
Abschlussbericht zur Evaluation der Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin

Forschungsteam:

Prof. Dr. Erika Feldhaus-Plumin, Aaron Plumin, Steven Kranz, Marlen Breitzkreutz,
Katharina Geiger, Leonie Gerhard, Nina Gunkel, Shirin Kreße, Tabea Metz,
Clarissa Schweizer, Prof. Dr. Martina Stallmann, Sarah Wurbs

Das Evaluationsprojekt wurde von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gefördert.

27.02.2020

1 Einleitung

Nach Schätzungen nichtstaatlicher Organisationen leben in Berlin ca. 60.000 Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz. Davon bedürfen jährlich ca. 6.000 bis 12.000 Menschen akuter medizinischer Behandlung. Dazu zählen:

- Deutsche Staatsangehörige ohne nachgewiesenen Krankenversicherungsschutz, wie Obdach- oder Wohnungslose sowie Selbstständige und Student*innen
- EU-Bürger*innen ohne nachgewiesenen Krankenversicherungsschutz
- Menschen aus Drittstaaten ohne oder mit eingeschränktem Krankenversicherungsschutz, wie etwa Tourist*innen oder Student*innen
- Menschen aus Drittstaaten mit Aufenthaltsrecht in einem anderem EU-Land
- Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus

Je nach Personengruppe sind bis zu zwei Drittel in eine Krankenversicherung vermittelbar, was wiederum bedeutet, dass für mindestens 1.500 bis 4.000 Menschen pro Jahr eine Behandlung finanziell nicht gesichert werden kann. Die gesundheitliche Versorgung dieser Personengruppen erfolgt derzeit zum größten Teil außerhalb des Regelsystems in meist spendenfinanzierten ehrenamtlichen Ambulanzen bzw. in Berliner Kliniken, deren Kostenaufwand nicht erstattet wird.

Im September 2018 wurde die Clearingstelle für nicht krankenversicherte Menschen in Berlin (CfN), finanziert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (GPG), eingerichtet. Die Trägerin der CfN ist die Berliner Stadtmission (BSM). Das Ziel der CfN ist, Menschen mit regulären Ansprüchen in die gesundheitliche Regelversorgung zu vermitteln. Kann kein Anspruch für eine Krankenversicherung hergestellt werden und steht kein*e Kostenträger*in zur Verfügung, soll eine notwendige medizinische Behandlung ermöglicht und über einen dafür bereitgestellten, jedoch begrenzten Notfallfonds finanziert werden. Das Angebot der CfN richtet sich an alle nicht krankenversicherten Menschen in Berlin ohne tatsächliche Absicherung im Krankheitsfall. So soll die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für nicht krankenversicherte Menschen gewährleistet werden, die entweder um die Möglichkeiten der Ansprüche für ihre medizinische Versorgung nicht wissen, einen bestehenden Leistungsanspruch nicht in Anspruch nehmen wollen bzw. können oder keinen Anspruch haben.

Um diesen Anspruch umsetzen zu können, erfolgt eine individuelle Klärung, ob für die Nutzer*innen eine Vermittlung in die Regelversorgungssysteme erfolgen kann. Dies beinhaltet die Prüfung, ob ein Zugang zum Krankenversicherungssystem in Deutschland nach SGB V möglich ist oder ob ein Anspruch nach den Leistungssystemen des SGB II, SGB XII oder AsylbLG besteht. Eine sozial- und

aufenthaltsrechtliche Beratung klärt bei Bedarf zudem, ob und wie eine Offenlegung der Identität erfolgen kann und mit welchen rechtlichen Folgen zu rechnen ist.

Sofern eine Versorgung im gesundheitlichen Regelversorgungssystem nicht möglich ist, leitet die CfN die medizinische Versorgung der Hilfe suchenden Menschen ein und finanziert diese über den begrenzten Notfallfonds, nach dessen Ausschöpfung kein Anspruch auf medizinische Versorgung besteht (vgl. PM der Senatsverwaltung GPG vom 31.07.2018¹).

Im Auftrag der Senatsverwaltung GPG wird das Projekt prozessbegleitend durch das Institut für Innovation und Beratung (INIB) an der Evangelischen Hochschule Berlin e. V. wissenschaftlich evaluiert. Diese wissenschaftliche Begleitung trägt dazu bei, dass die Konzeption der CfN sowie das Projekt selbst anhand wissenschaftlich fundierter Ergebnisse gesteuert werden können. Der Forschungsansatz ist durchgängig partizipativ gestaltet, d. h. die CfN wird von Instrumententwicklung über Datenerhebung, bis Auswertung und Rückmeldung der Zwischenergebnisse in die Evaluation eingebunden, sodass die Möglichkeit der zeitnahen Umsetzung von Handlungsempfehlungen besteht. Die Evaluation zeichnet sich zudem durch eine hohe studentische Beteiligung aus. Dies ist von den Auftraggeber*innen festgelegt und gewünscht. Im Rahmen des Projekts entstanden bisher eine Bachelor- und eine Masterthesis. Eine weitere Bachelorthesis befindet sich in der Erstellung.

2 Bausteine

Das Evaluationsprojekt war in neun Bausteinen geplant, im Verlauf des Projektzeitraumes wurde die Evaluation auf Wunsch der CfN um einen zehnten Baustein erweitert. Die geplanten Bausteine wurden teilweise im Laufe der Evaluation und der Implementierung sowie der Etablierung der CfN in gemeinsamer Absprache zwischen der Koordinatorin der CfN sowie der Projektleiterin des Evaluationsteams bedarfsgerecht verändert bzw. ergänzt, um dem Implementierungsprozess sowie den sich stellenden Fragen während der Etablierung gerecht zu werden. Die Konzeption der Evaluation beinhaltet eine starke Prozesshaftigkeit. Durch die Partizipation in Verbindung mit dem Implementierungsprozess der CfN wurden viele Fragestellungen durch die CfN erst im Laufe der Evaluation entwickelt, sodass noch ausstehende Bausteine an die Erkenntnisse und Wünsche der Beteiligten angepasst werden konnten. Manche Bausteine waren zu den jeweiligen Zeitpunkten jedoch bereits abgeschlossen bzw. Daten bereits erhoben, sodass neue Erkenntnisse oder vertiefendere Fragestellungen nicht mehr eingebunden oder verfolgt werden konnten.

¹ <https://www.berlin.de/rbmskzl/aktuelles/pressemitteilungen/2018/pressemitteilung.725760.php>

Bausteine der Evaluation:

Baustein 1	Auftaktveranstaltung		
Baustein 1.1	Bericht B1.1 vom 18.10.2018		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Okt 2018	<i>Erhebungszeitraum</i>	11.10.2018
Zusammenfassung der Auftaktveranstaltung			
<i>Methode</i>	Teilnehmende Beobachtung		
Baustein 1.2	Bericht B1.2 vom 18.10.2018		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Okt 2018	<i>Erhebungszeitraum</i>	11.10.2018
Wie stellt sich die CfN dar? Wie wird die CfN von anderen Akteur*innen gesehen? Was wird von ihr erwartet? Wie gestaltet sich der Aufbauprozess?			
<i>Methode</i>	Teilnehmende Beobachtung		

Baustein 2	Andere Clearingstellen in Deutschland		
Baustein 2.1	Bericht B2.1 vom 17.12.2018		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Okt 2018 - Dez 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	Okt 2018 - Feb 2019
Was für andere Clearingstellen für nicht krankenversicherte Menschen gibt es in Deutschland? Was sind ihre strukturellen und personellen Bedingungen? Wer sind ihre Nutzer*innen? Wie sehen Zugangsmöglichkeiten und die Nutzer*innenfreundlichkeit aus? Was gibt es für Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit?			
<i>Methode</i>	Dokumentenanalyse		
Baustein 2.2	Bericht B2.2 vom 09.11.2019		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Dez 2018 - Nov 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	Dez 2018 - Nov 2019
Welche Erfahrungen machen andere Clearingstellen? Was sind ihre strukturellen, personellen und finanziellen Rahmenbedingungen? Wie gestaltete sich die Anfangsphase? Wer nutzt die Clearingstellen? Wie gestalten sich Kooperationen? Wie arbeiten sie und wie lösen sie auftretende Probleme? Wie sieht ihre Öffentlichkeitsarbeit aus?			
<i>Methode</i>	Expert*inneninterviews		

Baustein 3	Routinedaten	Bericht B3 vom 12.02.2020	
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Jun 2019 - Feb 2020	<i>Erhebungszeitraum</i>	2019
Wer nutzt die CfN und welche soziodemografischen Merkmale zeichnen die Nutzer*innen aus? Wie gestalten sich Vermittlung und Kostenübernahmen nach Zielgruppe? Wie ist der Verlauf während des Jahres? Gibt es Trends? Was ergibt sich aus den Daten zur Kostenübernahme?			
<i>Methode</i>	Statistische Auswertung		

Baustein 4	Kooperationspartner*innen		
Baustein 4.1	Bericht B4.1 vom 14.10.2019		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Mai - Okt 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	Mai 2019
Was sind erfolgreiche Kooperationen? Wie sieht die derzeitige Zusammenarbeit aus? Welche Erwartungen gibt es gegenüber der CfN? Was können Kooperationspartner*innen geben?			
<i>Methode</i>	Expert*inneninterviews		
Baustein 4.2	Bericht B4.2 vom 19.12.2019		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Nov - Dez 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	Mai 2019
Wie erleben die medizinischen Kooperationspartner*innen die Zusammenarbeit mit der CfN? Was sind die Gründe für eine Kooperation mit der CfN? Welches Verständnis haben sie von der CfN? Welche Prozesse sind erfolgreich implementiert und welche müssen aus ihrer Sicht angepasst werden?			
<i>Methode</i>	Gruppendiskussionen		

Baustein 5	Nutzer*innen		
Baustein 5.1	Bericht B5.1 vom 15.01.2020		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Jan 2019 - Jan 2020	<i>Erhebungszeitraum</i>	Apr - Mai 2019
Welche Erfahrungen machen Nutzer*innen? Wie wirken die Räumlichkeiten? Wie zufrieden sind sie mit der Beratung und dem Beratungsergebnis? Wie erleben sie die Mitarbeiter*innen? Wie finden sie Informationen zur CfN? Mit welchem Anliegen suchen sie Beratung?			
<i>Methode</i>	Fragebogen		
Baustein 5.2	Bericht B5.2 vom 15.01.2020		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Nov 2019 - Jan 2020	<i>Erhebungszeitraum</i>	Nov 2019
Mit welchem Anliegen suchen Nutzer*innen Beratung? Wie finden Nutzer*innen Informationen zur CfN? Wie wird die CfN als Angebot wahrgenommen? Wie wirken die Räumlichkeiten und die Mitarbeiter*innen? Wie zufrieden sind sie mit dem Beratungsergebnis? Welche Erfahrungen gibt es mit und von Dolmetscher*innen?			
<i>Methode</i>	Kurzinterviews		

Baustein 6	Mitarbeiter*innen		
Baustein 6.1	BA zu B6 vom 26.08.2019		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Jan - Aug 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	Apr 2019
Welche Aufgabenbereiche und Arbeitsteilungsprozesse gibt es? Wie sehen die Teamstrukturen aus? Vor welchen strukturellen Herausforderungen stehen die Mitarbeiter*innen? Welche ethische Grundannahmen prägen sie? Wie gestalten sich die Clearingprozesse? Welche Fallverläufe gibt es?			
<i>Methode</i>	Expert*inneninterviews		

Baustein 6.2	Bericht B6 vom 08.12.2019		
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Aug - Dez 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	Okt 2019
Was wird als eine gelungene bzw. misslungene Beratung gesehen und welche Faktoren zeichnet sie aus? Welche internen und externen herausfordernden und Gelingensfaktoren gibt es? Welche Wünsche haben die Mitarbeiter*innen?			
<i>Methode</i>	Gruppendiskussion		

Baustein 7	Prüfkommission	Bericht B7 vom 27.01.2020	
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Sep - Jan 2020	<i>Erhebungszeitraum</i>	09.12.2019
Was sind ihre Beweggründe für die Mitarbeit in der Prüfkommission? Was sehen sie als ihre Funktion und Aufgabe? Wie wurden sie und haben sich selbst vorbereitet? Was waren die ersten Schritte? Wie werden die Arbeitsweise und die ersten Fälle erlebt? Welche Spannungsfelder tauchen auf? Welche Erfahrungen gibt es mit emotionalen Belastungen? Welche Wünsche haben sie?			
<i>Methode</i>	Gruppendiskussion		

Baustein 8	Ermessensspielraum	Bericht B8 vom 20.12.2019	
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Aug - Dez 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	21.11.2019
Wie sieht der Ermessensspielraum aus? Welchen Rahmen hat er? Welche Folgen hat der unklare Ermessensspielraum? Wie kann er klarer gestaltet werden? Wie kann mit Belastungen umgegangen werden?			
<i>Methode</i>	Workshop		

Baustein 9	Abschlussbericht	Bericht B9 vom 27.02.2020	
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Bis Feb 2020	<i>Erhebungszeitraum</i>	Okt 2018 - Nov 2019
Was sind die strukturellen Rahmenbedingungen der CfN? Welche Erfahrungen machen Mitarbeiter*innen? Welche Erfahrungen machen Nutzer*innen? Wie werden Kooperationen gestaltet und welche Erfahrungen machen die CfN und ihre Partner*innen? Wie wird und wie kann Öffentlichkeitsarbeit gestaltet werden? Vor welchen Herausforderungen steht die CfN und wie können diese gemeistert werden? Welche Handlungsempfehlungen ergeben sich aus der Evaluation? Wie kann die zukünftige Arbeit und Aufgabe der CfN aussehen?			
<i>Methode</i>	Zusammenfassende und vergleichende Darstellung der Ergebnisse aller Bausteine		

Baustein 10	Projektplanung	Bericht B10 vom 05.09.2019	
<i>Bearbeitungszeitraum</i>	Aug-Sep 2019	<i>Erhebungszeitraum</i>	28.08.2019
Was sind Stärken und Schwächen des Teams? Welche Chancen und Risiken bieten sich der CfN? Wer sind Stakeholder der CfN? Was sind Ursachen und Wirkungen des unklaren Ermessensspielraums? Welche gemeinsamen Ziele und erforderlichen Maßnahmen werden formuliert?			
<i>Methode</i>	Workshop		

3 Zentrale Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Projektevaluation aus den jeweiligen Berichten der Bausteine zusammenfassend dargestellt.

3.1 Strukturelle Rahmenbedingungen

Die CfN wurde durch die Senatsverwaltung GPG ins Leben gerufen und finanziert. Politisch wird die gesundheitliche Versorgung als ein Menschenrecht und prioritäre staatliche Aufgabe gewertet. Vor diesem Hintergrund gibt es eine große Unterstützung durch die Senatsverwaltung und eine enge Zusammenarbeit mit dieser. Die Finanzierung der CfN war vorerst bis Ende 2019 begrenzt und wird derzeit bis Ende 2021 ermöglicht. Neben den finanziellen Mitteln für die Koordination, Organisation und Arbeitsfähigkeit der CfN, werden (begrenzte) finanzielle Mittel in Form eines Notfallfonds bereitgestellt (vgl. PM GPG vom 18.06.2019² und Bericht B1.1).

Kostenübernahmen (KÜs) für medizinische Behandlungen der Nutzer*innen der CfN erfolgen über diesen Notfallfonds. Aufgrund der künstlichen Begrenzung dieser Mittel wird die Kostenübernahme von den Mitarbeiter*innen der CfN sowie von den ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter*innen der Prüfungskommission als nicht bedarfsgerecht wahrgenommen. Es wurde noch keine Lösung oder Strategie für den Fall einer eventuellen Ausschöpfung gefunden (vgl. Bericht B7). Letztlich wurden die finanziellen Mittel im Evaluationszeitraum bisher nicht ausgeschöpft, da erst ab Juni 2019 KÜs ausgestellt werden konnten.

In über einem Drittel der Fälle wird eine KÜ in die Wege geleitet. Innerhalb der CfN besteht große Sorge, ob der Notfallfonds ausreichend ist (vgl. BA zu B6; Bericht B7). In anderen Clearingstellen wird die jeweilige Situation als hinreichend wahrgenommen. Nicht vorhandene Notfallfonds werden nicht eingefordert, begrenzte als ausreichend gesehen (vgl. Bericht B2.2). Die veranschlagten Gesamtkosten der KÜs liegen von Juni bis Dezember 2019 bei ca. 710.000 Euro. Somit sind bei steigenden Fallzahlen Gesamtkosten von deutlich über 1.500.000 Euro pro Jahr wahrscheinlich, was letztlich eine Ausschöpfung des Notfallfondes mit einer Finanzierungslücke bedeuten wird. Es ist eine Zunahme der Anfragen von Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus sowie obdach- bzw. wohnungslosen Menschen seit Beginn der KÜ zu verzeichnen. Die veranschlagten Kosten der KÜs entfielen zu 56 % auf ärztliche Leistungen, 33 % auf Medikamente und 11 % auf Laborleistungen. Bei 9 % der KÜs gab es Stornierungen, wodurch sich die Frage stellt, warum diese nicht in Anspruch genommen werden und wie an dieser Stelle gegengesteuert werden kann. Die meisten KÜs erfolgen im Bereich der Allgemeinmedizin, verursachen aber unterproportionale Kosten, die höchsten Kosten

² <https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2019/pressemitteilung.820546.php>

verursachen Behandlungen im Bereich der Onkologie, Chirurgie, Infektiologie und Innere Medizin (vgl. Bericht B3).

Die CfN wird durch die BSM umfassend unterstützt und ist räumlich, strukturell und personell an sie angebunden. Anfangs bestand großes Misstrauen im Feld gegenüber der Senatsentscheidung für die BSM als Trägerin, da sie vorher in Berlin vorrangig durch ihre Obdachlosenhilfe bekannt war und kaum Erfahrungen mit nicht krankenversicherten Menschen aufweisen konnte - besonders auch vor dem Hintergrund, dass es in Berlin zahlreiche ehrenamtliche Feldakteur*innen mit jahrzehntelanger Erfahrung gibt (vgl. v. a. Bericht B1.1). Ein*e Nutzer*in berichtete von anfänglichem Misstrauen, weil sie*er nach jahrzehntelanger Arbeit Hilfe von der in der Obdachlosenhilfe verorteten BSM in Anspruch nehmen muss (vgl. Bericht B5.2) und auch im Team bestand anfänglich Skepsis ob der empfundenen bisherigen Unerfahrenheit der BSM im Gebiet des Zugangs zum Gesundheitssystem (vgl. BA zu B6). Weiterhin bereitet die konfessionelle Ausrichtung unter anderen Akteur*innen Bedenken, da dies als Zugangsbarriere für nicht konfessionell konforme Personen wie LGBTQ*-Menschen oder Sexarbeiter*innen gewertet wird (vgl. Bericht B1.2).

Durch die BSM ist die CfN in Nähe des Hauptbahnhofs gut angebunden. Der Container bietet allerdings nur sehr begrenzte, wenig einladende und hellhörige Räumlichkeiten. Auch die Empfangssituation wird aufgrund des Platzmangels von den Mitarbeiter*innen der CfN stark kritisiert. Derzeit werden verschiedene Lösungsmöglichkeiten ausgelotet, um eine Raumlösung zu finden sowie eine förderliche Beratungsatmosphäre zu schaffen (vgl. Bericht B10). In der Befragung der Nutzer*innen (Baustein 5.1) betont zwar auch ein*e Nutzer*in die Hellhörigkeit, gleichwohl lässt sich aufgrund der Befragungsergebnisse vermuten, dass die Lösung der vordringlichen Bedürfnisse die Unzulänglichkeiten der räumlichen Gegebenheiten aufwiegen könnten.

Das Handlungsfeld der CfN besteht aus zwei Hauptaufgaben, einerseits der Klärung bzgl. einer Vermittlung in eine Krankenkasse sowie andererseits die Kostenübernahmen für notwendige medizinische Behandlungen, falls dies nicht möglich ist und kein*e andere*r Kostenträger*in zur Verfügung steht. Auch aufgrund des noch zu konkretisierenden Konzepts der CfN besteht innerhalb der CfN und bei (potentiellen) Kooperationspartner*innen eine große Verunsicherung bzgl. des Aufgabenfeldes der CfN. In der Evaluation zeigte sich, dass die Konzeption, Aufgabenfelder, Koordination sowie das fehlende Qualitätsmanagement, die Beratungsstandards und Vorgaben derzeit große Herausforderungen für die Mitarbeiter*innen in der täglichen Arbeitspraxis sind. Lösungen und Strategien wurden im Rahmen der Evaluation angeregt und befinden sich derzeit in Bearbeitung durch die Mitarbeiter*innen. Vor allem für Kooperationspartner*innen ist ein transparentes, klares und zugängliches Konzept dringend notwendig, um Verantwortlichkeiten zu formulieren und Zuverlässigkeit und Sicherheit im Versorgungsfeld zwischen den Versorgungspartner*innen zu gewährleisten.

Auch in den Clearing- und Beratungsprozessen ist eine Entwicklung sowie Erarbeitung struktureller Abläufe und Standards erforderlich. So sind den Mitarbeiter*innen die Entscheidungskriterien und der Ermessensspielraum teilweise unklar, was letztlich eine Zufälligkeit der Beratung sowie des Beratungsergebnisses nach sich ziehen kann. Weitere und vor allem strukturelle Folgen können Zeitdruck und ein Imageverlust der CfN sowie die Belastung der Mitarbeiter*innen und der Nutzer*innen darstellen. Deshalb ist es notwendig, den im Workshop zu Baustein 10 bereits gemeinsam erarbeiteten Projekt- und Zeitplan entsprechend zu fokussieren und umzusetzen (vgl. Bericht B10).

Im Clearingprozess wird das Ziel der Vermittlung in eine Krankenkasse verfolgt. Die CfN hat zusätzlich die Möglichkeit der KÜs, wenn eine Vermittlung nicht möglich ist. Bei akuten medizinischen Problemen ist ein Abwarten nicht möglich und es muss eine zeitnahe Weitervermittlung geben. Parallel sollte soweit wie möglich ein Clearing erfolgen. Bisher konnte in einem Zehntel der Fälle zusätzlich die Vermittlung in eine Krankenversicherung stattfinden, bei der Hälfte der KÜ-Fälle ist eine Vermittlung nicht möglich. In den übrigen Fällen steht eine endgültige Klärung noch aus bzw. es handelt sich um Abbrüche (vgl. Bericht B3). In anderen Clearingstellen ohne eigene Möglichkeiten der KÜ wird an andere Hilfsorganisationen oder auf die Rechtsgrundlagen der medizinischen Notfallversorgung verwiesen. Im Notfall steht die medizinische Behandlung im Vordergrund und im Zweifelsfall wird z. B. ein Krankenwagen ohne Klärung der KÜ gerufen (vgl. Bericht B2.2).

Das von der Senatsverwaltung konzeptionell gesteckte Ziel und Handlungsfeld der CfN ist teilweise den Kooperationspartner*innen nicht bekannt und es werden außerdem Forderungen nach einer Erweiterung dieses Leistungsspektrums erhoben, wie z. B. zusätzliche Beratungsmöglichkeiten und regelmäßige Fallbesprechungen in anderen Einrichtungen. Insgesamt gilt es die Frage zu klären, welche Aufgaben und Funktionen die CfN übernimmt und wann an andere Beratungsstellen oder Versorger*innen vermittelt wird, besonders vor dem Hintergrund, dass über das Clearingverfahren in der CfN hinaus der Bedarf einer aufenthalts- und sozialrechtlichen sowie Schuldenberatung, sozialarbeiterischen Beratung, Begleitung bei Behördengängen, medizinischer Begutachtung u. v. m. besteht, auch wenn diese teilweise bereits von der CfN übernommen wird. Neben einer Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten gilt es eine einheitliche Vorgehensweise zwischen verschiedenen Berater*innen und Versorger*innen zu schaffen.

Die KÜ wurde erst mit einer deutlichen Verzögerung der Planung ermöglicht, dies bedeutete verschiedene Schwierigkeiten und Veränderungen in der CfN. Die Arbeit der*des medizinischen Fachangestellten, die*der für diese zuständig sein sollte, sowie der Prüfkommission, die für die Prüfung der KÜs über 10.000 Euro ins Leben gerufen wurde, verzögerten sich aufgrund von strukturellen Gründen. Damit ging ein hoher interner Druck einher und es bestanden große Bemühungen, diese Probleme zu lösen. Die Netzwerkarbeit wurde erschwert, insbesondere da die KÜ auch von Koope-

rationspartner*innen als zentral erachtet werden. Dies könnte zu einer weiteren Skepsis im Versorgungsfeld beigetragen haben. Es kristallisiert sich heraus, dass die Fallzahlen und geleisteten Beratungsstunden seit der Möglichkeit der KÜ deutlich steigen (vgl. Bericht B3). Ohne KÜ war ein zentrales Handlungsfeld der CfN nicht möglich, sodass es zu Frustrationen bei den Mitarbeiter*innen kam und letztlich das Ziel der bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung nur bedingt erreicht werden konnte (vgl. BA zu B6).

Als Unterstützungsinstrument für den KÜ-Prozess wurde die ehrenamtliche Prüfkommision (PK) eingerichtet, die eine KÜ bei veranschlagten Kosten von über 10.000 Euro prüft. Sie stellt ein wichtiges Organ dar, das Entscheidungen der CfN legitimieren und ihre Mitarbeiter*innen unterstützen und entlasten kann. In 2019 beschäftigte sie sich mit sieben KÜs bei insgesamt fünf Personen. Die Gesamtsumme dieser KÜs beläuft sich auf ca. 180.000 Euro. Vor allem die unterschiedliche Expertise der Mitglieder in der PK tragen zu einem konstruktiven Austausch verschiedener Sichtweisen bei. Die PK stellt aber auch eine zusätzliche Barriere für nicht krankenversicherte Menschen dar, da eine künstliche Hürde geschaffen wird, die andere krankenversicherte Menschen nicht zu bewältigen haben. Dies führt zu einer Ungleichbehandlung, die letztlich dem Ziel der bedarfsgerechten Versorgung entgegenstehen kann oder zumindest kritisch diskutiert werden muss. Darüber hinaus sind derzeit Konzeptionsfragen bzgl. der Rolle der PK noch offen (vgl. Bericht B7).

Als weiteres Unterstützungsorgan wurde ein Beirat für die Implementierung, Umsetzung, Etablierung sowie Konzeption eingerichtet. Im Beirat sollen Mittelgeber*innen, Betroffene vertreten durch diverse Feldakteur*innen, direkte Gesundheitsversorger*innen, NGOs, die BSM und die CfN partizipieren. Es wird echte aktive Mitarbeit und nicht nur eine Alibi-Beteiligung gefordert (vgl. Bericht B1.1). Die meisten Clearingstellen in Deutschland haben einen Beirat und schätzen die externe Expertise und kollegiale Beratung (vgl. Bericht B2.2). Die Möglichkeit sollte für einen aktiven Austausch und konstruktive Arbeit genutzt werden.

Welchen Einfluss und welche Ergebnisse durch den Beirat zu erzielen sind, wird sich nach Abschluss der Evaluation zeigen, da er sich erst im Verlauf dieser konstituiert hat. Bei beiden Organen muss frühzeitig ihre Nachhaltigkeit sichergestellt werden, um eine dauerhafte und systematische Unterstützung der CfN zu generieren.

3.2 Mitarbeiter*innen

Als Stärke der CfN ist insbesondere das professionelle Spektrum der Mitarbeiter*innen hervorzuheben. Zu verschiedenen Qualifikationen und Berufshintergründen kommen persönliche und individuelle Kompetenzen wie Feldexpertise und -erfahrung, Sprachkompetenzen, persönliche Vernetzung, aber auch Beharrlichkeit, Ausdauer und Flexibilität (vgl. Bericht B10). Diese förderlichen Faktoren

werden auch von anderen Clearingstellen in Deutschland als essentiell beschrieben, die Mitarbeiter*innen kommen in den meisten Fällen aus Fachbereichen wie der Sozialen Arbeit, Soziologie, Pflege und Psychotherapie und verfügen oft über diverse Zusatzqualifikationen, Weiterbildungen und weitere Studienabschlüsse etwa in Case Management, Rechtswissenschaften oder Rehabilitationspädagogik. Vor allem aber werden Sprach- und Kulturkompetenzen eine enorme Bedeutung zuge-messen, da Berater*innen sowohl sprachlich als auch kulturell als Dolmetscher*innen fungieren müssen (vgl. Bericht B2.2). Positiv hervorzuheben ist auch das Angebot von und die Bereitschaft zu Fortbildungen seitens der Mitarbeiter*innen der CfN, um die eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten zu stärken sowie Fachwissen weiter zu entwickeln (vgl. Bericht B10).

Dazu kommen in der CfN förderliche Teamstrukturen, die zu einem hohen Teamzusammenhalt und einer weit über die eigentlichen Aufgaben hinausgehenden Arbeitsmotivation führen. Es herrscht ein wertschätzendes Teamklima und die Mitarbeiter*innen identifizieren sich mit der CfN und ihren Auf-gaben - einerseits durch die Einbindung in flache Hierarchien und Möglichkeiten zur Mitgestaltung und andererseits durch ein gemeinsam verfolgtes Ziel der klient*innenorientierten sowie bedarfsge-rechten gesundheitlichen Versorgung für alle Menschen. Die Zusammenarbeit in der CfN ist durch eine gemeinsam verfolgte Vision mit hohem ethisch begründeten Anspruch geprägt (vgl. v. a. Bericht B10).

In der wöchentlichen Teambesprechung werden die Entwicklungen in der CfN, aktuelle Probleme und Ideen erörtert und Veranstaltungen geplant. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen und die Umsetzung gemeinschaftlich geplant. Die Meinungsäußerungen aller Mitarbeiter*innen sind möglich und erwünscht. Diese regelmäßigen Teambesprechungen werden als positiver und produk-tiver Austausch identifiziert. Dennoch erfolgen Fallbesprechungen sowie ein Austausch zwischen verschiedenen Funktionen in der CfN zurzeit wenig strukturiert (vgl. BA zu B6).

Der Clearingprozess verläuft individuell, empathisch, fürsorglich und bedürfnisorientiert. Als erfolg-reich wird eine zeitnahe Versorgung, jedoch auch bereits die Möglichkeit der Sozialberatung und Information, fortbestehender Kontakt oder Feedback gewertet, ohne in Versorgung zu vermitteln. Positive wie negative strukturelle und nutzer*innenbasierte Voraussetzungen (vgl. Bericht B6) be-einflussen die Beratung. Darüber hinaus begünstigen die genannten positiven Teamfaktoren die Clearingprozesse, während Barrieren neben individuellen Herausforderungen wie Abgrenzungsprob-lemen, persönlichen Belastungen oder fehlender Erfahrung (vgl. Bericht B10) vor allem unklare Ab-läufe und Strukturen darstellen. Es bleiben Fragen offen, die im Team besprochen werden müssen und mit Supervision begleitet werden können, etwa zu Gestaltungsspielräumen, Beziehungsgestal-tung, Erwartungshaltungen und dem eigenen Handlungsfeld.

Die Clearingprozesse sind gezeichnet von einer Gratwanderung zwischen Vertretung und Übernahme sowie Unterstützung und Empowerment, die individuell zu entscheiden ist (vgl. Berichte B1.1 und

B6). Es wird sowohl im Team als auch bei anderen Clearingstellen in Deutschland eine ergebnisoffene Unterstützung und keine komplette Übernahme als Ziel definiert (vgl. Bericht B2.2), dennoch besteht das Problem, dass Nutzer*innen dies oft nicht annehmen (können) und Stellvertreter*innenentscheidungen bzw. -handlungen von den Berater*innen einfordern. Hier ist die Stärkung des Teamaustausches notwendig und Supervision sinnvoll, um dieses Spannungsfeld für alle Beteiligten zufriedenstellend bewältigen zu können. Das durch die Senatsverwaltung und dem Ziel der CfN vorgeschriebene Handlungsfeld umfasst keine umfassende Übernahme der Begleitung, da dafür die personellen und finanziellen Ressourcen fehlen. Auch liegt für die Komplexität der Fälle nicht zwingend die Fachkompetenz vor. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu klären sowie funktionierende Kooperationen zu schaffen. Die Mitarbeiter*innen beschreiben derzeit bereits eine Überlastung und Unsicherheit bzgl. des Empowerment der Nutzer*innen sowie der Grenzen der Umsetzung (siehe 3.2). Darüber hinaus besteht in Berlin ein Netzwerk aus anderen Akteur*innen, auf die zurückgegriffen werden kann.

Der Ermessensspielraum der Mitarbeiter*innen ist rechtlich, konzeptionell und praktisch weit. Er bietet die Freiheit für individuelle Entscheidungen, wodurch auf individuelle Situationen eingegangen werden und der Bedarf großzügig ausgelegt werden kann, stellt aber auch ein durch das Team klar benanntes Problem mit weitreichenden Folgen dar. Als Ursachen für dieses Problem werden die Niederschwelligkeit des Beratungsangebots, die Beziehung zu den Klient*innen und unklare Abläufe und Strukturen identifiziert. Weitere Auseinandersetzungen im Team zu verschiedensten Problemstellungen sind notwendig, um klare Regelungen zu finden. Es bedarf einer zeitnahen Lösung für den Umgang mit dem unklaren Ermessensspielraum, da sonst personelle Ressourcen verbraucht und zum Risiko für den Erfolg des Projektes werden. Der unklare Ermessensspielraum führt bei den Mitarbeiter*innen zu großem Druck und emotionalen Belastungen, etwa aufgrund von Unsicherheit, Abwehr, Abgrenzung, internem und externem Rechtfertigungsdruck, Unzufriedenheit, Stress, Überforderung und enormer Verantwortung. Auch auf die CfN als Einrichtung und ihre Nutzer*innen hat dies negative Auswirkungen. Daraus erwachsen uneinheitliche Beratungsentscheidungen sowie Folgen auf die Außenwirkung und eine Intransparenz gegenüber Kooperationspartner*innen. Zusätzlich tangieren der unklare Ermessensspielraum und dessen Wurzeln weitere Probleme wie Rollenkonflikte, unterschiedliche Erwartungshaltungen und Zielumsetzungen (vgl. Bericht B10). Durch unterschiedliche Haltungen im Team, die sich in diesen Fragen noch nicht auf ein ausdifferenziertes Konzept stützen können, entsteht außerdem psychosozialer Druck. Diese teilweise sehr gravierenden Auswirkungen benötigen Raum, um bearbeitet zu werden. Neben den regelmäßigen Teamsitzungen wird Supervision gewünscht, um sich mit den Belastungen umfassend auseinandersetzen zu können und eine Kompetenzstärkung jeder*jedes einzelnen Beraterin*Beraters zu ermöglichen. Dadurch werden Voraussetzungen gestärkt, um einer geforderten hohen Autonomie auch subjektiv gerecht werden zu können (vgl. Bericht B8).

Ein zentrales Problem im Ermessensspielraum und für emotionale Belastungen stellt die enorm hohe emotionale Involviertheit der Berater*innen dar, die aus der hohen Identifikation mit der CfN und den starken Wertvorstellungen der Mitarbeiter*innen resultiert. Aufgrund der starken ethisch begründeten Grundhaltung fühlen die Sozialberater*innen eine extrem hohe Verantwortung für die Nutzer*innen aufgrund des wahrgenommenen immensen Unterstützungs-, Beratungs- und Hilfebedarfs der Nutzer*innen (vgl. BA zu B6 und Bericht B6). Durch das Verständnis der CfN als Instrument, um strukturelle Ungerechtigkeiten auszugleichen, entstehen Schwierigkeiten bei der professionellen Abgrenzung und Arbeitsteilung, woraus immense emotionale Belastungen und gefühlte Verpflichtungen erwachsen. Die Begrenztheit der Mittel ist mit den moralischen Grundüberzeugungen der Mitarbeiter*innen nicht vereinbar. Es besteht ein fundamentaler Konflikt zwischen der in der BSM auch konfessionell geprägten Verpflichtung, allen bedürftigen Menschen zu helfen und der politisch gewollten künstlichen Mittelbegrenzung des Notfallfonds, was aus Mitarbeiter*innensicht eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung nach ethischen Grundsätzen und menschenrechtlichen Standards nicht gewährleistet. Deshalb stellt auch die Frage, wie eine Bedürftigkeitsprüfung aussehen muss, eine viel diskutierte Herausforderung dar, die durch persönliche Ansichten emotional geprägt und verstärkt wird, da Grundwerte und Moralvorstellungen der Mitarbeiter*innen betroffen sind.

Insgesamt wird die Fallkomplexität von den Mitarbeiter*innen als zunehmend und sehr hoch empfunden. Gefühlt scheint der Großteil der Fälle aus Sicht der Mitarbeiter*innen hochkomplex und erfordert maximale Begleitung, was mit immensen Ressourcen und hohen zeitlichen, fachlichen und emotionalen Belastungen einhergeht (vgl. Bericht B6 und BA zu B6). Diese Darstellung bestätigt sich aus den statistisch erhobenen Beratungsdaten nicht in vollem Umfang, begründet sich aber in der starken Involviertheit der Berater*innen in den individuellen Fällen. Knapp die Hälfte der Nutzer*innen nimmt bisher lediglich einen Beratungstermin in Anspruch. Bei bis zu 80 % der Nutzer*innen ist die Beratung nach vier Terminen beendet und bei nur unter 10 % erstreckt sich die Beratung über mindestens vier Monate (vgl. Bericht B3). Dies deutet darauf hin, dass es zwar hochkomplexe Fälle gibt, die eine besondere Begleitung, aber auch Arbeitsteilung brauchen, diese aber einen überproportionalen Raum einnehmen und die Mitarbeiter*innen belasten.

Die reine Beratungszeit hat sich seit Beginn der KÜ auf durchschnittlich ca. 25 Stunden pro Berater*in und Monat fast verdoppelt. Außerdem sinkt der Anteil an neuen Nutzer*innen seit November markant, Beratungen finden hauptsächlich mit bereits bekannten Nutzer*innen statt, sodass eine Kapazitätsgrenze erreicht zu sein scheint (vgl. Bericht B3). Beides deutet auf eine Überlastung der Berater*innen hin und zeigt den Bedarf an zusätzlichen personellen Ressourcen der CfN auf.

Hohe emotionale Belastungen entstehen auch durch die Konfrontation mit teilweise vorhandenen rassistischen und klassistischen Ansichten der Nutzer*innen, insbesondere weil die eigene Aufgabe in der Minderung dieser verortet wird (vgl. Bericht B6). Auch kann festgestellt werden, dass die

Verteilung von Finanzmitteln als Gerechtigkeitsinstrument einen hohen emotionalen Stellenwert einnimmt, jedoch nicht der Hauptzweck der CfN ist (vgl. Bericht B8).

Die emotionalen und psychosozialen Belastungen der Mitarbeiter*innen in anderen Clearingstellen Deutschlands sind ähnlich (vgl. Bericht B2.2). Hier kann auch ein vertiefenderer Austausch mit diesen zum Umgang mit Belastungen hilfreich sein.

Besondere Herausforderungen für die Berater*innen stellt der Umgang mit KÜs in der CfN dar, da die Abläufe häufig unklar sind und ihnen gefühlt die medizinischen Kompetenzen fehlen, auch wenn diese nicht zwangsläufig notwendig sind. Die Berater*innen können den Bedarf fachlich nicht feststellen. An dieser Stelle bleibt jedoch die Frage, ob dies ihre Aufgabe ist. Medizinische Kooperationspartner*innen wünschen sich eine*n Mediziner*in in der CfN zur Abklärung grundlegender gesundheitlicher Probleme und der effektiven Weitervermittlung (vgl. Bericht B4.2). Von Mitarbeiter*innen der anderen Clearingstellen in Deutschland wird hingegen der Standpunkt betont, dass eine klare Trennung von Beratung und Behandlung sinnvoll ist und es somit keine festangestellte Ärzt*innen bedarf. Im Zweifelsfall sind medizinische Kooperationspartner*innen ansprechbar und eine nützliche Hilfestellung (vgl. Bericht B2.2). Die Frage wird unten ausführlicher diskutiert.

3.3 Kooperationspartner*innen

In der Berliner Versorgungslandschaft von nicht krankenversicherten Menschen gibt es bereits ein großes und weitreichendes Netzwerk aus Feldakteur*innen, die teilweise schon jahrzehntelange Erfahrungen und Kooperationen haben. Auf eine finanzierte Clearingstelle wurde schon seit Jahrzehnten gewartet und hingearbeitet. Die CfN muss sich diesen hohen Erwartungen in einem gewachsenen Netzwerk stellen. Feldakteur*innen fühlten sich teilweise in der Vergabeentscheidung übergangen und es bestanden anfängliche Vorbehalte bezüglich der Versorgung einzelner Gruppen. Von der CfN wird erwartet, dieses Netz zu erweitern und zu ergänzen sowie gleichzeitig zu einer Komplexitätsreduktion in diesem beizutragen. Der Platz und die Rolle der CfN kann noch nicht klar benannt werden, die Suche danach wird von bestehenden Akteur*innen mit Skepsis verfolgt, v. a. aufgrund der unbekanntenen Arbeitsweise und des Konzepts der CfN, aber es besteht meistens gleichzeitig die Bereitschaft, eine Kooperation mit der CfN einzugehen, da die derzeitige Versorgungssituation als untragbar bewertet und sich eine positive Veränderung gewünscht und erhofft wird (vgl. Berichte B1.1 und B4.1; BA zu B6).

Kooperationen sind für die Tätigkeit der CfN sowie alle anderen Akteur*innen essentiell. Ihre Notwendigkeit resultiert aus fehlenden gesetzlichen Strukturen und etablierten Institutionen sowie dem Mangel an eigenen Ressourcen und Kompetenzen. Der Fokus liegt dabei immer auf der bedarfsgerechten Versorgung der Nutzer*innen, aber auch die eigene Entlastung spielt eine wichtige Rolle.

Kooperationen bedeuten eine gemeinsame Nutzung von Expertise, Ressourcen und Strukturen, so dass sich die Tätigkeiten sinnvoll ergänzen, um den Nutzer*innen gerecht werden und die Aufgaben und Zielstellungen der CfN umsetzen zu können (vgl. Berichte B2.2 und B4.1). Es bedarf Kooperationen in verschiedenen Bereichen: strukturell, rechtlich, fachlich, sozial u. a. (vgl. Bericht B2.1). Dafür muss dringend ein klares und transparentes Kooperationskonzept entwickelt werden, in dem alle Kooperationspartner*innen mitgedacht werden, da sie einen entscheidenden positiven oder negativen Einfluss auf die CfN haben können (vgl. Bericht B10).

Mehrere Kooperationen existieren bereits, jedoch wird das Netzwerk insgesamt von der CfN als qualitativ sowie quantitativ unzureichend bewertet, was sich negativ auf Beratungsverläufe auswirken kann. Auch steht die CfN vor der Aufgabe, bestehende informelle in formelle Netze umzuwandeln oder zu integrieren (vgl. Berichte B1.2 und B6). Seitens der Kooperationspartner*innen besteht eine große Bereitschaft, Kooperationen einzugehen oder zu vertiefen, aber auch hohe Erwartungen und v. a. das Bedürfnis, zügig Strukturen zu formen, solange dies mit der CfN im Anfangsstadium noch leichter möglich ist. Eine Übernahme der eigenen Nutzer*innen wird nicht verlangt, eine Weitervermittlung auch nur zögerlich angedacht, weil eigene Erfahrung und Expertise vorhanden sind und die Strukturen der CfN noch unklar erscheinen (vgl. Bericht B4.1).

Barrieren für Kooperationen sind derzeit v. a. die Unkenntnis der Strukturen und Abläufe der CfN, was zu unrealistischen Erwartungen seitens der Kooperationspartner*innen und Nutzer*innen führt. Viele Wünsche an die CfN sollen allgemein zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen, sind aber teilweise unrealistisch oder fallen nicht in das derzeitige Handlungsfeld der CfN. An die CfN werden Erwartungen gestellt, die sich vorwiegend auf klare, verbindliche und transparente Strukturen, Konzepte und Zuständigkeiten, eine barrierefreie und effiziente Erreichbarkeit und Unterstützung, die gemeinsame Entwicklung von Strukturen und Abläufen, wie ein gemeinsamer Clearingbogen, sowie Verlässlichkeit und Wertschätzung, die etwa bei der Auftaktveranstaltung nicht optimal zum Ausdruck gebracht wurde, beziehen. Insgesamt ähnliche Erwartungen werden von den Mitarbeiter*innen der CfN in Bezug auf Kooperationen geäußert (vgl. Berichte B1.2, B4.1 und B6).

Von Seiten der Kooperationspartner*innen wird explizit die Möglichkeit des Einbringens von langjähriger Erfahrung, Expertise und Kompetenzen, bestehenden Netzwerken, Erfahrungen in der Kommunikation und Umgang mit Nutzer*innen, außerdem Verlässlichkeit, Vertraulichkeit, Kompromissbereitschaft, Fachwissen und -kompetenz sowie Erfahrung im Berliner Feld genannt. Allerdings muss die CfN diese Ressourcen aktiv abfragen und einfordern (vgl. Bericht B4.1).

Erfolgreiche Kooperationen haben strukturelle Voraussetzungen, aber bedürfen v. a. viel Arbeit beiderseits, sowie einen gemeinsamen Willen, aus dem aber eine zukünftige Entlastung und ein besseres Ergebnis für die Nutzer*innen folgen kann, wobei die CfN hier insbesondere im Zuge der Zunahme von Nutzer*innen mehr Ressourcen benötigt. Erfolgreiche Kooperationen zeichnen sich u. a.

durch gegenseitige Rücksichtnahme, stetige Präsenz und Kontaktpflege, Eigeninitiative, zielführende und offene Kommunikation, feste Ansprechpartner*innen, gegenseitige Wertschätzung und Respekt, regelmäßigen Austausch, Wechselseitigkeit, klare Zuständigkeiten, um Konkurrenz zu vermeiden, Vertrauen und Verlässlichkeit auch fachlicher Natur, gemeinsame Ziele und gemeinsames Handeln sowie ein gemeinsames ethisches Verständnis und Menschenbild aus (vgl. Bericht B4.1). Vor allem ist aber wichtig, dass alle Partner*innen wechselseitig einen Nutzen aus der Zusammenarbeit ziehen können (vgl. Bericht B6). Nicht alle Kooperationen können geschlossen werden, etwa aufgrund von gesetzlichen Strukturen oder Barrieren auf einer oder beider Seiten. Wenn die Kooperation zu aufwendig ist oder sich für die Nutzer*innen nicht lohnt, wird sie nicht eingegangen. Die CfN muss sich daher als attraktive Partnerin erweisen (vgl. Bericht B4.1).

Kooperationen mit Krankenkassen werden von anderen Clearingstellen in Deutschland als besonders wichtig erachtet, um eine effiziente Vermittlung zu gestalten. Kooperationen mit spezifischen Ärzt*innen und Krankenhäusern haben sie i. d. R. nicht, da eine echte freie Ärzt*innenwahl als wichtig gesehen wird. Auch bei Krankenkassen wird auf eine freie Wahl geachtet. Darüber hinaus wird mit Stellen aus den Herkunftsländern wie Botschaften der Nutzer*innen kooperiert, um ausländische Dokumente zu erhalten. Kooperationen mit anderen Clearingstellen können aufgebaut werden, um Erfahrungen auszutauschen, wie u. a. Prozesse und Kooperationen gestaltet werden können. Da ein großes Bedürfnis der CfN besteht, zu erfahren, wie andere Stellen bestimmte Probleme angehen, erscheint eine größere Vernetzung sinnvoll (vgl. Bericht B2.1).

Von medizinischen Kooperationspartner*innen wird sich eine barrierefreie Zusammenarbeit gewünscht, mehr Kenntnis durch eine gegenseitige Einführung in Abläufe und Ressourcen sowie Bekanntheit jeweiliger Kooperationspartner*innen, bspw. wird vorgeschlagen, das bestehende Netzwerk der CfN auf den Überweisungsbogen zu drucken. Auch Informationen wie Stand des Versicherungsstatus oder ob eine langfristige Behandlung gewünscht wird, werden gefordert. Die medizinischen Kooperationspartner*innen wünschen sich darüber hinaus die Möglichkeit von nachträglichen KÜs, eine Übernahme der Transportkosten und mit einer Verlegung oder Weitervermittlung eine Übergabe des Falles an die CfN. Inwieweit dies möglich ist, muss juristisch geklärt und kann hier nicht beantwortet werden. Die medizinischen Kooperationspartner*innen wünschen sich außerdem Aufklärung und Sensibilisierung der Nutzer*innen bzgl. Standards im deutschen Gesundheitssystem wie Hygiene, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Höflichkeit. Auch besteht der Wunsch nach Fortbildung zu Gesundheitssystemen in den Herkunftsländern der Nutzer*innen (vgl. Bericht B4.2).

3.4 Nutzer*innen

Die potentielle Zielgruppe sowie die Nutzer*innen der CfN zeichnen sich durch große Heterogenität aus, die bei den meisten anderen Clearingstellen in Deutschland aufgrund einer Zielgruppenspezialisierung nicht auftritt (vgl. Bericht B2.1). Die CfN muss aufgrund ihrer Aufgabe von akut erkrankten Menschen ohne Papiere bis Personen mit Zahlungsproblemen bzw. Beitragsschulden bei der Krankenversicherung ein extrem heterogenes Klientel bedienen. Diese Heterogenität bedeutet für die CfN die Notwendigkeit eines breiten Kompetenzspektrums, ist grundsätzlich aber kein Hindernis für eine zielgruppenspezifische Versorgung (vgl. Bericht B1.2). In 2019 wurden insgesamt 755 Personen in 2.092 Episoden beraten. Knapp zwei Drittel der Nutzer*innen waren männlich bei einem Altersschnitt von 44,3 Jahren. 28 % der Nutzer*innen hatten eine deutsche Staatsangehörigkeit, 26 % kamen aus EU-Mitgliedsstaaten und 43 % aus Drittstaaten (vgl. Bericht B3). Etwa ein Viertel der Nutzer*innen hat (noch) Bezugspunkte zu einer Krankenversicherung zu Beginn der Beratung. Derzeit kann in insgesamt 40 % der Fälle die Vermittlung in eine Krankenversicherung erfolgen, allerdings mit starken Abweichungen je nach Personengruppe (vgl. Bericht B3).

Die Nutzer*innen der CfN weisen einen unterschiedlichen und breitgestreuten Bedarf auf. Auffällig ist, dass in fast der Hälfte der Fälle der Wunsch nach einer Krankenversicherung im Vordergrund steht, gefolgt von einem allgemeinen Informationsbedarf (vgl. Bericht B5.1). Auch in der Clearingstelle in Hamburg, die als einzige andere Clearingstelle Daten bereitstellt, ist die Gesundheitsversorgung das wichtigste Anliegen, gefolgt von aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragen (vgl. Bericht B2.1). Allerdings sehen die meisten Nutzer*innen die CfN als letzte Anlaufstelle in einer Notlage, insbesondere bei Menschen ohne Papiere, wo eine Suche nach Hilfe mit einer gefühlten Gefährdung ihres Aufenthalts verbunden sein kann (vgl. Bericht B5.2). In Hamburg kommen die meisten mit akuten Beschwerden (58 %) sowie über ein Drittel im Zuge einer Schwangerschaft (vgl. Bericht B2.1).

Zusätzlich sind viele Nutzer*innen der CfN hochvulnerabel und verfügen über limitierte Ressourcen, ihre Situation selbstständig zu verändern. Ein Fünftel der Nutzer*innen ist ohne Papiere in Deutschland (vgl. Bericht B3). Durch Sprachbarrieren, strukturelle Diskriminierung im Sozialsystem und gesellschaftspolitische Machtlosigkeit werden Abhängigkeitsverhältnisse und Asymmetrien geschaffen, z. B. zu (Laien-)Dolmetscher*innen, Sozialberatungsstellen und Sachbearbeiter*innen. Diese führen zu Misstrauen und geringer Selbstwirksamkeit.

Häufig bringen die Nutzer*innen aufgrund von Sprachbarrieren Laiendolmetscher*innen aus dem privaten Umfeld mit, die zum Teil jedoch selbst nicht ausreichend deutsch sprechen und oft emotional zu involviert sind, um die Übersetzung und Sprachvermittlung in der Beratung bedarfsgerecht gewährleisten zu können (vgl. Bericht B6). Insgesamt haben im Jahr 2019 Menschen aus 92 Ländern die Beratung der CfN in Anspruch genommen (vgl. Bericht B3). Die CfN kann nicht Berater*innen

oder Dolmetscher*innen für alle Sprachen bereitstellen, vor diesem Hintergrund müssen umfangreiche Kooperationen aufgebaut werden. Sprach- und Kulturkompetenzen sind für eine zielführende Beratung essentiell, damit sich Nutzer*innen öffnen und Ängste sowie Missverständnisse abgebaut werden können. Das Angebot von Dolmetscher*innen führt zu einem Anstieg von Nutzer*innen, da sich dies in Communities herumspricht (vgl. Bericht B5.2). Die meisten Menschen ohne deutsche Staatsangehörigkeit kamen aus Vietnam, Polen (je 8%), Serbien/Montenegro, Rumänien (je 4%), Bulgarien und Lettland (je 3%), wodurch die Wichtigkeit eines dementsprechenden Beratungsangebots deutlich wird (vgl. Bericht B3).

Viele der Nutzer*innen spüren Vorbehalte von anderen Beratungsstellen und dem Sozialsystem. Sie bringen dieses Misstrauen mit in den Clearingprozess und können sich nicht vorstellen, dass die Mitarbeiter*innen ihnen helfen können und wollen. Trotzdem scheint es im Gegensatz zu öffentlichen Stellen zumindest teilweise einen Vertrauensvorschuss zu geben. Ein Misstrauen gegenüber der CfN wird auch durch unrealistische Erwartungshaltungen der Nutzer*innen hervorgerufen, die nicht erfüllt werden können und deswegen zu einer Unzufriedenheit führen (vgl. Bericht B6). Zudem tritt bei manchen Nutzer*innen Scham und Verärgerung über die eigene als ungerecht empfundene Situation auf und es wird das eigene korrekte Verhalten hervorgehoben, um einem gefühlten Rechtfertigungsdruck zu entsprechen (vgl. Bericht B5.2).

Das Misstrauen zeigt sich in der Sozialberatung, indem die Nutzer*innen nicht alle wichtigen Informationen preisgeben, da sie dem sensiblen Umgang mit Daten misstrauen und daraus resultierenden Schaden fürchten. Der folgende notwendige Vertrauensaufbau und die Beziehungsarbeit gestalten sich aus Sicht der Mitarbeiter*innen zeitintensiv und herausfordernd. Ein fehlendes Vertrauen ist einerseits häufiger Grund für einen Kontaktabbruch, andererseits ist ein gelungener Vertrauensaufbau ein essentieller Faktor für die Motivation der Nutzer*innen. Dies stellt ein hohes Gut angesichts einer häufigen emotionalen Instabilität dar, die aufgrund multipler und komplexer sozialer Problemlagen hervorgerufen wird und den Nutzer*innen im Weg steht, selbstständig ihre Situation zu verändern. Durch Faktoren wie z. B. psychische Erkrankungen, Sucht, mangelnde Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse (wie Hunger, Schmerzen, Sucht, psychische Krisen oder Obdachlosigkeit), Frustration und Hoffnungslosigkeit werden Existenzängste verstärkt, die bereits aufgrund der unsicheren Gesundheitsversorgung bestehen. Diese Existenzangst stellt sich im Beratungsalltag als hohe emotionale Belastung für die Sozialberater*innen heraus, die eine wirkungsvolle Teilnahme am Beratungsverlauf verkompliziert oder gar verhindert (vgl. Bericht B6). Gleichzeitig sind die Ansprüche der Mitarbeiter*innen der CfN, aber auch deren Kooperationspartner*innen, an die Nutzer*innen teilweise sehr hoch, etwa Compliance, Eigenverantwortlichkeit, zu Terminen erscheinen, körperlich gepflegt sein, alle Unterlagen mitbringen, wozu sie aufgrund ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Situation oft nicht in der Lage sind.

Es zeigt sich allerdings dennoch, dass die CfN von Nutzer*innen sehr positiv bewertet wird. Oft ist die Situation so ernst, dass der Wunsch gesund zu werden oder die Situation zu lösen alles andere überschattet. Jede Hilfe wird gerne angenommen und die CfN auch als echte Hilfe bezeichnet. So erzählen von sich aus die meisten Nutzer*innen aus ihrem Privatleben und wollen gehört und verstanden werden. Angebot, Beratung und die Mitarbeiter*innen werden ausnahmslos positiv beschrieben. Die Verantwortung für ihre Situation verorten die Nutzer*innen nicht bei der CfN, sondern meist bei der Politik, komplizierter Bürokratie in der Verwaltung oder der Rechtslage und resignieren deswegen teilweise bzgl. der eigenen Situation. Die CfN wird dann als Helferin empfunden, die das tut, was sie kann, auch wenn sie die Situation an sich nicht ändern kann (vgl. Bericht B5.2).

Die Nutzer*innen benötigen besonders bei komplexen Fällen Ausdauer und Durchhaltevermögen, um den langwierigen Clearingprozess und das damit verbundene Überwinden struktureller bürokratischer Hürden zu bewältigen. In diesem Zusammenhang ist auch die aktuelle Situation der Nutzer*innen zum Zeitpunkt der Beratung ausschlaggebend, da eine Beratung fast unmöglich ist, wenn elementare Grundbedürfnisse nicht erfüllt sind. Zusätzlich ist etwa die Hälfte der Nutzer*innen wohnungs- oder obdachlos (vgl. Bericht B3). Dies führt zu der Notwendigkeit, dass die Sozialberater*innen erst die dringlicheren Phänomene bearbeiten, um eine Situation zu schaffen, in der sich die Nutzer*innen auf das Clearing einlassen können. Die Nutzer*innen sind zudem teilweise emotional von der Bewältigung ihrer Probleme überfordert. Viele sind nicht in der Lage, Entscheidungen eigenständig zu treffen oder Maßnahmen eigenständig umzusetzen (vgl. Bericht B6).

Häufig treffen mehrere belastende und herausfordernde Faktoren auf eine*n Nutzer*in zu. Sie beeinflussen die Partizipation der Nutzer*innen in Bezug auf das Lösen der eigenen Probleme erheblich. Diese Faktoren rund um Abhängigkeit, Misstrauen und Existenzangst erschweren den Glauben an ein positives Beratungs- oder Clearingergebnis, blockieren die Kooperationsbereitschaft der Nutzer*innen und verhindern dadurch das Festlegen eines gemeinsamen Arbeitsziels in der Beratung. In der Folge stellen sich die Nutzer*innen als wenig zuverlässig und eigenständig heraus. Zum Teil bricht die Erreichbarkeit ab, die Nutzer*innen kommen nicht mehr in die Clearingstelle, Telefonnummern sind veraltet oder nicht vorhanden. Dies erfolgt unabhängig von den bisherigen Beratungsschritten, die die Sozialberater*innen mit den Nutzer*innen bereits gegangen sind (vgl. Bericht B6).

3.5 Datenschutz

Dem Datenschutz wird eine hohe Bedeutung zugemessen. Er wird von Nutzer*innen, Mitarbeiter*innen und Kooperationspartner*innen als essentiell für die Arbeit der CfN und notwendig für einen Vertrauensaufbau beschrieben, gleichwohl als Barriere und Herausforderung von den Mitarbeiter*innen wahrgenommen. Auch bei anderen Clearingstellen in Deutschland erweist sich der Datenschutz

als Herausforderung, insbesondere die notwendige Einwilligung der Nutzer*innen in die Datenerhebung und -verarbeitung. Die Datenerhebung in anderen Clearingstellen in Deutschland erfolgt auf unterschiedlicher Art und Weise, meist aber mithilfe von Excel-Datenbanken. Zu den Datenerhebungsplattformen haben ausschließlich die Mitarbeiter*innen Zugang. Daten, die sie aus statistischen Gründen an öffentliche Einrichtungen wie Ministerien schicken, werden anonymisiert. Auch beim Informationsaustausch mit anderen Einrichtungen wird bspw. mithilfe von passwortgeschützten Dokumenten darauf geachtet, größtmögliche Datenschutzstandards einzuhalten (vgl. Bericht B2.2).

Eine Datensammlung über das absolute Minimum hinaus trifft bei Kooperationspartner*innen grundsätzlich auf Ablehnung. Jedenfalls wird eine gemeinsame Entwicklung und Nutzung von Dokumentationssoftware gewünscht, v. a. um das Vertrauen zu gewinnen, dass mit Nutzer*innendaten nicht fahrlässig umgegangen wird. Eine Erhebung von Daten bei dieser hochvulnerablen Klientel muss ethisch begründbar sein. Es wird seitens der CfN darauf verwiesen, dass die Datenerhebung unerlässlich ist, um den Bedarf zu klären sowie als Argumente für politische Entscheidungen. Für die ethische Begründbarkeit ist es wichtig, dass eine anonymisierte Datenauswertung und Interpretation sowie eine regelmäßige Evaluation der Notwendigkeit erfolgt. Eine Anonymisierung ist zwingend notwendig, bevor Daten Dritten zugänglich gemacht werden (vgl. Bericht B1.1). Es wird zusätzlich darauf hingewiesen, dass eine Schulung der Mitarbeiter*innen zum standardisierten Umgang mit der neuen Software sowie die Dokumentation als Nachweis für qualitativ hochwertige Arbeit unerlässlich ist.

4 Diskussion

Die Evaluation begleitete den Implementierungs- und Etablierungsprozess der CfN von Oktober 2018 bis Ende 2019, um gleich zu Beginn eine wissenschaftliche Unterstützung des Projektes und Rückmeldungen zu ermöglichen, sodass Prozesse anhand wissenschaftlich fundierter Ergebnisse gesteuert werden können. Es wurde mit dem Ansatz der partizipativen Forschung gearbeitet. Vor allem weil sich die CfN im Implementierungs- und Etablierungsprozess befand, stellte dies einen flexiblen Forschungsansatz dar, der zum Aufbau der CfN beitragen und die Entwicklung von noch zu festigenden Strukturen begleiten konnte. Es gab enge Absprachen zwischen der CfN und dem Forschungsteam, wodurch auf Seiten des Forschungsteams auf Wünsche, die sich erst im Laufe des Prozesses ergaben, und auf Seiten der CfN auf Handlungsempfehlungen nach Möglichkeit zeitnah eingegangen werden konnte.

Aufgrund der Finanzierung, der zeitlichen Befristung durch die Senatsverwaltung GPG und der hohen Erwartungen, die an das Projekt gestellt werden, wird ein hoher Druck empfunden, auch durch die

enormen möglichen politischen Folgen des Implementierungsprozesses und der Evaluation. Dieser bedeutet für die CfN und die Mitarbeiter*innen, aber letztlich auch für die Versorgung der Nutzer*innen, eine hohe Abhängigkeit vom politischen Willen des Senats und eine perspektivische Unsicherheit in der Projektplanung, wodurch neben dem permanenten Druck auf der CfN (vgl. Bericht B10) die nachhaltige Umsetzung des Ziels, allen Menschen in Berlin eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen, gefährdet erscheint.

Aufgrund der Prozesshaftigkeit bleiben einige Fragen unbeantwortet, bspw. tauchten im Prozess Themen und Fragen an bestehende Clearingstellen auf, nachdem die Expert*inneninterviews bereits durchgeführt wurden. Weitere Evaluationen können für offene Fragen und die Begleitung der sich veränderten eingespielten Arbeitsprozesse sinnvoll sein.

Die Begrenztheit v. a. der finanziellen Mittel ist mit der ethische Grundhaltung der Mitarbeiter*innen, dass allen bedürftigen Menschen der Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglicht werden muss, nicht vereinbar. Die Mitarbeiter*innen der CfN haben eine klare ethische Grundhaltung in Bezug auf die Arbeit der CfN und identifizieren sich mit dieser. Durch diese starke Involviertheit kann eine hohe emotionale und psychosoziale Belastung entstehen, sowie Probleme mit der professionellen Abgrenzung und der Bereitschaft zur Aufgabenteilung, da sich die Mitarbeiter*innen verpflichtet sehen, insbesondere den sozial schwächeren Nutzer*innen zu helfen. Hier kann Supervision als ein Instrument genutzt werden, um den professionellen Umgang mit diesem Spannungsfeld weiter zu stärken.

Das Spannungsfeld wird auch von den Kooperationspartner*innen sowie den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Prüfkommision betont und wahrgenommen. Es findet bspw. eine konstante Beschäftigung mit der Begrenztheit der finanziellen Mittel der CfN statt, insbesondere des Notfallfonds, da dieser als Gerechtigkeitsinstrument verstanden und somit als zentrales Mittel der CfN für den Einsatz für ihre Nutzer*innen gesehen wird. Bei den Mitarbeiter*innen sind starke Wertvorstellungen mit dem Wunsch verbunden, dass sich alle in der CfN für diese ethischen Prinzipien einsetzen, was bei leichten Unterschieden in den Auffassungen zwischen Mitarbeiter*innen zu psychosozialen Belastungen und moralischem Stress führt. Dies hat letztlich negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation sowie das Engagement der Mitarbeiter*innen.

Diese Herausforderungen sind auch mit der christlichen Rolle der BSM verbunden, die eine ethische Haltung innerhalb der BSM entscheidend prägt und etwa Versorgungsentscheidungen zwischen Menschen unmöglich macht. Hier stellt sich die Frage, welche Rolle die BSM zukünftig in Bezug auf die CfN einnimmt und wie sich die Arbeit der BSM und die Sicht auf diese verändert. Insbesondere die Ansprechbarkeit muss mitgedacht werden. Das Ansehen der BSM als Institution der Hilfe für Schwächere kann sich sowohl auf Nutzer*innen- als auch auf Mitarbeiter*innenseite auswirken. Es spricht v. a. Mitarbeiter*innen an, die Hilfe für Nutzer*innen übernehmen wollen. Ein gewolltes Empowerment der Nutzer*innen muss sich strukturell durchsetzen und für eine Außenwahrnehmung auch in

die Öffentlichkeitsarbeit getragen werden. Hier kann die CfN innerhalb der BSM die christliche Grundlage nutzen, muss dabei jedoch darauf achten, dass dies maximal inklusiv geschieht und die konfessionelle Rolle keine Barriere für das Versorgungsziel bedeutet. Insofern scheint eine Beschäftigung der CfN und der BSM mit dieser Rolle sinnvoll und Entscheidungen wie auch die Vergabe der Evaluation an eine kirchliche Hochschule sollten multiperspektivisch betrachtet werden.

Die personellen Ressourcen der CfN scheinen angesichts der deutlich gestiegenen Fallzahlen unzureichend und die Mitarbeiter*innen der CfN überbelastet. Somit stellt sich die Frage, ob die CfN überhaupt die Ressourcen für eine notwendige Professionalität haben kann. Auch von Seiten der Mitarbeiter*innen werden sich weitere Möglichkeiten von Supervisionen und Teamentwicklungen immer wieder gewünscht und eingefordert. Das Team ist jung und einer Formung und stetigen Veränderung unterlegen. Vor diesem Hintergrund sind diese Prozesse zwingend erforderlich. Wesentlich für die Bewältigung der Herausforderungen ist die Stärkung der professionellen Haltung, um einerseits sympathie- oder antipathiegeleiteten Entscheidungen vorzubeugen und andererseits eine dokumentierte, transparente und nachvollziehbare Entscheidung zu ermöglichen. Auch ist ein Konzept zur Abgrenzung von Handlungsfeldern zwingend notwendig. Für die Stärkung der professionellen Haltung der Mitarbeiter*innen sowie den Umgang mit Abgrenzungen ist Supervision unbedingt erforderlich, zusätzlich sind strukturierte Fallbesprechungen hilfreich, um effiziente, effektive und kreative Lösungen im Team finden zu können (vgl. Bericht B6). Klar formulierte Kompetenzgrenzen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie Handlungsanweisungen und Standards werden in anderen Clearingstellen in Deutschland als sinnvoll und nicht hinderlich empfunden. Aufgrund der hierarchieflachen Teamstrukturen müssen diese in der CfN gemeinsam gefunden werden.

Finanziell gibt es für 2020 und 2021 eine Erhöhung der Mittel, allerdings bleibt im weiteren Verlauf zu klären, ob dies für den Bedarf an KÜs sowie an zusätzlichen personellen und räumlichen Ressourcen ausreicht.

In den Clearing- und Beratungsprozessen existieren verschiedene Spannungsfelder. Das Beratungsangebot muss aufgrund der Zielgruppen und Art des Angebots niederschwellig gestaltet werden, was aber mit einer oft hohen Komplexität sowie der Glaubhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen, die auch mit hohen politischen Erwartungen einhergehen, vereinbart werden muss. Dadurch, dass die Aufgaben und die Funktion der CfN konzeptionell nicht transparent und konkret benannt sind, entstehen zusätzlich Herausforderungen und Barrieren bei einem Netzwerkaufbau und beginnenden Kooperationsverhandlungen. Auch aus der gefühlten und ungeklärten Verantwortlichkeit für die Nutzer*innen folgen enorme zeitliche und emotionale Belastungen bei den Mitarbeiter*innen. Durch fehlende Standards, Qualitätsmanagement und Ablaufpläne besteht die Gefahr, dass den Beratungsausgängen keine einheitlichen Kriterien zugrunde liegen und eine Abgrenzung

der Handlungsfelder nur bedingt stattfindet, da den Mitarbeiter*innen ein hoher Ermessensspielraum zur Verfügung steht.

Das Ziel des Empowerments der Nutzer*innen steht der Compliance und teilweise erforderlichen Übernahme der Aufgaben für Nutzer*innen gegenüber. Dies stellt eine individuell zu entscheidende Gratwanderung dar, die immer wieder eine Reevaluation erfordert. Die Nutzer*innen sind oft mit komplexen Phänomenen konfrontiert, wodurch sie sich auf die Beratung erst nach der Bearbeitung der dringlicheren Probleme einlassen können. Durch eine emotionalen Überforderung sind Nutzer*innen teilweise nicht in der Lage, eigenständig Entscheidungen zu treffen oder Maßnahmen umzusetzen und fordern Stellvertreter*innenhandlungen, die eigentlich dem Handlungsfeld und Ziel des Empowerments entgegenstehen, aber für diese notwendig sind. Dadurch entstehen Abgrenzungsprobleme im Handlungsfeld und emotionale Belastungen der Mitarbeiter*innen.

Durch die Möglichkeit der KÜs existiert ein Spannungsfeld zwischen der Aufgabe des Clearings und der akuten medizinischen Behandlung. Die Mitarbeiter*innen der CfN betonen die Wichtigkeit der KÜ-Möglichkeit v. a. als Gerechtigkeitsinstrument, ihnen fehlen jedoch ein einheitlicher Ablauf sowie medizinische Fachkompetenzen. Hier stellt sich die Frage, ob es für die Ausstellung von KÜs einer medizinischen Expertise bedarf, um begutachten zu können, Indikationen zu stellen und an zuständige Fachärzt*innen überweisen zu können. Die Sozialberater*innen mit umfangreichen Kompetenzen in der Sozialen Arbeit und Beratung können dies in dem Fall nicht umfänglich leisten. Von Seiten der medizinischen Kooperationspartner*innen wird sich ein*e Allgemeinmediziner*in für die Begutachtung gewünscht. Da andere Clearingstellen allerdings ihre Funktion ausdrücklich in der Beratung sehen, geben sie dagegen keinen Bedarf diesbezüglich an. Die*der medizinische Fachangestellte kann, wie konzeptionell geplant, eine Gatekeeperfunktion teilweise übernehmen, aber für eine Komplettübernahme fehlen Ressourcen, die weiteres Personal nötig macht.

Ein*e in die CfN integrierte*r Mediziner*in würde umfangreichere Fachkompetenzen aufweisen und KÜs reibungsloser und mit klaren Zuständigkeiten in die Wege leiten und die Berater*innen von medizinischen Zweifeln und Unklarheiten sowie zeitlich entlasten können. Ein*e Mediziner*in ist nicht notwendig, wenn alle eine KÜ bekommen, die sie aus formalen Gründen auch zugesprochen bekommen könnten, und diese beispielsweise nach Hausärzt*innenprinzip standardisiert an ein*e Allgemeinmediziner*in weitergeleitet würden, die*der medizinische Entscheidungen trifft. Alle Fragen, ob KÜs ausgestellt werden, zu welchen Ärzt*innen und in welcher Höhe, bedürfen medizinischen Fachwissens. Wenn dies in den Entscheidungen der CfN gefordert wird oder erforderlich ist, könnte ein*e ansässige*r Allgemeinmediziner*in die Begutachtung und Weitervermittlung, nicht aber die Behandlung übernehmen. Eine tatsächliche Ärzt*inpraxis in der CfN würde die Zielrichtung des Angebots ändern. Somit bleibt in der CfN die Frage nach der*des Allgemeinmedizinerin*Allgemeinmediziners auf dieser Grundlage zu diskutieren.

Die meisten Nutzer*innen erfahren von der CfN durch andere Beratungsstellen. Bekannte und Freund*innen sowie das Internet stellen weitere wichtige Informationsquellen dar. Gedruckte Flyer scheinen eine geringe Wirkung zu haben (vgl. Bericht B5.1). Daher ist wahrscheinlich die wichtigste Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit die Kooperation mit und die Präsenz in und für Einrichtungen, die mit potentiellen Nutzer*innen zu tun haben, wie bspw. medizinische Einrichtungen, Stellen für u. a. Sozial-, Geflüchteten-, Obdachlosen-, (sexuelle) Gesundheits- und aufenthaltsrechtliche Beratung, Ämtern, Botschaften sowie Krankenkassen.

Eine Datenerhebung ist einerseits für die Arbeit der CfN unerlässlich, auch um den Bedarf zu klären sowie als Argumentation für politische Entscheidungen. Insbesondere da es kaum Forschung zu nicht krankenversicherten Menschen gibt, sind Erhebungen auch für die konzeptionelle Gestaltung und Arbeit der CfN wichtig. Andererseits kann dies eine große Barriere für den Vertrauensaufbau zu Nutzer*innen sowie auch zu Kooperationspartner*innen darstellen, die dem aufgrund einer hohen Vulnerabilität vieler Nutzer*innen skeptisch gegenüberstehen. Inwieweit der Umgang mit der erforderlichen Datenschutzerklärung beim ersten Beratungstermin vereinfacht werden kann, stellt eine datenschutzrechtliche Frage dar, die hier nicht diskutiert oder beantwortet werden kann, sondern der fachlichen Einschätzung von Jurist*innen bedarf.

5 Handlungsempfehlungen

Team

Die Möglichkeit und Inanspruchnahme von Fortbildungen sollte zu einer weiteren Kompetenzstärkung der Mitarbeiter*innen fortgeführt werden. Auch sollte die Nutzung bereits vorhandener interprofessioneller Kompetenzen intensiver gestaltet und durch einen strukturierten Austausch im Team unterstützt werden. Zur Begleitung der Konsensfindung im Team sollten strukturierte prospektive und retrospektive (ethische) Fallbesprechungen, kollegiale Beratung, Teamentwicklungsprozesse eingeführt und etabliert werden sowie die bestehenden Instrumente, wie Teamsitzungen ausgebaut werden.

Außerdem ist Supervision unerlässlich, um Kompetenzen für den Umgang mit Spannungsfeldern im Team zu stärken, die daraus resultierenden emotionalen und psychosozialen Belastungen zu verringern und der Reflexion der eigenen professionellen Haltung gegenüber der Nutzer*innen einen breiteren Raum zu ermöglichen.

Eventuell kann ein Vergleich mit dem Ansatz des Case Managements (siehe BA zu B6) für die eigene Einordnung des Handlungsrahmens und eine Kompetenzsteigerung der Mitarbeiter*innen sinnvoll sein.

Arbeitsorganisation

Wesentliche Handlungsempfehlung im Bereich der Arbeitsorganisation ist die Entwicklung von internen Verfahrensanweisungen, Beratungsstandards, Qualitätsmanagementsystemen sowie die Etablierung von Evaluationsinstrumenten. Entscheidungen sollten z. B. mithilfe von Pro-Contra-Listen bzw. Verweisen auf Meinungsaustausch oder Mehrheitsentscheidungen dokumentiert werden, um diese subjektiv weniger belastend und gegenüber anderen überprüfbar zu gestalten.

Die Weiterentwicklung von Standards, Projekt- und Qualitätsmanagement sollte entsprechend des bereits entwickelten Projekt- und Zeitplans umgesetzt werden. Zusätzlich braucht es mehr Zeit für die Auseinandersetzung im Team mit einheitlichen Vorgehensweisen, der Entwicklung von Standards sowie des Problems des Ermessensspielraums. Gemeinsam und auch in Abstimmung mit den Kooperationspartner*innen müssen die konkreten Handlungsfelder der CfN transparent benannt sowie Verantwortlichkeiten geklärt werden. Die Handlungsabläufe in den KÜ-Prozessen müssen vereinheitlicht werden und die Klärung der Einleitung dieser mit oder ohne medizinischer Fachkompetenz erfolgen.

Die Rolle der PK sollte sowohl für sie als auch für die Entscheidungsträger*innen in der CfN geklärt und tragbar gestaltet werden. Deshalb sollte eine Klärung über die Frage, ob die endgültigen Entscheidungen der KÜs in der PK oder in der CfN erfolgen, zumal die PK wegen ihrer Grundüberzeugung diese Entscheidungen nicht aussprechen, sondern eine ethisch begründete Empfehlung abgeben will. Darüber hinaus sollte sich damit beschäftigt werden, wie eine tragbare Lösung für die Ausschöpfung des Notfallfonds aussehen und das Aufgabenfeld der PK klar abgesteckt werden kann.

Für die Dokumentationssoftware ergeben sich die Empfehlungen aus dem Bericht B3, um exakte und aussagekräftige Dokumentationsstrukturen als Nachweis für qualitativ hochwertige Arbeit zu ermöglichen.

Um den wichtigen Prozess des Vertrauensaufbaus nicht zu Beginn zu erschweren, sollte rechtlich und praktisch erwogen werden, ob es möglich ist, die Datenschutzerklärung nicht zwingend zu Beginn der Beratung ausfüllen zu lassen, um erhöhtem Druck auf Seiten der Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen vorzubeugen.

Kooperationsgestaltung

Aufgrund der auftretenden Fragen zur Gestaltung von Strukturen, Abläufen und Netzwerken ist eine stärkere Vernetzung zu anderen Clearingstellen in Deutschland zu empfehlen. Auch da bei den Mitarbeiter*innen ähnliche Belastungen auftreten, kann ein vertiefenderer Austausch zum Umgang mit diesen hilfreich sein. Möglich wären neben Treffen auch gemeinsame inhaltliche Fortbildungen oder Schulungen.

Für eine vereinheitlichte Kooperationsgestaltung ist ein ausgearbeitetes Kooperationskonzept dringend erforderlich. Dieses sollte für alle derzeitigen und zukünftigen Kooperationspartner*innen leicht zugänglich sein, etwa auf der Internetseite der CfN. Falls notwendig, können vertraulichere Informationen separat direkt mit den Kooperationspartner*innen geteilt werden.

Kooperationen müssen als Ressource betrachtet und genutzt werden. Eine verstärkte Vernetzung von sozialer, aufenthaltsrechtlicher und juristischer Beratung ist notwendig. Es sollte auch eine Verdeutlichung der Einzigartigkeit, der Alleinstellungsmerkmale und des Angebotes der CfN stattfinden. Als öffentlich finanzierte und hauptamtlich besetzte Stelle sollte die CfN eine zentrale Vermittlungsstelle einnehmen. Inhaltlich sollte der Fokus auf der Hauptaufgabe des Clearings liegen. Zusätzlich gibt es Aufgaben wie aufenthaltsrechtliche Beratung, für die Kompetenzen in der CfN vorhanden sind. Alle anderen Aufgaben sollten an Kooperationspartner*innen übertragen werden, wie z. B. medizinische sowie zielgruppenspezifische Beratung, solange personelle und finanzielle Ressourcen dafür nicht bereitgestellt werden. Für einen regelmäßigen und hilfreichen Austausch mit Kooperationspartner*innen werden empfohlen:

- Standardisierung der Kommunikation mit klaren Ansprechpartner*innen, Erreichbarkeiten und Zuständigkeiten
- Klärung gegenseitiger Bedürfnisse und klarer Zuständigkeiten innerhalb der Kooperation
- Regelmäßige Netzwerktreffen
- Regelmäßiger Newsletter mit Änderungen, Informationen zu neuen Kooperationspartner*innen und Erfolgen
- Gemeinsame Fortbildungen, gewünscht werden insbesondere Informationen zu Herkunftsländern der Nutzer*innen und den dortigen Gesundheitssystemen, um sich weiter zu sensibilisieren und die eigene Kompetenz zu stärken
- Dafür notwendige Teamprozesse und Zeit, um den Austausch unterstützen zu können

Öffentlichkeitsarbeit

Eine hilfreiche Internetseite sollte barrierefrei, verständlich sowie vielsprachig Informationen über das Ziel, Angebot und die Möglichkeiten sowie Ressourcen der Clearingstelle darstellen. Dazu sollte folgendes aufgenommen werden:

- Verweis auf den Container
- Verweise auf Kooperationspartner*innen und weitere Angebote
- Formulare und Musterschreiben für Krankenkassen, Ämter u. ä.

- Fallbeispiele mit Lösungsvorschlägen
- Informationen und Konzept für Kooperationspartner*innen
- Merkblatt für medizinische Behandler*innen inkl. Informationen zu KÜs
- Rahmenbedingungen und einen professionellen Einblick für die Fachöffentlichkeit

Teilweise wird sich von Kooperationspartner*innen eine Präsenz auf Fachkongressen o. ä. gewünscht, bspw. könnte eine kurze Vorstellung auf fachärztlichen Kongressen stattfinden (vgl. Bericht B4.2).

Politische Arbeit und Forderungen

Die Höhe des Notfallfonds wird zukünftig wahrscheinlich nicht ausreichen. Auch die personellen und räumlichen Ressourcen reichen für die notwendigen Aufgaben der CfN nicht aus. Die Forderung nach den notwendigen Ressourcen ist eine zentrale Position der Mitarbeiter*innen und sollte auch die der CfN darstellen. Wichtige Auszüge aus den Berichten der Evaluation sollten mit der Forderung von erhöhten finanziellen Mitteln zur Versorgung der Nutzer*innen sowie der Möglichkeit für notwendige personelle Ressourcen an die zuständige Senatsverwaltung GPG gerichtet werden.

Längerfristig ist es Wunsch der Mitarbeiter*innen, behördliche Barrieren auch durch zentrale Antragsstellen zu minimieren, politische Lobbyarbeit für erhöhte Mittel zu leisten und langfristig einen bedarfsgerechten und barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu gewährleisten, wie es erklärtes politisches Ziel des Senats und Menschenrecht ist.