Zahlen können - neben den fehlenden Daten der Berliner Stadtmission - u. E. auf zwei Faktoren zurückgeführt werden. Zum einen sinkt die Zahl der dokumentierten Drittstaatenangehörigen mit illegalem Aufenthalt in Deutschland ab dem Jahr 2016 deutlich,¹⁰ zum anderen berichten nahezu alle Hilfsorganisationen über sinkende Klient*innenzahlen während der Corona Pandemie.¹¹ Allerdings weisen die Patient*innendaten für 2019 und 2021 fehlende Werte bei der Berliner Stadtmission (BSM) auf, so dass zumindest die Gesamtzahl der Patient*innen im Jahr 2021 von lediglich 6.120 als fraglich betrachtet werden muss. Die von uns grau unterlegten Felder (fehlende Werte) und rot markierten Zahlen (unplausible Werte) zeigen weitere Probleme im Urdatensatz an, wobei wir zunächst die Patient*innenzahlen betrachten.

¹⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_eipre/default/table?lang=de

¹¹ [https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung/statistik-2021.html#:~:text=In%202021%20gab%20es%20insgesamt,\(11.065\)%20Gesamtkontakten%20mit%20Hilfesuchenden.](https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung/statistik-2021.html#:~:text=In%202021%20gab%20es%20insgesamt,(11.065)%20Gesamtkontakten%20mit%20Hilfesuchenden.)

Abb. 4 Patient*innenzahlen nach Einrichtungen Modifikation 1
(Substitution der neu gelieferten Daten der BSM)

Hilfsorganisationen und -angebote zur medizinischen Versorgung in Berlin	Patient*innen						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allgemeinmedizin							
1 Berliner Stadtmission / Ambulanz für Obdachlose							
2 Berliner Stadtmission / Strassenambulanz für Obdachlose							
3 Berliner Stadtmission / Medizinische Versorgung in Notübernachtungen							
Berliner Stadtmission Summe (ohne Strassenambulanz)	3815	3848	3884	3561	1242	1068	2754
4 Caritasverband / Krankenwohnung für Wohnungslose (Seit 07.11. 2018)	0	0	0	0	150	123	125
5 Caritasverband / Ambulanz für Wohnungslose (Bahnhof Zoo)	2680	1498	1310	1246	1697	1762	1538
6 Caritasverband / Arztmobil	810	703	618	616	622	444	417
7 Fixpunkt gGmbH	419	213	287	339		470	
8 GEBEWO pro gGmbH / Praxis am Stralauer Platz	608	642	674	671	664	666	854
9 HVD / TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige	465	262	251	306	367	286	304
10 Jenny De la Torre-Stiftung / Gesundheitszentrum für Obdachlose	906	910	1079	754	960	617	568
11 Johanniter-Unfall-Hilfe / Kälteambulanz / Medizinische Sprechstunde***	72	115	328	2161	193		
12 Malteser Hilfsdienst / Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	2206	1445	2348	2740	2787	1413	1705
13 Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen *							
14 Open.med / Ärzte der Welt e.V. in Kooperation mit Medizin hilft e.V (Ende 2016 gegründet)	0	0	227	363	581	585	609
Summe	11981	9636	11006	12757	9263	7434	8874
Bisherige Gesamtdaten	8989	6634	8689	12757	8021	8109	6120

Unplausibel erscheinen im Zeitverlauf zunächst auch die Daten für Caritas und Malteser im Jahr 2015. Da Caritas/GEBEWO aber bereits darauf hingewiesen haben, die Daten 2015 mit Vorsicht zu behandeln, sollen diese keiner weiteren Modifikation unterzogen werden. Dies muss allerdings für die Daten der Johanniter Unfallhilfe für das Jahr 2018 geschehen. Die Patient*innenzahlen der Johanniter Unfallhilfe für 2018 sind deutlich zu hoch und identisch mit Behandlungsfällen (vgl. Abb. 3). Wir ersetzen den Wert 2018 durch den Mittelwert der Jahre 2015, 2016, 2017 und 2019 = 177 und setzen diesen auch für die Jahre 2020 und 2021 ein. Bei Open.med sind ebenfalls kleinere Modifikationen vorzunehmen, die sich aus einer Publikation ergeben.¹² Bei Fixpunkt liegen fehlende Daten für die Jahre 2019 und 2021 vor. Diese fehlenden Daten werden über einen linearen Trend der Jahre 2016 bis 2018 berechnet. Der damit für das Jahr 2020 prognostizierte Wert von 469 entspricht fast exakt dem im Jahr 2020 gemeldeten Wert von 470. Mit dieser Modifikation 2 ergeben sich Gesamtwerte, die im Zeitverlauf lediglich einen deutlichen Rückgang der Patient*innenzahlen im Coronajahr 2020 zeigen. Mit dieser Ausnahme ergeben sich damit ohne das Medibüro zwischen 2016 und 2021 jährlich recht stabil zwischen 9.600 und 11.000 Patient*innen (vgl. Abb. 5).

¹² <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/publikationen/2020/04/23/projekt-openmed-berlin>

Abb. 5 Patient*innenzahlen nach Einrichtungen (Modifikation 2)

Hilfsorganisationen und -angebote zur medizinischen Versorgung in Berlin	Patient*innen							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Allgemeinmedizin								
1 Berliner Stadtmission / Ambulanz für Obdachlose								
2 Berliner Stadtmission / Strassenambulanz für Obdachlose								
3 Berliner Stadtmission / Medizinische Versorgung in Notübernachtungen								
Berliner Stadtmission Summe (ohne Strassenambulanz)	3815	3848	3884	3561	1242	1068	2754	
4 Caritasverband / Krankenwohnung für Wohnungslose (Seit 07.11. 2018)	0	0	0	0	150	123	125	
5 Caritasverband / Ambulanz für Wohnungslose (Bahnhof Zoo)	2680	1498	1310	1246	1697	1762	1538	
6 Caritasverband / Arztmobil	810	703	618	616	622	444	417	
7 Fixpunkt gGmbH	419	213	287	339	406	470	532	
8 GEBEWO pro gGmbH / Praxis am Stralauer Platz	608	642	674	671	664	666	854	
9 HVD / TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige	465	262	251	306	367	286	304	
10 Jenny De la Torre-Stiftung / Gesundheitszentrum für Obdachlose	906	910	1079	754	960	617	568	
11 Johanniter-Unfall-Hilfe / Kälteambulanz / Medizinische Sprechstunde***	72	115	328	177	193	177	177	
12 Malteser Hilfsdienst / Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	2206	1445	2348	2740	2787	1413	1705	
13 Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen *								
14 Open.med / Ärzte der Welt e.V. in Kooperation mit Medizin hilft e.V (Ende 2016 gegründet)	0	0	227	385	581	585	609	
Summe	11981	9636	11006	10795	9669	7611	9583	
Bisherige Gesamtdaten im Urdatensatz	8989	6634	8689	12757	8021	8109	6120	
Bisherige Gesamtdaten in der Modifikation 1	11981	9636	11006	12757	9263	7434	8874	

Mit einer dritten Modifikation werden die Patient*innen- bzw. Weitervermittlungszahlen des Medibüros in den Datensatz integriert. Dabei wird der publizierte Wert von 1.000 jährlichen Vermittlungen in den Jahren 2015 und 2016 verwendet. ¹³

Abb. 6 Patient*innenzahlen nach Einrichtungen (Modifikation 3)

Hilfsorganisationen und -angebote zur medizinischen Versorgung in Berlin	Patient*innen							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Allgemeinmedizin								
1 Berliner Stadtmission / Ambulanz für Obdachlose								
2 Berliner Stadtmission / Strassenambulanz für Obdachlose								
3 Berliner Stadtmission / Medizinische Versorgung in Notübernachtungen								
Berliner Stadtmission Summe (ohne Strassenambulanz)	3815	3848	3884	3561	1242	1068	2754	
4 Caritasverband / Krankenwohnung für Wohnungslose (Seit 07.11. 2018)	0	0	0	0	150	123	125	
5 Caritasverband / Ambulanz für Wohnungslose (Bahnhof Zoo)	2680	1498	1310	1246	1697	1762	1538	
6 Caritasverband / Arztmobil	810	703	618	616	622	444	417	
7 Fixpunkt gGmbH	419	213	287	339	406	470	532	
8 GEBEWO pro gGmbH / Praxis am Stralauer Platz	608	642	674	671	664	666	854	
9 HVD / TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige	465	262	251	306	367	286	304	
10 Jenny De la Torre-Stiftung / Gesundheitszentrum für Obdachlose	906	910	1079	754	960	617	568	
11 Johanniter-Unfall-Hilfe / Kälteambulanz / Medizinische Sprechstunde***	72	115	328	177	193	177	177	
12 Malteser Hilfsdienst / Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	2206	1445	2348	2740	2787	1413	1705	
13 Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen *	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	
14 Open.med / Ärzte der Welt e.V. in Kooperation mit Medizin hilft e.V (Ende 2016 gegründet)	0	0	227	385	581	585	609	
Summe	12981	10636	12006	11795	10669	8611	10583	

In einer letzten und vierten Modifikation werden die Zahlen für die Clearingstelle in den Datensatz integriert, wobei es sich um Klient*innen handelt, die im zugrundeliegenden Jahr mindestens eine Kostenübernahme erhalten haben.

¹³ https://medibuero.de/wp-content/uploads/sites/10/2016/03/20_Jahre_Medibuero_Berlin_WEB.pdf

Abb. 7 Patient*innenzahlen nach Einrichtungen (Modifikation 4)

Hilfsorganisationen und -angebote zur medizinischen Versorgung in Berlin	Patient*innen						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allgemeinmedizin							
1 Berliner Stadtmission / Ambulanz für Obdachlose							
2 Berliner Stadtmission / Strassenambulanz für Obdachlose							
3 Berliner Stadtmission Summe (ohne Strassenambulanz)	3815	3848	3884	3561	1242	1068	2754
Berliner Stadtmission / Clearingstelle (Klient*innen mit mind. einer Kostenübernahme)	0	0	0	0	221	503	617
4 Caritasverband / Krankenwohnung für Wohnungslose (seit 07.11. 2018)	0	0	0	0	150	123	125
5 Caritasverband / Ambulanz für Wohnungslose (Bahnhof Zoo)	2680	1498	1310	1246	1697	1762	1538
6 Caritasverband / Arztmobil	810	703	618	616	622	444	417
7 Fixpunkt gGmbH	419	213	287	339	406	470	532
8 GEBEWO pro gGmbH / Praxis am Stralauer Platz	608	642	674	671	664	666	854
9 HVD / TagesTreff für Wohnungslose und Bedürftige	465	262	251	306	367	286	304
10 Jenny De la Torre-Stiftung / Gesundheitszentrum für Obdachlose	906	910	1079	754	960	617	568
11 Johanniter-Unfall-Hilfe / Kälteambulanz / Medizinische Sprechstunde***	72	115	328	177	193	177	177
12 Malteser Hilfsdienst / Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	2206	1445	2348	2740	2787	1413	1705
13 Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen *	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
14 Open.med / Ärzte der Welt e.V. in Kooperation mit Medizin hilft e.V (Ende 2016 gegründet)	0	0	227	385	581	585	609
Summe	12981	10636	12006	11795	10890	9114	11200

Auf der Grundlage der Daten der vierten Modifikation werden abschließend die Behandlungsfälle geschätzt. Dazu wird aus den Caritas/GEBEWO-Daten aller Jahre der Mittelwert der Fälle pro Patient von 3,7 und aus den CS Daten ebenfalls der Mittelwert von 3,3 berücksichtigt und dann die Zahl der Behandlungsfälle mit dem mittleren Faktor 3,5 hochgerechnet.

Abb. 8 Schätzung der Behandlungsfälle

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Mittelwert
Patient*innen	12981	10636	12006	11795	10890	9114	11200	11232
Behandlungsfälle	45434	37226	42021	41283	38115	31899	39200	39311

Zusammenfassend ergeben sich über die sieben Jahre Mittelwerte der jährlichen Patient*innen von 11.232 bei 39.311 Behandlungen. Mit einem wohl coronabedingten Rückgang der Zahlen im Jahr 2020 liegen die Zahlen zwischen 2016 und 2021 bei 11.000 bis 12.000 Patient*innen.

Für die 11.200 Patient*innen im Jahr 2021 sollen aus den verfügbaren Daten des runden Tisches und der Clearingstelle noch die Staatsangehörigkeit bzw. Herkunft geschätzt werden. Danach sind 25% der Patient*innen Deutsche, 31% Drittstaatler*innen und 44% EU-Bürger*innen. Von den Klient*innen der CS, die mindestens eine Kostenübernahme erhalten, sind 24% obdachlos.

Abb. 9 Schätzung Staatsangehörigkeit / Herkunft der Patient*innen für das Jahr 2021

	Daten Runder Tisch*		Clearingstelle**		Gesamt	
Gesamt	4978		819		5797	
Deutsche	1370	27,5%	48	5,9%	1418	24,5%
EU-Bürger*innen	2295	46,1%	242	29,5%	2537	43,8%
Drittstaatler*innen	1283	25,8%	509	62,1%	1792	30,9%
Keine Angabe	30	0,6%	20	2,4%	50	0,9%
	4978	100,0%	819	100,0%	5797	100,0%
* Gesundheitsbericht 2018			** Daten Juni 2019 bis Juni 2021			
Patient*innen mit allgemeinmedizinischen Behandlungen			Klient*innen mit mindestens einer Kostennübernahme			

Abschließend muss noch die Möglichkeit der Mehrfachinanspruchnahme (MFI) verschiedener Einrichtungen berücksichtigt werden. Hier war die Expertise der Einrichtungen gefragt. In qualitativen Interviews mit der Projektkoordinatorin der GEBEWO pro sowie den Sozialberaterinnen der CS ergaben sich folgenden Einschätzungen:

- Die Mehrfachinanspruchnahme muss wahrscheinlich für die verschiedenen Gruppen unterschiedlich beurteilt werden.
- Obdachlose werden wohl mehrheitlich in den verschiedenen Einrichtungen (Caritas, GEBEWO pro, HVD) allgemeinmedizinisch versorgt und werden von diesen an die CS nur bei speziellen Bedarfen (fachärztliche Behandlung, stationäre Behandlung, teure Maßnahmen) vermittelt. MFI eher gering.
- Checkpoint und Fixpunkt vermitteln gezielt Klient*innen für Substitutionsbehandlungen, deshalb MFI in unterschiedlichen Einrichtungen eher möglich.
- Die eher hochschwellig arbeitende CS wird direkt von gut organisierten Communities genutzt. Hier ist die MFI schwer einzuschätzen.
- Drittstaatler*innen werden in den niedrighschwelligen Angeboten (v.a. Malteser , Openmed, Caritas Ambulanz oder über Medibüro) allgemeinmedizinisch versorgt und werden von diesen an die CS nur bei speziellen Bedarfen vermittelt. MFI eher gering.
- Ganz allgemein wird es für eher unwahrscheinlich gehalten, dass die MFI sehr hoch ist. Wenn Klient*innen mit den Beratungen und Leistungen der sie betreuenden Einrichtung zufrieden sind, werden diese kaum zusätzlich noch andere Einrichtungen aufsuchen.

Es erfolgte der Hinweis, dass Daten zur Mehrfachinanspruchnahme möglicherweise bei den ISP-Projekten vorliegen, da dort anonymisiert (aber mit Geburtsdatumsangaben) personenbezogene Daten vorlägen. Im aktuellen Bericht¹⁴ wird eine Mehrfachinanspruchnahme von 12,1% berechnet, d.h. Datensätze die gleiche Merkmalsausprägungen aufweisen und so nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Personen mehr als nur ein Angebot der

¹⁴ SenIAS Berlin - ISP - Dokumentation WLH - 2021 – Kurzfassung, S.3

Wohnungslosenhilfe aufsuchen. Auf unsere Bitte hat die Diakonie diese Auswertung auch separat für die drei medizinischen Einrichtungen (Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V. Arztmobil, GEBEWO pro gGmbH Medizinische Betreuung obdachloser Menschen – Arztpraxis Stralauer Platz, Humanistischer Verband Deutschland - Landesverband Berlin-Brandenburg Ambulanz Weitlingstraße) vorgenommen. Dies ergibt auf der Grundlage von 1.658 Datensätzen eine etwas geringere Mehrfachinanspruchnahme von 9%.

Abb. 10 *Finale Schätzung der Patient*innenzahlen nach Einrichtungen (2015 bis 2021)*

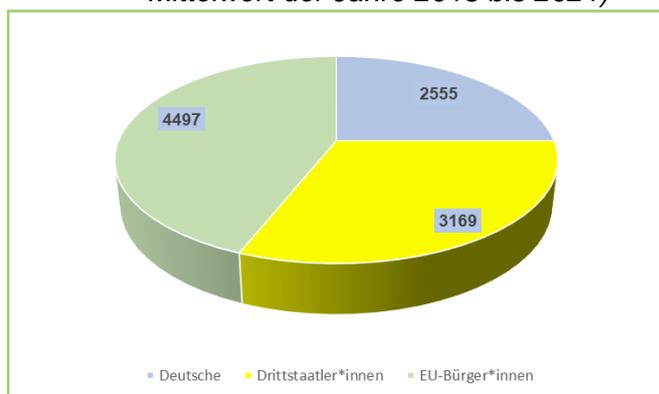
Hilfsorganisationen und -angebote zur medizinischen Versorgung in Berlin	Patient*innen						
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Allgemeinmedizin							
1 Berliner Stadtmission / Ambulanz für Obdachlose							
2 Berliner Stadtmission / Strassenambulanz für Obdachlose							
3 Berliner Stadtmission Summe (ohne Strassenambulanz)	3815	3848	3884	3561	1242	1068	2754
<i>Berliner Stadtmission / Clearingstelle (Klient*innen mit mind. einer Kostenübernahme)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>221</i>	<i>503</i>	<i>617</i>
4 Caritasverband / Krankenwohnung für Wohnungslose (Seit 07.11. 2018)	0	0	0	0	150	123	125
5 Caritasverband / Ambulanz für Wohnungslose (Bahnhof Zoo)	2680	1498	1310	1246	1697	1762	1538
6 Caritasverband / Arztmobil	810	703	618	616	622	444	417
7 Fixpunkt gGmbH	419	213	287	339	406	470	532
8 GEBEWO pro gGmbH / Praxis am Stralauer Platz	608	642	674	671	664	666	854
9 HVD / Tages Treff für Wohnungslose und Bedürftige	465	262	251	306	367	286	304
10 Jenny De la Torre-Stiftung / Gesundheitszentrum für Obdachlose	906	910	1079	754	960	617	568
11 Johanniter-Unfall-Hilfe / Kälteambulanz / Medizinische Sprechstunde***	72	115	328	177	193	177	177
12 Malteser Hilfsdienst / Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	2206	1445	2348	2740	2787	1413	1705
13 Medibüro Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen *	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
14 Open.med / Ärzte der Welt e.V. in Kooperation mit Medizin hilft e.V (Ende 2016 gegründet)	0	0	227	385	581	585	609
Summe	12981	10636	12006	11795	10890	9114	11200
Mehrfachinanspruchnahmefaktor 0,09	11813	9679	10925	10733	9910	8294	10192

Auf diesen Grundlagen ergeben sich in Berlin für das Jahr 2021 insgesamt 10.192 Patient*innen und 35.700 Behandlungsfälle, die in ehrenamtlichen oder wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen oder über die CS medizinisch versorgt werden. Mit Ausnahme des wohl coronabedingten Rückgangs der Zahlen im Jahr 2020 liegen diese recht stabil bei ca. 10.000, was sich auch am Mittelwert zeigt. Darunter befinden sich ca. 4.500 EU-Bürger*innen, 3.200 Drittstaatler*innen und 2.600 Deutsche.

Abb. 11 *Finale Schätzung der Patient*innenzahlen Gesamt (2015 bis 2021)*



Abb. 12 Absolute Zahl der Patient*innen nach Herkunftsländern (berechnet über den Mittelwert der Jahre 2015 bis 2021)



Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass mit diesen Schätzzahlen keinesfalls der Bedarf vulnerabler Gruppen an medizinischer Versorgung bestimmt ist, vielmehr die aktuelle Nachfrage. Der Bedarf wird deutlich höher liegen, was sich auch an den steigenden Zahlen der Klient*innen der CS in Berlin und anderer CS in Deutschland (vgl. Kap. 7) zeigt. Die Schätzzahlen zeigen auch, dass gemessen an der Bevölkerungszahl in Berlin 0,26% eine derartige medizinische Versorgung erhalten. Eine entsprechende Schätzung für München¹⁵ ergibt 2.000 Patient*innen und einen Anteilswert von 0,13%, woraus sich ein Mittelwert von 0,22% errechnet. Damit lässt sich die potentielle Nachfrage dieser Gruppen für ganz Deutschland von 152.540 errechnen, wenn eine vergleichbare Versorgungssituation in allen Regionen in Deutschland erreicht werden soll.

Abb. 13 Schätzungen für Berlin und München und Hochrechnung auf die Bevölkerung der BRD im Alter ab 18 Jahren

	Berlin	München**	Mittelwert	Hochrechnung Bevölkerung BRD ab 18 Jahre
Einwohnerzahl (2021)*	3.775.480	1.562.128	5.337.608	69.336.524
Schätzwerte med. Versorgung von vulnerablen Gruppen	10.000	2.000	12.000	152.540
Anteil	0,26%	0,13%	0,22%	0,22%
* Statistisches Bundesamt				
** Sozialreferat München: Bericht über die Lage der Menschen ohne Krankenversicherung in München, Oktober 2022 https://risi.muenchen.de/risi/sitzungsvorlage/detail/7286050;jsessionid=9F28CCE824AC2435FBD100A2C67ECD23				

¹⁵ Sozialreferat München: Bericht über die Lage der Menschen ohne Krankenversicherung in München, Oktober 2022

Wir möchten uns an dieser Stelle recht herzlich für die geleisteten Beiträge bei der Erstellung dieses Berichtsteils bedanken. Unser Dank gilt in alphabetischer Reihenfolge:

Frank Brose	(SenIAS)
Ekkehard Hayner	(GEBEWO - Soziale Dienste- Berlin/GEBEWO pro)
Svetlana Krasovski-Nikiforovs	(BSM)
Christin Recknagel	(GEBEWO pro)
Kai-Gerrit Venske	(Caritas)
Ina Zimmermann	(Diakonie)
Gerlinde Zukale	(Diakonie)

4 Notwendigkeit und Möglichkeit der Verbesserung bzw. Erweiterung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten durch die CS

Die Effektivität der Arbeit der Clearingstelle in Bezug auf die Bewilligung von Kostenübernahmen sowie die zeitnahe Ermöglichung der medizinischen Maßnahmen ist entscheidend von der Zahl und der Qualität der Kooperationen mit medizinischen Leistungserbringenden abhängig. Ziel dieses Untersuchungsteils ist es, die Kooperationen mit diesen quantifizierend zu beschreiben, bestehende Versorgungsengpässe abzuleiten und darauf basierend die Qualität der Kooperationen sowie bestehende Kooperationsprobleme in einem qualitativen Interview mit dem medizinischen Team zu erörtern.

4.1 Umfang und Art der medizinischen Kooperationen

Die CS hat im Jahr 2019 zunächst Kooperationsvereinbarungen mit fünf Kliniken und 25 niedergelassenen Ärzt*innen abgeschlossen. Durch eine Vereinbarung mit dem Berliner Apothekerverein im Jahr 2019 können Klient*innen der Clearingstelle, die eine Kostenübernahme erhalten haben, über den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin ein Medikamentenrezept erhalten. Dieses Rezept kann mit Kopie der Kostenübernahme in jeder Berliner Apotheke eingelöst werden. Nach einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Clearingstelle vom März 2020¹⁶ können Personen ohne aktuellen Versicherungsschutz über die Clearingstelle einen Kostenübernahmeschein erhalten, der sie berechtigt, bei allen niedergelassenen Hausärzt*innen (2.500 Ärzt*innen) in Berlin eine medizinische Behandlung zu erhalten. Der Kostenübernahmeschein gilt für ein Quartal, die Abrechnung der Ärzte erfolgt pauschalisiert direkt mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Dieser Vertrag wird ergänzt durch einen Vertrag mit der AOK Nordost über die Verwendung des Sprechstundenbedarfs. Die geplante Ausweitung der Vereinbarung auf Fachärzte konnte trotz intensiver Bemühungen der CS bislang allerdings nicht realisiert werden. Auch die derzeitige Versorgung der Klient*innen mit

¹⁶ <https://www.kvberlin.de/fuer-praxen/alles-fuer-den-praxisalltag/vertrage-und-recht/vertraege/aerztliche-versorgung-von-menschen-ohne-krankenversicherung>

Hilfsmitteln und Reha-Leistungen z.B. bei Krebserkrankungen oder im Anschluss an einen stationären Drogen- oder Alkoholentzug bedarf der weiteren Klärung und Verbesserung. Der Leistungsumfang des AsylbLG (§4, § 6) sieht vor, medizinisch notwendige Behandlungen zu übernehmen, ebenfalls Heil- und Hilfsmittel, sofern diese zur Genesung notwendig sind. Es müssen allerdings immer drei Kostenvoranschläge eingeholt werden und die KÜ wird für das günstigste Angebot ausgestellt. Verträge mit Reha-Einrichtungen gibt es bisher nicht.

Der Vertrag mit der KV reduziert sowohl den Aufwand für Abrechnungen als auch für individuelle Terminvereinbarungen bei der CS erheblich.

Des Weiteren bestehen Kooperationen mit:

- sieben Krankenhäusern
 - Charité (4 Standorte, 17 Zentren, 100 Kliniken bzw. Institute)
 - Vivantes Kliniken (9 Standorte)
 - Caritas-Klinik Dominikus, Hermsdorf
 - Elisabeth Klinik in Berlin-Mitte, Johannesstift Diakonie
 - Caritas-Klinik Maria Heimsuchung – Berlin-Pankow
 - St. Joseph Krankenhaus, Tempelhof
 - Waldfriede Krankenhaus, Zehlendorf
- einem Medizinischen Versorgungszentrum (Vivantes) mit 60 Facharztpraxen und Ambulanzzentren an 13 Standorten
- 42 fachärztlichen Praxen
- fünf Laboreinrichtungen
- und fünf Zahnarztpraxen

Zur Analyse der Art der Kooperationen werden zunächst die beanspruchten bzw. vorhandenen Gebietsbezeichnungen der medizinischen Kooperationspartner klassifiziert, wobei die in der folgenden Abbildung genannten Bezeichnungen verwendet wurden. Dabei wurde besonders darauf geachtet, dass die Behandlungsmöglichkeiten bei Suchterkrankungen (Substitution) und STD bzw. HIV möglichst exakt abgebildet werden, während es im Bereich der Allgemeinmedizin zu Untererfassungen kommt, da bei Doppelnennungen zu Allgemeinmedizin und Inneren Medizin immer die Innere Medizin klassifiziert wurde. Auf der Grundlage von 131 Neuklassifikationen der 67 Kooperationspartner zeigt sich, dass 40% der Partner*innen auf den Bereich der Suchterkrankungen und STD/HIV entfallen, was die Bedeutung dieser Krankheitsbilder im Klientel der CS deutlich macht. Weiter indizieren die rot markierten Gebietsbezeichnungen Fachgebiete mit einer möglichen Unterversorgung. Dabei

handelt es sich um die Chirurgie, Dermatologie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Neurologie, Orthopädie und Pädiatrie. Dies gilt ganz sicher auch für die Physiotherapie.

Abb. 14 Klassifikation der med. Kooperationspartner nach Gebietsbezeichnungen

Gebietsbez.	abs.	%	
INN	24	18,3%	
SUB	14	10,7%	
STD	13	9,9%	
HIV	12	9,2%	
SUCHT	13	9,9%	39,7%
VIELE (KH; MVZ)	8	6,1%	
PSYCH	7	5,3%	
ALLGEMEIN	6	4,6%	
LABOR	5	3,8%	
PSYCHAT	5	3,8%	
ZAHN	5	3,8%	
HNO	3	2,3%	
NEPHR	3	2,3%	
AUGEN	2	1,5%	
DIAB	2	1,5%	
RADIO	2	1,5%	
CHIR	1	0,8%	
DERM	1	0,8%	
GASTRO	1	0,8%	
GYN	1	0,8%	
NEURO	1	0,8%	
ORTHO	1	0,8%	
PÄD	1	0,8%	
SUMME	131	100,0%	

4.2 Umfang und Art der Kostenübernahmen

Insgesamt wurden vom Beginn der Kostenübernahmen am 03.06.2019 bis zum 30.06.2022 4.986 Kostenübernahmescheine ausgestellt ¹⁷, davon entfallen 69% auf ambulante, 7% auf stationäre Kostenübernahmescheine und 24% auf KV-Kostenübernahmescheine.¹⁸ Ab dem Zeitpunkt der Umsetzung des KV- Vertrages im April 2020 beträgt der KV-KÜ Anteil 29%. Nach wie vor wird damit die große Mehrzahl der bewilligten Behandlungen nicht über die hausärztliche Versorgung abgewickelt.

¹⁷ Die CS nahm am 9.10.2018 die Beratungsarbeit auf. Bis Ende Mai 2019 konnten jedoch keine Kostenübernahmen erfolgen.

¹⁸ Die Analysen im vorliegenden Kapitel erfolgen auf der Grundlage der Quovero Daten zum Stand 30.06.2022.

Abb. 15 Bewilligte Arten der Kostenübernahmen nach Zeiträumen

Gesamter	KÜ-ambulant	3440	69,0%
Zeitraum	KÜ-stationär	368	7,4%
03.06.2019 bis 30.06.2022	KÜ-KV ambulant	1178	23,6%
	Summe	4986	100,0%
Zeitraum	KÜ-ambulant	751	87,2%
03.06.2019 bis 26.04.2020	KÜ-stationär	110	12,8%
	KÜ-KV ambulant	0	0,0%
	Summe	861	100,0%
Zeitraum	KÜ-ambulant	2689	65,2%
27.04.2020 bis 30.06.2022	KÜ-stationär	258	6,3%
	KÜ-KV ambulant	1178	28,6%
	Summe	4125	100,0%

Der zugrundeliegende Quovero Datensatz enthält in den Spalten D (Bezeichnung) und AB (Fachrichtung) weitere Informationen, mit denen sich die Kostenübernahmen ggf. weiter charakterisieren lassen. Eine weitere Bezeichnung fehlt allerdings bei 66% der Fälle. In den Fällen mit Angaben finden sich unterschiedliche Inhalte, die vom Namen des Arztes, der Ärztin bzw. Krankenhauses über Verdachtsdiagnosen bis zu Symptomen oder berichteten Befunden reichen. Im Rahmen der Sozialberatung und bei der Prüfung der Kostenübernahmen werden nicht durchgängig Verdachtsdiagnosen ermittelt bzw. dokumentiert. Eine weitere Charakterisierung der Kostenübernahmen ist damit lediglich über die Fachrichtungen bzw. Gebietsbezeichnungen möglich, die bis auf wenige Fälle (n=16) vollständig sind. Dazu haben wir die insgesamt 124 Nennungen durch Zusammenfassungen auf 37 Bezeichnungen reduziert (vgl. Abb. 16). In Bezug auf alle Kostenübernahmen weisen die Hausärztliche Versorgung, Suchtmedizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin, Infektiologie, Radiologie, Zahnmedizin Neurologie und Psychiatrie sowie die Frauenheilkunde mit Werten $\geq 5\%$ die häufigsten Nennungen auf. Bei den stationären Kostenübernahmen gehen über 50% der Fälle in die Chirurgie, die Frauenheilkunde oder die Hämatologie & Onkologie.

Abb. 16 Gebietsbezeichnungen der Kostenübernahmen (geordnet nach Gesamt)

	Gesamt	KÜ - stationär	KÜ - ambulant	KÜ - KV ambulant
	4.986	368	3.440	1.178
Hausärztliche Versorgung ; Innere Medizin, Allgemeinmedizin	20,0%	0,3%	0,1%	84,3%
Suchtmedizin	9,9%	1,1%	14,2%	0,4%
Chirurgie	8,4%	30,4%	8,9%	0,0%
Allgemeinmedizin	7,2%	0,0%	5,3%	15,1%
Infektologie	7,1%	2,7%	10,0%	0,0%
Radiologie	7,1%	1,4%	10,1%	0,0%
Zahnmedizin	6,2%	0,0%	9,0%	0,0%
Neurologie, Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie	5,5%	5,2%	7,4%	0,0%
Frauenheilkunde	4,5%	15,5%	4,9%	0,0%
Augenheilkunde	2,9%	6,3%	3,6%	0,0%
Kardiologie	2,8%	4,9%	3,5%	0,1%
Gastroenterologie	2,4%	6,0%	2,8%	0,0%
Urologie	2,2%	6,3%	2,5%	0,0%
Orthopädie	2,1%	1,9%	2,9%	0,0%
Dermatologie, STD, HIV	2,0%	1,4%	2,7%	0,0%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1,9%	2,2%	2,5%	0,0%
Hämatologie & Onkologie	1,6%	7,6%	1,6%	0,0%
Innere Medizin ONA	1,1%	1,6%	1,4%	0,0%
Nephrologie	1,0%	2,2%	1,3%	0,0%
Diabetologie	0,8%	0,0%	1,1%	0,1%
Pneumologie	0,8%	0,8%	1,1%	0,0%
Endokrinologie	0,4%	0,3%	0,6%	0,0%
Keine Angabe	0,3%	0,5%	0,4%	0,0%
Physikalische und Rehabilitative Medizin, Physiotherapie	0,3%	0,0%	0,5%	0,0%
Angiologie	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%
Proktologie	0,3%	0,3%	0,3%	0,0%
Strahlentherapie	0,2%	1,1%	0,2%	0,0%
Kinder- und Jugendmedizin inkl. Kinderpsychiatrie	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%
Pathologie	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Rheumatologie	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Allergologie	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Schlafmedizin	0,04%	0,00%	0,06%	0,00%
Tropenmedizin	0,04%	0,00%	0,06%	0,00%
Anatomie	0,02%	0,00%	0,03%	0,00%
Palliativmedizin	0,02%	0,00%	0,03%	0,00%
Perinatalmedizin	0,02%	0,00%	0,03%	0,00%
Phoniatrie und Pädaudiologie	0,02%	0,00%	0,03%	0,00%
	37	100,0%	100,0%	100,0%

Eine differenziertere Analyse der ausgegebenen und abgerechneten Kostenübernahmen nach Fachrichtungen der Ärzte erfolgt in Kap. 5.2.5. Hier wurden die Angaben weiter verdichtet und zugeordnet und Angaben <10 zu sonstigen Fachrichtungen zusammengefasst. Es werden dort Auswertungen zu 23 Fachrichtungen vorgenommen.

4.3 Qualitative Interviews mit dem medizinischen Team (06.10.2022)

Die Mitarbeitenden im Mediteam erläuterten auf unsere Bitte zunächst das Tätigkeitsfeld, danach wurden unsere Fragen des Gesprächsleitfadens beantwortet.

Nach der Beratung mit den Sozialarbeiter*innen sowie der Klärung der grundsätzlichen Möglichkeiten für eine KÜ wird anhand der Symptome, Beschwerden, ggf. vorliegender ärztlicher Befunde und ggf. weiteren Informationen der Sozialarbeiter*innen in Quovero eine Entscheidung für eine ambulante, stationäre bzw. KV-KÜ getroffen und die erforderliche Fachrichtung der ärztlichen Behandlung festgelegt. Gleichzeitig werden für die erforderlichen medizinischen Maßnahmen Budgets vorgegeben (Soll-KÜ). Danach erfolgt mit Ausnahme der

KV-KÜ die Terminvereinbarung mit den medizinischen Kooperationspartnern. Ggf. muss zusätzlich ein Dolmetschertermin mit vereinbart werden. Dies geschieht über Mail- oder Telefonkontakte, wobei hier unter den Mitarbeitenden unterschiedliche Präferenzen bestehen. Der Kostenübernahmeschein wird entweder an die ausgewählten medizinischen Einrichtungen geschickt, oder der/die Klient*in wird gebeten, diesen in der CS abzuholen.

Nach Durchführung der medizinischen Maßnahmen erhält das Mediteam in ca. 90% der Fälle die Befunde zurückgemailt. Diese werden in Quovero abgelegt. Falls der/die Klient*in zum Termin nicht erscheint und dies der CS bekannt wird, erfolgt eine entsprechende Notiz in Quovero als „stornierte KÜ“. Nichterfolgte Behandlungen werden aber ggf. erst bekannt, wenn der CS keine Rechnung zugeht. Eine Abrechnung der Maßnahmen soll drei Wochen nach Quartalsende erfolgen. Mit der Abrechnung der Leistungen ist das Mediteam nicht weiter befasst. Dies geschieht durch externe Stellen und die Buchhaltung.

Fragen

*Frage: Was sind Vor- und Nachteile des KV-Vertrages für die Klient*innen der CS und für die CS selbst?*

Vorteile für die Klient*innen werden nicht gesehen. Sie müssen sich um die Terminvereinbarungen selbst kümmern und werden auch nicht selten abgewiesen. Hier spielen neben Diskriminierungen aber auch generelle Probleme der Terminvereinbarung mit niedergelassenen Ärzten eine Rolle. Die Vorteile für die CS bestehen im Wegfall der Terminvereinbarungen und reduziert den Aufwand für Abrechnungen, da diese gesammelt durch die KV erfolgen.

Frage: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit mit medizinischen Kooperationspartnern (Liste vorgelegt und die Gründe für Bewertungen erhoben).

Von den erfragten 10 medizinischen Kooperationspartnern erfolgt lediglich mit der Hälfte eine häufige bis nennenswerte Zusammenarbeit (Skalenwerte 2 bis 5). Sehr häufig bzw. häufig ist die Zusammenarbeit mit den Zahnarztpraxen sowie mit den Vivantes Kliniken und den Vivantes MVZ. Bei diesen Einrichtungen ist auch die Bewertung der Zusammenarbeit sehr gut oder gut. Die Zusammenarbeit mit der Charité wird etwas kritischer bewertet.

Abb. 17 Häufigkeit der Zusammenarbeit mit ausgewählten Kooperationspartner*innen und Bewertung

	Befragter I		Befragter II		Mittelwert	
	A	B	A	B	A	B
A) Häufigkeit der Zusammenarbeit 5=sehr häufig, 4= Häufig, 3=Es geht, 2=Selten, 1=Fast nie						
B) Bewertung der Zusammenarbeit. Wenn in A nicht =1 1=Sehr gut, 2=gut, 3= Es geht, 4= Weniger gut, 5 =Schlecht						
Vivantes Kliniken	5	2	5	2	5,0	2,0
5 Zahnarztpraxen	5	1	5	1	5,0	1,0
MVZ (Vivantes)	4	2	5	2	4,5	2,0
Charité	2	4	4	3	3,0	3,5
Waldfriede Krankenhaus, Zehlendorf	3	2	2	3	2,5	2,5
Elisabeth Klinik in Berlin-Mitte, Johannesstift Diakonie	1		2	3		
Caritas-Klinik Maria Heimsuchung - Berlin Pankow	2	2	1			
Caritas-Klinik Dominikus, Hermsdorf	1		1			
St. Joseph Krankenhaus Tempelhof	1		1			
5 Laboreinrichtungen	1		1			

Frage: Wodurch könnte die Arbeit des medizinischen Teams erleichtert oder verbessert werden?

Dazu wurden im Rahmen des qualitativen Interviews keine Vorschläge gemacht. Im Nachgang wurde jedoch die Überlegung geäußert, dass eine Ärzt*in im Team v.a. hilfreich wäre, um z.B. direkt Überweisungen an Fachärzt*innen vornehmen zu können.

Frage: Bei welchen Fachrichtungen und Leistungen ergeben sich nach wie vor Unterversorgungen?

Rheumatologie, Physiotherapie, Psychotherapie, aber auch weiterhin Suchtbehandlungen, da die entsprechenden Praxen voll sind und keine neuen Patient*innen annehmen oder in der Praxis keine spezifische Sprachkompetenz vorhanden ist.

Frage: Wäre eine Gesundheitskarte oder ein Ambulanter Krankenschein eine bessere Alternative zum Kostenübernahmeschein?

Eher nein; Hauptargument: Möglichkeiten des Missbrauchs.

5 Auswertung der Quovero Daten

Die beauftragte Evaluation umfasst eine aktualisierte Datenauswertung der Sozial- und Leistungsdaten der Klient*innen sowie die Auswertung der Kostendaten sowie der medizinischen Daten auf der Basis der Quovero Daten. Dabei werden die Daten im Vergleich zwischen 2021 und 2022 jeweils bis zum September analysiert, um übereinstimmende Zeiträume zu realisieren. Bei der Aktualisierung der Sozial- und Leistungsdaten erfolgen Zusatzanalysen in Ergänzung zur bisherigen Klassifikation (Deutsche, EU-Bürger*innen, Drittstaatler*innen) nach einzelnen Herkunftsländern bzw. Herkunftsregionen. Neben einer Analyse für die Gesamtzahl der Klient*innen in den genannten Zeiträumen sollen auch gesonderte Analysen für Klient*innengruppen erfolgen, die:

- die CS nur einmal kontaktieren, d.h. nur einen dokumentierten Beratungstermin haben
- überdurchschnittlich mehrfache Kostenübernahmen erhalten.

Die Prüfung der Sozial- und Leistungsdaten wurde bereits in der vorausgegangenen Evaluationsphase durchgeführt und abgeschlossen. Die neu vorgenommene Prüfung der Rohdaten in Bezug auf die Daten zu Kosten und medizinischen Indikatoren ergab, dass Informationen zu Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen bei der Prüfung der Kostenübernahmen nur ganz unvollständig und nicht einheitlich dokumentiert sind. Es ist damit nur eine Auswertung nach Art der Kostenübernahmen (ambulant, KV-ambulant sowie stationär) sowie nach Gebietsbezeichnungen der Ärzte und nach den Kostenübernahmeintervallen („einmalig“, „monatlich“, „quartalsweise“) durchführbar.

Vor dem Hintergrund des Mitte Oktober 2022 ausgesprochenen Ausgabestopps weiterer Kostenübernahmen wegen Budgetüberschreitungen wurde auf Wunsch der CS der Auftrag der Datenauswertung der KÜ-Daten um eine Analyse möglicher Gründe für diese Kostenüberschreitung erweitert (vgl. Kap.5.2.4 und Kap. 5.2.5).

5.1 Methoden der Datenauswertung

5.1.1 Datengrundlage

Der komplette Datenbestand der Quovero-Datenbank zum Stichtag 30.09.2022 wurde am 05.10.22 an uns geliefert. Er enthält 3.084 Klient*innen (Reiter: Alle Klienten Gesamtzeitraum) mit insgesamt 18.406 Datensätzen zu Kosten- und Leistungsdaten (Reiter: Klientenbezogene Doku.), die von Beginn der Beratungsarbeit der Clearingstelle am 09.10.2018 bis zum 30.09.2022 Beratungen oder Kostenübernahmen erhalten haben. 7.185 davon sind Datensätze zu Kostenübernahmen (Reiter: budgetbezogene Doku.). Bis zum 30.09.2022 wurden Kostenübernahmen an 1.437 Klient*innen ausgegeben.

Die in die Datenbank eingeführte Kategorie „Vorstationär“ enthält außer dieser Angabe keine weiteren Informationen, so dass diese Einträge in Rücksprache mit der CS gelöscht wurden. Es verbleiben 6.822 Datensätze mit Angaben zu Kostenübernahmen, die der Analyse in Kap. 5.2.4 zugrunde liegen.

Insgesamt 407 Kostenübernahmen wurden nachträglich storniert, sodass für die Analyse der Kostendaten 6.415 Kostenübernahmen (bezogen auf 1.382 Klient*innen) über den gesamten Zeitraum ab 31.05.2019 (Datum der ersten KÜ-Ausstellung) zur Analyse vorliegen.

In der Quovero-Datenbank sind die tatsächlich gezahlten Istkosten der Jahre 2019 und 2020 nicht vollständig enthalten, da die Datenbank erst Mitte 2020 eingeführt wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden die Istkosten in einem anderen System gepflegt. Eine valide Analyse der Kostendaten aus der Quovero-Datenbank ist also erst ab dem Jahr 2021 möglich. Bei den Übersichtstabellen werden also die Jahre 2021 und 2022 einzeln ausgewiesen, zusätzlich die Daten über den gesamten Zeitraum. Bei den Angaben über den gesamten Zeitraum ist aber zu berücksichtigen, dass nicht alle Istkosten komplett ausgewiesen sind, da Angaben zu 2019 und zum Teil 2020 einem anderen Format erhoben worden sind und deshalb hier nicht dargestellt werden können.

Zur Beantwortung der Frage nach den Gründen der Kostenüberschreitungen im Jahr 2022 wurde zusätzlich eine Zählung der Kostendaten für Januar bis September 2021 vorgenommen und in der Tabellenübersicht ausgewiesen. So lassen sich zwei zeitlich identische Zeiträume (Januar bis September) in den Jahren 2021 und 2022 miteinander vergleichen.

5.1.2 Datenprüfung und Auswertungsroutinen

Eine erste Datenprüfung der 6.822 Datensätze zu Kostenübernahmen ergab, dass die Angabe, ob es sich um eine ambulante KÜ, eine KV-KÜ oder eine stationäre KÜ handelt, nur bei 5.971 Datensätzen vorliegt, in der folgenden Abbildung (Abb. 18) als „KÜ-Nennungen“ bezeichnet. Bei 851 Datensätzen fehlt diese Angabe (in der folgenden Abbildung als „Gesamtanzahl Ausstellungen ohne KÜ*Nennungen (nur Erweiterung/Folgerezept)“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um Datensätze, die Folgekosten oder Erweiterungen beinhalten. Das ist darin begründet, dass die Datenbankstruktur pro Fall nur **einen** weiteren Eintrag für Erweiterung und **einen** weiteren Eintrag für Folgekosten zulässt. Werden weitere Folge-KÜs oder Erweiterungen ausgestellt, muss eine neue Datenzeile hinzugefügt werden, der aber dann die Angabe, ob es sich um eine ambulante, stationäre oder eine ambulante KV-KÜ handelt, fehlt. Neben der fehlenden KÜ-Kennzeichnung fehlt hier auch das Ausstellungsdatum¹⁹. In der folgenden Tabelle werden diese als KÜ-Erweiterungen und Folgerezepte bezeichnet.

Die Kostenübernahmen lassen sich unterscheiden in: „Nur Kostenübernahme“, „Kostenübernahme mit Eintrag von einem dazugehörigen Folge-Rezept“, „Kostenübernahme mit einer Erweiterung der Kostenübernahme“ (dies wird erforderlich, wenn der freigegebene Betrag auf der Kostenübernahme für die Behandlung nicht ausreicht) sowie „Kostenübernahmen mit einer

¹⁹ Dies ist auch der Grund für die unterschiedlichen Fallzahlen und Kosten pro Jahr zwischen der Auswertung auf Jahresbasis aus der Quovero-Abfrage und unseren Berechnungen, die aus dem Gesamtdatensatz alle Ereignisse mit einer Kostenübernahme im Jahr 2022 abgefragt wurden (hier 01.01.2022 bis 30.09.2022).

Erweiterung **und** einem Folgerezept“. Um eine bessere Übersichtlichkeit der Daten zu erlangen, wurden alle Datensätze klassifiziert und einer der folgenden Kategorien in Abb. 18 zugewiesen, um dann Soll- und Istkosten auch nach diesen Teilgruppen analysieren zu können.

Abb. 18 Gesamtzahl der Kostenübernahmen (seit 2019) und für die Jahre 2021 und 2022 (jeweils Monate Januar bis Ende September) - Klassifizierung der KÜ-Anlässe

Auswertung Kostenübernahmen (KÜ)	Gesamt		2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
Klienten Gesamt	3078		838		1083	
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ)	1437		498		684	
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ) (abzüglich stornierte)	1382		472		662	
Anzahl KÜ-Ausstellungen - Gesamt	6822		1597		2556	
Gesamtanzahl KÜ*Nennungen (amb., stat., KV amb.)	5971	87,5%	1398	87,5%	2114	82,7%
Gesamtanzahl Ausstellungen ohne KÜ*Nennungen (nur Erweiterung/Folgerezept)	851	12,5%	199	12,5%	442	17,3%
Im Einzelnen:						
Anzahl Ausstellungen nur KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.)	5169	75,8%	1206	75,5%	1692	66,2%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Folgerezept	505	7,4%	101	6,3%	300	11,7%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Erweiterungen	241	3,5%	75	4,7%	92	3,6%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Erweiterungen und Folgerezept	56	0,8%	16	1,0%	30	1,2%
Anzahl Ausstellungen nur Folgerezept	787	11,5%	190	11,9%	434	17,0%
Anzahl Ausstellungen nur Erweiterung	12	0,2%	4	0,3%	3	0,1%
Anzahl Ausstellungen nur Erweiterung und Folgerezept	7	0,1%	2	0,1%	3	0,1%
Keine Angabe, ob Amb., stat., KV-KÜ Amb. und kein Sollbudget eingegeben	45	0,7%	3	0,2%	2	0,1%
Gesamt	6822	100,0%	1597	100,0%	2556	100,0%
Erste KÜ ausgestellt	1426	20,9%	287	18,0%	411	16,1%
Weitere KÜ-Ausstellungen (inkl. Erweiterung/Folgerezept)	5396	79,1%	1310	82,0%	2145	83,9%
Durchschnittliche Zahl der KÜ*pro Klient (alle ohne stornierte)	4,6		3,2		3,7	

KÜ-Erweiterungen kommen mit weniger als 5% der Fälle relativ selten vor, Ausstellung von Folgerezepten dafür mit insgesamt 20 % (im Jahr 2022 schon 30 %) dafür umso häufiger. (vgl. Abb. 19). Insgesamt 407 Kostenübernahmen wurden nachträglich storniert. Es verbleiben somit 6.415 budgetierte Kostenübernahmen, denen 3.386 abgerechnete Kostenübernahmen gegenüberstehen. Der Anteil der bis Ende September jeweils abgerechneten KÜ unterscheidet sich in den Jahren. Waren im Jahr 2021 bereits 71% abgerechnet, sind es im Jahr 2022 lediglich 55%.

Abb. 19 Übersicht über die Kostenübernahmen – gesamt und für die Jahre 2021 und 2022 (jeweils Monate Januar bis Ende September)

Auswertung Kostenübernahmen (KÜ)	Gesamt		2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
Klienten Gesamt	3078		838		1083	
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ)	1437		498		684	
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ) (ohne stornierte)	1382		472		662	
Mindestens KÜ-Erweiterung ausgestellt	316	4,6%	97	6,1%	113	4,4%
Mindestens Folgerezept ausgestellt	1355	19,9%	309	19,3%	767	30,0%
Anzahl der Kostenübernahmen gesamt	6822		1597		2556	
Anzahl der Kostenübernahmen mit Sollbudget	6753	99,0%	1591	99,6%	2547	99,6%
Kein Sollbudget vorhanden	69	1,0%	6	0,4%	9	0,4%
Stornierungen	407	6,0%	107	6,7%	134	5,2%
Gesamtzahl budgetierte KÜs (ohne Stornierungen) (SOLL)	6346		1484		2411	
KÜ-Erstaussstellung (ohne stornierte)	1330	20,7%	262	17,6%	381	15,7%
Weitere KÜs (ohne stornierte)	5085	79,3%	1228	82,4%	2041	84,3%
Gesamtzahl nicht stornierte Kostenübernahmen (SOLL)	6415		1490		2422	
Gesamtzahl abgerechnete Kostenübernahmen (IST)	3386	53,4%	1052	70,9%	1314	54,5%

Für das Jahr 2022 (bis September) liegen insgesamt 2.556²⁰ Nennungen zur Gesamtzahl der Kostenübernahmen vor, für die mindestens eine KÜ ausgestellt wurde. Hier sind auch KÜ-Erweiterungen und Folgerezepte mit inkludiert. Es sind auch in geringem Umfang Kostenübernahmen inkludiert, die erstmalig in 2021 ausgestellt wurden, aber Erweiterungen und Folgerezepte in 2022 erhalten haben und somit Kosten für 2022 aufrufen. Die Kosten dieser Kostenübernahmen aus dem Vorjahr sind in der Auswertung der Kosten für 2022 aber nicht berücksichtigt, da es sich um Kosten aus 2021 handelt.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Analyse der Sozial -und Leistungsdaten in den Vergleichszeiträumen für alle Klient*innen

Im Gesamtjahr 2021 wurden insgesamt 1.071 Klient*innen von der Clearingstelle betreut. Im Jahr 2022 waren es bereits in den ersten neun Monaten (Januar bis Ende September) 1.084²¹. Zur besseren Vergleichbarkeit der Struktur des Klientels wurden für das Jahr 2021 ebenfalls nur die ersten neun Monate gezählt und den Angaben aus 2022 gegenübergestellt. In den ersten neun Monaten des Jahres 2021 sind 839 Klient*innen betreut worden, also etwa 250 weniger als im gleichen Zeitraum 2022.

Bei den folgenden Analysen können keine statistischen Tests auf signifikante Unterschiede (T-Tests) berechnet werden, da die Vergleichsgruppen nicht voneinander unabhängig sind, wie die Daten zum Jahr des Einbezugs der Klient*innen zeigen.

Abb. 20 Jahr des Einbezugs

Jahr des Einbezugs	Mindestens ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
2018	5	0,6%	3	0,3%
2019	63	7,5%	44	4,1%
2020	226	26,9%	124	11,4%
2021	545	65,0%	243	22,4%
2022 bis 30.09.			670	61,8%
Summe	839	100,0%	1084	100,0%

Im Jahr 2021 sind 65 % der Klient*innen auch in diesem Jahr einbezogen worden, 35 % der Klient*innen suchten die CS aber auch vor 2021 auf. Im Jahr 2022 betragen die Anteile 62 %

²⁰ Die geringere Zahl von Kostenübernahmen, die durch die Clearingstelle ausgewiesen wurde, resultiert aus einer anderen Abfrageroutine, die nur die Fälle, die 2022 erstmals eine KÜ erhalten haben, einbezieht.

²¹ Die interne Statistik der Clearingstelle weist für diesen Zeitraum einen Fall weniger aus (1083), was damit zusammenhängen kann, dass die Berichte bzw. Daten aus der Quovero-Datenbank zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgefragt wurden. Die Differenz von einem Fall ist vernachlässigbar und ändert an der gesamten Prozent-Verteilung nichts.

und 38 %. Nahezu unverändert sind ca. zwei Drittel der Klient*innen eines Jahres auch in diesem Jahr Klient*innen der CS geworden. In Anlehnung an die Konfidenzintervalle wird in den folgenden Vergleichsanalysen bei Unterschieden <5 % von leichten Veränderungen, bei Unterschieden zwischen 5 % und 10 % von tendenziellen Unterschieden und bei Differenzen >10 % von deutlichen Unterschieden gesprochen. Die Alters- und Geschlechtsstruktur der Klient*innen ist praktisch unverändert. Nahezu zwei Drittel sind Männer, das Durchschnittsalter beträgt ca. 42 Jahre. Klient*innen im Alter ab 60 Jahren gehen von 18 % auf 15 % leicht zurück.

Abb. 21 *Geschlecht und Alter*²²

	Mindestens ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Geschlecht				
Männlich	515	61,4%	684	63,1%
Weiblich	319	38,0%	394	36,3%
Andere	5	0,6%	1	0,1%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%
Alter				
<18	29	3,5%	39	3,6%
18 bis 29	130	15,5%	196	18,1%
30 bis 39	221	26,3%	277	25,6%
40 bis 49	179	21,3%	233	21,5%
50 bis 59	132	15,7%	172	15,9%
60+	148	17,6%	167	15,4%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%
Mittelwert	43,10		42,19	
STABW	15,68		15,49	

Die Anteile der Deutschen und EU-Bürger*innen geht leicht zurück, der Anteil der Drittstaatler*innen nimmt tendenziell zu, womit im Jahr 2022 fast zwei Drittel dieser Gruppe angehören. Entsprechend geht auch der Anteil der Klient*innen mit einer Anmeldung leicht zurück.²³

²² Die leichten Abweichungen der in den folgenden Tabellen ausgewiesenen Absolutzahlen im Jahr 2022 zwischen den Zählungen der CS selbst und unseren Auswertungen resultieren aus den unterschiedlichen Abfrageroutinen (siehe Fußnote 18). Die Unterschiede von bis zu 2 Fällen sind aber vernachlässigbar.

²³ Unterschiede zu den Daten der CS resultieren zum einen daraus, dass wir in unseren Auswertungen das Vereinigte Königreich nicht mehr der EU zugehörig klassifiziert haben (was in den Quovero-Daten offensichtlich noch nicht korrigiert wurde), zum anderen haben wir aus inhaltlichen Überlegungen heraus manche Mehrstaatler umcodiert, wenn sie neben einer anderen auch die Deutsche oder eine EU- Staatsangehörigkeit haben. Diese Personen profitieren ja von der gegebenen Rechtsprechung in Deutschland oder der EU, selbst wenn sie noch andere Staatsangehörigkeiten haben.

Abb. 22 Staatsangehörigkeit und Anmeldung

Mindestens ein Termin im Zeitraum				
2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.		
839		1084		
Staatsangehörigkeit kurz				
DEU*	94	11,2%	106	9,8%
DRITT	478	57,0%	685	63,2%
EU	237	28,2%	265	24,4%
Keine Angabe, Mehrere	30	3,6%	28	2,6%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%
Anmeldung vorhanden				
Leer	223	26,6%	338	31,2%
Ja	204	24,3%	220	20,3%
Nein	397	47,3%	515	47,5%
Unklar	15	1,8%	11	1,0%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%

Abb. 23 Herkunftsregionen

Gesamt		
3083		
Herkunft		
Deutschland	581	18,8%
EU	798	25,9%
Asien	466	15,1%
Europa-Non-EU	440	14,3%
Afrika	426	13,8%
Nordamerika	42	
Mittel- und Südamerika	169	6,8%
Eurasien	67	2,2%
Mehrere	64	2,1%
Staatenlos	8	0,3%
Unklar	7	0,2%
Australien	4	0,1%
Keine Angabe	11	0,4%
Summe	3083	100,0%

Die Analyse nach Herkunftsländern bzw. -regionen zeigt für die Gesamtzahl der Klient*innen die in der obigen Tabelle dargestellte Verteilung. Danach sind EU-Bürger*innen, Deutsche und Personen aus Asien, Europa-Non-EU und Afrika am häufigsten vertreten.

Der Anteil der Klient*innen in gesichertem Wohnverhältnissen geht tendenziell zurück, der Anteil der Wohnungslosen nimmt leicht zu. Unverändert sind fast zwei Drittel der Klient*innen Obdach- oder Wohnungslos. Nach wie vor ist mehr als die Hälfte der Klient*innen ledig.

Abb. 24 Wohnsituation und Familienstand

	Mindestens ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Wohnsituation				
Leer	36	4,3%	102	9,4%
Gesichert	260	31,0%	274	25,3%
Obdachlos	150	17,9%	169	15,6%
Sonstiges	25	3,0%	22	2,0%
Wohnungslos	368	43,9%	517	47,7%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%
Familienstand				
Leer	108	12,9%	171	15,8%
Ledig	440	52,4%	552	50,9%
Verheiratet	102	12,2%	132	12,2%
Lebensgemeinschaft, -p	3	0,4%	12	1,1%
Geschieden, getrenntleb	134	16,0%	163	15,0%
verwitwet	48	5,7%	50	4,6%
unbekannt	4	0,5%	4	0,4%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%

Die Anteile der Klient*innen mit keiner und unklarer Krankenversicherung bzw. keiner Nennung zu dieser Frage betragen praktisch unverändert 86 % bzw. 87 %.

Abb. 25 Krankenversicherung bei Erstbesuch

	Mind. ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Aktuelle Krankenversicherung				
Leer	37	4,4%	119	11,0%
keine	630	75,1%	768	70,8%
unklar	51	6,1%	57	5,3%
GKV	33	3,9%	29	2,7%
gesetzlich EU	11	1,3%	21	1,9%
Reise-/Besucherversicherung	6	0,7%	17	1,6%
privat EU	2	0,2%	1	0,1%
Europäische private Krankenver	4	0,5%	2	0,2%
PKV	10	1,2%	12	1,1%
Notlagentarif / ruhend	17	2,0%	15	1,4%
Asylbewerberleistungsgesetz -	9	1,1%	15	1,4%
Drittstaat	8	1,0%	10	0,9%
KvdR	0	0,0%	1	0,1%
KSK	0	0,0%	0	0,0%
nicht relevant	21	2,5%	17	1,6%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%

Die Vermittlung durch medizinische Hilfeeinrichtungen in Berlin nimmt auf hohem Niveau ($\geq 40\%$) leicht ab, die „Vermittlung“ durch Krankenhäuser oder Ärzt*innen leicht zu. Auch die Bedeutung der Website für den Zugang zur CS nimmt ganz leicht zu. Unverändert haben auch Freundeskreise und Familien (etwa 14 %) sowie andere Beratungseinrichtungen (etwa 17 %) eine hohe Bedeutung für den Zugang.

Abb. 26 Vermittlung an die Clearingstelle²⁴

	Mindestens ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Aufmerksam geworden, vermittelt durch:				
Keine Angabe	100	11,6%	157	14,4%
Neue Basis: Fälle mit Angaben	742		928	
, Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung,	117	15,8%	166	17,9%
, Medi Büro,	55	7,4%	61	6,6%
, Fixpunkt,	44	5,9%	42	4,5%
, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung,	25	3,4%	25	2,7%
, Berliner AIDS-Hilfe e.V.,	15	2,0%	12	1,3%
, Caritas (Ambulanz, Krankenwohnung),	33	4,4%	34	3,7%
, Berliner Stadtmission	32	4,3%	28	3,0%
, GEBEWO pro,	2	0,3%	2	0,2%
, Johanniter Kältebus,	0	0,0%	0	0,0%
, Jenny de la Torre,	1	0,1%	1	0,1%
, Humanistischer Verband,	0	0,0%	0	0,0%
Medizinische Hilfeeinrichtungen in Berlin	324	43,7%	371	40,0%
, Andere Beratungseinrichtungen,	132	17,8%	151	16,3%
, Freunde / Familie / Bekannte,	101	13,6%	140	15,1%
, Gesundheitsamt,	4	0,5%	14	1,5%
, Sozialamt,	16	2,2%	16	1,7%
, Jugendamt,	2	0,3%	0	0,0%
, Jobcenter,	7	0,9%	9	1,0%
, Andere Ämter,	1	0,1%	1	0,1%
, Polizei,	0	0,0%	0	0,0%
, Krankenhaus / Arzt,	57	7,7%	101	10,9%
, Webseite,	48	6,5%	74	8,0%
, Radio, Zeitung, andere Medien,	6	0,8%	2	0,2%
, Flyer,	3	0,4%	0	0,0%
, Außenwerbung / Gelände,	1	0,1%	0	0,0%
, Intern (weitere Einrichtungen der Berliner Stadtmission),	13	1,8%	12	1,3%
, Sonstiges,	24	3,2%	36	3,9%
Summe der Klienten	839	100,0%	1084	100,0%

Die Zahl der Sozial- und Aufenthaltsberatungen nehmen im Jahr 2022 um den Faktor 1,6 bzw. 1,7 zu. Die durchschnittliche Zahl der Sozialberatungen steigt von 2,8 auf 3,4, die der AU-Beratungen von 2,1 auf 2,3. Die Gesamtzahl der Sozial- und AU-Beratungen ist von 2.528 im Jahr 2021 auf 4.050 im Jahr 2022 gestiegen.

²⁴ Die geringfügigen Abweichungen in den Absolutzahlen zu den Auswertungen der CS resultieren daher, dass die Auswertung der CS alle Mehrfachnennungen einzeln auszählt, unsere Analyse die jeweils erste Nennung abgreift.

Abb. 27 Sozial- und Aufenthaltsberatungen

	Mind. ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Mindestens eine Sozialberatung	782	93,2%	1033	95,3%
Anzahl SB_Beratungen				
Keine	57	6,8%	51	4,7%
Mittelwert	2,79		3,37	
STABW	2,90		3,78	
Gesamtzahl der SB_Beratungen	2184		3477	
Mindestens eine AU-Beratung	166	19,8%	248	22,9%
Anzahl AU_Beratungen				
Keine	673	80,2%	836	77,1%
Mittelwert	2,07		2,31	
STABW	1,65		2,42	
Gesamtzahl der AU_Beratungen	344		573	

Praktisch unverändert erhalten ca. 60 % der Klient*innen mindestens eine Kostenübernahme. Im Durchschnitt werden pro Klient*in unverändert drei Kostenübernahmen bewilligt. Der Anteil der Fälle mit fünf und mehr Kostenübernahmen beträgt praktisch unverändert ca. 12 %. Die Gesamtzahl der Kostenübernahmen steigt um den Faktor 1,3 von 1.485 auf 1.996.

Abb. 28 Kostenübernahmen²⁵

	Mindestens ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Mindestens eine Kostenübernahme	494	58,9%	654	60,3%
Anzahl Kostenübernahmen				
0	345	41,1%	430	39,7%
1	175	20,9%	227	20,9%
2	103	12,3%	143	13,2%
3	75	8,9%	89	8,2%
4	42	5,0%	55	5,1%
5<10	82	9,8%	117	10,8%
10<15	15	1,8%	23	2,1%
15<20	2	0,2%	0	0,0%
20<25	0	0,0%	0	0,0%
25<30	0	0,0%	0	0,0%
>=30	0	0,0%	0	0,0%
Summe	839	100,0%	1084	100,0%
1 bis 4 KÜ	395	47,1%	514	47,4%
>=5 KÜ	99	11,8%	140	12,9%
Mittelwert	3,01		3,05	
STABW	2,54		2,56	
Gesamtzahl der Kostenübernahmen (ohne Erweiterungen und Folgerezepte)	1485		1996	

Der Anteil der Klient*innen mit einer Integration in eine Krankenversicherung liegt unverändert bei 10 %.

²⁵ Diese Tabelle stammt wie die vorherigen aus der Analyse der Stammdaten, in der alle Tätigkeiten der CS dokumentiert sind (Sozialberatung, Aufenthaltsberatung, Kostenübernahmen). Die Tabelle 19 hingegen stammt aus einer anderen Abfrage der Quovero-Datenbank, die nur die Kostenübernahmen mit allen Erweiterungen und Folgekosten enthält. Diese werden dort im Einzelnen detailliert ausgewertet. In der obigen Tabelle fehlen diese detaillierten Angaben zu den Kosten, insbesondere sind hier Stornierungen, KÜ-Erweiterungen und Folgerezepte nicht enthalten. Deshalb sind diese Zahlen mit denen der Tabelle auf Seite 19 nicht vergleichbar und deshalb auch geringer.

Abb. 29 Integration in Krankenversicherung

	Mind. ein Termin im Zeitraum			
	2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
	839		1084	
Beratungsergebnis zur KV				
KV-Mitgliedschaft hergestellt	79	9,4%	113	10,4%
Sonstiges, KA	760	90,6%	971	89,6%
Summe	839	100,0%	1084	100,0%

Zusammenfassung

Vergleicht man die Sozial- und Leistungsdaten der Klient*innen, die in den Jahren 2021 und 2022 jeweils bis September die Clearingstelle mindestens einmal aufgesucht haben, so ist:

- die Geschlechtsstruktur praktisch unverändert, wobei es sich bei nahezu zwei Dritteln um Männer und etwa ein Drittel um Frauen handelt.
- auch die Altersstruktur mit einem Durchschnittsalter von 43,1 zu 42,2 Jahren praktisch gleich. Etwa zwei Drittel der Klient*innen sind 40 Jahre und älter.
- eine tendenzielle Zunahme der Drittstaatler*innen auf 63 %, verbunden mit einer leichten Abnahme der EU-Bürger*innen auf 24 % festzustellen, wobei der Anteil der Deutschen unverändert bei etwa 10 % liegt. Der Anteil der Deutschen geht seit 2018 kontinuierlich zurück.
- eine leichte Abnahme von Klient*innen in gesicherten Wohnverhältnissen auf 25 % festzustellen, wobei nahezu unverändert zwei Drittel obdach- oder wohnungslos sind
- bei nahezu 90 % der Klient*innen beim Erstbesuch keine Krankenzugehörigkeit feststellbar.
- bei der Vermittlung durch medizinische Hilfseinrichtungen auf hohem Niveau (ca. 40 %) eine leichte Abnahme festzustellen.
- die Zahl der Sozial- und Aufenthaltsberatungen mit dem Faktor 1,6 bzw. 1,7 stark zunehmend, womit im Jahr 2022 1.084 Klient*innen 4.050 Beratungen erhalten (2021 bei 839 Klient*innen 2.528 Beratungen).
- die Durchschnittszahl der Sozialberatungen von 2,8 auf 3,4 angestiegen.
- ein praktisch unveränderter Anteil mit mindestens einer Kostenübernahme von ca. 60 % festzustellen, wobei im Durchschnitt unverändert drei KÜs bewilligt werden
- der Anteil der Klient*innen mit einer Integration in eine Krankenversicherung nahezu unverändert bei ca. 10 %.

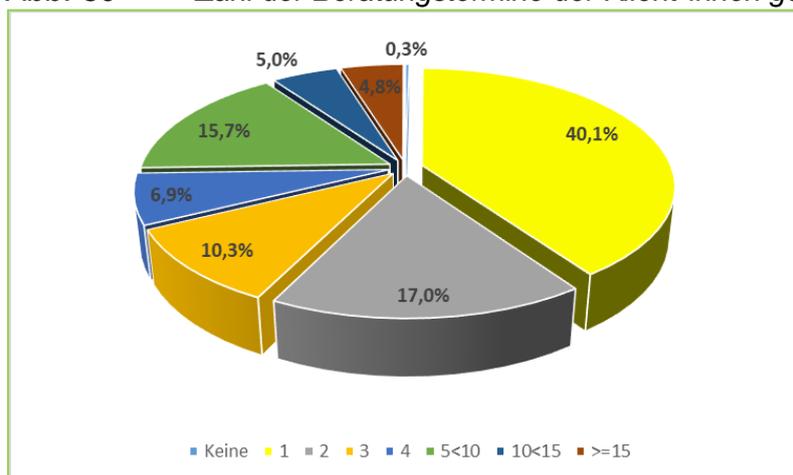
Insgesamt zeigt der Vergleich der Sozialdaten, dass im Jahr 2022 63 % der Klient*innen Drittstaatler*innen, 24 % EU-Bürger*innen und 10 % Deutsche sind und 64 % wohnungs- oder

obdachlos sind. In Bezug auf die Leistungsdaten zeigt sich eine deutliche Zunahme der Klient*innen und der Beratungshäufigkeiten, sowie auch der Zahl der Kostenübernahmen bei einem gleichbleibenden Anteil von ca. 60% der Klient*innen, die mindestens eine Kostenübernahme erhalten. Die Integrationsquote in eine Krankenversicherung von 10 % muss vor dem Hintergrund der beschriebenen Sozialstruktur der Klient*innen bewertet werden.

5.2.2 Analyse der Klient*innen mit nur einem Kontakt mit der CS

Die Clearingstelle hat seit Beginn der Tätigkeit (Beratung) am 09.10.2018 bis zum 30.09.2022 insgesamt 3.083 unterschiedliche Klient*innen bei 12.078 Terminen (Sozialberatung, AU-Beratung) beraten. Im Durchschnitt sind das 3,9 Beratungen pro Fall. Bemerkenswert ist, dass bei 40 % der Klient*innen nur ein Beratungstermin dokumentiert ist.

Abb. 30 Zahl der Beratungstermine der Klient*innen gesamt (n=3.083)



Teil des Evaluationsauftrags ist es, diese Gruppe im Vergleich zu Klient*innen mit mehreren Beratungsterminen auf der Grundlage der Quovero-Daten zu beschreiben. Im Vergleich der Gruppen A (nur ein Termin) und D (mehr als ein Termin) (vgl. Abb. 31) sollen auf der Grundlage von Signifikanztests²⁶ Bedingungsfaktoren einer nur einmaligen Beratung bestimmt werden. Signifikante Unterschiede sind dort blau markiert.

Klient*innen mit nur einer Beratung unterscheiden sich im Vergleich zu Klient*innen mit mehreren Beratungen wie folgt:

- sie sind signifikant jünger
- sind signifikant häufiger Deutsche

²⁶ Berechnungsformel:
$$z_{\alpha} = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2}}}$$
 p= Anteilswerte, n= Stichprobengröße, Prüfgröße: Z-Wert $\geq 1,96$

- sind signifikant häufiger polizeilich angemeldet
- leben signifikant häufiger in gesicherten Wohnverhältnissen
- haben signifikant weniger häufig keine oder keine unklare Krankenversicherung und sind signifikant häufiger in der GKV versichert
- werden weniger häufig über medizinische Hilfseinrichtungen an die Clearingstelle vermittelt, dafür häufiger aus dem familialen und sozialen Umfeld

Keine Unterschiede bestehen in Bezug auf das Jahr des Einbezugs, das Geschlecht und den Familienstand. Die genannten Unterschiede deuten darauf hin, dass einerseits die Voraussetzungen für eine mögliche Kostenübernahme in höherem Maße nicht bestehen und andererseits die medizinischen Bedarfslagen weniger ausgeprägt sind. Die genannten Unterschiede deuten ferner darauf hin, dass nach einer einmaligen Beratung bestehende Fragen zu einer KV auch geklärt werden konnten.

Allerdings erhalten immerhin 27 % der Klient*innen (329 von 1.236) mit nur einer Beratung mindestens eine Kostenübernahme (im Durchschnitt 1,7 KÜ).

Zur weiteren Differenzierung wurde eine zweite Auswertung durchgeführt, in der Klient*innen mit nur einer Beratung unterteilt werden in Klient*innen ohne Kostenübernahmen (in der folgenden Abbildung Gruppe B) und Klientinnen mit Kostenübernahmen (Gruppe C). Signifikante Unterschiede sind in der Tabelle rot markiert.

Vergleicht man Klient*innen mit nur einer Beratung dahingehend, dass eine Kostenübernahme ausgegeben wurde (Gruppe C in der folgenden Tabelle) oder keine Kostenübernahme erfolgte (Gruppe B), so zeigt sich, dass Klient*innen ohne Kostenübernahme:

- hochsignifikant häufiger Deutsche sind (31 % zu 4 %)
- hochsignifikant häufiger eine polizeiliche Anmeldung aufweisen (48 % zu 11 %)
- hochsignifikant seltener keine Krankenversicherung haben (63 % zu 94 %)
- hochsignifikant häufiger in gesicherten Wohnverhältnissen leben (50 % zu 15 %)
- signifikant seltener im Jahr 2022 die Clearingstelle erstmals aufgesucht haben (17 % zu 30 %)
- signifikant häufiger 40 Jahre und älter sind (54 % zu 44 %) und damit ein signifikant höheres Durchschnittsalter aufweisen (43,3 zu 38,9 Jahre)
- signifikant seltener durch medizinische Hilfseinrichtungen an die Clearingstelle vermittelt wurden (28 % zu 49 %)

Abb. 31 Vergleichsanalyse der Klient*innengruppen mit einer unterschiedlichen Zahl von Beratungsterminen

	Zahl der Beratungstermine (SB/AU)				T-Test A/D	T-Test B/C
	A 1	B 1 ohne KÜ	C 1 mit KÜ	D >=1		
Zahl der Klient*innen mit mind. 1 Beratung (SB/AU)	1236	907	329	1839		
Anteile	40,1%	29,4%	10,7%	59,6%		
Jahr des Einbezugs						
Einbezug bis 2021	982	751	231	1423	1,28	4,47
2022 bis 30.09.	254	156	98	416	1,28	4,47
Geschlecht: Männlich	751	554	197	1142	0,70	0,38
Alter						
<18	41	27	14	53	0,63	1,02
18 bis 29	233	161	72	271	2,75	1,58
30 bis 39	309	212	97	488	0,89	2,12
>=40 Jahre	631	485	146	1023	2,32	2,84
Mittelwert	42,10	43,27	38,89	44,11	3,46	4,64
STABW	15,50	15,98	14,16	16,18		
Herkunft (Angaben für Werte >5%)						
Deutschland	296	284	12	284	5,31	14,92
EU-Bürger	324	222	102	474	0,25	2,23
Europa- Non-EU	160	103	57	279	1,64	2,55
Asien	193	105	88	270	0,66	5,70
Afrika	137	90	47	289	3,53	2,01
Anmeldung vorhanden						
Ja	469	434	35	594	2,98	15,67
Wohnsituation						
Gesichert	501	453	48	620	3,56	13,82
Obdachlos	168	83	85	291	1,61	6,43
Wohnungslos	438	269	169	788	3,87	6,90
Familienstand						
Ledig	667	502	165	1013	0,57	1,62
Geschieden, getrenntlebend	157	95	62	272	1,55	3,51
Aktuelle Krankenversicherung						
Leer, Keine, unklar	881	571	310	1536	7,28	15,21
GKV	130	129	1	88	5,22	11,61
Aufmerksam geworden, vermittelt:						
Keine Angabe	535	485	50	487	8,91	14,83
Neue Basis: Fälle mit Angaben	701	422	279	1352		
Medizinische Hilfseinrichtungen	257	120	137	593	3,74	5,57
Andere Beratungseinrichtungen	117	80	37	202	1,21	2,04
Freunde / Familie / Bekannte	120	64	56	161	3,67	1,65
Mindestens eine Kostenübernahme	329	0	329	1099		
Mittelwert	1,71	0	1,71	4,91		
STABW	1,19	0	1,19	5,27		
Gesamtzahl der Kostenübernahmen	564	0	564	5393		

Auch wenn insgesamt die Wahrscheinlichkeit einer Kostenübernahme mit steigenden Beratungszahlen zunimmt, so zeigt diese Analyse, dass immerhin 27 % der Klient*innen, für die nur ein Beratungstermin dokumentiert ist, mindestens eine Kostenübernahme mit durchschnittlich 1,7 Kostenübernahmen erhalten. Bei der großen Mehrzahl der Klient*innen, die nur eine Beratung und keine Kostenübernahme erhalten – immerhin 29 % aller Klient*innen – liegen entweder rechtliche Ausschlussgründe einer KÜ-Gewährung vor (z.B. nicht in Berlin lebend, Rückkehr ins Heimatland steht unmittelbar bevor) oder es handelt sich um Personen, die bei der erfolgten Erstberatung keine Kostenübernahme erhalten haben, die Clearingstelle danach aber nicht erneut aufsuchen.

5.2.3 Analyse der Klient*innen mit mehrfachen Kostenübernahmen

Von den 1.436 Klient*innen der Clearingstelle mit mindestens einer Kostenübernahme (KÜ) haben 34 % nur eine KÜ erhalten, immerhin 18 % aber sieben und mehr KÜs. Auf diese Gruppe entfallen über die Hälfte (53 %) aller ausgestellten KÜs.

Abb. 32 Vergleichsanalyse der Gruppen unterschiedlicher KÜ-Bewilligungen

	A		B		C		T-Test A/C
	Anzahl der Kostenübernahmen						
	Nur eine KÜ 483 33,6%		2 bis 6 KÜs 702 48,9%		7 und mehr KÜs 251 17,5%		
Jahr des Einbezugs							
Einbezug bis bis 2021	321	66,5%	510	72,6%	233	92,8%	9,78
Einbezug 2022 bis 30.09.	162	33,5%	192	27,4%	18	7,2%	9,78
Geschlecht: Männlich	268	55,5%	473	67,4%	161	64,1%	2,29
<18	31	6,4%	37	5,3%	1	0,4%	5,08
18 bis 29	313	64,8%	457	65,1%	32	12,7%	17,20
30 bis 39	128	26,5%	193	27,5%	60	23,9%	0,77
>=40 Jahre	10	2,1%	14	2,0%	158	62,9%	19,53
Mittelwert	39,71		41,61		44,91		4,98
STABW	14,32		14,64		12,93		
Herkunft (Angaben für Werte >5%)							
Deutschland	31	6,4%	37	5,3%	4	1,6%	3,53
EU-Bürger	128	26,5%	193	27,5%	83	33,1%	1,83
Europa- Non-EU	88	18,2%	127	18,1%	58	23,1%	1,53
Asien	91	18,8%	149	21,2%	35	13,9%	1,74
Afrika	95	19,7%	113	16,1%	39	15,5%	1,42
Amerika	33	6,8%	56	8,0%	22	8,8%	0,91
Anmeldung vorhanden							
Ja	93	19,3%	107	15,2%	29	11,6%	2,85
Wohnsituation							
Gesichert	115	23,8%	130	18,5%	30	12,0%	4,21
Obdachlos	94	19,5%	143	20,4%	62	24,7%	1,61
Wohnungslos	232	48,0%	370	52,7%	153	61,0%	3,38
Familienstand							
Ledig	260	53,8%	390	55,6%	130	51,8%	0,52
Geschieden, getrenntlebend	71	14,7%	115	16,4%	47	18,7%	1,37
Aktuelle Krankenversicherung							
Keine, leer, unklar	460	95,2%	656	93,4%	240	95,6%	0,23
Aufmerksam geworden, vermittelt:							
Keine Angabe	78	16,1%	114	16,2%	36	14,3%	0,65
Neue Basis: Fälle mit Angaben	405		588		215		
Medizinische Hilfseinrichtungen	175	43,2%	290	49,3%	146	67,9%	6,14
Andere Beratungseinrichtungen	66	16,3%	78	13,3%	18	8,4%	3,01
Freunde / Familie / Bekannte	73	18,0%	76	12,9%	19	8,8%	3,38
Mindestens eine Sozialberatung	479	99,2%	698	99,4%	251	100,0%	
Mittelwert	2,73		4,30		9,38		14,57
STABW	3,45		4,57		6,79		
Gesamtzahl der SB_Beratungen	1307		2998		2354		
Mindestens eine AU-Beratung	93	19,3%	238	33,9%	135	53,8%	9,53
Mittelwert	1,69		2,46		3,65		8,84
STABW	1,55		2,90		3,34		
Gesamtzahl der AU_Beratungen	157		586		493		
Mindestens eine Kostenübernahme	483	100,0%	702	100,0%	251	100,0%	
Mittelwert	1,00		3,32		12,58		
STABW	0,00		1,37		6,06		
Gesamtzahl der Kostenübernahmen	483	8,1%	2333	39,1%	3157	52,9%	

In einem Gruppenvergleich (Klient*innen mit nur einer KÜ - Gruppe A) im Vergleich zu Klient*innen mit überdurchschnittlich vielen KÜs (sieben und mehr - Gruppe C) sollen auf der Grundlage von Signifikanztests Bedingungsfaktoren einer überdurchschnittlichen KÜ-Inanspruchnahme bestimmt werden. Klient*innen mit überdurchschnittlichen Kostenübernahmen werden im Vergleich zu Personen mit nur einer Kostenübernahme (vgl. Abb. 32):

- hochsignifikant häufiger bereits länger von der Clearingstelle betreut. Während unter den Klient*innen mit nur einer KÜ 67 % bis zum Jahr 2021 Klient*innen der CS geworden sind, sind es bei der Gruppe mit überdurchschnittlichen KÜs 93 %.
- weisen entsprechend hochsignifikant erhöhte Durchschnittswerte von Sozial- und Aufenthaltsberatungen auf. Während unter den Klient*innen mit nur einer KÜ im Durchschnitt 2,7 Sozialberatungen geleistet wurden, sind es bei der Gruppe mit überdurchschnittlichen KÜs 9,4 Sozialberatungen. (AU-Beratungen: 1,7/3,7)

Mit der hohen Intensität der Klient*innenbetreuung steigt erwartungsgemäß die Wahrscheinlichkeit hoher und multipler Kostenübernahmen. Hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale sind Klient*innen mit überdurchschnittlichen Kostenübernahmen:

- hochsignifikant älter. Während unter den Klient*innen mit nur einer KÜ 2 % 40 Jahre und älter sind, sind es in der Gruppe mit überdurchschnittlichen KÜs 63 %. Umgekehrt haben unter den 18-29-jährigen 65 % nur eine KÜ, aber nur 13 % überdurchschnittliche KÜs. Entsprechend ist der Altersmittelwert in der Gruppe mit überdurchschnittlichen KÜs hochsignifikant höher (44,9 Jahre gegenüber 39,7 Jahre).
- In Bezug auf die Herkunft ergibt sich, dass Deutsche signifikant weniger häufig überdurchschnittliche KÜs aufweisen. In Bezug auf andere Herkunftsländer beziehungsweise Herkunftsregionen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.
- eine polizeiliche Anmeldung ist mit einer signifikant geringeren Häufigkeit hoher und multipler Kostenübernahmen verbunden. Gleiches gilt für eine gesicherte Wohnsituation.
- Wohnungslosigkeit ist mit einer signifikant höheren Häufigkeit hoher und multipler Kostenübernahmen verbunden. Dagegen liegen bei Obdachlosen keine signifikanten Unterschiede vor.
- Klient*innen mit überdurchschnittlichen Kostenübernahmen werden hoch signifikant häufiger (68 %) über die medizinischen Hilfseinrichtungen an die CS vermittelt, dagegen signifikant weniger häufig durch andere Beratungseinrichtungen (8 %) und das familiäre und soziale Umfeld (9 %). Dies zeigt, dass es bei den medizinischen Hilfseinrichtungen

schon eine gute "Vorsortierung" der Fälle gibt, d.h. überwiegend Klient*innen an die CS vermittelt werden, die keinen Zugang zum System haben und eine KÜ benötigen.

- Klient*innen mit überdurchschnittlichen und multiplen Kostenübernahmen sind signifikant häufiger männlich.
- Keine Zusammenhänge ergeben sich hinsichtlich des Krankenversicherungsstatus bei Erstberatung und des Familienstands.

Zusammenfassend ergibt sich, dass hohe und multiple Kostenübernahmen (≥ 7 KÜs) vor allem mit höherem Alter (≥ 40 Jahre), Wohnungslosigkeit und der Vermittlung durch andere medizinische Hilfseinrichtungen (Medibüro, Malteser etc.) zusammenhängen.

5.2.4 Analyse der Veränderungen der Kostenübernahmen nach Mengen und Kosten zwischen 2021 und 2022 (Januar bis September)

Die Zahl der Klient*innen steigt im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 29% von 838 auf 1.083 mit einem Plus von 245 Fällen.²⁷ Die Zahl der Klient*innen mit mindestens einer KÜ steigt im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 37% von 498 auf 684 mit einem Plus von 186 Fällen. Die Zahl der gesamten KÜ-Ausstellungen steigt um 60% von 1.597 auf 2.556 mit einem Plus von 959 Fällen. Besonders hohe Zunahmen sind bei KÜ-Erweiterungen und den Folgerezepten festzustellen, die um fast 200% bzw. über 100% zunehmen. Um 60% steigen die insgesamt ausgestellten und budgetierten Kostenübernahmen (ohne Stornierungen). Sie steigen im Jahr 2022 um mehr als 900 von 1.484 auf insgesamt 2.411.

Abb. 33 Kostenübernahmeanlässe im Vergleich 2021/2022

Auswertung Kostenübernahmen (KÜ)	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Differenz 2022-2021	Wachstumsrate 2021/22
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent		
Klienten Gesamt	838		1083		245	29,2%
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ)	498		684		186	37,3%
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ) (abzüglich stornierte)	472		662		190	40,3%
Anzahl KÜ-Ausstellungen - Gesamt	1597		2556		959	60,1%
Gesamtanzahl KÜ*Nennungen (amb., stat., KV amb.)	1398	87,5%	2114	82,7%	716	51,2%
Gesamtanzahl Ausstellungen ohne KÜ*Nennungen (nur Erweiterung/Folgerezept)	199	12,5%	442	17,3%	243	122,1%
Im Einzelnen:						
Anzahl Ausstellungen nur KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.)	1206	75,5%	1692	66,2%	486	40,3%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Folgerezept	101	6,3%	300	11,7%	199	197,0%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Erweiterungen	75	4,7%	92	3,6%	17	22,7%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Erweiterungen und Folgerezept	16	1,0%	30	1,2%	14	87,5%
Anzahl Ausstellungen nur Folgerezept	190	11,9%	434	17,0%	244	128,4%
Anzahl Ausstellungen nur Erweiterung	4	0,3%	3	0,1%	-1	-25,0%
Anzahl Ausstellungen nur Erweiterung und Folgerezept	2	0,1%	3	0,1%	1	50,0%
Keine Angabe, ob Amb., stat., KV-KÜ Amb. und kein Sollbudget eingegeben	3	0,2%	2	0,1%	-1	-33,3%
Gesamt	1597	100,0%	2556	100,0%	959	60,1%
Anzahl der Kostenübernahmen gesamt	1597		2556		959	60,1%
Anzahl der Kostenübernahmen mit Sollbudget	1591	99,6%	2545	99,6%	954	60,0%
Kein Sollbudget vorhanden	6	0,4%	11	0,4%	5	83,3%
Stornierungen	107	6,7%	134	5,2%	27	25,2%
Gesamtzahl budgetierte KÜs (ohne Stornierungen)	1484		2411		927	62,5%
Gesamtzahl abgerechnete Kostenübernahmen (IST)	1052	70,9%	1314	54,5%	262	24,9%

²⁷ Die Fallzahlen in diesem Kapitel unterscheiden sich im Vergleich zum Kap. 5.2.1 um je einen Fall (838/839, 1083/1084). Die statistisch unbedeutenden Unterschiede resultieren aus unterschiedlichen Abfragezeitpunkten der Daten.

Diese Mengenausweitungen sind mit deutlichen Kostensteigerungen bereits im Soll verbunden (siehe Abb. 34).

Die gesamten Sollkosten (brutto) liegen im Jahr 2022 um 52% höher und betragen 2,8 Mio. € gegenüber 1,8 Mio. € im Vorjahr. Die höchsten Steigerungen ergeben sich bei KÜ-Erweiterungen und Folgerezepten, die von 175.000 € auf 589.000 € um über 200% steigen. Nach Abzug der stornierten Fälle betragen die gesamten Sollkosten (netto) im Jahr 2022 2,6 Mio. € und sind somit um 56% gestiegen (2021: 1,7 Mio. €) Der Mittelwert der Sollkosten pro Fall (ohne Stornierungen) ist nahezu unverändert (1.100 € / 1.146 €). Der Anteil der Fälle mit überdurchschnittlichen Kosten ist mit 21 % jedoch in beiden Jahren gleich.

Die Analyse der Istkosten für abgerechnete Fälle zeigt dasselbe Bild wie die Analyse der Sollkosten. Die Istkosten steigen um 57% von 696.000 € auf 1,094 Mio. €, wobei hier die höchsten Zuwächse bei Medikamenten (99.840 € / 212.698 €,) und Folgerezepten (88.812 €/ 338.446 €) vorliegen. Der Mittelwert der Istkosten steigt von 662 € auf 833 € um 26%.

Abb. 34 Auswertung Kostenübernahmen – Soll-Istwerte

Auswertung Kostenübernahmen (KÜ)	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Differenz 2022-2021	Wachstumsrate 2021/22
Kostenübernahme (Sollwerte) / Gesamt						
Gesamtsumme KÜs* (Behandlung, Medikamente, Labor)	1.666.727,74 €		2.200.254,77 €		533.527,03 €	32,0%
zuzüglich KÜ-Erweiterungen + Folgerezept	174.364,19 €		588.984,97 €		414.620,78 €	237,8%
Gesamtsumme (brutto)	1.841.091,93 €		2.789.239,74 €		948.147,81 €	51,5%
abzüglich Stornierungen	139.860,39 €		136.021,53 €		-3.838,86 €	-2,7%
Gesamtsumme (netto)	1.701.231,54 €		2.653.218,21 €		951.986,67 €	56,0%
SOLL Gesamtsumme (netto, ohne Stornos)						
Summe Behandlungen (nicht storniert)	884.733,62 €	52,0%	1.453.333,85 €	54,8%	568.600,23 €	64,3%
Summe Medikamente (nicht storniert)	579.491,84 €	34,1%	553.321,70 €	20,9%	-26.170,14 €	-4,5%
Summe Labor (nicht storniert)	142.448,79 €	8,4%	198.743,76 €	7,5%	56.294,97 €	39,5%
Summe Folgerezept	94.557,29 €	5,6%	447.818,90 €	16,9%	353.261,61 €	373,6%
Summe	1.701.231,54 €	100,0%	2.653.218,21 €	100,0%	951.986,67 €	56,0%
Versorgung						
KÜ - ambulant	850.659,05 €	50,0%	1.349.297,19 €	50,9%	498.638,14 €	58,6%
KÜ - KV ambulant	223.665,36 €	13,1%	230.048,65 €	8,7%	6.383,29 €	2,9%
KÜ - stationär	562.739,45 €	33,1%	801.078,51 €	30,2%	238.339,06 €	42,4%
KÜ - Erweiterung/Folgerezept	64.167,68 €	3,8%	272.793,86 €	10,3%	208.626,18 €	325,1%
Summe	1.701.231,54 €	100,0%	2.653.218,21 €	100,0%	951.986,67 €	56,0%
Mittelwert	1.146,38 €		1.100,46 €		-45,92 €	-4,0%
Anzahl überdurchschnittliche Kosten (> Mittelwert+STABW) Fälle	99	21,0%	138	20,8%	39	39,4%
Kostenübernahme (IST-Werte) / Gesamt						
Gesamtsumme KÜs* (Behandlung, Medikamente, Labor)	608.034,65 €	87,3%	743.973,03 €	68,0%	135.938,39 €	22,4%
zuzüglich KÜ-Erweiterungen + Folgerezept	92.876,16 €	13,3%	353.280,81 €	32,3%	260.404,65 €	280,4%
Gesamtsumme (brutto)	700.910,81 €	100,6%	1.097.253,84 €	100,2%	396.343,04 €	56,5%
abzüglich Stornierungen	4.428,78 €	0,6%	2.521,64 €	0,2%	-1.907,14 €	-43,1%
Gesamtsumme (netto)	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	398.250,17 €	57,2%
IST Gesamtsumme (netto)						
Summe Behandlungen (nicht storniert)	469.081,91 €	67,4%	501.739,43 €	45,8%	32.657,52 €	7,0%
Summe Medikamente (nicht storniert)	99.840,69 €	14,3%	212.698,55 €	19,4%	112.857,86 €	113,0%
Summe Labor (nicht storniert)	38.746,67 €	5,6%	41.847,98 €	3,8%	3.101,31 €	8,0%
Summe Folgerezept	88.812,76 €	12,8%	338.446,24 €	30,9%	249.633,48 €	281,1%
Summe	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	398.250,17 €	57,2%
Versorgung						
KÜ - ambulant	249.096,95 €	35,8%	495.871,34 €	45,3%	246.774,39 €	99,1%
KÜ - KV ambulant	39.550,62 €	5,7%	36.827,25 €	3,4%	-2.723,37 €	-6,9%
KÜ - stationär	348.696,72 €	50,1%	359.041,29 €	32,8%	10.344,57 €	3,0%
KÜ - Erweiterung/Folgerezept	59.137,74 €	8,5%	202.992,32 €	18,5%	143.854,58 €	243,3%
Summe	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	398.250,17 €	57,2%
Mittelwert	662,06 €		833,13 €		171,07 €	25,8%
Anzahl überdurchschnittliche Kosten (> Mittelwert+STABW) Fälle	75	19,9%	67	15,9%	-8	-10,7%

Mengenausweitungen und gleichzeitige Kostenzunahmen führen im Jahr 2022 zu Budgetüberschreitungen. Bis zum September 2022 betragen die Istkosten für abgerechnete Fälle bereits knapp 1,1 Mio. € gegenüber 696.000 € im Vorjahr (vgl. Abb. 35, Zeile C). Der Anteil der Istkosten zu den Sollkosten betrug im Jahr 2021 52 %, im Jahr 2022 bereits 65 %, was ebenfalls die Kostenzunahme anzeigt.

Abb. 35 Erwartete Istkosten und Budget (Vor und nach Erhöhung)

	2021	2022 Vor Budgeterhöhung	2022 Nach Budgeterhöhung
Zeilen A bis J bis Ende September des jeweiligen Jahres			
A Gesamtsoll	1.701.232 €	2.653.218 €	2.653.218 €
B Sollwert für abgerechnete Kosten	1.327.731 €	1.697.069 €	1.697.069 €
C Istkosten für abgerechnete Kosten	696.482 €	1.094.732 €	1.094.732 €
D Mittelwert der Kosten für abgerechnete Fälle	662 €	833 €	833 €
E Anteil IST zu SOLL (C/B)	52%	65%	65%
F Sollwerte vorhanden, nicht abgerechnet (A-B)	373.500 €	956.150 €	956.150 €
G Istkosten, nicht budgetiert (ohne Soll)	69.79 €	13.15 €	13.15 €
H Erwartungswert für Istkosten für nichtabgerechnete Fälle (F*E)	195.926 €	616.786 €	616.786 €
I Erwartungswert für gesamte Istkosten (C+G+H) bis September	892.477 €	1.711.531 €	1.711.531 €
J Mittelwert der erwarteten Kosten für alle Fälle	601 €	710 €	710 €
		Vor Erhöhung	Nach Erhöhung
K Jahresbudget für 2021 und 2022 für med. Maßnahmen	1.680.880 €	1.278.980 €	2.615.376 €
L Jahresbudget bis September (K*0,75)	1.260.660 €	959.235 €	1.961.532 €
M Erwartungswert für gesamte Istkosten bis September (I)	892.477 €	1.711.531 €	1.711.531 €
N Differenz (L-M) (Jahresbudget bis September- Erwartungswert Istkosten bis September)	368.183 €	-752.296 €	250.001 €
O Anteil der abgerechneten Kosten am Jahresbudget bis September (C/L)	55%	114%	56%
P Erwartungswert für gesamte Istkosten Gesamtjahr (I*1,25)	1.115.597 €	2.139.414 €	2.139.414 €
Q Differenz zum Jahresbudget (K-P) (Jahresbudget- Erwartungswert Istkosten Gesamtjahr)	565.283 €	-860.434 €	475.962 €
R Anteil Erwartungswert am Jahresbudget % (P/K)	66%	167%	82%
S Differenz Erwartungswert zu Gesamtsoll (A-P)	585.635 €	513.804 €	513.804 €
T Anteil Erwartungswert Gesamtsoll % (P/A)	66%	81%	81%
U Tatsächliche Gesamtausgaben der CS für med.Maßnahmen im Jahr 2021	1.199.339 €		
V Gesamtausgaben minus Jahresbudget (Nicht verwendete Mittel)	481.541 €		

Im Jahr 2021 bleiben nicht abgerechnete Sollkosten in der Höhe von 373.000 €, im Jahr 2022 in Höhe von 956.000 € (Zeile F in obiger Tabelle). Unter der Annahme, dass auch für die bisher nicht abgerechneten Kosten der Anteil IST/SOLL dem der abgerechneten Kosten entspricht, ergibt sich ein Erwartungswert der Gesamtkosten bis Ende September 2021 in Höhe von 892.000 €, bis Ende September 2022 aber von 1,7 Mio. € (Zeile I in obiger Tabelle).

Bildet man nun die Differenz zwischen dem von der Senatsverwaltung für medizinische Leistungen bereitgestelltem Budget und dem errechneten Erwartungswert an Kosten, verbleibt im Jahr 2021 ein nicht verbrauchtes Budget in Höhe von 368.000 €. Im Jahr 2022 kommt es aber zu einer Budgetüberschreitung in Höhe von 752.000 € (Zeile N in obiger Tabelle). Im Jahr 2022 wurde allein mit den bis September abgerechneten Kosten in Höhe von 1,1 Mio. € das ursprüngliche Budget zu 86 % ausgeschöpft (1.094.000 €/1.278.000. €). Durch die erfolgte Budgeterhöhung ergeben sich jetzt wieder ebenfalls positive Ergebnisse in einer Höhe von 475.000 € (2021 565.000 €).

Der berechnete Erwartungswert für die gesamten Istkosten von 1,12 Mio. im Jahr 2021 (Zeile P in obiger Tabelle) entspricht in guter Näherung den tatsächlichen Gesamtausgaben der Clearingstelle für medizinische Maßnahmen in der Buchhaltung von 1,2 Mio. (Zeile U) und

beträgt so 93 % der tatsächlichen Gesamtausgaben. Wenn die tatsächlichen Gesamtausgaben der CS für medizinische Leistungen für das Jahr 2022 abschließend vorliegen, sollte die Validität des berechneten Erwartungswertes erneut überprüft werden. Falls die tatsächlichen Gesamtausgaben im Jahr 2022 ähnlich wie im Jahr 2021 sehr nahe an den berechneten Erwartungswerten für die Istkosten liegen, ist auch im Jahr 2022 wiederum mit nichtverbrauchten Mitteln in der Höhe von ca. 300.000 € zu rechnen.

Die bisherige Budgetkontrolle basierte vornehmlich auf einer deutlichen Überschätzung der Kosten mit den erstellten Soll-KÜs im Vergleich zu den tatsächlichen Kosten. Der Mittelwert der Sollkosten betrug im Jahr 2021 1.146 €, der Mittelwert der Istkosten 662 € (52 %). Im Jahr 2022 betrug der Mittelwert der Sollkosten 1.100 €, der Mittelwert der Istkosten aber 833 €. Dieser „Kalkulationspuffer“ reichte in 2022 für die Kompensation der erheblichen Mengenausweitungen nicht aus.

Die Differenz zwischen den auf der Grundlage der Quovero Daten berechneten Erwartungswerten der Istkosten für das jeweilige Gesamtjahr und den tatsächlichen Ausgaben der CS für medizinische Leistungen nach den Daten der Finanzbuchhaltung führt im Jahr 2021 und nach der Budgeterhöhung auch im Jahr 2022 zu Überschüssen bzw. nicht verbrauchten Zuwendungsmitteln in erheblicher Größenordnung. Dies kann unter anderem darauf zurückgeführt werden, dass mit bewilligten Kostenübernahmen geplante medizinische Maßnahmen gar nicht durchgeführt wurden, oder verschoben worden sind, was bisher auch mit der Corona Situation erklärt werden kann. Die genaue Größenordnung des Problems kann nicht exakt bestimmt werden, da klient*innenbezogene Daten über die Nichtinanspruchnahme bewilligter Leistungen nicht vorliegen. Dieses Problem bedarf weiterer Aufmerksamkeit, da letztlich Budgetüberschreitungen ebenso zu vermeiden sind, wie nicht ausgeschöpfte Zuwendungsmittel. Im Kapitel 5.2.6 werden Vorschläge zur einer verbesserten Kostenkontrolle vorgelegt.

5.2.5 Analyse der Fälle und Kosten nach medizinischen Indikatoren (Fachrichtungen der Ärzte)

Der Quovero Datensatz enthält keine Daten, mit denen geplante oder erfolgte medizinische Maßnahmen einheitlich beschrieben werden können, wie zum Beispiel ICD Klassifikationen oder DRGs für die Krankenhausfälle. Er enthält in den Spalten D (Bezeichnung) und AB (Fachrichtung) Informationen, mit denen sich die Kostenübernahmen ggf. weiter charakterisieren lassen. In der Spalte D (Bezeichnung) enthält allerdings bei etwa zwei Drittel der Fälle keine Angaben. In den Fällen mit Angaben finden sich unterschiedliche Inhalte, die

vom Namen der Ärzt*innen bzw. des Krankenhauses über Verdachtsdiagnosen bis zu Symptomen oder berichteten Befunden reichen. Im Rahmen der Sozialberatung und bei der Prüfung der Kostenübernahmen werden nicht durchgängig Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen ermittelt bzw. dokumentiert. Eine weitere Charakterisierung der Kostenübernahmen ist damit lediglich über die Fachrichtungen bzw. Gebietsbezeichnungen der Ärzt*innen möglich. Aus den 124 Einzelnennungen wurde eine Verdichtung auf 23 Fachgebieten vorgenommen. Diese werden im Folgenden zunächst nach den Fällen analysiert.

Über ein Viertel der Fälle entfallen auf die hausärztliche Versorgung. An zweiter und dritter Stelle stehen Ärzt*innen, die Substitutionsbehandlungen durchführen oder HIV-Infizierte betreuen, wobei diese zwischen 2021 und 2022 insgesamt von 23% auf 27% deutlich zunehmen. Die nächst häufigen Fachgruppen sind Zahnärzte und Internisten. Innerhalb der weiteren Fachgruppen sind überdurchschnittliche Zunahmen in der Onkologie und Nephrologie festzustellen.

Abb. 36 KÜ- Fälle nach Fachrichtungen (ohne Stornierungen)

	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Wachstumsrate
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	
Sollkosten ohne Stornierungen Fälle	1490		2422		63%
Keine Angabe	0	0,0%	1	0,0%	
Neue Basis Fälle mit Angaben	1.490		2.421		
Fachrichtung					
Hausarzt	389	26,1%	686	28,3%	76%
Substitution/Suchtmedizin	250	16,8%	477	19,7%	91%
Infektiologie - HIV	96	6,4%	177	7,3%	84%
Zahnarzt	93	6,2%	134	5,5%	44%
Internist	99	6,6%	165	6,8%	67%
Chirurgie	116	7,8%	135	5,6%	16%
Radiologie	100	6,7%	137	5,7%	37%
Psyche	51	3,4%	73	3,0%	43%
Frauenarzt	55	3,7%	60	2,5%	9%
Augenarzt	41	2,8%	59	2,4%	44%
Urologe	30	2,0%	39	1,6%	30%
HNO	40	2,7%	29	1,2%	-28%
Onkologie	9	0,6%	51	2,1%	467%
Nephrologie	2	0,1%	57	2,4%	2750%
Dermatologe	23	1,5%	24	1,0%	4%
Neurologe	26	1,7%	33	1,4%	27%
Orthopäde	22	1,5%	36	1,5%	64%
Diabetologe	14	0,9%	20	0,8%	43%
Strahlentherapie	7	0,5%	6	0,2%	-14%
Kinderarzt	7	0,5%	3	0,1%	-57%
Rehabilitation	6	0,4%	0	0,0%	-100%
Physiotherapie	5	0,3%	0	0,0%	-100%
Sonstiger Arzt	9	0,6%	20	0,8%	122%
Summe	1.490	100,0%	2.421	100,0%	
Substitution/Suchtmedizin + Infektiologie - HIV	346	23,2%	654	27,0%	89%

Die Sollkosten steigen zwischen 2021 und 2022 um 56% auf 2,6 Mio. €. Überdurchschnittliche Kostensteigerungen ergeben sich für Suchtmedizin und Substitution, Innere Medizin, Nephrologie und Orthopädie. Der Anteil der Sollkosten für HIV und Infektiologie steigt im Jahresvergleich von 25 % auf 31 %, wobei sich die kalkulierten Kosten nahezu verdoppeln.

Ein besonders hoher Anstieg ist im Bereich Nephrologie zu verzeichnen, bei den Fällen von zwei in 2021 auf 57 in 2022, bei den budgetierten Kosten von knapp 2.000 € in 2021 auf 162.000 € in 2022.

Abb. 37 Sollkosten der KÜ- Fälle nach Fachrichtungen (ohne Stornierungen)

	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Wachstumsrate
	1490		2422		
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	
Sollkosten ohne Stornierungen Kosten	1.701.231,54 €		2.653.218,21 €		
Keine Angabe	0,00 €		924,75 €	0,03%	
Neue Basis Fälle mit Angaben	1.701.231,54 €		2.652.293,46 €		55,9%
Fachrichtung					
Hausarzt	224.891,43 €	13,2%	240.704,64 €	9,1%	7,0%
Substitution/Suchtmedizin	236.087,87 €	13,9%	532.560,41 €	20,1%	125,6%
Infektiologie - HIV	183.131,24 €	10,8%	282.900,96 €	10,7%	54,5%
Zahnarzt	85.317,95 €	5,0%	81.362,98 €	3,1%	-4,6%
Internist	134.450,14 €	7,9%	466.257,19 €	17,6%	246,8%
Chirurgie	177.198,04 €	10,4%	287.381,93 €	10,8%	62,2%
Radiologie	42.509,82 €	2,5%	44.880,12 €	1,7%	5,6%
Psyche	59.187,54 €	3,5%	50.578,39 €	1,9%	-14,5%
Frauenarzt	146.825,88 €	8,6%	111.950,34 €	4,2%	-23,8%
Augenarzt	75.529,92 €	4,4%	47.548,79 €	1,8%	-37,0%
Urologe	70.160,79 €	4,1%	52.738,75 €	2,0%	-24,8%
HNO	89.129,00 €	5,2%	16.392,51 €	0,6%	-81,6%
Onkologie	61.785,59 €	3,6%	124.358,84 €	4,7%	101,3%
Nephrologie	1.850,00 €	0,1%	161.831,21 €	6,1%	8647,6%
Dermatologe	21.138,06 €	1,2%	30.232,08 €	1,1%	43,0%
Neurologe	23.008,00 €	1,4%	28.270,77 €	1,1%	22,9%
Orthopäde	16.890,63 €	1,0%	60.897,72 €	2,3%	260,5%
Diabetologe	10.748,00 €	0,6%	8.141,55 €	0,3%	-24,3%
Strahlentherapie	17.058,48 €	1,0%	3.273,03 €	0,1%	-80,8%
Kinderarzt	6.930,50 €	0,4%	2.500,00 €	0,1%	-63,9%
Rehabilitation	3.615,48 €	0,2%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Physiotherapie	2.827,18 €	0,2%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Sonstiger Arzt	10.960,00 €	0,6%	17.531,25 €	0,7%	60,0%
Summe	1.701.231,54 €	100,0%	2.652.293,46 €	100,0%	55,9%
Substitution/Suchtmedizin + Infektiologie - HIV	419.219,11 €	24,6%	815.461,37 €	30,7%	94,5%

Die Istkosten steigen um 57% von 696.000 € auf 1.095.000 €. Überdurchschnittliche Kostenzunahmen zeigen sich bei Substitution und Suchtmedizin, Innere Medizin, Onkologie, Nephrologie sowie Orthopädie. Auf Substitution, Suchtmedizin und HIV-Behandlungen entfallen über ein Drittel der Istkosten (vgl. Abb. 38).

Abb. 38 Istkosten der KÜ-Fälle nach Fachrichtungen (ohne Stornierungen)

	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Wachstumsrate
	1490		2422		
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	
Istkosten ohne Stornierungen Kosten	696.482,03 €		1.094.732,20 €		
Fälle ohne Angabe	0,00 €		0,00 €		
Fälle mit Angabe	696.482,03 €		1.094.732,20 €		57,2%
Fachrichtung					
Hausarzt	42.751,41 €	6,1%	45.443,34 €	4,2%	6,3%
Substitution/Suchtmedizin	105.593,46 €	15,2%	256.689,93 €	23,4%	143,1%
Infektiologie - HIV	112.268,34 €	16,1%	122.031,28 €	11,1%	8,7%
Zahnarzt	24.149,45 €	3,5%	13.013,58 €	1,2%	-46,1%
Internist	39.440,06 €	5,7%	241.472,77 €	22,1%	512,3%
Chirurgie	77.074,29 €	11,1%	131.379,29 €	12,0%	70,5%
Radiologie	8.659,35 €	1,2%	11.990,74 €	1,1%	38,5%
Psyche	20.546,55 €	3,0%	22.707,84 €	2,1%	10,5%
Frauenarzt	72.239,98 €	10,4%	27.782,63 €	2,5%	-61,5%
Augenarzt	19.376,55 €	2,8%	12.065,63 €	1,1%	-37,7%
Urologe	47.195,42 €	6,8%	8.576,10 €	0,8%	-81,8%
HNO	61.620,38 €	8,8%	5.057,45 €	0,5%	-91,8%
Onkologie	37.599,54 €	5,4%	74.789,93 €	6,8%	98,9%
Nephrologie	187,29 €	0,0%	58.929,14 €	5,4%	31364,1%
Dermatologe	4.274,88 €	0,6%	9.071,88 €	0,8%	112,2%
Neurologe	2.568,41 €	0,4%	10.634,52 €	1,0%	314,1%
Orthopäde	3.083,13 €	0,4%	35.985,86 €	3,3%	1067,2%
Diabetologe	1.510,61 €	0,2%	1.821,29 €	0,2%	20,6%
Strahlentherapie	12.447,81 €	1,8%	380,42 €	0,0%	-96,9%
Kinderarzt	261,83 €	0,0%	800,00 €	0,1%	205,5%
Rehabilitation	741,00 €	0,1%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Physiotherapie	685,65 €	0,1%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Sonstiger Arzt	2.206,64 €	0,3%	4.108,58 €	0,4%	86,2%
Summe	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	57,2%
Substitution/Suchtmedizin + Infektiologie - HIV	217.861,80 €	31,3%	378.721,21 €	34,6%	73,8%

Die folgende Abbildung zeigt deutlich, dass sich die Fallkosten in den Jahren 2021 und 2022 nach Fachrichtungen zum Teil deutlich unterscheiden, was teilweise auch auf sehr geringe Fallzahlen zurückzuführen ist. Aus diesem Grund werden die Fallkosten nach Fachrichtungen für die kumulierten Fälle beider Jahre berechnet.

Abb. 39 Istkosten nach Fachrichtungen pro Fall

	2021 (Jan-Sep)	2022 (Jan-Sep)	Wachstumsrate	Gesamtkosten 2021 und 2022	Fälle 2021 und 2022	Kosten pro Fall 2021 und 2022
Fälle mit Angabe	696.482,03 €	1.094.732,20 €		1.791.214,23 €		
Fachrichtung						
Onkologie	4.699,94 €	2.077,50 €	-55,8%	112.389,47 €	44	2.554,31 €
Innere Medizin	616,25 €	3.095,80 €	402,4%	280.912,83 €	142	1.978,26 €
Frauenarzt	2.491,03 €	1.157,61 €	-53,5%	100.022,61 €	53	1.887,22 €
Chirurgie	1.117,02 €	2.346,06 €	110,0%	208.453,58 €	125	1.667,63 €
Strahlentherapie	2.489,56 €	126,81 €	-94,9%	12.828,23 €	8	1.603,53 €
Nephrologie	93,65 €	1.636,92 €	1648,0%	59.116,43 €	38	1.555,70 €
HNO	2.054,01 €	280,97 €	-86,3%	66.677,83 €	48	1.389,12 €
Infektiologie - HIV	1.352,63 €	1.070,45 €	-20,9%	234.299,62 €	197	1.189,34 €
Urologe	1.815,21 €	408,39 €	-77,5%	55.771,52 €	47	1.186,63 €
Orthopäde	237,16 €	1.799,29 €	658,7%	39.068,99 €	33	1.183,91 €
Durchschnitt	662,06 €	833,13 €	25,8%	1.791.214,23 €	2366	757,06 €
Substitution/Suchtmedizin	498,08 €	677,28 €	36,0%	362.283,39 €	591	613,00 €
Psyche	570,74 €	648,80 €	13,7%	43.254,39 €	71	609,22 €
Augenarzt	668,16 €	402,19 €	-39,8%	31.442,18 €	59	532,92 €
Neurologe	160,53 €	708,97 €	341,7%	13.202,93 €	31	425,90 €
Dermatologe	267,18 €	533,64 €	99,7%	13.346,76 €	33	404,45 €
Sonstiger Arzt	367,77 €	373,51 €	1,6%	6.315,22 €	17	371,48 €
Physiotherapie	342,83 €	0,00 €	-100,0%	685,65 €	2	342,83 €
Zahnarzt	317,76 €	236,61 €	-25,5%	37.163,03 €	131	283,69 €
Kinderarzt	65,46 €	800,00 €	1122,2%	1.061,83 €	5	212,37 €
Radiologie	222,03 €	173,78 €	-21,7%	20.650,09 €	108	191,20 €
Rehabilitation	185,25 €	0,00 €	-100,0%	741,00 €	4	185,25 €
Hausarzt	157,17 €	159,45 €	1,4%	88.194,75 €	557	158,34 €
Diabetologe	137,33 €	165,57 €	20,6%	3.331,90 €	22	151,45 €

Hierbei zeigen sich bei einem Mittelwert von 757 € deutliche Unterschiede nach Fachrichtungen, die bei Hausärzten und Diabetologen mit Fallkosten unter 160 € am geringsten sind und bei 10 Fachrichtungen zum Teil deutlich über 1.000 € liegen, wobei Onkologie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und Strahlentherapie an der Spitze stehen.

Die kritische Budgetentwicklung der Clearingstelle im Herbst 2022 ist damit neben einer generellen Mengenausweitung und steigenden Kosten in hohem Maße auf die Zunahme von Klient*innen mit Behandlungen in der Suchtmedizin, Substitution, HIV und Infektiologie sowie Onkologie und Nephrologie zurückzuführen, die auch hohe Fallkosten aufweisen. Es ist deshalb zu empfehlen und zu diskutieren, ob Klient*innen dieser Fachrichtungen in Quovero entsprechend dokumentiert werden sollen, um die Mengen und Kosten dieser Gruppen genauer zu ermitteln. Ob dies allerdings ausreicht ist fraglich, da die Varianz bzw. Standardabweichung der Fallkosten in den Fachgruppen mit wenigen Ausnahmen (Hausarzt, Diabetologe, Kinderarzt) sehr hoch ist. Hinter den Fallkosten pro Fachrichtung stehen unterschiedliche und nicht bekannte Leistungen mit unterschiedlichen Kosten, wobei wenige Fälle mit sehr hohen Kosten den Mittelwert bestimmen.

Abb. 40 Statistische Kennzahlen der Fallkosten (2021) nach Fachrichtungen

	Anzahl	Gesamtkosten	Mittelwert	STABW	Min	Median	Max
Augenarzt	36	19.776,22 €	549,34 €	780,59 €	9	75,66	2.302,58 €
Chirurgie	100	106.717,33 €	1.067,17 €	1.980,25 €	7,64	80,785	8.181,09 €
Dermatologe	22	5.268,39 €	239,47 €	550,65 €	19,81	96,475	2.661,52 €
Diabetologe	13	2.024,67 €	155,74 €	145,35 €	30,3	106,08	581,00 €
Frauenarzt	37	100.037,66 €	2.703,72 €	5.981,68 €	26,14	240,21	32.110,72 €
Hausarzt	390	62.574,10 €	160,45 €	288,41 €	2,33	90,495	3.470,25 €
HNO	35	63.789,71 €	1.822,56 €	7.603,54 €	14,62	69,29	44.958,30 €
Infektiologie - HIV	125	187.271,71 €	1.498,17 €	2.342,17 €	12,24	775,92	21.079,09 €
Internist	82	68.070,17 €	830,12 €	1.777,57 €	16,9	202,385	11.817,61 €
Kinderarzt	4	132,88 €	33,22 €	18,28 €	20,98	25,94	60,02 €
Nephrologie	6	11.958,42 €	1.993,07 €	4.546,59 €	41,4	162,895	11.273,23 €
Neurologe	18	2.792,97 €	155,17 €	194,26 €	14,57	78,98	764,24 €
Onkologie	14	43.580,25 €	3.112,88 €	2.532,66 €	22,15	3258,86	11.381,26 €
Orthopäde	18	4.509,78 €	250,54 €	479,54 €	24,48	43,685	1.797,60 €
Physiotherapie	3	839,25 €	279,75 €	242,20 €	126,66	153,6	558,99 €
Psyche	50	55.911,48 €	1.118,23 €	3.028,68 €	14,57	319,8	20.232,02 €
Radiologie	49	10.489,13 €	214,06 €	468,70 €	26,15	84,44	3.320,92 €
Rehabilitation	4	741,00 €	185,25 €	71,86 €	102,08	185,235	268,45 €
Sonstiger Arzt	6	2.206,64 €	367,77 €	673,02 €	36,49	92,315	1.736,11 €
Strahlentherapie	6	22.136,27 €	3.689,38 €	5.487,52 €	42,56	232,775	11.756,68 €
Substitution/Suchtmedizin	343	199.310,54 €	581,08 €	1.282,09 €	7,12	169,16	14.963,36 €
Urologe	34	47.778,25 €	1.405,24 €	3.237,49 €	15,15	75,71	16.954,23 €
Zahnarzt	107	29.513,99 €	275,83 €	758,31 €	3,66	50	4.467,86 €

Dies soll am Beispiel der Zahnmedizin nochmals verdeutlicht werden. 107 Zahnarztfälle weisen Durchschnittskosten von 275,83 € auf, der Median beträgt lediglich 50 €. Die hohe Standardabweichung ist durch weniger als 10% der Fälle bedingt, die sehr hohe Kosten aufweisen.

Abb. 41 Verteilung der Kosten für zahnärztliche Behandlungen

Mittelwert	275,83 €	
STABW	758,31 €	
Median	50,00 €	
MIN	3,66 €	
MAX	4.467,86 €	
Klassen		
bis 50 €	54	50,5%
51 € bis 400 €	44	41,1%
401 € bis < 2000 €	3	2,8%
>=2000 €	6	5,6%
Summe	107	100,0%

In diesem Zusammenhang sollte auch der Nutzen, der Aufwand und die Umsetzbarkeit einer generellen Erfassung und Dokumentation von Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen nach ICD 10 diskutiert und geklärt werden. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass in der CS im Rahmen der Sozialberatung - im Unterschied zu den Projekten in Thüringen und Leipzig - keine Ärzt*innen beteiligt sind und andererseits eine differenzierte Erfassung nach ICD 10 aufwendig ist und einige Probleme beinhaltet. Dazu gehören die Klassifikation von Haupt- und Nebendiagnosen sowie Verdachtsdiagnosen und gesicherten Diagnosen. Wir empfehlen deshalb, dieses Thema zum Gegenstand einer Prüfung im Rahmen der nächsten Evaluation zu machen.

5.2.6 Vorschlag zur kontinuierlichen Kostenüberwachung

Drohende Budgetüberschreitungen mit der Folge der kurzfristigen Einstellung der Ausgabe von Kostenübernahmescheinen sind für alle Beteiligten unerwünschte Ereignisse. Dies gilt für die Klient*innen, die Mitarbeiter*innen der CS, die Kooperationspartner und auch die Administration und Politik. Eine kurzfristige Problemlösung über Budgeterhöhungen kann in der Zukunft nicht per se erwartet werden. Eine kontinuierliche Kostenüberwachung ist auch infolge der zusätzlich zu erwartenden inflationsbedingten Preissteigerungen zu empfehlen, die auch medizinische Leistungen betreffen wird. Die kontinuierliche Kostenüberwachung wird Budgetüberschreitungen nicht unmöglich machen, diese werden aber frühzeitiger erkennbar werden.

Das von uns vorgeschlagene System arbeitet mit den 4 Quartalen, 12 Monaten und 251 Arbeitstagen des Jahres 2023 und rechnet zunächst mit Basisprojektionen der KÜ-Fälle und der Sollkosten bis zum Jahresende auf der Grundlage der *Sollkosten des Jahres 2022* sowie der *Istkosten des Jahres 2022*. Anfang Februar wird die Projektion der Fälle und Kosten auf der Grundlage der *Sollkosten des Jahres 2023* bis zum Jahresende erstellt, wobei hier bereits auch die Stornierungen berücksichtigt werden. Diese Projektionen werden monatsweise bis

einschließlich Juni 2023 wie auch für das 1. und 2. Quartal durchgeführt, wobei der Sollkostenwert infolge der steigenden Fallzahlen immer belastbarer und sicherer wird. Da wir davon ausgehen, dass bis zum Juni 2023 ausreichend abgerechnete Istkosten vorliegen, werden ab dem Juni 2023 weitere und ergänzende Projektionen der Fälle und Kosten auf der Grundlage der *Istkosten des Jahres 2023* bis zum Jahresende für die verbleibenden sechs Monate bzw. 2 Quartale erstellt. Die Projektion der Fälle und Kosten auf der Grundlage der Istkosten des Jahres 2023 werden monatlich aktualisiert, um auch hier aufgrund höherer Fallzahlen belastbare und sichere Daten zu erhalten. Die Projektionsergebnisse werden Budgetproblematiken rechtzeitig erkennbar machen, worauf mit Einschränkungen der KÜ-Vergabe oder planbaren Budgeterhöhungen reagiert werden kann. Das System setzt monatliche Lieferungen der Quovero Daten voraus und erfordert monatliche Analysen.

6 Evaluation der Zugangsmöglichkeiten (Klient*innenbefragung)

In diesem Arbeitspaket steht die Analyse der Zugangsmöglichkeiten der Klient*innen zur CS im Mittelpunkt. Neben der Auswertung der Quovero-Daten zum Zugang, sollte dieser auch durch eine Befragung von Klient*innen erfasst werden. Diese Befragung diene auch zur Ermittlung der Bewertung der Arbeit der CS und der Weiterempfehlungsbereitschaft durch die Klient*innen

6.1 Neu- und Altkunden

Die Klient*innen eines Jahres lassen sich danach unterscheiden, ob diese im Jahr Neukunden, oder Kunden aus früheren Jahren darstellen. Waren im Jahr 2020 noch 81% der Klient*innen Neukunden, so sinkt dieser Wert im Jahr 2021 auf 71% und liegt Ende September 2022 bei 62%. Insgesamt ist davon auszugehen, dass ca.3/4 bis 2/3 der Klient*innen eines Jahres Neukunden sind.

Abb. 42 Klient*innen nach Jahr des Einbezugs

	Gesamt 3083	2019 786	2020 934	2021 1071	2022 bis 30.09. 1084
Jahr des Einbezugs					
2018	5,0%	4,3%	1,8%	0,6%	0,3%
2019	24,4%	95,7%	17,5%	6,5%	4,1%
2020	24,5%		80,7%	22,0%	11,4%
2021	24,4%			70,9%	22,4%
2022 bis 30.09.	21,7%				61,8%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.2 Zugangswege zur CS (Quovero Daten, Befragungsdaten)

Auf der Grundlage der Quovero Daten werden pro Jahr unverändert ca. 40% der Klient*innen von anderen medizinischen Hilfseinrichtungen an die CS vermittelt, wobei die Malteser mit ca.

17% die häufigsten „Zuweiser“ sind. Auf andere nichtmedizinische Beratungseinrichtungen entfallen ca. 16% der Klient*innen, 9% auf Ärzt*innen oder Krankenhäuser, ca. 6% auf Ämter und ca. 10% finden den Zugang zur CS über die Website oder Medien.

Die Klient*innenbefragung wurde im September bis Oktober durchgeführt (Fragebogen in der deutschen Version in Anlage 11.1). Trotz der kurzen Feldzeit konnten 52 Fragebögen realisiert werden. Es zeigt sich, dass 37% der Befragten die CS zum ersten Mal besuchten, 56% aber schon häufiger bei der CS waren (Keine Angabe 15%). 54% verneinten die Frage, andere medizinische Beratungsstellen schon besucht zu haben, bei 37% traf dies zu (Keine Angabe 15%). Die große Bedeutung der Malteser bestätigt sich hier, da von 16 Antwortenden 50% die Malteser nennen. Die weitere Frage zur Kenntnis der CS ergibt im Vergleich zu den Quovero-Daten andere Akzentuierungen (vgl. Abb. 44). So entfallen fast 50% der Nennungen auf das soziale und familiäre Umfeld, fast 30% auf Ärzte oder Krankenhäuser, 12% auf die Website bzw. Flyer und nur 8% auf Beratungseinrichtungen. Dabei sind die relativ geringen Fallzahlen zu berücksichtigen. Klient*innen mit Erstbesuchen unterscheiden sich von Klient*innen mit mehreren Besuchen nicht in der Häufigkeit der Inanspruchnahme anderer medizinischer Hilfseinrichtungen (26%/34%). Klient*innen, die auch andere medizinische Hilfseinrichtungen besuchen unterscheiden sich nicht von Klient*innen, die das nicht tun, hinsichtlich der Erstbesuche oder wiederholten Besuche (Erstbesuche: 63%/50%).

Abb. 43 Zugangswege zur CS (Quovero-Daten)

	Gesamt		Mindestens ein Kontakt im Jahr					
			2020		2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.	
Zahl unterschiedlicher Klient*innen	3083		934		839		1084	
Aufmerksam geworden, vermittelt durch:								
Keine Angabe	1027	33,3%	276	29,6%	97	11,6%	156	14,4%
Neue Basis: Fälle mit Angaben	2056		658		742		928	
, Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung	342	16,6%	115	17,5%	117	15,8%	166	17,9%
, Medi Büro	129	6,3%	52	7,9%	55	7,4%	61	6,6%
, Fixpunkt	103	5,0%	62	9,4%	44	5,9%	42	4,5%
, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung	65	3,2%	21	3,2%	25	3,4%	25	2,7%
, Berliner AIDS-Hilfe e.V.	28	1,4%	15	2,3%	15	2,0%	12	1,3%
, Caritas (Ambulanz, Krankenwohnung)	95	4,6%	36	5,5%	33	4,4%	34	3,7%
, Berliner Stadtmission	82	4,0%	31	4,7%	32	4,3%	28	3,0%
, GEBEWO pro	6	0,3%	2	0,3%	2	0,3%	2	0,2%
, Johanniter Kältebus	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
, Jenny de la Torre	2	0,1%	1	0,2%	1	0,1%	1	0,1%
, Humanistischer Verband	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Medizinische Hilfseinrichtungen gesamt	852	41,4%	335	50,9%	324	43,7%	371	40,0%
Andere Beratungseinrichtungen,	320	15,6%	72	10,9%	132	17,8%	151	16,3%
Freunde / Familie / Bekannte,	281	13,7%	75	11,4%	101	13,6%	140	15,1%
Ämter	138	6,7%	46	7,0%	30	4,0%	40	4,3%
Krankenhaus / Ärzte	180	8,8%	47	7,1%	57	7,7%	101	10,9%
Website, Medien	196	9,5%	51	7,8%	71	9,6%	88	9,5%
Sonstiges	89	4,3%	32	4,9%	24	3,6%	36	4,0%
Summe der Klient*innen	3083	100,0%	934	100,0%	839	100,0%	1084	100,0%

Abb. 44 *Kenntnis der CS (Befragungsdaten)*

Homepage/Internet	5	10%
Flyer	1	2%
Freund*Innen/Bekannte	24	46%
Ämter	5	10%
Andere Beratungseinrichtungen	4	8%
Arzt /Krankenhaus	15	29%
Keine Angabe	16	31%
Summe der Nennungen	70	135%

Das zentrale Anliegen für den Besuch der CS stellt mit 56% der Nennungen eine medizinische Behandlung dar, wobei weitere 13% der Nennungen auf die Kostenübernahme entfallen. 55% der Nennungen entfallen auf Beratungen, immerhin 25% auf Fragen zur Krankenversicherung und 10% auf Krankenhausschulden bzw. Krankenversicherungsschulden.

Abb. 45 *Anliegen beim Besuch der CS (Befragungsdaten)*

Allgemeine Beratung	16	31%
Aufenthaltsberatung	12	23%
Fragen zur KV	13	25%
Medizinische Behandlung	29	56%
Kostenübernahme	7	13%
Krankenhausschulden	5	10%
Sonstiges Nennung	6	12%
Summe der Nennungen	88	169%

6.3 Bewertung der Arbeit der CS durch die Klient*innen

Ein weiterer Grund zur Durchführung der Klient*innenbefragung bestand in der Gewinnung von empirischen Daten in Bezug auf die Zufriedenheit der Klient*innen mit der CS und deren Weiterempfehlungsbereitschaft bei guten Freunden oder Bekannten. Diese wurden mit den Fragen 5 und 6 des Fragebogens erhoben. Die Erfahrungen mit der CS wurde mit acht Items auf der Grundlage einer Smiley gestützten 5-er Skala von sehr gut bis sehr schlecht erhoben. Die Weiterempfehlungsbereitschaft mit den in Abb. 46 genannten Items.

Bildet man zunächst die Mittelwerte zu den Benotungen der acht erfragten Aspekte, so ergibt sich insgesamt ein Mittelwert von 1,5. Dieser sehr gute Wert ist unter Erstbesuchern der CS mit 1,3 und Klient*innen, die keine anderen medizinischen Beratungseinrichtungen aufsuchen mit 1,4 noch tendenziell besser, während Mehrfachbesucher*innen und Personen, die andere medizinische Beratungseinrichtungen aufsuchen in der Tendenz etwas kritischer bewerten (1,5/1,8). Der Aspekt der Kommunikation bzw. Verständigung erhält insgesamt und in fast allen Gruppen die beste Benotung. In der Gruppe der Erstbesucher*innen gilt dies für den Aspekt der Freundlichkeit. Der Standort und die Öffnungszeiten erhalten durchgängig kritische Bewertungen, was allerdings nicht für die telefonische Erreichbarkeit gilt. Die Weiterempfehlungsbereitschaft ist insgesamt und in allen Gruppen mit über 90% sehr hoch,

wobei die ganz sichere Weiterempfehlungsbereitschaft – mit Ausnahme der Erstbesucher*innen – bei oder über 80% liegt. Nur ganz wenige Befragte (2%) geben an, die CS guten Freunden oder Bekannten nicht empfehlen zu wollen. Insgesamt stellen die Befragten der CS damit ein sehr gutes Zeugnis aus. Da der Aufwand der Befragungen relativ gering ist, empfehlen wir die Weiterführung der Befragungsaktion.

Abb. 46 *Bewertung der Arbeit der CS und Weiterempfehlungsbereitschaft*

	Gesamt	Frage 1		Frage 2 - Besuch anderer med. Beratungsstellen	
		Erstbesuch	Mehrfachbesuch	Ja	Nein
n=	52	19	29	16	28
Erfahrungen mit der CS					
Mittelwerte (1 = sehr gut bis 5= sehr schlecht)					
Standort	1,70	1,44	1,85	2,07	1,65
Öffnungszeiten	1,77	1,54	1,88	2,08	1,71
Telefonische Erreichbarkeit	1,40	1,25	1,40	1,62	1,36
Information der Beratung	1,52	1,27	1,61	1,86	1,48
Ergebnis der Beratung	1,39	1,35	1,32	1,81	1,23
Freundlichkeit	1,42	1,07	1,56	1,93	1,24
Kompetenz/Fachwissen	1,47	1,13	1,58	2,07	1,24
Kommunikation	1,20	1,22	1,11	1,25	1,15
Mittelwert (gesamt)	1,48	1,28	1,54	1,84	1,38
Weiterempfehlungsbereitschaft					
Ganz sicher ja	81%	74%	86%	88%	79%
Eher Ja	13%	21%	10%	6%	14%
Eher nein	0%	0%	0%	0%	0%
Ganz sicher nein	2%	0%	0%	6%	0%
KA	4%	5%	3%	0%	7%
	100%	100%	100%	100%	100%

7 Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland

7.1 Unzureichender oder fehlender Krankenversicherungsschutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Deutschland und Probleme der medizinischen Versorgung

In der Bundesrepublik Deutschland lebt eine nur schwer quantifizierbare Zahl von Personen, die aus unterschiedlichen Gründen über einen nur eingeschränkten oder überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz verfügen. Dazu zählen:

- Deutsche
- EU-Bürger*innen
- Personen aus Drittstaaten
- Obdach- und Wohnungslose
- Personen ohne Papiere

„Deutschland hat den völkerrechtlich verbindlichen UN-Sozialpakt ratifiziert. Hier ist festgeschrieben, dass jeder Mensch ein Recht auf Zugang zu gesundheitlicher Versorgung hat. Im deutschen Recht haben auch Menschen ohne legalen bzw. mit ungesichertem Aufenthaltsstatus einen Anspruch auf (eingeschränkte) Gesundheitsleistungen. De facto ist für Patient*innen ohne Papiere der Zugang zu einer Gesundheitsversorgung jedoch versperrt: Vor

der medizinischen Behandlung in einer regulären ambulanten Arztpraxis müssen die Menschen einen Krankenschein zur Kostenübernahme bei der Sozialbehörde beantragen. Aufgrund der in Deutschland geltenden Übermittlungspflicht muss die Sozialbehörde den rechtlich unerlaubten Aufenthalt bei der Ausländerbehörde melden. Damit droht eine potenziell existenzgefährdende Abschiebung. Besser sollte es nach der geltenden Rechtslage beim Zugang zur Notfallhilfe im Krankenhaus aussehen: Über den sog. „Nothelferparagrafen“, § 6a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und der verlängerten ärztlichen Schweigepflicht sollte die Behandlung im Notfall gesichert sein. In der Praxis sieht es jedoch anders aus: Die Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) beobachtet bundesweit zwei zentrale Probleme bei der Notfallhilfe für Menschen ohne Papiere im Krankenhaus: Erstens können die Menschen sich nicht ausreichend sicher sein, dass ihre Daten nicht an die Ausländerbehörde weitergereicht werden, wenn sie im Notfall ein Krankenhaus aufsuchen. Zweitens wird den Betroffenen teilweise aufgrund fehlender Kostenübernahmen eine sofortige Behandlung im medizinisch notwendigen Umfang verwehrt. Denn die gegenwärtigen Regelungen zum „Nothelferparagrafen“ sind nicht praktikabel – zum erheblichen finanziellen Nachteil der Krankenhäuser: Eine Kostenerstattung durch das Sozialamt im Notfall greift nur in einem Bruchteil der Fälle. Dies hat Auswirkungen auf die Möglichkeit und Bereitschaft der Krankenhäuser, die Versorgung in angemessenem Umfang sicherzustellen.²⁸ „Die meisten medizinischen Anlaufstellen schicken die Menschen in bestimmte Krankenhäuser ihrer Stadt. Dies sind Krankenhäuser, von denen bekannt ist, dass sie Patient*innen ohne Papiere nicht abweisen, nicht vorschnell entlassen, die mit dem verlängerten Geheimnisschutz vertraut sind und bei denen die Verwaltungen offen sind für Absprachen. Es sind häufig dieselben Krankenhäuser, die auch nichtversicherte EU-Bürger*innen sowie deutsche Nichtversicherte eher aufnehmen. Das heißt, die Versorgung der gesamten nichtversicherten Patient*innen wird damit de facto von einigen wenigen Krankenhäusern übernommen.“²⁹

7.2 Gesundheitliche Versorgung außerhalb des Regelsystems

Die gesundheitliche Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen erfolgt seit längerer Zeit durch ein breitgefächertes ehrenamtliches und wohlfahrtsverbandliches Hilfesystem an einer Vielzahl von Standorten in Deutschland. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind hier zu nennen die Medinetze bzw. Medibüros, die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung, Caritas und Ärzte der Welt. „Die Medinetze sind an 33 Standorten in

28

https://www.aerztewelt.org/sites/default/files/BAG%20Gesundheit_Illegalit%C3%A4t_Arbeitspapier%20Notfallhilfe%20im%20Krankenhaus_August%202019_Web.pdf, S.3

²⁹ Ebd. S. 11

Deutschland seit vielen Jahren im Bereich der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete und Migrant*innen ohne zureichenden Krankheitsschutz tätig.³⁰ Malteser arbeitet derzeit an 19 Standorten, Ärzte der Welt in vier Städten (Berlin, Hamburg, München, Stuttgart). Zusätzlich gibt es in vielen Städten Einzelprojekte wie etwa Praxis ohne Grenzen e. V. - Ambulanz für Menschen ohne Krankenversicherung in Hamburg, den Verein Armut und Gesundheit in Mainz oder die Jenny de la Torre Stiftung in Berlin. Eine Zusammenstellung aller Hilfestellen nach Bundesländern findet sich auf der Website <http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de/kontaktstellen>.

7.3 Gesundheitliche Versorgung mit finanzieller Unterstützung durch Länder bzw. Kommunen

Beginnend mit Hamburg (mit einem Notfallfonds) im Jahr 2012 gibt bzw. gab es in verschiedenen Bundesländern und Kommunen (z.B. Hamburg, Niedersachsen, Thüringen, Berlin, Köln, Duisburg, Dortmund, Münster, Gelsenkirchen, München, Bonn) in der Regel zeitlich befristete Projekte³¹, diesen Problembereich durch Clearingstellen oder Notfallfonds anzugehen, obwohl das Zugangsproblem zur Regelversorgung „nur durch eine rechtliche Nachjustierung und Aufhebung bundesrechtlicher Restriktionen auf Bundesebene“³² im Ausländer- und Sozialrecht grundsätzlich lösbar wäre. Dieser Regelungsbereich wurde durch bisherige Regierungskoalitionen nicht adressiert. Im Koalitionsvertrag der Ampel heißt es nun dazu: „Wir werden für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie insbesondere Wohnungslose, den Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung prüfen und im Sinne der Betroffenen klären.“³³ Es bleibt abzuwarten, was daraus wird. In verschiedenen Bundesländern und Kommunen gibt es aber aktuell weitere Initiativen für Kostenübernahmeregelungen bzw. einen „Anonymen Behandlungsschein“ z.B. in Sachsen-Anhalt³⁴, in Hessen³⁵ und in Köln.³⁶ Im November 2021 wurde eine weitere Clearingstelle mit

³⁰ <http://gesundheit-gefluechtete.info/ueber-uns/>

³¹ Eine aktuelle Übersicht unter:

<https://www.eu-gleichbehandlungsstelle.de/resource/blob/203274/1594458/b2a7fc70b50780d5abc45d35040d9346/verzeichnis-clearingstellen-2020-data.pdf>

³²

https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_ohne_Papiere_April_2017_Web.pdf

³³ https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, S.69

³⁴ <https://medinetz-halle.de/wp-content/uploads/2020/05/Konzept-zur-medizinischen-Versorgung-von-Menschen-ohne-Krankenversicherung-in-Sachsen-Anhalt.pdf>

³⁵ <https://www.medinetzgiessen.de/anonymer-behandlungsschein/>

³⁶ Der Runde Tisch für Flüchtlingsfragen der Stadt Köln verabschiedete in seiner Sitzung am 25.02.2022 das von einer Arbeitsgruppe des Runden Tisches erstellte AKS-Konzept: https://ratsinformation.stadt-koeln.de/to0050.asp?__ktonr=343050. Im vom Kölner Stadtrat am 10.11.2022 beschlossenen Doppelhaushalt der Stadt Köln werden für die Umsetzung des Konzeptes für die Jahre 2023 und 2024 jeweils 400.000 Euro eingestellt.

Anonymem Behandlungsschein für Personen ohne Krankenversicherung in Bonn eröffnet.³⁷ Die Projekte sollen und wollen das ehrenamtliche und wohlfahrtsverbandliche Hilfesystem mit vorwiegend ambulanter Basisversorgung nicht ersetzen, vielmehr um zusätzliche (fach-)ärztliche Leistungen und finanzielle Mittel ergänzen, wobei eine enge Kooperation zwischen dem bestehenden ehrenamtlichen und wohlfahrtsverbandlichen medizinischen Hilfesystem und den neu etablierten Projekten erforderlich ist.

7.4 Verfahren zur Gewährung medizinischer Leistungen

Hinsichtlich der Gewährung medizinischer Leistungen für die Zielgruppen lassen sich zwei Verfahren unterscheiden, die sogenannte Kostenübernahme (KÜ) und die Anonymen Behandlungsscheine (ABS) bzw. Anonymen Krankenscheine (AKS). Das Konzept der Kostenübernahme nach Clearing des Krankenversicherungsstatus hat wohl das im Jahr 2012 in Hamburg umgesetzte Konzept als Blaupause. Das Konzept des Anonymen Behandlungsscheins wurde vom Medibüro Berlin und der Medizinischen Flüchtlingshilfe Göttingen entwickelt. „Der Behandlungsschein oder die Gesundheitskarte soll die freie Wahl der Ärzt*innen und Therapeut*innen gewährleisten, er darf keine einschränkenden Kennzeichnungen des Behandlungsumfangs enthalten, die Kosten für die notwendigen Dolmetscher*innen zur medizinischen Behandlung sollen Teil des Leistungsumfangs sein. Die Vergabe des Behandlungsscheins erfolgt durch unabhängige Flüchtlingsorganisationen mit guter örtlicher Vernetzung, die langjährig in der medizinischen Versorgung der Betroffenen tätig und entsprechend bekannt sind; durch ärztliche Leitung ist der Geheimschutz für die Betroffenen gewahrt. Das entsprechend qualifizierte Personal in Vergabestellen dieser Organisationen klärt das Gesundheitsproblem und die soziale Lage der sie aufsuchenden Menschen. Es stellt anschließend bei Bedarf einen Krankenschein (Behandlungsschein) oder eine Gesundheitskarte aus und vermittelt die Klient*innen an Arztpraxen oder Krankenhäuser. Zudem wird auf Wunsch eine Weitervermittlung zu aufenthaltsrechtlichen Beratungseinrichtungen gewährleistet. Die Finanzierung erfolgt entweder durch eine Krankenkasse (bei Gesundheitskarte), oder durch einen Fonds der jeweiligen Gemeinde oder des Bundeslandes (bei Krankenschein), der von der unabhängigen Organisation bzw. Vergabestelle verwaltet wird. Die Leistungen sollen – wie bei allen Kassenpatient*innen – „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein (§ 12 Abs. 1 SGB V); in Anlehnung an § 27

³⁷ <https://aks-bonn.de/aktuelles/>

Abs. 1 SGB V besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach medizinischer Indikation.“

38

Von den von uns im Rahmen der letzten Evaluation im Jahr 2021 untersuchten 17 Beratungs- und Clearingstellen in Deutschland vermitteln sechs Einrichtungen bzw. Projekte in medizinische Behandlungen und erstatten die Kosten, wobei vier mit einer Kostenübernahme arbeiten (Berlin, München, Hamburg und Düsseldorf) und zwei mit dem Anonymen Behandlungs- bzw. Krankenschein (AKS - Thüringen und ABS - Leipzig). Die Verfahren werden im Folgenden beschrieben und anschließend vergleichend analysiert.

7.5 Vergleich der Verfahren

Grundlage des Vergleichs sind neben Internetrecherchen die Angaben aus zwei strukturierten Kurzfragebögen mit denen die Einrichtungen von uns im Jahr 2021 und 2022 befragt worden sind. Im Jahr 2021 wurden Basisdaten von 17 damals existierenden bzw. bekannten Projekten erhoben. Im Jahr 2022 richtete sich die tiefergehende Befragung lediglich an die sechs Projekte mit Clearing und Kostenübernahme bzw. AKS oder ABS. Da sich das Düsseldorfer Projekt STAY nicht an der zweiten Befragung beteiligte, liegen Daten für fünf Einrichtungen vor. Dabei werden die Projekte auf der Grundlage der Angaben beider Fragebögen und weiteren Rechercheergebnissen sowie Rückfragen unsererseits zunächst einzeln kurz nach den im Folgenden genannten Themen bzw. Fragestellungen beschrieben:

- Zielsetzung
- Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung
- Zielgruppen
- Zahl der Klient*innen im Jahr 2020 und 2021, Klient*innenstruktur
- Vermittlung der Klient*innen an das Projekt
- Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS
- Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen
- Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?
- Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS
- Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung
- Durchführung der medizinischen Maßnahmen
- Vergütung

³⁸ <http://gesundheit-gefluechtete.info/krankenschein/>

- Abrechnung, Rechnungsprüfung
- Daten zur Häufigkeit von KÜ/ABS/AKS und Durchschnittskosten
- Daten zur Integration in eine KV
- Dokumentation / Evaluation

Im Kapitel 7.6 erfolgt ein Vergleich in Bezug auf wesentliche Unterschiede.

Anonymer Krankenschein Thüringen (AKST)

Zielsetzung

Das Projekt bietet neben Legalisierungs-, Clearing und Sozialberatung den Anonymen Krankenschein (AKS) an.

Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung

Das Projekt, das vom Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie finanziert wird, hat im Februar 2017 die Arbeit aufgenommen. Das Jahresbudget im Jahr 2020 betrug 249.000 €, im Jahr 2021 349.000 €, was eine Steigerung um 40% entspricht. Das Budget für die medizinische Leistungserbringung betrug im Jahr 2020 154.271,82 €. Das Projekt arbeitet mit vier Teilzeitstellen.

Zielgruppen

Zielgruppen sind alle Menschen in Thüringen, die keinen oder keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz haben, darunter sind unter anderem Deutsche, EU-Bürger*innen, Personen aus Drittstaaten, Wohnungs- und Obdachlose sowie Personen ohne Papiere, bzw. ohne legalen Aufenthaltsstatus.

*Zahl der Klient*innen im Jahr 2020 und 2021, Klient*innenstruktur*

Bis Juli 2021 wurden 314 unterschiedliche Klient*innen medizinisch behandelt, im Jahr 2020 waren es 127, im Jahr 2021 150.

Im Jahr 2021 verteilen sich die Klient*innen wie folgt:

Deutsche	24%
EU-Bürger*innen	35%
Drittstaatler*innen	41%

Es gibt keine Angaben zu Obdachlosen und Personen ohne Papiere. Durch die dezentrale Struktur der Scheinausgabe (siehe Punkt „Vermittlung der Klient*innen an das Projekt“) ist es nicht leicht, Daten über die Patient*innen zu erheben. Im Gegensatz zu anderen Projekten kommt nicht jede Patient*in automatisch mit dem Clearing in Kontakt, so dass detaillierte Aussagen über die individuellen Lebenslagen der Patient*innen kaum möglich sind. Die prozentualen Angaben über die Herkunft der Patient*innen sind demzufolge Schätzungen, die aus den Clearingkontakten gezogen wurden.

*Vermittlung der Klient*innen an das Projekt*

Diese erfolgt durch Öffentlichkeitsarbeit, Zielgruppenansprache mittels Flyer etc. und der Vernetzung mit Beratungsstellen, Kliniken, sowie Ärzt*innen. Mittlerweile funktioniert auch die Weiterempfehlung innerhalb der Betroffenengruppen. Im Flächenland Thüringen arbeitet das Projekt neben der Zentrale in Jena mit 34 Einrichtungen (Stand September 2022) zusammen, bei denen es sich ausschließlich um (niedergelassene) Ärzt*innen (sogenannte Vertrauensärzt*innen) handelt. Mit allen Ärzt*innen wurden einzelne Kooperationsvereinbarungen über ihre Tätigkeit für den AKST geschlossen. Diese fungieren als Ausgabestellen für den AKST. „Die Besonderheit des AKST ist die Anonymisierung der Patient*innen. Dies soll sicherstellen, dass die Daten von besonders vulnerablen Patient*innen – wie beispielsweise Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel – geschützt werden. Damit soll eine Hürde abgebaut werden, medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen.“

Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS

Keine Krankenversicherung, Mittellosigkeit, Aufenthalt in Thüringen, Behandlung in Thüringen.

Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen

Es können alle medizinisch notwendigen Leistungen zur Diagnostik und Behandlung sowie präventive Maßnahmen entsprechend GBA und STIKO sowie auch notwendige Sprachmittlungskosten finanziert werden. Als Berechnungsgrundlage dienen §4 und §6 AsylbLG entsprechend der Rahmenvereinbarung zwischen dem Freistaat Thüringen, den kommunalen Spritzenverbänden und den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen. Die Leistungen umfassen auch Psychotherapie, Physiotherapie und Schwangerschaftsabbrüche. Neben dem Krankenschein gibt es auch einen Medikamentenabrechnungsschein, mit dem Medikamente und Hilfsmittel verordnet werden können. Dem AKST ist es laut Förderbescheid aber nicht möglich,

Medikamentenverordnungen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, also z.B. Substitutionsbehandlungen zu übernehmen

Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?

Die Vertrauensärzt*innen nehmen nach Anamnese und ggf. körperlicher Untersuchung die Indikationsstellung von medizinischen Maßnahmen (Diagnostik, Behandlung, Beratung, Nachsorge etc.) und das Ausstellen des AKS vor. Pro Patient*in kann hierfür eine Pauschale von 10 € bzw. bei körperlicher Untersuchung von 20 € abgerechnet werden. Bei chronisch kranken Patient*innen soll auch eine hausärztliche Koordinationsrolle übernommen werden.

Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS

Drei Monate nach Ausstellung für definierte Diagnose auch für mehrere Behandlungen derselben Leistungserbringer*innen. Bei Überweisung zu anderen Fachmediziner*innen muss ein neuer AKS ausgestellt werden. Ein AKS stellt einen Einzelvertrag mit den konkreten Behandler*innen dar, deshalb müssen die behandelnden Ärzt*innen die untere Hälfte des AKS mit ihren Daten ausfüllen. Nur diese Ärzt*in kann dann auch Leistungen für die entsprechende Patient*in mit dem AKST abrechnen.

Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung

Der AKS stellt ohne weitere Absprache eine Kostenübernahmegarantie über 500 € durch den Verein dar. Die Kostendeckelung liegt bei 500 €. Für die Medikamentenverordnung existiert ein gesonderter Schein, der sog. Apothekenabrechnungsrezeptschein. Dieser stellt eine eigene Kostenübernahmegarantie über 500 € dar und fließt nicht in die Kostenkalkulation der Behandelnden ein. Die Apotheken rechnen direkt mit dem AKST mittels dieses Scheins ab.

Kostenvoranschläge werden von Kliniken, bzw. anderen medizinischen Leistungserbringer*innen eingefordert, wenn die Höhe der zu erwartenden Behandlungskosten 500 € übersteigt. Dies passiert erfahrungsgemäß im ambulanten Bereich äußerst selten (manchmal bei zahnärztlichen Behandlungen), im stationären Bereich hingegen fast regelmäßig.

Durchführung der medizinischen Maßnahmen

Niedergelassene Ärzt*innen (freie Wahl der Patient*innen) und Krankenhäuser in Thüringen. Bei Inanspruchnahme von Krankenhäusern ist eine vorherige Information des AKST erwünscht.

Vergütung

1,0-fachen Satz der GOÄ bzw. ThürHebEntGebVO/ 2,0-fachen Satz GOZ; DRG bei stationärer Behandlung

Abrechnung, Rechnungsprüfung

Die Vertrauensärzt*innen und medizinischen Leistungserbringer*innen rechnen die Leistungen mit dem AKST ab. Rechnungsprüfungen erfolgen intern durch die angestellte Ärztin und die Verwaltungskraft sowie durch den Thüringer Landesrechnungshof.

Daten zu Durchschnittskosten einer KÜ/ABS/AKS

Im Jahr 2021 bei 131.450,27€ Behandlungskosten für 150 Patient*innen: durchschnittliche Behandlungskosten/Pat. = 876,34 €; 216 ausgegebene AKS: durchschnittliche Behandlungskosten/AKS = 608,57 €; 402 Behandlungen: durchschnittliche Behandlungskosten/Behandlung = 326,99 €

Daten zur Integration in eine KV

16% der Klient*innen konnten 2021 erfolgreich in eine Regelversorgung zurückgeführt werden.

Dokumentation / Evaluation

Es erfolgt eine Projektdokumentation. Eine externe Evaluation ist geplant und wird vom Rechnungshof im Thüringen gefordert.³⁹

Ergänzende Informationen

Gynäkologie und Geburtshilfe machten mit rund 40 Prozent der Fälle den größten Anteil der anonymen Behandlungen aus, jeder fünfte Fall betraf die Allgemeinmedizin, in gut jedem zehnten Fall ging es um Zahnarztbehandlungen. „Inzwischen stößt das Hilfesystem nach

³⁹ <https://www.thueringer-rechnungshof.de/files/17347F06353/Jahresbericht%202020%20Endfassung.pdf>, S.147

Einschätzung der Organisatoren zunehmend an finanzielle Grenzen. In diesem Jahr habe in Einzelfällen bereits die Kostenübernahme für Behandlungen abgesagt werden müssen.⁴⁰

Clearingstelle und Anonymer Behandlungsschein Leipzig (CABL)

Zielsetzung

Clearing zur Integration in eine KV, Kostenübernahme für medizinische Behandlungen, Anonymer Behandlungsschein, Stabilisierung, Unterstützung und medizinische Versorgung von Menschen ohne festen Wohnsitz.

Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung

Das Projekt, das vom Gesundheits- und Sozialamt der Stadt Leipzig finanziert wird, hat im November 2019 die Arbeit aufgenommen. Das Jahresbudget im Jahr 2020 betrug 160.464 €, im Jahr 2021 207.217,95 €, was eine Steigerung um 30% entspricht. Für die medizinischen Maßnahmen sind 54% bzw. 58% des Budgets vorgesehen,

Abb. 47 Budget CABL 2020/2021

	2020		2021	
Personal	58.573 €	36,5%	66.994 €	32,3%
Behandlung	86.758 €	54,0%	119.783 €	57,8%
Sachmittel	15.233 €	9,5%	20.440 €	9,9%
Summe	160.564 €	100,0%	207.217 €	100,0%

Das Projekt arbeitet mit drei Teilzeitstellen.

Zielgruppen

Zielgruppen des Projektes sind Deutsche, EU-Bürger*innen, Personen aus Drittstaaten, Wohnungs- und Obdachlose und Personen ohne Papiere.

*Zahl der Klient*innen im Jahr 2020 und 2021, Klient*innenstruktur nach Herkunftsländern*

Bis Juli 2021 wurden 400 unterschiedliche Klient*innen betreut, im Jahr 2020 waren es 220, im Jahr 2021 267 Erstberatungen und 598 Beratungskontakte insgesamt. Im Jahr 2021 wurden 630 ABS ausgestellt.

⁴⁰ <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-erfurt-anonymer-krankenschein-2020-fuer-127-menschen-in-thueringen-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-210808-99-765939>

Im Jahr 2021 verteilen sich die Klient*innen wie folgt:

Deutsche	8%
EU-Bürger*innen	18%
Drittstaatler*innen	73%

Anteil der Personen ohne Papiere: 42%; Keine Daten zu Obdachlosen. Es liegen keine ausgewerteten Daten zu Schwangeren vor, es kann aber benannt werden, dass 138 Behandlungsscheine, also 22% aller Scheine 2021 für die Gynäkologie ausgestellt wurden. Außerdem wurden 2021 18 Minderjährige vom CABL e.V. betreut. Finanziell auffällig waren vor allem die Kosten für HIV-Medikamente, diese beliefen sich 2021 auf 29.910,97€.

*Vermittlung der Klient*innen an das Projekt*

Die Vermittlung der Klient*innen an das Projekt wird nicht erhoben. Es erfolgt eine enge Kooperation mit dem Medinetz in Leipzig sowie verschiedenen Einrichtungen der Straßensozialarbeit, Frauenhäuser und Migrationsberatungsstellen.

Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS

Keine Krankenversicherung

Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen

GKV Leistungskatalog nicht beschränkt auf §4 und §6 AsylbLG

Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?

Den ABS erhalten die Patient*innen in den Sprechstunden des CABL e.V., die jeweils von einer Ärzt*in und einer Sozialarbeiter*in betreut werden. In den Sprechstunden wird eine Verdachtsdiagnose gestellt und die medizinische Notwendigkeit eines ärztlichen Besuchs festgestellt und dann ggf. ein ABS für die benötigte Fachrichtung ausgestellt. Leistungen von Dolmetscher*innen und Medikamentenverordnungen können ebenso übernommen werden.

Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS

Der ABS ist vom Ausstellungsdatum bis zum Ende des jeweiligen Quartals gültig.

Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung

Das Budget ist nicht begrenzt, allerdings bedarf die Erstattung von Beträgen über 500 € der vorherigen Rücksprache und der schriftlichen Vereinbarung mit der Clearingstelle in Leipzig.

Durchführung der medizinischen Maßnahmen

Freie Wahl niedergelassener Ärzt*innen. Krankenhäuser führen auch Behandlungen durch, aber nur ambulant. Mit einem ABS können die Klient*innen unter Wahrung Ihrer Anonymität, in einer ambulanten Praxis Ihrer Wahl eine kostenfreie Behandlung erhalten.

Vergütung

1,0-facher Satz der GOÄ, bzw. max. 2,0-facher Satz der GOZ.

Abrechnung, Rechnungsprüfung

Abrechnung mit CABL. Die Abrechnungen werden durch die ehrenamtlich arbeitenden Ärzt*innen überprüft.

Daten zu Durchschnittskosten einer KÜ/ABS/AKS

Im Jahr 2021 Gesamtkosten für medizinische Maßnahmen in Höhe von 121.527 €. Im Jahr 2021 wurden 630 Scheine ausgestellt, mit einem Rücklauf von 363 Scheinen. Es werden damit nur 58% aller ausgegebenen Scheine auch abgerechnet. Durchschnittskosten berechnet mit allen ausgegebenen Scheinen 192,90 €, Durchschnitt mit den eingelösten Scheinen 334,79 €

Daten zur Integration in eine KV

Im Jahr 2021 66 erfolgreiche Clearings bei 267 Erstberatungen; also ca. 25%.

Dokumentation / Evaluation

Interne Dokumentation und Evaluation.

Ergänzende Informationen

„Die Fördersumme des Projektes CabL e. V. wird für die Jahre 2021 und 2022 um jeweils 36.000 Euro erhöht, um die Finanzierung der notwendigen Behandlungskosten zu gewährleisten. Dafür wird das Budget zur Finanzierung Freier Träger Gesundheitsamt um jeweils diesen Betrag erhöht. Begründung: Mit dem Beschluss des Doppelhaushaltes 2019/20 wurde zum ersten Mal die Finanzierung einer Clearingstelle und anonymer Behandlungsscheine für Menschen ohne Krankenversicherung zur Verfügung gestellt. Der Verein CabL ist mittlerweile zu einer wichtigen Anlaufstelle für marginalisierte Personen geworden, die keinen Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung haben. Die Behandlungskosten sind in 2020 kontinuierlich gestiegen. Die Steigerung vom 1. zum 2. Quartal 2020 betrug 50 %, die Steigerung vom 2. Quartal zum 3. sogar 79 %. Dies ist einerseits

mit einem größeren Zulauf durch größeren Bekanntheitsgrad des Angebotes zu begründen, andererseits durch die Übernahme von mehreren Behandlungen, die sehr kostspielig sind - wie die monatliche Übernahme von den Kosten für HIV-Medikamente. Um die Gewährleistung von notwendigen Behandlungen sicherzustellen, wird das Budget per anno erhöht. Beschluss der Ratsversammlung am 31. März 2021. Der Antrag wurde so beschlossen“.⁴¹

Clearingstelle Gesundheit München, Condrops e.V.

Zielsetzung

Clearing zur Integration in eine Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern wie SGB XII, AsylbLG und Kostenübernahme für medizinische Behandlungen, Medikamente und Hilfsmittel.

Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung

Das Projekt, das vom Sozialreferat der Stadt München finanziert wird, hat im Mai 2020 die Arbeit aufgenommen. Das Jahresbudget für den Gesundheitsfonds beträgt bisher unverändert 500.000 €. Das Projekt arbeitet mit zwei Vollzeitstellen und einer Teilzeitstelle (Sozialpädagoge, Fachangestellte für Sozialversicherungen und einer halben Verwaltungskraft). Das zunächst auf drei Jahre befristete Projekt wurde am 20.10.2022 zur Entscheidung der Verlängerung dem Münchner Stadtrat vorgelegt und entfristet. Ab 2023 wird eine halbe Sozialpädagogenstelle mehr finanziert und die Zuwendungen auf 795.000 € erhöht werden, darunter 228.000 € für Personalkosten und 567.000 € für Sachkosten, davon 500.000 € für den Gesundheitsfonds.

Zielgruppen

Zielgruppen des Projektes sind Deutsche, EU-Bürger*innen, Personen aus Drittstaaten, Wohnungs- und Obdachlose und Personen ohne Papiere.

⁴¹ <https://www.gruene-fraktion-leipzig.de/beitrag/projekt-clearingstelle-anonymer-behandlungsschein.html>

*Zahl der Klient*innen im Jahr 2020 und 2021, Klient*innenstruktur*

Bis Juli 2021 wurden 400 unterschiedliche Klient*innen betreut, im Jahr 2020 waren es 241, im Jahr 2021 366 Klient*innen. Davon haben 215 ein Clearingverfahren durchlaufen. 151 Klient*innen haben nur eine kurze Beratung in Anspruch genommen. Der Großteil (61%) der 366 Klient*innen ist männlich und die Altersgruppe der 41- bis 65-jährigen mit 50% am häufigsten vertreten war. 71% der Ratsuchenden kamen aus der Europäischen Union, davon 13% aus Deutschland und 58% aus anderen EU-Ländern. Entsprechend stammen ca. 30% der Klient*innen aus Drittstaaten. Die Klient*innen befinden sich zu 53% zwischen einem und mehr als fünf Jahren in München und ebenso viele (53%) gaben an derzeit keiner Berufstätigkeit nachzugehen.

43% der Klient*innen sind obdachlos und damit in einer prekären Wohnsituation. Hier ist der Anteil besonders bei aus den osteuropäischen EU-Ländern stammenden Personen hoch. 30% aller Klient*innen weisen zudem eine Suchtproblematik auf.

Zur Aufnahme war der Status bei 65% der 209 abgeschlossenen Fälle nicht versichert, 28% hatten einen unklaren Status. Die übrigen 17% befanden sich in verschiedenen Status, teilweise im Leistungsruhen, im Notlagentarif, Reiseversicherung, Versicherung im Herkunftsland, EHIC, GKV oder im AsylbLG. Für 107 Klient*innen konnte eine Absicherung der Gesundheitsversorgung durch GKV, EHIC, und SGB II, SGB XII oder AsylbLG hergestellt werden. Das sind 51% aller abgeschlossenen Fälle. Bei 42% der Fälle war keine (Re-) Integration in die Krankenversicherung oder Absicherung durch das AsylbLG möglich. In 6% bestand bereits eine GKV oder PKV. Im Jahr 2021 wurden durch den Gesundheitsfonds 289 Rechnungen für 97 Klient*innen (davon 62 ergebnisdokumentiert) und 305 Behandlungen übernommen. Die Ausgaben des Gesundheitsfonds beliefen sich auf 364.980,07€. 20.426,34€ wurden dem Gesundheitsfonds rückerstattet.

*Vermittlung der Klient*innen an das Projekt*

Medizinische Anlaufstellen, soziale Beratungsstellen, Krankenhäuser, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. 48% werden über medizinische Anlaufstellen (Malteser, Ärzte der Welt, Arztpraxis für Wohnungslose, Sankt Bonifatius) an die CS vermittelt.

Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS

Keine Krankenversicherung, gewöhnlicher Aufenthalt in München, medizinische Notwendigkeit und Mittellosigkeit. Keine Kostenübernahme bei Tourist*innen. Negativ

abgeschlossenes Clearingverfahren, aber in Einzelfällen auch KÜ, um eine medizinische Behandlung zu sichern.

Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen

§4 und §6 AsylbLG, alle SGB V Leistungen. Auch Substitution, Psychotherapie, Zahnbehandlungen, Reha- u. Pflegeleistungen nach SGB V.

Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?

Die Clearingstelle stellt nach erfolgtem Kostenvoranschlag der Leistungserbringer eine Kostenübernahme für die Behandlung aus. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Es werden Klient*innen aber auch zur Behandlung an das ehrenamtliche, solidarische medizinische Versorgungssystem vermittelt.

Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS

14 Tage

Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung

Nein die Übernahme der Kosten nach erfolgtem Kostenvoranschlag ist grundsätzlich nicht limitiert, muss aber ab 5.000 € von der Bewilligungskommission freigegeben werden.

Durchführung der medizinischen Maßnahmen

Behandlungen und Diagnostik im Regelsystem.

Vergütung

DRG, GOÄ bis zum 1,2-fachen Satz.

Abrechnung, Rechnungsprüfung

Erfolgen intern durch die Clearingstelle.

Daten zu Durchschnittskosten einer KÜ/ABS/AKS

2021 wurden für 97 Klient*innen 305 Behandlungen mit Kosten von insgesamt 364.980 € übernommen. Kosten pro Fall: 3.763 €. Kosten pro Behandlung: 1.197 €. ⁴²

⁴²

<https://risi.muenchen.de/risi/sitzungsvorlage/detail/7286050;jsessionid=9F28CCE824AC2435FBD100A2C67ECD23?dokument=v7337608>

Daten zur Integration in eine KV

Für 107 Klient*innen konnte bei 215 Clearingfällen (davon 209 abgeschlossenen) eine Absicherung der Gesundheitsversorgung durch GKV, EHIC, und SGB II, SGB XII oder AsylbLG hergestellt werden. Das sind 51% aller abgeschlossenen Fälle (107/209).

Dokumentation / Evaluation

Interne Dokumentation und Evaluation.

Ergänzende Informationen

Die Zahl komplexer Fälle, bei denen schwere gesundheitliche Diagnosen auf vielschichtige Problemkonstellationen und/oder komplizierte Rechtslagen treffen, nimmt stetig zu.

Ergebnisse zur internen Evaluation unter (vgl. Fußnote 42).

Clearingstelle Gesundheitsversorgung von Ausländer*innen – Hamburg

Zielsetzung

„Ziel dieser Clearingstelle ist es, zu klären, ob eine Integration der Hilfesuchenden in die Regelversorgungssysteme erfolgen kann. Für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Ausländer*innen, die nicht in die Regelversorgungssysteme integriert werden können, sieht das Konzept den Rückgriff auf einen sog. „Notfallfonds“ vor, dessen Mittel von der Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg bereitgestellt werden. Seit April 2018 gibt es ein Clearingverfahren für Unionsbürger*innen mit der Möglichkeit, medizinische Behandlung aus dem Fonds zu erhalten.“ (Quelle: Sachbericht 2020)

Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung

Das von der Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg finanzierte Projekt hat im Dezember 2012 die Arbeit aufgenommen. Budget seit dem Jahr 2019: 335.000 für Behandlungskosten; 357.000 € insgesamt. Eine Aufstockung der Mittel ist zugesagt. Vier Stellen in Teilzeit: 1,75 Beraterinnen und 0,5 Verwaltung.

Zielgruppen

Die Zielgruppe besteht aus Drittstaatler*innen ohne Papiere und EU-Bürger*innen ohne Krankenversicherungsschutz. Das Projekt richtet sich nicht an Deutsche, auch nicht explizit an Obdachlose.

*Zahl der Klient*innen im Jahr 2020 und 2021, Klient*innenstruktur*

Bis Juli 2021 wurden 4.150 unterschiedliche Klient*innen beraten, im Jahr 2020 waren es 589, im Jahr 2021 689. Im Jahr 2020 gab es bei den 589 Klient*innen 1.868 Beratungsgespräche. Im Jahr 2021 verteilen sich die Klient*innen wie folgt:

Deutsche	0%
EU-Bürger*innen	10%
Drittstaatler*innen	90%

3% der Klient*innen sind Obdachlos. Bei 90% handelt es sich um Personen ohne Papiere. 84% der wenigen EU-Bürger*innen stammen aus Rumänien, Bulgarien oder Polen. In Hamburg sind 68% der Klient*innen weiblich, was auf den hohen Anteil von Schwangeren zurückzuführen ist.

*Vermittlung der Klient*innen an das Projekt*

54% durch medizinische Anlaufstellen (MMM etc.); 12% durch Ärzt*innen oder Krankenhäuser; 25% durch Mundpropaganda; 9% Sonstige.

Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS

Das Clearing muss negativ abgeschlossen sein, d.h.es besteht keine Krankenversicherung, bevor ggf. medizinische Behandlungen über KÜ eingeleitet werden können. Keine Krankenversicherung, Mittellosigkeit, Aufenthaltsort Hamburg, keine Tourist*innen.

Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen

„Der Leistungsumfang entspricht dem § 4 AsylbLG, der § 6 AsylbLG wird hier nicht mehr angeführt.“⁴³

Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?

Keine Ärzt*innen, diese erfolgt durch Sozialberater*innen. Konsentierete Absprache von mindestens zwei Berater*innen. Anschließend werden die Klient*innen zu passenden Arzt*innen oder zu einem Krankenhaus vermittelt (inklusive Terminabsprachen).

Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS

3 Monate nach Ausstellung für definierte Diagnose und definierte Leistungen.

⁴³ Persönliche Mitteilung

Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung

„Die Einhaltung des Kostenrahmens erfolgt durch mehrere Maßnahmen. Jede Kostenübernahmeerklärung enthält einen Maximalbetrag, über den die Rechnung im Normalfall nicht geht. Die Verwaltungskraft erstellt eine Statistik der Kostenübernahmeerklärungen, so dass jederzeit abrufbar ist, in welcher Höhe Kostenzusagen gegeben wurden. Auch gibt es eine ausführliche und ständig aktualisierte Statistik über die Ausgaben und einen Abgleich mit der Buchhaltung. Die Rechnungen werden in der CS nach dem Vieraugenprinzip geprüft und im Anschluss an eine externe Buchhaltung weitergeleitet.“

44

Durchführung der medizinischen Maßnahmen

Es bestehen gute Kontakte zu ärztlichen Praxen und Krankenhäusern in Hamburg. Alle Hamburger Krankenhäuser erklärten sich bei Gründung der Clearingstelle bereit, Klient*innen zu behandeln. Die Clearingstelle hat ein Ärztenetzwerk von etwa 60 niedergelassenen Facharztpraxen, die sich bereit erklärten, Klient*innen der Clearingstelle zu behandeln. Es gibt weitere Arztpraxen, die angefragt werden. Über die Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung können Facharzttermine gebucht werden, wenn die Überweisung einen Dringlichkeitscode hat. In ganz Deutschland können Kassenpatient*innen über die Servicestellen der kassenärztlichen Vereinigung Facharzttermine (in den nächsten 4 Wochen) erhalten, wenn auf der Überweisung ein Dringlichkeitscode vermerkt ist.⁴⁵ Die Sozialbehörde Hamburg hat bewirkt, dass die Clearingstelle diesen Service für die Klienten nutzen kann. Die Clearingstelle kooperiert auch mit medizinischen Anlaufstellen. In einigen Fällen wird auch an medizinische Anlaufstellen, z.B. Praxis ohne Grenzen, MMM Andocken vermittelt.

Vergütung

Abrechnung nach Basistarif der privaten Krankenversicherung in Höhe des einfachen Satzes nach GOÄ (1,0-facher Satz) bzw. bei stationären Leistungen der entsprechenden DRG-Beratungsleistungen sind seit 2021 erstattungsfähig.

Abrechnung, Rechnungsprüfung

Erfolgt in der Einrichtung. Die Abrechnungen der Ärzt*innen werden an das Flüchtlingszentrum geschickt, dort geprüft und ggfs. zur Korrektur zurückgeleitet oder bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen unbar beglichen.

⁴⁴ Persönliche Mitteilung

⁴⁵ <https://www.krankenkassen.de/gesundheit/terminservicestelle/>

Daten zu Durchschnittskosten einer KÜ/ABS/AKS

445 Klient*innen von 589 (76%) erhielten mind. eine Förderzusage mit Gesamtkosten in Höhe von 332.500 €. Diese Kosten basieren auf 396 abgerechneten Behandlungen (89%). Mittelwert der Behandlungskosten insgesamt 840 €. Ein Drittel der Gesamtkosten 111.454,54 € (wie auch der Beratungsanlässe) entfiel auf Schwangerschaft und Geburt.

Daten zur Integration in eine KV

216 von 589 Klient*innen (37%) konnten in Regelversorgung überführt werden, in ganz großer Mehrheit (187=87%) nach dem AsylbLG.

Dokumentation / Evaluation

Interne Dokumentation und Evaluation mit jährlichen Sachberichten. Für das Jahr 2021 unter; https://www.fz-hh.de/download/clearingstelle-mv/VN_CS_med_2020_Sachbericht_20210331.pdf

Ergänzende Informationen

„Hinsichtlich der Unionsbürger*innen wurde das Verfahren seit Bestehen der Clearingstelle mehrfach verändert. Seit April 2018 beginnen die Unionsbürger*innen das Clearingverfahren in der Clearingstelle. Anschließend werden sie zu einer Fachberatung in die Ev. Auslandsberatungsstelle oder zur Fachstelle Zuwanderung Osteuropa vermittelt. Hier findet eine qualifizierte Beratung zu den Möglichkeiten der Integration ins Regelsystem, insbesondere zu Sozialleistungen und zum Krankenversicherungsschutz statt. Im Anschluss kann eine medizinische Behandlung dieser Zielgruppe im Rahmen der o.g. Vorgaben aus dem Fonds gefördert werden. Seit August 2019 werden Geburtskosten nicht mehr aus dem Fonds gefördert. Schwangere Drittstaatler*innen haben die Möglichkeit, eine Duldung zu beantragen und Leistungen nach dem AsylbLG zu erhalten. Schwangere Unionsbürgerinnen können beim Grundsicherungsamt die Übernahme der Geburtskosten nach § 23 SGB XII beantragen. (-). Die Einschränkungen durch die Konditionen und die Limitierung des Fonds machen es nicht immer möglich, dass Menschen die notwendige medizinische Versorgung erhalten. Die Versorgung von chronisch Erkrankten ohne aufenthaltsrechtliche Perspektive stellt nach wie vor ein Problem dar. Ebenso wird die Clearingstelle häufig wegen der Kostenübernahme von Notfallbehandlungen angefragt, wenn Krankenhäuser von den Grundsicherungsämtern eine Ablehnung von Anträgen nach § 25 SGBXII erhalten und die Kosten den Klient*innen in Rechnung stellen. Es gilt hier, weitere Lösungswege zu erarbeiten. (Quelle. Sachbericht 2020, S. 5, S.22).

Notfallbehandlungen

Für Notfallbehandlungen gibt es die Abrechnungsmöglichkeit nach § 25 SGB XII. Eine Kostenübernahme von Notfallbehandlungen ist im Zuwendungsbescheid ausgeschlossen. Im Bereich der öffentlichen Gelder gibt es niemals eine doppelte Möglichkeit der Kostenübernahme. Auch bei uns gibt es immer wieder Anfragen zur Kostenübernahme von Notfallbehandlungen. Auf dieses Problem machten wir mehrfach in unseren Jahresberichten aufmerksam. Auch waren wir an der Veröffentlichung der BAG zum Thema beteiligt.⁴⁶

Clearingstelle der Berliner Stadtmission

Zielsetzung

Ziel der Clearingstelle ist es, nicht (ausreichend) krankenversicherte Personen über ihre Ansprüche vorrangig bezüglich einer Krankenversicherung aufzuklären und dabei zu unterstützen, einen Zugang zur Regelversorgung zu erhalten (SGB V, SGB II, SGB XII, AsylbLG, EHIC). Dabei werden Sozialberatungen und ggf. Aufenthaltsberatungen durchgeführt. Sollten keine Leistungsansprüche hergestellt werden können, werden die Kosten für medizinische Behandlungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel über das Verfahren der Kostenübernahme übernommen.

Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung

Das von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung finanzierte Projekt hat im September 2018 die Arbeit aufgenommen. Bis zum Juni 2019 wurden nur Clearingverfahren durchgeführt, danach das Konzept vollständig umgesetzt. Die Haushaltsmittel wurden von 1,5 Mio. (2019) auf 2.360 Mio. im Jahr 2020 und 2.601 im Jahr 2021, 2022 und 2023 erhöht ⁴⁷, wobei die zusätzlichen Mittel mit bis zu 1/3 in die Personal- und Sachkosten zum Betreiben der Clearingstelle fließen und bis zu 2/3 für die Kostenübernahmen von medizinischen Behandlungen verwendet werden sollen. Das Projekt verfügt derzeit über 4 Vollzeit- und 16 Teilzeitstellen. In der Clearingstelle arbeiten Sozialarbeiter*innen, Jurist*innen für die Aufenthaltsberatung, medizinische Fachangestellte,

⁴⁶

https://www.fnrw.de/fileadmin/fnrw/media/downloads/Broschueren/Gesundheit/BAG_Gesundheit_Illegalitaet_Arbeitspapier_Notfallhilfe_im_Krankenhaus_August_2019_Web.pdf

⁴⁷ <https://www.parlament-berlin.de/adosservice/18/Hauptvorgang/h18-1230.H-v.pdf>

Verwaltungs- und Empfangskräfte, jedoch keine Ärzt*innen. Eine externe juristische Beratung erfolgt durch zwei Fachanwälte für Sozialrecht.

Zielgruppen

Zielgruppen des Projektes sind Deutsche, EU-Bürger*innen, Personen aus Drittstaaten, Wohnungs- und Obdachlose und Personen ohne Papiere, also alle Menschen, die in Berlin wohnen und nicht (ausreichend) krankenversichert sind.

*Zahl der Klient*innen im Jahr 2020 und 2021, Klient*innenstruktur*

Im Jahr 2020 wurden 934 unterschiedliche Klient*innen beraten, im Jahr 2021 1071, im Jahr 2022 bis September bereits 1.084. Die Klient*innenstruktur zeigt, dass die Mehrzahl der Klient*innen männlich ist, auf die Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen entfallen und aus Drittstaaten stammen sowie wohnungs- oder obdachlos sind.

Über die Jahre sinkt das Durchschnittsalter, nehmen die deutschen Klient*innen ab und die Drittstaatsangehörigen zu, wie auch der Anteil der Wohnungslosen steigt. Der Anteil der Klient*innen mit Suchtproblematiken (Substitution) und STD bzw. HIV-Infektion ist hoch. Im Jahr 2022 entfallen bis Ende September 30% der KÜ-Fälle und 30% der abgerechneten Kosten auf diese Klient*innengruppen. Der Anteil der schwangeren Klient*innen ohne Krankenversicherung ist gering, da diese Zielgruppe in Berlin durch andere Einrichtungen (z.B. die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung) medizinisch und psychosozial versorgt werden können.⁴⁸

⁴⁸ <https://www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/zentren/artikel.1223587.php>

Abb. 48 Ausgewählte Daten zu den Klient*innen der Jahre

	Gesamt	Mindestens ein Termin im Jahr			
		2019	2020	2021	Sep 22
Zahl unterschiedlicher Klient*innen	3083	786	934	1071	1084
Geschlecht					
Männlich	61,5%	64,5%	60,3%	61,3%	63,1%
Weiblich	37,9%	35,2%	38,8%	38,1%	36,3%
KA, Andere	0,6%	0,3%	1,0%	0,6%	0,6%
Summe der Klienten	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Alter					
<18	3,1%	1,5%	1,8%	3,9%	3,6%
18 bis 29	16,4%	13,5%	14,6%	16,0%	18,1%
30 bis 39	26,0%	24,4%	28,9%	26,5%	25,6%
40 bis 49	21,1%	21,0%	23,7%	21,5%	21,5%
50 bis 59	14,8%	15,1%	13,4%	16,0%	15,9%
60+	17,7%	22,8%	17,1%	16,2%	15,4%
Leer	0,8%	1,7%	0,5%	0,0%	0,0%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mittelwert	43,3	46,0	43,4	42,6	42,2
Staatsangehörigkeit kurz					
Deutsch	18,8%	28,0%	15,6%	11,4%	9,8%
Drittstaatsangehörige	52,4%	43,8%	53,9%	57,0%	63,2%
EU-Bürger*innen	25,9%	27,5%	27,8%	27,7%	24,4%
KA, Keine, Mehrere	2,9%	0,8%	2,7%	3,8%	2,6%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Wohnsituation					
Leer	6,1%	3,2%	4,0%	4,5%	9,4%
Gesichert	36,4%	43,3%	33,8%	31,7%	25,3%
Obdachlos	14,9%	15,1%	16,8%	17,9%	15,6%
Sonstiges	2,7%	3,6%	2,7%	2,9%	2,0%
Wohnungslos	39,9%	34,9%	42,7%	43,0%	47,7%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Vermittlung der Klient*innen an das Projekt

40% der Klient*innen werden durch medizinische Anlaufstellen (Medibüro, MMM, Fixpunkt, Caritas, BSM etc.) an das Projekt vermittelt, 16% über andere Beratungseinrichtungen und ca. 15% durch das soziale bzw. familiäre Umfeld, ca. 10% durch Ärzt*innen bzw. Krankenhäuser.

Abb. 49 Vermittlung der Klient*innen an die CS

	Gesamt	Mindestens ein Kontakt im Jahr						
		2020		2021 bis 30.09.		2022 bis 30.09.		
Zahl unterschiedlicher Klient*innen	3083	934		839		1084		
Aufmerksam geworden, vermittelt durch:								
Keine Angabe	1027	33,3%	276	29,6%	97	11,6%	156	14,4%
Neue Basis: Fälle mit Angaben	2056		658		742		928	
Medizinische Hilfeinrichtungen gesamt	852	41,4%	335	50,9%	324	43,7%	371	40,0%
Andere Beratungseinrichtungen,	320	15,6%	72	10,9%	132	17,8%	151	16,3%
Freunde / Familie / Bekannte,	281	13,7%	75	11,4%	101	13,6%	140	15,1%
Ämter	138	6,7%	46	7,0%	30	4,0%	40	4,3%
Krankenhaus / Ärzte	180	8,8%	47	7,1%	57	7,7%	101	10,9%
Website, Medien	196	9,5%	51	7,8%	71	9,6%	88	9,5%
Sonstiges	89	4,3%	32	4,9%	24	3,6%	36	4,0%
Summe der Klient*innen	3083	100,0%	934	100,0%	839	100,0%	1084	100,0%

Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS

Keine Krankenversicherung, Mittellosigkeit, Aufenthaltsort Berlin, kein Rückkehrwille. Tourist*innen sind ausgeschlossen. Negativ abgeschlossenes Clearingverfahren, aber in Einzelfällen auch KÜ, um medizinische Behandlung zu sichern.

Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen

§4 und §6 AsylbLG

Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?

Im Team arbeiten keine Ärzt*innen. „Es steht dem Team nicht zu, zu entscheiden welche Untersuchungen oder Behandlungen für die Ratsuchenden medizinisch notwendig sind oder nicht. Dies obliegt den behandelnden Ärzt*innen in den kooperierenden Praxen und Krankenhäusern.“ Die Sozialarbeiter*innen fragen nach den Bedarfen und Behandlungsanlässen, das Medizinische Team stellt die KÜS aus, berechnet ein individuelles Budget (Soll-KÜ) aus Erfahrungswerten oder in Rücksprache mit den Praxen bzw. Krankenhäusern, wählt die Behandlungseinrichtungen aus und vereinbart für die Klient*innen Termine.

Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS

In der Regel für definierte Diagnose und definierte Maßnahmen nach Indikationsstellung für das Quartal der Ausstellung. Aber auch Quartalskostenübernahmen sind möglich.

Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung

Es werden Soll-KÜ erstellt. Bei Kostenvoranschlägen >10.000 € erfolgt die Einschaltung der ethischen Prüfkommision.

Durchführung der medizinischen Maßnahmen

Kooperationsvereinbarungen mit 7 Krankenhäusern, 42 Facharztpraxen, einem MVZ mit 60 Facharztpraxen und Ambulanzzentren an 13 Standorten, 5 Zahnarztpraxen, Apotheken, Laboreinrichtungen. Für den Umfang der hausärztlichen Versorgung besteht ein Kooperationsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Damit kann zu allen niedergelassenen Hausarztpraxen in Berlin bei freier Arztwahl vermittelt werden.

Vergütung

KV-Vertrag: 55 € Behandlung, 20 € Laborkosten. Einfacher Satz GOÄ. Stationäre Behandlungen: DRG.

Abrechnung, Rechnungsprüfung

Abrechnungen werden an die CS geschickt, extern durch PVS überprüft und von der CS vergütet.

Daten zu Durchschnittskosten einer KÜ/ABS/AKS

Im Jahr 2021: 1071 Klientinnen davon 617 (57,6%) mit mindestens einer KÜ bei insgesamt 2.000 KÜ (Mittelwert: 3,24). Der Mittelwert der Kosten für abgerechnete Behandlungen für das Jahr 2021 beträgt 662 €.

Daten zur Integration in eine KV

2021 und 2022: 10%

Dokumentation / Evaluation

Interne Dokumentation und externe Evaluation.

7.6 Zusammenfassender Vergleich der Clearingstellen

Ziele und Zielgruppen

Die Projekte unterscheiden sich nicht in der Zielstellung. Ziel ist es, nicht (ausreichend) krankenversicherte Personen über ihre Ansprüche bezüglich einer Krankenversicherung aufzuklären und diese dabei zu unterstützen, einen Zugang zur Regelversorgung zu erhalten (SGB V, SGB II, SGB XII, AsylbLG, EHIC). Dazu werden Sozialberatungen und ggf. Aufenthaltsberatungen durchgeführt. Sollten keine Leistungsansprüche hergestellt werden können, werden die Kosten für medizinische Behandlungen, Medikamente, Hilfsmittel sowie ggf. Dolmetscherleistungen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel über Anonyme Behandlungs- bzw. – Krankenscheine (Leipzig, Thüringen) oder über Kostenübernahmen (Berlin, Hamburg, München) getragen. In Hamburg wurde dazu ein Notfallfonds, in München ein Gesundheitsfonds eingerichtet. In den anderen Projekten erfolgen Zuwendungen an die Projekte, die auch ein Budget für die medizinischen Leistungen beinhalten.

Zielgruppen der Projekte in Bezug auf die Herkunft sind Personen aus Drittstaaten und der Europäischen Union sowie - mit Ausnahme von Hamburg - auch Deutsche. Neben der oft nicht gegebenen oder eingeschränkten Krankenversicherung zeichnen sich die Zielgruppen in

hohem Maße durch ungesicherte Wohnverhältnisse (Wohnungs- und Obdachlosigkeit) und fehlende Aufenthaltstitel aus.

*Projektdauer und -finanzierung, Projektbudget im Jahr 2020 und 2021, Personalausstattung, Herkunft der Klient*innen*

Die Projekte in Berlin, Hamburg und Thüringen sind Landesprojekte, wobei das Projekt in Thüringen sich auf das ganze Flächenland erstreckt. Bei Leipzig und München handelt es sich um kommunale Großstadtprojekte. Das Hamburger Projekt weist mit 122 Monaten (bis November 2022) die längste Laufzeit auf, München hat mit 31 Monaten die kürzeste Laufzeit. Das Gesamtbudget der Projekte ist sehr unterschiedlich und reicht im Jahr 2021 von 207.000 € in Leipzig, über 500.000 € in München bis zu 2,6 Mio. € in Berlin. Diese Unterschiede gelten auch für die anteiligen Budgets für medizinische Leistungen. Interessant ist, dass es in fast allen Projekten zwischen 2020 und 2021 zu Budgetaufstockungen gekommen ist, oder diese für 2023 beschlossen (München) oder angekündigt sind (Hamburg). In zwei Projekten (Leipzig, Berlin) ist es im laufenden Jahr zu Budgetaufstockungen wegen drohender bzw. kurzzeitig erfolgter Einstellungen der Ausgabe von ABS bzw. KÜ gekommen. Stark unterschiedlich ist auch die Personalausstattung, die mit Ausnahme von Berlin derzeit drei bis vier Stellen (mehrheitlich Teilzeitstellen) umfasst. Berlin verfügt derzeit über 20 Stellen, davon vier in Vollzeit und 16 in Teilzeit.

In allen Projekten ist es zwischen 2020 und 2021 zu einer Zunahme der Klient*innen (Erstberatungen) gekommen. Auch die Klient*innenzahlen unterscheiden sich zwischen den Projekten deutlich und liegen im Jahr 2021 bei 150 in Thüringen, 270 in Leipzig, 370 in München, 690 in Hamburg und 1070 in Berlin. Die Zahl der Beratungen ist allerdings um ein Vielfaches höher. Die durchschnittliche Zahl der Beratungsgespräche pro Klient*in beträgt zum Beispiel in Hamburg im Jahr 2020 3,2 in Berlin im Jahr 2021 3,5.

Abb. 50 Projektvergleich (Start, Budget, Personal, Herkunft der Klient*innen, Besonderheiten)

	Thüringen Anonymer KS	Leipzig Anonymer BS	München	Hamburg Kostenübernahme	Berlin
	Anonymer Krankenschein Thüringen e.V.	CABL Leipzig e.V.	Condrops e.V. CS Gesundheit	Flüchtlingszentrum Hamburg Caritas, AWO, DRK	CS der Berliner Stadtmission
Projektstart	Feb 17	Nov 19	Mai 20	Dez 12	Sep 18
Laufzeit in Monaten	71	38	31	122	52
Projektbudget gesamt					
2020	249.000 €	160.564 €	500.000 €	357.000 €	2.360.000 €
2021	349.000 €	207.217 €	500.000 €	357.000 €	2.601.000 €
Aufteilung des Budgets	Budget für medizin. Leistungen im Jahr 2020 154.000 €.	Davon 54% (2020) bis 58% (2021) für medizin. Leistungen	Ab 2023: 795.000€ 228.000 € für Personal 67.000 € für Sachkosten 500.000 € Gesundheitsfonds	Davon 335.000 € für medizin. Leistungen (Notfallfonds)	Davon 1.680.860 € für medizin. Leistungen
		Mittelaufstockung im Jahr 2022 wegen drohender Budgetüberschreitung		Aufstockung für 2023 zugesagt	Mittelaufstockung im Jahr 2022 wegen Budgetüberschreitung
Personalausstattung	4 Teilzeit	3 Teilzeit	2 Vollzeit, 1 Teilzeit	4 Teilzeit	16 Teilzeit, 4 Vollzeit
Zahl der unterschiedl. Klient*innen					
2020	127	220	241	589	934
2021	150	267	366	689	1071
Herkunft der Klient*innen 2021					
Deutsche	24%	8%	13%	0%	11%
EU	35%	18%	58%	10%	28%
Drittstaaten	41%	73%	29%	90%	57%
Besonderheiten	40% der ausgestellten Scheine für Gynäkologie/Geburtshilfe Medikamentenverordnungen, die unter das BTMG fallen (Substitution) werden laut Förderbescheid nicht übernommen	42% der Klient*innen ohne Papiere Hohe Kosten für HIV-Infizierte	43% Obdachlose mit hohen Anteilen aus Osteuropa 30% der Klient*innen mit Suchtproblematiken	Hoher Anteil von Schwangeren 42% der Beratungsanlässe und 25% der Rechnungen entfallen auf Schwangerschaft/Geburt Hohe Klient*innenanteile aus Osteuropa	Hohe Anteile von Klient*innen mit Suchtproblematiken sowie HIV (ca. 30% der KÜ-Fälle und der Kosten) Geringe Anteile von Schwangeren

Die Projekte unterscheiden sich auch deutlich in Bezug auf die Herkunft der Klient*innen. Der Anteil der Deutschen liegt im Jahr 2021 in Leipzig, Berlin und München bei ca. 10% (Hamburg 0%) und erreicht lediglich in Thüringen einen Anteil von knapp 25%. In Hamburg, Leipzig und Berlin stellen Personen aus Drittstaaten mit 90%, 73% und 57% die Mehrheit dar, der Anteil der EU-Bürger*innen ist in München mit 58% am höchsten. Der Anteil der Klient*innen unterscheidet sich nach Geschlecht. So sind in Berlin und München ca. 60% Männer, in Hamburg dagegen nur 32%. Die mittleren Altersgruppen (30 bis 60 Jahre) sind in Berlin (62%) und Hamburg (56%) am häufigsten vertreten. In München sind 50% der Klient*innen 41 bis 65 Jahre alt. Auf Besonderheiten der Projekte sei bereits an dieser Stelle hingewiesen. Während in München und Berlin ca. 30% der Klient*innen Suchtproblematiken und/oder HIV-Infektionen aufweisen, ist es dem Thüringer Projekt laut Förderbescheid nicht möglich, Medikamentenverordnungen, die unter das BTMG fallen - also auch Substitutionsbehandlungen - zu übernehmen. In Leipzig ergeben sich hohe Kosten für HIV-Infizierte. Der Anteil geburtshilflicher Fälle ist in Thüringen und Hamburg stark ausgeprägt, in Berlin dagegen sehr gering, da Schwangere der Zielgruppen hier durch andere Einrichtungen (z.B. Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung) medizinisch und psychosozial versorgt werden.

Vermittlung der Klient*innen an die Projekte

Diese erfolgt durch Öffentlichkeitsarbeit, Zielgruppenansprache mittels Flyer etc. und im Besonderen über eine enge Vernetzung mit Beratungsstellen, Kliniken, sowie Ärzt*innen. Alle

Projekte arbeiten mit den regional bestehenden medizinischen Hilfseinrichtungen eng zusammen, so in Leipzig mit dem Medinetz. In München werden 48% der Klient*innen über medizinische Anlaufstellen (z.B. Malteser, Ärzte der Welt, Arztpraxis für Wohnungslose, Sankt Bonifatius) an die CS vermittelt. In Hamburg werden 54% durch medizinische Anlaufstellen (Malteser etc.); 12% durch Ärzt*innen oder Krankenhäuser und ca. 25% durch Mundpropaganda (9% Sonstige) an die CS vermittelt. In Berlin werden 40% der Klient*innen durch die medizinischen Anlaufstellen (Medibüro, MMM, Fixpunkt, Caritas, BSM etc.) an das Projekt vermittelt, 16% über andere Beratungseinrichtungen, ca. 15% durch das soziale bzw. familiale Umfeld und ca. 10% durch Ärzt*innen bzw. Krankenhäuser. Eine Besonderheit liegt im Flächenland Thüringen vor. Hier arbeitet das Projekt neben der Zentrale in Jena mit über 30 niedergelassenen Ärzt*innen (sogenannte Vertrauensärzt*innen) zusammen, mit denen Kooperationsvereinbarungen über ihre Tätigkeit für den AKST geschlossen wurden. Diese fungieren auch als Ausgabestellen für den AKS. „Die Besonderheit des AKST ist die Anonymisierung der Patient*innen. Dies soll sicherstellen, dass die Daten von besonders vulnerablen Patient*innen – wie beispielsweise Menschen ohne gültigen Aufenthaltstitel – geschützt werden. Damit soll eine Hürde abgebaut werden, medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen.“ Insgesamt werden 40% bis über 50% der Klient*innen der Projekte über die bestehenden medizinischen Hilfseinrichtungen an die Projekte vermittelt, was die gute Zusammenarbeit zeigt und bestätigt.

Voraussetzungen für die Vergabe von KÜ/ABS/AKS

Keine Krankenversicherung, medizinische Notwendigkeit und Mittellosigkeit, Aufenthaltsort in der Kommune, bzw. im Land, kein Rückkehrwille (Berlin). Tourist*innen sind teilweise ausgeschlossen (Hamburg, Berlin, München). Negativ abgeschlossenes Clearingverfahren, aber in Einzelfällen auch Kostenübernahmen ohne abgeschlossenes Clearing, um medizinische Behandlungen zu sichern (Berlin, München). Die Behandlungen müssen im Land bzw. in der Kommune erfolgen. Leipzig nennt lediglich keine Krankenversicherung als Voraussetzung.

Leistungsumfang der medizinischen Behandlungen

Grundsätzlich ist der Leistungsumfang durch §4 und §6 AsylbLG determiniert, wobei es bei einigen Projekten zu Unterschieden kommt. Es können alle medizinisch notwendigen Leistungen zur Diagnostik und Behandlung sowie präventive Maßnahmen entsprechend GBA und STIKO sowie Heil- und Hilfsmittel und auch notwendige Sprachmittlungskosten finanziert werden. Grundlagen sind §4 und §6 AsylbLG. In Thüringen sind keine

Substitutionsbehandlungen finanzierbar. Der GKV Leistungskatalog ist nicht beschränkt auf §4 und §6 AsylbLG (Leipzig). §4 und §6 AsylbLG, alle SGB V Leistungen. Auch Substitution, Psychotherapie, Zahnbehandlungen, Reha- u. Pflegeleistungen nach SGB V (München). Der Leistungsumfang entspricht in Hamburg dem § 4 AsylbLG, der § 6 AsylbLG wird hier nicht mehr angeführt. §4 und §6 AsylbLG (Berlin).

Wer stellt die Indikationen für medizinische Behandlungen? Wer stellt KÜ/ABS/AKS aus?

Die Projekte unterscheiden sich in Bezug auf die Indikationsstellung der möglichen medizinischen Maßnahmen deutlich hinsichtlich des Einbezugs von Ärzt*innen. In Thüringen nehmen die Vertrauensärzt*innen nach Anamnese und ggf. körperlicher Untersuchung die Indikationsstellung von medizinischen Maßnahmen (Diagnostik, Behandlung, Beratung, Nachsorge etc.) vor und stellen den AKS aus. Ganz ähnlich in Leipzig. In den Sprechstunden des CABL e.V., die jeweils von einer Ärzt*in und einer Sozialarbeiter*in betreut werden, wird eine Verdachtsdiagnose gestellt und die medizinische Notwendigkeit eines ärztlichen Besuchs festgestellt und dann ggf. ein ABS für die benötigte Fachrichtung ausgestellt. München verfügt über keine Ärzt*innen im Team. Die CS prüft den medizinischen Handlungsbedarf und stellt nach erfolgtem Kostenvoranschlag der möglichen Leistungserbringer ggf. eine Kostenübernahme für die Behandlung aus. Auch das Hamburger Projekt arbeitet ohne Ärzt*innen, die Bedarfsermittlung erfolgt durch Sozialberater*innen in konsentierten Absprachen von mindestens zwei Berater*innen. Anschließend werden die Klient*innen zu passenden Arzt*innen oder zu einem Krankenhaus vermittelt (inklusive Terminabsprachen). Ähnlich auch in Berlin. Auch hier arbeiten im Team keine Ärzt*innen. „Es steht dem Team nicht zu, zu entscheiden welche Untersuchungen oder Behandlungen für die Ratsuchenden medizinisch notwendig sind oder nicht. Dies obliegt den behandelnden Ärzt*innen in den kooperierenden Praxen und Krankenhäusern.“ Die Sozialarbeiter*innen fragen nach den Bedarfen und Behandlungsanlässen, das aus medizinischen Fachangestellt*innen bestehende medizinische Team stellt ggf. eine KÜ aus, berechnet aus Erfahrungswerten oder in Rücksprache mit den Praxen bzw. Krankenhäusern ein individuelles Budget (Soll-KÜ), wählt die Behandlungseinrichtungen aus und vereinbart Termine für die Klient*innen.

Gültigkeitsdauer von KÜ/ABS/AKS

In Thüringen drei Monate nach Ausstellung für definierte Diagnose auch für mehrere Behandlungen derselben Leistungserbringer*innen. Bei Überweisung zu anderen Fachmediziner*innen muss ein neuer AKS ausgestellt werden. In Leipzig ist der ABS ist vom Ausstellungsdatum bis zum Ende des jeweiligen Quartals gültig. In München nur 14 Tage. In Hamburg drei Monate nach Ausstellung für definierte Diagnose und definierte Leistungen. In Berlin für definierte Diagnose und definierte Maßnahmen nach Indikationsstellung für das Quartal der Ausstellung. Auch Quartalskostenübernahmen sind möglich.

Kostenvoranschläge, Budgets für KÜ/ABS/AKS, Kostendeckelung, Budgetüberschreitungen

Thüringen: Ein AKS stellt einen Einzelvertrag mit den konkreten Behandler*innen dar und beinhaltet eine Kostenübernahmegarantie über 500 €. Der Apothekenabrechnungsrezeptschein stellt eine weitere Kostenübernahmegarantie über 500 € dar und fließt nicht in die Kostenkalkulation der Behandelnden ein. Die Apotheken rechnen direkt mit dem AKST ab. Kostenvoranschläge werden von Kliniken, bzw. anderen medizinischen Leistungserbringer*innen eingefordert, wenn die Höhe der zu erwartenden Behandlungskosten 500 € übersteigt, was in der ambulanten Versorgung allerdings nur selten der Fall ist. In Leipzig ist das Budget ist nicht begrenzt, allerdings bedarf die Erstattung von Beträgen über 500 € der vorherigen Rücksprache und schriftlichen Vereinbarung mit der Clearingstelle. In München ist die Übernahme der Kosten nach erfolgtem Kostenvoranschlag grundsätzlich nicht limitiert, muss aber ab 5.000 € von der Bewilligungskommission freigegeben werden. In Hamburg erfolgt die Budget- und Kostenkontrolle durch mehrere Maßnahmen. Jede Kostenübernahmeerklärung enthält einen Maximalbetrag, über den die Rechnung im Normalfall nicht geht. Die Verwaltungskraft erstellt eine Statistik der Kostenübernahmeerklärungen, so dass jederzeit abrufbar ist, in welcher Höhe Kostenzusagen gegeben wurden. Auch gibt es eine ausführliche und ständig aktualisierte Statistik über die Ausgaben und einen Abgleich mit der Buchhaltung. Die Rechnungen werden in der CS nach dem vier Augenprinzip geprüft und im Anschluss an eine externe Buchhaltung weitergeleitet. In Berlin werden Soll-KÜ erstellt und die Sollausgaben mit den Istausgaben abgeglichen. Bei Kostenvoranschlägen >10.000 € erfolgt die Einschaltung der ethischen Prüfkommision. In Leipzig kam es im Oktober im Jahr 2022 infolge einer Budgetausschöpfung erstmals zu einem drohenden Stopp der ABS-Ausgabe, die nur durch eine Budgeterhöhung abgewendet werden

konnte. In Berlin wurde im Oktober die KÜ-Ausgabe vorübergehend gestoppt und nach einer kurzfristig erfolgten Budgeterhöhung wiederaufgenommen.

Durchführung der medizinischen Maßnahmen und Vergütung

In Thüringen durch niedergelassene Ärzt*innen bei freier Arztwahlwahl und durch Krankenhäuser, wobei hier eine vorherige Information des AKST erwünscht ist. 1,0-facher Satz der GOÄ bzw. ThürHebEntGebVO/ 2,0-fachen Satz GOZ; DRG bei stationärer Behandlung.

In Leipzig ebenfalls durch niedergelassene Ärzt*innen bei freier Arztwahlwahl und durch Krankenhäuser bei ambulanter Behandlung. 1,0-facher Satz der GOÄ, bzw. max. 2,0-facher Satz der GOZ. In München erfolgen Behandlungen und Diagnostik im Regelsystem. In Hamburg hat die Clearingstelle hat ein Ärztenetzwerk von etwa 60 niedergelassenen Facharztpraxen aufgebaut, die sich bereit erklärten, Klient*innen der Clearingstelle zu behandeln. Über die Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung können Facharzttermine gebucht werden, wenn die Überweisung einen Dringlichkeitscode hat.⁴⁹ In einigen Fällen wird auch an medizinische Anlaufstellen, z.B. Praxis ohne Grenzen, MMM Andocken vermittelt. Abrechnung nach Basistarif der privaten Krankenversicherung in Höhe des einfachen Satzes nach GOÄ (1,0-facher Satz) bzw. bei stationären Leistungen mit der entsprechenden DRG. Beratungsleistungen sind seit 2021 erstattungsfähig. In Berlin bestehen Kooperationsvereinbarungen mit 7 Krankenhäusern, 45 Facharztpraxen, einem MVZ mit 60 Facharztpraxen und Ambulanzzentren an 13 Standorten, 5 Zahnarztpraxen, Apotheken sowie Laboreinrichtungen. Für den Umfang der hausärztlichen Versorgung besteht ein Kooperationsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung. Damit kann zu allen niedergelassenen Hausarztpraxen in Berlin bei freier Arztwahl vermittelt werden. Vergütung: KV-Vertrag: 55 € Behandlung, 20 € Laborkosten. Einfacher Satz GOÄ. Stationäre Behandlungen: DRG.

Abrechnung, Rechnungsprüfung

In Thüringen rechnen die Vertrauensärzt*innen und medizinischen Leistungserbringer*innen die Leistungen mit dem AKST ab. Rechnungsprüfungen erfolgen intern durch die angestellte Ärztin und die Verwaltungskraft sowie durch den Thüringer Landesrechnungshof. In Leipzig erfolgt die Abrechnung mit CABL. Die Abrechnungen werden durch die ehrenamtlich

⁴⁹ In ganz Deutschland können Kassenpatient*innen über die Servicestellen der kassenärztlichen Vereinigung Facharzttermine in den nächsten 4 Wochen erhalten, wenn auf der Überweisung ein Dringlichkeitscode vermerkt ist. Die Sozialbehörde Hamburg hat bewirkt, dass die Clearingstelle diesen Service für die Klient*innen nutzen kann.

arbeitenden Ärzt*innen überprüft. In München intern durch die Clearingstelle. In Hamburg werden die Rechnungen im Haus nach dem Vieraugenprinzip geprüft und im Anschluss an eine externe Buchhaltung weitergeleitet und die Kosten erstattet. In Berlin werden die Abrechnungen an die CS geschickt, extern durch PVS überprüft und von der CS vergütet.

Daten zur Zahl der AKS, ABS und KÜ und Kosten, Integration in Krankenversicherung

Abb. 51 Häufigkeit der Gewährung medizinischer Leistungen und Kosten

	Thüringen	Leipzig	München	Hamburg	Berlin
Vergleichsjahr	2021	2021	2021	2020	2021
Zahl der unterschiedl. Klient*innen im Jahr	150	267	366 / 215 im Clearing 151 Kurzberatung	589	1071
Behandlungen, AKS, ABS, KÜ	216 ausgegebene KS 402 Behandlungen	630 ausgegebene BS Abgerechnet: 363 (58%)	305 Behandlungen (KÜ) bei 97 Klient*innen 45%	445 mit mind. einer KÜ (76%) Abgerechnet: 396 (89%)	617 mit mind. einer KÜ (58%) 2000 KÜ's insgesamt Abgerechnet: 1502 (72%)
Gesamtkosten für abgerechnete Fälle	131.450 €	121.527 €	364.980 €	332.500 €	1.047.431 €
Kosten pro abgerechnete ABS, AKS, KÜ	327 €	335 €	1.197 €	840 €	662 €
Integration in KV	16%	25%	51%	37%	10%
		66 erfolgreiche Clearings bei 267 Erstberatungen	(107 von 209 abgeschl. Clearingfällen)	(216 von 589) 87% AsylbLG	

Die Häufigkeit der Gewährung medizinischer Leistungen unterscheidet sich zwischen den Projekten deutlich. In Thüringen wurden bei 150 Klient*innen im Jahr 2021 216 AKS für insgesamt 402 Behandlungen ausgegeben, in Leipzig wurden für 267 Klient*innen 630 ABS ausgegeben. München hat bei 215 Klient*innen im Clearing für 97 Personen 305 Behandlungen finanziert bzw. KÜ ausgestellt. In Hamburg ergeben sich im Jahr 2020 für 589 Klient*innen 445 Förderzusagen. In Berlin werden im Jahr 2021 bei insgesamt 1.071 Klient*innen bei 617 Personen mindestens eine KÜ ausgestellt. Die Zahl der KÜ ist mit 2.000 am höchsten. Die durchschnittlichen Kosten pro Behandlung werden - soweit Daten dazu vorliegen - auf der Grundlage der abgerechneten Fälle berechnet. Hier ergeben sich die höchsten Kosten in München und Hamburg gefolgt von Berlin, während Thüringen und Leipzig deutlich geringere Durchschnittskosten aufweisen. Die geringeren Kosten in Thüringen und Leipzig sind wegen der überwiegend ambulanten Behandlungen plausibel, die Kostenunterschiede der anderen Projekte ohne weitere Informationen zu Behandlungsarten nicht sinnvoll zu interpretieren. Die Zahlen können so derzeit nur einen ersten Anhaltspunkt liefern, mit welchen Kosten bei derartigen Projekten gerechnet werden muss.

In Bezug auf die Kostenabrechnungen sind wir bei der Evaluation des Berliner Projektes auf den Sachverhalt aufmerksam geworden, dass ein relevant hoher Anteil bewilligter KÜ auch nach längeren Zeiträumen nicht abgerechnet wird. Dahinter können Klient*innen mit zugesagten KÜ stehen, bei denen die Behandlungen aus unterschiedlichen Gründen nicht durchgeführt worden sind. Allerdings lässt sich dieses Problem auf der Grundlage der im Projekt erhobenen und vorliegenden Daten nicht weiter erhellen. Die in Abb. 51 genannten

Daten zeigen, dass dieses Problem möglicherweise auch in Leipzig besteht. Dagegen lässt sich der viel geringere Anteil nicht abgerechneter Fälle in Hamburg durchaus mit jahresübergreifenden Rechnungsstellungen erklären. Erhebliche Unterschiede liegen auch bei der Integration in eine Krankenversicherung vor, wo die Anteile zwischen 10% und 50% liegen, sich aber teilweise durch die unterschiedliche Klient*innenstruktur erklären lassen.

Dokumentation / Evaluation

Alle Projekte werden intern evaluiert. Hamburg erstellt und veröffentlicht jährliche Sachberichte. Lediglich das Berliner Projekt wird extern evaluiert.

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle für die konstruktive Mitarbeit der angefragten Einrichtungen an dieser Evaluationsfragestellung bedanken. Unser Dank gilt in alphabetischer Reihenfolge:

Eva Klotz	CABL Leipzig e.V.
Sandra Kretschmer	Berliner Stadtmission
Robert Limmer	Condrops e.V., München
Andrea Niethammer	Flüchtlingszentrum Hamburg
Carola Wlodarski-Simsek	Anonymer Krankenschein Thüringen e.V.
Louise Zwirner	Berliner Stadtmission

8 Teilnahme an Teamsitzungen und an den Projekttagen

Das Evaluationsteam hat an drei Teamsitzungen und an den beiden Projekttagen teilgenommen. Die Teilnahme an den Teamsitzungen ist ein Element der Prozessevaluation und soll einen Einblick in die Arbeitsweise des Teams vor allem in Hinblick auf Interaktion und Kommunikation der Mitarbeitenden liefern. Alle Teamsitzungen zeigten ein hohes Interesse und Engagement der Mitarbeitenden, eine nichthierarchische Kommunikationsstruktur und einen lebendigen Austausch. Die Projekttage dienten der Projektplanung für das Jahr 2023 und waren durch vielfältige Diskussionen und konstruktive Vorschläge gekennzeichnet. Unsere auf einer Analyse des vorausgehenden Planungsworkshops im Jahr 2020 begründete Empfehlung, die Planungen nicht zu überfrachten und realistischere, d.h. zeitlich und personell auch tatsächlich umsetzbare Planungen vorzunehmen, wurde gefolgt.

9 Gesamtzusammenfassung, Kurzzusammenfassung und Ausblick

9.1 Gesamtzusammenfassung

Mit dem vorliegenden Bericht wird die an unser Institut für den Zeitraum Juli bis Dezember 2022 beauftragte Evaluation der Clearingstelle (CS) abgeschlossen. Die Evaluation umfasste:

- Die Analyse der Umsetzung der Vereinbarungen des Planungsworkshops vom Oktober 2020
- Die trägerübergreifende Bestandsaufnahme der ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin zu Patient*innen- und Behandlungszahlen
- Die Analyse der Kooperationsvereinbarungen der CS mit medizinischen Einrichtungen
- Die Auswertung der Quovero Daten (Sozialdaten, Leistungsdaten, Kostendaten)
- Die Evaluation der Zugangsmöglichkeiten zur CS auf der Grundlage der Quovero-Daten sowie einer neuen Klient*innenbefragung in der CS
- Den Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland
- Die Teilnahme an Teamsitzungen und an den Projekttagen
- sowie einen Publikationsentwurf zur Veröffentlichung der Ergebnisse

Umsetzung der Vereinbarungen des Planungsworkshops vom Oktober 2020

Die sehr umfangreiche Aktivitätenplanung des Workshops wurde in der Mehrzahl umgesetzt. Gründe für die Nichtumsetzung bestanden in den Einschränkungen durch Corona (z.B. Workshop mit Kooperationspartner*innen), Elternzeiten der Mitarbeitenden oder Erledigung durch Wegfall des Problems (z.B. Beschilderung im bisherigen Gelände der BSM). Die teilweise sehr kleinteiligen Planungen des Medi-Teams wurden ebenfalls in hohem Maße umgesetzt. Bei den eher strategischen Planungen in Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement wurden die Planungen für die Einrichtung eigener Personalstellen nicht umgesetzt. Das Qualitätsmanagement wird über einen Mitarbeiter der BSM umgesetzt und derzeit ein Handbuch erstellt, das im Jahr 2023 finalisiert werden soll. Die Öffentlichkeitsarbeit wird ebenfalls durch einen Mitarbeitenden der BSM unterstützt.

Das Fundraising, d.h. eine finanzielle Mittelbeschaffung im Rahmen des systematischen Aufbaus eines Netzwerks von Beziehungen zur Unterstützung der Clearingstelle, wird in Abstimmung mit der zuständigen Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung nicht mehr verfolgt. Auf der Internetseite der Stadtmission gibt es jedoch eine Rubrik Spenden.

In Bezug auf die Ausgestaltung der Kooperationen mit Berliner Einrichtungen liegen Umsetzungsrealisierungen vor (Verträge mit Partnern), der geplante Workshop fand bisher jedoch noch nicht statt, wobei sich aber Abstimmungen bei formellen und informellen Treffen ergaben und ergeben.

Die geplante Vernetzung mit anderen Clearingstellen in Deutschland und der damit verbundene Erfahrungsaustausch ist für das Jahr 2023 geplant. Hierzu können ggf. auch die Ergebnisse des aktuellen Evaluationspaketes (Vergleichende Analyse von Clearing- und Beratungsstellen in Deutschland vgl. Kap. 7) genutzt werden. Wir möchten hier anregen, den für 2023 geplanten Workshop mit anderen Clearingstellen in Deutschland und den mit den Berliner Einrichtungen ggf. zusammen durchzuführen, da dies mit Sicherheit das Interesse zur Teilnahme bei allen Beteiligten erhöht.

Trägerübergreifende Bestandsaufnahme der ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin

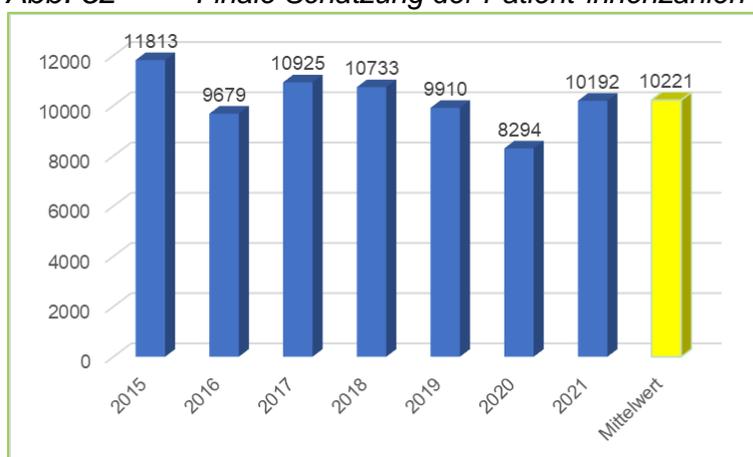
Auch wenn sich unsere Evaluation vornehmlich auf die Arbeit der CS konzentriert, ist es unter gesundheits- und sozialpolitischen Gesichtspunkten von Interesse, nicht nur die Frage zu beantworten, wie viele Personen von der CS beraten und auf der Grundlage von Kostenübernahmen medizinisch versorgt werden, vielmehr zu untersuchen, wie viele Personen aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen in Berlin insgesamt durch die ehrenamtlichen und wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen sowie durch die CS medizinisch betreut werden. Diese Frage wäre ohne die Arbeit und die kontinuierlichen Datenerhebungen des Runden Tisches zur medizinischen Versorgung Obdachloser nicht zu beantworten. Die Datenerhebungen werden jährlich aktualisiert, so dass aktuell die Zahlen von 2015 bis 2021 vorliegen. Mit diesen Daten sowie den Daten der Clearingstelle von Klient*innen, die Kostenübernahmen erhalten haben, kann die Gesamtzahl der Patient*innen und Behandlungsfälle statistisch geschätzt werden. Durch eine methodenkritische Analyse in Bezug auf fehlende und unplausible Werte in den Daten des Runden Tisches wurden verschiedene Modifikationen der Daten vorgenommen bis schließlich die Gesamtzahl der Patient*innen in der ambulanten Versorgung (ohne zahnmedizinische Versorgung) unter Berücksichtigung der möglichen Mehrfachinanspruchnahme verschiedener Einrichtungen statistisch geschätzt wird. Eine zusätzliche Berücksichtigung stationärer Versorgungsfälle (Notfallbehandlungen) ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich.⁵⁰ Auch können keine Versorgungsindikatoren (Anteil medizinisch versorgter Personen in den Gruppen) gebildet

⁵⁰ In den Daten der CS sind allerdings einige, wenige stationär versorgte Personen enthalten (7% der KÜ-Fälle).

werden, da die Größe der jeweiligen Gruppen unbekannt ist bzw. lediglich auf Schätzungen beruht.

Insgesamt ergeben sich in Berlin für das Jahr 2021 insgesamt 10.192 Patient*innen und 35.700 Behandlungsfälle, die in ehrenamtlichen oder wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen oder über die CS medizinisch versorgt werden. Mit Ausnahme des wohl coronabedingten Rückgangs der Zahlen im Jahr 2020 liegen die Zahlen recht stabil bei ca. 10.000, was sich auch am Mittelwert der Jahre zeigt. Darunter befinden sich ca. 4.500 EU-Bürger*innen, 3.200 Drittstaatler*innen und 2.600 Deutsche.

Abb. 52 *Finale Schätzung der Patient*innenzahlen (2015 bis 2021)*



Analyse der der Kooperationsvereinbarungen der CS

Der Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht den Zielgruppen einen umfassenden Zugang zur hausärztlichen Versorgung bei freier Arztwahl und reduziert sowohl den Aufwand für Abrechnungen als auch für individuelle Terminvereinbarungen für die Klient*innen bei der CS erheblich. Mit dem KV-Vertrag können die Klient*innen der CS, denen ein Kostenübernahmeschein bewilligt wurde, eine entsprechende Behandlung bei ca. 2.500 Ärzt*innen der hausärztlichen Versorgung in Berlin frei wählen. Diese Möglichkeiten werden aber für bestimmte vulnerable Gruppen eingeschränkt, die von Diskriminierungen in der Praxen berichten und von Schwierigkeiten, überhaupt zeitnah einen Termin zu erhalten. Letzteres Problem gilt aber für die derzeitige medizinische Versorgung generell. Die geplante Ausweitung der Vereinbarung auf Fachärzt*innen konnte trotz intensiver Bemühungen der CS bislang allerdings nicht realisiert werden. An der Erweiterung der medizinischen Kooperationspartner*innen wird kontinuierlich gearbeitet. So soll z.B. versucht werden, niedergelassene Ärzt*innen im Umfeld des Standorts der CS zur Mitarbeit zu gewinnen. Bestehende Unterversorgungen werden von den Mitarbeitenden des Medi-Teams v.a. in der

Rheumatologie, Physiotherapie, Psychotherapie, aber auch weiterhin bei Suchtbehandlungen gesehen. Nach den Quovero-Daten sind die Fachrichtungen Chirurgie, Dermatologie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Neurologie, Orthopädie und Pädiatrie mit jeweils nur einer Praxis bzw. Einrichtung vertreten, so dass hier Unterversorgungen möglich sind.

Auswertung der Quovero Daten (Sozialdaten, Kostendaten)

Sozial- und Leistungsdaten

Vergleicht man die Sozial- und Leistungsdaten der Klient*innen, die in den Jahren 2021 und 2022 jeweils bis einschließlich September die Clearingstelle mindestens einmal aufgesucht haben, so ist:

- die Geschlechtsstruktur praktisch unverändert, wobei es sich bei nahezu zwei Dritteln um Männer und etwa ein Drittel um Frauen handelt.
- auch die Altersstruktur mit einem Durchschnittsalter von 43,1 zu 42,2 Jahren praktisch gleich. Etwa zwei Drittel der Klient*innen sind 40 Jahre und älter.
- eine tendenzielle Zunahme der Drittstaatler*innen auf 63 %, verbunden mit einer leichten Abnahme der EU-Bürger*innen auf 24 % festzustellen, wobei der Anteil der Deutschen unverändert bei etwa 10 % liegt. Der Anteil der Deutschen geht aber seit 2018 kontinuierlich zurück.
- eine leichte Abnahme von Klient*innen in gesicherten Wohnverhältnissen auf 25 % festzustellen, wobei nahezu unverändert zwei Drittel obdach- oder wohnungslos sind
- bei nahezu 90 % der Klient*innen beim Erstbesuch keine Krankenversicherungszugehörigkeit feststellbar.
- bei der Vermittlung durch medizinische Hilfseinrichtungen auf hohem Niveau (ca. 40 %) eine leichte Abnahme festzustellen.
- die Zahl der Sozial- und Aufenthaltsberatungen mit dem Faktor 1,6 bzw. 1,7 stark zunehmend, womit im Jahr 2022 1.084 Klient*innen 4.050 Beratungen erhalten (2021 bei 839 Klient*innen 2.528 Beratungen).
- die Durchschnittszahl der Sozialberatungen von 2,8 auf 3,4 angestiegen.
- ein praktisch unveränderter Anteil mit mindestens einer Kostenübernahme von ca. 60 % festzustellen, wobei im Durchschnitt unverändert drei KÜs bewilligt werden
- der Anteil der Klient*innen mit einer Integration in eine Krankenversicherung nahezu unverändert bei ca. 10 %.

Insgesamt zeigt der Vergleich der Sozialdaten, dass im Jahr 2022 63 % der Klient*innen Drittstaatler*innen, 24 % EU-Bürger*innen und 10 % Deutsche sind und 64 % wohnungs- oder

obdachlos sind. In Bezug auf die Leistungsdaten zeigt sich eine deutliche Zunahme der Klient*innen und der Beratungshäufigkeiten, sowie auch der Zahl der Kostenübernahmen bei einem gleichbleibenden Anteil von ca. 60% der Klient*innen, die mindestens eine Kostenübernahme erhalten. Die Integrationsquote in eine Krankenversicherung von 10 % muss vor dem Hintergrund der beschriebenen Sozialstruktur der Klient*innen bewertet werden.

Die Clearingstelle hat seit Beginn der Tätigkeit bis Ende September 2022 insgesamt 3.083 unterschiedliche Klient*innen bei 12.078 Terminen (Sozialberatung, AU-Beratung) beraten. Im Durchschnitt sind das 3,9 Beratungen pro Fall. Bemerkenswert ist, dass bei 40 % der Klient*innen nur ein Beratungstermin dokumentiert ist. Bei der großen Mehrzahl der Klient*innen, die nur eine Beratung und keine Kostenübernahme erhalten – immerhin 29 % aller Klient*innen – liegen entweder rechtliche Ausschlussgründe einer KÜ-Gewährung vor (z.B. nicht in Berlin lebend, Rückkehr ins Heimatland steht unmittelbar bevor, bestehende Krankenversicherung) oder es handelt sich um Personen, die bei der erfolgten Erstberatung keine Kostenübernahme erhalten haben, die Clearingstelle danach auch nicht erneut aufsuchen.

Von den 1.436 Klient*innen der Clearingstelle mit mindestens einer Kostenübernahme (KÜ) haben 34 % nur eine KÜ erhalten, immerhin 18 % aber sieben und mehr KÜs. Auf diese Gruppe entfallen über die Hälfte (53 %) aller ausgestellten KÜs. Zusammenfassend ergibt sich, dass hohe und multiple Kostenübernahmen (≥ 7 KÜs) vor allem mit höherem Alter (≥ 40 Jahre), Wohnungslosigkeit und der Vermittlung durch medizinische Hilfseinrichtungen (Medibüro, Malteser etc.) zusammenhängen.

Kosten

Die Zahl der Klient*innen steigt im Jahr 2022 (bis einschließlich September) im Vergleich zum Vorjahr um 29% von 838 auf 1.083 mit einem Plus von 245 Fällen. Die Zahl der Klient*innen mit mindestens einer KÜ steigt im Jahr 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 37% von 498 auf 684 mit einem Plus von 186 Fällen. Die Zahl der gesamten KÜ-Ausstellungen steigt um 60% von 1.597 auf 2.556 mit einem Plus von 959 Fällen. Besonders hohe Zunahmen sind bei KÜ-Erweiterungen und den Folgerezepten festzustellen, die um fast 200% bzw. über 100% zunehmen.

Abb. 53 *Kostenübernahmeanlässe im Vergleich 2021/2022*

Auswertung Kostenübernahmen (KÜ)	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Differenz 2022-2021	Wachstumsrate 2021/22
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent		
Klienten Gesamt	838		1083		245	29,2%
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ)	498		684		186	37,3%
Gesamt (Klienten mit mind. 1 ausgestellten KÜ) (abzüglich stornierte)	472		662		190	40,3%
Anzahl KÜ-Ausstellungen - Gesamt	1597		2556		959	60,1%
Gesamtanzahl KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.)	1398	87,5%	2114	82,7%	716	51,2%
Gesamtanzahl Ausstellungen ohne KÜ*-Nennungen (nur Erweiterung/Folgerezept)	199	12,5%	442	17,3%	243	122,1%
Im Einzelnen:						
Anzahl Ausstellungen nur KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.)	1206	75,5%	1692	66,2%	486	40,3%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Folgerezept	101	6,3%	300	11,7%	199	197,0%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Erweiterungen	75	4,7%	92	3,6%	17	22,7%
Anzahl Ausstellungen KÜ*-Nennungen (amb., stat., KV amb.) mit Erweiterungen und Folgerezept	16	1,0%	30	1,2%	14	87,5%
Anzahl Ausstellungen nur Folgerezept	190	11,9%	434	17,0%	244	128,4%
Anzahl Ausstellungen nur Erweiterung	4	0,3%	3	0,1%	-1	-25,0%
Anzahl Ausstellungen nur Erweiterung und Folgerezept	2	0,1%	3	0,1%	1	50,0%
Keine Angabe, ob Amb., stat., KV-KÜ Amb. und kein Sollbudget eingegeben	3	0,2%	2	0,1%	-1	-33,3%
Gesamt	1597	100,0%	2556	100,0%	959	60,1%
Anzahl der Kostenübernahmen gesamt	1597		2556		959	60,1%
Anzahl der Kostenübernahmen mit Sollbudget	1591	99,6%	2545	99,6%	954	60,0%
Kein Sollbudget vorhanden	6	0,4%	11	0,4%	5	83,3%
Stornierungen	107	6,7%	134	5,2%	27	25,2%
Gesamtzahl budgetierte KÜs (ohne Stornierungen)	1484		2411		927	62,5%
Gesamtzahl abgerechnete Kostenübernahmen (IST)	1052	70,9%	1314	54,5%	262	24,9%

Diese Mengenausweitungen sind mit deutlichen Kostensteigerungen bereits im Soll verbunden (siehe Abb. 54).

Abb. 54 *Auswertung Kostenübernahmen – Soll-Istwerte*

Auswertung Kostenübernahmen (KÜ)	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Differenz 2022-2021	Wachstumsrate 2021/22
Kostenübernahme (Sollwerte) / Gesamt						
Gesamtsumme KÜs* (Behandlung, Medikamente, Labor)	1.666.727,74 €		2.200.254,77 €		533.527,03 €	32,0%
zuzüglich KÜ-Erweiterungen + Folgerezept	174.364,19 €		588.984,97 €		414.620,78 €	237,8%
Gesamtsumme (brutto)	1.841.091,93 €		2.789.239,74 €		948.147,81 €	51,5%
abzüglich Stornierungen	139.860,39 €		136.021,53 €		-3.838,86 €	-2,7%
Gesamtsumme (netto)	1.701.231,54 €		2.653.218,21 €		951.986,67 €	56,0%
SOLL Gesamtsumme (netto, ohne Stornos)						
Summe Behandlungen (nicht storniert)	884.733,62 €	52,0%	1.453.333,85 €	54,8%	568.600,23 €	64,3%
Summe Medikamente (nicht storniert)	579.491,84 €	34,1%	553.321,70 €	20,9%	-26.170,14 €	-4,5%
Summe Labor (nicht storniert)	142.448,79 €	8,4%	198.743,76 €	7,5%	56.294,97 €	39,5%
Summe Folgerezept	94.557,29 €	5,6%	447.818,90 €	16,9%	353.261,61 €	373,6%
Summe	1.701.231,54 €	100,0%	2.653.218,21 €	100,0%	951.986,67 €	56,0%
Versorgung						
KÜ - ambulant	850.659,05 €	50,0%	1.349.297,19 €	50,9%	498.638,14 €	58,6%
KÜ - KV ambulant	223.665,36 €	13,1%	230.048,65 €	8,7%	6.383,29 €	2,9%
KÜ - stationär	562.739,45 €	33,1%	801.078,51 €	30,2%	238.339,06 €	42,4%
KÜ - Erweiterung/Folgerezept	64.167,68 €	3,8%	272.793,86 €	10,3%	208.626,18 €	325,1%
Summe	1.701.231,54 €	100,0%	2.653.218,21 €	100,0%	951.986,67 €	56,0%
Mittelwert	1.146,38 €		1.100,46 €		-45,92 €	-4,0%
Anzahl überdurchschnittliche Kosten (> Mittelwert+STABW) Fälle	99	21,0%	138	20,8%	39	39,4%
Kostenübernahme (IST-Werte) / Gesamt						
Gesamtsumme KÜs* (Behandlung, Medikamente, Labor)	608.034,65 €	87,3%	743.973,03 €	68,0%	135.938,39 €	22,4%
zuzüglich KÜ-Erweiterungen + Folgerezept	92.876,16 €	13,3%	353.280,81 €	32,3%	260.404,65 €	280,4%
Gesamtsumme (brutto)	700.910,81 €	100,6%	1.097.253,84 €	100,2%	396.343,04 €	56,5%
abzüglich Stornierungen	4.428,78 €	0,6%	2.521,64 €	0,2%	-1.907,14 €	-43,1%
Gesamtsumme (netto)	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	398.250,17 €	57,2%
IST Gesamtsumme (netto)						
Summe Behandlungen (nicht storniert)	469.081,91 €	67,4%	501.739,43 €	45,8%	32.657,52 €	7,0%
Summe Medikamente (nicht storniert)	99.840,69 €	14,3%	212.698,55 €	19,4%	112.857,86 €	113,0%
Summe Labor (nicht storniert)	38.746,67 €	5,6%	41.847,98 €	3,8%	3.101,31 €	8,0%
Summe Folgerezept	88.812,76 €	12,8%	338.446,24 €	30,9%	249.633,48 €	281,1%
Summe	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	398.250,17 €	57,2%
Versorgung						
KÜ - ambulant	249.096,95 €	35,8%	495.871,34 €	45,3%	246.774,39 €	99,1%
KÜ - KV ambulant	39.550,62 €	5,7%	36.827,25 €	3,4%	-2.723,37 €	-6,9%
KÜ - stationär	348.696,72 €	50,1%	359.041,29 €	32,8%	10.344,57 €	3,0%
KÜ - Erweiterung/Folgerezept	59.137,74 €	8,5%	202.992,32 €	18,5%	143.854,58 €	243,3%
Summe	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	398.250,17 €	57,2%
Mittelwert	662,06 €		833,13 €		171,07 €	25,8%
Anzahl überdurchschnittliche Kosten (> Mittelwert+STABW) Fälle	75	19,9%	67	15,9%	-8	-10,7%

Die gesamten Sollkosten (brutto) liegen im Jahr 2022 um 52% höher und betragen 2,8 Mio. € gegenüber 1,8 Mio. € im Vorjahr. Die höchsten Steigerungen ergeben sich bei KÜ-Erweiterungen und Folgerezepten, die von 175.000 € auf 589.000 € um über 200% steigen. Nach Abzug der stornierten Fälle betragen die gesamten Sollkosten (netto) im Jahr 2022 2,6 Mio. € und sind somit um 56% gestiegen (2021: 1,7 Mio. €) Der Mittelwert der Sollkosten pro Fall (ohne Stornierungen) ist nahezu unverändert (1.100 € / 1.146 €). Der Anteil der Fälle mit überdurchschnittlichen Kosten ist mit 21 % jedoch in beiden Jahren gleich. Die Analyse der Istkosten für abgerechnete Fälle zeigt dasselbe Bild wie die Analyse der Sollkosten. Die Istkosten steigen um 57% von 696.000 € auf 1,094 Mio. €, wobei hier die höchsten Zuwächse bei Medikamenten (99.840 € / 212.698 €,) und Folgerezepten (92.876 €/ 353.280 €) vorliegen. Der Mittelwert der Istkosten steigt von 662 € auf 833 € um 26%. Mengenausweitungen und gleichzeitige Kostenzunahmen führen im Jahr 2022 zu einer Budgetüberschreitung in Höhe von 450.000 € (vgl. Abb. 55 Zeile Q). Im Jahr 2022 wurde allein mit den bis September abgerechneten Kosten in Höhe von 1,1 Mio. € (vgl. Abb. 55, Zeile C) das ursprüngliche Budget zu 87 % ausgeschöpft. Durch die erfolgte Budgeterhöhung sind auch für das Jahr 2022 jetzt wieder positive Ergebnisse in einer Höhe von 476.000 € zu erwarten (2021 565.000 €) (vgl. Abb. 55, Zeile Q).

Abb. 55 Erwartete Istkosten und Budget (Vor und nach Erhöhung)

	2021 (Jan-Sep)	2022 (Jan-Sep) Budget vor Erhöhung	2022 (Jan-Sep) Budget nach Erhöhung
A Gesamtsoll	1.701.231,54 €	2.653.218,21 €	2.653.218,21 €
B Sollwert für abgerechnete Kosten	1.327.731,05 €	1.697.068,57 €	1.697.068,57 €
C Istkosten für abgerechnete Kosten	696.482,03 €	1.094.732,20 €	1.094.732,20 €
D Mittelwert der Kosten für abgerechnete Fälle	662,06 €	833,13 €	833,13 €
E Anteil IST zu SOLL (C/B)	52%	65%	65%
F Sollwerte vorhanden, nicht abgerechnet (A-B)	373.500,49 €	956.149,64 €	956.149,64 €
G Istkosten, nicht budgetiert (ohne Soll)	69,79 €	13,15 €	13,15 €
H Erwartungswert für Istkosten für nichtabgerechnete Fälle (F*E)	195.925,51 €	616.785,80 €	616.785,80 €
I Erwartungswert für gesamte Istkosten (C+G+H)	892.477,32 €	1.711.531,15 €	1.711.531,15 €
J Mittelwert der erwarteten Kosten für alle Fälle	601,40 €	709,88 €	709,88 €
		Vor Erhöhung	Nach Erhöhung
K Jahresbudget für 2021 und 2022	1.680.880,00 €	1.680.880,00 €	2.615.376,00 €
L Jahresbudget bis September (K*0,75)	1.260.660,00 €	1.260.660,00 €	1.961.532,00 €
M Erwartungswert für gesamte Istkosten bis September (I)	892.477,32 €	1.711.531,15 €	1.711.531,15 €
N Differenz (L-M) (Jahresbudget- Erwartungswert Istkosten bis September)	368.182,68 €	- 450.871,15 €	250.000,85 €
O Anteil der abgerechneten Kosten am Jahresbudget bis September (C/L)	55%	87%	56%
P Erwartungswert für gesamte Istkosten Gesamtjahr (I*1,25)	1.115.596,66 €	2.139.413,94 €	2.139.413,94 €
Q Differenz zum Jahresbudget (K-P) (Jahresbudget- Erwartungswert Istkosten Gesamtjahr)	565.283,34 €	- 458.533,94 €	475.962,06 €
R Anteil Erwartungswert am Jahresbudget % (P/K)	66%	127%	82%
S Differenz Erwartungswert zu Gesamtsoll (A-P)	585.634,88 €	513.804,27 €	513.804,27 €
T Anteil Erwartungswert Gesamtsoll % (P/A)	66%	81%	81%
U Gesamtausgaben der CS für med.Maßnahmen im Jahr 2021	1.199.339,47 €	?	?
V Gesamtausgaben minus Jahresbudget (Nicht verwendete Mittel)	481.540,53 €		
W Anteil der Gesamtausgaben am Jahresbudget 2021 (V/K)	71,4%		

Der Quovero Datensatz enthält keine Daten, mit denen geplante oder erfolgte medizinische Maßnahmen einheitlich beschrieben werden können - wie zum Beispiel ICD Klassifikationen oder DRGs für die Krankenhausfälle. Eine Charakterisierung der Kostenübernahmen ist damit lediglich über die Fachrichtungen bzw. Gebietsbezeichnungen der Ärzt*innen möglich. Aus

den 124 Einzelnennungen im Datensatz wurde eine Verdichtung auf 23 Fachgebietsbezeichnungen vorgenommen.

Fälle nach Fachrichtungen

Über ein Viertel der Fälle entfallen auf die hausärztliche Versorgung. An zweiter und dritter Stelle stehen Ärzt*innen, die Substitutionsbehandlungen durchführen oder HIV-Infizierte betreuen, wobei diese zwischen 2021 und 2022 insgesamt von 23% auf 27% deutlich zunehmen. Die nächst häufigen Fachgruppen sind Zahnärzte und Internisten. Innerhalb der weiteren Fachgruppen sind überdurchschnittliche Zunahmen in der Onkologie und Nephrologie festzustellen.

Abb. 56 KÜ- Fälle nach Fachrichtungen (ohne Stornierungen)

	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Wachstumsrate
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	
Sollkosten ohne Stornierungen Fälle	1490		2422		63%
Keine Angabe	0	0,0%	1	0,0%	
Neue Basis Fälle mit Angaben	1.490		2.421		
Fachrichtung					
Hausarzt	389	26,1%	686	28,3%	76%
Substitution/Suchtmedizin	250	16,8%	477	19,7%	91%
Infektiologie - HIV	96	6,4%	177	7,3%	84%
Zahnarzt	93	6,2%	134	5,5%	44%
Internist	99	6,6%	165	6,8%	67%
Chirurgie	116	7,8%	135	5,6%	16%
Radiologie	100	6,7%	137	5,7%	37%
Psyche	51	3,4%	73	3,0%	43%
Frauenarzt	55	3,7%	60	2,5%	9%
Augenarzt	41	2,8%	59	2,4%	44%
Urologe	30	2,0%	39	1,6%	30%
HNO	40	2,7%	29	1,2%	-28%
Onkologie	9	0,6%	51	2,1%	467%
Nephrologie	2	0,1%	57	2,4%	2750%
Dermatologe	23	1,5%	24	1,0%	4%
Neurologe	26	1,7%	33	1,4%	27%
Orthopäde	22	1,5%	36	1,5%	64%
Diabetologe	14	0,9%	20	0,8%	43%
Strahlentherapie	7	0,5%	6	0,2%	-14%
Kinderarzt	7	0,5%	3	0,1%	-57%
Rehabilitation	6	0,4%	0	0,0%	-100%
Physiotherapie	5	0,3%	0	0,0%	-100%
Sonstiger Arzt	9	0,6%	20	0,8%	122%
Summe	1.490	100,0%	2.421	100,0%	
Substitution/Suchtmedizin + Infektiologie - HIV	346	23,2%	654	27,0%	89%

Kosten nach Fachrichtungen

Die Sollkosten steigen zwischen 2021 und 2022 um 56% auf 2,6 Mio. €. Überdurchschnittliche Kostensteigerungen ergeben sich für Suchtmedizin und Substitution, Innere Medizin, Nephrologie und Orthopädie. Der Anteil der Sollkosten für HIV und Infektiologie steigt im Jahresvergleich von 25 % auf 31 %, wobei sich die kalkulierten Kosten nahezu verdoppeln. Ein besonders hoher Anstieg ist im Bereich Nephrologie zu verzeichnen, bei den Fällen von zwei in 2021 auf 57 in 2022, bei den budgetierten Kosten von knapp 2.000 € in 2021 auf 162.000 € in 2022.

Abb. 57 Sollkosten der KÜ- Fälle nach Fachrichtungen (ohne Stornierungen)

	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Wachstumsrate
	1490		2422		
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	
Sollkosten ohne Stornierungen Kosten	1.701.231,54 €		2.653.218,21 €		
Keine Angabe	0,00 €		924,75 €	0,03%	
Neue Basis Fälle mit Angaben	1.701.231,54 €		2.652.293,46 €		55,9%
Fachrichtung					
Hausarzt	224.891,43 €	13,2%	240.704,64 €	9,1%	7,0%
Substitution/Suchtmedizin	236.087,87 €	13,9%	532.560,41 €	20,1%	125,6%
Infektiologie - HIV	183.131,24 €	10,8%	282.900,96 €	10,7%	54,5%
Zahnarzt	85.317,95 €	5,0%	81.362,98 €	3,1%	-4,6%
Internist	134.450,14 €	7,9%	466.257,19 €	17,6%	246,8%
Chirurgie	177.198,04 €	10,4%	287.381,93 €	10,8%	62,2%
Radiologie	42.509,82 €	2,5%	44.880,12 €	1,7%	5,6%
Psyche	59.187,54 €	3,5%	50.578,39 €	1,9%	-14,5%
Frauenarzt	146.825,88 €	8,6%	111.950,34 €	4,2%	-23,8%
Augenarzt	75.529,92 €	4,4%	47.548,79 €	1,8%	-37,0%
Urologe	70.160,79 €	4,1%	52.738,75 €	2,0%	-24,8%
HNO	89.129,00 €	5,2%	16.392,51 €	0,6%	-81,6%
Onkologie	61.785,59 €	3,6%	124.358,84 €	4,7%	101,3%
Nephrologie	1.850,00 €	0,1%	161.831,21 €	6,1%	8647,6%
Dermatologe	21.138,06 €	1,2%	30.232,08 €	1,1%	43,0%
Neurologe	23.008,00 €	1,4%	28.270,77 €	1,1%	22,9%
Orthopäde	16.890,63 €	1,0%	60.897,72 €	2,3%	260,5%
Diabetologe	10.748,00 €	0,6%	8.141,55 €	0,3%	-24,3%
Strahlentherapie	17.058,48 €	1,0%	3.273,03 €	0,1%	-80,8%
Kinderarzt	6.930,50 €	0,4%	2.500,00 €	0,1%	-63,9%
Rehabilitation	3.615,48 €	0,2%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Physiotherapie	2.827,18 €	0,2%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Sonstiger Arzt	10.960,00 €	0,6%	17.531,25 €	0,7%	60,0%
Summe	1.701.231,54 €	100,0%	2.652.293,46 €	100,0%	55,9%
Substitution/Suchtmedizin + Infektiologie - HIV	419.219,11 €	24,6%	815.461,37 €	30,7%	94,5%

Bei den Istkosten zeigen sich überdurchschnittliche Kostenzunahmen bei Substitution und Suchtmedizin, Innere Medizin, Onkologie, Nephrologie sowie Orthopädie. Auf Substitution, Suchtmedizin und HIV-Behandlungen entfallen über ein Drittel der Istkosten (vgl. Abb. 58).

Abb. 58 Istkosten der KÜ-Fälle nach Fachrichtungen (ohne Stornierungen)

	2021 (Jan-Sep)		2022 (Jan-Sep)		Wachstumsrate
	1490		2422		
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	
Istkosten ohne Stornierungen Kosten	696.482,03 €		1.094.732,20 €		
Fälle ohne Angabe	0,00 €		0,00 €		
Fälle mit Angabe	696.482,03 €		1.094.732,20 €		57,2%
Fachrichtung					
Hausarzt	42.751,41 €	6,1%	45.443,34 €	4,2%	6,3%
Substitution/Suchtmedizin	105.593,46 €	15,2%	256.689,93 €	23,4%	143,1%
Infektiologie - HIV	112.268,34 €	16,1%	122.031,28 €	11,1%	8,7%
Zahnarzt	24.149,45 €	3,5%	13.013,58 €	1,2%	-46,1%
Internist	39.440,06 €	5,7%	241.472,77 €	22,1%	512,3%
Chirurgie	77.074,29 €	11,1%	131.379,29 €	12,0%	70,5%
Radiologie	8.659,35 €	1,2%	11.990,74 €	1,1%	38,5%
Psyche	20.546,55 €	3,0%	22.707,84 €	2,1%	10,5%
Frauenarzt	72.239,98 €	10,4%	27.782,63 €	2,5%	-61,5%
Augenarzt	19.376,55 €	2,8%	12.065,63 €	1,1%	-37,7%
Urologe	47.195,42 €	6,8%	8.576,10 €	0,8%	-81,8%
HNO	61.620,38 €	8,8%	5.057,45 €	0,5%	-91,8%
Onkologie	37.599,54 €	5,4%	74.789,93 €	6,8%	98,9%
Nephrologie	187,29 €	0,0%	58.929,14 €	5,4%	31364,1%
Dermatologe	4.274,88 €	0,6%	9.071,88 €	0,8%	112,2%
Neurologe	2.568,41 €	0,4%	10.634,52 €	1,0%	314,1%
Orthopäde	3.083,13 €	0,4%	35.985,86 €	3,3%	1067,2%
Diabetologe	1.510,61 €	0,2%	1.821,29 €	0,2%	20,6%
Strahlentherapie	12.447,81 €	1,8%	380,42 €	0,0%	-96,9%
Kinderarzt	261,83 €	0,0%	800,00 €	0,1%	205,5%
Rehabilitation	741,00 €	0,1%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Physiotherapie	685,65 €	0,1%	0,00 €	0,0%	-100,0%
Sonstiger Arzt	2.206,64 €	0,3%	4.108,58 €	0,4%	86,2%
Summe	696.482,03 €	100,0%	1.094.732,20 €	100,0%	57,2%
Substitution/Suchtmedizin + Infektiologie - HIV	217.861,80 €	31,3%	378.721,21 €	34,6%	73,8%

Die kritische Budgetentwicklung der Clearingstelle im Herbst 2022 ist damit neben einer generellen Mengenausweitung und steigenden Kosten in hohem Maße auf die Zunahme von Klient*innen mit Behandlungen in der Suchtmedizin, Substitution, HIV und Infektiologie sowie Onkologie und Nephrologie zurückzuführen, die auch hohe Fallkosten aufweisen.

Die folgende Abbildung zeigt abschließend noch die Fallkosten nach den Fachrichtungen für die kumulierten Fälle beider Jahre, um pro Fachrichtung statistisch belastbarere Fallzahlen zu realisieren. Hierbei zeigen sich bei einem Mittelwert von 757 € deutliche Unterschiede nach Fachrichtungen, die bei Hausärzten und Diabetologen mit Fallkosten unter 160 € am geringsten sind und bei 10 Fachrichtungen zum Teil deutlich über 1.000 € liegen, wobei Onkologie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und Strahlentherapie an der Spitze stehen. Allerdings liegen in vielen Fachrichtungen bei den Mittelwerten hohe Standardabweichungen durch wenige Fälle mit sehr hohen Kosten vor, so dass allein die Fachrichtung bei der Erstellung der Soll-KÜ nicht als Hinweis auf zu erwartende hohe Kosten gewertet werden kann. In diesem Zusammenhang sollte der Nutzen, der Aufwand und die Umsetzbarkeit einer generellen Erfassung und Dokumentation von Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen nach ICD 10 diskutiert und geklärt werden. Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass in der CS im Rahmen der Sozialberatung - im Unterschied zu den Projekten in Thüringen und Leipzig - keine Ärzt*innen beteiligt sind und andererseits eine

differenzierte Erfassung nach ICD 10 sehr aufwendig ist und auch einige Probleme beinhaltet. Dazu gehört die Klassifikation von Haupt- und Nebendiagnosen sowie Verdachtsdiagnosen und gesicherten Diagnosen. Wir empfehlen deshalb, dieses Thema zu einer Fragestellung der nächsten Evaluation zu machen und Aufwand und Nutzen zu bestimmen.

Abb. 59 Durchschnittliche Fallkosten nach Fachrichtungen (Fälle 2021 und 2022)

Fachrichtung	Fälle 2021/22	Kosten pro Fall 2021/22
Onkologie	44	2.554,31 €
Innere Medizin	142	1.978,26 €
Frauenarzt	53	1.887,22 €
Chirurgie	125	1.667,63 €
Strahlentherapie	8	1.603,53 €
Nephrologie	38	1.555,70 €
HNO	48	1.389,12 €
Infektiologie - HIV	197	1.189,34 €
Urologe	47	1.186,63 €
Orthopäde	33	1.183,91 €
Durchschnitt	2366	757,06 €
Substitution/Suchtmedizin	591	613,00 €
Psyche	71	609,22 €
Augenarzt	59	532,92 €
Neurologe	31	425,90 €
Dermatologe	33	404,45 €
Sonstiger Arzt	17	371,48 €
Physiotherapie	2	342,83 €
Zahnarzt	131	283,69 €
Kinderarzt	5	212,37 €
Radiologie	108	191,20 €
Rehabilitation	4	185,25 €
Hausarzt	557	158,34 €
Diabetologe	22	151,45 €

Im laufenden Jahr ist es zu einem zeitweiligen Stopp der Kostenübernahmen wegen Budgetüberschreitungen gekommen, der nur durch eine kurzfristige Budgeterhöhung wieder aufgehoben werden konnte. Drohende Budgetüberschreitungen mit der Folge der Einstellung der Ausgabe von Kostenübernahmescheinen sind für alle Beteiligten unerwünschte Ereignisse. Dies gilt für die Klient*innen, die Mitarbeiter*innen der CS, die Kooperationspartner und auch die Administration und Politik. Entsprechend haben wir Vorschläge für eine kontinuierliche Kostenüberwachung abgeleitet, die auch infolge der zukünftig zusätzlich zu erwartenden inflationsbedingten Preissteigerungen zu empfehlen ist, welche auch medizinische Leistungen betreffen wird. Die kontinuierliche Kostenüberwachung wird Budgetüberschreitungen nicht unmöglich machen, diese werden aber frühzeitiger erkennbar werden.

Evaluation der Zugangsmöglichkeiten zur CS auf der Grundlage der Quovero-Daten sowie einer neuen Klient*innenbefragung in der CS

In Bezug auf den Zugang der Klient*innen zur CS ist zunächst festzuhalten, dass im Jahr 2021 71% der Klient*innen Neukunden waren, d.h. die CS in diesem Jahr zum ersten Mal besuchten. Dieser Anteilswert dürfte sich auch im laufenden Jahr bestätigen. Die Auswertung der Quovero-Daten zeigt, dass pro Jahr unverändert ca. 40% der Klient*innen von anderen

medizinischen Hilfeeinrichtungen an die CS vermittelt, wobei die Malteser mit ca. 17% die häufigsten „Zuweiser“ sind. Auf andere nichtmedizinische Beratungseinrichtungen entfallen ca. 16% der Klient*innen, 9% auf Ärzt*innen oder Krankenhäuser, ca. 6% auf Ämter und ca. 10% finden den Zugang zur CS über die Website oder andere Medien.

Die Ergebnisse der Fragen zum Zugang zur CS in der Klient*innenbefragung bestätigen die bedeutende Rolle der Malteser, liefern aber auch andere Akzentuierungen, wobei hier die noch relativ geringen Fallzahlen und Selektionen der Befragten (Herkunft, kurzer Erhebungszeitraum) zu berücksichtigen sind. Die Kundenzufriedenheit ist sehr hoch. Bildet man zunächst die Mittelwerte zu den Benotungen zu acht erfragten Aspekten, so ergibt sich insgesamt ein Mittelwert von 1,5. Dieser sehr gute Wert ist unter Erstbesuchern der CS mit 1,3 und Klient*innen, die keine anderen medizinischen Beratungseinrichtungen aufsuchen mit 1,4 noch tendenziell besser.

Abb. 60 Bewertung der Arbeit der CS und Weiterempfehlungsbereitschaft

	Gesamt
n=	52
Erfahrungen mit der CS	
Mittelwerte (1 = sehr gut bis 5= sehr schlecht)	
Standort	1,70
Öffnungszeiten	1,77
Telefonische Erreichbarkeit	1,40
Information der Beratung	1,52
Ergebnis der Beratung	1,39
Freundlichkeit	1,42
Kompetenz/Fachwissen	1,47
Kommunikation	1,20
Mittelwert (gesamt)	1,48
Weiterempfehlungsbereitschaft	
Ganz sicher ja	81%
Eher Ja	13%
Eher nein	0%
Ganz sicher nein	2%
KA	4%
	100%

Der Aspekt der Kommunikation bzw. Verständigung erhält insgesamt und in fast allen Gruppen die beste Benotung. In der Gruppe der Erstbesucher*innen gilt dies für den Aspekt der Freundlichkeit. Der Standort und die Öffnungszeiten erhalten durchgängig kritische Bewertungen, nicht jedoch die telefonische Erreichbarkeit. Die Weiterempfehlungsbereitschaft ist insgesamt und in allen Gruppen mit über 90% sehr hoch. Mit der Befragung wurden aktuelle Daten zur Kundenzufriedenheit gewonnen. Auch aus diesem Grunde empfehlen wir, die Befragungen weiterzuführen, zumal der Aufwand relativ gering ist. Eine Weiterführung wird auch statistisch belastbarere Daten zum Zugang realisieren.

Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland

Personen mit keiner oder eingeschränkter Krankenversicherung haben in Deutschland erhebliche Schwierigkeiten im medizinischen Regelsystem ambulant oder stationär behandelt zu werden. Sie werden seit Jahren durch eine Vielzahl ehrenamtlicher und wohlfahrtsverbandlicher Einrichtungen in vielen Städten medizinisch versorgt. Zusätzlich wurden in den letzten Jahren in verschiedenen Ländern und Kommunen Einrichtungen geschaffen, die Personen zur Krankenversicherung beraten (Clearingstellen) und ggf. medizinische Leistungen auf der Grundlage von Kostenübernahmescheinen oder Krankenscheinen/Behandlungsscheinen (AKS/ABS) gewähren. Derartige Einrichtungen existieren derzeit in Berlin, Bonn, Düsseldorf, Hamburg, Leipzig, München und Thüringen. Weitere sind in Sachsen-Anhalt, Hessen und Köln geplant. Im Rahmen unserer letzten Evaluation im Jahr 2021 haben wir insgesamt 18 Einrichtungen zu Strukturmerkmalen befragt, darunter auch solche, die nur Clearing durchführen, aber keine Kostenübernahmen oder AKS/ABS beinhalten. In der aktuellen Evaluation wurden die Einrichtungen, die Kosten für medizinische Leistungen gewähren (Berlin, Düsseldorf, Hamburg, Leipzig, München und Thüringen) erneut um die Teilnahme an einer weiteren Befragung gebeten. Ziel war es, Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Projekte zu identifizieren. Da sich Düsseldorf an der Zweitbefragung nicht beteiligte, liegen nunmehr Daten für fünf Projekte vor. Zusammenfassend ergeben sich im Vergleich der fünf Projekte:

- Keine Unterschiede in der Zielsetzung (Clearing und Gewährung medizinischer Leistungen bei negativem Ergebnis zu einer bestehenden Krankenversicherung über AKS, ABS oder KÜ).
- Unterschiede bei den Zielgruppen, wo in Hamburg Deutsche nicht adressiert werden. Neben der oft nicht gegebenen oder eingeschränkten Krankenversicherung zeichnen sich die Zielgruppen in hohem Maße durch ungesicherte Wohnverhältnisse (Wohnungs- und Obdachlosigkeit) und fehlende Aufenthaltstitel aus.
- Unterschiede in der Häufigkeit der Hauptzielgruppen (Deutsche, EU-Bürger*innen und Personen aus Drittstaaten). Der Anteil der Deutschen liegt im Jahr 2021 in Leipzig, Berlin und München bei ca. 10% (Hamburg 0%) und erreicht lediglich in Thüringen einen Anteil von knapp 25%. In Hamburg, Leipzig und Berlin stellen Personen aus Drittstaaten mit 90%, 73% und 57% die Mehrheit dar, der Anteil der EU-Bürger*innen ist in München mit 58% am höchsten.

- Unterschiede nach dem Geschlecht. So sind in Berlin und München ca. 60% Männer, in Hamburg dagegen nur 32%, was auf den hohen Anteil von Schwangeren zurückzuführen ist.
- Keine relevanten Unterschiede nach dem Alter. Die mittleren Altersgruppen (30 bis 60 Jahre) sind in Berlin (62%) und Hamburg (56%) am häufigsten vertreten. In München sind 50% der Klient*innen 41 bis 65 Jahre alt.
- Deutliche Unterschiede im Budget, in der Personalausstattung und der Anzahl der Klient*innen, der Beratungstermine und der Häufigkeit der Gewährung medizinischer Leistungen (AKS, ABS, KÜ). Die Projekte in Berlin, Hamburg und Thüringen sind Landesprojekte, wobei das Projekt in Thüringen sich auf das ganze Flächenland erstreckt. Bei Leipzig und München handelt es sich um kommunale Großstadtprojekte. Das Hamburger Projekt weist mit 122 Monaten (bis November 2022) die längste Laufzeit auf, München hat mit 31 Monaten die kürzeste Laufzeit. Das Gesamtbudget der Projekte ist sehr unterschiedlich und reicht im Jahr 2021 von 207.000 € in Leipzig, über 500.000 € in München bis zu 2,6 Mio. € in Berlin. Diese Unterschiede gelten auch für die anteiligen Budgets für medizinische Leistungen. Interessant ist, dass es in fast allen Projekten zwischen 2020 und 2021 zu Budgetaufstockungen gekommen ist, oder diese für 2023 beschlossen (München) oder angekündigt sind (Hamburg). In zwei Projekten (Leipzig, Berlin) ist es im laufenden Jahr zu Budgetaufstockungen wegen drohender bzw. kurzzeitig erfolgter Einstellungen der Ausgabe von ABS bzw. KÜ gekommen. Stark unterschiedlich ist auch die Personalausstattung, die mit Ausnahme von Berlin derzeit drei bis vier Stellen (mehrheitlich Teilzeitstellen) umfasst. Berlin verfügt derzeit über 20 Stellen, davon vier in Vollzeit und 16 in Teilzeit. Die Klient*innenzahlen im Jahr 2021 reichen von 150 in Thüringen bis zu 1071 in Berlin.
- Keine Unterschiede hinsichtlich steigender Klient*innenzahlen und damit steigendem Bedarf, der in zwei Projekten (Leipzig, Berlin) im Jahr 2022 zu Problemen in der Gewährung medizinischer Leistungen wegen Budgetüberschreitungen führte (drohender bzw. vorübergehender Ausgabestopp).
- Deutliche Unterschiede z.B. in Bezug auf den medizinischen Bedarf. Während in München und Berlin ca. 30% der Klient*innen Suchtproblematiken und/oder HIV-Infektionen aufweisen, ist es dem Thüringer Projekt laut Förderbescheid nicht möglich, Substitutionsbehandlungen zu übernehmen. Auch in Leipzig ergeben sich hohe Kosten für HIV-Infizierte. Der Anteil geburtshilflicher Fälle ist in Thüringen und Hamburg stark ausgeprägt, in Berlin dagegen sehr gering, da Schwangere der Zielgruppen hier durch andere Einrichtungen medizinisch und psychosozial versorgt werden.

- Mit Ausnahme von Thüringen, das vorwiegend mit niedergelassenen Ärzt*innen arbeitet, keine großen Unterschiede in Bezug auf die Vermittlung der Klient*innen an die Projekte, die zu 40% bis 50% von den regional bestehenden medizinischen Hilfseinrichtungen an diese vermittelt werden. Dies zeigt, dass die regionalen Kooperationen zwischen den medizinischen Hilfseinrichtungen und den neuen Projekten gut funktionieren.
- Keine großen Unterschiede hinsichtlich der Voraussetzungen der Gewährung medizinischer Leistungen. Voraussetzungen sind: keine Krankenversicherung, medizinische Notwendigkeit und Mittellosigkeit, Aufenthaltsort in der Kommune, bzw. im Land, kein Rückkehrwille (Berlin). Tourist*innen sind teilweise ausgeschlossen (Hamburg, Berlin, München).
- Sehr große Unterschiede in Bezug auf die Mitarbeit von Ärzt*innen bei der Indikationsstellung und der Vergabe von AKS, ABS und KÜ, die nur in Thüringen und Leipzig gegeben ist. Die anderen Projekte verfügen über keine Ärzt*innen im Team.
- Unterschiede in der Anonymisierung der Beratung und Behandlung. Während in Thüringen und Leipzig diese die Regel sind, kann der Kostenübernahmeschein in Berlin auf Wunsch pseudonymisiert sein, auch in Hamburg kann für die Kostenübernahmeerklärung ein Pseudonym angegeben werden. In München ist ebenfalls eine anonyme Beratung möglich, zur Zielgruppe gehören explizit auch Menschen ohne Aufenthaltstitel, für die Kosten der medizinischen Versorgung aus dem Gesundheitsfonds übernommen werden können.
- Geringe Unterschiede bei der medizinischen Behandlung im Regelsystem. Grundsätzlich ist der Leistungsumfang durch §4 und §6 AsylbLG determiniert, wobei es bei einigen Projekten zu Unterschieden kommt.
- Geringe Unterschiede in der Gültigkeitsdauer von AKS, ABS und KÜ, die mit Ausnahme von München in der Regel pro Quartal gültig sind.
- Große Unterschiede in der Häufigkeit der Gewährung medizinischer Leistungen. In Thüringen wurden bei 150 Klient*innen im Jahr 2021 216 AKS für insgesamt 402 Behandlungen ausgegeben, in Leipzig wurden für 267 Klient*innen 630 ABS ausgegeben. München hat bei 215 Klient*innen im Clearing für 97 Personen 305 Behandlungen finanziert bzw. KÜ ausgestellt. In Hamburg ergeben sich im Jahr 2020 für 589 Klient*innen 445 Förderzusagen. In Berlin werden im Jahr 2021 bei insgesamt 1.071 Klient*innen bei 617 Personen (58%) mindestens eine KÜ ausgestellt. Die Zahl der KÜ ist mit 2.000 am höchsten.
- Deutliche Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten der Behandlungen. Hier ergeben sich die höchsten Kosten in München (1.200 €) und Hamburg (840 €) gefolgt von Berlin

(662 €), während Thüringen und Leipzig mit ca. 330 € deutlich geringere Durchschnittskosten aufweisen.

- Sehr große Unterschiede in der Integrationsquote in Krankenversicherungsverhältnisse, die von 10% bis zu 50% reicht.
- Deutliche Unterschiede in Bezug auf eine externe Evaluation, die nur im Berliner Projekt durchgeführt wird.

Insgesamt zeigt die Analyse u.E. dass sich die beiden Verfahren der Gewährung medizinischer Leistungen (Anonyme Scheine, Kostenübernahmescheine) mit Ausnahme der generellen Anonymisierung in Thüringen und Leipzig nicht grundsätzlich unterscheiden. Davon abgesehen, sehen wir keine spezifischen Vor- oder Nachteile der Verfahren. Die personellen und finanziellen Projektressourcen sind sehr unterschiedlich und insgesamt zeigen alle Projekte eine steigende Nachfrage von Klient*innen und damit zunehmende Bedarfe bei der Gewährung medizinischer Leistungen, die auch zu aktuellen Budgeterhöhungen führten bzw. führen. Die formulierten Projektziele werden in hohem Maße erreicht und vielen Menschen damit geholfen. Forderungen nach Informations- und Aufklärungskampagnen, „um mehr betroffene Menschen über die bereits bestehenden Hilfsmöglichkeiten zu informieren“⁵¹ werden die Projekte aber sehr schnell an die finanziellen Grenzen der Budgets führen.

Neben der zweifellos wünschenswerten weiteren finanziellen Absicherung bestehender Projekte und die Ausweitung der Projekte in weiteren Bundesländern und Kommunen bedarf es auf der Grundlage der vorliegenden vielfältigen Projekterfahrungen aber grundsätzlichere Lösungen. Diese betreffen einmal den Zugang zur Krankenversicherung und medizinischen Versorgung für Ausländer*innen und Migrant*innen. Das Zugangsproblem zur Regelversorgung kann nur durch eine rechtliche Nachjustierung und Aufhebung bundesrechtlicher Restriktionen auf Bundesebene im Ausländer- und Sozialrecht gelöst werden. Dieser Regelungsbereich wurde durch bisherige Regierungskoalitionen nicht adressiert. Im Koalitionsvertrag der Ampel heißt es nun dazu: „Wir werden für Menschen mit ungeklärtem Versicherungsstatus, wie insbesondere Wohnungslose, den Zugang zur Krankenversicherung und zur Versorgung prüfen und im Sinne der Betroffenen klären.“⁵² Es bleibt abzuwarten, was daraus wird. Darüber hinaus müssen aber auch die Probleme der 750.000 unzureichend Krankenversicherten (ruhende Krankenversicherung, Notlagentarif) in Deutschland⁵³ adressiert werden. Die vorliegenden vielfältigen Projekterfahrungen können

⁵¹ Kurz, C.: Menschen ohne Krankenversicherung: Was wirklich helfen kann, Deutsches Ärzteblatt, Heft 41, Oktober 2022, A 1742 ff.

⁵² https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, S.69

⁵³ Kurz, C.: Ein oft übersehenes Problem, Deutsches Ärzteblatt, Heft 41, Oktober 2022, A 1738 ff.

sicher genutzt werden, überzeugende Lösungen zu finden, wenn diese gefunden werden wollen.

Teilnahme an Teamsitzungen und an den Projekttagen

Das Evaluationsteam hat an drei Teamsitzungen und an den beiden Projekttagen teilgenommen. Die Teilnahme an den Teamsitzungen ist ein Element der Prozessevaluation und soll einen Einblick in die Arbeitsweise des Teams vor allem in Hinblick auf Interaktion und Kommunikation der Mitarbeitenden liefern. Alle Teamsitzungen zeigten ein hohes Interesse und Engagement der Mitarbeitenden, eine nichthierarchische Kommunikationsstruktur und einen lebendigen Austausch. Die Projekttag dienten der Projektplanung für das Jahr 2023 und waren durch vielfältige Diskussionen und konstruktive Vorschläge gekennzeichnet. Unsere auf einer Analyse des vorausgehenden Planungsworkshops im Jahr 2020 begründete Empfehlung, die Planungen nicht zu überfrachten und realistischere, d.h. zeitlich und personell auch tatsächlich umsetzbare Planungen vorzunehmen, wurde gefolgt.

Publikationsentwurf

Es wurde ein Publikationsentwurf von acht Seiten erstellt, der nach Abstimmung z.B. im GESUNDHEITWESEN oder im Monitor Versorgungsforschung zur Publikation eingereicht wird.

9.2 Kurzzusammenfassung (Executive Summary) und Ausblick

Die im Zeitraum Juli bis Dezember 2022 beauftragte Evaluation der Clearingstelle (CS) umfasste folgende Arbeiten:

- Die Analyse der Umsetzung der Vereinbarungen des Planungsworkshops vom Oktober 2020
- Die trägerübergreifende Bestandsaufnahme der ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin zu Patient*innen- und Behandlungszahlen
- Die Analyse der Kooperationsvereinbarungen der CS mit medizinischen Einrichtungen
- Die Auswertung der Quovero Daten (Sozialdaten, Leistungsdaten, Kostendaten)
- Die Evaluation der Zugangsmöglichkeiten zur CS auf der Grundlage der Quovero-Daten sowie einer neuen Klient*innenbefragung in der CS und Ermittlung der Kundenzufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft
- Den Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland
- Die Teilnahme an Teamsitzungen und an den Projekttagen
- sowie einen Publikationsentwurf zur Veröffentlichung der Ergebnisse

Vereinbarungen Planungsworkshop

Die Vereinbarungen des Planungsworkshops vom Oktober 2022 wurden in hohem Maße umgesetzt. Gründe für die Nichtumsetzung bestanden in den Einschränkungen durch Corona (z.B. Workshop mit Kooperationspartner*innen), Elternzeiten der Mitarbeitenden oder Erledigung durch Wegfall des Problems (z.B. Beschilderung im bisherigen Gelände der BSM). Bei den eher strategischen Planungen in Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement wurden die Planungen für die Einrichtung eigener Personalstellen nicht umgesetzt und hierfür Mitarbeitende der Stadtmission gewonnen.

Bestandsaufnahme zur ambulanten medizinischen Versorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Berlin

Auf der Grundlage der Datenerhebungen des Runden Tisches zur medizinischen Versorgung Obdachloser von 2015 bis 2021 sowie den Daten der Clearingstelle von Klient*innen, die Kostenübernahmen erhalten haben, wird die Gesamtzahl der Patient*innen und Behandlungsfälle in Berlin statistisch geschätzt. Insgesamt ergeben sich in Berlin für das Jahr 2021 insgesamt 10.192 Patient*innen und 35.700 Behandlungsfälle, die in ehrenamtlichen oder wohlfahrtsverbandlichen Einrichtungen oder über die CS medizinisch versorgt werden. Mit Ausnahme des wohl coronabedingten Rückgangs der Zahlen im Jahr 2020 liegen die

Zahlen recht stabil bei ca. 10.000, was sich auch am Mittelwert der Jahre zeigt. Darunter befinden sich ca. 4.500 EU-Bürger*innen, 3.200 Drittstaatler*innen und 2.600 Deutsche.

Abb. 61 *Finale Schätzung der Patient*innenzahlen (2015 bis 2021)*



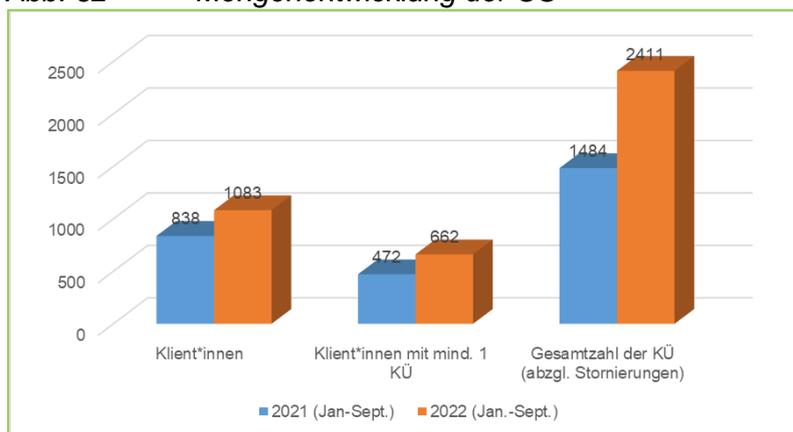
Medizinische Kooperationspartner

Der Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht den Zielgruppen einen umfassenden Zugang zur hausärztlichen Versorgung bei freier Arztwahl und reduziert sowohl den Aufwand für Abrechnungen als auch für individuelle Terminvereinbarungen für die Klient*innen bei der CS erheblich. Die geplante Ausweitung der Vereinbarung auf Fachärzt*innen konnte trotz intensiver Bemühungen der CS bislang allerdings nicht realisiert werden. An der Erweiterung der medizinischen Kooperationspartner*innen wird kontinuierlich gearbeitet. Bestehende Unterversorgungen werden von den Mitarbeitenden des Medi-Teams v.a. in der Rheumatologie, Physiotherapie, Psychotherapie, aber auch weiterhin bei Suchtbehandlungen gesehen.

Sozialdaten, Leistungsdaten, Kosten

Insgesamt zeigt der Vergleich der Sozialdaten, dass im Jahr 2022 63 % der Klient*innen Drittstaatler*innen, 24 % EU-Bürger*innen und 10 % Deutsche sind und 64 % wohnungs- oder obdachlos sind. In Bezug auf die Leistungsdaten zeigt sich eine deutliche Zunahme der Klient*innen und der Beratungshäufigkeiten, sowie auch der Zahl der Kostenübernahmen. Die Zahl der Klient*innen nimmt um 29% zu, die Zahl mit mindestens einer KÜ um 40% und die Gesamtzahl der bewilligten KÜ um 62%.

Abb. 62 Mengenentwicklung der CS



Die Istkosten einer KÜ erhöhen sich von 662 € auf 833 € (Zeitraum Januar bis Ende September) um 26%. Bei den Istkosten zeigen sich überdurchschnittliche Kostenzunahmen bei Substitution und Suchtmedizin, Innere Medizin, Onkologie, Nephrologie sowie Orthopädie. Auf Substitution, Suchtmedizin und HIV- Behandlungen entfallen über ein Drittel der Istkosten. Eine Analyse der Kosten nach Fachrichtungen der Ärzt*innen zeigt bei einem Mittelwert von 757 € (2021 und 2022 kumuliert) deutliche Unterschiede nach Fachrichtungen, die bei Hausärzten und Diabetologen mit Fallkosten unter 160 € am geringsten sind und bei 10 Fachrichtungen zum Teil deutlich über 1.000 € liegen, wobei Onkologie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie und Strahlentherapie an der Spitze stehen.

Die Kostenerhöhungen und die erheblichen Mengenausweitungen führen im Jahr 2022 zu einer Budgetüberschreitung in Höhe von 860.000 €. Durch die erfolgte Budgeterhöhung sind auch für das Jahr 2022 jetzt wieder positive Ergebnisse in einer Höhe von 476.000 € zu erwarten (2021 565.000 €). Vorschläge für eine verbesserte Kostenkontrolle wurden von uns abgeleitet.

Abb. 63 Kostenentwicklung der CS

	2021	2022
Durchschnittskosten pro KÜ	662 €	833 €
Sollbudget (Netto)	1.701.232 €	2.653.218 €
Istkosten für abgerechnete KÜ (bis September)	696.482 €	1.094.732 €
Erwartungswert für gesamte Istkosten Gesamtjahr	1.115.597 €	2.139.414 €
Budget 2021 und 2022 (vor Erhöhung)	1.680.880 €	1.278.980 €
Differenz	565.283 €	-860.434 €
Budget 2021 und 2022 (nach Erhöhung)		2.615.376 €
Differenz		475.962 €

Zugang zur CS und Kundenzufriedenheit

Die Auswertung der Daten zeigt, dass pro Jahr unverändert ca. 40% der Klient*innen von anderen medizinischen Hilfseinrichtungen an die CS vermittelt, wobei die Malteser mit ca. 17% die häufigsten „Zuweiser“ sind. Auf andere nichtmedizinische Beratungseinrichtungen entfallen ca. 16% der Klient*innen, 9% auf Ärzt*innen oder Krankenhäuser, ca. 6% auf Ämter und ca. 10% finden den Zugang zur CS über die Website oder andere Medien. Die Kundenzufriedenheit ist mit einem Mittelwert von 1,5 sehr hoch. Dies gilt auch für die Weiterempfehlungsbereitschaft von über 90%.

Vergleich der Berliner Clearingstelle mit anderen Verfahren in Deutschland

Insgesamt zeigt die Analyse von fünf Projekten (Berlin, Hamburg, Leipzig, München und Thüringen), dass sich die Verfahren der Gewährung medizinischer Leistungen (Anonyme Scheine, Kostenübernahmescheine) mit Ausnahme der Anonymisierung in Thüringen und Leipzig nicht grundsätzlich unterscheiden, wenngleich es durchaus auch Unterschiede gibt. So werden z.B. in Hamburg Deutsche nicht adressiert und in Thüringen ist es laut Förderbescheid nicht möglich, Substitutionsbehandlungen zu übernehmen. Davon abgesehen, sehen wir keine spezifischen Vor- oder Nachteile der Verfahren. Mit Ausnahme von Thüringen Leipzig finden sich keine Ärzt*innen in den Beratungsteams. Die personellen und finanziellen Projektressourcen sind sehr unterschiedlich und insgesamt zeigen alle Projekte eine steigende Nachfrage von Klient*innen und damit zunehmende Bedarfe bei der Gewährung medizinischer Leistungen, die auch zu aktuellen Budgeterhöhungen führten bzw. führen. Die formulierten Projektziele werden in hohem Maße erreicht und vielen Menschen damit geholfen. Forderungen nach verstärkten Informations- und Aufklärungskampagnen, „um mehr betroffene Menschen über die bereits bestehenden Hilfsmöglichkeiten zu informieren“ werden die Projekte aber sehr schnell an die finanziellen Grenzen der Budgets führen.

Das Evaluationsteam hat an drei Teamsitzungen und an den beiden Projekttagen teilgenommen. Es wurde ein Publikationsentwurf von acht Seiten erstellt, der nach Abstimmung z.B. im GESUNDHEITWESSEN oder im Monitor Versorgungsforschung zur Publikation eingereicht wird.

Insgesamt zeigt die Evaluation, dass die CS - bei sicher deutlich zunehmendem Personal – zwischen 2021 und 2022 eine erhebliche Zunahme von Klient*innen, Beratungsgesprächen und Kostenübernahmen bewältigt. Die Klient*innenbefragung zeigt eine hohe Kundenzufriedenheit und eine sehr hohe Weiterempfehlungsbereitschaft. Das Team arbeitet

gut und kreativ zusammen und die Arbeit der CS findet unter den medizinischen Hilfseinrichtungen in Berlin hohe Anerkennung. Schwerpunkte der nächsten Evaluation sollten u.E. auf folgende Themen gelegt werden:

- Optimierung der Auswertungen der Quovero-Daten auch in Bezug auf die Kostendaten
- Eingrenzung bzw. Klärung der Problematik der offenbar nicht abgerechneten Fälle (Größenordnung, Fachrichtungen, Sozialdaten)
- Überprüfung der Notwendigkeit und Validität von Datenfeldern in Quovero und ggf. Ableitung von notwendigen Erweiterungen
- Implementierung einer kontinuierlichen Kostenüberwachung
- Klärung des Nutzens, des Aufwands und der Umsetzbarkeit einer generellen Erfassung und Dokumentation von Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen nach ICD 10

Die Klient*innenbefragung sollte fortgeführt werden.

10 Durchführung



GmbH c/o Charité Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin

Fon: +4930 450578082
Fax: +4930 450578922
Mobil: +0171 7134817
Mail: wkirschner@pregive.com
Projektleitung: Dr. Wolf Kirschner
Stv. Projektleitung: Dr. Renate Kirschner
Assistenz: Andrea Wolters

Dr. Wolf Kirschner ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) und ist Dozent für Evaluationsforschung im Gesundheitswesen an verschiedenen Hochschulen.

11 Anlagen

11.1 Fragebogen der Klient*innenbefragung

11.2 Publikationsentwurf

11.3 Tabellenzählungen

Tabellenband Stammdaten

Tabellenband Beratungshäufigkeiten

Tabellenband Zählung nach Häufigkeiten der Kostenübernahmen

Tabellenband Analyse der Kostendaten