

Bericht Baustein 3:

Auswertung zu Klient*innen-Daten und Kostenübernahmen (Routinedaten)

Martina Stallmann

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

Endfassung vom 13. März 2020

Inhalt

1. Vorbemerkungen	4
2. Datengrundlage	5
3. Ergebnisse zu den Sozialdaten	10
3.1 Soziodemographische Zusammensetzung	10
3.2 Ergebnisse zum Krankenversicherungsstatus	15
3.3 Häufigkeit und Dauer der Beratungen	20
3.4 Monatsbezogene Ergebnisse	23
4. Ergebnisse zu Kostenübernahmen	26
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter nach Geschlecht.....	12
Abbildung 2: Wohnsituation nach Geschlecht.....	12
Abbildung 3: Herkunft nach Geschlecht.....	13
Abbildung 4: Aufenthaltsstatus nach Geschlecht	14
Abbildung 5: Krankenversicherung bei Beratungsbeginn und ehemalige Krankenversicherung.....	16
Abbildung 6: Vermittlung in Krankenversicherung nach Geschlecht.....	17
Abbildung 7: Vermittlung in Krankenversicherung nach soziodemographischen Merkmalen..	19
Abbildung 8: Kostenübernahmen nach soziodemographischen Merkmalen	20
Abbildung 9: Dauer des Beratungsprozesses nach Beratungsergebnis.....	22
Abbildung 10: Anzahl beratener Personen pro Monat	23
Abbildung 11: Mittlere Dauer der Beratungsepisoden und Beratungsminuten pro Monat.....	24
Abbildung 12: Beratene Personen nach Aufenthaltsstatus pro Monat	25
Abbildung 13: Anteil Wohnungs-/Obdachloser unter den beratenen Personen nach Monat ..	26
Abbildung 14: Prozentuale Verteilung der Kostenübernahmen nach Fachrichtung	27
Abbildung 15: Höhe der Kostenübernahmen nach Fachgebiet	31
Abbildung 16: Höhe der Kostenübernahmen nach Praxisart	32
Abbildung 17: Höhe der Kostenübernahmen nach Monat.....	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Variablen und Anzahl fehlender Werte	6
Tabelle 2: Staatsangehörigkeit	14
Tabelle 3: Vermittlung in Krankenversicherung	17
Tabelle 4: Anzahl Beratungen und Dauer des Beratungsprozesses	21
Tabelle 5: Anzahl Kostenübernahmen nach Praxiseinrichtung	28
Tabelle 6: Höhe der ausgestellten Kostenübernahmen nach Art der Leistung	29
Tabelle 7: Höhe der in Rechnung gestellten Kosten (Abrechnungsstand: Januar 2020)	30

1. Vorbemerkungen

In diesem Bericht wird die Auswertung zu den Routinedaten der Beratungsdokumentation für das Jahr 2019 vorgestellt. Zur Verfügung standen zum einen Daten zu den Beratungsfällen, im Folgenden als „Sozialdaten“ bezeichnet, und zum anderen die Angaben zu Kostenübernahmen, die über die CfN in die Wege geleitet wurden. Zu den Sozialdaten gibt es bereits mehrere durch die CfN erstellte Sachberichte. An dieser Stelle erfolgt eine Auswertung der Gesamtdaten des Jahres 2019, wobei neben Gesamtauswertungen auch monatsbezogene Darstellungen erfolgen, mit denen Entwicklungen bei Anzahl und Zusammensetzung der Beratungsfälle aufgezeigt werden sollen.

Auf Seiten des INIB wurden in diesem Teil der Evaluation folgende Arbeiten durchgeführt:

- Gespräche zum Dokumentationssystem und Statistik-Konzept bezogen auf mögliche Merkmale und Kategorien (alte und neue Dokumentationssoftware),
- Moderation (inkl. Protokoll) der Veranstaltung "AG Software Klient*innen-Dokumentation/Statistik" vom 6. Juni 2019 in den Räumen der Berliner Stadtmission,
- Auswertung zu den Sozialdaten und Kostenübernahmedaten (vorliegender Bericht).

Im Evaluationskonzept des INIB war in diesem Baustein zunächst vorgesehen, vierteljährliche Berichte zu den dokumentierten Daten (Routinestatistik) zu erstellen. Auf Wunsch der CfN wurden diese Berichte von ihnen selbst erstellt (Sachberichte der Clearingstelle). Im Gegenzug legt INIB den vorliegenden Bericht zu den Gesamtdaten des Jahres 2019 vor. Die gesonderte Auswertung zu Fällen, bei denen Kostenübernahmen von über 10.000 Euro ausgestellt und Prüfkommision angerufen wurde, entfallen, da diesbezüglich nur wenige Fälle vorhanden sind (sechs Kostenübernahmen, eine davon wurde storniert).

Die Fragestellungen in diesem Bericht zielen zum einem auf die Aussagekraft und Datenqualität des (alten) Dokumentationssystems und zum anderen auf die inhaltlichen Aussagen zu Zahl und Ergebnis der Beratungen sowie den erreichten Personenkreis. Fragen sind hier u.a.:

Wie viele Menschen haben im Jahr 2019 das Angebot der Clearingstelle in Anspruch genommen und was charakterisiert sie hinsichtlich soziodemographischer Merkmale?

Wie hat sich die Zahl der Beratungen im Lauf des Jahres entwickelt? Gibt es Veränderungen bezogen auf die Zusammensetzung der Anfragenden?

Wie stellt sich der Beratungsausgang dar? Wie viele Personen können in eine Krankenversicherung vermittelt werden? Bei wie vielen Anfragenden erfolgt eine Kostenübernahme?

In welchen medizinischen Leistungsbereichen werden Kosten übernommen (ambulante und stationäre Leistungen, Kosten für Medikamente, Labor etc.)? In welcher Höhe erfolgen die Kostenübernahmen?

2. Datengrundlage

Die verwendeten Daten wurden aus dem Dokumentationssystem generiert, das die CfN bei Aufnahme ihrer Tätigkeit von der Kältehilfe übernommen hat. Bereits zu Beginn wurde deutlich, dass dieses System einer Überarbeitung bedarf. In Absprache mit anderen Einrichtungen im selben Tätigkeitsfeld sollte eine möglichst kompatible Dokumentationssoftware erarbeitet werden. Dazu hat die CfN zeitnah eine Zusammenarbeit mit einer Softwarefirma eingeleitet, mit der die spezifischen Bedingungen und Anforderungen für ein Dokumentationskonzept umgesetzt wurden.¹ Auf einer Veranstaltung am 6.6.19 wurde das geplante Dokumentationssystem einem breiten Teilnehmer*innenkreis vorgestellt und diskutiert. Anschließend erfolgte die weitere Umsetzung und Anpassung. Im Laufe des Jahres 2020 soll das neue Dokumentationssystem eingeführt werden.

Alle Aussagen, die im Folgenden zur Datenqualität gemacht werden, beziehen sich auf das alte System und sind als Empfehlungen für das neue System zu verstehen. Auch das neue System wird sich bewähren müssen und in Zukunft weitere Anpassungen und Erweiterungen erfahren.

Die Daten zu den folgenden Auswertungen stellen einen Auszug aus allen verfügbaren Daten des Dokumentationssystems dar. INIB hat die Daten ausschließlich in anonymer Form erhalten. Von der CfN wurde darauf hingewiesen, dass bei den Daten an verschiedenen Stellen Unzulänglichkeiten bestehen.

Zu den Daten werden folgende Anmerkungen gemacht:

a) Sozialdaten

Die Sozialdaten wurden in Form von 12 monatsbezogenen Excel-Dateien übergeben und anschließend zu einer Gesamtdatei für das Jahr 2019 zusammengefügt. Insgesamt enthält die Jahresdatei 2092 Beratungsepisoden. Von der Clearingstelle wurde darauf hingewiesen, dass für den Dezember 2019 ca. fünf bis zehn Fälle noch nicht eingetragen sind; es bestand Einigkeit darüber, dass die Auswertung ohne diese Fälle erfolgen soll.

¹ Anforderungsprofil an das Software-Programm Unymira, ohne Ort und Jahr (internes Material)

Die Datei beinhaltet Variablen zu soziodemographischen Merkmalen, zum ehemaligen und aktuellen Krankenversicherungsstatus sowie Variablen, die sich auf Verlauf und Ergebnis der Beratung beziehen (siehe Tab. 1).

In ersten Grundauszählungen wurde deutlich, dass – wie von der Clearingstelle angekündigt und bei gemeinsamen Treffen festgestellt – bei einigen Variablen viele Angaben fehlen (siehe Tab. 1), so z.B. bei dem Merkmal „Familienstand“. Die genauen Gründe für fehlende Angaben konnten durch die*den für die Software zuständige*n Mitarbeiter*in nicht geklärt werden. Des Weiteren gibt es bei einem Teil der Merkmale widersprüchliche Eintragungen.

Empfohlen wird, in das neue Dokumentationssystem einen ‚Fehlercheck‘ einzubauen. So kann z.B. der zulässige Wertebereich eingegrenzt (beispielsweise sind Altersangaben über 100 wenig wahrscheinlich) und interne Plausibilitätsprüfungen durchgeführt werden (z.B. ein Abgleich von „Nationalität“ und „Zielgruppe: EU / Nicht-EU / Deutschland“). Darüber hinaus könnte es im Fall von nicht ausgefüllten Datenfeldern eine Warnmeldung bzw. Nachfrage geben.

Tabelle 1: Variablen und Anzahl fehlender Werte

	Anzahl fehlender Angaben bei den 2092 Beratungsepisoden
Fallnummer	
Laufende Nummer der Beratung pro Fall	
Geschlecht	5
Alter (4 Fälle mit Angaben über 1000 (!!))	17
Familienstand	1515
Nationalität / Staatsangehörigkeit	10
Zielgruppe (Deutsch-EU-Nicht-EU)	10
Aufenthaltsstatus	217
Anmeldung (in Berlin)	87
Wohnsituation	82
Letzte Krankenversicherung	97
Aktuelle Krankenversicherung	74
Europäische Krankenversicherungskarte vorhanden?	1221
Vermittlung in KV	195
Beratungsausgang (offene Texteingabe, z.T. mit vorgegebenen Kategorien)	540
Dauer der Beratung (6 Fälle mit 10 Stunden und mehr; 3 Mal 0 Stunden)	463

Im Verlauf des Jahres wurden im Dokumentationssystem bei einigen Variablen Kategorien ergänzt und überarbeitet. Für die vorliegenden Auswertungen mussten daher zunächst Vereinheitlichungen gefunden werden; diese nehmen zum Teil eigentlich angestrebte Ausdifferenzierungen von Kategorien zugunsten der Vergleichbarkeit zurück.

Ein Kernmerkmal zum Ergebnis des Beratungsprozesses ist die Variable „Beratungsausgang“. Sie bezieht sich auf die in den einzelnen Beratungsepisoden erzielten Ergebnisse bzw. anstehende weitere Aufgaben am Ende einer Beratungsepisode (z.B. „Folgetermin vereinbart“, „Weitervermittlung an eine andere Stelle“, „Anmeldung bei KV“). Bei dieser Variable gibt es 65 unterschiedliche Einzelangaben, die in acht Kategorien zusammengefasst wurden.² In dieser Variable wird auch festgehalten, ob eine Kostenübernahme in die Wege geleitet wurde und teilweise auch der Eintrag, dass eine Vermittlung in eine Krankenversicherung erfolgte. Für 25 % der 2092 Beratungsepisoden fehlen Angaben.

Ein weiteres Kernmerkmal ist die Variable „Vermittlung in Krankenversicherung“. Hier wäre anzunehmen, dass in der letzten Episode eines Beratungsprozesses ein abschließendes Ergebnis der Beratung sichtbar wird. Das ist jedoch nicht unbedingt der Fall und es gibt Beratungsverläufe, bei denen unterschiedliche Angaben zur Vermittlung in eine Krankenversicherung vorhanden sind; Beispiele dazu:

Fall 1463: Es gibt 4 Beratungsepisoden, die alle in einem Monat liegen. In den ersten beiden Beratungsepisoden ist eingetragen, dass eine „Versicherung bereits besteht“, für die beiden darauffolgenden Episoden ist eingetragen, dass Unklarheit über den Versicherungsstatus besteht. Zusätzlich ist als aktuelle Krankenversicherung „gesetzlich EU“ und für die 3. Episode als Beratungsausgang „Kostenübernahme“ eingetragen.

Fall 1572: 4 Beratungsepisoden innerhalb von 5 Monaten. Für alle Episoden ist eingetragen, dass der Vermittlungsstatus bei der Krankenversicherung unklar ist. Zu den einzelnen Beratungen ist dagegen vermerkt „Krankenversicherungsstatus geklärt“ (1. Episode), „Kostenübernahme“ (2. Episode) und schließlich wieder „Krankenversicherungsstatus geklärt“ (4. Episode).

Zahlreiche weitere Fälle wurden im Detail durchgesehen, um zu einer Beurteilung zu kommen, wie aus den Angaben dieser Variable eine möglichst zuverlässige Aussage gewonnen werden kann. Eine einfache Auswertung der vorhandenen Angaben konnte nicht erfolgen, stattdessen wurde der folgende Zuordnungsalgorithmus entwickelt:

² Die Kategorien lauten: Anmeldung bei der Krankenversicherung – Kontaktaufnahme zur Krankenversicherung – Folgetermin vereinbart – Kostenübernahme - Weitervermittlung an eine andere Stelle – sonstige Weitervermittlung – sonstiges – ohne Angabe

Innerhalb aller Beratungsepisoden eines Falls wird danach gesucht, ob für irgendeine Episode bei der Variable „Vermittlung in KV“ eines der drei folgenden Ergebnisse aufgetreten ist:

- „Krankenversicherung bereits vorhanden“
- „Vermittlung in Krankenversicherung erfolgt“ oder
- „keine Vermittlung“.

Soweit für einen Beratungsfall lediglich eine der drei Möglichkeiten vorhanden ist, wird dies als Vermittlungsergebnis festgehalten, auch wenn in nachfolgenden Episoden ein Eintrag „Versicherungsstatus unklar“ vorhanden ist.³ Ist keine der drei genannten Möglichkeiten aufgetreten, wird der Fall als „offen“ definiert, also ohne Beratungsergebnis bezogen auf den Versicherungsstatus. Das können zum Beispiel Fälle sein, die noch in Bearbeitung sind, oder Personen betreffen, die an andere Stellen vermittelt oder bei denen die Beratung nicht fortgesetzt wurde. Soweit ein solcher „offener“ Status festgehalten wird, erfolgt zusätzlich eine Suche in der Variable „Beratungsausgang“. Ist dort eingetragen, dass eine Vermittlung in eine Krankenversicherung erfolgt, wird dieses Ergebnis übernommen.

Bei Mehrfachnennungen bezüglich der drei o.g. Beratungsausgänge, erfolgte die Zuordnung zur Kategorie „Veränderung bzw. widersprüchlicher Ausgang“.

Auch der beschriebene Zuordnungsalgorithmus wird nicht allen Beratungsfällen bzw. -verläufen gerecht werden können. Die oben genannten Unklarheiten zum Beratungsverlauf und -ausgang können unterschiedliche Ursachen haben. Zum einen sind Veränderungen und Entwicklungen bei den beratenen Personen denkbar. Eine veränderte Lebenssituation und/oder neue Erkenntnisse, die sich ggf. bei der Vermittlung zu anderen Institutionen/Beratungsstellen ergeben haben, können für den Krankenversicherungsstatus relevant sein. So ist es plausibel, dass sich Beratungsverläufe nicht immer gradlinig gestalten.

Zum anderen sind Eingabefehler nicht auszuschließen. Hinzu kommt, dass Angaben zu früheren Beratungsepisoden von den Mitarbeiter*innen im Nachhinein geändert werden können, was u. U. zu Widersprüchen mit anderen (unveränderten) Angaben führt. Der oben empfohlene, in der Software eingebettete interne Plausibilitätsabgleich könnte hier einen Beitrag dazu leisten, die Zuverlässigkeit der Daten zu erhöhen. Eine systematische Untersuchung von Beratungs*verläufen* ist aufgrund der vorliegenden Datensituation nicht möglich.

Um aufwändige Verfahren – wie z.B. den oben beschriebenen Algorithmus – zur Bestimmung des erzielten Versicherungsstatus zu vermeiden, sollte eine möglichst einfache Variable in das

³ Ein Beratungsverlauf, in dem wie in Fall 1463, zunächst eine Vermittlung erfolgt ist, danach aber der Versicherungsstatus als „unklar“ eingetragen ist, erhält die Zuordnung „Vermittlung erfolgte“.

Dokumentationssystem übernommen werden, z.B. könnte für jede Beratungsepisode die Angabe zum jeweiligen aktuellen Versicherungsstatus zum Pflichtfeld gemacht werden, um fehlende Angaben zu vermeiden.

Des Weiteren ist eine Variable von Vorteil, in der der Stand jeder Beratungsepisode notiert wird, und zwar im Sinn: Kann der Prozess als zumindest vorläufig abgeschlossen angesehen werden? Oder wird er explizit fortgesetzt (z.B. Folgetermine sind vereinbart)? Oder erfolgt eine Vermittlung an andere Stellen/Institutionen/Einrichtungen, ohne dass explizit ein nächster Beratungstermin ausgemacht wird? Weitere oder andere Kategorien sind denkbar bzw. wären zu prüfen, um z.B. auch Beratungsabbrüche dokumentieren zu können.

b) Kostenübernahme-Daten

In der Dokumentation zu Kostenübernahmen wird der Umsetzungsverlauf der Kostenübernahmen festgehalten. Das sind u.a. die folgenden Angaben, die im Datensatz, der dem INIB als EXCEL-Datei übergeben wurde, vorhanden sind:

- Höhe der vorgesehenen Kostenübernahmen zu ärztlichen Leistungen, Medikamenten und Laborkosten (Soll-Leistungen),
- die in Rechnung gestellten tatsächlichen Kosten (Ist-Leistungen),
- der medizinische Kooperationspartner, von dem die Leistung, ambulant oder stationär und zu welchem Zeitpunkt, erbracht wurde sowie
- Geschlecht und Alter.

Die Eintragungen in dieser Dokumentation erfolgen manuell und werden nicht aus anderen Dokumentationsquellen automatisch übernommen (z.B. Geschlecht und Alter aus den o.g. Sozialdaten oder die Kostenangaben aus dem Abrechnungssystem). Daher sind Eingabefehler auch bei bestem Bemühen nicht auszuschließen. Hinzu kommt, dass Angaben, wie z.B. zum Alter bzw. Geburtsjahr, nicht immer genau von den Klient*innen genannt werden. Im Abgleich der soziodemographischen Angaben aus den Sozialdaten sind z. B. unterschiedliche Angaben zum Geschlecht und Alter aufgefallen. Diese Probleme werden jedoch mit dem neuen Dokumentationssystem behoben sein.

Auch in dieser Datei war die Frage nach der Bedeutung fehlender Angaben zu klären. Diese entstehen z.B. dann, wenn eine Kostenübernahme ausgestellt wurde, diese aber nicht von den Personen in Anspruch genommen, also storniert, wurde (z.B. Absage eines vereinbarten Termins o.ä.). Ein anderer Grund für fehlende Werte liegt in noch ausstehenden Abrechnungen.

Um an dieser Stelle größerer Vollständigkeit zu haben, wurde die Ende Dezember 2019 an das INIB übermittelte Datei gegen eine aktuelle Version mit Abrechnungsstand Ende Januar 2020 ausgetauscht. Dennoch fehlt auch in der aktuelleren Datei z.B. für ärztlichen Leistungen bei ca. der Hälfte die zugehörigen Abrechnungen. In der neuen Datei wurden darüber hinaus die Angaben zu Stornierungen aktualisiert.

Fehlende Angaben in Kombination mit Doppelungen, die sich auf ein und dasselbe Datum beziehen, wurde ebenfalls durchgesehen. Hier scheint es sich vorwiegend um Fälle zu handeln, die in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, dort aber zunächst Unklarheit bestand, in welche Abteilung die Einweisung erfolgen soll (erster Datensatz eines Falles). Der zweite Datensatz eines Falles mit identischen Angaben zur Höhe der Kostenübernahme entstand nachdem die Einweisung abgeschlossen war. Verschiedene Doppel-Angaben waren allerdings nicht klar nachzuvollziehen und wurden daher aus den Berechnungen herausgenommen (ca. 10 Fälle).

Beim Abgleich der Kostenübernahmedaten mit den Sozialdaten zeigt sich, dass die Zahl der Kostenübernahmen nicht übereinstimmt. Laut Sozialdaten haben 210 Personen eine Kostenübernahme erhalten und laut Kostenübernahmedaten sind es 219. Bei genauer Auswertung ergibt sich, dass lediglich 187 Personen in beiden Dateien vorhanden sind. 23 Personen (immerhin 11 %), die laut Sozialdaten eine Kostenübernahme erhalten haben, haben diese offensichtlich nicht umgesetzt, so dass es keine Datensätze in der Kostenübernahmedatei gibt. Möglicherweise waren bei ihnen eine Kostenübernahmen zwar angedacht, aber es sind dann letztendlich doch keine Kostenübernahme-,Scheine` ausgestellt worden. Die Gründe eines solchen frühen Abbruchs sind den Daten nicht zu entnehmen.

Umgekehrt gibt es 32 Personen, die laut Sozialdaten keine Kostenübernahme erhalten haben, sich aber in der Kostenübernahmedatei befinden. Hier sind Ungenauigkeiten bei der Dokumentation zu vermuten; ein Problem, das mit dem neuen Dokumentationssystem, behoben sein sollte.

3 Ergebnisse zu den Sozialdaten

3.1 Soziodemographische Zusammensetzung

Im gesamten Jahr 2019 haben 755 Personen eine oder mehrere Beratungen in der CfN in Anspruch genommen. 705 von ihnen hatten ihre erste Beratung im Jahr 2019 und weitere 50 setzten die 2018 begonnene Beratung fort. 65 % der Beratenen sind männlich und 35 % weiblich. Insgesamt gibt es für diese 755 Personen 2092 Beratungsepisoden.

Die Altersangaben variieren zwischen einem Jahr und 87 Jahren (13 Mal fehlt eine Angabe). Insgesamt gibt es 17 Kinder und Jugendliche, die noch nicht volljährig sind. Zu vermuten ist, dass Beratungen mit Angaben zu jüngeren Kindern in Begleitung Erwachsener/der Eltern stattgefunden haben. Im Dokumentationssystem konnten Daten, die sich auf Familien beziehen, nicht erfasst werden. Das wird jedoch mit dem Einsatz der neuen Dokumentationssoftware möglich sein.

Der Altersdurchschnitt liegt bei 44,3 Jahren; die Frauen sind mit 42,1 Jahren etwas jünger als die Männer mit 45,6 Jahren. Besonders in der Altersgruppe der 18 bis 30-Jährigen gibt es mehr Frauen (25 % im Vergleich zu 15 % bei den Männern). Umgekehrt sind in der Altersgruppe 41-50 mehr Männer (22 %) als Frauen (15 %) vertreten (siehe Abb. 1).

42 % der in 2019 Beratenen leben in gesicherten Wohnverhältnissen und bei 49 % liegen entweder Wohnungs- (33 %) oder Obdachlosigkeit (16 %) vor.⁴ Unter den Männern gibt es mehr Obdachlose (20 %) als unter den Frauen (7 %) (siehe Abb. 2). Frauen sind dagegen häufiger wohnungslos und kommen in dieser Situation in den Wohnungen von Bekannten u.a. unter (32 %), bei den Männern ist das nur zu 19 % der Fall⁵.

⁴ Die Kategorie „ohne festen Wohnsitz“ wurde ab Mitte 2019 nicht mehr verwendet. Sie wird der Kategorie „Wohnungslos“ zugeordnet.

⁵ Diese Angaben beziehen sich auf die Wohnsituation bei der Erstberatung bzw. bei denen, die bereits 2018 ihre erste Beratung hatten, auf die erste Episode in 2019.

Abbildung 1: Alter nach Geschlecht

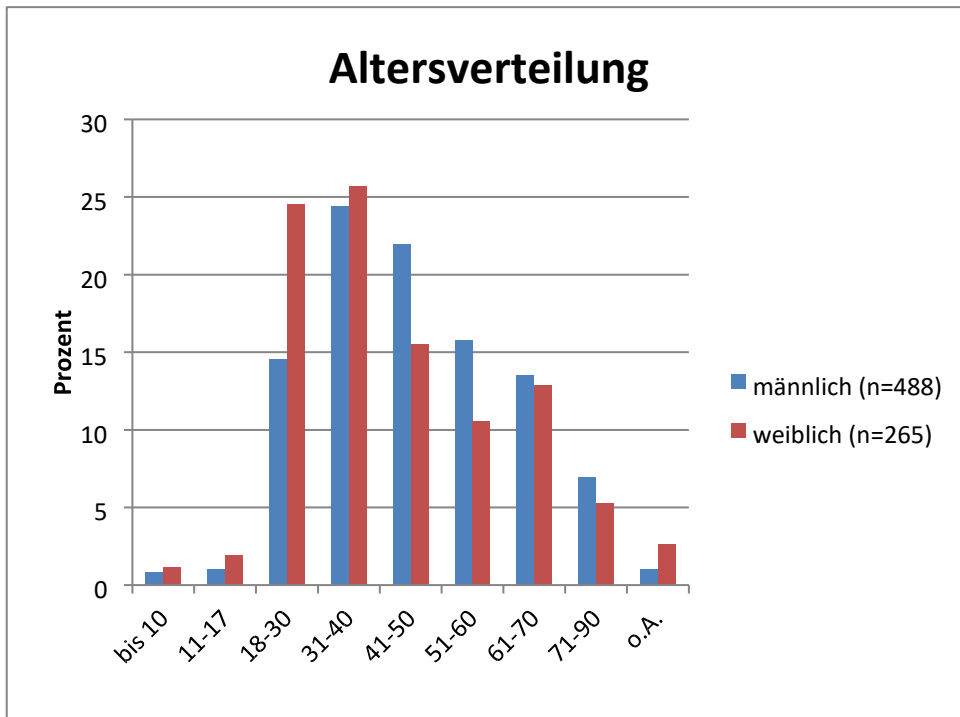
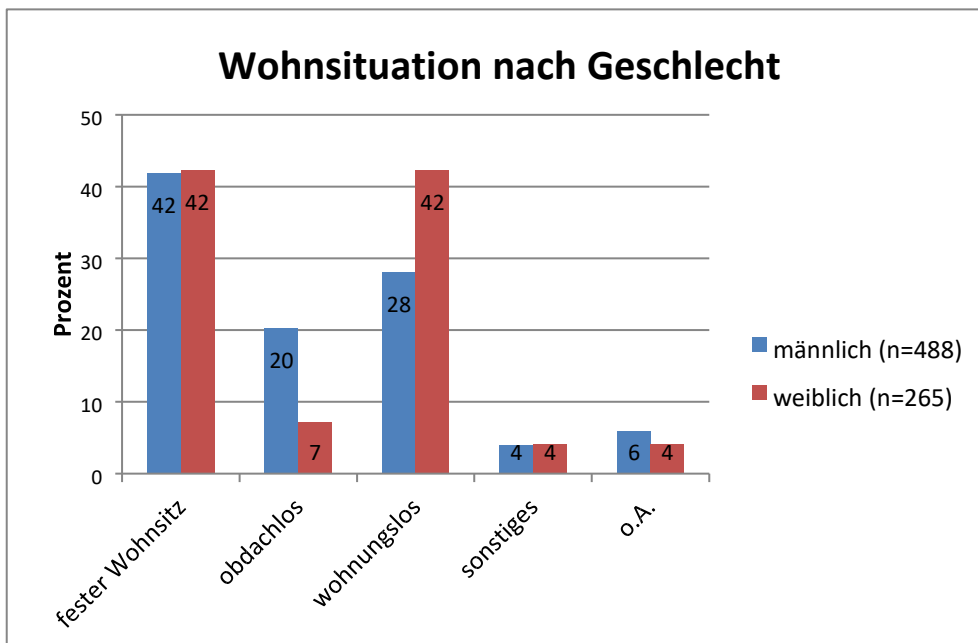


Abbildung 2: Wohnsituation nach Geschlecht



Bei den Herkunftsländern gibt es zwischen den Männern und Frauen, die in 2019 zur Clearingstelle kamen, deutliche Unterschiede. Während im Gesamtdurchschnitt 43 % aus Ländern außerhalb der EU kommen, sind es bei den Frauen mit 57 % deutlich mehr als bei den Männern mit nur 35 %. Unter den Männern gibt es dagegen mehr Deutsche und EU-Bürger (siehe Abb. 3).

Die einzelnen Angaben zur Nationalität/Staatsangehörigkeit verdeutlichen das breite Spektrum unterschiedlicher Länder, aus denen die Beratenen kommen. Insgesamt sind es 92 Länder. Das unterstreicht u.a. die Notwendigkeit der Sprachmittlung in der CfN. Die 10 häufigsten Länder sind in Tab. 2 aufgeführt. Deutsche sind am häufigsten vertreten. Dies ist besonders bei den Männern der Fall; von ihnen haben 1/3 die deutsche Staatsangehörigkeit. Bei den Frauen sind die beiden Länder Deutschland (19 %) und Vietnam (13 %) am stärksten vertreten.

Abbildung 3: Herkunft nach Geschlecht

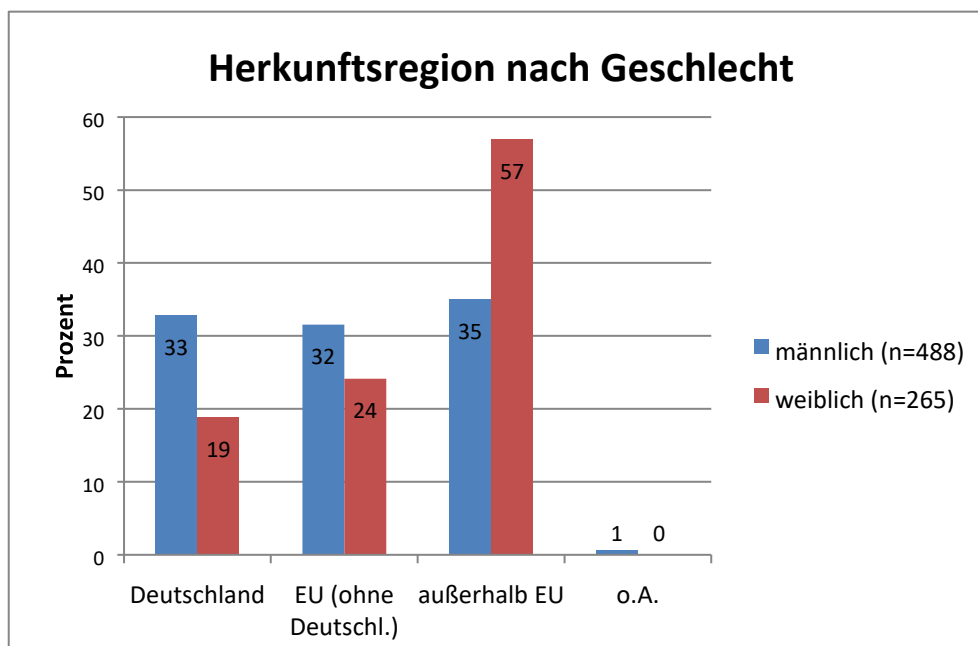
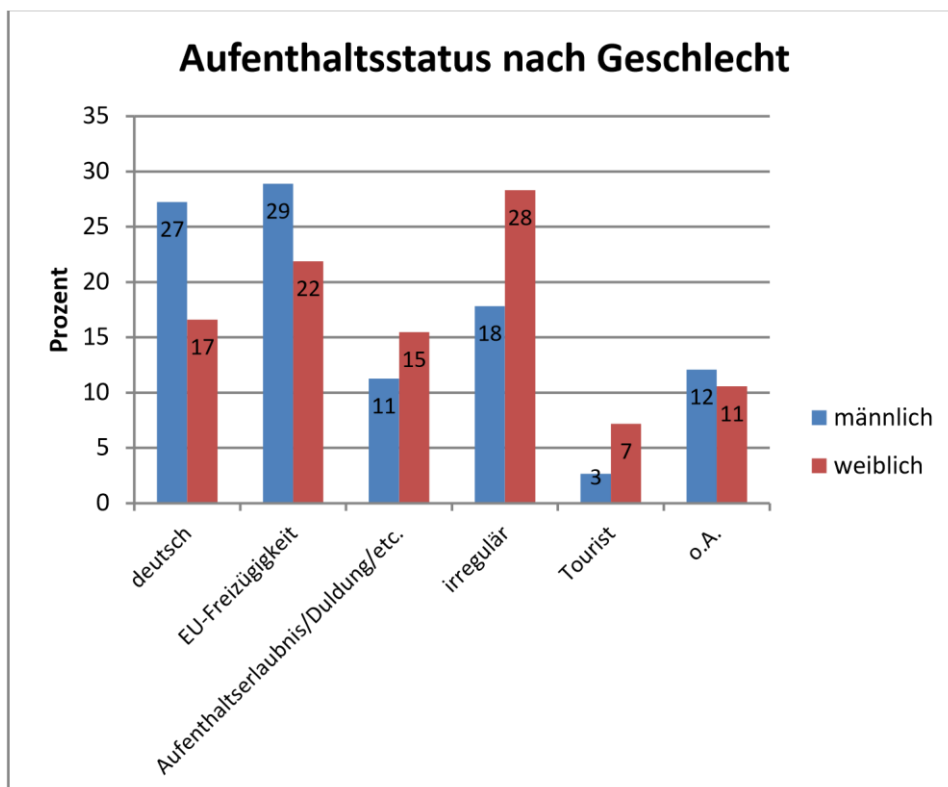


Tabelle 2: Staatsangehörigkeit

Insgesamt (n = 752)	Anzahl	Prozent	Männer (n = 485)	Anzahl	Prozent	Frauen (n = 265)	Anzahl	Prozent
Deutschland	210	28 %	Deutschland	160	33 %	Deutschland	50	19 %
Vietnam	59	8 %	Polen	45	9 %	Vietnam	35	13 %
Polen	58	8 %	Vietnam	24	5 %	Serbien und Montenegro	18	7 %
Serbien und Montenegro	31	4 %	Bulgarien	16	3 %	Rumänien	14	5 %
Rumänien	29	4 %	Großbritannien	16	3 %	Polen	12	5 %
Bulgarien	25	3 %	Lettland	16	3 %	Kamerun	10	4 %
Lettland	23	3 %	Rumänien	15	3 %	Bulgarien	9	3 %
Großbritannien	18	2 %	Serbien und Montenegro	13	3 %	Bosnien und Herzegowina	8	3 %
Kamerun	14	2 %	Litauen	11	2 %	Lettland	7	3 %
Bosnien und Herzegowina	14	2 %	Vereinigte Staaten von Amerika	10	2 %	Ukraine	6	2 %

Abbildung 4: Aufenthaltsstatus nach Geschlecht



Herkunftsregion und Aufenthaltsstatus (bei Beginn der Beratung) stehen in engem Zusammenhang. So sind die 210 Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (28 %) nicht von Problemen hinsichtlich ihres Aufenthaltsstatus betroffen. Unter die Regelung der EU-Freizügigkeit fallen 26 % der Beratenen.⁶ 13 % haben eine Aufenthaltserlaubnis bzw. ähnlich rechtlich abgesicherte Positionen (z.T. auf Zeit) und 21 % sind „irregulär“ in Deutschland. Menschen der letzten beiden Gruppen kommen aus Ländern außerhalb der EU. Wie oben festgehalten, sind unter ihnen mehr Frauen als Männer anzutreffen.

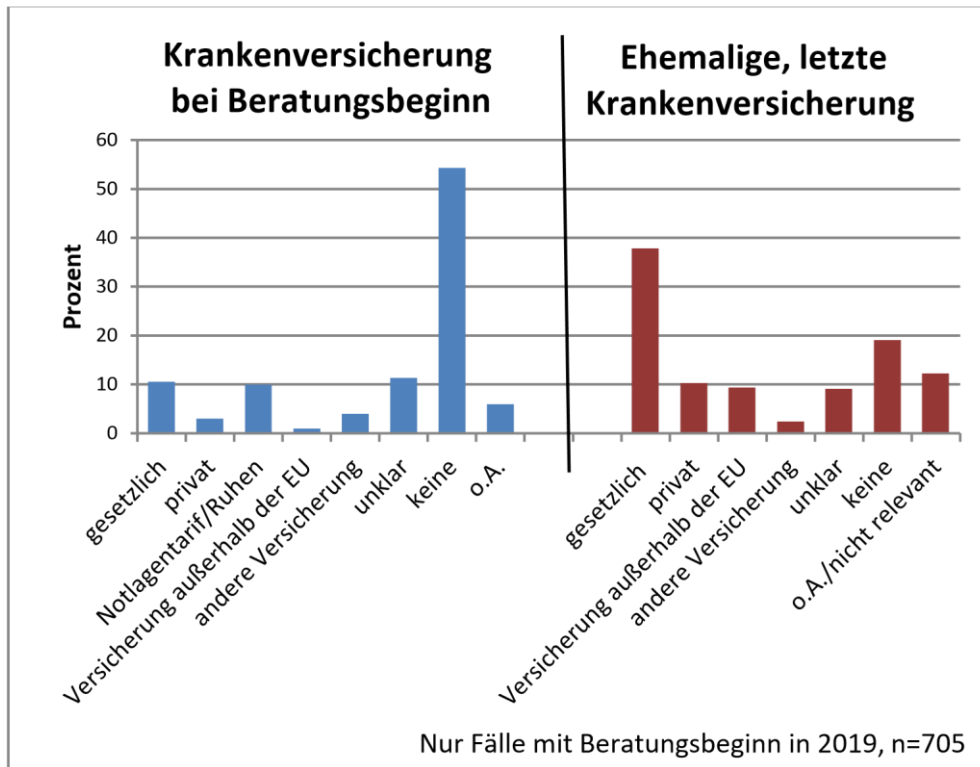
3.2 Ergebnisse zum Krankenversicherungsstatus

In der ersten Beratung wird für 54 % der Personen in der Dokumentation festgehalten, dass sie keine Krankenversicherung haben. Unter denen, die sich irregulär in Berlin/Deutschland aufhalten, ist dieser Anteil mit 82 % bei den Männern und 87 % bei den Frauen deutlich höher. Im Vergleich dazu verfügen Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit zu 43 % und Frauen zu 36 % über keine Krankenversicherung. Unter Wohnungs- und Obdachlosen liegt dieser Anteil bei 68 %.

14 % haben eine gesetzliche oder private Krankenversicherung und weitere 10 % sind dort in einem Notlagentarif versichert oder ihre Versicherung gilt als „ruhend“, d.h. bei knapp einem Viertel der Beratenen gibt es zumindest (noch) lockere Bezugspunkte zu einer Krankenversicherung. Dennoch bestehen Problemlagen (z.B. Beitragsschulden), die dazu geführt haben, in die CfN zu kommen und diese abklären zu lassen.

⁶ Abweichungen zwischen Abb. 3 und Abb. 4 bei den Prozentzahlen gehen auf die relativ große Zahl an fehlenden Angaben bei der Angabe zum Aufenthaltsstatus zurück.

Abbildung 5: Krankenversicherung bei Beratungsbeginn und ehemalige Krankenversicherung

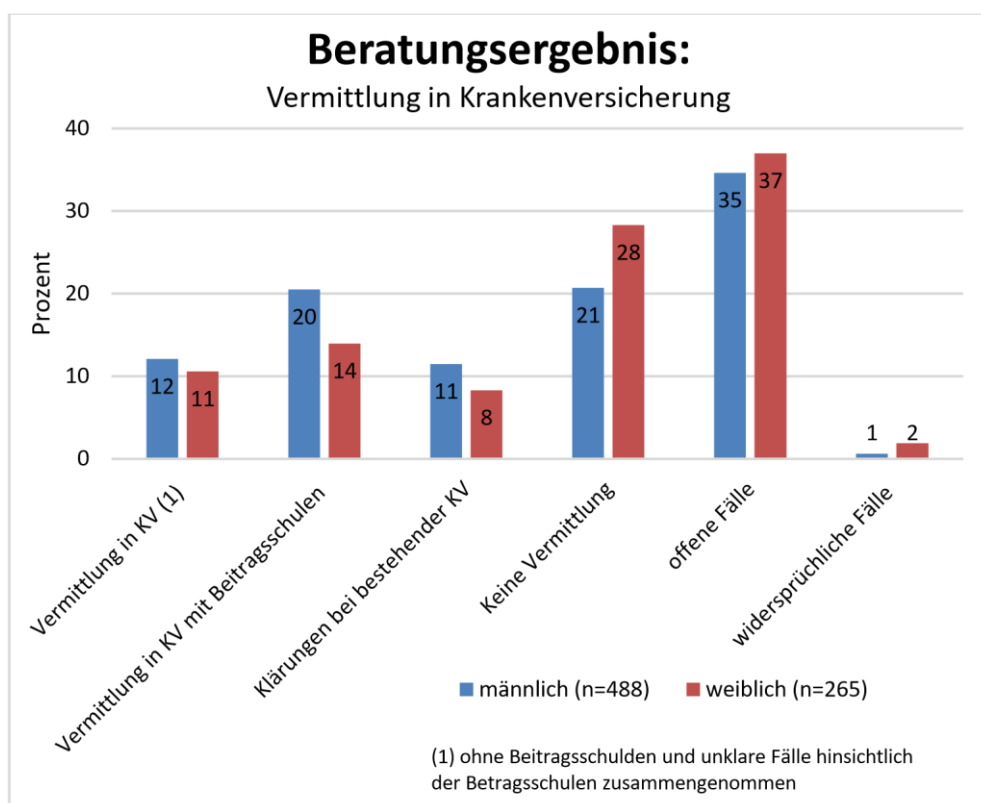


Ausgehend von dieser Situation bei Beratungsbeginn werden – auf Basis des oben beschriebenen Zuordnungsalgorithmus – die in Tab. 3 aufgeführten Beratungsergebnisse zum Versicherungsstatus erreicht. Insgesamt wurden 30 % der Beratenen in eine Krankenversicherung vermittelt; bei weiteren 10 % erfolgten Klärungen zu einer bestehenden Krankenversicherung. In 23 % der Fälle konnte keine Vermittlung erfolgen; ein Anteil, der bei Frauen etwas höher liegt (28 %) als bei Männern (21 %) (siehe Abb. 6).

Tabelle 3: Vermittlung in Krankenversicherung

	Anzahl	Prozent
Vermittlung in Krankenversicherung (entweder ohne Beitragsschulden oder mit noch unklarer Situation zu Beitragsschulden)	87	12 %
Vermittlung in Krankenversicherung mit Beitragsschulden	137	18 %
Klärung zu einer vorhandenen Krankenversicherung; ggf. als Notlagentarif/Ruhe	78	10 %
Es konnte keine Vermittlung erfolgen	176	23 %
Beratungsausgang offen; Beratung noch nicht abgeschlossen	269	36 %
Fälle mit nicht eindeutigen Angaben	8	1 %
Gesamt	755	100 %

Abbildung 6: Vermittlung in Krankenversicherung nach Geschlecht



Bei immerhin 36 % der Beratenen gibt es noch keine Aussage, ob eine Vermittlung in die Krankenversicherung oder eine andere Klärung zum Status der Krankenversicherung erfolgen kann. Ihr Status ist entweder als „unklar“ in den Daten eingetragen oder es fehlt eine Angabe.

Dies können Beratungen sein, die erst kurz vor Jahresende begonnen wurden, also ggf. noch nicht abgeschlossen sind.⁷

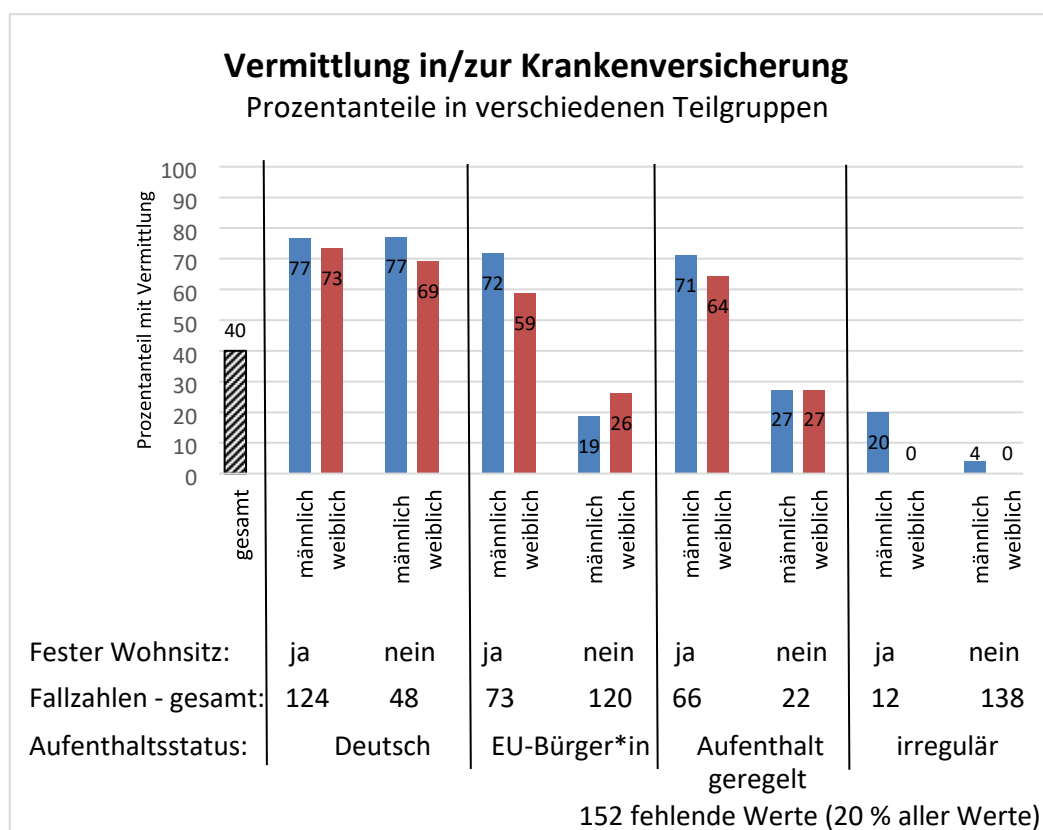
Eine Aufgliederung aller erfolgten Vermittlungen in Krankenversicherungen nach Geschlecht, Aufenthaltsstatus und der Wohnsituation zeigt, dass bei Beratenen mit deutscher Staatsangehörigkeit der Anteil in eine Krankenversicherung Vermittelter mit 76 %⁸ deutlich über dem Gesamtdurchschnitt von 40 % liegt (siehe Abb. 7). Dieser Anteil unterscheidet sich bei Personen (Deutsche) mit oder ohne festen Wohnsitz nur geringfügig. Bei den Frauen liegt er etwas niedriger. Bei EU-Bürger*innen und Beratenen mit geregelter Aufenthaltsstatus liegt der Anteil erfolgreicher Vermittlungen mit 65 % und 68 % ebenfalls hoch, aber nur dann, wenn ein fester Wohnsitz vorhanden ist. Bei diesen vier Teilgruppen sind formalen Voraussetzungen für eine Vermittlung i.d.R. vorhanden.

Anders ist das, wenn bei EU-Bürger*innen und Beratenen mit geregelter Aufenthaltsstatus Obdach- oder Wohnungslosigkeit vorliegt. In diesem Fall sinkt der Vermittlungsanteil auf 19 % bis 27 %. Bei irregulärem Aufenthalt ist nur in Ausnahmefällen eine Vermittlung in eine Krankenversicherung möglich (3 %); es handelt sich insgesamt um 4 Fälle.

⁷ Problem ist, dass der Dokumentation nicht klar zu entnehmen ist, wann eine Beratung abgeschlossen ist.

⁸ In den übrigen Fällen ist der Beratungsprozess noch nicht abgeschlossen.

Abbildung 7: Vermittlung in Krankenversicherung nach soziodemographischen Merkmalen

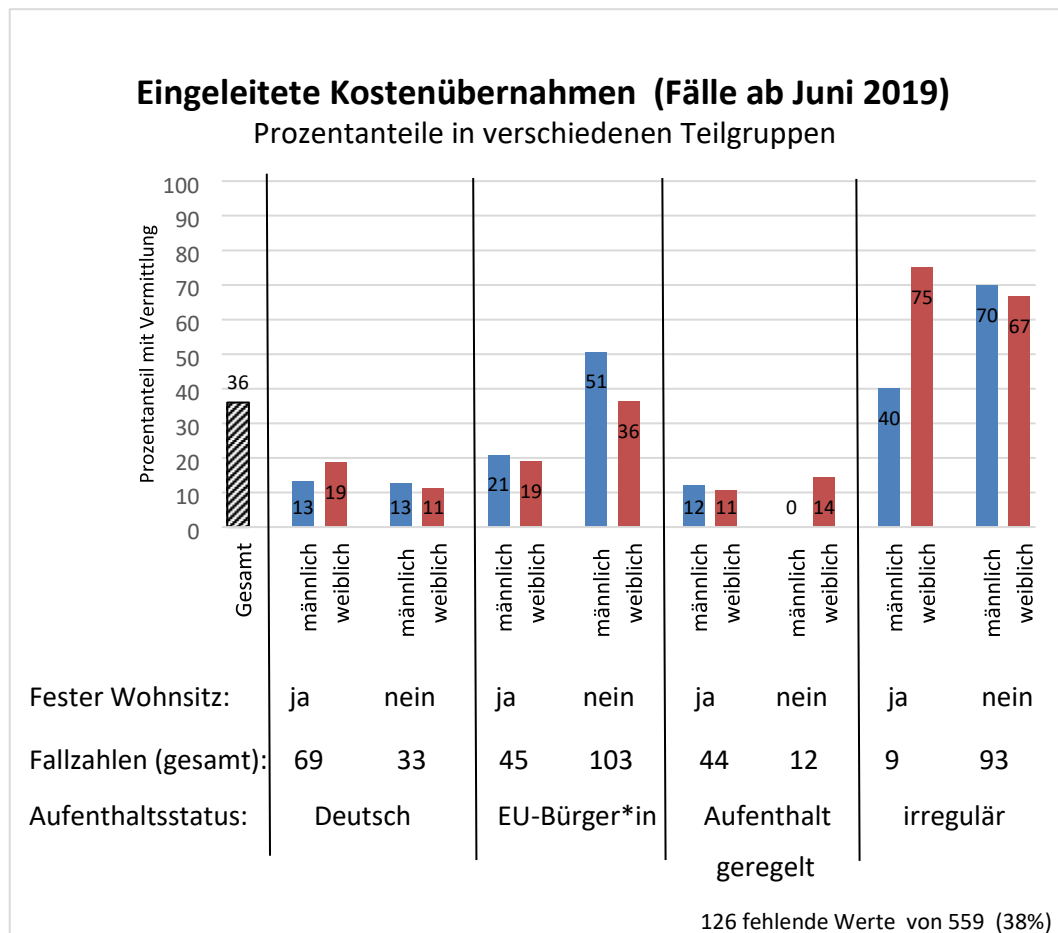


Ein anderes Ergebnis, das sich im Beratungsprozess herausstellen kann (oder weswegen die Menschen in die CfN gekommen sind), ist eine Kostenübernahme für medizinische Maßnahmen. Dies war ab Juni 2019 möglich. Aus dem Merkmal „Beratungsausgang“ ergibt sich, dass für 210 Personen eine Kostenübernahme in die Wege geleitet wurde. Bezogen auf alle beratenen Personen im Zeitraum von Juni bis Dezember 2019 (559 Personen) ist das ein Anteil von 36 %.

Unterschiede bei diesem Prozentanteil in verschiedenen Merkmalsgruppen sind, analog zu Abb. 7, der Abb. 8 zu entnehmen. So wurde bei denjenigen mit irregulärem Aufenthaltsstatus zu 67 % Kostenübernahmen eingeleitet und bei den EU-Bürger*innen ohne festen Wohnsitz beträgt der Anteil 47 %. In den anderen Teilgruppen der Abbildung 8 liegt er bei maximal 21 %.

Unter den Personen, die eine Kostenübernahme erhalten haben, war es zu 52 % nicht möglich, sie in eine Krankenversicherung zu vermitteln. Wie zu erwarten, liegt das über dem Durchschnitt von 29 % (ab Juni). Bei weiteren 36 % derjenigen mit Kostenübernahmen bleibt die Aussage zur Krankenversicherung offen bzw. ist unklar. Bei 10 % konnte – laut dokumentierten Daten – im Verlauf des Beratungsprozesses eine Vermittlung in die Krankenversicherung ermöglicht werden.

Abbildung 8: Kostenübernahmen nach soziodemographischen Merkmalen



3.3 Häufigkeit und Dauer der Beratungen

Bei den folgenden Auswertungen zu Häufigkeit und Dauer des Beratungsprozesses ist zu beachten, dass sie sich ausschließlich auf das Zeitfenster 2019 beziehen. Das heißt: Die Dauer des Beratungsprozesses kann für Beratungen, die bereits im Jahr 2018 begonnen wurden, nicht ausgewiesen werden, da eine entsprechende Angabe im Datensatz von 2019 nicht vorhanden ist. Ebenfalls ist unbekannt, ob ein Beratungsprozess im Folgejahr 2020 fortgesetzt wird oder nicht. Im Datensatz gibt es kein klares Merkmal, das den Abschluss der Beratung anzeigt, so dass auch die Frage nach Abbrüchen nicht beantwortet werden kann.

Auf das Zeitfenster 2019 bezogen haben 46 % der Beratenen lediglich einen einzigen Beratungskontakt mit der Clearingstelle. Zwei Drittel der Beratungsprozesse sind nach zwei Kontakten beendet (siehe Tab. 4). Auch wenn Beratungen, die am Jahresende begonnen wurden (Oktober – Dezember) aus der Auswertung herausgenommen (also solche Beratungen, von

denen am ehesten eine Fortsetzung im Folgejahr vermutet werden kann), verändert sich der Anteil an Beratungsprozessen mit nur einer Episode kaum und liegt bei 45 %.

Soweit es mehrere Beratungen gibt, erstreckt sich der Beratungszeitraum (auch hier nur bezogen auf das Zeitfenster 2019) über bis zu 11 Monate. Die meisten der 2019 begonnenen Beratungen sind jedoch früher beendet: 80 % sind entweder mit einem einzigen Treffen oder innerhalb eines bzw. des Folgemonats abgeschlossen (Tab. 4). Nur bei 8 % der Beratenen zieht sich der Prozess über vier und mehr Monate hin. Bei diesen Fällen scheint die Beratung den Charakter einer länger andauernden Begleitung anzunehmen. Möglicherweise können die Grundlagen für eine Beratung – das können notwendige Unterlagen wie auch der Vertrauensaufbau sein – erst langsam geschaffen werden. Zu vermuten ist, dass es immer wieder erneuter Anläufe bedarf, um Hürden, wie z. B. Behördengänge, zu überwinden. Aber auch eine veränderte Lebenssituation, erneute Probleme mit der Krankenversicherung oder Erkrankungen sind mögliche Gründe, erneut in die CfN zu kommen.

Tabelle 4: Anzahl Beratungen und Dauer des Beratungsprozesses

Anzahl der Beratungen		
	Häufigkeit	Prozent
1	348	46 %
2	152	20 %
3 - 4	117	15 %
5 - 6	66	9 %
7 – 10	48	6 %
11 und mehr	24	3 %
	755	100 %

Dauer der Beratungen (in Monaten)		
	Häufigkeit	Prozent
Nur eine Beratung	348	50 %
Beendet innerhalb eines Monats bzw. des Folgemonats	212	30 %
2 - 3 Monate	81	12 %
4 - 5 Monate	35	5 %
6 - 11 Monate	23	3 %
Gesamt mit Beginn in 2029	699	100 %
Beginn in 2018	50	
Unklare Fälle	6	
	755	

Die Dauer des Beratungsprozesses ist je nach Ergebnis der Beratungen etwas unterschiedlich (Abb. 9). Erwartungsgemäß ist bei bereits bestehender Krankenversicherung der Beratungsprozess kürzer; hier können bei 62 % die Probleme bereits mit einer Beratung bzw. bei 92 % innerhalb eines Monats geklärt werden. Zu klären, ob eine Vermittlung nicht möglich ist, dauert dagegen i.d.R. länger, dennoch kommen auch hier 45 % der Beratungen bereits in der ersten Sitzung zu einem Ergebnis und weitere 31 % innerhalb eines Monats (zusammen 76 %).

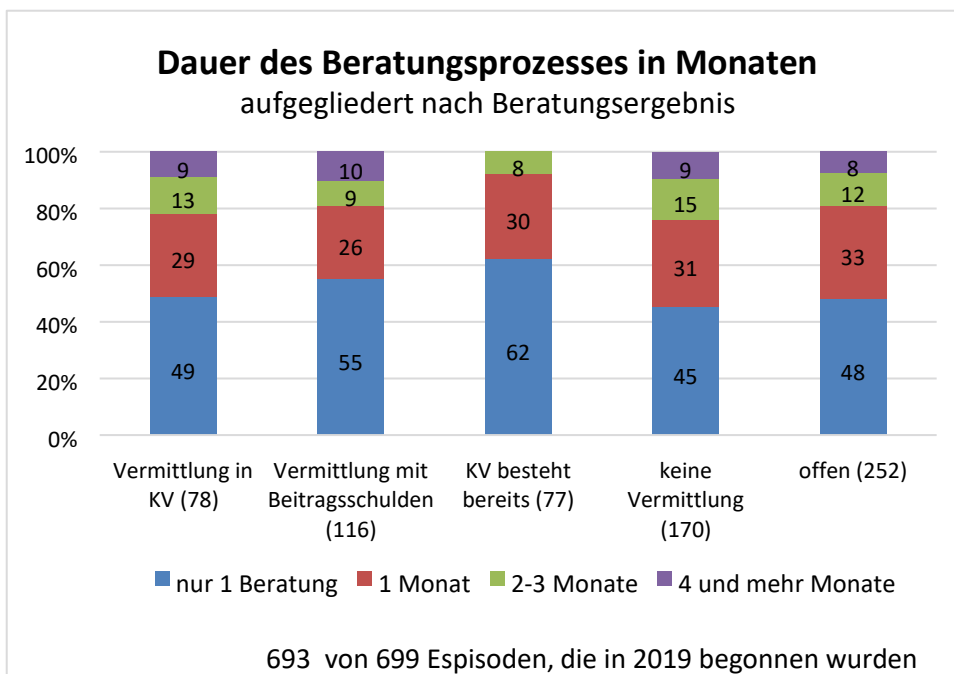
Langzeitfälle (sechs Monate und mehr) gibt es, außer bei denen, die schon bei Beginn der Beratung krankenversichert waren, in allen anderen der in Abbildung 9 aufgeführten Gruppen, und zwar mit Prozentanteilen von 8 bis 10 %. Insgesamt handelt es sich um 58 Fälle.

Unter ihnen gibt es:

- 13 Deutsche, bei denen eine Vermittlung in die Krankenversicherung zumindest einmal im Beratungsverlauf erfolgen konnte, dann aber wieder verloren ging;
- 11 Personen mit irregulärem Aufenthaltsstatus, bei denen keine Vermittlung in eine Krankenversicherung möglich war und
- 11 EU-Bürger*innen, bei denen der Beratungsausgang noch offen ist.

Alle übrigen (23) verteilen sich mit Häufigkeiten von einem bis drei Fällen auf verschiedene andere Angaben. Eine eindeutige Aussage zu Gründen für Langzeitberatungsfälle ist auf Grundlage der soziodemographischen Angaben nicht auszumachen. Hier spielen offensichtlich andere Bedingungen eine Rolle, die durch Einzelfallanalysen und eine breitere Datengrundlage zu untersuchen wären.

Abbildung 9: Dauer des Beratungsprozesses nach Beratungsergebnis



3.4 Monatsbezogene Ergebnisse

Die folgenden Darstellungen sollen Aufschluss über Veränderungen der Fallzahlen im Verlauf des Jahres geben. Abb. 10 zeigt zunächst die Zahl beratener Personen aufgegliedert nach Monat. Dabei ist unterschieden worden zwischen Neuzugängen im jeweiligen Monat und ‚Alt-fällen‘, die ihre Beratung bereits in Vormonaten (ggf. im Vorjahr 2018) begonnen haben.

Mit Beginn der Kostenübernahmen im Juni 2019 ist ein Anstieg bei den Fallzahlen zu beobachten. So haben in den ersten Monaten des Jahres, Januar bis Mai, im Durchschnitt 60 Personen eine Beratung in Anspruch genommen. Ab Juni stieg die Zahl deutlich um mehr als das Doppelte an und liegt im Durchschnitt bei 132 beratenen Personen. Die Neuzugänge steigen in diesem Zeitraum von im Schnitt 39 auf 73 pro Monat.

Zum Ende des Jahres, in den beiden Monaten November und Dezember, gibt es eine Zunahme bei den ‚Alt-fällen‘ bei gleichzeitiger Abnahme der neu hinzugekommenen Personen. Dies deutet auf eine Situation hin, in der zunächst ehemalige Fälle abgearbeitet werden mussten und Neuzugänge möglicherweise in einer „Warteschlange“ stehen. Aber auch ein Rückgang bei den Anfragenden ist denkbar. Zur genaueren Analyse, wie lange anfragende Personen auf einen Termin warten müssen oder wie voll die offene Sprechstunde ist, müssten entsprechende Daten erhoben werden. Ob sich die in den vorliegenden Daten aufgezeigte Tendenz im Jahr 2020 fortsetzt, wird abzuwarten sein.

Abbildung 10: Anzahl beratener Personen pro Monat

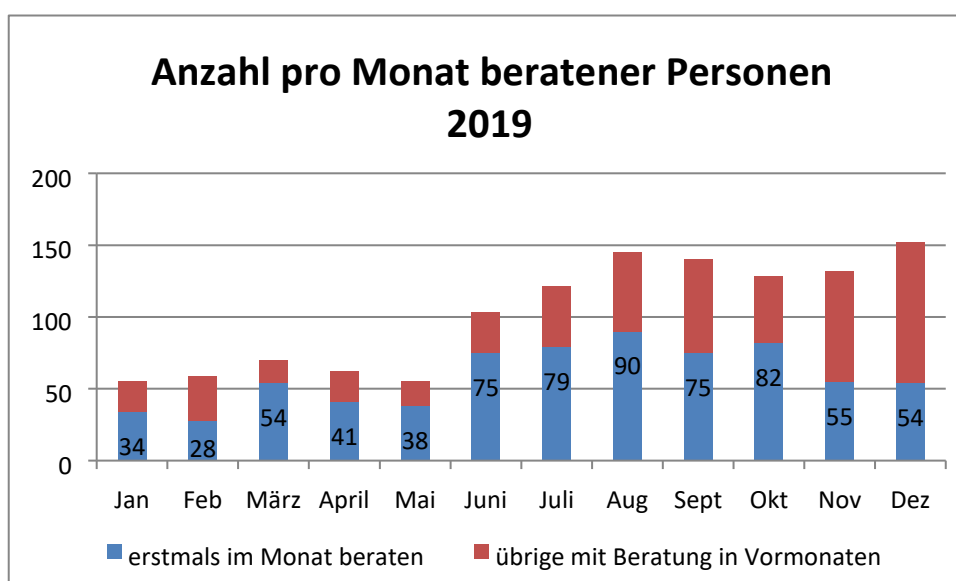
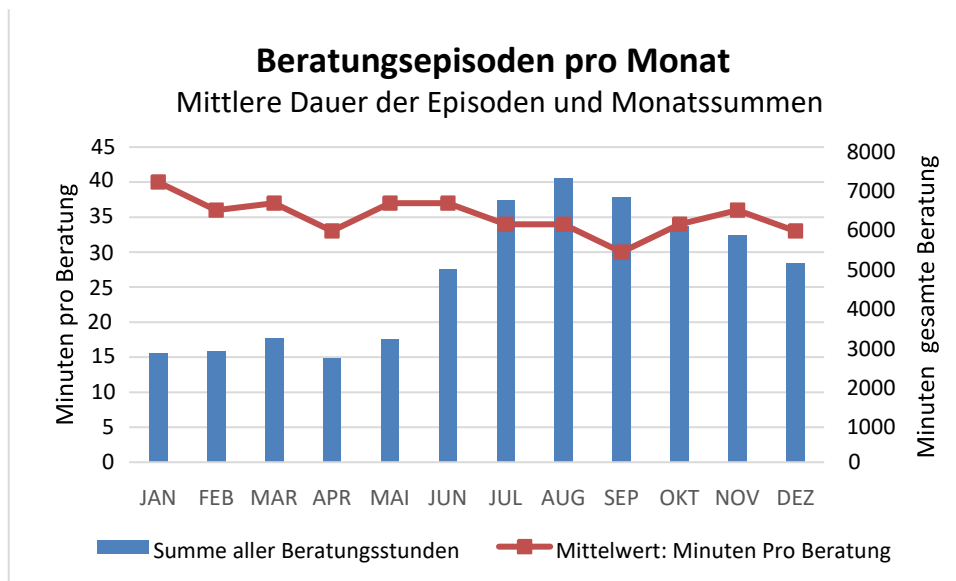


Abbildung 11: Mittlere Dauer der Beratungsepisoden und Beratungsminuten pro Monat



Im Mittel beträgt die Dauer der einzelnen Beratungen 35 Minuten (1620 Episoden; für 472 Episoden liegen keine Angaben vor). Es wurden Beratungen zwischen einer Minute bis zu 180 Minuten in die Berechnung einbezogen. Die Standardabweichung liegt bei 22 Minuten, d.h. es gibt eine relativ hohe Unterschiedlichkeit bei den Beratungszeiten. Über die 12 Monate des Jahres hinweg betrachtet, verändert sich die durchschnittliche Beratungsdauer nur wenig. Was jedoch ab Juni (Beginn der Kostenübernahmemöglichkeit) und dann besonders ab Juli zusammen mit der steigenden Zahl der beratenen Personen deutlich zunimmt, sind die insgesamt geleisteten Beratungsstunden (alle Mitarbeiter*innen zusammengenommen). Die aufsummierte Beratungszeit steigt ab Juni auf im Schnitt ca. 6.000 Minuten pro Monat an, was umgerechnet auf 20 Arbeitstage im Monat und 5 Arbeitstage pro Woche einen Tagesdurchschnitt von 5 Stunden reine Beratungszeit ergibt. Da für 29 % der Beratungen keine Angabe zur Dauer gemacht wurden, ist von einer noch höherem Wert auszugehen.

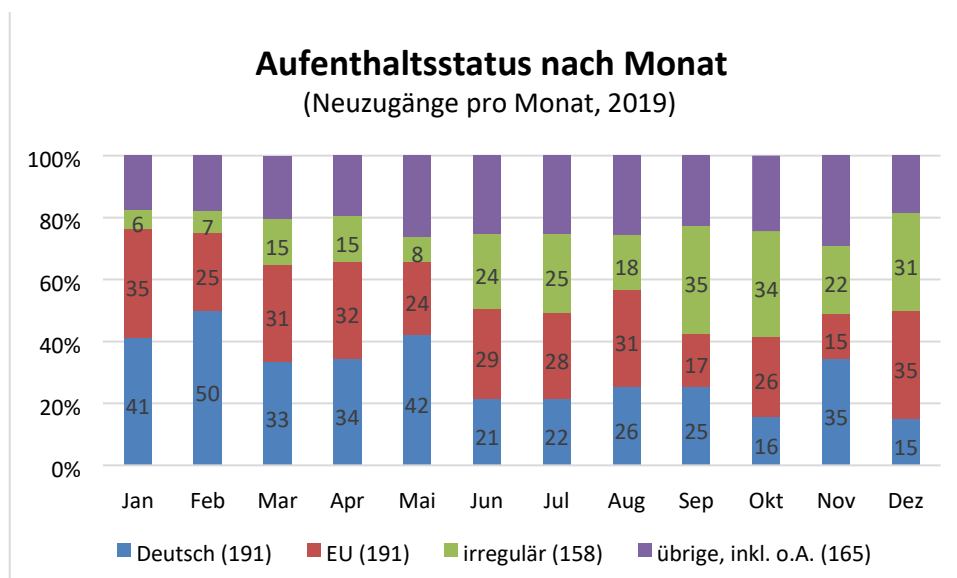
Die Frage, ob sich die soziodemographische Zusammensetzung der je Monat neu hinzugekommenen Personen verändert, soll mit den folgenden Auswertungen untersucht werden (Abb. 12 und 13).

Für das Merkmal Aufenthaltsstatus zeigt sich für die beiden Zeitabschnitte vor und ab Zeitpunkt der Kostenübernahme (Januar bis Mai bzw. Juni bis Dezember) eine Zunahme bei den Menschen ohne regulären Aufenthaltsstatus (siehe Abb. 12). Im ersten Zeitraum (bis Mai) liegt ihr Anteil bei durchschnittlich 11 % und im Zeitraum ab Juni steigt er auf 27 % an. Im Gegenzug nimmt der Anteil an Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unter den Neuzugängen im

selben Zeitraum um 16 % ab, und zwar von durchschnittlich 39 % im ersten Zeitraum auf 23 % im zweiten. Auch der Anteil EU-Bürger*innen nimmt leicht ab, von 30 % auf 26 %.

Für die Mitarbeiter*innen der CfN entsteht damit zunehmend eine Situation, sich mit Fällen aus aller Welt außerhalb der EU-Regelungen auseinandersetzen zu müssen. Die Möglichkeiten diesen Personenkreis in eine Krankenversicherung zu vermitteln, gestalten sich schwierig und sind die Ausnahme (4 Fälle insgesamt im vorliegenden Datensatz). Stattdessen liegt der Anteil bei den Kostenübernahmen in dieser Gruppe mit 47 % über dem Gesamtdurchschnitt von 36 % (siehe Abb. 8 weiter oben).

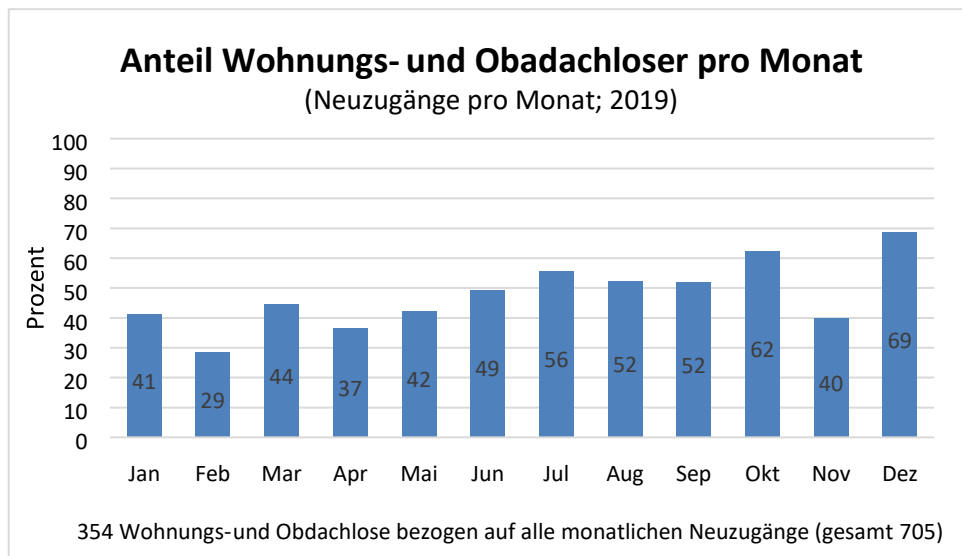
Abbildung 12: Beratene Personen nach Aufenthaltsstatus pro Monat



(nur Neuzugänge pro Monat; insgesamt 705 Fälle, 78 fehlende Werte)

Auch Wohnungs- und Obdachlose kommen ab Juni 2019 häufiger zur Beratung in der CfN. Von allen monatlich neu Anfragenden sind im ersten Zeitraum (bis Mai) durchschnittlich 39 % wohnungs- bzw. obdachlos; danach sind es 54 %. Auffällig und schwer zu erklären ist der prozentuale Rückgang im Monat November. Zu beachten ist, dass unter den Wohnungs- und Obdachlosen viele (38 %) zur Gruppe mit irregulärem Aufenthaltsstatus gehören.

Abbildung 13: Anteil Wohnungs-/Obdachloser unter den beratenen Personen nach Monat



(nur Neuzugänge pro Monat)

4. Ergebnisse zu Kostenübernahmen

Insgesamt sind im Datensatz zu Kostenübernahmen für 219 Personen 512 Kostenübernahmen festgehalten⁹. Von diesen 219 Personen bekam etwa die Hälfte (51 %) lediglich eine einzige Kostenübernahme, zwei bis vier Kostenübernahmen gibt es bei 38 % und bei 11 % sind es fünf bis neun. Zu Fällen mit mehreren Kostenübernahmen ist in den Daten an einigen Stellen als offene Texteingabe vermerkt, dass es sich um Menschen mit einer Dauermedikation oder -behandlung handelt.

Die Kostenübernahmen (KÜ) beziehen sich auf drei unterschiedliche Kostenarten, wobei mehrere Kostenarten in einem KÜ-Fall enthalten sein können.¹⁰ In erster Linie werden sie für ärztliche Leistungen ausgestellt (88 % der 512 KÜs). Für Medikamente und Laborleistungen betragen die Anteile 49 % und 38 %.

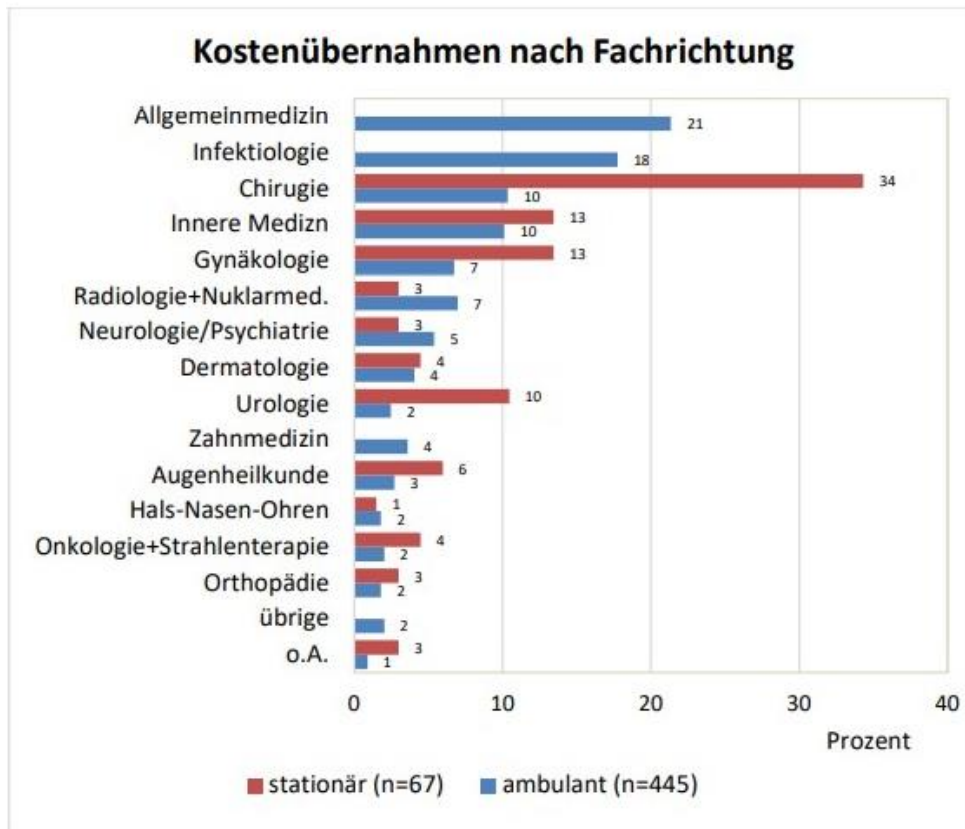
87 % der 512 Kostenübernahmen beziehen sich auf ambulant zu erbringende Leistungen, unter diese Kategorie fallen neben ärztlichen Leistungen auch Medikamente und Laborleistungen, und zwar dann, wenn sie im/für den ambulanten Bereich ausgestellt wurden. 13 % der Kostenübernahmen beziehen sich auf stationäre, also von Krankenhäusern, zu übernehmende

⁹ Kostenübernahmen waren ab Juni 2019 möglich.

¹⁰ Ob z.B. ein Medikament als Einzel-KÜ im Datensatz vermerkt ist oder in einer „Mehrfach“-KÜ mit ärztlichen Leistungen enthalten ist, hängt von internen Ablaufprozessen der CfN ab.

Leistungen.¹¹ Die meisten ambulanten Kostenübernahmen erfolgen für den Bereich „Allgemeinmedizin“ (95 KÜ-Fälle, 21 %) und für Leistungen im Bereich „Infektiologie“ (79 KÜ-Fälle, 18 %). Kostenübernahmen für stationäre Leistungen fallen überwiegend in das Fachgebiet Chirurgie (23 Fälle, 34 %) (siehe Abb. 15).

Abbildung 14: Prozentuale Verteilung der Kostenübernahmen nach Fachrichtung



Die Hälfte aller Kostenübernahmen wird ausgestellt, um eine Arzt*innen-Praxis (allgemein- oder fachmedizinischer Art) zu besuchen, wobei dort verordnete Medikamente sowie Laborleistungen ebenfalls unter die Kategorie „Arztpraxen“ fallen (Tab. 5). Kostenübernahmen, die für Krankenhäuser ausgestellt werden, können ebenfalls ambulante Leistungen beinhalten. Dies geschieht entweder durch die angeschlossenen Fachambulanzen oder Medizinische Versorgungszentren (auch hier inklusive Medikamente und Laborleistungen). Hinzu kommt, dass vor einer stationären Aufnahme in der Regel ein vorstationärer - also ambulanter - Termin

¹¹ Das sind auch hier alle drei Kostenarten soweit sie in/für den stationären Bereich ausgestellt wurden.

stattfindet. Daher fallen die 252 Kostenübernahmen für Behandlungen in Krankenhäusern zu einem hohen Anteil (73 %) in den ambulanten Bereich.¹²

Tabelle 5: Anzahl Kostenübernahmen nach Praxiseinrichtung

	Anzahl Kostenübernahmen (ärztliche Leistungen, Medikamente, Labor)	
Arztpraxen	257	
Krankenhäuser:		
Charité	101	davon ambulant: 64
Vivantes, inkl. MVZ	86	davon ambulant: 75
Dominikuskrankenhaus	61	davon ambulant: 42
Evangelische Elisabeth Klinik	4	davon ambulant: 4
Apotheke ohne Angabe	1	
	2	
Gesamt	512	

Die Gesamtsumme über alle Kostenübernahmen, die für alle drei Kostenarten (ärztliche Leistungen, Medikamente, Labor) ausgestellt wurden, beläuft sich auf knapp 710.000 Euro.

Von diesen veranschlagten Kosten fallen 56 % auf ärztliche Leistungen (ca. 400.000 Euro), 33 % auf Medikamente (ca. 230.000 Euro) und 11 % auf Laborleistungen (ca. 80.000 Euro).

In die Berechnung der veranschlagten Kosten wurden auch solche Kostenübernahmen einbezogen, die - aus welchen Gründen auch immer - nicht realisiert werden konnten (Stornierungen). Dies betrifft 46 Kostenübernahmefälle (9 % aller KÜs). Für zwölf dieser stornierten Kostenübernahmen gibt es Angaben zur veranschlagten Kostenhöhe; sie beträgt zusammengekommen ca. 33.000 Euro. In Tabelle 6 sind diese Kosten in die Gesamtsumme einbezogen worden. Die stornierten Kostenübernahmen beziehen sich auf insgesamt 40 Personen, was auf alle 219 Personen bezogen immerhin ein Anteil von 18 % ist.

Tabelle 6 zeigt neben den Gesamtkosten aller Kostenübernahmen, welche Kosten pro individuellem Übernahmefall veranschlagt wurden. Wie zu erwarten, gibt es hier eine sehr große Variationsbreite, die von wenigen Euro (ca. 5 Euro) bis zu ca. 30.000 Euro reicht. Der hohe Maximalwert relativiert sich, wenn der Medianwert betrachtet wird. Dieser besagt, dass die Hälfte

¹² Die CfN kooperiert mit 5 Krankenhäusern, ca. 25 – 30 niedergelassenen Arztpraxen, einem Labor und dem Berliner Apotheker Verein.

der veranschlagten Kosten z. B. für ärztliche Leistungen bis zu 100 Euro beträgt. Bei Medikamenten und Laborleistungen sind 50 % der Kostenübernahmen auf bis zu 500 Euro ausgestellt.

13 14

Tabelle 6: Höhe der ausgestellten Kostenübernahmen nach Art der Leistung

Höhe der ausgestellten Kostenübernahmen (SOLL) für ...	Gesamtsumme	Kosten pro Kostenübernahme		
... ärztliche Leistungen (n = 450)	396.843,90 €	Minimum: 4,66	P ₂₅ 75,00	Maximum: 27.721,67
			Median (P ₅₀) 100,00	P ₇₅ 200,00
... Medikamente (n = 251)	231.084,49 €	Minimum: 5,59	P ₂₅ 207,20	Maximum: 31.000,00
			Median (P ₅₀) 500,00	P ₇₅ 500,00
... Laborleistungen (n = 195)	81.381,37 €	Minimum: 18,64	P ₂₅ 500,00	Maximum: 1.252,56
			Median (P ₅₀) 500,00	P ₇₅ 500,00
Gesamt	709.309,76 €			
Gesamt ohne Kostenübernahmen ab 10.000 €	532.180,54 €			

(inklusive Kostenübernahmen, die später storniert wurden)

Insgesamt gibt es sieben Kostenübernahmen, die über 10.000 Euro liegen und von der Prüfkommision genehmigt wurden. Sie betreffen 5 Personen. Vier der Kostenübernahmen beziehen sich auf ärztliche Leistungen, eine davon wurde nicht wahrgenommen (storniert). Drei weitere Kostenübernahmen sind für Medikamente ausgestellt (zwei davon für eine Person). Die Gesamtsumme dieser sieben Kostenübernahmen beläuft sich auf ca. 180.000 Euro.

Der Gesamtsumme aller Kostenübernahmen stehen die tatsächlich entstandenen Kosten (IST-Kosten) gegenüber. Problem ist hier, dass die Rechnungen bis zur Zusammenstellung der Auswertungsdatei, die diesem Bericht zugrunde liegt (Ende Januar 2020), bei mehr als der Hälfte der KÜ-Fälle noch nicht bei der CfN eingegangen war. Wegen fehlender Abrechnungen stehen

¹³ Ein arithmetisches Mittel wird nicht berechnet, da es aufgrund der sehr schiefen Verteilung der Einzelwerte, eine unzureichenden Kennwert liefert.

¹⁴ Auswertungen zur Kostenübernahmen pro Person wurden nicht erstellt. Ein, allerdings sehr grober, Anhaltspunkt ergibt sich, wenn die Gesamtsumme der Kostenübernahmen durch die Zahl der Personen geteilt wird: 709.310 Euro/219 Personen = 3239 Euro pro Person.

daher den veranschlagten Gesamtkosten in Höhe von knapp 710.000 Euro zum Zeitpunkt der vorliegenden Auswertungen tatsächliche Kosten in Höhe von lediglich ca. 330.000 Euro gegenüber (siehe Tab. 7). Die große Differenz zwischen Kostenübernahmen und IST-Kosten, wird sich mit Eingang der Abrechnungen, die sich möglicherweise bis Mitte 2020 hinziehen könnte, deutlich ändern. An dieser Stelle sind keine zuverlässigen Aussagen möglich, in welcher Höhe tatsächlich Kosten anfallen werden, so dass sich die weiteren Auswertungen allein auf die veranschlagten Kostenübernahmen beziehen.

Tabelle 7: Höhe der in Rechnung gestellten Kosten (Abrechnungsstand: Januar 2020)

Höhe der in Rechnung gestellten Kosten (IST), <u>Abrechnungsstand Januar 2020</u> für ...	Gesamtsumme	Kosten pro Rechnungsfall		
... ärztliche Leistungen (n = 169; 38 % von 450)	199.189,70 €	Minimum: 4,66 Maximum: 27.721,67	P ₂₅ Median (P ₅₀) P ₇₅	39,22 98,30 255,89
... Medikamente (n = 120, 48 % von 250)	123,519,86 €	Minimum: 5,59 Maximum: 31.892,59	P ₂₅ Median (P ₅₀) P ₇₅	37,61 87,71 606,21
... Laborleistungen (n = 61, 42 % von 195)	10.376,71 €	Minimum: 11,66 Maximum: 1.252,56	P ₂₅ Median (P ₅₀) P ₇₅	35,26 69,94 173,09
Gesamt	333.086,27 €			
Gesamt ohne Rechnungsfälle höher als 10.000 €	200.621,07 €			

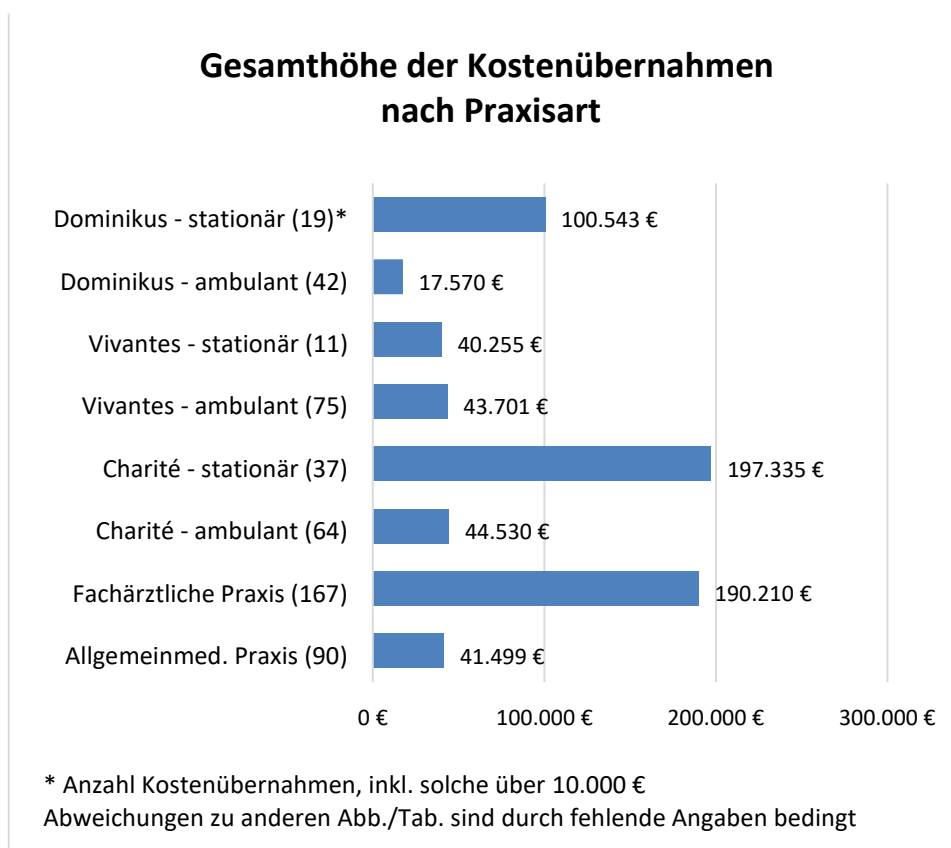
Abbildung 15: Höhe der Kostenübernahmen nach Fachgebiet



Die Gesamthöhe der ausgestellten Kostenübernahmen nach medizinischem Fachgebiet ist abhängig von: a) der jeweiligen Anzahl der Kostenübernahmen und b) von der Höhe der einzelnen Kostenübernahmen. Abbildung 16 ist zu entnehmen, dass die meisten Kostenübernahmen auf die Allgemeinmedizin (95 KÜs; 19 %) fallen. Diese verursachen jedoch nur ca. 44.000 Euro, was 6 % der Gesamtkosten ausmacht. Kostenübernahmen im Bereich Chirurgie und der Inneren Medizin machen 21 % und 16 % der Gesamtkosten aus und betreffen 13% bzw. 10 % aller Kostenübernahme-Fälle. Dabei handelt es sich in beiden Fachgebieten überwiegend um ärztliche Leistungen. Die veranschlagten Kosten in der Infektiologie gehen dagegen zum ganz überwiegenden Teil auf Medikamente zurück. Hier schlagen Kostenübernahmen für teure Medikamente (zusammen ca. 143.000 Euro, darunter drei Kostenübernahmen über 10.000 Euro) zu Buche.

Zwar wird die deutliche Mehrzahl (87 %) der Kostenübernahmen für den ambulanten Bereich ausgestellt (ärztliche Leistungen, Medikamente und Labor), dennoch haben die veranschlagten Kosten für den stationären wie den ambulanten Bereich annähernd die gleiche Höhe. Sie liegen für den ambulanten Bereich bei ca. 371.000 Euro und für den stationären Bereich bei 338.000 Euro.

Abbildung 16: Höhe der Kostenübernahmen nach Praxisart



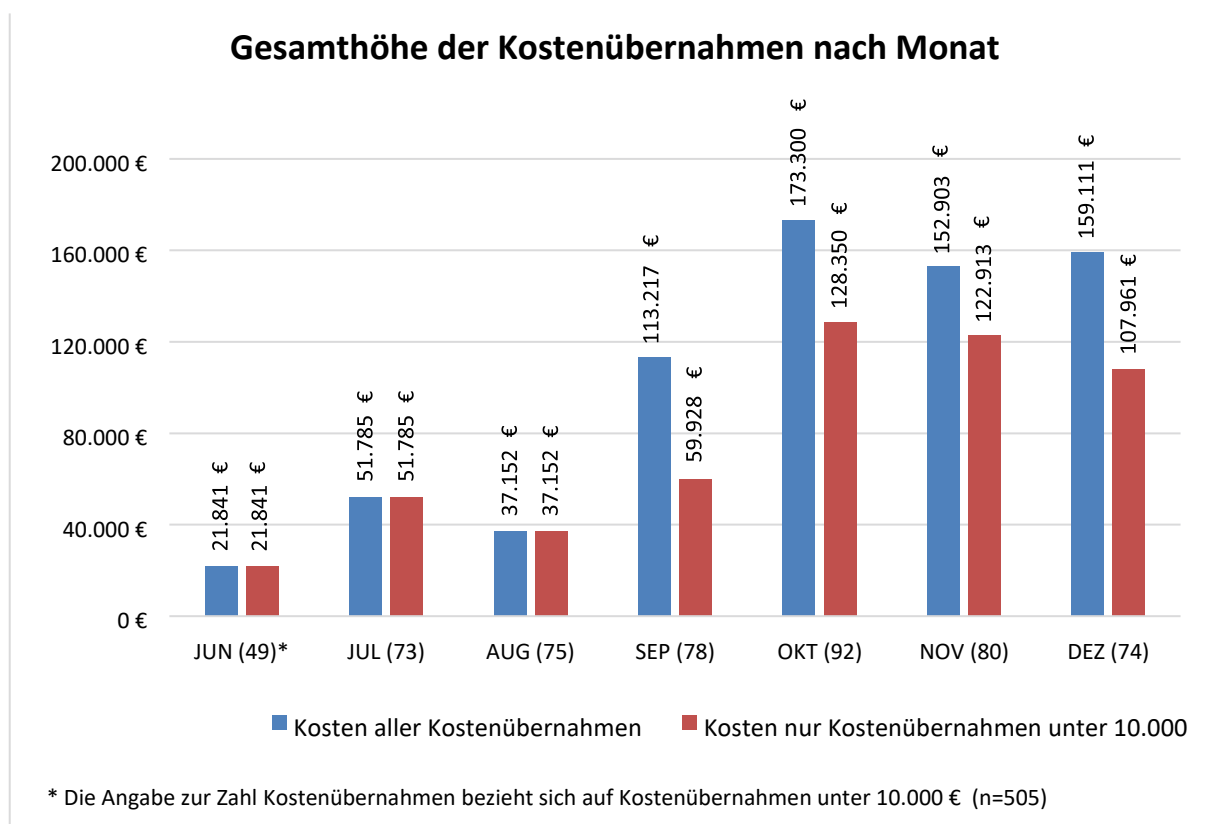
Die meisten Kostenübernahmen werden für fachärztliche Praxen ausgestellt (167, 33 % aller Kostenübernahmen); hier fallen ca. 190.000 Euro an. Dem stationären Bereich der drei großen Krankenhäuser sind 67 Kostenübernahmefälle mit zusammengekommen ca. 340.000 Euro zugeordnet. Darunter fallen auf den stationären Bereich der Charité mit ca. 197.000 Euro die meisten Kosten (37 KÜ-Fälle) (Abb. 17). Sowohl in der Charité (stationär) als auch in den fachärztlichen Praxen gibt es Kostenübernahmen über 10.000 Euro. Diese Fälle herausgerechnet, reduzieren sich die dort jeweils veranschlagten Kosten, und zwar für die Charité auf ca. 155.000 Euro und für die fachärztlichen Praxen auf ca. 128.000 Euro. Auch die stationären

Kosten im Dominikus-Krankenhaus reduzieren sich ohne die Fälle über 10.000 Euro auf ca. 55.000 Euro.

Wird die Entwicklung bei den veranschlagten Kostenübernahmen betrachtet, zeigt sich (Abb. 18), dass sowohl die Anzahl als auch die Kostenhöhe ansteigen. Lediglich im Dezember gibt es einen Rückgang, der vermutlich auf die größere Zahl an Feiertagen in diesem Monat zurückzuführen ist. Besonders hoch sind sowohl Fallzahlen als auch Kosten in den beiden Monaten Oktober und November 2019.

Der Anstieg kann mit dem höheren Anteil an Nachfragenden mit irregulärem Aufenthaltsstatus (i. d. R. verbunden mit kaum einer Chance auf Krankenversicherung) zusammenhängen. Insbesondere in den Monaten September und Oktober, also den Vormonaten der in Abb. 18 aufgeführten Kostenübernahmen, war ihr Anteil relativ hoch (siehe Abb. 12). Dieser Zusammenhang stellt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch eher als Tendenz dar und ist nicht als abgesicherter Trend anzusehen. Hier ist die weitere Entwicklung im Jahr 2020 abzuwarten.

Abbildung 17: Höhe der Kostenübernahmen nach Monat



5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Nachdem die CfN im Oktober 2018 die Arbeit aufgenommen hat, liegt - neben den Sachberichten der CfN - mit diesem Bericht eine erste Jahresauswertung der dokumentierten Routinedaten des Jahres 2019 vor. Insgesamt haben in diesem Jahr 755 Menschen den Weg in die CfN gefunden. Sie setzen sich aus verschiedensten Bevölkerungsgruppen zusammen. So gibt es: Deutsche (24 %), EU-Bürger*innen (28 %), Menschen mit geregelter Aufenthaltsstatus aus anderen Ländern (9 %), Menschen mit irregulärem Aufenthaltsstatus (21 %), Wohnungslose (33 %) und Obdachlose (16 %), 2 % sind noch nicht volljährig, 65 % sind Männer usw. Sie kommen aus 92 verschiedenen Ländern der Welt. Diese Vielfalt zeigt, dass es der CfN gelungen ist, ein breites Spektrum von Menschen mit dem Angebot zu erreichen.

Die große Vielfalt macht die Beratungsarbeit komplex, da unterschiedlichste Voraussetzungen bei den Menschen vorliegen. Hinzu kommt, dass offene Krankenversicherungsfragen häufig mit weiteren Problemlagen verbunden sind. Hierauf hat die CfN zum Beispiel mit einer Aufenthaltsberatung reagiert, die jetzt vor Ort angeboten wird. Insgesamt gilt es, die konzeptionelle Frage zu klären, zu welchen Themen die CfN selbst beraten will (oder sollte) und wann zu Angeboten anderer Stellen/Institutionen vermittelt werden soll.

Die 755 Menschen haben zusammengekommen 2092 Beratungen wahrgenommen. Trotz der unterschiedlichen und zum Teil komplexen Problematiken der Beratenen, haben zwei Drittel aller Beratungen mit nur einen oder zwei Terminen innerhalb eines Monats stattgefunden. Kann eine Vermittlung in eine Krankenversicherung erfolgen, haben sogar noch mehr Beratenen (72 %) einen kurzen Beratungsprozess von 1-2 Terminen innerhalb eines Monats. D. h. die CfN kann den anfragenden Menschen in vielen Fällen schnell helfen.

Etwa 10 % der Beratenen sind Langzeit-Fälle mit mehreren Treffen, die sich über mehrere Monate hinziehen. Was die Gründe im Einzelnen sind, geht aus den vorliegenden Daten nicht hervor. Zu überlegen wäre, ob in Einzelfällen eine engere Begleitung für sie angesetzt oder dahin vermittelt werden kann.

Zwei Drittel haben bei Beratungsbeginn keinen Krankenversicherungsschutz oder die Lage ist diesbezüglich unklar. Bei immerhin 28 % bestehen Verträge unterschiedlicher ‚Ausprägung‘, die sich in einem problematischen Zustand befinden (6 % o. A.). Im Ergebnis gelingt es der CfN 40 % der Menschen, die sich haben beraten lassen, in eine Krankenkasse zu vermitteln bzw. Vertragsverhältnisse zu klären. Sind die formalen Voraussetzungen für eine Krankenversicherung gegeben (das betrifft die Teilgruppen: Deutsche und EU-Bürger*innen mit festen Wohnsitz), liegt dieser Anteil mit ca. 70 % deutlich höher (bei den übrigen Fällen - 30 % - dieser Teilgruppe ist der Beratungsprozess noch nicht abgeschlossen). Bei knapp der Hälfte

der Vermittlungen in eine Krankenversicherung kommt es zu Beitragsschulden. Eine enge Zusammenarbeit mit Angeboten der Schuldenberatung wird empfohlen, damit Beitragsschulden nicht erneut zum Ausstieg aus der Krankenversicherung führen.

Bei den Beratenen mit irregulärem Aufenthalt in Deutschland kann nur in sehr wenigen Ausnahmefällen in eine Krankenversicherung vermittelt werden. Bei den meisten (60 % dieser Teilgruppe) ist das nicht möglich (bei den übrigen gilt der Beratungsprozess als noch un abgeschlossen). Die neu geschaffene, direkt angegliederte Aufenthaltsberatung für diese Gruppe, aber auch z.B. für EU-Bürger*innen ohne festen Wohnsitz, ist zu begrüßen.

Ein anderes Ergebnis, das sich im Verlauf der Beratungen ergibt, ist die Kostenübernahme für eine medizinische Versorgung. Diese Möglichkeit besteht ab Juni 2019 und wurde für 36 % der ab diesem Zeitpunkt Beratenen eingeleitet (219 Personen). Da es formale Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gibt (u.a. das Fehlen eines regulären Zugangs zur Krankenversicherung), liegt der Anteil an Kostenübernahmen z.B. unter den Menschen mit irregulärem Aufenthaltsstatus mit 67 % deutlich höher. Ebenfalls hoch ist dieser Anteil unter den EU-Bürger*innen ohne festen Wohnsitz (47 %). Aber auch bei anderen Teilgruppen (Deutsche und EU-Bürger*innen) kommt es zu Kostenübernahmen. Anzuerkennen ist, dass die CfN den medizinischen Bedarf in den Vordergrund stellt und in dringenden Fällen die genaue Klärung zu Möglichkeiten einer Krankenversicherung parallel zur laufenden Behandlung erfolgt.

Als die Möglichkeit von Kostenübernahmen Mitte 2019 eingeführt wurde, stieg die Zahl der Menschen, die bei der CfN angefragt haben, deutlich an. Besonders der Anteil von Menschen mit irregulärem Aufenthaltsstatus nimmt zu, was auf deren besonderen Bedarf verweist. Statt wie in den Monaten Januar bis Mai, in denen im Schnitt 39 neue Beratungsfälle pro Monat dazu kamen, sind es von Juni bis Dezember im Schnitt 73 Menschen pro Monat. Zusammen mit denen, die sich noch im Beratungsprozess befinden, werden ab diesem Zeitpunkt durchschnittlich 132 Personen pro Monat beraten. Die personelle Ausstattung der CfN sollte daher im Blick behalten und die Entwicklung von Wartezeiten (bei Terminvereinbarungen und der offenen Sprechstunde) beobachtet werden, um die Beratungsqualität nicht zu gefährden.

Etwa die Hälfte der Personen, für die Kostenübernahmen ausgestellt werden, hat nicht nur eine sondern mehrere Kostenübernahmen, d.h. oft liegt ein längerfristiger Behandlungs- oder Medikamentenbedarf vor. Insgesamt summieren sich alle Kostenübernahmen in den sieben Monaten des Jahres 2019 auf insgesamt ca. 710.000 Euro. 56 % der Kosten fallen auf ärztliche Leistungen, 33 % auf Medikamente und 11 % auf Laborleistungen. Die tatsächlich angefallenen Kosten lassen sich erst bestimmen, wenn die Abrechnungen der Kostenübernahmen bei der CfN eingegangen sind. Zum Zeitpunkt der Auswertung (Ende Januar 2020) waren jedoch

erst weniger als die Hälfte der Kostenübernahmen abgerechnet, so dass zur Höhe der tatsächlichen Kosten noch keine Aussage getroffen werden kann. Bei steigender Zahl von Menschen, die bei der CfN vorsprechen und für die eine Kostenübernahme infrage kommen, wird die künftig für Kostenübernahmen zu veranschlagende Summe vermutlich nicht unter 1.500.000 Euro liegen.

40 Personen nehmen eine oder mehrere ihrer Kostenübernahmen nicht in Anspruch (Stornierung). Die genauen Gründe sind nicht dokumentiert. Hinzu kommen weitere 23 Personen, die laut Beratungsdaten (Sozialdaten) eine Kostenübernahme erhalten haben, dann jedoch nicht in der Kostenübernahme-Datei auftauchen. Sie gehen offenbar so „früh verloren“, dass ihre Kostenübernahmen nicht in der entsprechenden Datei dokumentiert werden. Die Gründe, die zu einer ausbleibenden Inanspruchnahme führen, sollten genauer betrachtet werden, um – soweit möglich und nötig - gegensteuern zu können.

Mit der vorliegenden Auswertung waren eine Reihe von datentechnischen Schwierigkeiten verbunden, die zu Beginn beschrieben wurden. Mit dem neuen Dokumentationssystem werden sie weitgehend behoben sein; aber auch das neue System sollte evaluiert werden.

Es werden folgende Vorschläge für zusätzliche Datenfelder gemacht:

- Es sollte eine automatisierte interne Plausibilitätsprüfung ausgewählter Daten eingeführt werden.
- Wenn wichtige Kerndaten noch nicht ausgefüllt sind, sollte es eine Meldung an die Dokumentierenden geben, um fehlende Angaben zu vermeiden.
- In einem zusätzlichen Merkmal/Feld sollte festgehalten werden, ob eine Beratung als abgeschlossen gilt, um Auswertungen zu Abbrüchen bzw. „im Sande verlaufender“ Beratungen zu ermöglichen.
- In der Kostenübernahmen-Datei sollten folgende Merkmale/Felder eingeführt werden:
 - a) Vorliegen von Stornierungen, b) Vermittlung in eine Krankenversicherung (soweit sich das im weiteren Beratungsverlauf ergeben sollte), c) Vorliegen einer Dauermedikation/-Behandlung.